

Nr **14** (163)

Politechnika Opolska
ISSN 1427-809X

WIADOMOŚCI UCZELNIANE

lipiec 2007

Pismo informacyjne Politechniki Opolskiej

WYDANIE SPECJALNE

I FORUM SPOŁECZNO-EDUKACYJNE

Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym studentom



WIADOMOŚCI UCZELNIANE

Pismo informacyjne Politechniki Opolskiej
Rok XVII, nr 14 (163), lipiec 2007

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

KRYSTYNA DUDA
Redaktor naczelny

IWONA DĄBROWSKA-JABŁOŃSKA,
MAŁGORZATA WRÓBLEWSKA
Redakcja naukowa

TOMASZ SOŁTYŃSKI
Projekt i skład

SŁAWOJ DUBIEL
Zdjęcia

Wydano w Dziale Promocji Politechniki Opolskiej,
ul. S.Mikołajczyka 3, 45-271 Opole, promocja@po.opole.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowywania
redakcyjnego nadesłanych tekstów.
Numer zamknięto 16.07.2007 r.

I Forum społeczno-edukacyjne „Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym studentom”

Organizatorzy:
Politechnika Opolska i Uniwersytet Opolski

Współorganizatorzy:
Marszałek Województwa Opolskiego – Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej;

Opolski Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych;

Wojewódzka Społeczna Rada ds. Osób Niepełnosprawnych
przy Marszałku Województwa Opolskiego.

Spis treści

Wprowadzenie

Iwona Dąbrowska-Jabłońska, Małgorzata Wróblewska 3

Wywiad z... 4

Od inwalidztwa do niepełnosprawności — ewolucja pojęć

Iwona Mulicka..... 6

Polityka Unii Europejskiej wobec osób z niepełnosprawnością

Bożena Bobeł..... 14

Programy PFRON adresowane do niepełnosprawnych studentów, jako forma rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych,

Joanna Niedźwiedź..... 19

Edukacja osób niepełnosprawnych w Polsce — wybrane aspekty

Małgorzata Wróblewska 25

Uniwersytet Warszawski — uniwersytet dla wszystkich

Paweł Wdówik..... 28

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych

w społeczności akademickiej, *Iwona Dąbrowska-Jabłońska* 33

Diagnostyka i wspomaganie osób z niedosłuchem

Danuta Olczykowska 39

Wiadomości Uczelniane zawierają referaty wygłoszone podczas I Forum społeczno-edukacyjnego „Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym studentom”, które odbyło się w grudniu.

Wprowadzenie

Na przestrzeni wieków zmieniał się stosunek społeczeństw do osób niepełnosprawnych. Poczynając od pełnej wrogości do nich, poprzez izolację jednostek z odstępstwami od normalnego stanu zdrowia i rozwoju, następnie przez ich segregację, aż wreszcie do wprowadzenia w życie idei społecznej integracji osób niepełnosprawnych oraz normalizacji warunków ich życia. W dążeniu do integracji, jako kolejnego etapu tej ewolucji, wyraża się uznanie naturalnego miejsca ludzi niepełnosprawnych w społeczeństwie, w dostrzeganiu ich potrzeb i problemów życiowych, w zwracaniu uwagi na stale jeszcze istniejące bariery architektoniczne, psychologiczne, informacyjne, społeczne i edukacyjne.

W grudniu 2006 roku odbyło się I Forum społeczno-edukacyjne pod hasłem: „Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym studentom”. Organizatorzy Forum (Uniwersytet Opolski i Politechnika Opolska) chcieli w ten sposób włączyć się w nurt tych ewolucyjnych zmian, by w miarę możliwości przyczynić się do tworzenia odpowiednich warunków studiowania osobom niepełnosprawnym. W trakcie spotkania szukano odpowiedzi na pytania: W jakim stopniu opolskie uczelnie są miejscem optymalnego rozwoju i zdobywania wykształcenia przez osoby niepełnosprawne? Jakie są problemy i potrzeby niepełnosprawnych studentów? Co możemy zrobić wspólnie, aby zwiększyć dostępność uczelni dla osób niepełnosprawnych?

Do udziału w Forum zaproszono osoby zawodowo zajmujące się problematyką niepełnosprawności oraz niepełnosprawnych studentów obu opolskich uczelni. Niniejsza publikacja zawiera wystąpienia wszystkich uczestników.

Mamy nadzieję, że zarówno to pierwsze spotkanie, jak i niniejsze opracowanie staną się impulsem do zintensyfikowania prac na rzecz zwiększania dostępności opolskich uczelni dla osób niepełnosprawnych.

Iwona Dąbrowska-Jabłońska

Małgorzata Wróblewska

Wywiad z...



Małgorzata Wróblewska

Pełnomocnik rektora ds. Osób Niepełnosprawnych w kadencji 2005–2008. Absolwentka Wydziału Ekonomicznego Uniwersytetu Opolskiego, związana zawodowo z Politechniką Opolską od 1996 r. Doktoryzowała się w 2002 na wrocławskiej Akademii Ekonomicznej. Obecnie pracuje na Wydziale Zarządzania i Inżynierii Produkcji, w Katedrze Kształcenia Ustawicznego i Studiów Międzynarodowych

— *Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym, to szczytna idea, pod którą zorganizowane zostało forum naukowe: jak powszechny jest to problem w środowisku Politechniki Opolskiej i w Opolu?*

— W środowisku akademickim Politechniki Opolskiej liczba niepełnosprawnych studentów wynosiła 99 osób oraz 19 pracowników w roku akademickim 2006/07. Wśród nich największą grupę stanowią osoby o różnych rodzajach dysfunkcji, a następnie z niepełnosprawnością narządu ruchu, niedowidzący i słabo widzący oraz niesłyszący i słabo słyszący. Zróżnicowana także jest obecność niepełnosprawnych studentów na poszczególnych wydziałach naszej uczelni, najwięcej na wydziale Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii oraz Zarządzania i Inżynierii Produkcji.

Nie posiadam dokładnych wiadomości na temat liczby i struktury osób niepełnosprawnych w pozostałych szkołach wyższych na terenie Opola ponieważ brak jest danych statystycznych na ten temat. Uczestniczyłam natomiast w badaniu ankietowym, zorganizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we współpracy z Uniwersytetem Opolskim, którego celem było m.in. ustalenie tego typu informacji. Kiedy zostaną przedstawione otrzymane wyniki lub uzyskane rezultaty badania to będzie znana dokładna liczba i rodzaj dysfunkcji oraz preferencje edukacyjne niepełnosprawnych studentów w Opolu.

— *Do kogo było ono adresowane i jakie środowiska prezentowali uczestnicy forum?*

Forum adresowane było do wszystkich osób, którym leży na sercu dobro i pomoc dla niepełnosprawnych w ich lepszym dostępie do edukacji. Organizatorzy przede wszystkim pragnęli zwrócić uwagę na tę problematykę osób, dotychczas nią nie zainteresowanych. Cel ten został dużym stopniem osiągnięty ponieważ spotkanie wzbudziło znaczne zainteresowanie w lokalnych środowiskach miasta Opola. Obecni byli zarówno przedstawiciele władz miasta, instytucji państwowych jak i ośrodków akademickich. W spotkaniu uczestniczyło 155 osób, w szczególności studenci obydwu uczelni, którzy byli obecni na dyskusji panelowej.

Warto także zwrócić uwagę, iż wyemitowane zostały trzy audycje radiowe poświęcone temu seminarium jak również ukazały się artykuły na ten temat w „Gazecie Wyborczej” i „Nowej Trybunie Opolskiej”.

— *Jaki cel przyświecał organizatorom spotkania naukowego?*

Pierwsze forum społeczno–edukacyjne pt.: „Uczelnia przyjazna niepełnosprawnym studentom” zostało zorganizowane w celu wymiany doświadczeń między uczelniami w obszarze podnoszenia jakości usług oferowanych studentom w ramach obecnych możliwości oraz poszukiwania nowych rozwiązań dla większej integracji osób niepełnosprawnych w środowisku akademickim. Szczególne znaczenie przypisano także zwróceniu uwagi społeczności lokalnej na bariery i przeszkody jakie napotykają nie-

pełnosprawni studenci uczący się w szkołach wyższych. W zamierzeniu organizatorów, forum miało stać się impulsem do zintensyfikowania prac na rzecz zwiększania dostępności uczelni dla studentów niepełnosprawnych.

Dla realizacji tych celów ogłoszono, publikowane w tym numerze, referaty poruszające tę problematykę, ponadto odbyła się dyskusja panelowa z udziałem niepełnosprawnych studentów i absolwentów Politechniki Opolskiej oraz Uniwersytetu Opolskiego. Przygotowano także wystawę przedstawiającą bariery architektoniczne występujące w wymienionych szkołach wyższych, a całości dopełniła prezentacja sprzętu rehabilitacyjnego, ułatwiającego edukację osobom niepełnosprawnym.

Jakie ułatwienia czekają niepełnosprawnego studenta w Politechnice Opolskiej?

Punktem wyjścia do tworzenia przyjaznego środowiska, w najszerszym tego słowa znaczeniu, dla osób niepełnosprawnych na Politechnice Opolskiej była akceptacja modelu równych szans czyli podejmowanie działań sprzyjających wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych w dostępie do edukacji w szkole wyższej a nie działania na rzecz przyznania osobom niepełnosprawnym uprzywilejowanej pozycji. Dla realizacji tego modelu podjęto następujące działania:

- 1) uruchomienie międzybibliotecznej wypożyczalni książek dla osób słabo widzących i niewidomych przez nawiązanie współpracy Biblioteki Głównej Politechniki Opolskiej z innymi, krajowymi bibliotekami posiadającymi tego typu księgozbiory. Ponadto wprowadzono zmiany do regulaminu korzystania ze zbiorów bibliotecznych dla ułatwienia korzystania z nich przez niepełnosprawne osoby, m.in. możliwość upoważnienia innej, pełnosprawnej osoby dla wypożyczenia i oddawania książek, zwiększenie liczby publikacji jakie może wypożyczyć niepełnosprawny student/ studentka czy wydłużenie okresu czasu wypożyczania zbiorów bibliotecznych.
- 2) przystosowanie pomieszczenia (aula wykładowa) na wydziale Zarządzania i Inżynierii Produkcji, a docelowo planowane jest przygotowanie przynajmniej jednej sali na każdym wydziale Politechniki Opolskiej do potrzeb osób niedosłyszących przez montaż urządzeń wspomagających słyszenie;
- 3) stopniowe powstawanie przyjaznych pod względem architektonicznym budynków dla osób niepełnosprawnych na terenie II Kampusu Politechniki Opolskiej;
- 4) zwiększenie kwoty stypendium jakie otrzymują niepełnosprawni studenci Politechniki Opolskiej. Wzrost ten został zróżnicowany ze względu na stopień niepełnosprawności co oznacza, że największą podwyżkę otrzymali niepełnosprawni studenci o ciężkim stopniu niepełnosprawności, a mniejszą osoby z umiarkowanym i lekkim;
- 5) współpraca z różnego rodzaju instytucjami programowo nastawionymi na udzielanie wsparcia i pomocy osobom niepełnosprawnym, (np. PFRON), które przysyłają swoją ofertę i propozycje adresowane do studentów (program „Pitagoras” czy „Student”). Wszystkie informacje o różnego rodzaju ułatwieniach są zamieszczane na stronie internetowej Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych Politechniki Opolskiej.

W zakończeniu chciałabym również podziękować za wsparcie i zrozumienie dla problemów osób niepełnosprawnych ze strony władz oraz pracowników Politechniki Opolskiej ponieważ bez tego zaplecza niewiele pomysłów udałooby się zrealizować.

Rozmawiała Krystyna Duda

Od inwalidztwa do niepełnosprawności – ewolucja pojęć

Zasadniczym celem tego artykułu jest przegląd dawniej oraz obecnie funkcjonujących definicji, a także analiza pojęć inwalidztwo i niepełnosprawność. W zakończeniu tekstu przedstawiono wybrane zagadnienia z zakresu rehabilitacji zawodowej oraz zwrócono uwagę na jej znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa społecznego społeczeństwa.

Sytuacja inwalidów i osób niepełnosprawnych w państwie, które przeszło transformację systemową i wkroczyło w okres gospodarki rynkowej wymaga od polityki społecznej państwa szczególnych rozwiązań. Możliwość słowa rezolucji I Europejskiego Kongresu „Niepełnosprawni Blżej Europy” nie będą tylko kolejnymi hasłami i fasadą, za którą kryją się działania pozorne i nieskuteczne: „W związku z pogarszającymi się warunkami ekologicznymi, eskalacją schorzeń cywilizacyjnych i starzeniem się społeczeństw problemy niepełnosprawności stają się coraz bardziej brzemiennie w negatywne skutki”¹.

Już w latach 70. i 80. XX wieku, z uwagi na społeczną i ekonomiczną wagę problemu, podejmowano próby zebrania kompleksowych danych o osobach, które są inwalidami w sensie prawnym lub biologicznym². W tym okresie w polskiej literaturze medycznej określono, że poszkodowani na zdrowiu stanowią około 14% całej populacji, a jako główną przyczynę inwalidztwa wskazywano choroby przewlekłe oraz wady wrodzone, a rzadziej wypadki i choroby zawodowe³. Jak wynika ze statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 1988 roku przyczyną tylko 2,4% przypadków orzeczenia inwalidztwa były wypadki przy pracy, a w 2,5% przyczyną były choroby zawodowe. Natomiast pozostałe orzeczenia inwalidztwa wynikały z pogarszania się stanu zdrowia ogółu społeczeństwa⁴. Potwierdziła to analiza przyczyn powstawania inwalidztwa ludności pracującej przeprowadzona w oparciu o materiały statystyczne zebrane przez Główny Urząd Statystyczny, która pokazała, że w Polsce już w latach 80. XX wieku największy udział w przyznaniu renty inwalidzkiej miały tzw. choroby cywilizacyjne, czyli układu krążenia, choroby psychiczne, psychoneurozy i choroby układu nerwowego oraz nowotwory złośliwe, i zatrucia oraz urazy, które mogły mieć pośredni związek z wykonywa-

1 E. Kaczmarska, Udostępnienie przestrzeni osobom niepełnosprawnym – likwidacja barier, Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu; Niepełnosprawni Blżej Europy, tom 2, Kraków 1994, s. 9.

2 Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988, Narodowy Spis Powszechny, GUS, Warszawa 1991.

3 Por.: A. Hulek, Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, Warszawa 1969.

4 Prognoza liczby inwalidów do 2010 roku, GUS, Warszawa 1991.

nym zawodem⁵. Do grupy chorób układu krążenia, które wysunęły się na pierwsze miejsce w przyznawaniu pierwszorazowego inwalidztwa, jak i były przyczyną przyznania grupy pierwszej, zalicza się takie jednostki chorobowe jak: choroba nadciśnieniowa ze zmianami w sercu, przewlekłe postaci choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżyca.

Przyczyny powstawania inwalidztwa. Na podstawie analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że uwarunkowania stanu zdrowia ogółu społeczeństwa mają jednocześnie wpływ na rozmiary inwalidztwa. Jednakże czynników wpływających na ten stan rzeczy jest o wiele więcej, do ważniejszych zaliczyć można takie jak: struktura demograficzna kraju; stopa życiowa ludności (status rodziny); stosunek ilościowy ludności miejskiej do wiejskiej; jakość służby zdrowia; rozwój gospodarczy kraju; koncentracja przemysłu; zagrożenia występujące w środowisku pracy; zagrożenia ekologiczne; koncentracja miejskiej sieci osadniczej i infrastruktury komunikacyjnej; tempo życia; poziom spożycia alkoholu⁶.

Inwalidztwo w czasach poprzedzających rewolucję przemysłową było skutkiem wrodzonych wad i przebytych chorób, nieuleczalnych na ówczesnym etapie rozwoju medycyny, dopiero w dalszej kolejności było skutkiem urazów i ran odniesionych w czasie wojen czy różnego rodzaju wypadków, w tym wypadków przy pracy. Natomiast współcześnie w krajach wysoko rozwiniętych można zaobserwować pewien paradoks, który polega na tym, iż wzrostu poziomu inwalidztwa upatruje się w postępie i osiągnięciach medycyny. Osiągnięcia te pozwalają z jednej strony na utrzymanie przy życiu dzieci, które jeszcze w ubiegłym wieku nie miały takiej szansy, a z drugiej strony – na przedłużeniu życia ludzkiego. Wzrost poziomu inwalidztwa wynika bowiem z faktu, iż na wypadek czy chorobę przynoszącą w konsekwencji inwalidztwo wyjątkowo podatne są osoby w wieku starszym. Osoby te są mniej sprawne fizycznie oraz mniej odporne psychicznie na zmiany będące skutkiem różnorodnych przeobrażeń życia społecznego czy gospodarczego kraju.

Nasilające się przeobrażenia w dobie transformacji systemowej, takie jak zmiana tempa życia, stres i frustracja związane z pracą zawodową lub jej brakiem wpływają w pierwszej kolejności na nadmierne przeciążenie układu nerwowego człowieka. Skutkiem bezpośrednim takiego stanu rzeczy są nieodwracalne zmiany w postaci nerwic i psychoz, a w następnej kolejności przyspieszenie rozwoju chorób somatycznych prowadzących do inwalidztwa⁷.

Z powyższego wynika, że przyczyny powstawania czasowego lub trwałego, fizycznego lub psychicznego upośledzenia organizmu ludzkiego są bardzo złożone. Przyczyną inwalidztwa może być każda zmiana w układzie człowiek – środowisko, która prowadzi do zmian strukturalnych oraz czynnościowych ustroju. Zmiany te mogą spowodować zarówno ujemne bodźce środowiska wewnętrznego, do których zalicza się czynniki chorobotwórcze, jak i ujemny wpływ środowiska zewnętrznego, który może być przyczyną urazów, wypadków przy pracy lub w czasie wolnym od zajęć zawodowych⁸.

W ujęciu funkcjonującym w orzecznictwie medycznym rozróżnia się cztery zasadnicze przyczyny powstania inwalidztwa: „spowodowane wypadkiem w zatrudnieniu; związane z chorobą zawodową; związane ze służbą wojskową; spowodowane chorobą lub kalectwem bez związku z powyższymi przyczynami”⁹.

5 Por.: A. Owoc, L. Wdowiak, M. Kałkus-Nazaruk, Medyczne przyczyny inwalidztwa prawnego, cz. I., *Pierwszorazowe uznanie inwalidztwa*, „Zdrowie Publiczne”, nr 10, 1992; A. Owoc, L. Wdowiak, M. Kałkus-Nazaruk, Medyczne przyczyny inwalidztwa prawnego, cz. II., *Ocena natężenia inwalidztwa prawnego*, „Zdrowie Publiczne”, nr 10, 1992.

6 Por.: A. Hulek A., *Teoria i praktyka...*, op. cit.

7 L. Wdowiak, A. Owoc, *Uwarunkowania i ocena procesu orzekania najczęstszych przyczyn inwalidztwa*, Cz. II., *Ocena procesu orzekania stałej niezdolności do pracy*, „Zdrowie Publiczne”, nr 2, 1993.

8 Por.: A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji...*, op.cit.

9 *Przyczyny inwalidztwa na podstawie orzecznictwa lekarskiego*, [w:] *Orzecznictwo lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia*, K. Szaniewicz (red.), Warszawa 1959, s. 19.

Przegląd definicji i analiza pojęcia „inwalida”. Słowo inwalida pochodzi od łacińskiego słowa *invalidus*, oznaczającego człowieka słabego, bezsilnego, który utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy w swoim zawodzie z powodu choroby, ułomności lub kalectwa¹⁰. Termin „inwalidztwo to stan wywołany chorobą lub kalectwem”¹¹, przy czym należy zaznaczyć, że jest to termin medyczny.

W literaturze przedmiotu, w przepisach prawnych oraz w słownikach sformułowano na przestrzeni dziejów wiele definicji pojęcia inwalida czy stanu jakim jest inwalidztwo.

Definiowanie pojęcia inwalidy, jak i stanu inwalidztwa, ma nie tylko w polskim prawodawstwie i literaturze przedmiotu swoją historię. W niniejszym tekście przytoczonych zostanie kilka przykładów za wybitnym specjalistą z tej dziedziny A. Hulkiem, który dokonał interesującego przeglądu definicji tego pojęcia zawartych w ustawach i przepisach prawnych funkcjonujących w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych¹².

Bezpośrednio po II wojnie światowej poważnym problemem była sytuacja prawna osób, których inwalidztwo było skutkiem wojny, stąd na ten właśnie okres przypadają liczne próby sformułowania właściwej definicji. W definicji angielskiej inwalida oznacza „osobę osłabioną” albo „niezdolną do pracy” (ang. *disabled*), co również można przetłumaczyć jako „osobę upośledzoną” na skutek choroby lub urazu. W ustawach angielskich dotyczących rehabilitacji inwalidów (z 1944 i 1958 r.) osoba określana jako inwalida „[...] jest w poważnym stopniu upośledzona w podjęciu na własną rękę lub kontynuowaniu pracy, która gdyby nie to kalectwo, choroba, deformacja lub ułomność, odpowiadałaby jej wiekowi, doświadczeniu i kwalifikacjom”.

Amerykańska wersja definicji inwalidy podkreśla, że jest to „[...] osoba, która z powodu swego inwalidztwa może być całkowicie lub częściowo niezdolna do zarabkowania”. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest osoba, która „[...] ma trudności w osiąganiu określonych celów, i dlatego znajduje się w niekorzystnej ekonomicznie lub społecznie sytuacji”.

Ustawa szwedzka określa inwalidę jako osobę, która „[...] z uwagi na fizyczny i (lub) umysłowy defekt albo społeczne nieprzystosowanie ma, lub może mieć większe trudności niż inni w podjęciu i utrzymaniu się w korzystnym zatrudnieniu”.

W polskiej definicji znajdujemy podobne sformułowanie „człowiek, który utracił (całkowicie lub częściowo) zdolność do pracy”.

Według definicji A. Hulka „[...] za inwalidę (osobę poszkodowaną trwale na zdrowiu) uważać będziemy taką jednostkę, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu poważnie utrudniające (w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym) pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zawodową, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od pracy”¹³.

Precyzyjnego wyjaśnienia wymaga przytoczone powyżej pojęcie „naruszenie sprawności organizmu” (inwalidztwo), które może przejawiać się:

- zmniejszoną odpornością na wysiłek fizyczny (na przykład w chorobach układu krążenia);
- ograniczeniem siły mięśniowej (na przykład niedowład, zaniki mięśni);
- ograniczeniem funkcji (zesztywnienie stawów) lub częściowym czy całkowitym jej zniesieniem (po amputacji kończyny);

10 Słownik wyrazów obcych, Warszawa 1991, s. 375.

11 Medyczny słownik encyklopedyczny, M. Barczyński, J. Bogusz (red.), Kraków 1993, s. 154.

12 Cytowane określenia pojęcia „inwalida” zostały przytoczone przez profesora A. Hulka za następującymi źródłami: *The Concise Oxford Dictionary*, 1959 – definicja angielska, *Słownik Języka Polskiego*, 1961 – definicja polska, Ministerstwo Zdrowia, Szkolnictwa i Pomocy Społecznej Federalnego Rządu Stanów Zjednoczonych, 1955 – definicja amerykańska, *Study of legislative and administrative aspect of rehabilitation*, 1964 – ustawa szwedzka, [w:] A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1969, s. 14-15.

13 A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji...*, op. cit., s. 18.

- ograniczeniem zasięgu ruchów (na przykład przy bezwładach);
- zaburzeniem utrzymania równowagi przy chodzeniu, staniu, siadaniu (po wysokich amputacjach, uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego);
- odmiennym sposobem reagowania na bodźce zewnętrzne (na przykład niewidomy, głuchoniemy);
- uczuleniem na różne czynniki (alergeny);
- trudnościami w komunikowaniu się i wysławianiu (przy uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego)¹⁴.

Wymienionym skutkom dodatkowo może towarzyszyć ból oraz załamanie psychiczne wynikające z powyższego stanu rzeczy.

Obecnie funkcjonuje wiele synonimów pojęcia „inwalida”, podobnie jest w przypadku terminu „inwalidztwo”, będącego następstwem zmian organizmu ludzkiego, takich jak: kalectwo, choroba czy wrodzona deformacja. Najczęściej spotykane określenia zamienne: osoba z odchyleniem od normy, osoba trwale uszkodzona na zdrowiu, osoba upośledzona. Natomiast w odniesieniu do pojęcia „inwalidztwo” to: kalectwo, upośledzenie, ułomność, naruszona sprawność, dysfunkcja.

W piśmiennictwie medycznym rozróżnia się pojęcia, dotychczas istniejące „inwalida”, od pojęcia nowego – „osoba niepełnosprawna”, które nie jest synonimem inwalidy. Choć tak w teorii, jak i w praktyce brak jednoznacznej interpretacji pojęcia osoba niepełnosprawna czy konsekwencji tego stanu, jakim jest niepełnosprawność i w zależności od dziedziny naukowej, jest ona różnie postrzegana. Egzemplifikacją powyższego mogą być różne kryteria przyjęte przez trzy dyscypliny naukowe¹⁵: w ekonomii najważniejsze jest ograniczenie zdolności zarobkowania; w socjologii trudności w adaptacji społecznej; w medycynie ograniczenie sprawności w funkcjonowaniu organizmu.

Otwarta dyskusja, jak i brak wspólnych kryteriów pojęcia osoby niepełnosprawnej, nie sprzyja rozwojowi badań interdyscyplinarnych w dziedzinie rehabilitacji. Punktem wyjścia powinno stać się stwierdzenie, że niepełnosprawność jest procesem, a nie stanem trwałym, w czasie którego zmieniają się możliwości funkcjonowania osoby nim dotkniętej, powodując, że osoba ta napotyka poważne trudności w życiu osobistym, szkole, zakładzie pracy i w związku z tym wymaga działań rehabilitacyjnych.

Autorzy ekspertyzy Komitetu Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka PAN stwierdzili, że niepełnosprawność „[...] jest to termin o najszerszym znaczeniu, obejmujący inwalidów, kaleki, ułomnych, ludzi przewlekle chorych, zarówno dzieci, jak i dorosłych, we wszystkich przedziałach wieku”¹⁶. Stąd w aktach prawnych takich jak ustawa z 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych i ustawa z 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zastąpiono słowo inwalida terminem osoba niepełnosprawna¹⁷.

Z medycznego punktu widzenia inwalidztwo to stan zakłócenia harmonii i równowagi, tak w obrębie samego organizmu człowieka, jak i w stosunku do jego otoczenia fizycznego oraz środowiska społecznego. Równie ważny jest problem stosunku środowiska społecznego i jego postawa wobec inwalidów i osób niepełnosprawnych.

Problem ten stanowi przedmiot licznych badań między innymi socjologów, psychologów czy polityków społecznych, których celem jest stworzenie pozytywnego klimatu dla osób niepełnosprawnych oraz rozsze-

¹⁴ Jw.

¹⁵ Por.: O. Kowalczyk, Proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych w warunkach transformacji systemu społeczno- ekonomicznego, praca doktorska pod kierunkiem Z. Piszca, Wrocław 1993.

¹⁶ Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988, Narodowy Spis Powszechny, GUS, Warszawa 1991, s. 10.

¹⁷ Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. nr 123, z późn. zm.); Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. nr 123, z późn. zm.).

rzenie na ich rzecz praktycznych działań. A stworzenie odpowiednich warunków to nie tylko likwidowanie barier architektonicznych, ale przede wszystkim tych, które tkwią w świadomości ludzi oraz stworzenie warunków do rehabilitacji¹⁸.

Orzecznictwo inwalidzkie. Prawo do orzekania o inwalidztwie i zaliczeniu osoby nim dotkniętej do jednej z trzech grup inwalidów otrzymały w okresie powojennym w Polsce specjalnie powoływane komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia (KIZ). Pracownik, który ubiegał się o rentę z tytułu inwalidztwa musiał spełniać określone warunki, a w przypadku renty inwalidzkiej spowodowanej chorobą zawodową wymagano ustaleń dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Stąd renta inwalidzka przysługiwała pracownikowi, który: miał wymagany przepisami okres zatrudnienia; stał się inwalidą wskutek wypadku w zatrudnieniu, choroby zawodowej lub innych przyczyn; inwalidztwo nastąpiło w okresie zatrudnienia lub w ściśle określonym czasie po ustaniu okresu zatrudnienia¹⁹.

W rozumieniu polskiej ustawy z 1968 roku inwalidą była „[...] osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu”²⁰. Konsekwencją uznanego inwalidztwa prawnego było określenie różnego natężenia tego zjawiska od przejściowego do trwałego oraz zakwalifikowanie do jednej z trzech grup inwalidzkich. W zależności od przynajmniej jednej z trzech grup inwalidzkiej osoba poszkodowana na zdrowiu otrzymywała określone ustawowo świadczenia nazywane rentą inwalidzką. I tak I grupa inwalidzka obejmowała inwalidów niezdolnych do samodzielnej egzystencji i wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz wymagających stałej opieki. Grupa inwalidzka II obejmowała inwalidów niezdolnych do wykonywania jakiejkolwiek pracy, bez konieczności stałej opieki. Natomiast III grupa inwalidzka dotyczyła osób:

częściowo niezdolne do wykonywania dotychczasowej pracy, które zachowały zdolność do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia ale w mniejszym zakresie;

całkowicie niezdolne do wykonywania dotychczasowej pracy z możliwością wykonywania innej pracy co wymagało przekwalifikowania;

dotknięte szczególnym naruszeniem sprawności organizmu, nawet jeżeli naruszenia te nie ograniczały zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy.

Wielkie znaczenie miała pierwsza po zmianach politycznych ustawa o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z 1991, w której po raz pierwszy pojawia się określenie osób niepełnosprawnych a nie jak wyżej inwalidów. O niepełnosprawności mają orzekać powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. W aktualnie obowiązującej ustawie określono zasady orzekania o niepełnosprawności oraz ustalono trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.²¹

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do

18 E. Kaczmarek, Udostępnienie przestrzeni osobom niepełnosprawnym - likwidacja barier, Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu, T. II; Niepełnosprawni Blżej Europy, Kraków 1994, s. 9.

19 Por.: Z. Maszczyk, A. Koziorowski, Inwalidztwo z powodu gruźlicy i innych przewlekłych chorób płuc, Warszawa 1974.

20 Przez „[...] stałe naruszenie sprawności organizmu” rozumie się takie upośledzenie jego sprawności, które według aktualnego stanu wiedzy lekarskiej nie rokuje poprawy, natomiast przez „[...] długotrwałe naruszenie sprawności organizmu” takie, które upośledza sprawność ustroju na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ale który może ulec znacznej lub całkowitej poprawie w wyniku zastosowanego leczenia i rehabilitacji; [w:] Przepisy wykonawcze do Ustawy o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, z dnia 23.01.1968 r., Dziennik Ustaw nr 3, poz. 6.

21 Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. nr 123, z późn. zm.).

samodzielnej egzystencji. Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Rehabilitacja a problem dalszego zatrudnienia. Rehabilitacja jest pojęciem różnie definiowanym i czasami stosowanym zamiennie z terminem rewalidacja, z tym, że ten termin według A. Hulka powinien odnosić głównie do wychowania i uczenia dzieci i młodzieży jako rewalidacja pedagogiczna. Natomiast rehabilitacja właściwa, w odróżnieniu od rehabilitacji leczniczej, ukierunkowana jest na przywrócenie lub utrzymanie zdolności do pracy²².

Definicja Światowej Organizacji zdrowia z 1968 roku określała rehabilitację jako „[...] kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, pedagogicznych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu”²³.

Ustawa z 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych określa w Art. 7. 1. „Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej”²⁴.

Tak więc należy przyjąć, że rehabilitacja inwalidów i osób niepełnosprawnych oznacza ogół działań poczynając od medycznych, organizacyjnych, psychologicznych i technicznych zmierzających do osiągnięcia jak najlepszych wyników mających na celu poprawę stanu zdrowia i przywrócenie aktywności w życiu rodzinnym i zawodowym oraz umożliwienie integracji ze środowiskiem społeczności lokalnej²⁵.

W medycynie można ją określić jako postępowanie polegające na „[...] posługiwaniu się wszelkimi swoistymi i nieswoistymi środkami zmierzającymi do przywrócenia w możliwie najwyższym stopniu utraconej sprawności”²⁶. Prowadzenie kompleksowej rehabilitacji daje efekty, gdyż nawet „[...] ciężkie i trwałe okaleczenie nie jest przeszkodą w pełnowartościowym przystosowaniu się społecznym nawet przewyższającym przedchorobowe, o ile chory akceptuje swoje inwalidztwo i świadomie traktuje je jako źródło stałej i silnej mobilizacji, służącej wykształceniu efektywnych mechanizmów kompensacyjnych”²⁷. W zależności od stosowanych środków i metod wyodrębnia się rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną.

Rehabilitacja lecznicza będąc częścią integralną leczenia klinicznego posługuje się takimi metodami jak fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia. W jej ramach prowadzi się zaopatrzenie ortopedyczne oraz instruktaż czynności życia codziennego. Rehabilitacja zawodowa obejmuje etapy takie jak poradnictwo za-

22 Por.: A. Malak, Opieka zdrowotna a rehabilitacja inwalidów, [w:] Opieka zdrowotna, Materiały V kolokwium Ubezpieczenia Społecznego, Wrocław 1989.

23 K. J. Zabłocki, Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów, Warszawa 1995, s. 23.

24 Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. nr 123, 776 późn. zm.).

25 Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. nr 123, z późn. zm.).

26 K. Śledzikowski, Podstawy rehabilitacji zawodowej inwalidów z powodu chorób układu krążenia, [w:] Problemy medyczne rehabilitacji zawodowej inwalidów, K. Wątorski (red.), Warszawa 1974, s. 297.

27 K. Jankowski, Człowiek i choroba, Psychofizyczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji, PWN, Warszawa 1975, s. 192.

wodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie. Rehabilitacja społeczna polega na opanowaniu umiejętności i techniki społecznego zachowania się w różnych sytuacjach oraz zniesienie wszelkiego rodzaju barier utrudniających włączenie się inwalidy w różne formy życia społecznego (architektoniczne, ekonomiczne, prawne a przede wszystkim społeczne)²⁸. Rehabilitacja psychologiczna ma pomóc osobie niepełnosprawnej w jej przystosowaniu się do życia z niepełnosprawnością oraz do samej niepełnosprawności poprzez akceptację swojego stanu i motywację do wykorzystania zdolności organizmu do kompensacji a także ma pomóc rozwijać zachowane sprawności organizmu²⁹. Odmianą rehabilitacji zawodowej jest rehabilitacja przemysłowa, którą objęci są pracownicy ze zmniejszoną sprawnością do wykonywania czynności zawodowych na skutek wypadku lub choroby lub ci, którzy zagrożeni chorobą zawodową wymagają, po przeniesieniu na inne stanowisko, przekwalifikowania lub przystosowania do nowej pracy. Proces rehabilitacji zawodowej prowadzonej dawniej w spółdzielniach inwalidów, a obecnie w zakładach pracy chronionej, zależy w dużej mierze od poziomu organizacji pracy oraz od takich czynników, jak rodzaj pracy i jej warunki oraz od zespołu, z którym przebiega współpraca. Dla każdego pracownika, a szczególnie dla osoby niepełnosprawnej, praca stanowi „[...] potężne źródło nie tylko ekonomicznych uwarunkowań, lecz także realizacji i spełniania siebie”³⁰.

Dlatego zatrudnienie osób niepełnosprawnych i inwalidów ma niezwykle duże znaczenie nie tylko dla nich samych, ale i dla społeczeństwa. Zamiast humanitarnej, ale biernej pomocy finansowej ze strony odpowiednich instytucji państwowych i charytatywnych lepszym rozwiązaniem jest tworzenie właściwych, nie stresujących, nie przeciążających fizycznie i psychicznie miejsc pracy oraz nowoczesnego systemu ustawodawstwa ochronnego, które da osobom niepełnosprawnym, a w szczególności inwalidom, bezpieczeństwo socjalne i ekonomiczne.

Podjęcie pracy przez osobę niepełnosprawną to z jednej strony ważny element prowadzonej rehabilitacji (czynnik terapeutyczno-usprawniający), a z drugiej strony pewne poczucie samodzielności, które przynosi wymierne korzyści materialne danej osobie i jej rodzinie.

Tak więc osoba niepełnosprawna może w okresie rehabilitacji podjąć pracę w warunkach szczególnych, lub po zakończeniu rehabilitacji w swoim dawnym miejscu pracy. Osoba ta musi spełniać jednak warunki, które ocenia lekarz oraz zainteresowany pracodawca. Przy określaniu stopnia zdolności takiego pracownika do wykonywania pracy fizycznej lub umysłowej bierze się pod uwagę charakter i warunki dotychczasowego zatrudnienia oraz takie elementy, jak: stan czynnościowy organizmu; charakter i przebieg procesu chorobowego; stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, innych kalectw oraz skutków choroby; płeć i wiek; dotychczasowe warunki pracy, zawód i posiadane kwalifikacje oraz wysokość osiąganego zarobku; możliwość całkowitego lub częściowego przywrócenia zdolności do wykonywania zatrudnienia i zarobkowania poprzez leczenie, rehabilitację, przysposobienie do zawodu; możliwość dalszego zatrudnienia przy wykorzystaniu pozostałej zdolności do pracy, posiadanych kwalifikacji ogólnych oraz przygotowania zawodowego; stopień ograniczenia zdolności do zarobkowania.

Podkreślić należy, że materialne warunki pracy powinny być przystosowane do stopnia niesprawności pracownika, a stanowiska pracy powinny spełniać określone warunki, dlatego ich organizacja według A. Hulka wymaga uwzględnienia: stanu zdrowia fizycznego (sprawność, wydolność, tolerancję wysiłku); stop-

28 Por.: K. J. Zabłocki, *Psychologiczne i społeczne...*, op.cit.

29 Działania psychologiczne podejmowane są zgodnie z założeniem, że „[...] rehabilitacja jest jakby powtórnym urodzeniem się w zmienionym ciele i zmienionej osobowości, [...] człowieka pamiętającego swoje uprzednie życie jako człowieka pełnosprawnego [...] musi więc walczyć z tymi dawnymi wyobrażeniami i wspomnieniami, frustracją i rozpaczą [...] musi pobudzać nową wolę życia i dawać poczucie sensu egzystencji w nowej postaci”, J. Szczepański, *Przedmowa*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, A. Hulek (red.), Warszawa 1977, s. 8.

30 K. J. Zabłocki, *Psychologiczne i społeczne...*, op. cit., s. 92-93.

nia rehabilitacji psychicznej (akceptacja swojego stanu, postawa wobec innych); warunków środowiska społecznego, w którym inwalida żyje i przebywa; specyficznych potrzeb w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy³¹.

Można stwierdzić, że podstawowym miernikiem skuteczności systemu rehabilitacji jest aktywność zawodowa inwalidów. W tym celu konieczne są odpowiedniej wysokości nakłady na rzecz polityki społecznej państwa, a z drugiej strony walka z nietolerancją społeczeństwa oraz brakiem wyobraźni u potencjalnych pracodawców. Nowa rzeczywistość społeczno-ekonomiczna doprowadziła do zróżnicowania interesów społecznych i zmiany dotychczasowych systemów wartości. Niezbędne staje się stworzenie nowego modelu polityki społecznej państwa w oparciu o akceptowany przez społeczeństwo mechanizm ustalania hierarchii potrzeb.

Powołanie w 1991 roku Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sprzyja powyższym działaniom. Fundusz swoje środki przeznacza na pożyczki dla osób niepełnosprawnych, które podejmują działalność gospodarczą, refunduje koszty poniesione przez zakłady pracy na tworzenie miejsc pracy odpowiednio przystosowanych, buduje i modernizuje obiekty służące rehabilitacji zawodowej i prowadzi inne działania mające przywrócić tych osób do czynnego życia zawodowego i społecznego.

Podsumowanie. Inwalidztwo niesie ze sobą określone skutki społeczne i sprawia, że jednostka ma trudności w partycypowaniu w życiu społecznym. Niebagatelne są również skutki ekonomiczne inwalidztwa, tak w ujęciu jednostkowym, jak i globalnym. Osłabieniu negatywnych skutków wzrostu liczby osób niepełnosprawnych i inwalidów prawnych w społeczeństwie winna służyć właściwie prowadzona rehabilitacja mająca na celu przywrócić sprawności zawodowej tych osób. Przywrócenie zdolności do wykonywania określonej pracy zawodowej przez osoby niepełnosprawne jest procesem długotrwałym i wymagającym wielu nakładów finansowych na odpowiednie placówki służby zdrowia oraz na infrastrukturę społeczną, a proces rehabilitacji może zostać zakończony dopiero w momencie, gdy dana osoba znajdzie odpowiednią do swojej sprawności pracę.

31 Por.: A. Hulek, Teoria i praktyka..., op.cit.

Polityka Unii Europejskiej wobec osób z niepełnosprawnością

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej otworzyło przed naszym krajem szansę na szybki rozwój cywilizacyjny, a Polska jako kraj członkowski może liczyć na wszelkie korzyści dla długofalowego rozwoju społeczno-gospodarczego. W ciągu ostatnich dwóch lat od przystąpienia do UE okazało się, że wiele polskich przedsiębiorstw, rolników oraz samorządowców odkryło dla siebie możliwości dostępu do zasobów finansowych, otwartego dostępu do nowych rynków, nowych technologii, nowych partnerów oraz nowych obszarów współpracy. Nasza obecność na jednolitym rynku europejskim oznacza również konieczność wprowadzania jednolitych zasad normalizacji nie tylko w sektorze gospodarczym, ale także społecznym.

Należy podkreślić, że Unia Europejska nie pozostaje obojętna na problemy społeczne występujące we wszystkich krajach członkowskich, a szczególnie dąży do wspierania ludzi słabszych, pokrzywdzonych przez los, chorych. Wspólnota Europejska uznała, że w procesie urzeczywistniania demokracji szczególną uwagę należy zwrócić na szacunek wobec podstawowych praw każdego człowieka, w tym także osób z niepełnosprawnością, a takie pojęcia jak: normalizacja, wyrównywanie szans oraz integracja społeczna stały się kluczowymi kategoriami pojęciowymi nowoczesnego, europejskiego myślenia o osobach z niepełnosprawnością.

W ramach realizacji tych zamierzeń Komisja Europejska w roku 1996 wydała komunikat zatytułowany „Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych – nowa strategia wobec społeczności osób niepełnosprawnych”. Konsekwencją takiej polityki była zaproponowana do realizacji strategia nowego podejścia do określania i usuwania różnych barier uniemożliwiających osobom z niepełnosprawnością uzyskanie równych szans i braniu pełnego udziału we wszystkich aspektach życia społecznego.

Aby oddać wagę i słuszność realizacji tych zamierzeń warto podać kilka danych statystycznych, dotyczących rozmiarów populacji osób z niepełnosprawnością w krajach Unii Europejskiej. Według szacunkowych danych przyjmuje się, że na świecie żyje ponad 500 milionów osób z niepełnosprawnością, co stanowi około 10% całej populacji ludzkiej. W krajach Europy Zachodniej i w Polsce wskaźnik ten przekracza aktualnie 14% i ma tendencję rosnącą. Z danych statystycznych pochodzących z badań ankietowych przeprowadzonych w Państwach Członkowskich, wynika, że w całej Unii istnieje silne podobieństwo w proporcji populacji z niepełnosprawnością – w dziesięciu krajach unijnych wskaźnik ten wynosi około 14%, (w Hiszpanii jest wyższy i osiągnął wartość 15%, we Francji, Grecji i Portugalii jest on niższy, wynosił 10%).¹

¹ Eurostat: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>, dane z 2005 r.

Jak widać z przytoczonych danych, osoby z niepełnosprawnością stanowią znaczny odsetek społeczeństw krajów unijnych, ale zdaniem W. Dykcika², nie tylko z powodów demograficznych, ale również ekologicznych, cywilizacyjnych i społeczno-ekonomicznych problemy niepełnosprawności stają się coraz bardziej dotkliwe w życiu nawet bogatych społeczeństw, a wspólne ich rozwiązywanie staje się koniecznością.

Ostatni spis powszechny w naszym kraju ujawnił, że w Polsce żyje ponad 4,5 mln osób z niepełnosprawnością, które znajdują się w najtrudniejszym położeniu społecznym i zawodowym. Wśród wielu przyczyn tej sytuacji wymienia się brak spójnych rozwiązań systemowych adresowanych do osób z niepełnosprawnością, a także ogólnie niski poziom wykształcenia, przygotowania zawodowego oraz zdolności adaptacyjnych tej grupy osób. Ta nierówność warunków uczestnictwa w życiu społecznym ma tendencję do pogłębiania się, ponieważ „nowa rzeczywistość wymusiła kształcenie i wychowanie człowieka kreatywnego, stymulującego postęp, umiającego korzystać z dorobku nauki i techniki, gotowego, gdy tylko jest taka potrzeba, zmienić pracę, specjalność, a nawet zawód.” Nadziej na przyspieszenie procesu integracji osób z niepełnosprawnością ze społeczeństwem jest realizacja wspólnych zadań Polski z zadaniami Państw Wspólnoty Europejskiej. W UE za politykę wobec osób z niepełnosprawnością odpowiadają przede wszystkim jej państwa członkowskie, ale należy zaznaczyć, że państwa członkowskie tworzące Wspólnotę Europejską zachowując swoją suwerenność i podmiotowość, dobrowolnie przekazały niektóre kompetencje niezależnym organom reprezentującym zarówno interesy państwowe, jak i interes wspólnotowy.³

Aby mówić o polityce europejskiej wobec osób z niepełnosprawnością należy przypomnieć, że za najważniejszy instrument w ochronie praw człowieka uważana jest Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta i proklamowana przez Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 roku. Deklaracja ta, pomimo że nie jest dokumentem wiążącym prawnie, stała się jednak podstawą do tworzenia innych dokumentów, takich jak: Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Deklaracja Praw Osób z Niepełnosprawnością oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób z Niepełnosprawnością, zapewniających każdemu człowiekowi korzystanie z praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych oraz praw obywatelskich i politycznych.

Znaczącym wydarzeniem w polityce Unii wobec niepełnosprawności było podpisanie w 1997 roku Traktatu Amsterdamskiego, którego artykuł 13 stanowi między innymi, że „...Rada, działając zgodnie z propozycjami Komisji i po konsultacji z Parlamentem Europejskim, może podejmować stosowne działania, aby zwalczać dyskryminację z powodu płci, pochodzenia rasowego lub etnicznego, religii lub wyznania, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej.”⁴

Głównym celem nowej strategii Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności jest tworzenie społeczeństwa otwartego i dostępnego dla wszystkich, a opiera się ona na pojęciu prawa i poszanowaniu różnic indywidualnych. W tworzeniu strategii istotny udział mają również organizacje osób niepełnosprawnych, jak i działających na rzecz jednostek z niepełnosprawnością. Strategia Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności dotyczy wielu dziedzin, a za główne cele polityki uważa się:

walkę z dyskryminacją;

2 W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Poznań 2005, s. 100.

3 I. Ramik-Mażewska, *Strategia działań Unii Europejskiej na rzecz osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Pedagogika specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania*, T. Żółkowska (red.), Szczecin 2005, s. 148.

4 E. Wapiennik, R. Piotrowicz, *Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy*, Warszawa 2002, s. 42.

budowanie otwartego społeczeństwa i poprawa dostępu do szeroko rozumianego otoczenia; przeciwdziałanie społecznej marginalizacji.

Powyższe działania podejmowane są we wszystkich ważnych sferach życia: zatrudnienia, edukacji, zabezpieczeniu socjalnym, mieszkalnictwie, dostępie do dóbr, usług, informacji itp.⁵

Od początku 2000 roku Unia Europejska zdynamizowała swoje starania na rzecz inkluzji społecznej osób z niepełnosprawnością, o czym może świadczyć fakt, że w dniu 10 maja 2000 roku Komisja Europejska przyjęła oświadczenie zatytułowane: W stronę Europy wolnej bez barier dla niepełnosprawnych, które zawierało strategię rozwoju, wspierania oraz pełnej integracji, mającą na celu przezwyciężenie społecznych, architektonicznych i projektowych barier, które ograniczają dostęp osobom z niepełnosprawnością do udogodnień społecznych i ekonomicznych. Należy nadmienić, że jedną z najistotniejszych kwestii społecznych była polityka równych szans zatrudnienia tych osób. W grudniu 2000 roku na spotkaniu Rady Europejskiej w Nicei został zatwierdzony Europejski Program Społeczny, który gwarantował, że Unia Europejska będzie rozwijała i wspierała wszelkie działania mające na celu pełną integrację osób z niepełnosprawnością we wszystkich dziedzinach życia.

Znamienny charakter walki z dyskryminacją, społecznym wykluczeniem i ubóstwem przyjęła Deklaracja Madrycka z marca 2002 roku uchwalona w trakcie Europejskiego Kongresu na rzecz Osób Niepełnosprawnych, proponująca nową wizję niepełnosprawności, w której ludzie z niepełnosprawnością nie są podmiotem akcji charytatywnych i pacjentami, ale niezależnymi obywatelami, w pełni zintegrowanymi ze społecznością.

Decyzją Rady Unii Europejskiej rok 2003 ustanowiono Europejskim Rokiem Osób z Niepełnosprawnością, którego obchody miały podkreślać dziesiątą rocznicę przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych „Standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych”, które umożliwiły osiągnięcie znaczącego postępu w podejściu do zagadnienia niepełnosprawności, rozpatrywanego w kontekście człowieka.

Działania podjęte w ciągu tego roku miały na celu zapoczątkować w Unii Europejskiej:

- podniesienie świadomości o prawie osób z niepełnosprawnością do ochrony przed dyskryminacją oraz do pełnego i równego korzystania z tych praw;
- zachęcanie do przemyślenia i przedyskutowania rozwiązań potrzebnych do promowania równych szans osób z niepełnosprawnością w Europie;
- promowanie wymiany doświadczeń dotyczących dobrej praktyki oraz skutecznych strategii opracowanych na poziomach lokalnych, krajowych i europejskich;
- pobudzenie współpracy między wszystkimi zainteresowanymi stronami, a mianowicie między rządem, partnerami społecznymi, organizacjami pozarządowymi, służbami społecznymi, sektorem prywatnym, grupami wolontariuszy, osobami z niepełnosprawnością oraz ich rodzicami;
- poprawienie komunikacji w sprawie niepełnosprawności oraz promowanie pozytywnego wizerunku osób z niepełnosprawnością;
- kształtowanie świadomości o różnicach występujących między osobami z niepełnosprawnością oraz o formach ich dyskryminacji;
- podniesienie świadomości o wielorakiej dyskryminacji, na którą napotykają osoby z niepełnosprawnością;

⁵ Tamże, s. 44-45.

– promowanie idei równego dostępu dzieci i młodych ludzi z niepełnosprawnością do edukacji.⁶

Europejski Rok Osób z Niepełnosprawnością był impulsem dla Państw Członkowskich do podejmowania działań zmierzających do poprawienia jakości życia i świadomości społecznej w zakresie podstawowych praw i potrzeb osób z niepełnosprawnością. Na zakończenie Europejskiego Roku Osób z Niepełnosprawnością w 2003 r. Komisja Europejska skierowała do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów Komunikat pod tytułem „Równe możliwości dla osób z niepełnosprawnością. Europejski Plan Działania”. Komunikat nakreślał przyszłe inicjatywy Unii Europejskiej, które będą zmierzać do włączania osób z niepełnosprawnością w poszerzoną europejską gospodarkę i społeczność. Komunikat stał się przede wszystkim wieloletnim Europejskim Planem Działania na lata 2004–2010. Pierwsza faza EPDZ koncentrowała się na dostępie osób z niepełnosprawnością do otwartego rynku pracy poprzez stosowanie takich środków, jak zwiększenie kwalifikacji zawodowych, ustawiczne uczenie się, wykorzystanie nowoczesnych technologii i zwiększenie dostępności do publicznego zabudowanego środowiska. Natomiast priorytetowymi obszarami działania Unii Europejskiej na lata 2006–2007 będzie niezależne funkcjonowanie i aktywna integracja społeczna osób z niepełnosprawnością. Należą do nich:

Zachęcanie do aktywności na rzecz zapewnienia osobom z niepełnosprawnością niezależnego funkcjonowania i aktywnej integracji społecznej.

Promowanie dostępu do wysokiej jakości wsparcia, opieki i usług medycznych.

Wspieranie dostępności do towarów i usług.

Zwiększenie możliwości U E do dokonywania analiz problemów osób z niepełnosprawnością.⁷

W państwach Unii Europejskiej duże znaczenie nadaje się także problematyce zwiększania dostępu osób z niepełnosprawnością do edukacji. Generalnie zmierza się do włączania dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w powszechny nurt edukacji. Jest to podstawowa przesłanka polityki poszczególnych państw Unii i wielu organizacji pozarządowych. Trend edukacyjno-integracyjny to we współczesnej Europie jedna z ważniejszych przesłanek w zakresie włączania dzieci i młodzieży z różnymi niepełnosprawnościami w powszechny nurt życia. Idea edukacji integracyjnej w państwach unijnych nie neguje i nie zaprzecza istnieniu szkolnictwa specjalnego, przeznaczonego wyłącznie dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Należy jednak zaznaczyć, że edukacja specjalna może być uwzględniana i realizowana tylko wówczas, kiedy na umieszczenie dziecka w szkole specjalnej wyrażą zgodę rodzice oraz kiedy szkoły specjalne zapewnią dziecku o specjalnych potrzebach edukacyjnych taką samą jakość edukacyjną, jak szkolnictwo powszechne.

W Krajach Unii Europejskiej, w ramach polityki edukacji włączającej stwarza się również dogodne warunki do studiowania dla studentów z niepełnosprawnością. W związku z tym w 1995 roku powstał projekt pilotażowy „Workable Centre Network Europe” (WNC Europe) finansowany ze środków programu Leonardo da Vinci, w ramach którego utworzono sieć partnerskich uniwersyteckich centrów pomocy dla studentów i absolwentów z niepełnosprawnością w Austrii, Grecji, Włoszech i Wielkiej Brytanii. Od 2000 roku sieć ta obejmuje również Węgry, Szwecję i Słowację, a od 2001 roku sieć ta powiększyła się o pozostałe kraje Europy Środkowej i Wschodniej. Centra te oferują:

– informacje o szkoleniach i zatrudnieniu;

⁶ Tamże, s. 73.

⁷ T. Majewski, Druga faza Europejskiego Planu Działania na rzecz osób niepełnosprawnych, „Prawca i Rehabilitacja niepełnosprawnych”, Nr 2/94, Warszawa 2006, s. 2-4.

- szkolenie rozwijające umiejętności poszukiwania pracy i konsultacje dotyczące wyboru zawodu;
- krajowe i zagraniczne praktyki zawodowe.⁸

Warto zauważyć, że w ramach pomocy UE również Polska korzysta z funduszy przeznaczonych na rzecz studiującej młodzieży z niepełnosprawnością, między innymi w ramach kontynuacji dotychczasowego programu „Młodzież dla Europy”. Polskie przedsięwzięcia korespondują z zaleceniami i wytycznymi Unii Europejskiej, mają wiele zbieżnych i zarazem specyficznych rozwiązań w odniesieniu do naszego kraju.

Podsumowując, można zdecydowanie stwierdzić, że przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wniosło wiele pozytywnych zmian nie tylko w życiu społecznym osób sprawnych, ale zmiany te dotyczą również funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, ponieważ dzięki europejskim rozwiązaniom systemowym osoby te mogą coraz częściej doświadczać tak upragnionej autonomii.

8 J. Stochmiałek, Edukacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych w krajowej i europejskiej polityce społecznej, [w:] Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych, W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), Olsztyn-Poznań-Warszawa 2002, s. 64–65.



Mgr Joanna Niedźwiedź
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Oddział Opolski

Programy PFRON adresowane do niepełnosprawnych studentów jako forma rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych został powołany w 1991 r. Obecnie najważniejszym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie PFRON jest ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz.776 z późn. zm.). Państwowy Fundusz Rehabilitacji jest funduszem celowym w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Fundusz posiada osobowość prawną. Przychody Funduszu stanowią m.in. wpłaty pracodawców, dotacje z budżetu państwa, spadki, zapisy i darowizny, dobrowolne wpłaty pracodawców, dochody z oprocentowania pożyczek, dyskonto od zakupionych bonów skarbowych, odsetki od obligacji emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski oraz lokat terminowych, dochody z działalności gospodarczej oraz dywidendy. PFRON jest funduszem zdecentralizowanym. Jego środki dystrybuowane są także na poziomie samorządów – wojewódzkich i powiatowych na zadania określone w ustawie o rehabilitacji.

Zadania samorządu województwa realizowane są przez regionalny ośrodek polityki społecznej, a należą do nich m.in.:

- opracowywanie i realizacja wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych;
- opracowywanie i przedstawianie Pełnomocnikowi Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych informacji z prowadzonych działań;
- udzielanie pomocy zakładom pracy chronionej;
- dofinansowanie robót budowlanych w obiektach służących rehabilitacji;
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej;
- współpraca z organami administracji rządowej oraz powiatami i gminami w realizacji zadań wynikających z ustawy.

Z kolei do zadań samorządu powiatowego należy m.in. :

- opracowywanie i realizacja powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie: rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej i zatrudniania, przestrzegania praw osób niepełnosprawnych;
- współpraca z organami administracji rządowej i samorządowej w zakresie realizacji programów, o których mowa powyżej;
- podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej;
- dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, rehabilitacji dzieci i młodzieży;
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej;
- pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych, ich szkolenie oraz przekwalifikowanie;
- doradztwo organizacyjno-prawne i ekonomiczne w zakresie działalności gospodarczej lub rolniczej podejmowanej przez osoby niepełnosprawne.

Zadanie z zakresu rehabilitacji społecznej realizowane są przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, a z zakresu rehabilitacji zawodowej przez Powiatowe Urzędy Pracy.

W związku z tym, że środki finansowe, którymi dysponuje PFRON pochodzą głównie z wpłat pracodawców przeznaczane są one głównie na wspieranie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych.

Ważnym instrumentem wspierającym aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych są programy PFRON realizowane głównie przez Oddziały wojewódzkie Funduszu. Od 1991 roku Fundusz zrealizował prawie 50 programów. Pierwotnie budżet programów w pierwszym roku ich realizacji stanowił niewielką część środków wydatkowanych przez PFRON. Obecnie na realizację programów przeznaczają się około 7% środków będących w dyspozycji PFRON (wydatki na finansowanie programów w 2005 r. wynosiły 326.751.369,98 zł). W ciągu ostatnich 13 lat wydatki Funduszu na programy przekroczyły kwotę 2,02 mld. złotych. W 2006 roku PFRON realizował następujące programy: Junior1*, Komputer dla Homera 2003*, Osoby niepełnosprawne w służbie publicznej*, Ośrodki informacji dla osób niepełnosprawnych, Partner 2006, Pegaz 2003*, Pitagoras, Program ograniczania skutków niepełnosprawności, Program wyrównywania różnic między regionami (w obszarze C*), Student*, Edukacja, Program wsparcia inicjatyw na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie.

Wśród studentów niepełnosprawnych największym zainteresowaniem cieszą się:

Program „STUDENT” – realizowany jest przez PFRON od 2002 r. Jego celem jest pomoc osobom niepełnosprawnym w zdobyciu wykształcenia na poziomie wyższym, a także pomoc w ukończeniu szkoły policealnej, co ma wpływ na zwiększenie możliwości zdobycia pracy przez osoby niepełnosprawne. Adresaci

* Gwiazdką oznaczono najważniejsze programy wspierające aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych.

programu to osoby posiadające orzeczony znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, które są studentami prowadzonych przez szkoły wyższe studiów pierwszego lub drugiego stopnia albo studentami jednolitych studiów magisterskich, studentami studiów podyplomowych, uczestnikami studiów doktoranckich, słuchaczami kolegiów pracowników służb społecznych, kolegiów nauczycielskich lub nauczycielskich kolegiów języków obcych, uczniami szkół policealnych, studentami uczelni zagranicznych, studentami odbywającymi staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej.

Przyznane w ramach programu dofinansowanie, może obejmować takie koszty, jak opłaty za naukę (czesne), zakwaterowania (w przypadku nauki poza miejscem stałego zamieszkania), dojazdów, uczestnictwa w zajęciach mających na celu podniesienie sprawności fizycznej lub psychicznej, zakupu przedmiotów ułatwiających lub umożliwiających naukę, w tym komputerowych programów edukacyjnych, wyjazdów organizowanych w ramach zajęć szkolnych. W przypadku osób będących beneficjentami programów Unii Europejskiej, studiujących w Polsce lub zagranicą lub odbywających staż za granicą, może być dofinansowany, w ramach programu, również wkład własny, wymagany zasadami programów Unii Europejskiej. Dla studentów, którzy posiadają szczególne osiągnięcia w nauce w uzasadnionych przypadkach Prezes Zarządu PFRON może przeznaczyć na realizację programu stypendium specjalne.

Od 2002 r. systematycznie wzrasta liczba beneficjentów programu. W pierwszym roku jego realizacji z dofinansowania skorzystało 1.132 studentów niepełnosprawnych, a w 2005 r. liczba beneficjentów wynosiła aż 6.416 osób. W 2006 roku liczba ta przekroczy 8.000. Łączne wydatki Funduszu na dofinansowanie edukacji osób niepełnosprawnych w ramach programu przekroczyły w 2005 r. 44 mln zł. Dane z Oddziału Opolskiego PFRON przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1.

Liczba osób korzystających z dofinansowania w ramach programu STUDENT w kolejnych latach

Rok otrzymania dofinansowania	2002	2003	2004	2005
Liczba osób korzystających z dofinansowania	39	89	80	120
Wyplacona kwota dofinansowania w złotych	97.527,80	152.695,09	206.354,00	346.424,37

Źródło: dane statystyczne PFRON Oddział w Opolu

Osoby, które otrzymały dofinansowanie, to słuchacze/studenti Uniwersytetu Opolskiego, Politechniki Opolskiej, Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie, Wyższej Szkoły im. Bogdana Jańskiego w Warszawie, Wydział Zamiejscowy w Opolu, Nauczycielskiego Kolegium Języków Obcych w Opolu, Zespołu Szkół Policealnych Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego w Bogdańczowicach, Prywatnej Szkoły Policealnej dla Dorosłych w Nysie, Policealnego Studium Ekonomicznego w Opolu, Policealnej Szkoły Zawodowej dla Dorosłych WZDZ Opole, z siedzibą w Paczkowie, Szkoły Informatyki i Internetu w Opolu, Centrum Nauki i Biznesu „Żak” w Opolu oraz Nauczycielskiego Kolegium Języków Obcych w Opolu Wolnego Stowarzyszenia Edukacyjnego Regionu Opolskiego.

Program „PEGAZ”/”PEGAZ 2003” ma na celu aktywizowanie osób niepełnosprawnych przez likwidację barier transportowych i w komunikowaniu się. Realizowany jest w trzech obszarach:

- Obszar A – w 2002 r. pożyczka na zakup samochodu, od 2003 r. dofinansowanie do specjalistycznego oprzyrządowania samochodowego;
- Obszar B – pożyczka w 2002 r., a od 2003 r. dofinansowanie do sprzętu komputerowego;

– Obszar C – pożyczka w 2002 r., a od 2003 r. dofinansowania do wózków o napędzie elektrycznym.

Adresaci programu w obszarze A to pełnoletnie osoby w wieku aktywności zawodowej, pracujące lub uczące się, bądź zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy, które zaliczone są to znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (lub posiadające orzeczenie równoważne) z powodu dysfunkcji narządu ruchu, posiadające prawo jazdy lub opiekuna kierowcę lub pełnoletnie osoby niepełnosprawne w wieku aktywności zawodowej z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności z powodu niedowład lub ubytku co najmniej jednej kończyny dolnej, pracujące zawodowo lub poszukujące pracy lub uczące się lub bezrobotne zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy, posiadające prawo jazdy lub opiekuna – kierowcę, a także dzieci i młodzież w wieku do 18 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu, głębokim upośledzeniem umysłowym, dziecięcym porażeniem mózgowym, autystyczne, bądź niewidome posiadające aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku dzieci do 16 roku życia mające przyznany zasiłek pielęgnacyjny potwierdzony stosownym zaświadczeniem, oraz młodzież od 18 do 26 roku życia z głębokim upośledzeniem umysłowym, z dziecięcym porażeniem mózgowym, autystyczne lub niewidome, nie posiadające zdolności do czynności prawnych, posiadające aktualne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (2002 r.), pełnoletnie osoby w wieku aktywności zawodowej, pracujące lub uczące się, bądź zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy, które zaliczone są to znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (lub posiadające orzeczenie równoważne) z powodu dysfunkcji narządu ruchu, posiadające prawo jazdy (od 2003 r.).

W obszarze B adresatami są pełnoletnie osoby w wieku aktywności zawodowej, niepełnosprawne z powodu braku lub znacznego niedowład obu kończyn górnych posiadające ważne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, niepełnosprawne dzieci i młodzież w wieku do lat 18 z brakiem lub znacznym niedowładem obu kończyn górnych, posiadające aktualne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, osoby niepełnosprawne, posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (albo orzeczenie równoważne), które są: uczniami szkół ponadgimnazjalnych, słuchaczami kolegiów, studentami studiów pierwszego stopnia lub studentami studiów drugiego stopnia albo studentami jednolitych studiów magisterskich – prowadzonych przez szkoły wyższe, posiadaczami dyplomu ukończenia studiów wyższych kształcącymi się na studiach podyplomowych prowadzonych przez szkoły wyższe lub przez inne jednostki uprawnione do prowadzenia tych studiów na podstawie odrębnych przepisów, uczestnikami studiów doktoranckich prowadzonych przez szkoły wyższe lub przez inne jednostki uprawnione do prowadzenia tych studiów na podstawie odrębnych przepisów, studentami uczelni zagranicznych, studentami odbywającymi staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej, pobierającymi naukę w systemie stacjonarnym lub naukę w systemie niestacjonarnym, niepełnosprawne dzieci i młodzież z ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności, z ubytkiem słuchu na poziomie od 90 decybeli, realizujący obowiązek szkolny lub obowiązek przygotowania przedszkolnego.

W obszarze C z programu mogą korzystać pełnoletnie osoby niepełnosprawne, u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym, posiadające ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, niepełnosprawne dzieci i młodzież w wieku do lat

18, u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym, jeśli posiadają aktualne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności albo aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.

Tabela 2.

Pomoc w dofinansowaniu w ramach programu w rozbiu na poszczególne obszary w latach 2002-2005 w Oddziale Opolskim PFRON

Obszar A				
Rok otrzymania wsparcia	2002	2003	2004	2005
Liczba osób korzystających z pożyczki	55	1	6	9
Wyplacona kwota w złotych	772.364,83	4.040,00	18.000,00	31.001,00
Obszar B				
Rok otrzymania wsparcia	2002	2003	2004	2005
Liczba osób korzystających z pożyczki	54	60	147	76
Wyplacona kwota w złotych	181.890,51	208.349,78	540.986,71	304.424,70
Obszar C				
Rok otrzymania wsparcia	2002	2003	2004	2005
Liczba osób korzystających z pożyczki	4	41	54	82
Wyplacona kwota w złotych	41.337,50	613.238,18	708.568,47	1.194.625,69

Źródło: dane statystyczne PFRON Oddział w Opolu

Program „KOMPUTER dla HOMERA”/”KOMPUTER dla HOMERA 2003”. Celem programu jest pomoc dla osób niewidomych lub niedowidzących w dofinansowaniu (od 2003 r., wcześniej udzielano pomocy w formie pożyczek) zakupu sprzętu komputerowego, specjalistycznego, lektorskiego lub/i brajlowskiego. Adresatami programu są pełnoletnie osoby w wieku aktywności zawodowej, niepełnosprawne z powodu dysfunkcji narządu wzroku posiadające ważne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, dzieci i młodzież w wieku do lat 18 niepełnosprawne z powodu dysfunkcji narządu wzroku, posiadające aktualne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.

Tabela 3.

Liczba osób korzystających z programu w formie pożyczki (2002 r.) oraz dofinansowania w latach 2003-2005

w Oddziale Opolskim PFRON

Rok otrzymania wsparcia	2002	2003	2004	2005
Liczba osób korzystających z pożyczki	65	102	137	149
Wyplacona kwota w złotych	391.495,78	522.746,88	821.983,17	916.569,57

Źródło: dane statystyczne PFRON Oddział w Opolu

Szczególnym programem adresowanym do uczelni wyższych jest program „PITAGORAS” – program pomocy osobom z uszkodzeniem słuchu. Jego adresatami są państwowe lub niepaństwowe szkoły wyższe, jak też niektóre instytucje kultury (filharmonie, teatry muzyczne, teatry dramatyczne i teatry lalkowe). Uczestni-

kami tego programu mogą być w szczególności osoby niesłyszące lub niedosłyszące, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, studiują lub uczą się na kursach przygotowawczych do egzaminów do szkół wyższych organizowanych przez uczelnie oraz zgłaszają potrzebę korzystania z usług tłumacza migowego lub konieczność zastosowania urządzeń wspomagających słyszenie. W 2006 r. w programie uczestniczyła Politechnika Opolska, która otrzymała dofinansowanie do zakupu i montażu pętli indukcyjnej.

Wszelkie informacje o programach dostępne są na stronie internetowej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – www.pfron.org.pl

Edukacja osób niepełnosprawnych w Polsce – wybrane aspekty

Zgodnie z danymi Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, w Polsce jest 5 456,7 tys. osób niepełnosprawnych, co stanowi 14,3% ogółu ludności w kraju i oznacza wzrost o 46,1% populacji obywateli niepełnosprawnych w stosunku do danych z poprzedniego Narodowego Spisu Powszechnego z 1988 r. Wówczas liczbę osób niepełnosprawnych oszacowano na 3 735,5 tys.¹ W tej liczbie znajdują się osoby z różnymi dysfunkcjami, na przykład z niepełnosprawnością sensoryczną, fizyczną, psychiczną lub z niepełnosprawnością złożoną.²

Duży zasięg oraz wysoka dynamika zjawiska niepełnosprawności w polskim społeczeństwie sprawiły, że niepełnosprawność stała się poważnym problemem społecznym. Postawa osób sprawnych wobec czynnej obecności osoby niepełnosprawnej we wszystkich obszarach życia społecznego przede wszystkim ma swoje źródło przede wszystkim w stopniu świadomości barier ograniczających ich działania, a stopień tej świadomości zależy od częstotliwości osobistych kontaktów. Wyniki badań przeprowadzonych na terenie Polski wskazują na wzrost kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, co jest prawdopodobnie rezultatem stopniowego zwiększania się ich liczby w społeczeństwie i postępującej integracji z resztą społeczeństwa przez coraz bardziej aktywne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu codziennym³.

W integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem ważną rolę odgrywa integracja edukacyjna, której istota polega na maksymalnym włączeniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do powszechnych szkół i placówek oświatowych, umożliwiając im, w miarę możliwości, wzrastanie w gronie zdrowych rówieśników⁴. Wykształcenie zajmuje w hierarchii wartości polskiego społeczeństwa wysoką pozycję. Jest to jeden z zasadniczych czynników warunkujących karierę zawodową i pozycję społeczną, wynikającą ze wzrostu znaczenia reguł merytokratycznych. Edukacja osób niepełnosprawnych nabiera zatem niezwykle dużego znaczenia, poczynając od pierwszego jej szczebla, jakim jest wychowanie przedszkolne.

1 Osoby niepełnosprawne, ich gospodarstwa domowe oraz rodziny w latach 1988-2002, [w:] Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, Powszechny Spis Rolny, GUS, Warszawa 2004, s. 29.

2 Kryteriów podziału niepełnosprawności może być wiele, m.in. ze względu na rodzaj niepełnosprawności, okres życia w którym niepełnosprawność wystąpiła czy stopień niezdolności do zatrudnienia i zarobkowania, podają za: Majewski T., Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, Warszawa 1995, s. 24–25.

3 St. Waszczak, Psychospołeczne bariery w integracji osób niepełnosprawnych, [w:] Postawy wobec niepełnosprawności, L. Frąckiewicz (red.), Katowice 2002, s. 53–63.

4 A. Hulek, Integracyjny system kształcenia i wychowania, [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.), Warszawa 1977, s. 492; S. Kantyka, M. Kowalska-Kantyka, M. Satoła, System edukacji dla osób niepełnosprawnych jako szansa integracji ze społeczeństwem, [w:] Niepełnosprawni w środowisku społecznym, L. Frąckiewicz, Katowice 1999, s. 97–103.

Ustawa o systemie oświaty⁵ zapewnia realizację prawa każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do kształcenia się. Gwarantuje ona dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół, zgodnie indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami.⁶ Sytuację w polskim szkolnictwie charakteryzuje jednak znaczny i stale powiększający się dystans w przypadku kształcenia z uwzględnieniem specjalnych potrzeb dzieci niepełnosprawnych w odniesieniu do systemu edukacji i wychowania w krajach Unii Europejskiej⁷. Niekorzystny obraz polskiej edukacji osób niepełnosprawnych spowodowany jest powolnym tempem przemian zachodzących w systemie szkolnictwa. Jest to widoczne w zachowaniu wielu elementów starego modelu kształcenia, gdzie edukacja tych osób koncentrowała się przede wszystkim na zaspokojeniu ich podstawowych potrzeb i niezbędnego przygotowania do samodzielnego życia. Tworzone niegdyś szkoły specjalne skupiały zarówno osoby z dysfunkcjami mentalnymi, ruchowymi, wzorowymi i słuchowymi, ale większość z nich nie była przygotowana do kształcenia osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (bariery architektoniczne), niewidomych i głuchoniemych (brakowało odpowiedniego wyposażenia w sprzęt umożliwiający czytanie i pisanie). Dopiero w 1981 roku, w Międzynarodowym Roku Osób Niepełnosprawnych, zaczęto realizować zasadę „pełnego uczestnictwa i równości” w postaci włączania osób niepełnosprawnych w normalne życie i pracę społeczeństwa.⁸

W okresie transformacji ustrojowej miał miejsce olbrzymi wysiłek edukacyjny społeczeństwa polskiego odzwierciedlony w systematycznym podnoszeniu poziomu wykształcenia. Jednakże struktura wykształcenia osób niepełnosprawnych, pomimo pozytywnych przekształceń, nadal wskazuje na znaczne opóźnienie wobec pozostałej części społeczeństwa polskiego (tab.1): w 1998 r. co trzeci niepełnosprawny posiadał wykształcenie ponadpodstawowe, w 2002 r. – już co drugi. Należy jednak zauważyć, że odsetek osób niepełnosprawnych posiadających wykształcenie ponadpodstawowe był w 2002 r. znacznie mniejszy (47,8%), niż odsetek osób sprawnych z wykształceniem ponadpodstawowym w całej populacji (74,4 5).⁹

Niski poziom wykształcenia sprawia, że niewielu uczniów niepełnosprawnych kontynuuje naukę w szkole średniej, a z tej grupy na studia wyższe dostają się nieliczni. Obecnie w Polsce na blisko 2 mln studentów studiuje tylko około 9 tys. osób niepełnosprawnych, co daje zaledwie 0,5% wszystkich studiujących. W innych krajach europejskich odsetek niepełnosprawnych studentów sięga 3%.¹⁰ W olbrzymim wysiłku edukacyjnym społeczeństwa polskiego, odzwierciedlonym w gwałtownym rozwoju szkolnictwa wyższego i systematycznym podnoszeniem stopy skolaryzacji kolejnych pokoleń 15-latków na poziomie szkoły średniej i 19-latków na poziomie szkoły wyższej¹¹, osoby niepełnosprawne zatem uczestniczą znacznie poniżej swojego udziału.

5 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).

6 Dostęp osób niepełnosprawnych do edukacji – stan obecny, szanse i bariery, Ministerstwo Edukacji i Nauki, Warszawa 2006.

7 L. Frąckiewicz, Problemy edukacji osób niepełnosprawnych, [w:] Edukacja osób niepełnosprawnych, L. Frąckiewicz (red.), Katowice 2003, s. 14–19.

8 T. Majewski, Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, Warszawa 1995, s. 51.

9 Osoby niepełnosprawne, ich gospodarstwa domowe oraz rodziny w latach 1988-2002, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, Powszechny Spis Rolny, GUS, Warszawa 2004, s. 43.

10 M. Wysocki, Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie wiedzy, „Pismo Politechniki Gdańskiej” 2006, nr 3.

11 M. Wróblewska, Rozwój szkolnictwa wyższego a poziom wykształcenia mieszkańców województwa opolskiego w latach 1988–2004, „Śląski Przegląd Statystyczny” 2005, s. 87–105.

Wykształcenie osób niepełnosprawnych i osób sprawnych w wieku produkcyjnym w 1998 i 2002 r.

Poziom wykształcenia	Odsetek osób sprawnych i niepełnosprawnych w poszczególnych latach			
	1998 r.		2002 r.	
	Ogółem	Niepełnosprawni	Ogółem	Niepełnosprawni
Podstawowy	40,5	62,3	30,6	42,2
Zasadniczy zawodowy	31,6	18,5	31,3	29,7
Średnie i policealne	20,7	15,0	28,7	22,2
Wyższe	7,2	4,2	9,7	5,7

Źródło: Osoby niepełnosprawne, ich gospodarstwa domowe oraz rodziny w latach 1988-2002, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, Powszechny Spis Rolny, GUS, Warszawa 2004, s. 43.

Wzrost odsetka osób niepełnosprawnych legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym odzwierciedla zatem dostosowywanie się mieszkańców do wymagań rynku pracy, na którym im wyższy poziom wykształcenia, tym większe prawdopodobieństwo uzyskania zatrudnienia.

Należy zwrócić uwagę, że uczniowie i studenci niepełnosprawni mogą otrzymać wsparcie finansowe ze strony państwa na zakup nowoczesnego, podstawowego i specjalistycznego sprzętu wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem i oprogramowaniem, ułatwiającym zdobywanie wiedzy, a instytucje edukacyjne uzyskać dofinansowanie na wyposażenie lub doposażenie infrastruktury dla poprawy warunków nauczania uczniów niepełnosprawnych korzystając z programów celowych PFRON.¹²

Wśród aktów legislacyjnych określających działania państwa na rzecz integracji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, szczególne znaczenie ma ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.¹³

W wyborze właściwego zawodu osoby niepełnosprawne powinny kierować się znajomością własnej sprawności psychofizycznej oraz potencjalnymi możliwościami nabywania wiedzy i umiejętności zawodowych na wybranej ścieżce edukacyjnej¹⁴, a dla uzyskania pełnego i obiektywnego obrazu własnych predyspozycji zawodowych niezwykle przydatna może okazać się współpraca z doradcą zawodowym. Doradca zawodowy powinien kierować się orzecznictwem pozytywnym (jakie czynności robocze mogą być wykonywane), a nie negatywnym (na jakich stanowiskach pracy nie można zatrudniać)¹⁵, zapewnić tym samym prawidłową ocenę własnych predyspozycji.

Dzięki dobrze przygotowanym programom nauczania system szkolnictwa może zatem włączyć się w budowanie społeczeństwa wiedzy, które szanuje odmienność ludzi i stwarza równe szanse rozwoju dla wszystkich obywateli.

12 Możliwości wsparcia edukacji osób niepełnosprawnych ze środków PFRON, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 24 kwietnia 2006 r.

13 Ustawa z dnia 17 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).

14 We wrześniu 2005 r. powstał nowy typ szkoły ponadgimnazjalnej dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi: 3 letnia szkoła przysposabiająca do pracy, [w:] Dostęp osób niepełnosprawnych do edukacji – stan obecny, szanse i bariery, Ministerstwo Edukacji i Nauki, Warszawa 2006, str. 6.

15 B. Kurkus-Rozowska, Ocena możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych mogących podjąć pracę zawodową, Warszawa 1998, s. 4-9.

Mgr Paweł Wdówik
Uniwersytet Warszawski, Kierownik Biura ds. Osób Niepełnosprawnych

Uniwersytet Warszawski – uniwersytet dla wszystkich

Czuję się bardzo wyróżniony i zaszczycony Państwa zaproszeniem do udziału w tym Forum. Dziękuję za powierzenie mi tak znaczącej ilości czasu na przedstawienie tego, co robimy na Uniwersytecie Warszawskim. Z drugiej strony czuję się nieco zakłopotany określeniem naszej pracy jako wzoru, który oby był wzorem do działania w sensie pewnej formy, którą należy wypełnić, którą należy po prostu wdrażać w życie, a nie ideałem, który jest nie do osiągnięcia.

Kiedy w 1999 roku Uniwersytet Warszawski podpisał porozumienie o współfinansowaniu przez PFRON programu „Uniwersytet dla wszystkich”, proporcje w tym programie wynosiły 70 do 30, my wkładaliśmy 30%, a PFRON 70%, to mieliśmy bardzo wyraźną i naprawdę szczerą wolę traktowania tego rozwiązania jako programu pilotażowego. Po jego zakończeniu wystąpiliśmy do PFRON z konkretną propozycją rozszerzenia tych działań na inne uczelnie, ale muszę powiedzieć, że tyleż wystąpienie Pani Dyrektor Opolskiego Oddziału PFRON przed chwilą jest dla mnie przyjemne, co wtedy kontakt z władzami PFRON był przykry, ponieważ Pani Dyrektor jest pierwszą osobą z PFRON, która powiedziała, że program „Uniwersytet dla wszystkich” miał sens.

To, że Uniwersytet Warszawski robi to co robi, jest wynikiem decyzji władz uczelni podjętej w 1996 roku w przekonaniu, że osoba niepełnosprawna ma dokładnie te same prawa, jakie posiada osoba pełnosprawna, a obowiązkiem instytucji, szczególnie instytucji publicznej, jest doprowadzenie do sytuacji, w której te prawa mogą być realizowane. W związku z tym przyjęliśmy na siebie odpowiedzialność za to co po naszej stronie, po stronie uczelni uniemożliwia osobie niepełnosprawnej normalne funkcjonowanie.

Zaczynając, w 1996 roku, od razu wiedzieliśmy, że nie ma sensu szukać „polskiej drogi”, lecz raczej należy sięgnąć po doświadczenia uczelni zagranicznych. Okazało się wtedy, że tymi, które wyświetlały się jako pierwsze w Internecie były uczelnie amerykańskie. Wobec tego sięgnęliśmy po ich doświadczenia. To stamtąd zaczerpnęliśmy wiedzę, jak to robić. Wówczas myślałem, że to wyświetlanie się uczelni amerykańskich jest wynikiem mojego ograniczenia językowego, tego że nie posługuję się żadnym innym językiem oprócz angielskiego. Potem przekonałem się, że tak nie jest, że w Europie, poza Wielką Brytanią, nie jest wcale rewelacyjnie jeśli chodzi o dostępność edukacji na poziomie wyższym. To, że tak jest wynika z pewnej filozofii, która różni Stany Zjednoczone i Wielką Brytanię z jednej strony, a całą resztę świata z drugiej. To właśnie w USA,

od roku 1990, czyli wprowadzenia ustawy ADA w Ameryce (ustawy o niepełnosprawnych Amerykanach), zaczęto w pełni wdrażać w życie zasadę, że obywatel niepełnosprawny posiada pełnię praw obywatelskich, a po stronie wszystkich podmiotów życia publicznego leży zapewnienie egzekucji tych praw. W takiej sytuacji nie ma argumentów w stylu „nie mamy na to środków”, „a może w przyszłym roku budżetowym”, „a może, jak zrealizujemy inne ważniejsze cele”. Taki jest obowiązek. Wzorowaliśmy się na tej filozofii, choć nie było to łatwe. Jedna winda to jest koszt około 200 tys. złotych. Do 1999 roku próbowaliśmy to robić angażując środki z własnego budżetu, a w 1999 roku udało nam się przekonać PFRON, że warto taki program uruchomić.

Uniwersytet Warszawski posiada 50 budynków, w tej chwili 35 jest przystosowanych całkowicie lub częściowo. Kiedy zaczynaliśmy w 1996 roku przystosowany był jeden. Program „Uniwersytet dla wszystkich” pozwolił nam przystosować 15 budynków. Więc, jak łatwo policzyć, większość funduszy na przystosowanie budynków pochodzi ze środków uczelni. Mówię o tym po to, by obalić mit, że coś można zrobić dopiero wtedy, gdy pojawią się środki z zewnątrz. Tak naprawdę, można coś zrobić, kiedy się tego chce. Pragnę też obalić przekonanie, że można prowadzić działania na rzecz otwierania uczelni niejako przy okazji. W 1996 roku powołano na UW Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych. Utworzono na tę okazję odrębny etat i bardzo szybko przekonano się, że jedna osoba nie podoła temu zadaniu. Stworzono więc drugi etat. W tej chwili Biuro liczy 20 pełnych etatów finansowanych w większości ze środków uczelni, cztery etaty są finansowane z programu EQUAL.

To co dla nas jest sprawą najważniejszą, to jak my spostrzegamy niepełnosprawność. Proszę zauważyć, że kiedy mówimy o niepełnosprawności, to w Polsce ciągle funkcjonujemy w rzeczywistości medycznej. Kluczowe słowo, które wiąże się ze słowem niepełnosprawność to słowo rehabilitacja. Naprawdę niewiele zmieniło się od czasu, kiedy mówiliśmy o inwalidztwie i spostrzegaliśmy je jako niewydolność w obszarze chodzenia, wstawania, siadania, leżenia, będąc skoncentrowanymi na tym, czego człowiek nie może zrobić, kiedy jest niepełnosprawny. Zatem przez pojęcie niepełnosprawności rozumieliśmy głównie niepełnosprawność ruchową. Do dziś jest to bardzo mocne przekonanie, szczególnie w mediach. Na UW, gdzie mamy obecnie ponad 900 studentów zarejestrowanych w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych, tylko 50 porusza się na wózkach, co stanowi ok. 5% wszystkich osób niepełnosprawnych. Wobec tego, kiedy mówimy o niepełnosprawności, musimy zdać sobie sprawę, że jest to pojęcie bardzo szerokie i złożone. Często posługujemy się dwoma, teraz już dość znanymi, modelami niepełnosprawności – modelem medycznym i modelem społecznym (interaktywnym). Myślę, że ten medyczny nie wymaga długiego komentarza. Jest to podejście zakładające, że z niepełnosprawnością należy walczyć lecząc i rehabilitując osobę niepełnosprawną. Natomiast model społeczny, który my preferujemy, mówi, że niepełnosprawność to jest pewna cecha człowieka, która tak jak inne cechy powoduje, że człowiek funkcjonuje w pewien określony sposób, że czasem nie jest w stanie robić tego wszystkiego, co inni, takiej cechy nie posiadający. To oznacza tylko tyle, że problem jest gdzieś na styku między środowiskiem, tą osobą i innymi osobami. Uchwycenie tej bariery daje szansę na jej likwidację. Nie trzeba zmieniać osoby, tylko to co jest pomiędzy, w środowisku, to co jest w sposobie funkcjonowania pełnosprawnej większości. Kiedy to ulega zmianie, wówczas rehabilitacja nie jest już potrzebna. Posługując się tą filozofią na UW doszliśmy także do tego, że osoba niepełnosprawna ma te same prawa i, niestety, te same obowiązki. W polskim modelu opiekuńczo-rehabilitacyjnym, powiedziałbym pochylającym się, z osobą niepełnosprawną postępuje się tak, że lepiej się wie, co jej potrzeba, ale też kiedy osobie niepełnosprawnej zdarzy się nie dotrzymać jakiegoś terminu, przynieść podanie o stypendium

o tydzień za późno, to mówimy, że „w drodze wyjątku, pan jest w trudnej sytuacji...”. W tym samym czasie jego pełnosprawny kolega jest wyrzucany za drzwi bez jakiegokolwiek miłosierdzia. Na UW stosujemy jednako-
we zasady wobec wszystkich studentów. Chcesz być normalnym obywatelem, chcesz funkcjonować jak
wszyscy, to przestrzegaj tych samych zasad, nie ma przywilejów, nie ma ulg, natomiast jest możliwie pełne
wyrównywanie szans. Co oznacza, że jeśli egzamin jest pisemny, to on jest pisemny, to osoba niewidoma też
ma prawo zdawać go w takiej formie. Nie ma wytłumaczenia, że uniwersytet nie kupił drukarki, nie wie jak
wydrukować w Braillu, jak nie kupił to powinien kupić, a student ma prawo do egzaminu pisemnego. To jest
szalenie ważne, żeby wiedzieć, że nie działamy na zasadzie „zrobimy ile się uda”. Obywatel niepełnosprawny
ma te same prawa i konstytucyjnie są one zagwarantowane. Jeśli podmiot życia publicznego, jakim jest
uczelnia, tego nie dostrzega i nie przestrzega, to w którymś momencie może się przekonać w sądzie, że to
jest jego obowiązkiem. Mam nadzieję, że świadomość osób niepełnosprawnych będzie się zmieniać i że te
procesy będą mieć miejsce. My mamy rocznie jeden, dwa procesy wytaczane przez studentów dlatego, że
tak ich sobie wychowaliśmy. Na razie żadnego nie przegraliśmy, ale kiedyś pewnie przegramy, ponieważ tyl-
ko ten, kto nic nie robi nie popełnia błędów. Oczywiście wolałbym tego uniknąć, ale wszystko jest możliwe.

Do spraw szalenie ważnych od samego początku, które wynikają z tych równych praw i obowiązków,
było zapewnienie osobom niepełnosprawnym możliwości pełnego uczestnictwa we wszystkim tym, co
uczelnia oferuje. Przede wszystkim chodzi oczywiście o stronę akademicką, czyli o dostępności zajęć, egza-
minów. Odeszliśmy od pomysłów, które niestety ciągle funkcjonują w szkolnictwie na niższych poziomach,
czyli od modelu nauczania indywidualnego. Z jednej strony nie daje to możliwości uzyskania tej samej wie-
dzy, jaką można uzyskać w normalnym trybie nauczania, a z drugiej wyłącza człowieka, marginalizuje go
ze społeczeństwa. Oczywiście pojawiały się takie głosy, by nie fatygować tej osoby niepełnosprawnej, by
pojechać do niej do domu, przeprowadzić odpowiednie zajęcia, zmniejszy to także koszty. Na szczęście
udało nam się przekonać oponentów, że to nie jest dobra metoda, że ten człowiek też chce normalnie żyć
i uczestniczyć w zajęciach, mieć kolegów, razem z nimi się bawić. Ma do tego pełne prawo. Wobec tego, co
niektórych dziwi, my w tej chwili jako cały Uniwersytet Warszawski i jako Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych
zupełnie nie kładziemy nacisku na edukację zdalną w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. My jeszcze
nie pokonaliśmy tej pierwszej bariery, czyli włączenia osób niepełnosprawnych w życie akademickie. My,
być może, na Uniwersytecie Warszawskim już jakoś sobie z tym radzimy. Jednak generalnie polski system
edukacji nie ma prawa mówić o takim rozwiązaniu dopóty, dopóki nie zapewni osobie niepełnosprawnej
pełnego uczestnictwa. Oczywiście o wiele taniej i prościej jest zapewnić kursy w Internecie i dać komuś
komputer do domu – niech tam siedzi i uczy się, niż zrobić to, co jest bardzo skomplikowane, czyli zagwa-
rantować możliwość pełnego i niezależnego uczestnictwa w życiu akademickim.

Chcę teraz jeszcze powiedzieć o dwóch, podpatrzonych w Stanach Zjednoczonych, zasadach, które bar-
dzo ułatwiają nam realizowanie tej filozofii równych praw i równych obowiązków, w taki sposób by nie zrzu-
nowało to uczelni, ale jednocześnie by nie było to fikcją, którą niektórzy nazywają poprawnością polityczną.
Byśmy nie robili sztuki dla sztuki. Otóż po pierwsze, my nie mówimy studentowi niepełnosprawnemu, co
mu wolno, a czego nie wolno, bo nikomu tak nie mówimy. Wobec tego student niepełnosprawny, będąc
pełnoprawnym studentem, sam decyduje, co będzie studiował, na jaki kierunek będzie zdawał, na jakie
zajęcia będzie chodził. Natomiast stosujemy zasadę nie obniżania wymagań merytorycznych. To oznacza,
że jeżeli człowiek na wózku zdecyduje, że będzie zdawał na przykład na archeologię, to oczywiście może,
ale my jako uczelnia i Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych uczciwie mówimy, że nie wiemy, jak mu pomóc.

Nie znamy skutecznego sposobu rozwiązania takiej sytuacji. Jeśli ta osoba powie nam, jak to zrobić to spróbujemy, będziemy starali się służyć jej pomocą, bo taka jest rola Biura. Jeżeli ten człowiek nadal będzie trwał przy swoim postanowieniu, to ma do tego prawo, ale prawdopodobnie skończy swoje studia na pierwszej sesji, kiedy okaże się, że na przykład nie pojechał na jakieś wykopaliska, bo fizycznie nie był w stanie w nich uczestniczyć. Ale to jest decyzja tego człowieka. To, co jest dla nas bardzo ważne, to właśnie przy nie obniżaniu wymagań merytorycznych przestrzeganie takiej zasady, która w USA nazywa się essential elements, my to nazywamy „elementami kluczowymi” dla danego kursu i dla całego kierunku. Oznacza to, że możemy stosować różne rozwiązania, możemy z jakichś przedmiotów rezygnować, zastępując je innymi, ale dziekan jest odpowiedzialny za to, żeby te kluczowe elementy definiować. Podam przykład: ostatnio mieliśmy studenta z naprawdę silnym porażeniem mózgowym, który studiując geografię stanął przed wyzwaniem pod nazwą kartografia. Kartografowie od zawsze posługują się swoich rysunkach papierem milimetrowym. To przy skutkach porażenia mózgowego, przy takich ruchach mimowolnych rąk, jest praktycznie niewykonalne. Zatem pojawiło się pytanie, czy rysowanie na papierze milimetrowym jest elementem kluczowym dla kursu, czy też nie? Czy posłużenie się komputerem uderza w całość kursu i jest nie do zaakceptowania? Dyskusje trwały miesiąc, ale wreszcie uznano, że można odstąpić od tego wymogu, że współczesny geograf już może nie mieć umiejętności rysowania na papierze milimetrowym.

Inny przykład: mamy studenta z chorobą psychiczną, który nie jest w stanie pojawić się o godz. 8.00 rano na zajęciach, bo mieszka 50 km od Warszawy, a środki, jakie bierze uniemożliwiają mu wstanie o godz. 5.00 żeby dojechać, a z drugiej strony są to zajęcia językowe, praktyczne. Nie możemy mu wówczas powiedzieć, że pozwalamy mu zaliczyć je eksternistycznie, ponieważ kluczowym elementem tych zajęć jest rozmawianie w obcym języku. Możemy natomiast rozmawiać z władzami wydziału, by przenieść te zajęcia na późniejszą godzinę. Jeśli okaże się to niemożliwe, to niestety nie potrafimy pomóc temu człowiekowi w rozwiązaniu jego problemu, ponieważ było by to obniżaniem wymagań i likwidowaniem tego, co stanowi istotę tego kursu. Magister niepełnosprawny kończący uniwersytet powinien być tyle samo wart, co magister pełnosprawny.

Druga zasada, z angielska zwana reasonable accommodation lub reasonable adjustment, czyli zasada racjonalnych dostosowań. Pewnie dałoby się, angażując w to odpowiednio duże środki finansowe, zapewnić studentowi na wózku możliwość uczestniczenia w wykopaliskach. Ale dostosowania muszą mieścić się w granicach zdrowego rozsądku. Student nie może oczekiwać, że 1/3 budżetu uczelni zostanie przeznaczona na budowę nowego budynku, ponieważ w starym czegoś nie można zrobić, na przykład nie można zainstalować windy. Dostosowania mają być racjonalne (byle by nie poszło to w przeciwnym kierunku – by nic nie robić).

Być może powinienem teraz powiedzieć o rozwiązaniach, które stosujemy w praktyce, ale o tym powie film, który nakręciliśmy po to, by się promować¹. Jednak na koniec mojego wystąpienia, pragnę podkreślić, jak myślę, bardzo istotną rzecz. Chciałbym mianowicie przestrzec władze obu opolskich uczelni przed przekonaniem, że sprawy, o których mówię, uda się załatwić dorzucając je jako dodatkowe zajęcie pracownikowi naukowo-dydaktycznemu. To na pewno nie doprowadzi do sukcesu. Na dobry początek niezbędny jest co najmniej jeden pracownik dodatkowy.

1 Czytelników zainteresowanych programem „Uniwersytet dla wszystkich” odsyłamy na stronę: http://www.bon.uw.edu.pl/documents/publikacja_08_2005.pdf

Na Uniwersytecie Warszawskim Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych było zawsze odrębną jednostką. Jej zadania oczywiście się zmieniały, ale generalne zadanie pozostawało niezmiennie: uruchamiać wszystkie serwisy niezbędne do tego, by wspierać osoby niepełnosprawne i wyrównywać ich szanse. Zawsze wiedzieliśmy także, że nasza „lokalizacja” jest jasna, nie jesteśmy ani rzecznikami studentów, ani reprezentacją osób niepełnosprawnych. My jesteśmy jednostką powołaną przez rektora, która pracuje dla niego i dla uczelni, realizującą pewien element polityki uczelni.

Dziś do zadań Biura należy rejestracja i weryfikacja informacji o osobach niepełnosprawnych. Student niepełnosprawny oczywiście nie musi ujawniać faktu swej niesprawności, ale jeśli to zrobi, to my jesteśmy odpowiedzialni za gromadzenie i przetwarzanie tych danych oraz za ich ochronę. To ogromnie ważne, by student, przychodząc do Biura i powierzając nam informacje o swoim stanie zdrowia, miał pewność, że to nie wyjdzie poza Biuro. Jeśli potem wnoskujemy do dziekana o wszczęcie jakichś procedur, bo to właśnie dziekan jest tym, kto proceduje, my tylko opiniujemy, to my piszemy, że takie rozwiązania są potrzebne ze względu na stan zdrowia studenta, a dokumentacja medyczna znajduje się w posiadaniu Biura. Jeśli dziekan ma jakiegokolwiek wątpliwości, czy zaproponowane przez nas rozwiązania są słuszne, wówczas zwraca się do rektora i tylko rektor ma prawo wglądu w te dokumenty i może rozstrzygnąć, kto miał rację.

W pierwszej fazie naszych działań, kiedy mieliśmy 40-50 studentów udawało się wiele rzeczy robić spontanicznie, licząc na czyjąś pomoc. Jednak później, a jak słyszę na Uniwersytecie Opolskim jest 150 studentów niepełnosprawnych, więc to już jest to później, trzeba czym prędzej zacząć opisywać procedury. To wydaje się biurokratyczne, ale dzięki temu wszyscy mają jasność, co mogą i w jakim trybie.

Dobór rozwiązań w odniesieniu do poszczególnego studenta dokonuje się na drodze rozmowy. Jeśli okaże się, że jego niepełnosprawność rzutuje na jego studiowanie, że nie może pójść na zajęcia, nie może czegoś przeczytać, zdać egzaminu, wówczas korzystając z istniejącego pakietu rozwiązań oferujemy mu, na przykład nagranie niezbędnych książek lub zeskanowanie ich i przekazanie w formie elektronicznej lub napisane w Braille, albo zapewnienie transportu, który go przywiezie na zajęcia i do domu. Wszystko to zobaczcie Państwo na wspomnianym filmie. Zapraszam

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w społeczności akademickiej¹

— **Iwona Dąbrowska (ID):** Osoby niepełnosprawne w Polsce to liczna grupa, blisko 5,5 mln osób, stanowi to ok. 14,3% ogółu społeczeństwa. Oznacza to, że co 7. Polak jest niepełnosprawny. Jeśli spojrzymy na to globalnie, z szerszej perspektywy to można powiedzieć, że ta grupa to największa mniejszość w naszym kraju. To więcej niż społeczności niektórych państw europejskich, takich na przykład jak Norwegia, Litwa czy Łotwa. Ale w tej liczbie tylko 4% osób ma wykształcenie wyższe (w populacji zdrowych osób jest to 10%). Reszta tego potencjału jest zwyczajnie marnowana. Dlaczego tak jest? Może nasza dzisiejsza dyskusja na temat „Funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczności akademickiej” przybliży nas do odpowiedzi na to pytanie. W dyskusji wezmą udział przedstawiciele tych 4% naszego społeczeństwa: z Politechniki Opolskiej Ewa Badura, Dariusz Lipski i Łukasz Andrzejewski, z Uniwersytetu Opolskiego – Ilona Nawankiewicz, Ireneusz Bihun oraz Aneta Falkiewicz (absolwentka UO).

— *Wszyscy jesteście lub byliście studentami niepełnosprawnymi. Czy możecie coś o sobie opowiedzieć? Gdzie i co studiujecie, który rok, na czym polega Wasza niepełnosprawność?*

— **Ewa Badura (EB):** Jestem studentką Politechniki Opolskiej, studiuję na IV roku *Zarządzania i marketingu*. Oprócz tego jestem także słuchaczką Nauczycielskiego Kolegium Językowego w Opolu, uczę się języka angielskiego.

— **Dariusz Lipski (DL):** Jestem, podobnie jak Ewa, studentem Politechniki Opolskiej, na IV roku *Zarządzania i marketingu*. Jestem tutaj, by podzielić się z Wami moimi wrażeniami, pokazać, że to że jesteśmy studentami niepełnosprawnymi wcale nie jest taki straszny, można z tym żyć i studiować, i to całkiem nieźle.

— **Ilona Nawankiewicz (IN):** Jestem studentką Uniwersytetu Opolskiego, uczę się na IV roku *Pedagogiki opiekuńczej i pracy socjalnej*, są to studia zaoczne. Mam problemy ze wzrokiem, ale mimo to cztery lata temu zdecydowałam się rozpocząć studia. Choć była to dla mnie bardzo trudna decyzja, to nigdy nie żałowałam tego kroku. Poza tym od dwóch lat pracuję w Fundacji „Szansa” w Opolu, która zajmuje się popularyzacją sprzętu dla osób niepełnosprawnych, między innymi osób niewidomych i niedowidzących.

— **Aneta Falkiewicz (AF):** Jestem osobą niedosłyszącą, czytam z ust, noszę aparat słuchowy – implant

¹ Tekst jest zapisem dyskusji panelowej przygotowanej i poprowadzonej przez dr I. Dąbrowską-Jabłońską.

ślimakowy, posługuję się również językiem migowym. Jestem absolwentką Uniwersytetu Opolskiego, ukończyłam kierunek terapia pedagogiczna z pedagogiką specjalną. Obecnie nie pracuję w swoim zawodzie, ale kontynuuję swoją edukację na studiach podyplomowych na kierunku surdopedagogika na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.

- **Ireneusz Bihun (IB):** Prawdopodobnie jestem najmłodszym studentem trzeciego wieku na uniwersytecie pierwszego wieku (śmiech). Studia na Uniwersytecie Opolskim zacząłem trzy lata temu, na Wydziale Teologicznym, na kierunku *nauki o rodzinie*. Mam zawód, który przez lata wykonywałem. W zasadzie od dzieciństwa jestem osobą niepełnosprawną, ale postępująca choroba pozbawiła mnie możliwości wykonywania zawodu, który bardzo sobie ceniłem. To był akurat zawód politechniczny, ale ponieważ musiałem go zmienić, postanowiłem podjąć studia, które pozwolą mi pomagać innym ludziom. Myślę, że ten kierunek, Nauki o rodzinie, jest kierunkiem komplementarnym, łączącym wiele zagadnień, traktującym człowieka holistycznie, jako całość.
- **Łukasz Andrzejewski (ŁA):** Studiuję na Politechnice Opolskiej na IV roku *zarządzania i marketingu*. Od urodzenia mam niepełnosprawność ruchową, miałem problemy ze stopami. Przeszedłem operację podłużania ścięgna, przez pewien czas nie chodziłem, potem jeździłem na wózku, chodziłem o kulach. Dzisiaj jest właściwie dobrze, chodzę samodzielnie, być może nawet uda się tą moją wadę całkowicie zniwelować.
- **DL:** Ponieważ wszyscy się czymś tutaj chwala, to ja też powiem, że jestem osobą niewidomą, noszę ciemne okulary. A to wszystko dlatego, że za dużo w dzieciństwie grałem na play stations (śmiech).
- **EB:** To ja też się pochwalę, że choruję na porażenie mózgowie. A dodam jeszcze, że nasza trójka jest żywym dowodem na to, że pomimo naszych trudności można dotrzeć do czwartego roku na Politechnice, to można zrobić i to w niezłym stylu.
- **ID:** Jak Wasza niepełnosprawność wpływa lub wpływała na Wasze funkcjonowanie w roli studentów?
- **DL:** Początki zwykle bywają trudne. W moim przypadku też tak było, czasem kończyło się nawet płaczem. Z biegiem czasu było coraz lepiej. Zauważyłem, że kiedy chcę coś osiągnąć, muszę to zrobić sam. Bardzo ważne było dla mnie to, jak przyjmie mnie to nowe otoczenie, na pewno nie chciałem epatować moją niepełnosprawnością, moimi wadami i utrudnieniami. Bardzo miłe wspominałem fakt, że ze strony większości wykładowców otrzymałem naprawdę wiele wsparcia. Ale zaznaczam, że nie polegało ono na tym, że byłem zwalniany z egzaminu, że nie musiałem przeczytać jakiejś książki. Wręcz przeciwnie – musiałem udowodnić, że jestem tak samo dobry, a może nawet lepszy niż inni studenci, że nie jestem nijakim, kolejnym panem X na uczelni, ale że jestem Darek Lipski i jestem tutaj na właściwym miejscu (śmiech).
- **EB:** Mam głównie kłopoty z poruszaniem się, z wszystkim tym, co wymaga koordynacji ruchowej. Politechnika, a przynajmniej mój wydział, nie jest przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Jest mnóstwo schodów, wjechanie wózkiem na teren wydziału nie jest możliwe. Ja jestem w takiej dobrej sytuacji, że moją chorobę widać, bo na przykład w przypadku Darka można by właściwie doszukiwać się tej niepełnosprawności. Widać, że duży kłopot sprawia mi dostanie się na drugie piętro do dziekanatu. Czasem więc potrzebuję pomocy, ale muszę powiedzieć tym, którzy chcieliby studiować na Politechnice, że zawsze można liczyć na pomoc wykładowców, na pomoc w dziekanacie, a przede wszystkim na pomoc kolegów.
- **ŁA:** Ja obecnie nie mam jakichś poważnych problemów. Jakies trzy lata temu miałem poważne trudności

z poruszaniem się. To niemal całkowicie wykluczało mnie z uczestniczenia w zajęciach. Na przykład chodząc o kulach musiałem dostać się na drugie, trzecie piętro, albo co jeszcze trudniejsze, to przemieszczenie się w pięć minut z jednego budynku do drugiego, bo w nim były zaplanowane kolejne zajęcia. Budynek dydaktyczne Politechniki są rozrzucone po całym mieście i to było dla mnie największym problemem.

— **ID:** W zasadzie wszystko, co nam tutaj mówicie, wygląda bardzo dobrze, powiedziałabym różowo. Czy to znaczy, że Wasze uczelnie są przyjazne dla osób niepełnosprawnych?

— **IB:** Nie chciałbym czepiać się zbyt mocno. Jednak zwróciłbym uwagę osobom, które projektują lub modernizują budynki użyteczności publicznej by zwracały uwagę na takie szczegóły, jak na przykład rodzaj płytek ceramicznych, jakie proponują położyć na podłogi korytarzy. Gładkie kafle, kiedy dostanie się na nie woda czy śnieg, są nie do przejścia, takie podłogi jest niebezpieczne dla kogoś kto ma kłopoty z poruszaniem się lub chodzi o kulach.

Ten wydział, na którym studiuje, jest bardzo nowoczesny. Składa się ze starych obiektów, ale tak zmodernizowanych, że w zasadzie posiada wszelkie nowoczesne rozwiązania i dostęp do wszystkiego jest w zasadzie bezkolizyjny. Brakuje może, i to na całej uczelni, oznaczenia miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych.

— **IN:** Ja też nie mogę narzekać. W czasie czterech lat mojego pobytu na uczelni starałam się, by moje studiowanie, różniło się jak najmniej od studiowania osób w pełni sprawnych. Myślę, że udało się to w znacznej mierze, choć nie wszystkie przeszkody jestem w stanie pokonać. Mój podstawowy problem dotyczy dostępu do czytelni czy biblioteki. Zawsze muszę zabierać ze sobą lektora, który czyta mi w katalogu tytuły książek, ponieważ sama sobie z tym nie poradzę. Podobnie jest na zajęciach – przeważnie nie robię notatek, dlatego kseruję sobie notatki od koleżanek z grupy i z tych materiałów uczę się w domu. Tutaj także muszę mieć kogoś, kto odczyta mi treść tych notatek. Dysponuję co prawda sprzętem do czytania tekstów, ale nie stworzono jeszcze takiego oprogramowania, które czytałoby pismo ręczne. Jeśli chodzi o egzaminy, to raczej zdaję je ustnie, ponieważ często są to testy wyboru i wówczas zamiast koncentrować się na szukaniu właściwej odpowiedzi, staram się odczytać te treści. Nawet jeśli tekst jest powiększony, to i tak jest to dość trudne dla mnie.

W domu natomiast wykorzystuję specjalistyczny sprzęt komputerowy odpowiednio dostosowany do potrzeb mojego wzroku, wyposażony w program powiększający i udźwiękowiający. Jeśli mam mniej treści do przeczytania, wówczas powiększam tekst i czytam go, a jeśli jest tego zbyt dużo, wtedy korzystam z syntezy mowy.

W tym miejscu Dariusz Lipski zaprezentował oprogramowanie komputerowe dla osób niewidomych i niedowidzących.

— **ID:** Wróćmy jeszcze na chwilę do studiów. Jakie są (były) Wasze relacje z innymi studentami i z osobami prowadzącymi zajęcia? Czy mogliście liczyć na ich pomoc i wsparcie, a może na niższe wymagania?

— **IN:** Dotychczas naprawdę nie miałam żadnych negatywnych doświadczeń w tym zakresie. Zazwyczaj, jeśli prosiłam o zamianę formy egzaminu z pisemnej na ustną to uzyskiwałam taką zgodę. Również zawsze mogłam, i nadal mogę liczyć, na pomoc moich koleżanek z roku. Zawsze pytają mnie, czy czegoś potrzebuję lub udostępniają materiały z czytelni, które już ktoś wcześniej zdobył. Za to jestem naprawdę bardzo wdzięczna. Kiedy dwa lata temu, z powodu kolejnej operacji oczu, dość długo nie pojawiałam się na zajęciach, bez problemu nadrobiłam i zaliczyłam zaległy materiał, pomogli mi i wykładowcy i koleżanki z roku.

— **DL:** Moi niektórzy wykładowcy siedzą teraz tutaj na sali, ale myślę, że potwierdzą, że nie dawałem się im jakoś szczególnie we znaki. Bardzo miłe wspominałem prowadzone przez nich zajęcia. Myślę, że najważniejsze jest naprawdę być w tym środowisku i nie epatować swoją niepełnosprawnością. Trzeba wychodzić z własną inicjatywą, pokazywać że jest się zwyczajnym człowiekiem, samemu zaproponować wyjście na kawę, czy podjęcie wspólnego przedsięwzięcia. Krótko mówiąc – aktywnie uczestniczyć w życiu uczelni. Myślę, że mi się to udało. Jestem starostą roku, choć może komuś trudno uwierzyć, że osoba niepełnosprawna może pełnić taką zaszczytną i odpowiedzialną funkcję. Aktywnie uczestniczę także w życiu całej uczelni, mam nadzieję, że obecny tutaj Pan Rektor Jerzy Jantos równie miłe, jak ja wspomina tą współpracę. Wiem, że jeśli chcemy coś osiągnąć to najważniejsze jest własne działanie, aktywność, samorządność. Bez liczenia na to, że ktoś poda nam coś na tacy.

— **EB:** Darek jest świetnym starostą roku, jest doskonale zorganizowany, a niepełnosprawność nie jest dla niego przeszkodą.

— **ID:** Być może zauważyliście Państwo, że jedna z naszych rozmówczyń, tutaj przy stole, nie zabierała jeszcze głosu w dyskusji. Mam na myśli Anetę, która jest osobą niedosłyszącą i jest jej trudno uczestniczyć w naszym panelu. Przygotowała jednak wcześniej swój tekst i w tej chwili poproszę o przeczytanie go.

— **AF:** „Nazywam się Aneta Falkiewicz, mieszkam w Opolu. W 4 roku życia zaczęłam stopniowo tracić słuch – dziś oscyluje on na granicy około 90-110dB. Dzięki intensywnej rehabilitacji z moją mamą oraz licznym zajęciom logopedycznym nauczyłam się mówić, poznawać i rozumieć otoczenie oraz nie poddawać się mimo swoistych problemów. Potrafię czytać z ust. Słuch wspomagam aparatem słuchowym oraz implantem ślimakowym.

Bez większych przeszkód ukończyłam szkołę podstawową i liceum ogólnokształcące. Rzeczą naturalną było więc kontynuowanie mojej edukacji. Pytanie tylko: jaka szkoła? Jaki kierunek? Gdzie? W mojej sytuacji, jako osobie niedosłyszącej i w dodatku nie mającej bliżej sprecyzowanych planów, wybór przyszedł dość trudno. Pamiętam, jak kusił mnie by iść na informatykę, ale przekonującym argumentem, by nie podjąć tego wyzwania, była świadomość nieustannej pogoni za bardzo rozległą wiedzą informatyczną, za ogromnym postępem technicznym. A do tego trzeba mieć i oczy i uszy szeroko otwarte. Tak samo było z innymi kierunkami – z psychologią, polonistyką, bibliotekoznawstwem. Uwzględniałam Opolski Uniwersytet, oczywiście, oraz Akademię Podlaską w Siedlcach, bo to uczelnia integracyjna. Koniec końców znalazłam się na Uniwersytecie Opolskim, na kierunku *terapia pedagogiczna z pedagogiką specjalną*.

Początki były trudne. Nowi ludzie, nowi nauczyciele, nowy styl nauki, wyższe wymagania programowe i samotność w tłumie. Kilka spotkań z psychologiem pomogło mi się nieco podnieść i łatwiej się zaaklimatyzować w nowym miejscu i nowym otoczeniu. Szczęśliwie były ze mną na roku koleżanki z liceum, które pomogły mi przetrwać pierwsze miesiące. To „przetrwanie” to według mnie – odpisywanie notatek z wykładów, informowanie o kolokwiach, egzaminach, zadaniach na ćwiczenia i innych, równie ważnych sprawach. Ani przez chwilę nie przyszło mi na myśl, że mogłabym zrezygnować ze studiów z powodu „niesłyszenia”. Zwłaszcza zajęcia ćwiczeniowe były dla mnie początkowo udręką, zdawałam sobie sprawę, ile wiedzy „przecieka” mi przez uszy. Profesorów uprzedzałam o swoim niedosłuchu, prosząc by mówili stojąc z przodu sali, jeśli to możliwe blisko mnie, ale niektórzy i tak zapominali się podczas następnych zajęć. Bardzo trudne było dla mnie wypowiedzenie się na forum grupy, co dla mnie było, powiedzmy, poniżające – nie rozumiałam wątku wykładu, nie słyszałam o co mnie pytają, o czym jest dyskusja, nie wiedziałam wobec tego, co i jak odpowiadać.

Na drugim, na trzecim roku poczułam się już bardziej oswojona ze studiami. Wiedziałam czego oczekiwać od profesorów, na czym polegają zaliczenia semestralne, i jak zachowywać się na zajęciach ćwiczeniowych. Postawiłam na samodzielność. Troszkę pomogła mi mama, mówiąc „Wszystko jest do ustalenia, wszystko można załatwić – byleby taktownie i kulturalnie”. To się później stało moją złotą życiową zasadą. Z czasem nabrałam pewności siebie w kontaktach z ludźmi, także z profesorami. Lepsze więzi z grupą pozwoliły na efektywniejszą współpracę i lepsze poznanie siebie nawzajem. Wszystkiego tego dopełniała specyfika mojego kierunku – pedagogika specjalna – i związane z nią pojęcie niepełnosprawności. Studenci powoli przestawali się mnie bać, nie obawiali się przekroczyć granicy tolerancji – czy to pomoc czy już litość? Dodatkowe kursy pozauczelniane, czy fakultety, które oferował mój Instytut, a z których korzystałam – jeszcze bardziej zintegrowały mnie z grupą. Mimo to do końca pozostałam indywidualnością, polegającą tylko na sobie. Nie patrzyłam na innych, nie porównywałam się z innymi, robiłam to, co do mnie należało, a reszta sama się układała.

Uwzględniając stronę „teoretyczną” studiowania wspomnę o paru istotnych rzeczach. Na pochwałę z mojej strony zasługuje układ krzeseł i stołów w salach – ustawienie ich w półokrąg, każdy widzi każdego, dzięki temu widziałam usta kolegów i koleżanek i mogłam aktywnie uczestniczyć w dyskusjach. Niestety, takie udogodnienie zależy od samego wykładowcy oraz, przyznam, należy wciąż do rzadkości na Uniwersytecie Opolskim.

Większą część czasu spędzałam w bibliotekach, uzupełniając swoją wiedzę o brakujące elementy z wykładów. Zatem bardzo cenną pomocą okazywały się książki i inne pomoce naukowe, które zapewniał mi program STUDENT w ramach dofinansowania, z którego korzystałam przez całe 5 lat studiów. Stypendium specjalne, które dostawałam od Uniwersytetu pokrywało moje wydatki związane z codziennością uczelnianą typu ksera notatek, książek, zakup baterii do aparatów słuchowych, koszty dojazdów itp.

Osobną częścią studiów były lektoraty z języka obcego. Dla własnej wygody wzięłam od podstaw język, który już znałam. Wykładowcą był młody mężczyzna, bardzo bezpośredni i tolerancyjny, a co najważniejsze, miał wyraźną wymowę, dzięki czemu rozumiałam, co dzieje się na zajęciach. Pomijał mnie przy słuchaniu z magnetofonu czy wszelkich dyskusjach. Bardzo dobrze wspominam naukę z nim.

Podsumowując, mimo ułatwień, które sobie ustalałam z profesorami i z kolegami na roku, mimo pozauczelnianej pomocy, na którą zawsze mogłam liczyć, jednak od siebie musiałam bardzo dużo dać, by przejść przez każdy semestr. Uczylałam się więcej, żeby nie powiedzieć podwójnie, przecież pamięć słuchowa mi umykała, uczyłam się z wyprzedzeniem, gdy któryś profesor był uprzejmy dać mi sylabusy, uczyłam się na ostatnią chwilę, gdy pojęcia nie miałam, że jutro jest egzamin, bo zwyczajnie nie słyszałam o tym, uczyłam się, bo mnie to interesowało.

Istotną sprawą u osób niepełnosprawnych jest wewnętrzna mobilizacja do jakiegokolwiek aktywności, mobilizacja do podjęcia własnych kroków w celu uzyskania jak najbardziej optymalnych warunków dla siebie. Pełnosprawni studenci mają swój samorząd i różne organizacje na każdej uczelni, osoby niepełnosprawne, zaledwie filie w większych miastach, na przykład prężne Zrzeszenie Studentów Niepełnosprawnych na Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Organizowanie spotkań we własnym gronie, bieżące rozmowy o problemach, dzielenie się spostrzeżeniami i uwagami na temat studiowania na różnych kierunkach, spotkania adaptacyjne dla pierwszorocznych studentów niepełnosprawnych, dostęp do informacji niezbędnych do codziennego życia (nowe możliwości dofinansowania, sprawy uczelniane,

co tam słycać w naszym świecie), czy najważniejsze – wzajemne wsparcie psychiczne. Przecież nie każda osoba niepełnosprawna może mieć twardy charakter i bojowe, uparte nastawienie na przeciwności losu. Właśnie tego mi brakowało podczas studiów. Poczucia, że nie jest się jedynym INNYM. Mam nadzieję, że to się w przyszłości zmieni.

Uwzględniając część praktyczną studiów – mianowicie praktyki wraz z hospitacjami. Wymagały one ode mnie ogromnej cierpliwości oraz pokonania własnego strachu. Ale jak kierunek wymaga – to trzeba to zrobić. I się robiło. Tu się znowu sprawdzała zasada mojej Mamy, ale czasem ja sama świadomie omijałam tę zasadę i sprawdzałam, na co mnie stać. W końcu to mój przyszły zawód, a praktyki są dobrą okazją do sprawdzenia warunków potencjalnej przyszłej pracy. Mozolnie pokonywałam barierę strachu mierząc się z różnymi placówkami specjalnymi i różnymi osobami, obawiając się czy zostanę zrozumiana i czy ja zrozumiem otoczenie. Z perspektywy czasu widzę, że to właśnie praktyki najwięcej mnie nauczyły.

Czułam się dobrze na swojej Uczelni na tyle, że podjęłam drugi kierunek w szkole policealnej.

Całokształt pracy magisterskiej traktowałam jako jeden z wielu egzaminów, tyle, że rozłożony w czasie. A samą obronę odczułam już jako PEŁNOSPRAWNA studentka Uniwersytetu Opolskiego. Czułam satysfakcję i dumę, że udało mi się dotrzeć do końca. Obecnie robię specjalizację na Studium Podyplomowym w Warszawie. Pomogło mi bardzo wiele osób, nie chciałam, wręcz nie mogłam ich zawieść. I chyba nie zawiodłam?”

W tym miejscu Danuta Olczykowska zaprezentowała film na temat sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niedosłyszących.

- **ID:** Nasi rozmówcy, nieco wbrew swoim interesom, pokazali, że są dobrymi, pracowitymi, zaangażowanymi studentami, że nie oczekują jakiegoś szczególnego traktowania, że potrafią radzić sobie w trudnych sytuacjach. Przy okazji, niejako mimochodem, opowiedzieli nam także o swoich problemach, trudnych momentach, chwilach zwątpienia, czy podolają. Nie ma w tym żadnej sprzeczności, przeciwnie, myślę, że to wskazuje na ich możliwości. Pokazuje jednocześnie, że osoby niepełnosprawne właściwie nie różnią się od osób sprawnych – wszyscy chcemy osiągnąć szczęście i uniknąć trudności. Różnica jest być może tylko w tym, że aby funkcjonować normalnie osoby niepełnosprawne muszą w to włożyć więcej energii i siły woli.

— *Dziękuję Wam i Państwu za to interesujące spotkanie.*

Diagnostyka i wspomaganie osób z niedosłuchem

Można zamknąć oczy, gdy się nie chce czegoś widzieć. Można wstrzymać oddech, gdy się nie chce czegoś wąchać. Ale nie można zamknąć ucha, gdy się nie chce czegoś słyszeć. Powiedzenie „słuchać jednym uchem” to tylko przenośnia. Zmysł słuchu podobnie jak serce, funkcjonuje nawet wtedy, gdy śpimy.

Nasze uszy bezustannie pracują, zapewniając nam łączność ze światem zewnętrznym. Odbierają i analizują sygnały dźwiękowe, a po przetworzeniu – wysyłają je do mózgu. Wszystko to dzieje się w przestrzeni zajmującej około 16 cm³ dzięki wykorzystaniu zasad akustyki, mechaniki, hydrodynamiki, elektroniki i matematyki wyższej. Osoba, mająca prawidłowy słuch może:

- usłyszeć zarówno cichy szept, jak i 10 bilionów razy głośniejszy huk startującego odrzutowca, naukowcy nazywają taką różnicę natężenia dźwięku zakresem około 130 dB;
- wyłowić i śledzić rozmowę prowadzoną w gwałnym pomieszczeniu albo rozpoznać fałszywy dźwięk jednego instrumentu w stuosobowej orkiestrze;
- określić z dokładnością do dwóch stopni przemieszczenie się źródła dźwięku i zorientować się, że dociera on do każdego ucha w innym czasie i z niejednakowym natężeniem; opóźnienie może wynosić nawet jedną dziesięciomilionową sekundy, ale uszy potrafią to wykryć i przesłać tę informację do mózgu;
- rozpoznać około 400 000 dźwięków i dzięki dokonaniu analizy fali akustycznej oraz porównaniu wyników z danymi znajdującymi się w naszej pamięci, człowiek potrafi odróżnić brzmienie fletu od dźwięku skrzypiec oraz poznać głos znajomego przez telefon.

Dźwięki towarzyszą człowiekowi od początku jego życia. Przychodząc na świat znamy już niektóre dźwięki, na przykład odgłos bicia serca matki, brzmienie jej głosu i niektóre dźwięki świata zewnętrznego. Wszystkie te odczucia słuchowe, dźwiękowe poznawanie świata, w tym dźwięków mowy, jest niedostępne lub ograniczone u dzieci, które rodzą się z wadą słuchu.

Pojęcie niedosłuchu i jego przyczyny. Niedosłuch to pogorszenie zdolności słyszenia dźwięków. W zależności od stopnia uszkodzenia słuchu wyróżnia się niedosłuch lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki oraz głuchotę. Wraz z utratą słuchu, dźwięki wokół nas zaczynają zanikać. Dla większości ludzi jest to proces stopniowy. Zwykle dźwięki o najwyższej częstotliwości zaczynają pierwsze zanikać. Śpiew ptaków staje się coraz

cichszy, a muzyka mniej wyraźna. Z uwagi na to, że niższe częstotliwości są zwykle słyszane lepiej lub normalnie, ludzie zwykle nie przywiązują uwagi do faktu, że z ich słuchem dzieje się coś niedobrego. Zwłaszcza, że dźwięki najmniej słyszalne zwykle ignorujemy. Pacjent z lekkim niedosłuchem nie słyszy tylko niektórych dźwięków, takich jak szum liści czy cichy szept. W niedosłuchu umiarkowanym i znacznego stopnia pojawiają się problemy ze słyszeniem, a przede wszystkim rozumieniem mowy, nawet bardzo głośnej. Pacjent z niedosłuchem głębokim słyszy tylko bardzo głośne dźwięki, na przykład głośny krzyk, trzaskanie drzwiami. Istnieją trzy typy utraty słuchu:

1. niedosłuch przewodzeniowy wywołany urazem lub innymi uszkodzeniami kosteczek słuchowych, błony bębenkowej, które przenoszą dźwięk z ucha zewnętrznego poprzez środkowe do wewnętrznego;
2. niedosłuch odbiorczy, w którym opisany wyżej mechanizm słyszenia nie jest zaburzony, natomiast doszło do uszkodzenia ucha wewnętrznego; może to być wynikiem naturalnego procesu starzenia lub degeneracji nerwów przewodzących impulsy z ucha wewnętrznego do mózgu;
3. niedosłuch mieszany, czyli utrata słuchu zawierająca w sobie oba powyższe elementy upośledzenia słuchu.

U dzieci niedosłuch może być wrodzony, to znaczy obecny już w momencie urodzenia dziecka jako skutek zaburzeń genetycznych lub czynników uszkodzających płód, takich jak na przykład infekcja wirusem różyczki u matki oraz inne zakażenia wirusów lub bakteryjne. Uszkodzenie słuchu może powstać w okresie okołoporodowym, dzieciństwie lub w życiu dorosłym – mówimy wtedy o niedosłuchu nabytym. Niedosłuch nabyty może być wywołany przez stosowanie niektórych leków ototoksycznych (na przykład antybiotyków: gentamycyna, amikacyna, biodacyna), infekcjami wirusowymi, stanami zapalnymi ucha środkowego i wewnętrznego, urazami mechanicznymi oraz nadmierną ekspozycją na hałas. Ten ostatni czynnik, obok niedosłuchu starczego, stanowi główną przyczynę niedosłuchu w populacji dorosłych.

Wczesna diagnostyka wad słuchu. Wczesne wykrycie uszkodzeń słuchu jest ważne przede wszystkim u dzieci ze względu na znaczenie optymalnego czasu dla rozwoju percepcji słuchowej i jej wpływ na udział w rozwoju mowy. Za taki okres uważa się pierwsze 2–3 lata życia dziecka. Zyskał on nawet miano „okresu krytycznego”, to znaczy takiego, w którym doświadczenia zmysłowe ze środowiska mają zasadniczy wpływ na rozwój i organizację układu nerwowego, w tym drogi słuchowej. Jeśli w tym okresie dziecko niedosłyszające nie otrzyma odpowiedniej ilości bodźców dźwiękowych z otoczenia, nie będzie w stanie wykorzystać wszystkich swoich możliwości i rozwinąć ich w umiejętności związane z rozumieniem i produkcją mowy. Rozwój mowy uzależniony jest od wzorca mowy i intensywności jego podawania przez otoczenie. Zdrowe, prawidłowo słyszające dziecko przyswaja sobie mowę w ciągu pierwszych 5–6 lat życia. Trzylatek potrafi już porozumieć się z człowiekiem dorosłym, aczkolwiek jego mowa daleka jest jeszcze od doskonałości. Występują pewne odrębności językowe, brakuje ukształtowania pod względem dźwiękowym, czego nie powinniśmy już obserwować u sześciolatka.

Badanie słuchu metodą otoemisji akustycznej wykonywane są na oddziałach noworodkowych Szpitali Ginekologicznych w ramach „Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy”. Pod pojęciem badanie przesiewowe kryje się badanie szybkie, proste, nieinwazyjne, które pozwala stwierdzić z dość dużą dokładnością, czy słuch dziecka jest prawidłowy, czy też podejrzewamy niedosłuch. W przypadku nieprawidłowego wyniku konieczna jest dalsza diagnostyka. Sprzętem do dalszej diagnostyki słuchu dysponuje w województwie opolskim Poradnia Audiologiczna Wo-

jewódzkiego Centrum Medycznego oraz NZOZ LOGO-MED Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu jako Ośrodki II poziomu referencyjnego PPBSuN . Placówki te wyposażone są w urządzenia do tzw. obiektywnych badań słuchu, których wynik nie zależy od reakcji, współpracy dziecka, a więc badania te umożliwiają określenie progu słyszenia już u noworodka. Badanie to pozwala zarejestrować czynność ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego i pnia mózgu po podaniu dźwięku. Zgodnie z przyjętymi na świecie trendami wada słuchu powinna być zdiagnozowana przed ukończeniem przez dziecko 3 miesiąca życia.

Wczesne zdiagnozowanie wady słuchu powinno pociągać za sobą równie szybką interwencję, czyli zaopatrzenie dziecka w aparaty słuchowe. Czas bez aparatu słuchowego jest czasem bezpowrotnie straconym. Im trwa dłużej, tym szanse dziecka na skuteczną rehabilitację słuchu i mowy drastycznie maleją. Dziecko z obustronnym niedosłuchem zawsze aparatujemy obustronnie. Obustronne protezowanie zapewnia lepsze rozumienie mowy, zwłaszcza w hałasie, poprawia lokalizację dźwięków w otoczeniu, powoduje generalnie lepszy komfort słyszenia. Wiele badań wykazuje, że dzieci, które wcześnie otrzymały aparaty słuchowe, wykształciły mowę o wiele lepiej niż te, które otrzymały aparaty w późniejszym okresie życia. Jak już napisano diagnoza niedosłuchu powinna zostać ukończona przed końcem 3 miesiąca życia dziecka, natomiast proces aparatowania powinien zostać zamknięty przed ukończeniem 6 miesiąca życia dziecka. Równie istotny jak wczesna diagnoza jest proces rehabilitacji słuchu i mowy – musi być rozpoczęty odpowiednio wcześnie, równoległe z aparatowaniem, prowadzony systematycznie, intensywnie. Rodzice dziecka niesłyszącego muszą być świadomi, że samo zaopatrzenie w aparaty słuchowe nie rozwiąże problemu, nie zapewni dziecku rozwoju mowy. Dopiero połączone z prawidłowo prowadzoną terapią logopedyczną może przynieść spodziewane efekty. Rodzice muszą być też świadomi skali problemu i trudności, z jakimi spotkają się na pewno już w pierwszych miesiącach, oraz muszą bezwzględnie zaangażować się w proces rehabilitacji. Zgromadzenie wszystkich elementów, to jest wczesnej diagnozy, wczesnego aparatowania, rehabilitacji oraz zaangażowania rodziców może nie gwarantuje osiągnięcia celu jakim jest podjęcie przez dziecko w przyszłości normalnego życia, gdzie umiejętność porozumiewania się za pomocą mowy jest niezbędnym warunkiem adaptacji w społeczeństwie, ale z pewnością ten cel znacznie przybliży. Takie postępowanie wydatnie zwiększa szanse dziecka na rozwój mowy w okresach zbliżonych do tych, które spotykamy u dziecka prawidłowo słyszącego. Największe zagrożenie związane z ubytkiem słuchu to ignorowanie lub ukrywanie tego faktu. W przypadku dziecka może to prowadzić do nieodwracalnych zaburzeń rozwoju. U osób dorosłych natomiast do głębokiej frustracji i izolacji społecznej.

Skala problemu i możliwości uzyskania pomocy. Szacuje się, że co czwarta osoba powyżej 60 roku życia gorzej słyszy. Rozkojarzenie, brak zrozumienia treści rozmowy prowadzonej w większym gronie, udzielanie odpowiedzi nie na temat, często spowodowane jest niedosłuchem. Mimo to, że wiele osób zmuszonych jest do zaakceptowania niedosłuchu jako efektu starzenia, nie ma najmniejszego powodu, aby zaakceptować gorszą jakość życia. Obecnie coraz powszechniej stosowana jest technologia cyfrowa w aparatach słuchowych, jej wykorzystanie umożliwi pełną automatykę aparatów. Urządzenie samo analizuje dźwięk w otoczeniu użytkownika i dostraja się optymalnie, zapewniając słyszenie zbliżone do normalnego. Zastosowanie technologii cyfrowej jest możliwe praktycznie do każdego ubytku słuchu (od lekkiego niedosłuchu do tzw. resztek słuchowych), a ceny aparatów cyfrowych wciąż maleją, zbliżając się do cen aparatów analogowych. Rehabilitacja osoby dorosłej polega na dobraniu odpowiedniego aparatu słuchowego i dostosowania do

niedosłuchu. Osoby z podejrzeniem wady słuchu powinny zgłosić się albo zostać skierowane do lekarza laryngologa lub audiologa w celu ustalenia diagnozy, określenia stopnia niedosłuchu i jego przyczyny oraz przeprowadzenia leczenia. Gdy leczenie jest niemożliwe, wtedy metodą, która pozwala na poprawę słyszenia jest zastosowanie odpowiedniego aparatu słuchowego.

Nie ma specjalnych przepisów prawnych dla tej grupy niepełnosprawnych. Osoby te mogą korzystać z przepisów prawa dla osób niepełnosprawnych. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje koszty zaopatrzenia w aparaty słuchowe, wkładki uszne, systemy FM. Dla dorosłych refundacja wynosi 560,00 PLN do 1 aparatu słuchowego i 50,00 PLN do wkładki usznej. W przypadku dzieci refundacja wynosi 1500,00 PLN do 1 aparatu słuchowego, 60,00 PLN do wkładki usznej oraz 2750,00 do systemu FM. Ceny dobrych cyfrowych aparatów słuchowych znacznie przekraczają kwoty refundacji. Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności mogą skorzystać z dofinansowania w Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie, które znajdują się przy Starostwach.

Aparaty słuchowe. Wszystkie aparaty słuchowe działają na tej samej zasadzie. Miniaturowy mikrofon wychwytuje dźwięk, wzmacniacz wzmacnia dźwięk, a mała słuchawka dostarcza ten dźwięk do ucha. Aparaty słuchowe różnią się stylem i technologią. Istnieją dwie podstawowe kategorie aparatów słuchowych: zauszne i wewnątrzuszne. Pierwsze, umiejscowione są za uchem, a dźwięk do kanału słuchowego dociera poprzez specjalną wkładkę uszną. Można je dopasować do większych ubytków słuchu, a także zamieścić dodatkowe opcje. Wśród aparatów wewnątrzusznych wyróżniamy kilka wersji. Cała elektronika aparatu wbudowana jest w indywidualną obudowę, tworzoną na kształt ucha. Aparaty kanałowe są mniejsze i wypełniają tylko część kanału. Najmniejsze z aparatów, to aparaty umiejscowione całkowicie wewnątrz kanału, i dlatego też są najmniej widoczne.

Istnieją dwie kategorie aparatów słuchowych: cyfrowe i analogowe. Technologia cyfrowa to najnowocześniejsze i najbardziej wyrafinowane rozwiązania. Zaletą cyfrowych aparatów słuchowych jest większa kontrola nad sygnałem dźwiękowym, poza tym mogą one być programowane, aby dostosować je do charakteru utraty słuchu. Zapewniają one większe możliwości dopasowania do indywidualnej utraty słuchu. Aparaty cyfrowe są dostępne we wszystkich stylach. Aparaty analogowe to technologia starsza. Jest ona znacznie mniej nowoczesna niż technologia cyfrowa, dlatego też tańsza. Aparaty analogowe są również dostępne we wszystkich stylach opisanych powyżej.

Oprócz opisanych tu technologii istnieje osprzęt umożliwiający wzbogacenie aparatu słuchowego, na przykład mikrofony kierunkowe, kilka programów słuchowych, bezpośrednie złącza audio, funkcje automatyczne, pilot zdalnego sterowania, cewka telefoniczna itp.

System FM. Czynniki takie jak odległość, hałas i pogłos często utrudniają rozumienie mowy osobom niedosłyszącym. Systemy FM pomagają poradzić sobie z tymi przeszkodami. Powinny z nich korzystać w szczególności osoby uczące się. Szkoły podstawowe, gimnazja, licea, uczelnie wyższe są idealnym miejscem do zastosowania i wykorzystania wszystkich funkcji systemu FM. Wielofunkcyjność systemu FM zapewnia uczniom niedosłyszącym równy start w nauczaniu razem z dziećmi dobrze słyszącymi oraz samorealizację w życiu codziennym. Poprzez podłączenie nauczycielowi nadajnika FM, niedosłyszący uczeń może bezpośrednio odbierać treści zajęć w trybie ZOOM, bądź SUPER ZOOM, nawet w sytuacji, gdy sala lekcyjna jest duża albo towarzyszą mu rozgadani koledzy. Nadajniki FM zostały tak skonstruowane, aby nauczyciel mógł całą swoją uwagę skupić na uczniach nie angażując się w obsługę nadajnika. Dzięki tym trybom pracy treści

są kierowane za pośrednictwem fal radiowych bezpośrednio poprzez odbiornik FM do aparatu słuchowego osoby niedosłyszącej. Natomiast tryb pracy OMNI, zapewniający wszechkierunkowe zbieranie dźwięku, doskonale sprawdza się podczas zajęć w grupie, kiedy uczniowie wspólnie rozwiązują zadania.

System FM doskonale sprawdza się również w pracy. W trakcie spotkania z klientem, bądź kontrahentem możemy podpiąć naszemu rozmówcy nadajnik FM i stosując wariant ZOOM, bądź SUPERZOOM swobodnie prowadzić rozmowę i wymieniać informacje. Pozwala to w pełni skupić uwagę na naszym rozmówcy i nie rozpraszać się dźwiękami z otoczenia. Systemy FM dają możliwość normalnego, pełnowartościowego funkcjonowania w pracy i wypełniania obowiązków służbowych.

Warto w tym miejscu wspomnieć o urządzeniu nazywanym „pętlą indukcyjną”. Jest to system wspomagający słyszenie, przekazujący dźwięk bezpośrednio do uszu osób niedosłyszących. System składa się ze wzmacniacza z układem przewodów, do którego można dołączyć zewnętrzne urządzenia, takie jak mikrofon, magnetofon czy odtwarzacz CD. Pętla przeznaczona jest dla osób z problemami ze słuchem, osób niedosłyszących noszących aparat słuchowy, dla dzieci z problemami w koncentracji uwagi. Ma zastosowanie w kościołach, kinach, teatrach, salach konferencyjnych, aulach i salach wykładowych. Do głównych jej zalet należy zaliczyć, to że poprawia zrozumiałość mowy i skutecznie zmniejsza negatywny wpływ odległości dzielącej rozmówców, ogarniającego hałasu oraz odbić sygnału powstających w pomieszczeniu.

Zakończenie. Problem osób niepełnosprawnych nigdy nie jest tematem łatwym, jak wszystko to, co kryje w sobie ludzką tragedię i bezradność. Potoczne rozumienie niepełnosprawności odbiega od oficjalnych definicji tego zjawiska. Pod treścią pojęć „niepełnosprawność” czy „inwalidztwo”, kryją się w potocznym rozumieniu niemal wyłącznie uszkodzenia narządu ruchu lub (rzadziej) kalectwa widoczne w pierwszych kontaktach z osobą niepełnosprawną (utrata wzroku, słuchu, upośledzenie umysłowe). Głuchota jest mało widoczną niepełnosprawnością. Mimo to niesie poważne konsekwencje dla życia codziennego i bytu człowieka. Nie jest zagrożeniem życia, ale znacznie obniża jego jakość. Słuch to część każdej osoby. Jest jedną z ważniejszych dróg poznawania świata i jednym z warunków koniecznych do rozwoju mowy dźwiękowej.

Upośledzenie słuchu ogranicza kontakt człowieka ze środowiskiem i uniemożliwia jego pełny rozwój. Uszkodzenie tego zmysłu prowadzi do powstawania zaburzeń percepcji mowy, mówienia i porozumiewania się. Mowa jako sposób dźwiękowego porozumiewania się jest jedną z największych umiejętności człowieka. Dzięki mowie ludzie przekazują sobie niezbędne i znaczące informacje. Zwykle ludzie słyszą, mówią i jest to dla nich naturalne. Nie zastanawiają się, nie zauważają, że może być inaczej.



7 grudnia 2006 r, przed rozpoczęciem obrad, Collegium Maius (UO)



Rektor Jerzy Jantos (PO)



Widzowie...



Uczestnicy dyskusji panelowej (od lewej): Dariusz Lipski (PO), Ewa Badura (PO), Ilona Nawankiewicz (UO), Aneta Falkiewicz (UO), Ireneusz Bihun (UO), Łukasz Andrzejewski (PO), dr Iwona Dąbrowska-Jabłońska (UO)



Od lewej: dr Iwona Mulicka (PO), Rektor Marek Masnyk (UO), dr Bożena Bobeł (UO), mgr Joanna Niedźwiedź (PFRON), mgr Paweł Wdówik (UW)