

MONIKA ŁAGOWSKA-CEBULA

Problemy osób niepełnosprawnych

1. Wstęp

Niepełnosprawność jest to upośledzenie na tle fizycznym, umysłowym bądź też sensorycznym, które powoduje u jednostki trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Kiedyś osoby niepełnosprawne i ich rodziny same musiały podejmować trud związany z pojawieniem się choroby. Obecnie problemy tych osób są dostrzegane zarówno przez pozostałych członków społeczeństwa, jak również instytucje państwowe. Rozpoczęto szereg działań mających na celu rehabilitację tych osób w zakresie zdrowotnym, zawodowym oraz społecznym. Zmiany również widać w ustawodawstwie państwa oraz w pojawianiu się coraz to nowych programów mających na celu pomoc niepełnosprawnym jednostkom.

2. Zjawisko niepełnosprawności – stan ilościowy

Podjmując zagadnienie niepełnosprawności, należy podkreślić, iż istnieje wiele definicji wyjaśniających to pojęcie. Definicje te można podzielić na ogólne i szczegółowe. Ogólne obejmują swym zakresem wszystkie osoby niepełnosprawne. Przykładem takiej definicji jest ta przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia, która zakłada, iż „osoba niepełnosprawna to osoba, u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki jak płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne”¹. Definicje szczegółowe natomiast odnoszą się do różnych kategorii niepełnosprawności. Podążając tą myślą, należy stwierdzić, że dokonywane klasyfikacje róż-

¹ Por. T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 3, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2004, s. 646.

nią się głównie liczbą wymienianych kategorii. Z. Sękowska za M. Grzegorzewską zakłada podział osób niepełnosprawnych na osiem kategorii:

- a) niewidomi i niedowidzący,
- b) głusi i niesłyszący,
- c) głuchoniewidomi,
- d) upośledzeni umysłowo,
- e) przewlekłe chorzy,
- f) osoby z uszkodzeniem narządu ruchu,
- g) osoby z trudnościami w uczeniu się na skutek dysharmonii rozwoju,
- h) społecznie niedostosowani².

Klasyfikacja ta jest dość obszerna, dlatego warto też przytoczyć inną klasyfikację wymienionej autorki zakładającą podział jednostek niepełnosprawnych na:

1. Osoby z niepełnosprawnością sensoryczną – osoby te mają uszkodzone narządy zmysłu (wzrok, słuch). Do tej kategorii zaliczane są jednostki niewidome, słabo widzące, głuche oraz słabo słyszące;
2. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną, do których zaliczani są niepełnosprawni motorycznie, osoby z uszkodzeniem narządu ruchu oraz z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych;
3. Osoby z niepełnosprawnością psychiczną – są to jednostki z niepełnosprawnością intelektualną, osoby chore psychicznie, z zaburzeniami osobowości i zachowania oraz cierpiące na epilepsję;
4. Osoby z niepełnosprawnością złożoną, czyli jednostki dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością³.

Obok definicji ogólnych i szczegółowych J. Osiecka wymienia również definicje dla określonych celów, np. dla celów rehabilitacji zdrowotnej i zatrudnienia, w której przyjmuje się, iż „za osobę niepełnosprawną uważa się osobę, która z powodu urazu, choroby lub wad wrodzonych ma istotne trudności w uzyskaniu, utrzymaniu lub podjęciu pracy na własny rachunek, która niezależnie od urazu, choroby czy wady wrodzonej odpowiadałaby jej wiekowi, doświadczeniu i kwalifikacjom”⁴.

W Polsce w związku z uchwaleniem 1 sierpnia 1997 r. „Karty praw osób niepełnosprawnych” przyjęto, że osoby niepełnosprawne to osoby, „których

² Por. Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 1998, s. 27.

³ Por. też, *Pedagogika specjalna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 28–39.

⁴ Por. J. Osiecka, *Kształcenie osób niepełnosprawnych w Polsce – stan obecny i perspektywy*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, nr 635, X/98, s. 15.

sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych”⁵. Zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi osoby te mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji.

Główny Urząd Statystyczny również dokonuje podziału osób niepełnosprawnych, dzieląc je na niepełnosprawne prawnie i biologicznie. Osobę niepełnosprawną prawnie definiuje jako taką, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego powołany. Osoba niepełnosprawna biologicznie to jednostka, która takiego orzeczenia nie posiada, jednakże odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych w jej wieku⁶. Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego podczas spisu powszechnego w 2011 r. w Polsce żyło 4 697 048 ludzi niepełnosprawnych, z czego 66,67% stanowiły osoby niepełnosprawne prawnie, natomiast pozostałe 33,33% to osoby niepełnosprawne biologicznie⁷.

Większość wśród osób niepełnosprawnych stanowią kobiety (53,87%). Również to one częściej niż mężczyźni są zaliczane do grupy osób niepełnosprawnych biologicznie. Kobiety niepełnosprawne biologicznie stanowią 20,13% wszystkich niepełnosprawnych, natomiast mężczyźni 13,20%⁸.

Tabela 1. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce z podziałem na płeć oraz rodzaj niepełnosprawności

	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Niepełnosprawność prawna	1 546 929	32,93	1 584 527	33,74	3 131 456	66,67
Niepełnosprawność biologiczna	619 983	13,20	945 609	20,13	1 565 591	33,33
Ogółem	2 166 911	46,13	2 530 136	53,87	4 697 048	100

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny. Ludność 2011. Osoby niepełnosprawne według płci, ekonomicznych grup wieku i kategorii niepełnosprawności*, <http://stat.gov.pl/>, data dostępu: 28.09.2014

⁵ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku, Karta praw osób niepełnosprawnych, ust. 1.

⁶ Por. J. Śledzianowski, *Niepełnosprawni i „pełnosprawni”*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2012, s. 29.

⁷ Por. Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny. Ludność 2011. Osoby niepełnosprawne według płci, ekonomicznych grup wieku i kategorii niepełnosprawności*, <http://stat.gov.pl/>, data dostępu: 28.09.2014.

⁸ Por. tamże.

W 2011 r. na terenie województwa podkarpackiego mieszkało 5,31% (893 647) wszystkich niepełnosprawnych w Polsce. Kobiety stanowiły 52,78% (131 713) niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Podkarpacia, natomiast mężczyźni 47,22% (117 816). Na terenie województwa podkarpackiego, analogicznie jak w całym kraju, największą liczbę niepełnosprawnych stanowiły kobiety z prawnym orzeczeniem o niepełnosprawności (29,83%)⁹.

Tabela 2. Liczba osób niepełnosprawnych na terenie województwa podkarpackiego z podziałem na płeć oraz rodzaj niepełnosprawności

	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Niepełnosprawność prawna	80 259	32,16	74 428	29,83	154 687	61,99
Niepełnosprawność biologiczna	37 558	15,05	57 285	22,96	94 843	38,01
Ogółem	117 817	47,21	131 713	52,79	249 530	100

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny. Ludność 2011. Osoby niepełnosprawne według płci, ekonomicznych grup wieku i kategorii niepełnosprawności*, <http://stat.gov.pl/>, data dostępu: 28.09.2014

Chcąc dokonać bardziej szczegółowej analizy dla powiatu rzeszowskiego, jak również powiatu miasta Rzeszów, należy podkreślić, iż na terenie powiatu rzeszowskiego w 2011 r. mieszkało 7,09% (17 694) wszystkich niepełnosprawnych zamieszkujących województwo podkarpackie oraz 7,44% (18 562) podkarpackich niepełnosprawnych zamieszkuje powiat miasta Rzeszów¹⁰.

Narodowy Spis Powszechny zawiera również informacje na temat stanu liczbowego osób niepełnosprawnych z podziałem na stopień ich niepełnosprawności. Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. można wyróżnić trzy stopnie niepełnosprawności:

1. Znaczny – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy bądź zdolna do pracy wyłącznie z warunkach pracy chronionej oraz wymagająca stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
2. Umiarkowany – jednostka z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy bądź zdolna do pracy wyłącznie w warunkach pracy chro-

⁹ Por. tamże.

¹⁰ Por. tamże.

nionej lub wymagająca czasowej lub częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

3. Lekki – osoba o naruszonej sprawności organizmu, która w sposób istotny obniża jej zdolność do wykonywania pracy, lub osoba mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne¹¹.

Stopień niepełnosprawności jest nadawany przez organ do tego powołany i stanowi podstawę do przyznania ulg i uprawnień. W związku z tym podział ten odnosi się wyłącznie do osób niepełnosprawnych prawnie. Osoby niepełnosprawne biologicznie zostały ujęte podczas Narodowego Spisu Powszechnego zależnie od odczuwania ograniczenia sprawności w stopniu całkowitym, poważnym oraz umiarkowanym.

Zgodnie z tym podziałem na terenie powiatu miasta Rzeszów największą grupę tworzą kobiety niepełnosprawne biologicznie odczuwające umiarkowane ograniczenie sprawności – stanowiły 14,13% (2623) wszystkich niepełnosprawnych zamieszkujących powiat miasta Rzeszów. Najmniejszą liczbę tworzą natomiast niepełnosprawni biologicznie mężczyźni odczuwający całkowite ograniczenie sprawności – 0,31% (57) wszystkich niepełnosprawnych mieszkających na terenie powiatu miasta Rzeszów¹².

3. Niepełnosprawność dzieci

Podejmując zagadnienie niepełnosprawności dzieci, należy zaznaczyć, że ich kondycja zdrowotna wpływa w znaczącym stopniu również na rodziców, którzy najczęściej zmieniają swoje życiowe plany, aby móc opiekować się potomstwem. W świetle badań psychologicznych niepełnosprawność dziecka wywołuje u jego rodziców charakterystyczne reakcje. Pierwszą z nich jest szok, który objawia się żalem, lękiem, poczuciem krzywdy oraz bezradnością. Stan ten wywołuje często w rodzinie nieporozumienia, prowadzi do kłótni. Sytuacja jest szczególnie trudna w przypadkach, gdy za niepełnosprawność dziecka odpowiada matka, która np. nadużywała alkoholu podczas ciąży. Kolejną reakcją jest kryzys emocjonalny – rodzice czują roz-

¹¹ Por. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 3–4.

¹² Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny...*, <http://stat.gov.pl/>, data dostępu: 28.09.2014.

czarowanie faktem, że dziecko odbiega od ich wyobrażeń. Nadal nie potrafią pogodzić się z tą sytuacją. Dopiero w trzeciej fazie rodzice zaczynają powoli przystosowywać się do tej sytuacji. Dopuszczają do siebie informację, iż mają niepełnosprawne dziecko, i zaczynają poszukiwać wszelkich placówek lekarskich, leków, jakichkolwiek możliwości, które dają szansę na uzdrowienie potomka. Czwarta faza – przystosowania konstruktywnego do sytuacji, pozwala rodzicom na refleksję nad realnymi przyczynami niepełnosprawności pociechy. Rodzice zaczynają patrzeć na tę sytuację w sposób realny, szukają zabiegów rehabilitacyjnych i wychowawczych, jak również starają się zorganizować swoje życie w sposób umożliwiający dziecku najlepszą opiekę. Dopiero w tej fazie rodzice zaczynają skupiać uwagę na dziecku i jego postęпах¹³. Trwała więź emocjonalna powstała między dziećmi a rodzicami jest podstawą poprawnego, harmonijnego rozwoju psychoemocjonalnego. Silne więzi emocjonalne dzieci z rodzicami pomagają im w procesie leczenia. Dzieci, które czują się kochane przez rodziców, łatwiej znoszą trudy leczenia, przebywanie w sanatoriach czy w szpitalach, gdzie chętniej poddają się zabiegom, co z kolei wiąże się z pomyślniejszymi rokowaniami¹⁴.

Trzeba zaznaczyć, iż fazy te przebiegają różnie w zależności od tego, w jaki sposób dziecko zostało dotknięte niepełnosprawnością. Uwarunkowania niepełnosprawności można podzielić na trzy kategorie ze względu na moment ich zaistnienia. Pierwszą grupę stanowią wady wrodzone, jak np. zespół Downa, drugą – choroby oraz choroby przewlekłe, np. choroby reumatyczne, trzecią grupą są zdarzenia nagłe, jak wypadki, urazy czy zatrucia¹⁵. Opisane wyżej fazy bez wątplenia dotyczą dzieci, które urodziły się już z pewną niepełnosprawnością, gdy rodzice najpierw muszą pogodzić się z ich stanem zdrowia (1., 2. oraz 3. faza), a następnie zaczynają nawiązywać z dziećmi głębszą więź (4. faza). W sytuacji gdy dziecko rodzi się zdrowe, fazy te odwracają się, gdyż już przed powstaniem niepełnosprawności potomka rodzice nawiązują z nim więź. Sytuacja ta jest jeszcze trudniejsza, gdy niepełnosprawność przychodzi nagle z powodu wypadku czy urazu pociechy – rodzice nie mają wówczas czasu na oswojenie się z problemem.

¹³ Por. A. Twardowski, *Sytuacja dzieci niepełnosprawnych* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1991, s. 21–27.

¹⁴ Por. E. Janion, *Więzi emocjonalne w rodzinach dzieci przewlekle chorych* [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006, s. 248.

¹⁵ Por. P. Strumiłło, *Rodzaje, klasyfikacje i przyczyny niepełnosprawności*, <http://pstrumilelel.p.lodz.pl/pstrumil/swosin/w3b.pdf>, data dostępu: 29.09.2014.

Jak podkreśla A. Kotlarska-Michalska, istotne znaczenie ma również fakt, w jaki sposób rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka. Silniejsze przeżycia emocjonalne występują u tych rodziców, którzy dowiadują się o niepełnosprawności dziecka nagle, bez wcześniejszych symptomów. Doprowadza to wówczas do silnego i długotrwałego szoku¹⁶.

Informacja o niepełnosprawności dziecka sprawia, iż rodzice muszą poradzić sobie z nowo powstałymi uczuciami. To, jak przechodzą od fazy szoku do przystosowania konstruktywnego, jest m.in. uwarunkowane momentem powstania niepełnosprawności u dziecka. Warto zaznaczyć, iż dzieci, które urodziły się zdrowe, a w czasie trwania ich życia stały się niepełnosprawne, również przechodzą przez poszczególne etapy emocjonalne.

Pierwszym stadium jest doznanie niepełnosprawności. W tym czasie dziecko przeżywa silny szok i stres wywołany utratą wartości, jaką jest struktura i funkcja własnego organizmu. Jednakże dzięki reakcji szoku na pewien czas odsunięta zostaje informacja dotycząca niepełnosprawności i jej konsekwencji, w związku z czym struktura osobowości dziecka zostaje nienaruszona. Przeżycia dziecka mogą się znacznie różnić w zależności od rodzaju oraz stopnia doznania niepełnosprawności. W przypadku doznania upośledzenia z powodu uszkodzeń mechanicznych, urazów dominującym elementem sytuacji psychologicznej dziecka staje się ból. W innych przypadkach może dominować lęk i niepokój wywołany percepcją własnej sytuacji lub związany z deprawacją sensoryczną. Dzieci na tym etapie ograniczają kontakty z rówieśnikami i stają się bardziej zależne od rodziców, którzy powinni dążyć do zaspokojenia ich potrzeby bezpieczeństwa oraz do rozładowania powstałych napięć¹⁷.

Kolejnym etapem jest stadium uświadamiania sobie ograniczeń. Dziecko zaczyna analizować swoją sytuację, porównuje stan obecny z przeszłością, koncentrując się głównie na tym, co zostało utracone. Dziecko doznaje dysonansu poznawczego wywołanego porównywaniem aktualnych możliwości z poprzednimi, które stały się nieosiągalne. Zaczyna przypisywać najwyższe wartości tym czynnościom, których nie będzie już mogło wykonywać (np. gra w piłkę) przy równoczesnej dewaluacji czynności, które może nadal wykonywać. Młody człowiek zaczyna zmieniać koncepcję samego siebie, zmienia się przekonanie o własnych możliwościach, jak również ob-

¹⁶ Por. A. Kotlarska-Michalska, *Trudności terminologiczne i problemy definicyjne związane z niepełnosprawnością* [w:] M. Strugała, D. Talarska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 18.

¹⁷ Por. L. Kowalewski, *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, s. 61–67.

raz sytuacji zewnętrznej, w której najmłodszy widzą same trudności i zagrożenia. Etap ten jest szczególnie istotny, gdyż poznanie własnych ograniczeń, rzutuje na późniejsze dobre funkcjonowanie jednostki. Dziecko nie może sobie poradzić ze zmianą wyglądu, ograniczonymi możliwościami działania, funkcjonowaniem społecznym, jak również doznaniem somatycznymi. W stadium tym kształtuje się stosunek rodziców do niepełnosprawności dziecka, następuje zmiana postaw rodziców wobec niego. Dziecko powoli zaczyna kontaktować się z innymi dziećmi niepełnosprawnymi oraz obcymi osobami dorosłymi zajmującymi się opieką nad nimi bądź rehabilitacją¹⁸.

Trzeci etap to stadium prób funkcjonowania z niepełnosprawnością. Dziecko zaczyna dostrzegać możliwość dalszego funkcjonowania mimo upośledzenia. Jest to przełom, gdyż zaczyna dążyć do osiągnięcia realnych celów oraz aktywnie włącza się w proces rehabilitacyjny. Każda nowo opanowana umiejętność sprawia mu satysfakcję, natomiast osiągnięcie poszczególnych celów coraz bardziej motywuje do działania. Dziecko zaczyna dążyć do doskonalenia sprawności, do ponownego opanowania utraconych umiejętności, włącza się w rytm codziennego życia, zaczyna identyfikować się z grupą dzieci niepełnosprawnych, przystosowuje się do nowych sytuacji. Zaczyna rozszerzać swoje kontakty poza krąg rodzinny, w związku z czym spotyka się z różnymi reakcjami innych członków społeczeństwa. Mogą to być reakcje agresywne (np. wyśmianie przez rówieśników), depresjonujące (np. przyglądanie się, lekceważenie), jak również reakcje pseudopoztywne (np. nadmierna litość i współczucie). Dzieci różnie reagują w takich sytuacjach, jedne zamykają się w sobie w celu przeczekania ataku bądź zachowują się agresywnie¹⁹.

Ostatnim stadium jest przystosowanie się do niepełnosprawności. Niepełnosprawność na tym etapie staje się dla dziecka jedną z wielu cech, informacje o niej nie wzbudzają już w nim negatywnych emocji, można mówić, iż proces przystosowania się do niepełnosprawności osiąga stadium końcowe. Dziecko zaczyna skupiać się na tych cechach i umiejętnościach, dzięki którym osiąga sukcesy. Obraz własnej osoby staje się zintegrowany i właśnie ta integracja jest najbardziej charakterystyczna dla tego stadium. Dziecko zaczyna stawiać sobie nowe zadania i cele do realizacji, natomiast zdobywanie sukcesów wpływa na wzrost poczucia własnej wartości. Zaczyna akceptować fakt bycia niepełnosprawnym. Zmienia się perspektywa widzenia własnych problemów – dzieci przestają je postrzegać jako przeszkody nie do pokonania, a zaczynają poszukiwać rozwiązań. Sytuacja

¹⁸ Por. tamże, s. 68–78.

¹⁹ Por. tamże, s. 78–90.

społeczna dzieci niepełnosprawnych w dużej mierze zależy od struktur instytucjonalnych, które będą im narzucać różne kontakty czy role. Istotne również jest to, iż proces przystosowania się młodych ludzi do upośledzenia w dużej mierze zależy od pogodzenia się rodziców z niepełnosprawnością własnego dziecka, od akceptacji dziecka przez rówieśników oraz istnienia w jego otoczeniu osoby znaczącej, z którą będzie mogło się zidentyfikować²⁰.

E. Janion za pomocą testu „Pozycja dziecka w rodzinie” M. Porębskiej starała się ustalić, jakie więzi emocjonalne występują w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym. Swoimi badaniami objęła rodziny mieszkające w Zielonej Górze, które podzieliła na dwie grupy. Pierwszą stanowiło 31 dzieci ze średnio zaawansowaną chorobą, drugą 22 pociechy z wysoko zaawansowaną chorobą (dzieci były w wieku od 11 do 13 lat). Jak wynika z jej badań, dzieci czują większą więź z matkami niż ojcami. Również to matki częściej deklarowały silną więź z pociechą niż ojcowie. Korzystniej kształtują się związki emocjonalne matek z ojcami w rodzinach z dziećmi ze średniozaawansowaną chorobą, ponieważ mniejszy stopień nasilenia choroby sprawia, iż matki tych dzieci mniej czasu muszą poświęcać opiece, przez co więcej uwagi mogą poświęcić pozostałym członkom rodziny. Podobnie kształtuje się ocena więzi ojców z matkami – ojcowie dzieci przewlekłe chorych najczęściej pozostają w relacjach przeciętnych z kobietami²¹. Autorka badań podkreśliła również, iż dzieci dotknięte cięższą postacią choroby częściej są w niekorzystnej sytuacji emocjonalnej w rodzinie. Zaawansowana choroba dziecka sprawia, iż rodzice muszą zmagać się niekiedy z dużymi kosztami leczenia pociechy, stresem związanym z postępującą chorobą, jak również zobowiązani są do opieki i pielęgnacji dziecka. Doprowadza to u nich do zmęczenia oraz zniechęcenia. Sytuację niekiedy mogą pogarszać specjaliści, którzy nie dają rodzicom dzieci hospitalizowanych należytego wsparcia²². Więzy są istotnym elementem każdej rodziny, jednakże w przypadku rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym pojawiają się większe trudności w ich nawiązaniu i podtrzymywaniu.

W przypadku dzieci niepełnosprawnych proces wychowania jest równie istotny jak u dzieci pełnosprawnych, jednakże ma on głównie zmierzać do:

1. zapewnienia dzieciom optymalnego rozwoju intelektualnego, opanowania przez nie możliwie największej rzetelnej wiedzy,
2. ukształtowania u nich naukowego poglądu na świat, opartego na wiedzy zróżnicowanej według odchyłeń rozwojowych,

²⁰ Por. tamże, s. 91–98.

²¹ Por. por. E. Janion, *Więzy emocjonalne w rodzinach...*, s. 248–253.

²² Por. tamże, s. 255.

3. wychowania moralnego,
4. przygotowania ich do wykonywania pracy zawodowej będącej w ich „zasięgu”,
5. wychowania kulturalno-estetycznego,
6. wychowania fizycznego gwarantującego zdrowie, sprawność i siły potrzebne do udziału w realizacji powyższych zadań²³.

Oczywiście realizacja poszczególnych celów powinna być uzależniona od wieku dziecka oraz od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

E. Muszyńska wymienia dwie grupy cech, których kształtowanie u dzieci niepełnosprawnych jest zadaniem pierwszoplanowym. Pierwszą grupą są cechy wyznaczające stosunek dziecka do samego siebie i wpływające na poziom i sposób realizacji przez nie różnego rodzaju zadań. Pierwszą z tych cech jest samodzielność, rozumiana zarówno jako zdolność do wykonywania prostych czynności dnia codziennego przez dziecko, jak również umiejętność sterowania własnym działaniem – im więcej działań dotyczy samosterowania – tym większa samodzielność. Kolejną cechą jest odporność emocjonalna, którą należy rozumieć jako zdolność do sprawnego funkcjonowania mimo pobudzenia emocjonalnego. Dzieci niepełnosprawne mogą spotykać się z większą liczbą sytuacji trudnych niż ich zdrowi rówieśnicy. Istotne zatem jest, aby nauczyć dziecko niepełnosprawne odporności na sytuacje trudne, jak np. drwina czy litość. Trzecią cechą jest optymizm, ponieważ atmosfera optymizmu sprawia, iż dziecko chętniej podejmuje m.in. trudy rehabilitacji. Ostatnią cechą w tej grupie jest samoakceptacja, na którą niewątpliwie ma wpływ samoocena dziecka, w związku z czym w procesie wychowania powinno się dążyć do rozwoju zdolności dziecka, które umożliwią mu osiągnięcie sukcesów²⁴.

Drugą grupą cech istotnych w procesie wychowania dzieci niepełnosprawnych są umiejętności interpersonalne, czyli przejawiające się w relacjach z innymi osobami. Do cech tych zaliczona została komunikatywność, gdyż porozumiewanie się jest podstawowym warunkiem prawidłowego funkcjonowania społecznego. Mówiąc o komunikatywności, autorka miała na myśli zdolność do nadawania, odbierania i wymiany informacji o charakterze zarówno werbalnym, jak i niewerbalnym. Drugą cechą z tej grupy jest prospołeczność i umiejętność współdziałania. Celem wychowania społeczniającego jest ukształtowanie dyspozycji do zachowań zgodnych z obo-

²³ Por. K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s. 181.

²⁴ Por. E. Muszyńska, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, s. 11–136.

wiązującymi w społeczeństwie normami moralnymi i obyczajowymi. Zachowania prospołeczne natomiast pojawiają się dopiero wówczas, gdy dana jednostka zrozumie potrzeby drugiego człowieka, jego oczekiwania, wykaże zdolność do współodczuwania, świadomość norm postępowania i umiejętność rozróżniania czynów dobrych i złych. Istotna jest zdolność do wynoszenia z zachowań altruistycznych satysfakcji i dumy. Kontakty z innymi ludźmi powinny powodować zarówno zachowania mające na celu dobro innych, jak również powinny umożliwiać jednostce realizację cenionych przez siebie wartości. Ostatnią cechą, której rozwój jest niezwykle istotny u dzieci niepełnosprawnych, jest asertywność i umiejętność rozwiązywania problemów interpersonalnych, chodzi m.in. o umiejętność odmawiania tym osobom, które próbują „nas” wykorzystać, przeciwstawiania się krzywdzącej krytyce, przyjmowania słusznej krytyki oraz wyrażania własnych przemyśleń i doznań²⁵.

Wyżej wymienione cechy, na które powinien być kładziony szczególnie nacisk w wychowaniu dzieci niepełnosprawnych, niewątpliwie są wymagane również w wychowaniu dzieci zdrowych. Warto jednak podkreślić, iż w przypadku dzieci niepełnosprawnych rodzice muszą w większym stopniu przykładać się do ich wpojenia niż w przypadku innych dzieci, ponadto same pociechy muszą z większą determinacją dążyć do realizacji ustalonych celów, mieć większy zapał w porównaniu do zdrowych rówieśników, gdyż im wykształcenie tych cech może sprawiać więcej trudności.

Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego w rodzinie (od urodzenia czy też z niepełnosprawnością powstałą w czasie trwania dzieciństwa) to wielkie wyzwanie dla rodziców, którzy mimo szoku, strachu, niedowierzania i wątpliwości muszą nie tylko sprostać własnym emocjom, ale również pomóc uporać się z nimi dziecku, wymagającemu od nich ogromnej troski i zapewnienia bezpieczeństwa, co na ogół może uzyskać wyłącznie od najbliższych.

3.1. Edukacja dzieci niepełnosprawnych

Dostęp do edukacji osób niepełnosprawnych jest zagwarantowany prawnie przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., w której to art. 70 ust. 1 stanowi, iż „każdy ma prawo do nauki. Nauka do 18. roku życia jest obowiązkowa”²⁶.

²⁵ Por. tamże, s. 112, 137–154.

²⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polski, tekst uchwalony 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe, Rozdział II, art. 70, ust. 1.

Konstytucja to nie jedyny dokument przyznający osobom niepełnosprawnym prawo do nauki, innymi dokumentami są:

1. Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r., która podkreśla, iż system oświaty zapewnia w szczególności „możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną oraz niedostosowaną społecznie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami; opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwienie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów oraz zajęć rewalidacyjnych”²⁷.

2. W ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym pojawia się zapis, iż uczelnia zobowiązana jest do „stwarzania osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału procesie kształcenia i badaniach naukowych”²⁸. Uczelnie wyższe również udzielają stypendiów osobom niepełnosprawnym.

3. Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania z dnia 3 grudnia 2010 r. w art. 7 stanowi, iż „zakazuje się nierównego traktowania osób fizycznych ze względu na rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość w zakresie opieki zdrowotnej oraz oświaty i szkolnictwa wyższego”²⁹.

Oczywiście nie są to wszystkie dokumenty prawne określające możliwość edukacji osób niepełnosprawnych na równi z osobami zdrowymi. Również „Karta praw osób niepełnosprawnych” z dnia 1 sierpnia 1997 r. w art. 1 pkt 4 zawiera informację, iż osoby niepełnosprawne mają w szczególności prawo do „nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej”³⁰. Jednak realia występujące w Polsce sprawiają, iż mimo nadanego prawa osoby niepełnosprawne nie mają takiej możliwości. Wiele dzieci uczy się nadal w systemie segregacyjnym – z podziałem na szkoły specjalne i masowe. Nierzadko można również spotkać się z sytuacją, gdy w jednej placówce oświatowej uczą się zarówno dzieci pełnosprawne, jak i niepełnosprawne, jednak w szkołach tych znajdują się wydzielone oddziały dla dzieci niepełnosprawnych. Inne dzieci zostają ob-

²⁷ Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, art. 1, ust. 5–5a.

²⁸ Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym, art. 13, ust. 9.

²⁹ Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 roku o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, art. 7.

³⁰ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku, Karta praw osób niepełnosprawnych..., art. 1, ust. 4.

jęte nauczaniem indywidualnym, kolejne zaś mają odroczony obowiązek szkolny³¹.

Nie wszystkie szkoły chcą przyjmować dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Z jednej strony wynika to z nieprzygotowania pod względem bazowym, organizacyjnym czy metodycznym, z drugiej – z powodu obaw przed trudnościami, z jakimi mogą się spotkać te dzieci. Dodatkowy wpływ na taki stan rzeczy mają również rodzice zarówno dzieci zdrowych, jak i dzieci niepełnosprawnych. Ci pierwsi obawiają się kontaktów ich potomków z dziećmi niepełnosprawnymi, a także obawiają się zbyt niskiego poziomu nauczania w klasach integracyjnych. Drudzy obawiają się procesu adaptacji dzieci do szkoły ogólnokształcącej, który może wywołać u nich silne, a nawet stresujące przeżycia³². Rodzi się tu zatem problem, w jaki sposób doprowadzić do powstania klas integracyjnych, które spełnią wymogi zarówno pracowników szkoły, jak i rodziców. T. Lewandowska-Kidoń twierdzi, iż grupy integracyjne powinny ogarniać te dzieci, które mieszkają w pobliżu, co może doprowadzić do rozszerzenia się kontaktów dzieci i ich rodziców poza szkołą. Również J. Lipińska podkreśla, że „rzeczywista integracja jest wtedy, gdy osoby niepełnosprawne pozostają w autentycznych więziach społecznych z innymi ludźmi, mają poczucie akceptacji i przynależności do grupy społecznej, którą tworzą, oraz gdy aktywnie uczestniczą w życiu tej grupy, czują się w niej bezpiecznie i odnoszą sukcesy”³³. Autorka ta twierdzi, iż dzieci niepełnosprawne w niewielkim stopniu mają zaspokajane potrzeby psychiczne w klasach integracyjnych. Zależność ta jest odwrotnie proporcjonalna, co oznacza, że im większa niepełnosprawność, tym mniejszy stopień zaspokajania potrzeby akceptacji³⁴.

Warte podkreślenia jest to, iż pomimo licznych obaw nauczycieli i rodziców istnieje wiele szkół integracyjnych, w których dzieci pełnosprawne i niepełnosprawne uczą się wspólnie. Ponadto władze szkół ogólnodostępnych coraz częściej podejmują starania mające na celu umożliwienie uczniom niepełnosprawnym naukę w ich placówkach, m.in. modernizują budynki (budowa podjazdów, toalet dla osób niepeł-

³¹ Por. T. Lewandowska-Kidoń, *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych w szkole masowej – mit a rzeczywistość* [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność...*, s. 75.

³² Por. tamże, s. 75–77.

³³ J. Lipińska, *Dzieci niepełnosprawne w klasach integracyjnych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 7(2000), s. 41.

³⁴ Por. tamże, s. 40.

nosprawnych), organizują dodatkowe zajęcia i zatrudniają kadre wspomagającą³⁵.

Dzieci dotknięte niepełnosprawnością, jak już zostało wspomniane, wymagają innego podejścia pedagogicznego. Pedagogika specjalna stawia sobie trzy podstawowe cele:

1) humanitarny – dziecku upośledzonemu i słabszemu od jego zdrowych rówieśników należy zapewnić szczególne prawa do pomocy w uzyskaniu pełnego rozwoju i uznania w środowisku społecznym;

2) wychowawczy – dziecko upośledzone powinno być kształcone wszechstronnie, aby umożliwić mu optymalny rozwój oraz aby możliwie najlepiej spełniało swoje zadania społeczne;

3) ekonomiczny, nazywany również utylitarnym – dziecko powinno zostać przygotowane jak najlepiej do przyszłych sytuacji w pracy zawodowej, w miarę możliwości należy dążyć do tego, by uniezależnić je w dorosłym życiu od pomocy społecznej³⁶.

Proces edukacji dzieci dotkniętych niepełnosprawnością różni się w zależności od tego, czy dziecko jest dotknięte upośledzeniem fizycznym czy intelektualnym. W pierwszym przypadku główną barierę stanowi architektura szkoły, która powinna umożliwiać dzieciom niepełnosprawnym swobodne poruszanie się. Dzieci te mogą napotykać również trudności związane z kontaktami społecznymi, o czym była mowa wcześniej. Jednakże sam proces przyswajania wiedzy przez dziecko nie jest utrudniony, gdyż jego procesy myślowe przebiegają w taki sam sposób jak u zdrowych rówieśników. Oczywiście dziecko niepełnosprawne uczęszczające do szkoły masowej napotyka wiele przeciwności, jednak jego umiejętność przyswajania wiedzy nie odbiega od umiejętności rówieśników.

Inaczej sytuacja wygląda, gdy dziecko jest niepełnosprawne intelektualnie, a jego procesy myślowe są zaburzone. Proces dydaktyczny musi wówczas przebiegać inaczej, można tu mówić raczej o ortodydaktyce, która jest częścią dydaktyki ogólnej. Celem ortodydaktyki w ujęciu O. Lipkowskiego jest „dostosowanie procesu nauczania do specjalnych potrzeb i psychofizycznych właściwości jednostek odchylonych od normy”³⁷. Założenia ortodydaktyki nie sprzeciwiają się zasadom dydaktyki ogólnej, jednakże dostarczają wskazówek niezbędnych do pracy z osobami wymagającymi

³⁵ Por. J. Bogucka, D. Al-Khamisy, *Szkoła dla wszystkich*, Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2009, s. 7, 16,

³⁶ Por. O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s. 34–35.

³⁷ Tamże, s. 46.

szczególności podejścia dydaktycznego. Autor ten wyróżnia sześć zasad ortodydaktyki:

1. Zasadę życzliwej pomocy – zakładającą, że proces edukacji powinien pomagać dzieciom uwierzyć we własne siły i możliwości oraz przewycięzać obawy przed porażką czy kompromitacją, powinien budować w nich pewność siebie, poprawiać sytuację w grupie rówieśników, pomagać w przyjęciu postawy czynnej wobec zadań szkolnych czy też obowiązków pozaszkolnych, jak również uzyskaniu możliwie najlepszych wyników w pracy szkolnej.

2. Zasadę kształtowania pozytywnej atmosfery pracy – dziecko powinno czuć się dobrze i swobodnie w szkole, życzliwy stosunek nauczyciela czy wychowawcy do dziecka niepełnosprawnego jest jednym z kluczowych elementów udanego procesu edukacyjnego. O ile budowanie życzliwej relacji z dziećmi zdrowymi jest czymś naturalnym, o tyle z dziećmi niepełnosprawnymi może być to trudniejsze, przede wszystkim w sytuacji, gdy dzieci te są głęboko upośledzone umysłowo, tępe, niezdyscyplinowane, nie przejawiają zainteresowania nauką.

3. Zasadę aktywności w nauce – niektóre dzieci niepełnosprawne przejawiają wysoki poziom onieśmienia czy lęku. Zadaniem edukacji jest dążenie do tego, aby takie dzieci stały się bardziej aktywne, np. by dziecko niewidome przewyciężyło swoje obawy i uzyskało większą swobodę ruchu. Aktywny udział dziecka w procesie nauczania przyczynia się do rozwoju jego zainteresowań, ułatwia rozumienie treści programowych, jak również powoduje łatwiejsze i trwalsze zapamiętywanie otrzymanych informacji.

4. Zasadę dominacji wychowania – plan pracy wychowawczej powinien być opracowany równie starannie jak plan dydaktyczny, należy pamiętać o istocie zajęć międzylekcyjnych czy pozalekcyjnych, należy ze szczególną uwagą traktować te momenty w życiu dziecka, które mają wpływ na kształtowanie jego postaw społecznych.

5. Zasadę indywidualizacji – chodzi w niej przede wszystkim o rozwój i wzmocnienie pozytywnych i wartościowych cech osobowości. Nauczyciele powinni podchodzić do każdego ucznia osobno, mając na uwadze jego zachowanie w szkole, jak również czynniki egzogenne, jak np. sytuacja w domu.

6. Zasadę treści kształcących – treści kształcące powinny być dopasowane do typu psychicznego dziecka. Treści pobudzające, aktywizujące powinny być przekazywane dzieciom apatycznym, nadpobudliwym natomiast treści uspokajające oraz łagodzące. Zasadę tę należy stosować zarówno przy przekazywaniu treści werbalnych, jak też w nauczaniu praktycznym, wychowaniu fizycznym oraz muzycznym³⁸.

³⁸ Por. tamże s. 46–50.

Zasady te mają obejmować dzieci dotknięte różnymi rodzajami niepełnosprawności, jednak edukacja osób upośledzonych jest krótsza niż osób zdrowych. Osoby upośledzone z reguły kończą edukację w zasadniczej szkole zawodowej³⁹. Jest to jeden z głównych powodów, który sprawił, że na terenie województwa podkarpackiego istnieje 31 szkół specjalnych i integracyjnych, z czego 29 kształci dzieci niepełnosprawne w zakresie edukacji podstawowej, 31 realizuje materiał dla gimnazjalistów, 17 szkół to zasadnicze szkoły zawodowe, natomiast tylko 2 placówki kształcą młodzież w liceach zawodowych. W tabeli 3 zostały przedstawione wszystkie placówki specjalne i integracyjne z terenu województwa podkarpackiego wraz ze wskazaniem, w jakim zakresie edukacyjnym kształcą osoby niepełnosprawne.

Tabela 3. Placówki specjalne i integracyjne na terenie województwa podkarpackiego

Nazwa placówki	Zakres edukacji			
	podstawówka	gimnazjum	zasadnicza szkoła zawodowa	liceum zawodowe
1	2	3	4	5
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Brzozowie	x	x		
Zespół Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych w Budziwoju	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Dębicy	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW we Frysztaku	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Grębowie		x	x	
Gimnazjum Specjalne w Centrum Kształcenia Ustawicznego w Iwoniczu-Zdroju		x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Jarosławiu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Jaśle	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w Krośnie	x	x	x	

³⁹ Por. tamże, s. 50.

1	2	3	4	5
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Lesku	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Leżajsku	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w ZPOWiR w Lubaczowie	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w Schronisku dla Nieletnich w Łańcucie	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Mielcu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w Mielcu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Mrowli	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW nr 1 w Przemyślu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW nr 2 w Przemyślu	x	x	x	x
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW nr 3 w Przemyślu	x	x	x	x
Szkoła Podstawowa Specjalna w Przemyślu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Rudniku n. Sanem	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Ropczycach	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w Pogotowiu Opiekuńczym w Rzeszowie	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w Rzeszowie	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w Zespole Placówek Specjalnych dla Dzieci Przewlekłe Chorych w Rymanowie-Zdroju	x	x		
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Sanoku	x	x	x	

1	2	3	4	5
Zespół Szkół Specjalnych w Stalowej Woli	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Strzyżowie	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w Tarnobrzegu	x	x	x	
Zespół Szkół Specjalnych w SOSW w Ustrzykach Dolnych	x	x	x	

Źródło: *Wszystko o niepełnosprawności*, http://www.niepełnosprawni.pl/labeo/app/cms/x/2626#.VC7bfWd_vHt, data dostępu: 3.10.2014

3.2. Opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi

Rodzice dążą do tego, aby ich dzieciom nic nie brakowało. Chcą dać im zarówno miłość i poczucie bezpieczeństwa, jak również są gotowi do spełniania większości ich zachcianek. Robią to wszystko po to, aby ich pociechy były szczęśliwe. Już w przypadku pełnosprawnego potomstwa zadanie to jest niekiedy trudne, natomiast gdy rodzice mają dziecko niepełnosprawne, stają przed szeregiem zadań, których nie mają rodzice dzieci zdrowych. Chcą dla swojego dziecka dobrze, jednakże czasami mogą wyrządzić mu krzywdę przez swoją nadopiekuńczość.

Rodzice czasami nadmiernie chronią swoje pociechy przed drobnymi trudnościami i przykrościami, tworzą istotne różnice w traktowaniu ich w porównaniu do reszty zdrowego rodzeństwa nawet wtedy, gdy wszyscy mogliby robić to samo. Takie ich zachowanie nie chroni dziecka, lecz doprowadza do trudności w przyszłej jego adaptacji w społeczeństwie⁴⁰. Rodzice powinni pomagać dziecku, jednakże powinni również pracować nad jak największym jego usamodzielnieniem.

Niejednokrotnie przytaczane było, iż dzieci niepełnosprawne ruchowo różnią się od dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, że niepełnosprawność powstała w okresie prenatalnym jest inaczej odczuwana przez rodzinę i dziecko niż w przypadku jej powstania w trakcie trwania życia pociechy. Jednakże istotną różnicą we wszystkich tych przypadkach jest fakt pojawiania się dodatkowych osób i instytucji w okresie dzieciństwa każdej jednostki niepełnosprawnej. Osobami tymi są lekarze i rehabilitanci, z którymi dzieci spędzają znaczną część czasu, instytucjami – placówki

⁴⁰ Por. J. Nawrot, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1990, s. 35.

kliniczne, ośrodki rehabilitacyjne, uzdrowiska. Wszystkie te osoby obok rodziców dążą do poprawy jakości życia dziecka, do umożliwienia mu jak najlepszego funkcjonowania w przyszłości. Niezaprzeczalny jest jednak fakt, iż to rodzice zmagają się z największą liczbą obowiązków. Niejednokrotnie porzucają swoje dotychczasowe zajęcia, aby zająć się chorym dzieckiem, a ich cały plan dnia jest podporządkowany jego potrzebom. To, jakiej potrzebuje dziecko opieki, zależy od rodzaju choroby oraz stanu jej zaawansowania.

Dzieci niepełnosprawne ruchowo zazwyczaj poddawane są licznym zabiegom szpitalnym, które mają na celu poprawę ich sprawności fizycznej. Zobowiązane są do wykonywania licznych ćwiczeń rehabilitacyjnych, które na ogół wiążą się z odczuwaniem bólu i zmęczenia. Ćwiczenia te są niezwykle wartościowe i niezbędne z punktu widzenia późniejszego funkcjonowania dziecka. Młody człowiek natomiast odczuwa silny lęk przed bólem, unieruchomieniem i wszystkim tym, czego nie może przewidzieć. Rodzice zatem powinni być przy dziecku, starać się zachęcać je do ćwiczeń i wspierać w tych trudnych chwilach. Ideałem byłby pobyt małego dziecka na oddziale wraz z jednym z rodziców, jednakże najczęściej jest to niemożliwe, w związku z czym rodzice powinni starać się jak najczęściej odwiedzać dziecko, aby czuło ich wsparcie i psychiczną obecność⁴¹.

Opieka nad dziećmi z niepełnosprawnością sensoryczną, np. niewidomymi, ma na celu przede wszystkim nauczenie ich swobodnego poruszania się w przestrzeni. Niekiedy jednakże są one znacząco ograniczone, np. w szpitalu bądź w domu, w związku z czym w otoczeniu niewidomego powinna występować „stałość przedmiotów”. Rodzice powinni dbać o to, aby wszystko stało zawsze na swoim miejscu, co umożliwi niewidomemu dziecku swobodne poruszanie się po domu. Rodzice powinni również pozbyć się przyzwyczajenia wizualnego eksponowania rzeczy na korzyść współpracy z dzieckiem przez zapewnienie mu możliwości wielozmysłowego poznania przedmiotów, z którymi będzie miało kontakt. Najczęściej polega to na wcześniejszym opowiedzeniu niepełnosprawnemu, co za chwilę się wydarzy, jak również wykorzystywaniu narządu słuchu jako kluczowego zmysłu pozwalającego dziecku na orientację w postrzeganiu otoczenia. Osoby niewidome, aby móc funkcjonować samodzielnie, używają specjalistycznych urządzeń, jak np. brzęczyki, które pomagają w nalewaniu płynów, czy udźwiękowane identyfikatory kolorów. Mogą również korzystać z coraz większej ilości urządzeń umożliwiających im jak najlepsze funkcjonowanie. Do urządzeń tych można zaliczyć: na-

⁴¹ Por. B. Szychowiak, *Wychowanie dzieci niepełnosprawnych ruchowo* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, s. 394–395.

rzędzia lektorskie, notatniki i terminale brajlowskie czy programy udźwiękowiające⁴².

Największej opieki wymagają jednakże dzieci niepełnosprawne intelektualnie, które niejednokrotnie nie rozumieją, co się wokół nich dzieje, ani rodzice nie są w stanie wytłumaczyć im danej sytuacji. Dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną wymagają od rodziców przede wszystkim akceptacji, dostrzeżenia i zrozumienia. Dorośli powinni również dokładnie przeanalizować, co stanowi dla dziecka karę, a co nagrodę, gdyż nagradzanie dziecka za zachowania pozytywne stanowi istotny czynnik w utrwaleniu tych zachowań. Dziecko niepełnosprawne, chcąc zwrócić na siebie uwagę, może hałasować, a jeśli którekolwiek z rodziców zacznie na nie krzyczeć, dziecko może uznać to za osiągnięcie celu. Istotne jest podkreślenie, iż w wychowaniu i rehabilitacji dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną powinna istnieć zdecydowana przewaga nagród nad karami. Ważne jest również, aby kary stosowały wyłącznie osoby znaczące dla dzieci, ale nie na oczach rówieśników, a nagradzanie i karanie dziecka powinno następować zaraz po wykonanej czynności. Istotna jest również konsekwencja w działaniu. Rodzice oprócz uczenia dziecka pozytywnych nawyków powinni dbać o odpowiednie dostosowanie zabaw do rehabilitacji dziecka. Niekiedy konieczny jest zakup specjalistycznego sprzętu, który umożliwia potomkowi większy i szybszy rozwój. W ostatnich latach powstaje coraz więcej metod wychowania, nauczania i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, jednak niektóre z nich wymagają profesjonalnego przygotowania, niemałych nakładów finansowych i obciążają psychicznie, nie zawsze gwarantując pewne i szybkie efekty⁴³.

Opieka nad każdym dzieckiem niepełnosprawnym to nie tylko czas i wysiłek, jaki rodzice poświęcają dziecku, ale to również koszty leczenia, rehabilitacji czy sprzętu. Pierwszą pomocą finansową ze strony państwa, jaką rodzice otrzymują, są zasiłki pielęgnacyjne, które „przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osobie w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji”⁴⁴. Jednym z przykładów pomocy osobom niepełnosprawnym jest Ustawa o świadczeniach rodzinnych. Organizowane są również różnego rodzaju programy. Ich omówienie nastąpi w dalszej części.

⁴² Por. M. Płoucha, *Udział pielęgniarki w opiece nad osobą z niepełnosprawnością sensoryczną* [w:] M. Strugała, D. Talarska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 248–249.

⁴³ Por. J. Lausch-Żuk, *Dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, s. 282–289.

⁴⁴ Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 roku, art. 16, ust. 1.

4. Niepełnosprawność osób dorosłych

Dorosłość jest pojęciem złożonym, które można rozpatrywać w kilku aspektach. Pierwszym jest aspekt społeczny. Dotyczy on określonego sposobu zachowania się, odpowiedzialności za siebie i innych, dbałości o zdrowie i mienie, jak również zdolności do utrzymania się. W znaczeniu psychologicznym należy ją rozumieć jako umiejętność samodzielnego myślenia, odraczania reakcji, panowania nad emocjami i impulsami, jak również kierowania się uczuciami wyższymi i posiadania świadomości określonych wartości. Dorosłość to również tożsamość jednostki, która powinna „czuć się” osobą dorosłą, która nie tylko cieszy się wolnością, ale również odpowiada za siebie. Dorosłość to zarówno zalety, jak np. możliwość wyboru uczelni, pracy, zarządzanie własnymi finansami, ale również lęk przed niepodołaniem określonym zadaniom⁴⁵.

Osoby niepełnosprawne mają utrudnione wejście w dorosłość, szczególnie gdy chodzi o osoby w głębokim stadium upośledzenia, jak również o jednostki, których stopień rozwoju nie jest możliwy ponad umiejętności kilkuletniego dziecka. Osoby znajdujące się w otoczeniu niepełnosprawnego powinny zdawać sobie sprawę, iż nie ma stanu tak głębokiego upośledzenia umysłowego, w którym człowiek nie czuje, jak jest traktowany, oraz że należy podchodzić do niego jak do osoby, która ma potrzeby, upodobania i której należy się szacunek, nie natomiast jak do przedmiotu, wokół którego należy wykonać określone zabiegi pielęgnacyjne. Również osoby upośledzone umiarkowanie, mimo iż mają możliwość wykonywania wielu czynności samodzielnie, często są traktowane dyrektywnie i oczekuje się od nich przede wszystkim posłuszeństwa i podporządkowania. Osoby te raczej nie mają szansy na niezależność materialną, samodzielne mieszkanie (nie istnieją programy mieszkaniowe mające na celu pomoc tym osobom), zdobycie odpowiedniej pracy, co jest niezwykle trudne, w związku z czym są zależne od rodziców, natomiast własne plany, chociażby założenia rodziny, odkładają na bliżej nieokreśloną przyszłość. Jednakże są również osoby, którym udaje się wejść w dorosłość dzięki wysiłkom rodziców, fundacji, szkół czy zakładów⁴⁶.

Osoby niepełnosprawne potrzebują wsparcia, które nie będzie polegało tylko na wyręczaniu ich, zastępowaniu bądź podejmowaniu za nie decyzji.

⁴⁵ Por. M. Kościelska, *Przeżywanie własnej i cudzej dorosłości przez osoby z niepełnosprawnością* [w:] R.J. Kijak (red.), *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012, s. 17–18.

⁴⁶ Por. tamże, s. 18–23.

Potrzebują systematycznej wielokierunkowej współpracy, by mogły stać się jednostkami autonomicznymi, sprawcami własnych czynów, osobami odpowiedzialnymi za własne decyzje, wybory i ponoszącymi z tego tytułu konsekwencje⁴⁷.

4.1. Chroniony rynek pracy

Sytuacja na rynku pracy ma kluczowe znaczenie zarówno dla pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych pracowników, ponieważ status zatrudnionego bądź bezrobotnego wpływa na wszystkich zdolnych do pracy członków społeczeństwa.

Istotne informacje w tematyce bezrobocia osób niepełnosprawnych przynoszą badania J. Kirenko oraz E. Sarzyńskiej, którzy przebadali 375 osób dobranych pod względem stanu zdrowia: osoby niepełnosprawne i pełnosprawne, jak również sytuacji zawodowej: osoby bezrobotne i aktywne zawodowo⁴⁸. Jak wynika z ich badań, osoby niepełnosprawne niepracujące wykazują głównie niskie nasilenie potrzeb ukierunkowanych na bycie człowiekiem aktywnym, twórczo rozwijającym się, stawiającym przed sobą wyzwania poznawcze i twórcze. Problemy te zanikają, gdy niepełnosprawny pracuje zawodowo, wtedy widoczne jest u niego mniejsze zainteresowanie doznawaniem przyjemnych wrażeń zmysłowych⁴⁹. Autorzy badań podkreślają, iż praca zawodowa dla osób niepełnosprawnych jest istotna, ponieważ może stanowić czynnik leczniczy i rehabilitacyjny. Praca umożliwia wykonywanie ćwiczeń w formie systematycznych bodźców ruchowych, przez co poprawia sprawność osoby niepełnosprawnej. Przyczynia się do rozwoju umiejętności, zdolności, sprawności i zdrowych nawyków, powodując zwiększenie odporności na sytuacje trudne, jak również złagodzenie lęku związanego z wykonywaniem nowych zadań bądź zajmowaniem innego stanowiska. Osoba niepełnosprawna pracująca zawodowo szybciej akceptuje swoją niepełnosprawność, wzrasta jej samoocena, staje się aktywnym członkiem społeczeństwa⁵⁰.

Metodą na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych jest chroniony rynek pracy, który ma na celu umożliwienie im znalezienia zatrud-

⁴⁷ Por. E. Kubiak-Szymborska, *Podmiotowość: o szansach i możliwościach rozwoju* [w:] R.J. Kijak (red.), *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, s. 150.

⁴⁸ Por. J. Kirenko, E. Sarzyńska, *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010, s. 32.

⁴⁹ Por. tamże, s. 74.

⁵⁰ Por. tamże, s. 25

nienia, ponieważ pozycja osób upośledzonych w kwestii zawodowej jest gorsza niż osób pełnosprawnych, szczególnie obecnie, gdyż w Polsce w II kwartale roku 2014 zarejestrowanych było w Urzędzie Pracy 1 912 541 bezrobotnych osób, natomiast na terenie województwa podkarpackiego liczba ta wyniosła 136 626⁵¹. W skali kraju w II kwartale 2014 r. 17,3% bezrobotnych to były osoby niepełnosprawne, co daje liczbę 479 tys.⁵²

W celu poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy proponuje się dwa zasadnicze kierunki ich zatrudnienia. Pierwszym jest skierowanie programu rynku pracy do osób niepełnosprawnych i włączenie ich w główny nurt zatrudnienia. Poprzez różnego rodzaju nakazy, zakazy, warunki i środki ochronne wywierany jest wpływ na pracodawców. Drugi nurt dąży do oddziaływania na osoby niepełnosprawne poprzez środki finansowe, materialne i inne formy pomocy w celu poprawy ich konkurencyjności na rynku pracy. Istnieje również trzeci kierunek działań, którego celem jest tworzenie miejsc pracy, zarówno na otwartym rynku pracy, jak też w obszarze zatrudnienia chronionego, w formie specjalnie przygotowanych stanowisk pracy dla tych osób⁵³.

W celu poprawienia sytuacji osób upośledzonych na rynku pracy pracodawcy otrzymali przywileje mające na celu zachęcenie ich do zatrudniania niepełnosprawnych pracowników. „Pracodawcy przysługuje ze środków Funduszu miesięczne dofinansowanie do wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego, o ile pracownik ten został ujęty w ewidencji zatrudnionych osób niepełnosprawnych”⁵⁴, kwoty dofinansowania wahają się od 450 do 1800 zł miesięcznie⁵⁵. Pracodawca, który przez okres co najmniej 36 miesięcy zatrudnia osoby niepełnosprawne, „może otrzymać, na wniosek, ze środków Funduszu zwrot kosztów: adaptacji pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla tych osób, stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności, adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy, zakupu i autoryzacji oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urzą-

⁵¹ Por. Główny Urząd Statystyczny, *Rynek pracy. Bezrobocie rejestrowane*, <http://stat.gov.pl>, data dostępu: 07.10.2014.

⁵² Por. tenże, *Kwartalna informacja o rynku pracy*, Warszawa 2014, s. 9.

⁵³ Por. J. Kirenko, E. Sarzyńska, *Bezrobocie...*, s. 272.

⁵⁴ Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej..., art. 26a, ust. 1.

⁵⁵ Tamże, ust. 1.

dzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności”⁵⁶. Ma również możliwość skorzystania z dofinansowania składek ZUS, zwrotu kosztów poniesionych na szkolenia oraz na zatrudnienie asystenta osoby niepełnosprawnej⁵⁷.

Dodatkowe przywileje otrzymali także pracownicy niepełnosprawni, gdyż zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych „czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo. Czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo”⁵⁸. Osoba niepełnosprawna ma również „prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas przerwy wynosi 15 minut i jest wliczany do czasu pracy”⁵⁹. Ponadto „osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia jej do jednego z tych stopni niepełnosprawności”⁶⁰.

Brak zatrudnienia ma niekorzystny wpływ na osoby zdolne do pracy niezależnie od stanu zdrowia, jednakże osoby pełnosprawne mają większe szanse na znalezienie pracy niż osoby upośledzone, w związku z czym zadania podejmowane w celu zwiększenia atrakcyjności tych osób na rynku pracy mają ogromne znaczenie. Zdobycie zawodu i uzyskanie pracy zależą u tych osób od takich czynników jak: uzdolnienia, sprawność umysłowa, cechy osobowości, uwarunkowania społeczne czy stan zdrowia. Rodzaj niepełnosprawności również ma wpływ na sytuację zawodową jednostki, jednakże nie jest to jedyny czynnik, a na pewno nie najważniejszy⁶¹. Niewątpliwie wpływ na sytuację na rynku pracy osób niepełnosprawnych ma dyskryminacja ludzi niepełnosprawnych z powodu ich ułomności, co powoduje wykluczanie tych osób z relacji interpersonalnych na poziomie instytucjonalnym, kulturowym, społecznym, ekonomicznym czy politycznym. Dyskryminacji towarzyszą stereotypy, uprzedzenia, nietolerancja oraz niechęć wobec obcych. Sytuacja ta może doprowadzić do tzw. autodyskryminacji,

⁵⁶ Tamże.

⁵⁷ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, *Korzyści dla pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne*, <http://www.pcpr.info>, data dostępu: 7.10.2014.

⁵⁸ Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej..., art. 15, ust. 1–2.

⁵⁹ Tamże, art. 17.

⁶⁰ Tamże, art. 19.

⁶¹ Por. J. Kirenko, E. Sarzyńska, *Bezrobocie...*, s. 273.

czyli ograniczenia aspiracji członka dyskryminowanej grupy i akceptacji swojej sytuacji społecznej⁶².

Chcąc poprawić sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy, nie wystarczy wprowadzić dodatkowych uprawnień dla pracodawców. Oczywiście np. dofinansowanie mające na celu modernizację miejsca pracy osoby niepełnosprawnej jest istotne, jednakże dopóki nie zmieni się podejście społeczeństwa do osób niepełnosprawnych, do ich umiejętności i możliwości, wszelkie działania mające na celu poprawę ich sytuacji będą odnosiły połowiczny sukces. Najpierw pracodawcy, jak i przyszli współpracownicy niepełnosprawnego muszą uwierzyć, iż mimo pewnych trudności może on być tak samo wartościowym pracownikiem jak osoba pełnosprawna zajmująca to samo stanowisko.

Przy rozważaniach dotyczących sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy istotne jest zaakcentowanie zagadnienia ekonomii społecznej, która jest działalnością gospodarczą nastawioną w pierwszej kolejności nie na cele ekonomiczne, a na cele społeczne, które zmierzają do przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu uczestników i adresatów realizowanych przedsięwzięć. Podmioty ekonomii społecznej mogą funkcjonować w takich formach jak: fundacje, stowarzyszenia, spółdzielnie socjalne, spółdzielnie pracy, spółdzielnie osób prawnych, centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, spółki non profit oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej⁶³.

Efektorem inspiracji pochodzących z nurtu ekonomii społecznej jest ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, w myśl której osoby niepełnosprawne mogą założyć spółdzielnię socjalną. Spółdzielnia taka może liczyć nie mniej niż pięciu członków, a jej członkowie mogą być zatrudniani nie tylko na podstawie spółdzielczej umowy o pracę, ale także na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło oraz umowy o pracę nakładczą⁶⁴. Spółdzielnie socjalne coraz częściej stają się tą formą działalności, która umożliwia osobom niepełnosprawnym aktywizację zawodową.

⁶² Por. E. Giermanowska, *Praca zawodowa*, [w:] R.J. Kijak (red.), *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, s. 158.

⁶³ Por. A. Gawska, K. Jędrak, M. Gruntowski, *Ekspertyza na temat rozwoju i wykorzystania ekonomii społecznej w organizacjach pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych*, <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/Biblioteka/2012.2.pdf>, data dostępu: 10.03.2016.

⁶⁴ Por. W. Koczur, *Zatrudnienie socjalne – wybrane zagadnienia* [w:] D. Kotlorz (red.), *Spółeczno-ekonomiczne problemy rynku pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013, s. 10, 16.

4.2. Czas wolny i sport osób niepełnosprawnych

Czas wolny dla osób niepełnosprawnych jest tak samo istotny jak dla osób zdrowych, gdyż każdy człowiek potrzebuje wypoczynku. Istotne jest jego dobre wykorzystanie przez aktywność ruchową czy wyjście na świeże powietrze, co umożliwi zarówno poprawę kondycji fizycznej, jak i psychicznej jednostki. Zagospodarowanie czasu wolnego przez osoby niepełnosprawne jest szczególnie ważne, gdyż jak wcześniej zostało podkreślone – osoby te często pozostają bez pracy, w związku z czym mają sporą ilość czasu, który mogą wykorzystać w sposób dowolny. Powinny jednakże brać pod uwagę to, iż wyłącznie jego biernie wykorzystanie może doprowadzić do pogłębienia się ich choroby, jak również złego samopoczucia. E. Kamusińska dochodzi nawet do wniosku, iż czas wolny jest niewykorzystanym obszarem w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Jak wynika z jej badań przeprowadzonych na grupie 217 pacjentów oddziałów rehabilitacyjnych na terenie województwa świętokrzyskiego w wieku 26–87 lat, osoby niepełnosprawne najczęściej preferowały bierne formy wypoczynku, co nie sprzyjało również ich kontaktom społecznym⁶⁵. Podobne badania prowadzili J. Bergier, D. Tomczyszyn oraz W. Romanowicz na obszarach wiejskich województwa lubelskiego. Badaniami objęli 800 osób niepełnosprawnych. Ustalili, iż w dniach powszednich dominującym sposobem wykorzystywania czasu wolnego przez respondentów są formy bierne, takie jak: oglądanie telewizji, słuchanie muzyki. Co ciekawe, dużo rzadziej badane osoby korzystały z Internetu czy komputera⁶⁶.

Osoby niepełnosprawne powinny być zachęcane do aktywnego spędzania wolnego czasu, gdyż jak już zostało podkreślone, sport odgrywa istotną rolę w rehabilitacji jednostek, ponieważ aktywność ruchowa pozwala im na usamodzielnienie się oraz odnalezienie nowej pasji w życiu. Z badań przeprowadzonych przez H. Knapik oraz A. Farouni wynika, iż w przypadku osób będących na wózkach inwalidzkich aktywność sportowa powoduje zwiększone zaangażowanie kobiet w działalność społeczną, zmniejszone natomiast w aktywność domową. W przypadku mężczyzn aktywność zarówno w działalność poza domem jak również w domu zwiększa się⁶⁷. Należy podkreślić, iż

⁶⁵ Por. E. Kamusińska, *Czas wolny niewykorzystanym obszarem w rehabilitacji osób niepełnosprawnych* [w:] S. Głuszek (red.), *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*, t. 8, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2007, s. 33, 40.

⁶⁶ J. Bergier, D. Tomczyszyn, W. Romanowicz, *Wykorzystanie czasu wolnego osób niepełnosprawnych z obszarów wiejskich województwa lubelskiego*, „Zamojskie Studia i Materiały” 2012, R. XIV, z. 1(35), s. 150.

⁶⁷ Por. H. Knapik, A. Farouni, *Aktywność społeczna osób niepełnosprawnych nieuprawiających i uprawiających sport* [w:] J. Migasiewicz, E. Bolach (red.), *Aktywność ruchowa osób*

codzienna aktywność fizyczna osób niepełnosprawnych oraz ich udział w sporcie wysokokwalifikowanym są istotnymi czynnikami wpływającymi na ich funkcjonowanie psychiczne, fizyczne czy socjalne⁶⁸.

Aktywność sportową osób niepełnosprawnych można ująć jako „formę uczestnictwa w kulturze fizycznej (rekreacji fizycznej i sporcie), której głównym celem jest utrzymanie i rozwój sprawności funkcjonalnej odzyskanej w procesie rehabilitacji leczniczej, a w przypadku osób wyrażających potrzebę współzawodnictwa – dążenie do osiągnięcia jak najlepszych rezultatów”⁶⁹.

W przypadku osób niepełnosprawnych sport to nie tylko czynnik rehabilitacyjny, gdyż niektóre jednostki czynią z niego swoją pasję i drogę życiową, a niekiedy nawet zostają zawodowymi sportowcami i startują na paraolimpiadach. Należy zauważyć, iż osoby uprawiające daną dyscyplinę sportową są z nią związane dzięki szczególnym predyspozycjom, które posiadają. W sytuacji sportowców niepełnosprawnych o wyborze dyscypliny sportowej decyduje dodatkowy element, którym jest stopień niepełnosprawności, ponieważ dobór obciążeń musi uwzględniać obecny stan zdrowia zawodnika. Najistotniejszym kryterium decydującym o tym, jaką dyscyplinę sportu może uprawiać zawodnik niepełnosprawny, jest to, iż aktywność sportowa nie powinna pogłębiać podstawowej dysfunkcji⁷⁰. Sportowcy niepełnosprawni pomimo tego uprawiają niemalże wszystkie dyscypliny sportowe, m.in. wśród tzw. sportów letnich można wymienić: lekkoatletykę, pływanie, łucznicstwo, strzelectwo, piłkę nożną 7- i 5-osobową, siatkówkę, judo i wiele innych, natomiast wśród dyscyplin zimowych: narciarstwo biegowe i biathlon, narciarstwo zjazdowe, hokej na śledzach czy curling⁷¹. Powyższe przykłady obrazują szerokie spektrum zainteresowań i inicjatyw sportowych niepełnosprawnych sportowców.

niepełnosprawnych, t. 2, Wydawnictwo Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typoscript”, Wrocław 2006, s. 78.

⁶⁸ Por. E. Szczuka, *Jakość życia osób niepełnosprawnych* [w:] J. Migasiewicz, E. Bolach (red.), *Aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych*, t. 3, Wydawnictwo Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typoscript”, Wrocław 2008, s. 291.

⁶⁹ T. Tasiemcki, *Satysfakcja z życia i aktywność sportowa osób po urazach rdzenia kręgowego. Badania porównawcze polsko-brytyjskie*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań 2007, s. 42.

⁷⁰ Por. W. Gawroński, *Podstawowe cele i zadania medycyny sportowej w sporcie osób niepełnosprawnych* [w:] K. Klukowski, R. Lewicki (red.), *Sport osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Medicina Sportiva, Warszawa 2007, s. 7.

⁷¹ Por. M. Kowalczyk, R. Szaj, *Sport osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Stowarzyszenie „Instytut Ekoprussia”, Tyczyn 2013, s. 20, 30, 55–63, 74, 80, 90–102.

Sport wśród osób niepełnosprawnych zyskuje na znaczeniu, w związku z czym na terenie kraju funkcjonuje coraz więcej organizacji zrzeszających sportowców niepełnosprawnych. Jednym z miast, które jest tego przykładem, jest Rzeszów, ponieważ na terenie miasta funkcjonuje Zrzeszenie Sportowe Inwalidów „Start”, którego początki sięgają 1966 r., kiedy to powstało Międzyspółdzielniarne Ognisko Kultury Fizycznej Inwalidów (MOKFI) „Start”. Działalność tego zrzeszenia oparta była na współpracy z siecią spółdzielni pracy i spółdzielni inwalidów rozciągniętą na teren całego województwa rzeszowskiego. Najważniejszym zadaniem była organizacja gimnastyki rekreacyjnej podczas przerw w pracy, gimnastyki leczniczo-usprawniającej prowadzonej w gabinetach przyzakładowych, turnusów rehabilitacyjno-sportowych i zgrupowań w czasie urlopów wypoczynkowych niepełnosprawnych, zajęć sportowych w różnych dyscyplinach sportu, imprez turystycznych i zawodów sportowych. Obecnie ZSI „Start” w Rzeszowie prowadzi zajęcia w trzech sekcjach sportowych: pływackiej, wyścigów na wózkach oraz koszykówki na wózkach. Działają również sekcja tenisa stołowego i sekcja narciarstwa zjazdowego, które skupiają się jednak na działalności rekreacyjnej. Największe sukcesy odnoszą zawodnicy koszykówki, którzy w 1993 r. sięgnęli po tytuł Mistrza Polski. Był to pierwszy sukces koszykarzy i nie jedyny. W 1994 r. drużyna koszykarzy na wózkach zajęła drugie miejsce w turnieju międzynarodowym. Obecnie drużyna nadal wygrywa zawody. W sezonie 2013 r. koszykarze zostali wicemistrzami Polski oraz zajęli drugie miejsce w Pucharze Polski⁷².

Niepełnosprawność nie powinna doprowadzać do bierności osób nią dotkniętych, ponieważ aktywne spędzanie wolnego czasu wpływa korzystnie na stan zdrowia jednostek. Sport natomiast nie jest zarezerwowany wyłącznie dla osób zdrowych, co udowadniają sportowcy niepełnosprawni, którzy żyją w środowisku, w którym jest kult ciała i sprawności fizycznej. Uczestniczą i odnajdują się w nim, a nawet odnoszą sukcesy.

5. Programy pomocy osobom niepełnosprawnym

Problemy osób niepełnosprawnych zaczynają powoli wychodzić poza ich własne środowisko, zaczyna je dostrzegać coraz większa liczba członków społeczeństwa, jak również organy państwowe. W związku z tymi zmianami powstały programy mające na celu pomoc osobom niepełnosprawnym. Za

⁷² Por. „Start” Rzeszów, <http://www.start.rzeszow.pl/>, data dostępu: 10.10.2014.

B. Szluz można przytoczyć, że „w programie rządowym dotyczącym działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem przyjęto za główny cel promocję autonomii oraz zapewnienie warunków do samodzielnego, pełnego i czynnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym”⁷³.

Na terenie Rzeszowa działają fundacje, które mają na celu pomoc osobom niepełnosprawnym. Wśród nich należy wymienić działające od 2013 r. Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych. Centrum to realizuje projekty mające na celu podnoszenie umiejętności zawodowych i psychospołecznych osób niepełnosprawnych i wprowadzenie ich na otwarty rynek pracy. Celem Fundacji Aktywizacja jest usamodzielnienie i poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych przez zintegrowane działania aktywizacyjne, zmianę postaw otoczenia oraz wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych. Fundacja ta już zrealizowała i nadal realizuje szereg programów skierowanych do osób niepełnosprawnych, m.in. Program „Postaw na pracę”, którego celem był wzrost aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych z terenów wsi i małych miast oraz wzrost efektywności lokalnych działań na rzecz aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Innym przykładem działań Fundacji było stworzenie Akademii Kompetencji ICT na Podkarpaciu. Celem projektu było podniesienie kompetencji 200 osób niepełnosprawnych w wieku 18–24 lata z terenu Podkarpacia. Uczestnicy zajęć mieli szansę na usystematyzowanie wiedzy i umiejętności m.in. z zakresu technik informatycznych i komunikacyjnych, użytkowania komputerów i zarządzania plikami, edytorów tekstów i arkuszy kalkulacyjnych, przeglądania stron internetowych⁷⁴.

Osobom niepełnosprawnym na terenie województwa podkarpackiego, jak i całej Polski niesie pomoc Fundacja Aktywnej Rehabilitacji. Fundacja ta prowadzi kompleksowy program aktywizacji społecznej i zawodowej osób poruszających się na wózkach inwalidzkich z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Realizuje wiele programów mających na celu polepszenie sytuacji osób niepełnosprawnych, m.in. program kompleksowej aktywizacji społecznej i zawodowej osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, którego celem jest wzrost samodzielności osób niepełnosprawnych ruchowo w życiu społecznym i zawodowym. Istotne jest podkreślenie, że podstawową działalnością Fundacji jest upowszechnianie różnych form aktywności ruchowej. Celem przyświecającym propagowaniu sportu

⁷³ B. Szluz, *Pomoc dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym intelektualnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006, s. 218.

⁷⁴ Por. Fundacja Aktywizacja, <http://www.aktywizacja.org.pl>, data dostępu: 3.10.2016.

wśród osób niepełnosprawnych jest zwiększenie sprawności, samodzielności i niezależności jednostek. W programie Fundacji znajdują się sporty wodne (np. żeglarstwo, nurkowanie swobodne), pięciobój aktywny (tor przeszkód, pływanie, łucznictwo, tenis stołowy, minimaraton) oraz rugby⁷⁵.

Najbardziej znaną formą niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym jest Program Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), którego realizatorami są instytucje wydatkujące środki na określone zadania, w szczególności są to: PFRON, samorządy powiatowe i samorządy wojewódzkie.

PFRON swoimi działaniami obejmuje trzy formy rehabilitacji: zawodową, społeczną oraz łączącą dwie poprzednie.

Działaniami realizowanymi w zakresie rehabilitacji zawodowej są:

- a) refundacja składek na ubezpieczenie społeczne osoby niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą oraz niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacenia składek za niepełnosprawnego domownika;
- b) dofinansowanie wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego oraz zwrot miesięcznych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w wykonywaniu obowiązków zawodowych;
- c) zwrot kosztów wynikających z adaptacji nowych bądź istniejących miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, związanych z wyposażeniem stanowiska pracy, jak również kosztów związanych z budową lub rozbudową obiektów i pomieszczeń zakładu, środków transportu oraz miejsc administracyjnych w celu dostosowania ich do potrzeb osoby niepełnosprawnej;
- d) dofinansowanie w wysokości do 50% oprocentowania kredytów bankowych zaciągniętych przez zakład pracy chronionej, jak również kredytu zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej albo prowadzenie własnego bądź dzierżawionego gospodarstwa rolnego przez osobę niepełnosprawną;
- e) wsparcie osób niepełnosprawnych bezrobotnych w poszukiwaniu pracy przez organizowanie szkoleń, staży itp., jak również dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej⁷⁶.

Drugą formą rehabilitacji jest rehabilitacja społeczna obejmująca:

- a) dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych;

⁷⁵ Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, www.far.org.pl, data dostępu: 10.03.2016.

⁷⁶ Por. *Informator dla osób niepełnosprawnych*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2014, s. 34–35.

- b) dofinansowanie usług tłumacza migowego na wniosek osoby niepełnosprawnej oraz dofinansowanie szkoleń dla tłumaczy migowych;
- c) refundacja kosztów wydawania certyfikatów przez podmioty uprawnione do szkolenia psów asystujących;
- d) dopłacanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- e) dofinansowanie związane z likwidacją barier technicznych i architektonicznych, umożliwiającą swobodne przemieszczanie się osobom niepełnosprawnym, jak również dofinansowanie robót budowlanych w obiektach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych oraz kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej;
- f) dotacje na rzecz sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych⁷⁷.

Do zadań rehabilitacji zawodowej i społecznej zaliczono:

- a) program z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, którego realizatorami są starostwa powiatowe, zaś instytucją finansującą i określającą rodzaje wsparcia jest PEFRON;
- b) projekty systemowe z udziałem środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego⁷⁸.

PEFRON oferuje wiele form pomocy dla osób niepełnosprawnych, dotkniętych różnymi rodzajami niepełnosprawności. Obecnie realizuje pięć programów skierowanych do osób niepełnosprawnych, a mianowicie:

1. Aktywny samorząd – celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i dostępie do edukacji.
2. Junior – program aktywizacji zawodowej absolwentów niepełnosprawnych – celem programu jest umożliwienie wejścia w życie zawodowe (przez odbycie stażu i zdobycie zatrudnienia) młodym osobom niepełnosprawnym.
3. Program wsparcia międzynarodowych imprez sportowych dla osób niepełnosprawnych organizowanych na terenie Polski – program ten ma na celu wsparcie organizacji w Polsce imprez sportowych o randze: igrzysk paraolimpijskich, europejskich, mistrzostw świata lub mistrzostw Europy, promując aktywność sportową i integrację społeczną osób niepełnosprawnych.
4. Program wyrównywania różnic między regionami II – celem strategicznym jest wyrównanie szans osób niepełnosprawnych zamieszkujących

⁷⁷ Por. tamże, s. 36.

⁷⁸ Por. tamże, s. 37.

regiony słabo rozwinięte gospodarczo i społecznie w dostępie do rehabilitacji zawodowej i społecznej.

5. Wsparcie inicjatyw – program ten ma na celu szeroko rozumiane promowanie działań na rzecz aktywizacji środowiska osób niepełnosprawnych⁷⁹.

Jak można zatem zauważyć, szereg programów realizowanych z myślą o osobach niepełnosprawnych zmierza do ich aktywizacji zawodowej. Są one prowadzone z myślą o umożliwieniu tym osobom stania się aktywnymi członkami życia społecznego.

Programy dotyczące osób niepełnosprawnych nie mają charakteru jedynie ogólnopolskiego, gdyż np. powiaty również tworzą programy realizowane na określonym terenie. Przykładem jest Powiatowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2014–2018 realizowany na terenie powiatu grodzkiego Miasta Rzeszów. Program ten zakłada szereg celów działań, które zostały podzielone na cele strategiczne i operacyjne. Do tych pierwszych zaliczono:

- „1. Bieżące diagnozowanie potrzeb środowiska osób niepełnosprawnych.
2. Stworzenie warunków do pełnej rehabilitacji leczniczej, społecznej, zawodowej, fizycznej i psychicznej.
3. Dążenie do integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem z wykorzystaniem lokalnego potencjału.
4. Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, pracy zawodowej, kulturze i rekreacji.
5. Doskonalenie systemu pomocy osobom niepełnosprawnym.
6. Zintegrowanie działań samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych.
7. Wprowadzanie rozwiązań zgodnie ze standardami Unii Europejskiej”⁸⁰.

Celami operacyjnymi natomiast są:

- „1. Wczesna diagnoza niepełnosprawności w celu podjęcia szybkiej i właściwej rehabilitacji.
2. Rozwój rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz usług z zakresu rehabilitacji fizycznej.
3. Wyrównanie szans w zakresie oświaty.
4. Stwarzanie warunków do zatrudniania i przeciwdziałania skutkom bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych.

⁷⁹ Por. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, *Programy i zadania realizowane obecnie*, <http://www.pfron.org.pl>, data dostępu: 10.10.2014.

⁸⁰ J. Gołubowicz, *Powiatowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2014–2018*, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2014, s. 49.

5. Tworzenie warunków do przewyższania trudnych sytuacji życiowych, których osoby niepełnosprawne nie mogą pokonać, wykorzystując własne środki i możliwości, oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia przez instytucje pomocy społecznej.
6. Tworzenie środowiska miejskiego przyjaznego dla osób niepełnosprawnych.
7. Stwarzanie możliwości do pełnego i aktywnego udziału w życiu kulturalnym, sporcie, rekreacji i turystyce.
8. Współpraca z organizacjami pozarządowymi w myśl zasady pomocniczości⁸¹.

Cele te mają zostać zrealizowane za pomocą szeregu przedsięwzięć (m.in.: zakup mikrobusu do przewozu osób niepełnosprawnych, remont przestrzeni użyteczności publicznej w celu jej dostosowania do użytku przez osoby niepełnosprawne, podnoszenie kwalifikacji pracowników zawodowych współpracujących z osobami niepełnosprawnymi przez uczestnictwo w kursach i szkoleniach, organizowanie imprez okolicznościowych i spotkań integracyjnych, organizacja obchodów Światowego Dnia Chorego, Światowych Dni Chorych na Schizofrenię, wycieczek turystyczno-krajoznawczych dla mieszkańców domów pomocy społecznej, kiermaszu i wystaw prac osób uczestniczących w warsztatach terapii zajęciowej, działalność edukacyjna w formie praktyk dla studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego, prowadzenie klubów i stowarzyszeń skupiających osoby niepełnosprawne, jak również uczestnictwo w projektach unijnych i ministerialnych)⁸².

Liczba działań mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na terenie Polski bądź powiatu rzeszowskiego jest ogromna, co uwiadcza, iż problem osób niepełnosprawnych nie jest już marginalizowany. Programy te niewątpliwie przysłużą się do poprawy sytuacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

6. Wnioski

Osoby niepełnosprawne od zawsze żyły w społeczeństwie. Im bardziej cofniemy się w głąb historii, zauważymy, że na ogół były spychane na margines społeczny. Sytuacja ta na szczęście się zmienia, dzięki czemu osoby dotknięte upośledzeniem fizycznym, sensorycznym czy umysłowym mogą liczyć na pomoc ze strony innych członków społeczeństwa, jak również ze

⁸¹ Tamże, s. 49–50.

⁸² Por. tamże, s. 51–90.

strony państwa, na co wskazuje coraz większa liczba przedsięwzięć mających na celu ułatwienie im przemieszczania się, wykonywania codziennych czynności czy też ogólnego funkcjonowania.

Obecnie największy problem może stanowić bezpośredni kontakt zdrowych członków społeczeństwa z osobami niepełnosprawnymi, ponieważ niekiedy jest on obciążony stereotypami i specyficznym podejściem opartym na współczuciu, litości albo arogancji bądź zwykłej nieumiejętności zachowania się wobec osoby niepełnosprawnej. Ta nieumiejętność zdrowych osób może wynikać z faktu, że widok jednostki z danym upośledzeniem jest rzadkością. Osoby upośledzone powinny uodpornić się na nieporadność, a czasami ciekawość jednostek niedotkniętych daną chorobą. Osoby niepełnosprawne najczęściej nie potrzebują, a nawet nie chcą specjalnego traktowania, które wychodziłoby ponad ich możliwości radzenia sobie w różnych sytuacjach.

Niewątpliwie osoba poruszająca się na wózku potrzebuje podjazdu do budynku, windy czy też szerszego przejścia. Ta forma pomocy jest najczęściej wystarczająca, ponieważ jednostki te odbywają żmudną i niekiedy bolesną rehabilitację po to, aby móc jak najswobodniej żyć w społeczeństwie, a nie po to, aby co chwilę ktoś musiał im pomagać czy wyręczać w niemal wszystkich czynnościach.

Faktem jest, że rzeczy proste do wykonania dla ludzi zdrowych niepełnosprawnym mogą sprawiać trudności, jednakże zadaniem zdrowych członków społeczeństwa nie powinno być wyręczanie osób niepełnosprawnych, tylko taka modernizacja przestrzeni i urządzeń, aby te osoby były w stanie wykonać większość czynności samodzielnie.

Problems of people with disabilities

Abstract

In this chapter, problems faced by people with disabilities are discussed. During the childhood, the most common problems are: relationship with parents, contact with peers and participation in the arduous and sometimes painful rehabilitation. Disabled children have problems with access to education, not due to the applicable law, but only due to the lack of adapted schools, teachers' qualifications or the anxiety of both healthy and sick children's parents. During the adulthood, the ability to function independently becomes increasingly important for people with disabilities. Their road to independence is blocked not only by their health but also by their professional circumstances. Even though the government and other institutions undertake a number of actions in order to change this situation, people with disabilities still have difficulty in finding employment. The chapter also raises the issue of leisure and sports among the disabled as well as the programs designed to minimize the problems faced by them.

Keywords: disability, impairment, social problems, rehabilitation