

Anna Turowska

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych a integracja społeczna

Studia Włocławskie 1, 194-204

1998

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

REHABILITACJA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH A INTEGRACJA SPOŁECZNA

Doświadczenie niepełnosprawności nieuchronnie wiąże się z dramatycznymi przeżyciami i zmaganiem, związanymi z istniejącym uszkodzeniem i niepełną sprawnością organizmu. Pogodzenie się z nieodwracalnością istniejącego stanu rzeczy i nabranie przekonania, że utracone wartości można zastąpić innymi, jest warunkiem wejścia osoby niepełnosprawnej na drogę rozwoju. Akceptacja tych dyspozycji i możliwości, które pozostały mimo uszkodzenia, jest podstawą adaptacji życiowej. Najpełniejsze warunki rozwoju osoby niepełnosprawnej stwarza jej aktywne uczestnictwo we własnej rehabilitacji, rozumianej jako proces złożony z powiązanych ze sobą i wzajemnie od siebie zależnych ogniw. Wiktor Dega, wybitny lekarz i twórca polskiej szkoły rehabilitacji, ujmuje to następująco: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”.¹

Koncepcja Degi przypisuje rehabilitacji następujące cechy: 1) powszechność – obejmuje wszystkie dyscypliny medyczne i jest dostępna wszystkim, którzy jej potrzebują; 2) kompleksowość – jest zespolona, bo uwzględnia wszystkie aspekty rehabilitacji, tj. leczniczy, psychologiczny, społeczny i zawodowy; 3) wczesność zapoczątkowania – rozpoczyna się możliwie wcześnie, już w okresie leczenia; 4) ciągłość – powiązanie rehabilitacji medycznej ze społeczną i zawodową.²

Realizacja tak rozumianej rehabilitacji stawia niełatwe zadania osobom, które włączają się profesjonalnie w ten proces. Wymaga bowiem od nich szczególnych kwalifikacji osobistych, w tym właściwych postaw wobec niepełnosprawności i osób nią dotkniętych. Warto w związku z tym przytoczyć opublikowane w *Dokumencie Stolicy Apostolskiej na Międzynarodowy Rok Osób Niepełnosprawnych* zasady, które mogą posłużyć jako wskazówki w podejściu do osób niepełnosprawnych. Zostały one skierowane „do wszystkich, którzy oddają się służbie osobom niepełnosprawnym”.³ Zasady te brzmią następująco:

1) osoba niepełnosprawna (na skutek wrodzonej ułomności, w następstwie chorób chronicznych, wypadków, upośledzenia psychicznego lub upośledzenia

zmysłów, bez względu na ich stopień) jest w pełni ludzkim podmiotem, z odpowiadającymi temu przyrodzonymi, świętymi i nienaruszalnymi prawami;

2) osobie niepełnosprawnej należy ułatwić udział w życiu społeczeństwa, we wszystkich jego wymiarach i na wszystkich poziomach, które leżą w granicach jej możliwości;

3) jakość społeczeństw i cywilizacji mierzy się szacunkiem, jaki okazują najsłabszym ze swoich członków;

4) podstawowe nastawienie w podchodzeniu do problemów związanych z uczestnictwem osób niepełnosprawnych w życiu społecznym musi być inspirowane przez zasady:

a) integracji, która przeciwstawia się tendencji do izolowania, segregacji i spychania na margines osoby niepełnosprawnej, a równocześnie idzie dalej niż postawa czystej tolerancji;

b) normalizacji, która oznacza i pociąga za sobą wysiłek zmierzający do całkowitej rehabilitacji osób niepełnosprawnych za pomocą wszelkich dostępnych dziś środków i technik, a gdy okaże się to niemożliwe, do stworzenia im warunków życia i działania zbliżonych najbardziej do normalnych;

c) personalizacji, która ukazuje, że we wszelkiego rodzaju staraniach jak też w rozmaitych stosunkach wychowawczych i społecznych zmierzających do wyeliminowania niepełnosprawności trzeba przede wszystkim uwzględniać, chronić i wspomagać godność, warunki życia i integralny rozwój osoby, we wszystkich jej wymiarach oraz uzdolnieniach fizycznych, moralnych i duchowych.

W drugiej części *Dokumentu* szczególnie ważna wydaje się sugestia, by zachęcać osoby niepełnosprawne, aby nie ograniczały się do biernego korzystania z opieki innych, ale czyniły starania, by stać się kimś, kto również jest dawcą na miarę swoich możliwości.⁴ Zasady te zawierają ważne wskazania dla wszystkich, którzy zawodowo zajmują się osobami niepełnosprawnymi, niezależnie od tego, które z ogniw rehabilitacji realizują; mają one zastosowanie zarówno na etapie rehabilitacji leczniczej, jak i rehabilitacji zawodowej, we wszystkich jej fazach, z poradnictwem zawodowym włącznie. Podmiotowy stosunek do osoby korzystającej z pomocy, szacunek dla jej godności i nastawienie na wspomaganie rozwoju we wszystkich wymiarach winny, jak sądzę, cechować zarówno działania lekarza, psychologa, jak i rehabilitanta czy doradcy zawodowego. Niezwykle ważna dla osób profesjonalnie zajmujących się osobami niepełnosprawnymi jest sugestia wskazująca na potrzebę pomocy osobie niepełnosprawnej w przejściu z pozycji biorcy, którym stała się w niektórych sferach życia w związku z niepełnosprawnością, na pozycję dawcy – człowieka, który żyje produktywnie i tworzy wartości cenne dla innych.

Pojęcie niepełnosprawności

Literatura poświęcona problematyce niepełnosprawności nie wypracowała dotychczas jednej, powszechnie akceptowanej i obowiązującej definicji niepełnosprawności. Jednoznaczne ustalenie zakresu tego pojęcia, uwzględniające wszystkie ważne aspekty, a więc medyczny, prawny, psychologiczny, socjologiczny, ekonomiczny, jest rzeczą niezwykle trudną zapewne dlatego, że dotyczy materii nader skomplikowanej – zdrowia ludzkiego. Środowisko osób zajmujących się tym zagadnieniem jest w pełni świadome tego, że istnieje pilna potrzeba czy wręcz konieczność ustalenia takiej definicji. Nie ulega bowiem wątpliwości, że niejasno sformułowana, wieloznaczna definicja powoduje wiele komplikacji w życiu jednostek niepełnosprawnych, dezorganizuje także funkcjonowanie instytucji powołanych do świadczenia różnego typu pomocy osobom niepełnosprawnym. To właśnie obowiązująca definicja określa kryteria uznawania za osobę niepełnosprawną, a uzyskanie statusu niepełnosprawności implikuje możliwość korzystania z określonych praw i ubiegania się o świadczenia z mocy prawa przysługujące tej grupie społecznej.

Funkcjonuje wiele terminów określających niepełnosprawność zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w życiu codziennym, m.in. kalectwo, inwalidztwo, upośledzenie, uszkodzenie. Pojęcia „niepełnosprawność”, „osoba niepełnosprawna” upowszechniły się w okresie ostatnich kilkunastu lat. Wcześniej w piśmiennictwie posługiwano się najczęściej terminami: „inwalidztwo”, „inwalida”. Etymologiczne znaczenie pojęcia „inwalida” oznacza człowieka, który utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy, służby wojskowej itp. z powodu choroby, ułomności lub kalectwa.⁵ Ogólną i bardzo szeroką definicję inwalidy sformułował Aleksander Hulek: „inwalida jest to jednostka, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym (w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym): pobieranie nauki w szkole normalnej, wykonywanie czynności życia codziennego, wykonywanie pracy zawodowej, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od pracy”.⁶ Autor wskazuje na kulturowy kontekst niepełnosprawności i akcentuje konsekwencje naruszenia sprawności w wielu ważnych obszarach życia i funkcjonowania osoby dotkniętej niepełnosprawnością; czynnościach dnia codziennego, nauce, pracy, życiu społecznym, a nawet w czasie wolnym.

Obecnie panuje przekonanie, że terminy „inwalida”, „inwalidztwo”, podobnie jak „kaleka”, mają wydźwięk pejoratywny i że należy z nich zrezygnować na rzecz określeń „osoba niepełnosprawna” i „niepełnosprawność”. Niektórzy autorzy są zdania, że ewolucja terminologiczna dokonuje się równoległe z rozwojem działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, a zwłaszcza z rozwojem rehabilitacji.⁷ Jednakże istnieją dziedziny, w których termin „inwalida” miał do

niedawna ugruntowaną pozycję; do takich dziedzin należało obowiązujące w Polsce do września 1997 r. orzecznictwo inwalidzkie, a także spółdzielczość inwalidzka. Wprowadzona w 1954 r. dekretem o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, a następnie powtórzona z niewielkimi zmianami w ustawach o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin z 1968 r. i z 1982 r. (Dz. U. Nr 40 z 1982 r. poz. 267) definicja pojęcia „inwalida” jest przykładem definicji skonstruowanej na użytek prawa. W rozumieniu wyżej wymienionej ustawy inwalidą „jest osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu” (art. 23 cytowanej wyżej ustawy). Definicja ta jako podstawowe kryterium uznawania danej osoby za inwalidę w znaczeniu formalno-prawnym przyjmuje niezdolność do pracy. Akcentuje też dwa wymiary: stopień niezdolności do pracy oraz czas trwania naruszenia sprawności organizmu. Zależnie od stopnia niezdolności do zatrudnienia ustawa wyróżniała trzy grupy inwalidów: pierwszą, drugą i trzecią.

Do trzeciej grupy inwalidów zaliczano osoby: 1) częściowo niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, jeżeli osoby te zachowały zdolność do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia w zmniejszonym zakresie; 2) całkowicie niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, jeżeli osoby te zachowały zdolność do wykonywania innego, niż kwalifikowanego zatrudnienia; 3) dotknięte szczególnym naruszeniem sprawności organizmu, nawet jeżeli te nie ograniczają zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia.

Do drugiej grupy zaliczano osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia, natomiast do I grupy inwalidów – osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia, które ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagają stałej lub długotrwałej opieki innej osoby. Jednakże zachowanie zdolności do wykonywania zatrudnienia w warunkach specjalnie stworzonych lub na specjalnych stanowiskach pracy nie stanowiło przeszkody do zaliczenia do pierwszej lub drugiej grupy (Ustawa z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 40 z 1982 r., poz. 267). Sformułowanie „osoby niezdolne do jakiegokolwiek zatrudnienia”, zastosowane w wyżej wymienionej ustawie w odniesieniu do inwalidów pierwszej i drugiej grupy, wywołało wiele sprzeciwów ze względu na to, że wielu osobom z naruszeniem sprawności organizmu zamykało drogę do rehabilitacji zawodowej i społecznej. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na fakt, że pojęcie inwalidztwa, ustalone dla celów zaopatrzenia rentowego, nie jest właściwe z punktu widzenia zadań rehabilitacyjnych.⁸

Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr. 123 z 1997 r., poz. 776) roz-

szerza pojęcie niepełnosprawności i nazywa niepełnosprawnymi osoby, których „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej”, jeżeli uzyskały orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności bądź o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy albo – w przypadku osób przed 16 rokiem życia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności (art. 1 cytowanej wyżej ustawy). W obowiązującym aktualnie orzecznictwie przyjęto trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki (art. 3 wyżej wymienionej ustawy).

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu w sposób uniemożliwiający podjęcie zatrudnienia albo zdolną do wykonywania zatrudnienia w szczególności w zakładzie pracy chronionej albo w zakładzie aktywizacji zawodowej, wymagającą – w celu pełnienia ról społecznych – stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, zdolną do wykonywania zatrudnienia na stanowisku pracy przystosowanym odpowiednio do potrzeb i możliwości wynikających z niepełnosprawności, wymagającą – w celu pełnienia ról społecznych – częściowej lub okresowej pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Lekki stopień niepełnosprawności oznacza naruszoną sprawność organizmu u osoby zdolnej do wykonywania zatrudnienia i nie wymagającej pomocy innej osoby w celu pełnienia ról społecznych (Dz. U. Nr 123 z 1997 r., poz. 776).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1980 r. przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, która wyodrębniła trzy związane ze sobą pojęcia: uszkodzenie, niepełnosprawność, upośledzenie (niesprawność). Uszkodzenie oznacza utratę lub nieprawidłowość struktury lub funkcji psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej. Niepełnosprawność – to wszelkie ograniczenie lub brak (wynikający z uszkodzenia) możliwości wykonywania pewnych czynności, w sposób lub w zakresie uznanym za normalny dla istot ludzkich. Niepełnosprawność może mieć charakter: 1) niepełnosprawności sensorycznej (obniżenie sprawności narządów zmysłowych, głównie narządu wzroku lub słuchu); 2) niepełnosprawności fizycznej (obniżenie sprawności narządu ruchu i narządów wewnętrznych); 3) niepełnosprawności psychicznej (obniżenie sprawności czynności umysłowych i funkcjonowania osobowości).

Z kolei upośledzenie (niesprawność) wynika z uszkodzenia lub niepełnosprawności, które ograniczają lub uniemożliwiają pełnienie ról uznawanych za normalne, wzięwszy pod uwagę wiek i płeć danej osoby oraz czynniki społeczne

i kulturowe. Tadeusz Majewski w oparciu o bogatą literaturę w tym zakresie podaje trzy rodzaje definicji osoby niepełnosprawnej: 1) definicje ogólne; 2) definicje dla określonych celów; 3) definicje poszczególnych grup osób niepełnosprawnych.⁹

Definicje ogólne ustalają ogólne kryteria, w oparciu o które daną osobę uznaje się za niepełnosprawną bądź odmawia się jej statusu niepełnosprawności. Definicje te w większości uwzględniają zarówno kryteria biologiczne (uszkodzenie i niepełnosprawność) jak i kryteria społeczne (konsekwencje dla prowadzenia normalnego życia i funkcjonowania społecznego). Przykładem tego typu definicji może być cytowana wcześniej definicja, której autorem jest Aleksander Hulek.¹⁰

Drugi rodzaj – to definicje formułowane dla poszczególnych celów, np. dla celów rehabilitacji zawodowej, szkolnictwa specjalnego czy świadczeń rentowych. Definicje te przyjmują z reguły bardziej precyzyjne i konkretne kryteria. Typowym przykładem jest definicja Międzynarodowej Organizacji Pracy, opracowana do celów rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych: „osoba niepełnosprawna oznacza jednostkę, której możliwości znalezienia odpowiedniej pracy i jej utrzymania oraz awansu są poważnie zmniejszone w wyniku stwierdzonego ograniczenia fizycznego lub umysłowego” (Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Konferencji Pracy dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych przyjęte podczas LXIX sesji dnia 20 czerwca 1983 roku w Genewie).

Trzeci rodzaj definicji klasyfikuje osoby niepełnosprawne według różnych kryteriów np. według rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, stopnia niepełnosprawności itp.

Podsumowując rozważania poświęcone definicji osoby niepełnosprawnej należy jeszcze zwrócić uwagę na fakt, że podobnie jak w przeszłości termin „inwalida”, tak obecnie określenie „osoba niepełnosprawna”, choć używane zdecydowanie najczęściej, nie jest powszechnie akceptowane. Uznając osobę ludzką za najwyższą wartość na ziemi, można powiedzieć, że niepełnosprawność jest tylko jakąś przypadłością, a nie istotą osoby. Dlatego można by zaproponować posługiwanie się terminem „osoba z niesprawnością” zamiast „osoba niepełnosprawna”.

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych warunkiem integracji społecznej

Liczne dokumenty o zasięgu międzynarodowym, opracowane przez wyspecjalizowane agendy Rady Europy oraz Organizacji Narodów Zjednoczonych, a zwłaszcza Międzynarodową Organizację Pracy i Światową Organizację Zdrowia, uznają rehabilitację za najważniejszą formę pomocy ludziom niepełnosprawnym i stanowią podstawę opracowywania programów rozwoju rehabili-

tacji w różnych krajach (por. Wzorcowy program rehabilitacji i integracji dla władz państwowych, 1993). Zasada pełnego uczestnictwa i równości osób niepełnosprawnych w społeczeństwie może być zrealizowana tylko w procesie szeroko rozumianej rehabilitacji. Celem rehabilitacji jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym, bez względu na charakter i pochodzenie ich niepełnosprawności, jak największej dozy społecznego i ekonomicznego uczestnictwa oraz możliwie jak największej samodzielności. Osiągnięcie jak najpełniejszej samodzielności i niezależności wymaga czynnego uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w procesie własnej rehabilitacji i to na każdym jego etapie (Rada Europy. Układ odrębny w dziedzinie społecznej i zdrowia publicznego, 1993).

Szacuje się – zależnie od przyjętej definicji niepełnosprawności i metodologii badań – że osoby niepełnosprawne stanowią od 8 do 17% populacji ludzkiej.¹¹ Od lat wzrasta liczba osób niepełnosprawnych na świecie. Tendencja ta obserwowana jest także w naszym kraju.¹² Ta wielomilionowa rzesza osób z niepełną sprawnością stawia przed społeczeństwami zadanie przystosowania się do szczególnych potrzeb tych osób. Przystosowanie to jest powinnością każdego społeczeństwa, a ważnym jego elementem jest rehabilitacja osób niepełnosprawnych. Jest ona obowiązkiem społeczeństwa; niweluje wynikające z życia społecznego problemy, którym osoby niepełnosprawne muszą stawić czoła i jest wyrazem szacunku dla ludzkiej godności (Zalecenie nr 6 Komitetu Ministrów w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych, 1993). Godność, podobnie jak wolność i miłość należy do podstawowych cech osoby ludzkiej i zarazem jej niezbywalnych praw.¹³ Papież Jan Paweł II wielokrotnie podkreślał, że właśnie osoby w jakikolwiek sposób upośledzone mają „szczególne prawo do naszego szacunku, uznania i miłości”, a także, że „zdrowie fizyczne czy psychiczne nie dodaje ani nie odejmuje niczego osobie; co więcej, cierpienie może nadać jej szczególne prawa wobec nas”.¹⁴

Jednym z tych szczególnych praw jest prawo do rehabilitacji. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła w 1968 r. definicję, w której określiła rehabilitację jako „kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, pedagogicznych i zawodowych w celu usprawniania osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu”.¹⁵ Definicja ta akcentuje metody stosowane w rehabilitacji w celu maksymalnego i wszechstronnego usprawnienia osoby z niepełną sprawnością. Traktuje ona proces rehabilitacji kompleksowo i zwraca uwagę na konieczność dążenia w trakcie tegoż procesu do zaspokojenia różnorodnych (fizycznych, psychicznych, społecznych) potrzeb osoby rehabilitowanej. W zależności od rodzaju problemów i stosowanych metod wyróżnia się rehabilitację: leczniczą, społeczną i zawodową.

Twórca polskiej szkoły rehabilitacji, Wiktor Dega, który określił rehabilitację leczniczą jako część procesu rehabilitacji, w trakcie której stosuje się

metody lecznicze w celu maksymalnego usprawnienia organizmu i niedopuszczenia do pogłębienia się istniejących defektów,¹⁶ zwracał też uwagę na fakt, że rehabilitacja przeciwstawia się dehumanizacji medycyny, w związku z czym „lekarz myślący kategoriami rehabilitacji nie może ograniczyć się do leczenia chorego narządu, lecz musi leczyć chorego człowieka, jako członka społeczeństwa”.¹⁷ Rozumiał on rehabilitację jako „proces medyczno-społeczny, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia”.¹⁸

Do najważniejszych metod rehabilitacji leczniczej należą: 1) fizjoterapia – w tym: kinezyterapia (leczenie ruchem), fizykoterapia (leczenie środkami fizycznymi i mechanicznymi), masaż leczniczy, uprawianie sportu; 2) terapia zajęciowa – usprawnianie przez zastosowanie różnych celowych i planowych zajęć typu manualnego, intelektualnego; 3) psychoterapia rozumiana jako „zamierzone korygowanie zaburzeń czynności organizmu środkami psychologicznymi”.¹⁹ Rehabilitacja lecznicza obejmuje także zaopatrzenie ortopedyczne (protezy, aparaty ortopedyczne, kule, laski itp.) oraz pomoce rehabilitacyjne, ułatwiające czynności życia codziennego.

Rehabilitacja społeczna jest – według WHO – „częścią ogólnego procesu rehabilitacji, która ma na celu integrację lub reintegrację osoby niepełnosprawnej w środowisko społeczne poprzez udzielanie jej pomocy w przystosowaniu się do wymagań rodziny i środowiska dalszego, usuwając jednocześnie ekonomiczne i społeczne bariery, które mogą utrudnić cały proces rehabilitacji”.²⁰

Celem rehabilitacji społecznej jest możliwie pełne włączenie osoby z niepełnosprawnością we wszystkie przejawy życia społecznego, aby osoba ta faktycznie była i czuła się wartościowym i użytecznym członkiem społeczeństwa, mogącym korzystać z dóbr i osiągnięć kultury, cywilizacji, jak też mogącym włączyć się w ich tworzenie. Realizacja procesu rehabilitacji społecznej stawia określone wymagania zarówno osobie niepełnosprawnej, jak i społeczeństwu; osoba niepełnosprawna musi bowiem przystosować się do wymogów życia społecznego poprzez opanowanie umiejętności funkcjonowania w sytuacjach społecznych, zaś społeczeństwo powinno stworzyć społeczne warunki integracji, tj. znieść wszelkie bariery utrudniające włączenie się osoby niepełnosprawnej w życie społeczne. Tak więc osoba niepełnosprawna musi chcieć włączyć się w społeczeństwo, a społeczeństwo musi chcieć przyjąć tę osobę na równych prawach.

Do najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu barier należą: bariery społeczne (negatywne lub obojętne postawy pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych), bariery ekonomiczne (wszelkie problemy socjalno-bytowe, stwarzające trudne warunki życiowe), bariery prawne (dyskryminujące przepisy) oraz bariery architektoniczne i urbanistyczne (niedostosowanie budynków i obiektów

użyteczności publicznej do możliwości manipulacyjnych i lokomocyjnych osoby niepełnosprawnej). Bardzo ważną częścią rehabilitacji społecznej jest przygotowanie rodziny i najbliższego otoczenia osoby niepełnosprawnej, a także całego społeczeństwa do współżycia i współpracy z człowiekiem z niepełną sprawnością. W tym celu konieczne jest upowszechnianie wiedzy o niepełnosprawności, o możliwościach rehabilitacji osób niepełnosprawnych, o możliwościach i ograniczeniach tych osób, a w konsekwencji o tym, w jakim zakresie osoby te mogą, a nawet powinny radzić sobie same, a w jakim potrzebują pomocy. Bardzo ważną rolę mają tutaj do odegrania środki masowego przekazu; wiele bowiem zależy od sposobu prezentowania problemów ludzi niepełnosprawnych i służb rehabilitacyjnych przez prasę, radio, telewizję. Aleksander Hulek, wybitny polski psycholog i pedagog specjalny, uważał, że środki masowego przekazu mogą ułatwiać lub utrudniać proces rehabilitacji.²¹

Kolejnym ogniwem złożonego procesu rehabilitacji kompleksowej jest rehabilitacja zawodowa. Międzynarodowa Organizacja Pracy przyjęła następującą jej definicję: rehabilitacja zawodowa „jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na udzielaniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie, aby umożliwić jej uzyskanie, utrzymanie i awans w odpowiedniej pracy, a przez to umożliwić jej integrację lub reintegrację w normalne życie społeczne”.²² Zgodnie z Zaleceniem nr 168 Międzynarodowej Konferencji Pracy środki rehabilitacji zawodowej powinny być dostępne dla wszystkich kategorii osób niepełnosprawnych, niezależnie od płci. Proces rehabilitacji zawodowej składa się z kilku etapów: poradnictwa zawodowego, szkolenia lub kształcenia zawodowego i zatrudnienia. Podstawą do udzielenia porady zawodowej jest ocena zdolności osoby niepełnosprawnej do pracy. Profesjonalnie prowadzone doradztwo zawodowe jest warunkiem powodzenia całego procesu rehabilitacji zawodowej. Następnym ważnym elementem przygotowania osoby z niepełną sprawnością do pracy jest szkolenie lub kształcenie zawodowe. Odpowiedni dla danej osoby kierunek szkolenia czy kształcenia można prawidłowo ustalić jedynie w oparciu o wszechstronne wyniki specjalistycznych badań zdolności do pracy i diagnozę zawodową. Opanowanie przez osobę niepełnosprawną koniecznej wiedzy teoretycznej i zdobycie praktycznych umiejętności potrzebnych do wykonywania danego zawodu lub pracy jest na ogół możliwe w zwykłym, ogólnodostępnym systemie przygotowania zawodowego. W przypadkach, gdy stopień uszkodzenia organizmu wyklucza taką możliwość, osoba z niepełną sprawnością może uczyć się w specjalistycznych placówkach, przeznaczonych dla osób z określonego rodzaju niepełnosprawnościami.²³

Zakończeniem całego procesu rehabilitacji zawodowej jest zatrudnienie osoby niepełnosprawnej na odpowiednim dla niej, ze względu na możliwości psy-

chofizyczne i zdobyte kwalifikacje zawodowe, stanowisku pracy. Z reguły potrzebne jest także zapewnienie opieki podczas zatrudnienia, zwłaszcza w okresie początkowym, wymagającym od osoby niepełnosprawnej dużego wysiłku adaptacyjnego.

U podstaw rehabilitacji zawodowej leżą następujące przesłanki: 1) każda osoba niepełnosprawna pomimo uszkodzenia organizmu zachowuje pewne sprawności i dyspozycje psychiczne (cechy osobowości, zdolności itp.), które po ich zidentyfikowaniu, ukierunkowaniu i usprawnieniu (przy zastosowaniu odpowiednich środków w odpowiednich warunkach) stają się podstawą, umożliwiającą podjęcie szkolenia, a później pracy zawodowej; 2) żadna praca nie wymaga od osoby, która ją wykonuje, wszystkich jej sprawności zarówno fizycznych, psychicznych, jak i społecznych.²⁴ Hulek podkreśla, że większość osób niepełnosprawnych, mimo uszkodzenia organizmu, zachowuje wiele sprawności, a często posiada szczególne zdolności, które mogą stać się podstawą działań zmierzających do przygotowania ich do pracy zawodowej.

* * *

Reasumując niniejsze rozważania raz jeszcze należy podkreślić, że rehabilitacja osób niepełnosprawnych jest złożonym, wieloetapowym i wielowymiarowym procesem, zmierzającym do maksymalnego usprawnienia jednostek dotkniętych niepełnosprawnością. Usprawnienie to odbywa się na drodze wielu profesjonalnych działań o charakterze leczniczym, psychologicznym, pedagogicznym, społecznym i zawodowym, przy istotnym współdziałaniu samych osób niepełnosprawnych. Ostatecznym celem rehabilitacji jest osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu samodzielności i niezależności osoby niepełnosprawnej, przejście z pozycji biorcy na pozycję dawcy – osoby produktywnej i tworzącej cenne społecznie wartości, a więc pełna integracja ze społeczeństwem, znajdująca wyraz w pełnym uczestnictwie w życiu społecznym.

PRZYPISY

¹ W. Dega, *Koncepcja rehabilitacji*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1, s. 16.

² Tamże, s. 19.

³ Z. Szostkiewicz, *Nauczanie Jana Pawła II w dekadzie ONZ poświęconej osobom niepełnosprawnym*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1991, nr 1-4, s. 100.

⁴ Tamże, s. 101.

⁵ *Słownik wyrazów obcych*, red. E. Sobol, Warszawa 1996, s. 487.

⁶ A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1969, s. 18.

⁷ T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.

⁸ Zob. K. Zabłocki, *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów*, Warszawa 1995; W. Sroczyński, *O pracach nad projektem definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1, s. 72-78.

⁹ Por. T. Majewski, *W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1994, nr 1, s. 33-37.

¹⁰ A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji...*, dz. cyt., s. 18.

¹¹ J. Bejnarowicz, *Przewidywana w 2020 r. liczebność osób o określonym stopniu niepełnej sprawności psychofizycznej w wieku 20-59 lat*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1991, nr 1-4, s. 35-63; M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*, Wrocław 1976, s. 20-34.

¹² Z. Sufin, *Ludzie niepełnosprawni w Polsce w świetle badań socjologicznych*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1, s. 49-55.

¹³ Por. M.A. Krąpiec, *Człowiek i prawo naturalne*, Lublin 1975.

¹⁴ Cyt. za Z. Szostkiewicz, *Nauczanie Jana Pawła II...*, art. cyt., s. 100.

¹⁵ H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, Warszawa 1987, s. 17.

¹⁶ Zob. W. Dega, *Drogi rozwoju i stan obecny w rehabilitacji leczniczej w Polsce*, w: *Rehabilitacja inwalidów w PRL*, Warszawa 1973.

¹⁷ W. Dega, *Ochrona człowieka niepełnosprawnego*, w: *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986, s. 9.

¹⁸ W. Dega, *Koncepcja rehabilitacji*, art. cyt., s. 10.

¹⁹ S. Kratochvil, *Psychoterapia*, Warszawa 1978, s. 26-27.

²⁰ Cyt. za T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa...*, dz. cyt., s. 49.

²¹ Zob. A. Hulek, *Rola środków masowego przekazu w rehabilitacji inwalidów*, w: *Środki masowego przekazu a człowiek niepełnosprawny*, Warszawa 1991.

²² Cyt. za T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa...*, dz. cyt., s. 48.

²³ Zob. L. Kempieński, *Zatrudnienie inwalidów – ocena i kierunki działania*, w: *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986.

²⁴ A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji...*, dz. cyt., s. 164-165.