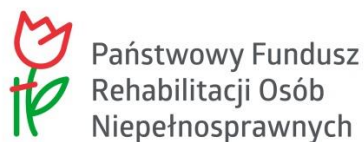


BADANIA SPOŁECZNE MSK →

„Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych”

RAPORT KOŃCOWY



Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

18 maja 2017 r.

NOTA REDAKCYJNA

Zamawiający

Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wykonawca

- Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka

Termin realizacji badania

- Styczeń – kwiecień 2017 r.

Autorzy raportu

- Marzena Sochańska-Kawiecka - kierownik projektu
- Zuzanna Kołakowska-Seroczyńska
- Dorota Zielińska
- Edyta Makowska-Belta
- Piotr Ziewiec

W opracowaniu zastosowano następujące skróty:

- BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
- DPS – Dom Pomocy Społecznej
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
- NGO – Organizacje Pozarządowe
- NIK – Najwyższa Izba Kontroli
- NSP – Narodowy Spis Powszechny
- ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
- OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej
- ON – osoby niepełnosprawne
- ONI – osoby niepełnosprawne intelektualnie/osoby upośledzone umysłowo
- PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
- PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- PJN – Polski Język Migowy
- PUP – Powiatowy Urząd Pracy



- ŚDS – Środowiskowe Domy Samopomocy
- UN – uczniowie niepełnosprawni
- WHO – *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia
- WTZ – Warsztat Terapii Zajęciowej
- ZAZ – Zakład Aktywności Zawodowej
- ZPCh – Zakład Pracy Chronionej

DEFINICJE:

- **Orzeczenie o niepełnosprawności:** prawne potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej, umożliwiające korzystanie z przewidzianych dla nich świadczeń i przywilejów takich jak np. odliczenia podatkowe, zasiłki, ulgowe przejazdy, umieszczenie w domu pomocy społecznej. Pozwala ukierunkować działania osoby niepełnosprawnej bądź jej opiekunów związane z prowadzoną terapią i rehabilitacją. W przypadku osób, które ukończyły 16 rok życia orzeka się o stopniu niepełnosprawności. Dzieci do 16 roku życia zalicza się do osób niepełnosprawnych bez określania stopnia niepełnosprawności. Stopień niepełnosprawności określa się na podstawie przedłożonych orzeczeń lekarza orzecznika ZUS lub d. Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia. Orzekaniem o stopniu niepełnosprawności zajmują się powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.
- **Wskaźnik zatrudnienia** - wskaźnik określający jaki odsetek ludności w wieku od 15. do 64. roku życia pracuje zawodowo.
- **Współczynnik aktywności zawodowej** - stosunek osób aktywnych zawodowo (tzn. pracujących oraz bezrobotnych) w danym wieku (najczęściej jest to 15-64, lub 15+) do ogółu ludności w tym wieku.
- **Stopa bezrobocia** - stosunek liczby osób bezrobotnych do liczby ludności aktywnej ekonomicznie (zasobu siły roboczej danej populacji). Najczęściej podaje się stopę bezrobocia rejestrowanego, do wyliczenia której przyjmuje się, że bezrobotny, to osoba, która jest aktualnie zarejestrowana zgodnie z prawem danego kraju, jako poszukująca pracy. GUS bada stopę bezrobocia według definicji Międzynarodowej Organizacji Pracy (w ramach BAEL – Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, co kwartał na próbie rotacyjnej 20 000 gospodarstw domowych). Zgodnie z definicją MOP za bezrobotną uważa się osobę, która spełnia równocześnie wszystkie poniższe warunki: ukończyła 15 lat; aktualnie nie pracuje (nie świadczy pracy w rozumieniu definicji MOP), ani nie odbywa przyuczenia do zawodu z elementami nauki praktycznej; poszukiwała aktywnie pracy w tygodniu badania lub w ciągu 6 tygodni poprzedzających badanie; jest zdolna do podjęcia pracy w tygodniu badanym lub następnym i wyraża gotowość podjęcia takiej pracy.

SPIS TREŚCI

1. Streszczenie	5
2. Opis metodologii badania	15
2.1 Cele badania i pytania badawcze	15
2.2 Zastosowany schemat badawczy	17
3. Wprowadzenie, kontekst badania	21
3.1 Charakterystyka demograficzna osób niepełnosprawnych	21
3.2 Status społeczny osób niepełnosprawnych	25
4. System wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce	28
4.1 Uregulowania prawne - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	28
4.2 Wsparcie w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej dla ON	33
4.3 Ocena systemu wsparcia ON	36
4.3.1 Ocena ekspercka	36
4.3.2 Ocena osób niepełnosprawnych uczestniczących w badaniu	38
5. Potrzeby osób niepełnosprawnych i ich rodzin – perspektywa ogólna	47
5.1 Potrzeby osób niepełnosprawnych związane z niepełnosprawnością	47
5.1.1 Potrzeby wskazywane spontanicznie	47
5.1.2 Nowoczesne technologie/rozwiązania mogące mieć zastosowanie w przypadku niepełnosprawności	58
5.1.3 Waga i wykorzystanie obecnie dostępnego wsparcia	61
5.1.4 Hierarchia potrzeb	71
5.2 Potrzeby rodzin osób niepełnosprawnych związane z niepełnosprawnością	79
5.2.1 Potrzeby wskazywane spontanicznie	79
5.2.2 Waga i wykorzystanie obecnie dostępnego wsparcia	81
6. Uwarunkowania pełnego włączenia społecznego osób niepełnosprawnych - analiza poszczególnych obszarów życia ON.	84
6.1 Jakość życia osób niepełnosprawnych	85
6.2 Sytuacja materialna osób niepełnosprawnych	92
6.3 Mieszkalnictwo	104
6.4 Rehabilitacja fizyczna	119
6.5 Integracja	130
6.6 Komunikacja i informacja	151
6.7 Edukacja	170
6.8 Praca	195
7. Wnioski wynikające z badania i powiązane z nimi rekomendacje	227
8. Spis rysunków i tabel	246
9. Bibliografia	252

1. STRESZCZENIE

Celem badania, którego dotyczy niniejsze opracowanie było zdiagnozowanie potrzeb osób niepełnosprawnych z punktu widzenia tych osób, a także dostarczenie rekomendacji w zakresie możliwego wsparcia przez PFRON osób niepełnosprawnych w zaspokajaniu ich potrzeb.

Starano się kompleksowo spojrzeć na sytuację osób niepełnosprawnych w różnych obszarach funkcjonowania, takich jak: rehabilitacja, edukacja, integracja, praca, komunikacja, informacja oraz mieszkalnictwo.

Badaniem zostały objęte osoby niepełnosprawne prawnie posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) w wieku 14-60 lat. W ramach tej zbiorowości zostały wydzielone grupy uwzględniające następujące rodzaje dysfunkcji: osoby z dysfunkcją wzroku, osoby z dysfunkcją słuchu, osoby z dysfunkcją ruchu, osoby psychicznie chore oraz osoby z upośledzeniem umysłowym.

Niniejszy projekt badawczy to ogólnopolskie badanie jakościowo-ilościowe obejmujące następujące techniki badawcze:

- badanie typu desk research (analiza danych zastanych);
- 23 indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z ON;
- 5 zogniskowanych dyskusji grupowych (FGI) z ON;
- panel ekspercki z osobami z otoczenia ON
- 966 wywiadów kwestionariuszowych CAPI z ON.

Badanie zrealizowano w okresie: 01.03.2017r. – 12.05.2017r.

Poniżej Czytelnik znajdzie streszczenie najważniejszych ustaleń uzyskanych w badaniu. Bardziej szczegółowe i kompleksowe informacje, wraz z ilustracją graficzną znajdują się w odpowiednich rozdziałach raportu.

OGÓLNA SYTUACJA ŻYCIOWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zrealizowane badanie pokazuje, iż populacja osób niepełnosprawnych nie jest jednorodna. Różne są problemy, z którymi borykają się badani, ale i zarazem sposoby radzenia sobie z nimi. Patrząc na życie ON przez pryzmat wskaźników syntetyzujących informacje na **temat jakości życia w różnych obszarach należy stwierdzić, że sytuacja nie jest dobra**. Globalny wskaźnik jakości życia będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 38,5 pkt na możliwe 100.

Patrząc na populację osób niepełnosprawnych przez pryzmat rodzaju niepełnosprawności widać wyraźnie, że **najniższe wartości wskaźnik jakości życia osiąga dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (24,5 pkt) oraz dla osób chorujących psychicznie (31,2 pkt)**. W pozostałych 3 grupach niepełnosprawności utrzymuje się on na podobnym poziomie i nieco przekracza średnią wartość wskaźnika odnotowaną dla ogółu badanych.

Wskaźnik jakości życia przyjmuje wyższą wartość średnią wśród osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (39,8 pkt) w stosunku do osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (35,2), a także wśród osób bez sprzężeń (39,6 pkt) w stosunku do osób w stosunku do których orzeczono niepełnosprawność sprzężoną (34,3 pkt).

Widać także wyraźną zależność wartości wskaźnika od wieku i poziomu wykształcenia badanych. Wartość wskaźnika wyraźnie spada wraz ze wzrostem wieku – w grupie osób młodszych wynosi 41,5 pkt, podczas gdy w grupie osób najstarszych – 36,2.

W przypadku poziomu wykształcenia, przeciwnie, im wyższy poziom wykształcenia, tym wartość wskaźnika większa – w grupie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym wynosi 29,5 pkt, zawodowym – 35,2 pkt, podczas gdy w grupie osób z wykształceniem wyższym – 52,8 pkt.

Wartość wskaźnika jest także wyraźnie wyższa w stosunku do średniej wśród osób obecnie pracujących (50,7 pkt), zaś wyraźnie niższa wśród osób zamieszkałych w placówkach (np. DPS) (20,8 pkt).

POTRZEBY ON – POZIOM OGÓLNY

Wśród spontanicznie wskazywanych obszarów potrzeb **dominowały trzy, wskazane przez więcej**, niż 15% badanych:

- **potrzeby w obszarze mieszkalnictwa i samodzielnego życia (17%)** – w szczególności pomoc asystenta lub pielęgniarki w codziennych czynnościach, dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb danej osoby niepełnosprawnej. Potrzeby w tym obszarze były najbardziej istotne dla osób z niepełnosprawnością ruchową (25%) oraz dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (23%). O ile w przypadku osób z niepełnosprawnością narządu ruchu znaczenie miało tu przede wszystkim dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz posiadanie mieszkania na niższej kondygnacji lub w ogóle na parterze, o tyle w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną kluczowa w tym obszarze była pomoc asystenta w wykonywaniu codziennych czynności, odciążenie opiekunów, a także czasowe ich zastąpienie umożliwiające opiekunowi podjęcie pracy zawodowej choćby w niewielkim wymiarze lub po prostu odpoczynek.
- **potrzeby związane z przyrządami, urządzeniami lub technologiami (16%)** – m.in. sprzęt ortopedyczny lub optyczny, sprzęt umożliwiający/poprawiający słyszenie oraz sprzęt komputerowy, ale też różnego rodzaju urządzenia dnia codziennego pomagające niwelować ograniczenia związane z niepełnosprawnością. Ten obszar najważniejszy okazał się dla osób z dysfunkcją wzroku (24%), dysfunkcją słuchu (20%) oraz z niepełnosprawnością ruchową (15%). We wszystkich tych przypadkach wyższe odsetki odnotowano wśród osób mających znaczny stopień niepełnosprawności.
- **potrzeby związane z transportem i przemieszczaniem się (16%)** – głównie likwidacja barier architektonicznych w przestrzeni publicznej, ale też przystosowanie środka transportu szczególnie ważne są dla osób z dysfunkcją ruchu (25%), a także z dysfunkcją wzroku (14%).

Pozostałe obszary potrzeb wśród ogółu respondentów nie uzyskały więcej niż 9% wskazań. Należy jednak zauważyć, że ich ważność jest dużo wyższa wśród grup osób niepełnosprawnych posiadających określone rodzaje niepełnosprawności.

I tak, potrzeby w **obszarze rehabilitacji fizycznej** zostały wskazane przez 9% badanych. Przy czym obszar ten szczególnie ważny jest dla osób z niepełnosprawnością ruchową (14% wskazań). W obszarze tym wskazywano głównie na potrzeby związane z zapewnieniem dostępu do ciągłej, na odpowiednim poziomie rehabilitacji fizycznej. Dla osób niepełnosprawnych umysłowo bardzo ważny jest też coroczny udział w turnusach rehabilitacyjnych (5%), które nie tylko spełniają funkcję rehabilitacyjną, ale też często są jedyną możliwością wyjazdu i odpoczynku dla osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna.

Obszar komunikacji, w którym potrzeby wskazało 7% osób niepełnosprawnych jest szczególnie ważny dla osób z niepełnosprawnością wzrokową (17%) oraz słuchową (15%). Osoby niepełnosprawne wzrokowo wskazywały tu głównie na potrzeby związane z dostosowaniem komunikacyjnym przestrzeni publicznej – sygnalizacja dźwiękowa w przestrzeni publicznej, odpowiednie dostosowanie dokumentów i dostępnych materiałów w przestrzeni publicznej (większy druk, możliwość powiększenia, użycie alfabetu Braille’a). Osoby niepełnosprawne słuchowo wskazywały tu głównie na potrzebę zapewnienia tłumacza migowego w przestrzeni publicznej, a także wykorzystywanie go, gdy jest dostępny.

Potrzeby związane z obszarem **pracy zawodowej**, wskazane przez 6% badanych szczególnie ważne w wypowiedziach spontanicznych okazały się dla osób chorujących psychicznie (11%). Wskazywano tu głównie na dostęp do jakiegokolwiek pracy, bez względu na jej rodzaj i dopasowanie do kwalifikacji, a także na warunki pracy dostosowane do możliwości osoby niepełnosprawnej – głównie brak stresu, częstsze przerwy, wyrozumiałość dla okresowych niedyspozycji.

6% badanych wskazało także na potrzeby związane z **obszarem opieki zdrowotnej** – z dostępem do służby zdrowia, odpowiednich nowoczesnych leków, łatwiejszej dostępności specjalistów. Obszar ten szczególnie ważny jest dla osób chorujących psychicznie (13%) z uwagi na potrzebę regularnego kontaktu z psychiatrą, a także ciągłego zażywania leków. Opiekunowie osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazywali tu bardzo ważną w ich przypadku możliwość obsługi poza kolejnością. Konieczność oczekiwania w kolejce, której osoby niepełnosprawne intelektualnie, szczególnie w stopniu znacznym, nie rozumieją i nie potrafią zaakceptować, uruchamia różnorodne aspołeczne zachowania, będące źródłem stresu zarówno dla opiekuna, osoby niepełnosprawnej, jak i dla otoczenia.

Również dla 6% badanych, szczególnie dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (15%) oraz osób niepełnosprawnych psychicznie (12%) ważne okazały się działania **nakierowane na włączenie, integrację ze społeczeństwem**, takie jak różne akcje informacyjno-promocyjne kształtujące dobre nastawienie społeczne do ON: życzliwość, wyrozumiałość oraz akceptację, kontakty z innymi ludźmi, gronem przyjaciół, rówieśników, a także (szczególnie istotne dla osób niepełnosprawnych intelektualnie) posiadanie własnej rodziny i miłość.

Potrzeby finansowe, głównie pomocy finansowej bez specjalnego przeznaczenia spontanicznie wskazało 8% badanych. Częściej niż wśród osób z innymi niepełnosprawnościami potrzeby te pojawiały się wśród osób z niepełnosprawnością umysłową (12%), a także psychiczną (8%) oraz słuchową (8%).

HIERARCHIA POTRZEB ON

Potrzebą numer 1 w hierarchii dla osób niepełnosprawnych jest zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej. Potrzeba ta wskazywana była jako najważniejsza przez 16% badanych a 35% wskazało ją w pierwszej piątce. **W czołówce potrzeb są ponadto praca (12% wskazań na pierwszym miejscu), przyrządy pomagające w niepełnosprawności (8%), zdrowie (7%), rehabilitacja fizyczna (6%) oraz przystosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb ON (6%).**

Spośród innych potrzeb warto zwrócić jeszcze uwagę na **integrację**, które właściwie dla wszystkich grupach znajduje się w górnej części hierarchii (od 5go do 10go miejsca).

Edukacja jest potrzebą, która znajduje się w środku hierarchii, ale co warto podkreślić jest to potrzeba mocno zależna od wieku i wśród osób w wieku 14-17 lat została sklasyfikowana na pierwszym miejscu w hierarchii.

Na podstawie przeprowadzonego badania należy stwierdzić, że istnieje **zestaw potrzeb**, które są **uniwersalne dla wszystkich grup niepełnosprawnych** – do tego zestawu zalicza się przede wszystkim **praca i zdrowie**, ale także **sytuacja bytowa/ materialna, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja**.

Część z tych potrzeb, choć uniwersalne, ważne dla wszystkich grup ON, było częściej wymienianych i wyżej umieszczanych w hierarchii przez przedstawicieli wybranych niepełnosprawności. I tak na przykład transport jest najważniejszy dla osób z dysfunkcją ruchu, edukacja dla osób z dysfunkcją słuchu lub wzroku a integracja dla chorujących psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym.

Drugą grupą są **potrzeby wskazywane jako najważniejsze przez konkretne grupy niepełnosprawnych:**

- **Rehabilitacja społeczna, poprawa warunków mieszkaniowych oraz opieka/usługi asystenckie** były wskazywane przede wszystkim przez osoby z **upośledzeniem umysłowym i chorujące psychicznie**.

- **Potrzeba komunikacji, sprzęt informatyczny/komputer oraz przyrządy pomagające w niepełnosprawności** wskazywane przede wszystkim przez osoby z dysfunkcją wzroku i słuchu.
- **Likwidacja barier architektonicznych oraz przystosowanie mieszkania** wskazywane przez osoby z dysfunkcją ruchu.

OCENA OBECNIE DOSTĘPNYCH INSTRUMENTÓW WSPARCIA

Analiza stopnia wykorzystania obecnie dostępnego wsparcia pokazała, że wsparcie jest dobrze ukierunkowane – ON wykorzystują wsparcie, które ma dla nich istotne znaczenie. Nie jest to jednak równoznaczne z pokryciem zapotrzebowania na dany typ wsparcia.

W przypadku ogółu osób niepełnosprawnych do najbardziej istotnych elementów wsparcia należą:

stosunkowo często wykorzystywane: dodatkowe usługi medyczne związane z poprawą sprawności fizycznej, dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego

stosunkowo rzadko wykorzystywane: pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, pomoc asystenta w codziennym życiu

Analiza wykorzystania i istotności wskazała ponadto na następujące deficyty w przypadku poszczególnych niepełnosprawności (wsparcie określane jako ważne, a stosunkowo rzadko wykorzystywane):

- **Osoby z upośledzeniem umysłowym:** pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, pomoc asystenta w codziennym życiu
- **Osoby chorujące psychicznie:** pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, dofinansowanie różnych form rekreacji, dofinansowanie kosztów dostępu do internetu.
- **Osoby z dysfunkcją słuchu:** pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, dofinansowanie kosztów dostępu do internetu.
- **Osoby z dysfunkcją wzroku:** pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, dofinansowanie kosztów dostępu do internetu, dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w domu/mieszkanii, udział w ZAZ
- **Osoby z dysfunkcją ruchu:** pomoc finansowa bez specjalnego przeznaczenia, dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w domu/mieszkanii, dofinansowanie różnych form rekreacji.

OCENA SYSTEMU WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

W analizach eksperckich wymieniane jest **szereg wad i obciążeń systemu wsparcia** osób niepełnosprawnych w Polsce, **które skutkują jego nieskutecznością i nieefektywnością**. Wśród najważniejszych zarzutów należy wymienić:

- Fragmentaryzacja odpowiedzialności w związku z sektorowym podziałem odpowiedzialności pomiędzy różne instytucje, już na poziomie rządowym
- Brak zintegrowanego centrum decyzyjnego i koordynacyjnego
- Brak mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i instytucjami różnych sektorów na ścieżce danej osoby
- Brak wymiany informacji o ON pomiędzy instytucjami
- Brak systemowej pomocy rodzinie osoby niepełnosprawnej

- Brak indywidualizacji i kompleksowości wsparcia
- Nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb (m.in. forma lub wysokość pomocy)
- Rozbudowana biurokracja

Opinie klientów systemu potwierdzają powyższe ustalenia. Osoby niepełnosprawne są rozczarowane możliwościami uzyskania wsparcia, czują się zagubione i pozostawione samym sobie wobec sfragmentaryzowanego i nieskoordynowanego zespołu instytucji mających udzielać im pomocy. Co więcej, instytucje mające w zakresie swoich zadań bezpośrednie działania na rzecz osób niepełnosprawnych nie są obecne w świadomości swoich klientów. Instytucją, do której w pierwszej kolejności ON zgłaszają się po pomoc są ośrodki pomocy społecznej, a na drugim miejscu PFRON. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie są wymieniane rzadziej, niż organizacje pozarządowe. Powyższe prawidłowości wynikają wprost z częstotliwości kontaktu z jednostkami.

Sam system wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce jest przez jego potencjalnych i faktycznych beneficjentów oceniany neutralnie lub źle. Najgorzej oceniana jest wielkość wsparcia, również spontanicznie wskazywana jako słabość systemu. Natomiast negatywne opinie przeważają nad neutralnymi w przypadku takich elementów jak zindywidualizowanie czy wszechstronność pomocy. Co więcej, w ocenie najliczniejszej grupy osób niepełnosprawnych nie jest prawdą, że ON i ich rodziny mogą liczyć na wsparcie działających w Polsce organizacji lub instytucji, a liczne jest grono badanych przekonanych o braku przyjazności instytucjonalnej dla odbiorcy.

Zgodnie z opiniami ekspertów **system jest przez swoich klientów postrzegany jako zbiurokratyzowany, przy jednoczesnym rozproszeniu odpowiedzialności, informacji i wymagań. Wydaje się być zawity, niezrozumiały i niepodlegający ścisłym zasadom (np. arbitralność przyznawania pomocy).**

OCENA SYTUACJI ON W POSZCZEGÓLNYCH OBSZARACH

Sytuacja materialna osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawni stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem. Zarówno pod względem wskaźników obiektywnych (np. zróżnicowanie czy wysokość dochodów, wyposażenie gospodarstwa), jak i pod względem wskaźników deklaratywnych (np. ocena sytuacji materialnej) gospodarstwa osób niepełnosprawnych charakteryzuje mniej korzystna pozycja, niż gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych.

Największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z upośledzeniem umysłowym – co trzecie gospodarstwo z tej grupy znajduje się w złej sytuacji finansowej (w porównaniu do 22% wśród ogółu gospodarstw osób niepełnosprawnych). Około 40% gospodarstw osób niepełnosprawnych utrzymuje się z dochodu poniżej 1 tys. złotych na 1 członka gospodarstwa, a zatem nieco poniżej przeciętnego dochodu w gospodarstwie domowym z ON według danych GUS (1,1 tys. zł per capita). Wedle deklaracji badanych, aby dochody gospodarstwa domowego mogłyby być uznane za wystarczające, musiałyby one wzrosnąć średnio o 1 780 zł – a zatem o wartość znacznie przewyższającą przeciętny dochód na 1 członka gospodarstwa. Głównym źródłem dochodów dla gospodarstw osób niepełnosprawnych są niemal na równi stała praca (53%) oraz renta z tytułu niezdolności do pracy (47%), choć to stała praca jest przez co drugie gospodarstwo wskazywana jako najważniejsze źródło utrzymania.

Gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych priorytetyzują swoje wydatki zgodnie z bieżącymi potrzebami. Mimo tego **znaczna jest grupa gospodarstw, które borykają się z trudnościami finansowymi nawet w przypadku najprostszych i najbardziej podstawowych wydatków.** Jedynie nieco ponad połowa badanych deklaruje, że pieniędzy bez problemów starcza na jedzenie (56%), a 45% nie ma problemów z opłaceniem czynszu czy mediów. Ponad 70% gospodarstw osób niepełnosprawnych ma problemy z zakupem leków czy z ponoszeniem wydatków na opiekę zdrowotną. Ponad 60% ma trudności z ponoszeniem kosztów rehabilitacji.

Mieszkalnictwo

Osoby niepełnosprawne rzadziej mieszkają w 1-osobowych gospodarstwach, niż ogół populacji – samotnie mieszka tylko 16% badanych, podczas gdy według danych NSP 2011 23% polskich gospodarstw to gospodarstwa 1-osobowe. Ponad 80% osób niepełnosprawnych mieszka z innymi osobami – w tym ponad połowa samodzielnie, z własną rodziną (57%), zaś co czwarty z rodzicami lub opiekunami. **Wśród osób, które obecnie mieszkają z rodzicami lub opiekunami prawie połowa (46%) deklaruje, iż chcieliby mieszkać samodzielnie.**

Objęte badaniem osoby niepełnosprawne są raczej zadowolone z warunków, w których mieszkają – niemal połowa ocenia je jako bardzo dobre lub raczej dobre (48%), zaś kolejne 44% formułuje ocenę neutralną. Jedynie 7% osób niepełnosprawnych otwarcie ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo złe lub raczej złe.

30% badanych deklaruje, iż w związku ze swoją niepełnosprawnością potrzebują specjalnych udogodnień lub dostosowań mieszkaniowych. Większość osób niepełnosprawnych deklaruje, iż ich przestrzeń życiowa jest przynajmniej częściowo zmieniona pod kątem ich potrzeb, przy tym 43% ocenia, iż przystosowanie to jest całkowite lub w dużym stopniu.

Zestawienie zapotrzebowania i zaspokojenia potrzeb w obszarze mieszkalnictwa ujawnia istniejące deficyty – brak jest potrzeb, które byłyby zaspokojone w dużym stopniu. Zdecydowana większość spośród postulowanych potrzeb nie jest zaspokojona na satysfakcjonującym poziomie. Najważniejsze i najczęściej wskazywane obszary wymagające dostosowania w związku z niepełnosprawnością dotyczą przede wszystkim przystosowania łazienki (59% badanych, w tym 74% wśród osób z dysfunkcją ruchu), w drugiej kolejności ułatwień w dostępie do mieszkania (42%, w tym ponad połowa osób z dysfunkcją ruchu), a w trzeciej kolejności dostosowania podłogi (35% ogółem i 39% wśród osób niepełnosprawnych ruchowo). Obszary te charakteryzuje duże zapotrzebowanie oraz małe zaspokojenie. Do obszarów potrzeb, dla których zgłaszane zapotrzebowanie kształtuje się na przeciętnym poziomie, przy jednoczesnym relatywnie małym zaspokojeniu zaliczyć należy ogólnie przystosowanie mieszkania (24%, najczęściej wymieniano odpowiednie meble czy instalację poręczy) oraz lepsze warunki mieszkaniowe (19%, w tym najczęściej zamianę mieszkania na większe lub wykonanie jego remontu).

Rehabilitacja fizyczna

Wyniki badań wskazują, że rehabilitacja fizyczna jest niezwykle istotnym elementem wsparcia z punktu widzenia osób niepełnosprawnych, ponieważ pozwala na niwelowanie barier fizycznych i podniesienie lub utrzymanie sprawności fizycznej. Usługi i dofinansowanie związane z obszarem rehabilitacji zdrowotnej uznane zostały przez ponad połowę badanych za kluczowe lub bardzo ważne. Same zajęcia rehabilitacyjne są jedną z nielicznych form wsparcia, z którą kontakt miała większość osób niepełnosprawnych (67%), szczególnie istotną w przypadku ograniczeń ruchowych oraz upośledzenia umysłowego. Natomiast dofinansowanie

zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a także w sprzęt rehabilitacyjny mają istotne znaczenie dla osób z dysfunkcjami ruchu, słuchu i wzroku.

Wedle ustaleń badań jakościowych oraz analizy desk research dostęp do rehabilitacji zdrowotnej i protetyki jest problematyczny – m.in. ze względu na brak możliwości korzystania ze stałej bezpłatnej rehabilitacji w ramach świadczeń NFZ, brak możliwości samodzielnego zapewnienia tego typu usług, niedopasowanie skali zabiegów do faktycznych potrzeb.

Integracja

Obszar integracji, mimo swojej wagi dla funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie, zdaje się być nie do końca uświadamianą potrzebą. Wyniki badania ilościowego bowiem wskazują, że biorąc pod uwagę spontaniczne wypowiedzi badanych obszar integracji nie należy do kluczowych potrzeb, które powinny zostać zaspokojone, aby osoba niepełnosprawna mogła funkcjonować w sposób optymalny. Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością na poziomie ogólnym pokazuje, że obszar integracja/włączenie oraz rehabilitacja społeczna plasują się w ćwiartce małego zapotrzebowania i jednocześnie dużego zaspokojenia potrzeb.

Biorąc pod uwagę różne rodzaje wsparcia, największą wagę oraz wykorzystanie przypisywano na poziomie ogólnym dofinansowaniu różnych form rekreacji. Pomoc prawna, psychologiczna, rehabilitacja społeczna (WTZ lub inne formy), czy też usługi dziennego domu pobytu nie tylko były mniej istotne dla osób niepełnosprawnych, ale również rzadziej z nich korzystano. Jak pokazuje badanie jakościowe, barierą integracji dla osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin pozostaje **wciąż nie rozwiązana kwestia materialna**, która ogranicza możliwość uczestniczenia rodziny w życiu społecznym na równi z osobami sprawnymi.

W obszarze integracji wyróżniają się jednak dwie grupy osób niepełnosprawnych: osoby z upośledzeniem umysłowym oraz chorujący psychicznie. W przypadku tych dwu grup istnieje duże zapotrzebowanie na integrację/włączenie – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną jest to drugi pod względem istotności obszar po mieszkalnictwie/ samodzielnym życiu, zaś dla osób chorujących psychicznie plasuje się na równi z zaspokojeniem potrzeb związanych z pracą, mieszkalnictwem/samodzielnym życiem czy opieką medyczną.

Specyfika tych niepełnosprawności okazuje się być bardzo dużą barierą dla włączenia społecznego – osoby chorujące psychicznie uciekają w związku z chorobą w depresję i izolację od kontaktów z innymi osobami, zaś osoby z upośledzeniem umysłowym mogą budzić w otoczeniu lęk lub niechęć ze względu np. na zachowanie odbiegające od przyjętych norm.

Dla osób chorujących psychicznie szczególnie istotna jest zatem pomoc psychologiczna, z której również relatywnie często już korzystają. Z kolei osoby z upośledzeniem umysłowym szczególną wagę przywiązują do wsparcia w postaci dofinansowania różnych form rekreacji, rehabilitacji społecznej (WTZ lub inna forma) czy też usług dziennego domu pobytu.

Komunikacja i informacja

Obszar komunikacji i informacji w świetle wyników badania ilościowego należy uznać za dość istotny w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych, których zaspokojenie zapewni im optymalne funkcjonowanie. Wśród spontanicznych wskazań badanych wymieniano zapotrzebowanie na różnego rodzaju przyrządy/urządzenia/technologie (37%), ułatwienia w zakresie transportu i przemieszczania się (36%), komunikacji (17%) oraz dostępu do informacji (9%). Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością na poziomie ogólnym pokazuje, że przyrządy/urządzenia/technologie to obszar dużego zapotrzebowania, ale również dużego zaspokojenia. Inaczej wygląda sytuacja z transportem/przemieszczaniem się oraz komunikacją – w tym przypadku potrzeby są relatywnie duże, ale zaspokojenie już małe.

Potrzeby w obszarze informacji i komunikacji są bezpośrednio związane z rodzajem, ale również stopniem posiadanej niepełnosprawności. **Obszar ten okazał się szczególnie istotny dla osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, słuchu i wzroku.** W przypadku pierwszej grupy kluczowe są potrzeby w zakresie transportu i przemieszczania się (ważne również dla osób z dysfunkcją wzroku), zaś dla dwóch kolejnych w zakresie dostępności przyrządów, urządzeń i technologii, które w założeniu ułatwiają komunikację.

Podkreślenia wymaga fakt, że zarówno w badaniu ilościowym, jak i jakościowym, **aspekty dotyczące komunikacji i informacji miały najmniejsze znaczenie w grupie osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie.**

Obszar komunikacji i informacji, jak wskazało badanie jakościowe, jest obszarem horyzontalnym – bowiem kwestie związane z udogodnieniami w zakresie poruszania się, transportu, dostępu do środków wspomagających komunikację, nie są jedynie problemem w zakresie komunikowania, ale łączą się z zagadnieniami związanymi z integracją, edukacją czy pracą. Jest to swego rodzaju obszar pierwotnych potrzeb, gdyż bez możliwości porozumienia się z innymi osobami, czy też dotarcia do szkoły, pracy lub innych miejsc publicznych, osoba niepełnosprawna nie jest w stanie rozwijać się w innych kluczowych obszarach.

Dla osób z niepełnosprawnością ruchu lub wzroku ważne jest likwidowanie barier architektonicznych oraz stosowanie rozwiązań skutecznych i adekwatnych do potrzeb. Istotny jest także dostęp do odpowiedniego sprzętu umożliwiającego osobom z niepełnosprawnością ruchu poruszanie się, zaś z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku komunikowanie się. Ważna jest także pomoc asystencka, która odciążałaby rodzinę w codziennym wspieraniu osób z takimi dysfunkcjami.

Edukacja

Badanie ilościowe pokazało, że **szansa na zwiększenie poziomu wykształcenia posiadanego przez badanych jest raczej niewielka.** Większość obecnie nie kontynuowała nauki (87%) oraz nie brała udziału w szkoleniach lub kursach w ciągu ostatnich 5 lat (74%). Osoby niepełnosprawne również nie posiadały planów czy też chęci, by podjąć naukę w szkole lub na szkoleniu w ciągu najbliższych 12 miesięcy.

Widoczne są znaczące różnice w obszarze edukacji ze względu na rodzaj posiadanej dysfunkcji. **W najtrudniejszej sytuacji edukacyjnej są osoby z upośledzeniem umysłowym** – aż 66% nie skończyło żadnej szkoły lub co najwyżej szkołę gimnazjalną (pięciokrotnie więcej niż wśród osób z dysfunkcją narządu ruchu). Około 90% nie kontynuowało obecnie nauki, a także nie brało udziału w szkoleniach lub kursach w ciągu ostatnich 5 lat. Są również najmniej skłonne do kontynuowania kształcenia. W relatywnie najlepszej sytuacji edukacyjnej są osoby z dysfunkcją narządu ruchu, wzroku oraz słuchu, chociaż nadal w tych dwóch grupach dokończanie się i plany w tym zakresie utrzymują się na niskim poziomie.

Około co trzecia osoba niepełnosprawna obecnie ucząca się lub planująca podjęcie nauki, posiadała w związku ze swoją niepełnosprawnością specjalne potrzeby lub potrzebowała specjalnego wsparcia, udogodnień by się uczyć. Dotyczyły one przede wszystkim przystosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością (14%) oraz dostępu do sprzętu pomocniczego (13%). Te dwie najczęściej wymieniane potrzeby, uznawane były również najczęściej za w dużej mierze niezaspokojone.

Badanie ilościowe pokazało, że **dla osób kontynuujących naukę lub planujących dalsze kształcenie istotnym wsparciem jest przede wszystkim pomoc finansowa i materialna** – dofinansowanie do podręczników, pomocy naukowych, transportu czy zakwaterowania. Z pozafinansowych form wsparcia najczęściej wskazywano na pomoc psychologiczną, udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, wyrównawczych oraz pomoc prawną.

Należy podkreślić, że potrzeby osób niepełnosprawnych w związku z edukacją i niezbędnym wsparciem w tym obszarze, ułatwiającym optymalne funkcjonowanie, są zróżnicowane w zależności od rodzaju dysfunkcji.

Potrzeby w zakresie wsparcia pozafinansowego były szczególnie ważne dla osób z upośledzeniem umysłowym, ale również dla osób chorujących psychicznie, zwłaszcza pomoc psychologiczna, dostęp do dodatkowych zajęć edukacyjnych, wyrównawczych, czy indywidualny tok kształcenia. Badanie jakościowe ujawniło w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym konieczność kompleksowego wsparcia, uwzględniającego również rehabilitację fizyczną, czy logopedyczną.

Tymczasem dla osób z **niepełnosprawnością narządu ruchu lub słuchu** bardziej istotnej okazywało się wsparcie finansowe – w pierwszym przypadku szczególnie dofinansowanie dojazdu do szkoły/ uczelni, zaś w drugim dofinansowanie zakwaterowania. W przypadku osób z niepełnosprawnością słuchu istotnym elementem jest sfera komunikacji – znajomość języka polskiego, możliwość stałej asysty tłumacza migowego, umiejętność mówienia. Z kolei dla osób z niepełnosprawnością wzroku lub ruchu istotne są dostosowania architektoniczne, czy ułatwienia związane z przemieszczaniem się i transportem. W przypadku osób z niepełnosprawnością wzroku znaczenie ma także dostęp do odpowiedniego sprzętu oraz pomocy dydaktycznych dostosowanych do osób z tą niepełnosprawnością (np. tekst w Brailu, odpowiednie programy komputerowe). Należy podkreślić, że potrzeby wymieniane przez te grupy są istotne nie tylko z perspektywy edukacyjnej, ale również ogólnie integracji społecznej

Badanie jakościowe pokazało, że w obszarze edukacji **widoczne są dysproporcje pomiędzy osobami niepełnosprawnymi mieszkającymi w większych miastach a osobami ze wsi czy mniejszych miejscowości**. Ci ostatni mają przede wszystkim utrudniony dostęp do specjalistycznego wsparcia.

Aktywność zawodowa

Wsparcie w zakresie aktywizacji zawodowej powinno dotyczyć pobudzania motywacji osób niepełnosprawnych do podjęcia zatrudnienia, pomocy na etapie poszukiwania pracy, jej utrzymania oraz podnoszenia kompetencji zawodowych. Praca zawodowa jest istotnym składnikiem sukcesu integracji społecznej – 71% osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo jest z tej aktywności zadowolonych. Choć dla niepełnosprawnych dostępny jest szereg instrumentów wsparcia w podjęciu zatrudnienia, wskaźniki zatrudnienia i aktywności zawodowej tej grupy pozostają na niskim poziomie. Według danych BAEL wskaźnik zatrudnienia w III kwartale 2016 roku wśród osób niepełnosprawnych wynosił 14,6%, współczynnik aktywności zawodowej – 16,2%. **Wśród osób objętych badaniem aż 84% przyznaje wprost, że nie poszukują aktywnie pracy.**

Wśród osób obecnie niepracujących motywacja do podjęcia zatrudnienia jest raczej niska. Aż 37% osób biernych zawodowo wprost deklaruje, że na pewno nie podjęłoby zaoferowanej im pracy, a kolejnych 15% raczej odrzuciłoby ofertę zatrudnienia. **Całkowity brak gotowości do podjęcia zatrudnienia związany jest m.in. z charakterem ograniczeń sprawności. Podstawowym argumentem osób niegotowych do podjęcia zatrudnienia jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do pracy. Tylko 12% badanych przyznaje, że nie chcą podjąć pracy ze względu na możliwość utraty świadczeń pieniężnych.**

Osoby niepełnosprawne w ogromnej większości mają bardzo niską wiedzę na temat zasad wstrzymania renty w przypadku pracy zarobkowej – ponad połowa w ogóle nie orientuje się w tych zasadach, a nawet wśród osób, które deklarują, że wiedzą coś na ten temat wiedza ta okazuje się błędna. Mniej niż 7% badanych w ogóle zbliżyło się do poprawnej kwoty, przy której zawieszona jest renta.

Wśród problemów i barier związanych z aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych należy wymienić: problemy związane ze stanem zdrowia, brak motywacji i bodźców do podjęcia zatrudnienia, niskie wynagrodzenia zniechęcające do pracy, deficyt miejsc pracy dla osób o wysokich i niskich kwalifikacjach, niesprzyjający osobom niepełnosprawnym klimat na rynku pracy – postawy pracodawców i współpracowników.

19% osób niepełnosprawnych posiada potrzeby dotyczące pracy zawodowej. Najczęściej chodzi tutaj o **dostosowanie stanowiska/ miejsca pracy do indywidualnych potrzeb lub zapewnienie odpowiednich warunków pracy.** Fizyczne adaptacje częściej potrzebne są osobom z dysfunkcjami ruchu i wzroku, podczas gdy na potrzebę zapewnienia dobrych warunków częściej wskazują osoby chorujące psychicznie i opiekunowie osób

z upośledzeniem umysłowym. Z kolei dla osób z dysfunkcjami słuchu dość ważne okazuje się wsparcie w znalezieniu pracy i w miejscu pracy (np. tłumacz migowy).

Wszystkie instrumenty wsparcia w obszarze pracy zawodowej były oceniane jako bardzo ważne, co pokazuje jak bardzo istotna jest dla osób niepełnosprawnych pomoc w tym obszarze. Natomiast za najbardziej kluczowe uznano te instrumenty, które odpowiadają również na zgłaszane spontanicznie potrzeby – a więc odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy, odpowiednie warunki pracy, nauka pracy na określonym stanowisku, ale także pomoc związaną ze zdobywaniem zatrudnienia – kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje, programy kończące się zatrudnieniem, a także pomoc w poszukiwaniu pracy lub staże i praktyki zawodowe. Cenną rzeczą jest, że wiele z wysoko ocenianych pod względem ważności instrumentów to jednocześnie instrumenty dużego wykorzystania – są to instrumenty, które warto podtrzymywać, ponieważ odpowiadają one także na zgłaszane przez osoby niepełnosprawne potrzeby. **Elementem o dużym znaczeniu, lecz niewystarczającym wykorzystaniu są programy kończące się zatrudnieniem – należałoby zadbać o zwiększenie skali wykorzystania tego wsparcia.**

2. OPIS METODOLOGII BADANIA.

2.1 Cele badania i pytania badawcze

Głównym celem niniejszego badania było: **zdiagnozowanie potrzeb osób niepełnosprawnych z punktu widzenia tych osób**, zaś celem operacyjnym dostarczenie rekomendacji w zakresie możliwego wsparcia przez PFRON osób niepełnosprawnych w zaspokajaniu ich potrzeb.

Badanie koncentrowało się na zdiagnozowaniu i zweryfikowaniu potrzeb specyficznych dla różnych grup osób niepełnosprawnych, będących konsekwencją posiadanych dysfunkcji, tzn. z pominięciem potrzeb właściwych wszystkim ludziom (pełno – i niepełnosprawnym).

Przed niniejszym projektem badawczym postawiono następujące **pytania badawcze**:

- Jakie są potrzeby ON w różnych obszarach ich funkcjonowania?
- Jakie bariery/ograniczenia dla ON powoduje brak zaspokojenia poszczególnych potrzeb?
- Jak kształtują się potrzeby ON w zależności od:
 - rodzaju dysfunkcji,
 - stopnia niepełnosprawności,
 - wieku,
 - miejsca zamieszkania,
 - sytuacji zawodowej?
- Jaka jest hierarchia potrzeb wg ON?
- Jaka jest skala poszczególnych potrzeb ON?
- Jakie potrzeby ON mogą być zaspokojone w ramach istniejących przepisów prawnych? Dlaczego nie są zaspokajane?
- Jakie są potrzeby rodzin osób niepełnosprawnych wynikające z niepełnosprawności członka rodziny?
- Jak ON oceniają aktualnie istniejący system wsparcia?
- Na jakie bariery/ograniczenia w przestrzeni publicznej (w dostępie do usług) napotykają ON, np. w komunikowaniu się, dostępności miejsc użyteczności publicznej, transporcie?

Zgodnie z życzeniem Zamawiającego w badaniu użyta została następująca klasyfikacja potrzeb¹:

- **Rehabilitacja** – pomoc w niwelowaniu barier fizycznych ciała ON poprzez wsparcie w procesie rehabilitacji podnoszące/utrzymujące sprawność fizyczną².
- **Edukacja** – kompleksowe wsparcie w procesie edukacji podczas całego jej okresu.
- **Integracja** – działania wspierające integrację ze środowiskiem lokalnym ON w różnych sferach ich życia.
- **Praca** – pobudzanie motywacji ON do podjęcia zatrudnienia, wsparcie na etapie poszukiwania pracy, jej utrzymania oraz podnoszenia kompetencji zawodowych.
- **Komunikacja** – likwidacja barier uniemożliwiających lub utrudniających ON swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.
- **Informacja** – dostęp do informacji m.in. poprzez wsparcie w pozyskaniu i utrzymaniu dostępu do mediów (Internet).
- **Mieszkalnictwo** – umożliwienie ON w miarę samodzielne życie w szczególności poprzez adaptację mieszkań do ich potrzeb oraz usługi asystenckie.

Rysunek 1: Obszary funkcjonowania społecznego jednostki, stanowiące podstawę używanej w projekcie klasyfikacji potrzeb



Źródło: Opis przedmiotu zamówienia, <http://www.pfron.org.pl/bip/komunikaty/2322,Zapytanie-ofertowe-na-realizacje-badania-potrzeb-osob-niepelnosprawnych-wykonani.html>

¹ Opis Przedmiotu Zamówienia, <http://www.pfron.org.pl/bip/komunikaty/2322,Zapytanie-ofertowe-na-realizacje-badania-potrzeb-osob-niepelnosprawnych-wykonani.html>

² Biorąc pod uwagę wyniki badania, a także zapisy ustawy: „Art. 7.1. Ustawy: 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” w analizie dokonano podziału na dwa obszary: rehabilitację społeczną i rehabilitację fizyczną.

2.2 Zastosowany schemat badawczy³

Badaniem zostały objęte osoby niepełnosprawne prawnie posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) w wieku 14-60 lat.

W ramach tej zbiorowości zostały wydzielone grupy uwzględniające następujące rodzaje dysfunkcji:

- osoby z dysfunkcją wzroku,
- osoby z dysfunkcją słuchu,
- osoby z dysfunkcją ruchu,
- osoby psychicznie chore,
- osoby z upośledzeniem umysłowym.

Niniejsze projekt to ogólnopolskie badaniem jakościowo-ilościowe. W badaniu uwzględniono następujące techniki badawcze:

- badanie typu desk research (analiza danych zastanych);
- indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z ON,
- zogniskowane wywiady grupowe (FGI) z ON,
- wywiady kwestionariuszowe CAPI z ON,
- panel ekspercki z osobami z otoczenia ON – m.in. z przedstawicielami instytucji zajmujących się ON, z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających na rzecz ON.

Przy rekrutacji respondentów do wszystkich komponentów badawczych zespołowi badawczemu pomagały instytucje/organizacje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi. Ich pomoc okazała się nieoceniona. Bez niej przeprowadzenie badania w takim kształcie, a przede wszystkim z zachowaniem wyznaczonych terminów nie byłoby możliwe.

Badanie desk research

Analiza danych zastanych była prowadzona przez cały czas trwania badania. Objęła ona następujący zakres tematyczny:

- Charakterystyka demograficzna osób niepełnosprawnych
- Status społeczny osób niepełnosprawnych
- System wsparcia osób niepełnosprawnych – regulacje prawne
- Charakterystyka działań na rzecz osób niepełnosprawnych
- Krytyczna ocena systemu wsparcia

³ Bardziej szczegółowe omówienie zastosowanego schematu badawczego, w tym szczegóły doboru prób oraz narzędzia wykorzystane w badaniu znajdują się w Aneksie Metodologicznym.

- Potrzeby i problemy osób niepełnosprawnych w zakresie: rehabilitacji, edukacji, integracji, pracy, komunikacji i informacji oraz mieszkalnictwa

Wyniki badania desk research na etapie raportu metodologicznego posłużyły jako podstawa do sformułowania hipotez badawczych oraz do budowy narzędzi. Stanowią także integralną część analiz prezentowanych w niniejszym raporcie.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)

Indywidualne wywiady pogłębione pełnią w projekcie funkcję eksploracyjną oraz wyjaśniającą i interpretującą. Dlatego też przy projektowaniu doboru próby zadbano aby w ramach każdego rodzaju niepełnosprawności respondenci byli maksymalnie zróżnicowani ze względu na takie parametry jak: płeć, wiek (uwzględniono przedziały: 14-17 lat, 18-35 lat, 36-45 lat, 46-60 lat) oraz miejsce zamieszkania (miasto – z uwzględnieniem wielkości oraz wieś). Ostatecznie w projekcie zrealizowano 23 wywiady pogłębione w następującym układzie ze względu na rodzaj niepełnosprawności:

- osoby z dysfunkcją wzroku – 5 wywiadów
- osoby z dysfunkcją słuchu – 4 wywiady (2 wywiady były przeprowadzone z osobami głuchymi⁴ w języku migowym, 2 z osobami słabosłyszącymi w języku polskim)
- osoby z dysfunkcją ruchu – 5 wywiadów
- osoby psychicznie chore – 4 wywiady
- osoby z upośledzeniem umysłowym i ich opiekunowie - 5 wywiadów

Wywiady pogłębione zostały zrealizowane w regionie centralnym.

Zogniskowane wywiady grupowe (FGI)

Pogłębione dyskusje grupowe, podobnie jak wywiady pogłębione pełnią w projekcie funkcję eksploracyjną, a także wyjaśniającą i interpretującą. Dlatego również i w tym przypadku przy projektowaniu doboru próby zadbano o to, aby respondenci byli maksymalnie zróżnicowani.

W ramach badania zrealizowane zostanie 5 dyskusji grupowych – po 1 dyskusji w ramach każdego z wyróżnionych rodzajów niepełnosprawności:

- osoby z dysfunkcją wzroku (FGI zrealizowano w Łodzi, 8 uczestników)
- osoby z dysfunkcją słuchu (FGI zrealizowano w Łodzi, w FGI uczestniczyły osoby głuche, dyskusja prowadzona była w języku migowym, transkrypcja została przygotowana w języku polskim, 8 uczestników)
- osoby z dysfunkcją ruchu (FGI zrealizowano w Warszawie, 10 uczestników)
- osoby psychicznie chore (FGI zrealizowano w Łodzi, 8 uczestników)
- opiekunowie osób z upośledzeniem umysłowym (FGI zrealizowano w Warszawie, 8 uczestników).

⁴ W całym raporcie przyjęto konwencję pisania wyrazu „Głusi” wielką literą, tam, gdzie stosuje się on do społeczności osób Głuchych, w przypadku gdy używany jest jako synonim osoby niesłyszącej pisany jest małą literą.

Wywiad kwestionariuszowy CAPI

Głównym komponentem badania było badanie ilościowe – wywiad kwestionariuszowy CAPI. W ramach tego komponentu badawczego zostało zrealizowanych 916 wywiadów w ramach badania zasadniczego oraz 50 wywiadów w ramach poprzedzającego badanie zasadnicze pilotażu. Ponieważ kwestionariusz po pilotażu uległ jedynie niewielkim zmianom wywiady pilotażowe również zostały włączone do analizy. Łącznie analizy przeprowadzono więc na 966 respondentach (po około 190 w ramach każdej niepełnosprawności).

W ramach każdego z rodzaju dysfunkcji próba została dobrana w sposób kwotowy z uwzględnieniem następujących warstw:

- **6 regionów NUTS1**⁵ (por. Rysunek 2): po około 30 wywiadów w ramach każdego regionu
- **Stopień niepełnosprawności:** po około 120 wywiadów – niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie o niepełnosprawności (osoby poniżej 16 roku życia), po około 60 wywiadów – niepełnosprawność w stopniu znacznym
- **Wiek:** po około 1/3 wywiadów w każdym z przedziałów wiekowych: 14-17lat, 18-45 lat, 46-60 lat.
- **Płeć:** po około 1/2 wywiadów z kobietami i mężczyznami
- **Miejsce zamieszkania:** wieś – około 1/3 wywiadów, miasta różnej wielkości – około 2/3 wywiadów

Rysunek 2: Podział Polski na jednostki NUTS 1



⁵ Zgodnie z klasyfikacją GUS, NUTS 1: Region Centralny: województwo łódzkie, mazowieckie; Region Południowy: małopolskie, śląskie; Region Wschodni: lubelskie, podkarpackie, świętokrzyskie, podlaskie; Region Północno-zachodni: wielkopolskie, zachodniopomorskie, lubuskie, Region Południowo-zachodni: dolnośląskie, opolskie, Region Północny: kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, pomorskie.

Uzyskana próba została poddana procedurze ważenia ze względu na następujące zmienne: rodzaj, stopień niepełnosprawności, płeć oraz wiek. Dzięki zastosowanej procedurze ważenia uzyskano dane reprezentatywne pod względem tych zmiennych dla populacji osób niepełnosprawnych w wieku 14-60 lat. Do ważenia zostały użyte dane GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.”⁶

Ekspercki panel dyskusyjny

Po przedstawieniu Zamawiającemu raportu końcowego z badania został zorganizowany panel ekspercki z osobami z otoczenia ON – m.in. z przedstawicielami instytucji zajmujących się ON, z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających na rzecz ON.

Panel odbył się 12 maja 2017 roku. W panelu dyskusyjnym wzięło udział 16 uczestników:

- przedstawiciele PFRON: 5 osób
- przedstawiciele zespołu badawczego: 3 osoby
- przedstawiciele następujących organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych: 8 osób (Polski Związek Głuchych, Stowarzyszenie CROSS, Warszawskie Koło PSONI, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji).

W trakcie panelu dyskusji poddano wstępne wyniki badań oraz wynikające z nich wnioski i rekomendacje. W pierwszej części panelu uczestnikom zaprezentowano wyniki badań, które stały się podstawą dyskusji w drugiej części panelu.

⁶ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r,-6,6.html>. Z uwagi na fakt, że dane te dostępne są jedynie dla ogółu osób niepełnosprawnych, bez możliwości uzyskania rozkładów dla osób z poszczególnymi rodzajami dysfunkcji, cała próba zostanie poddana procedurze ważenia z użyciem tych samych wag – zbudowanych dla ogółu osób niepełnosprawnych.

3. WPROWADZENIE, KONTEKST BADANIA

Spośród ponad siedmiu miliardów ludzi ponad miliard doświadcza jakiegoś rodzaju ograniczenia sprawności lub dotkniętych jest formą niepełnosprawności, w tym wedle szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dla prawie 200 milionów osób oznacza to znaczne trudności w funkcjonowaniu (World report on disability, 2011). Kierując się tego typu kryteriami należałoby wskazać, iż w Polsce ograniczenia sprawności dotyczą co piątego mieszkańca (ponad 7,5 mln osób), w tym blisko co dwudziesty (niemal 2,5 mln osób) doświadcza ograniczeń w stopniu znacznym (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016).

W statystykach publicznych funkcjonuje kilka definicji pojęcia niepełnosprawności – właściwa definicja jest tutaj niezwykle istotna, ponieważ w istocie to od niej zależy liczebność populacji osób niepełnosprawnych.

WHO używa terminu *disability* jako zbiorczego określenia dla różnego rodzaju upośledzeń i ograniczeń w aktywności i partycypacji jednostki w różnych aspektach życia⁷. Według kryteriów WHO niepełnosprawność jest terminem szerokim – dotyczącym sytuacji czasowego lub stałego ograniczenia sprawności w funkcjonowaniu. W tym rozumieniu prawie każdy człowiek w pewnym momencie swojego życia będzie niepełnosprawny (chwilowo lub na stałe) (World report on disability, 2011).

Główny Urząd Statystyczny w swojej praktyce stosuje **definicję statystyczną** obejmującą łącznie lub rozłącznie dwa kryteria – **niepełnosprawności biologicznej** (deklarowane ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności) oraz **niepełnosprawności prawnej** (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności) (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016). W niniejszym opracowaniu przyjęto następującą zasadę: jeżeli określone dane dostępne są dla populacji osób niepełnosprawnych określonej prawną definicją niepełnosprawności to te dane są prezentowane. Inne definicje używane są wówczas, gdy nie ma dostępnych danych dla populacji osób niepełnosprawnych prawnie. Każdorazowo dla jasności przekazu zaznaczono definicję niepełnosprawności do jakiej odnoszą się prezentowane dane.

3.1 Charakterystyka demograficzna osób niepełnosprawnych

Ostatnie pełne dane na temat zagadnienia niepełnosprawności zebrano w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. Ponadto w okresach międzyspisowych danych na temat populacji ON dostarczają badania GUS, m.in. o stanie zdrowia ludności oraz o aktywności ekonomicznej ludności.

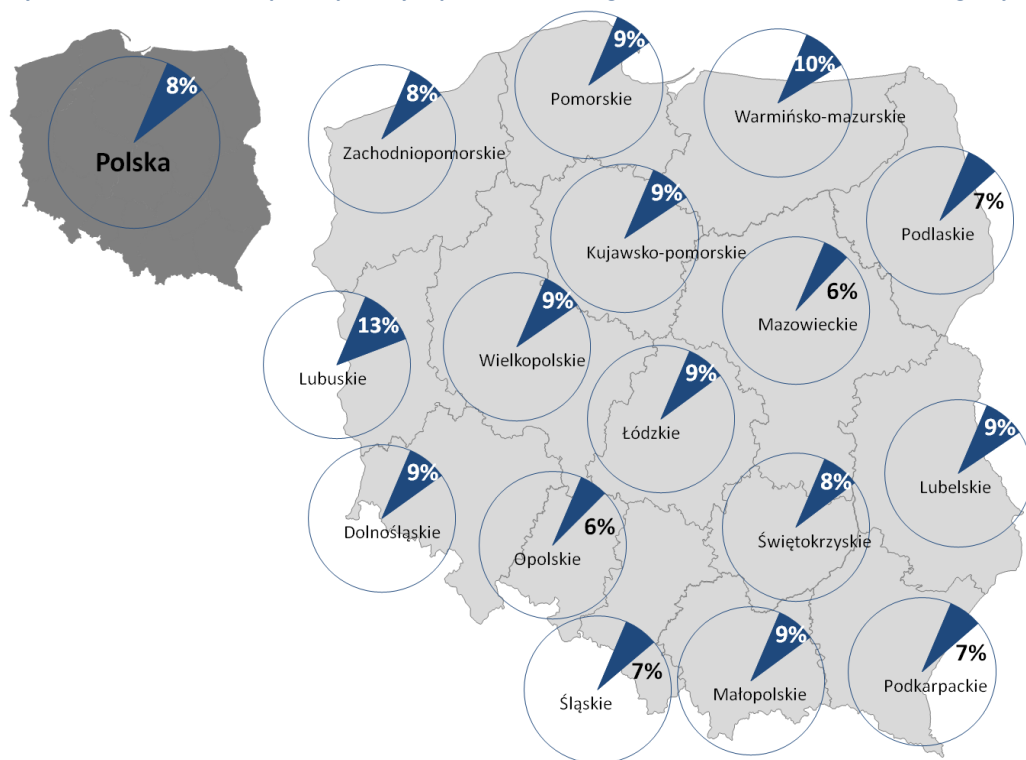
Według danych z NSP 2011 w Polsce zamieszkiwało niemal 4,7 miliona osób niepełnosprawnych według kryterium biologicznego. Ponadto **3,1 miliona osób posiadało orzeczenie o niepełnosprawności** – to jest 67% ogółu osób zaliczonych do grona niepełnosprawnych według kryterium biologicznego.

Udział osób niepełnosprawnych według kryterium prawnego wśród ogółu ludności Polski w 2011 roku wynosił 8%, czyli jeden na 12 mieszkańców Polski posiadał orzeczenie o niepełnosprawności. Przy tym jednak odsetek osób niepełnosprawnych jest zróżnicowany terytorialnie – relatywnie największy jest udział ON wśród mieszkańców województwa lubuskiego, gdzie aż 13% populacji posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Wyższy, niż w skali kraju jest także udział osób niepełnosprawnych wśród mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego (10%). Natomiast województwa mazowieckie i opolskie charakteryzują się relatywnie najniższym odsetkiem osób posiadających orzeczenia o niepełnosprawności (por. Rysunek 3).

Najczęściej osoby niepełnosprawne posiadały orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (38%) – w 2011 było to 1,19 mln osób. Niemal 30% ON stanowiły osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (893,5 tys. osób), nieco mniej, bo 26% to osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności (802,7 tys. osób). Udział osób niepełnosprawnych prawnie w wieku do 15 lat wyniósł 4% (por. Rysunek 3).

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

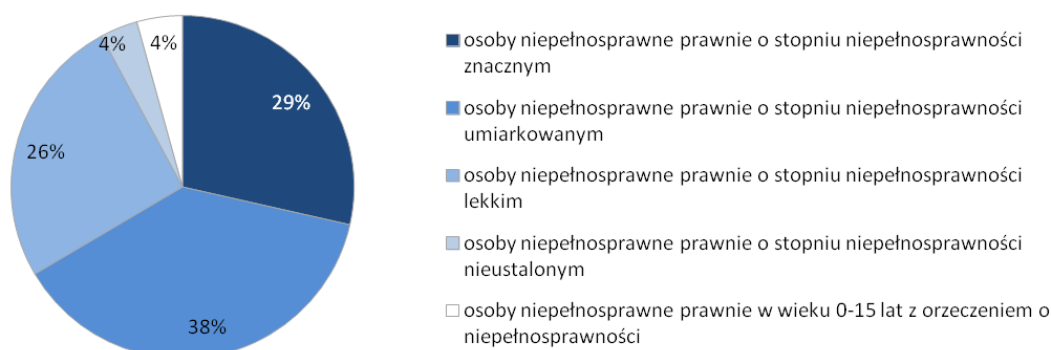
Rysunek 3 Udział osób niepełnosprawnych prawnie wśród ogółu mieszkańców w 2011 r. według województw



Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, Bank Danych Lokalnych, definicja prawna

Niepełnosprawność najczęściej nabywa się z wiekiem, stąd wśród osób niepełnosprawnych znacznie wyższy niż w populacji ogółem jest udział starszych grup wiekowych. Rysunek 5 ilustruje różnice w strukturze wieku dla ogółu mieszkańców Polski oraz dla osób niepełnosprawnych. Wśród ON ponad dwukrotnie wyższy jest udział grupy w wieku poprodukcyjnym (17% wśród ogółu mieszkańców Polski i 40% wśród ON), zaś czterokrotnie niższy jest udział grupy w wieku przedprodukcyjnym (odpowiednio 19% i 5%). Warto także zauważyć, iż w niektórych województwach udział grupy w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu niepełnosprawnych jest szczególnie wysoki – np. w województwie małopolskim stanowią one ponad połowę wszystkich ON. Z kolei relatywnie młodsze są populacje osób niepełnosprawnych w województwach kujawsko-pomorskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim (nieco wyższy udział grupy w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym oraz niższy udział grupy w wieku poprodukcyjnym).

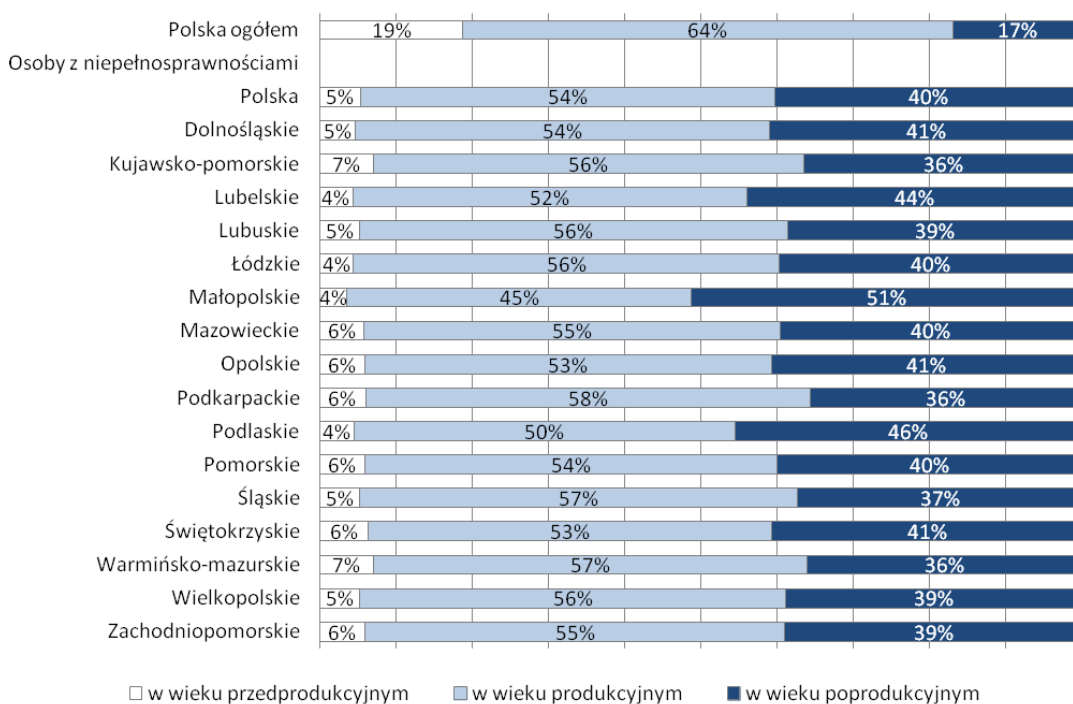
Rysunek 4 Struktura populacji osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności



Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, Bank Danych Lokalnych, definicja prawna

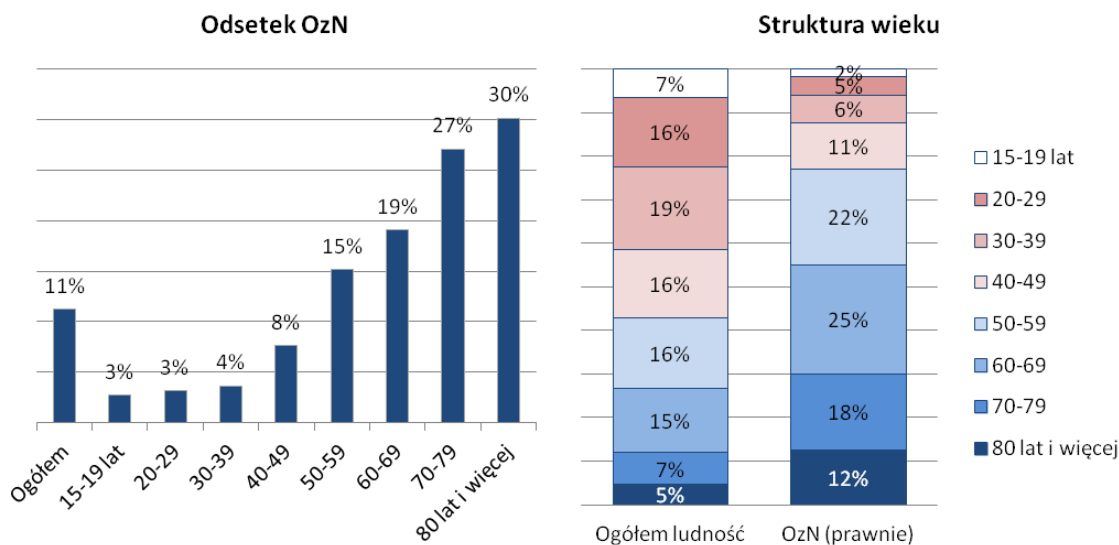
Dane z badania cyklicznego GUS „Stan zdrowia ludności Polski 2014” są bardziej aktualne, niż dane z ostatniego spisu powszechnego, a przy tym dostarczają więcej szczegółowych informacji na temat charakterystyki demograficznej populacji osób niepełnosprawnych, m.in. bardziej przekrojowe dane na temat odsetka ON w węższych grupach wiekowych. Wraz z wiekiem odsetek osób niepełnosprawnych wzrasta – po 50 roku życia udział tej grupy przekracza 15%, po 70 r.ż. przekracza 25% (por. Rysunek 6). Co więcej, ponad połowę populacji osób niepełnosprawnych stanowią osoby powyżej 60 roku życia, choć udział tej grupy w ogóle ludności powyżej 15 lat to tylko 27% (por. Rysunek 6).

Rysunek 5 Struktura populacji ogółu mieszkańców Polski oraz osób niepełnosprawnych według grup wieku i województw



Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, Bank Danych Lokalnych, definicja prawna

Rysunek 6 Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku oraz struktura wieku wśród osób niepełnosprawnych w odniesieniu do ogółu ludności powyżej 15 lat



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., definicja prawna. Opracowanie własne.

Zarówno dane z NSP 2011, jak i dane z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” wskazują, że proporcje płci wśród osób niepełnosprawnych prawnie rozkładają się mniej więcej po równo, natomiast można zauważyć ich zróżnicowanie względem wieku. Mężczyźni mają przewagę we wszystkich grupach wiekowych od 0 aż do 65 roku życia, natomiast wśród osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym przewagę mają kobiety (co jest związane z silną feminizacją tej grupy wiekowej wśród ogółu Polaków, wynikającą z dłuższego trwania życia u kobiet).

Podobnie jak w przypadku ogółu ludności osoby niepełnosprawne częściej zamieszkują miasta (62%), niż tereny wiejskie (38%). Nie odbiega to znacząco od sytuacji ogółu mieszkańców Polski (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016).

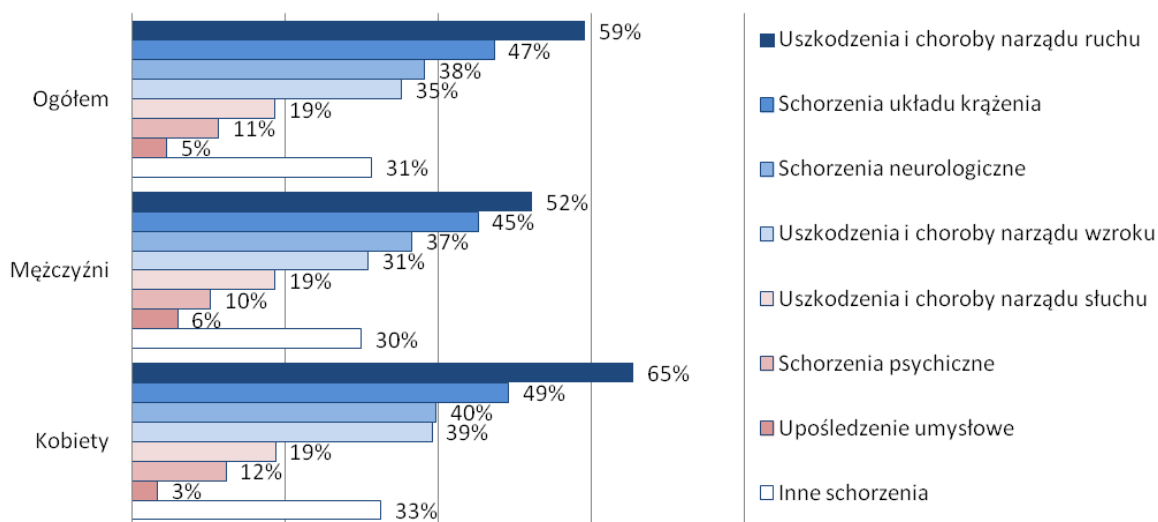
Najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności według danych GUS są uszkodzenia i choroby narządu ruchu, które dotyczą 59% osób niepełnosprawnych prawnie lub biologicznie (por. Rysunek 7). Jednocześnie niemal połowa osób niepełnosprawnych według definicji statystycznej deklaruje posiadanie schorzeń układu krążenia (47%). Kolejne dwie często występujące grupy schorzeń to schorzenia neurologiczne, na które cierpi około 38% osób niepełnosprawnych prawnie lub biologicznie, oraz uszkodzenia i choroby narządu wzroku, które dotknęły 35% tej grupy. Co piąta osoba niepełnosprawna ma uszkodzenia lub choroby narządu słuchu (19%), zaś co dziesiąta – schorzenia psychiczne (11%). Upośledzenia umysłowe to zaledwie 5% wszystkich schorzeń. Warto zauważyć, iż powyższe odsetki wskazują na dużą skalę współwystępowania schorzeń z różnych grup u tych samych osób⁸.

Częstotliwość występowania poszczególnych schorzeń wśród kobiet jest wyższa, niż w wśród mężczyzn (za wyjątkiem upośledzeń umysłowych), co związane jest z dłuższym trwaniem życia i wyższym wiekiem w przypadku kobiet.

⁸ Suma wskaźników ponad dwukrotnie przekracza 100%, co oznacza, że przeciętnie jedna osoba niepełnosprawna wskazywała przynajmniej dwa schorzenia.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że powyższe dane na temat występujących schorzeń obejmują łącznie osoby niepełnosprawne według definicji prawnej, jak i niepełnosprawne biologicznie. Na etapie opracowywania analizy desk research nie były dostępne dane wyłącznie dla zbiorowości osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności.

Rysunek 7 Odsetek osób niepełnosprawnych (definicja statystyczna) w wieku 15 i więcej lat według występujących grup schorzeń



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., definicja statystyczna (osoby niepełnosprawne prawnie i/lub biologicznie)

Dominującą kategorią wśród osób niepełnosprawnych jest niepełnosprawność nabyta, która najczęściej pojawia się w dojrzałym wieku (Bartkowski 2014), na co wskazuje przede wszystkim sama struktura wieku osób niepełnosprawnych. Szacuje się, że jedynie około 12,8% przypadków to niepełnosprawność od urodzenia, przyczyny genetyczne, uszkodzenia i choroby płodu, kolejne 27,2% to niepełnosprawność nabyta w wyniku urazu lub wypadku, zaś ponad 60% stanowią przypadki nabycia niepełnosprawności w wyniku długotrwałej choroby (Bartkowski 2014⁹). Z kolei w cytowanych przez Bartkowskiego badaniach OBOP z 2006 roku realizowanych wśród osób niepełnosprawnych około 18% stanowiły osoby niepełnosprawne od urodzenia, zaś ponad 80% - z niepełnosprawnością nabytą.

3.2 Status społeczny osób niepełnosprawnych

Populacja osób niepełnosprawnych różni się od ogółu populacji Polski nie tylko pod względem struktury wiekowej, lecz także pod względem zmiennych związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym. Różnice te mają bezpośrednie przełożenie na sytuację ekonomiczną, szanse życiowe oraz codzienne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

⁹ Stanisława Golinowska, Definiowanie niepełnosprawności w badaniach międzynarodowych, 2012, [w: S. Golinowska (red). Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych] za: Bartkowski 2014

Osoby niepełnosprawne charakteryzują się przeciętnie niższym poziomem wykształcenia, niż ogół ludności. Jest to szczególnie istotne, ponieważ wykształcenie jest ważnym składnikiem kapitału społecznego, określającym możliwość poradzenia sobie z trudną sytuacją życiową (Bartkowski 2014).

Wedle danych badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” **tylko 9% osób niepełnosprawnych prawnie posiadało wykształcenie wyższe, w porównaniu do 22% ogółu Polaków w wieku 13 lat i więcej** (por. Rysunek 8). Po około 30% grupy ON stanowią osoby z wykształceniem średnim, zasadniczym zawodowym lub co najwyżej gimnazjalnym. Udział wykształcenia zasadniczego i co najwyżej gimnazjalnego jest wśród niepełnosprawnych istotnie wyższy, niż wśród ogółu ludności. Te różnice w części można przypisać różnicom w strukturze wieku – generalnie starsze grupy wiekowe, kształtujące się w poprzednim ustroju, charakteryzowały się niższym wykształceniem, częściej też nastawionym na kierunki zawodowe. Ponadto Bartkowski wskazuje, iż niższe wykształcenie może wiązać się ze społecznymi warunkami powstawania niepełnosprawności, np. z typowymi zawodami wystawiającymi wykonujące je osoby na działanie czynników zagrażających zdrowiu oraz z mniejszą świadomością zdrowotną. Natomiast w najmłodszej grupie wiekowej niższy współczynnik skolaryzacji i niższy odsetek osób z wykształceniem wyższym przypisywać można różnego rodzaju trudnościom w nauce związanym z niepełnosprawnością (Bartkowski 2014).

Również **pod względem aktywności zawodowej populacja osób niepełnosprawnych odbiega od ogółu ludności. Ogromną większość grupy ON stanowią bierni zawodowo** (por. Rysunek 8) – to **81% w porównaniu do 42% wśród ogółu Polaków w wieku 15 i więcej lat** (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016). Tego typu rozbieżność występuje także w skali całej Europy – jak pisze Giermanowska osoby niepełnosprawne są prawie dwukrotnie mniej aktywne, niż osoby sprawne, a ponad połowa niepełnosprawnych Europejczyków nie może wejść lub powrócić na rynek pracy. Należy stwierdzić, iż Polska należy do krajów o bardzo niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, mimo wielu działań ustawodawczych i finansowych (Giermanowska 2016b). Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności **wskaźnik zatrudnienia w IV kwartale 2016 roku wśród osób niepełnosprawnych wynosił 14,1%, współczynnik aktywności zawodowej – 15,7%**, zaś stopa bezrobocia wyniosła 10,3%. Choć same wskaźniki aktywności są niskie w porównaniu z ogółem pracujących, to jednocześnie stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych była najniższa od wielu lat (GUS BAEL¹⁰). Nieco większą aktywność na rynku pracy przejawiali niepełnosprawni mężczyźni (wskaźnik zatrudnienia 16,1, stopa bezrobocia 10,3), niż niepełnosprawne kobiety (wskaźnik zatrudnienia 12,1, stopa bezrobocia 10,8).

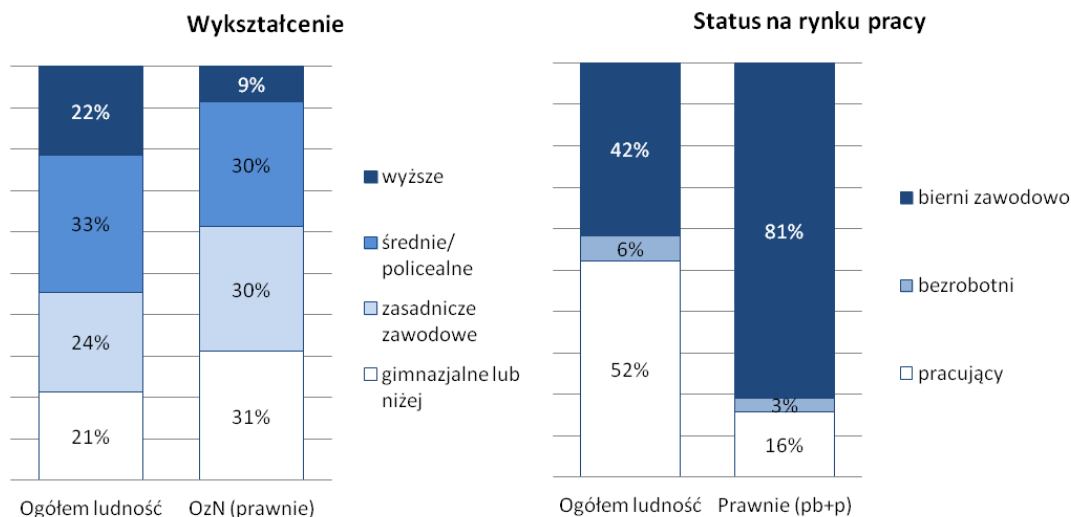
Dominuje zatrudnienie w charakterze pracownika najemnego (ponad połowa osób pracujących). Z kolei badania Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych przytaczane przez Giermanowską wskazują, że 30% osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności było w 2011 r. zatrudnionych na etat na chronionym rynku pracy w zakładach pracy chronionej lub zakładach aktywności zawodowej, 14% wykonywało prace czasowe i sezonowe, a 7% prowadziło działalność gospodarczą (Giermanowska 2016b).

Przejawiana przez ON aktywność zawodowa różni się w zależności od wykształcenia, wieku, płci, stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Najlepiej na rynku pracy radzą sobie osoby z wykształceniem wyższym, szczególnie z obszaru nauk ścisłych. Najwyższe współczynniki aktywności zawodowej i wskaźniki zatrudnienia notuje się w grupie wiekowej 35-44 lata. Najniższa aktywność zawodowa dotyczy grup w wieku do 24 lat i powyżej 55 lat, co jak pisze Giermanowska oznacza, że **zarówno młodzi po ukończeniu szkoły mają problemy z wejściem na rynek pracy, jak i osoby, które stały się niepełnosprawne w trakcie zatrudnienia z reintegracją zawodową i utrzymaniem pracy**¹¹.

¹⁰ <http://www.niepelnospawni.gov.pl/p,81,bael>

¹¹ Giermanowska Ewa, Niepełnosprawny jako pracownik i pracodawca, 2016b, w: Zakrzewska-Manterys Elżbieta, Niedbalski Jakub (red.), Samodzielni – zaradni – niezależni, Ludzie niepełnosprawni w systemie polityki, pracy i edukacji, 2016, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s.73

Rysunek 8 Struktura wykształcenia osób niepełnosprawnych (w wieku 13 lat i więcej) oraz status osób niepełnosprawnych na rynku pracy (w wieku 15 lat i więcej) w odniesieniu do ogółu ludności



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., definicja prawna

Największe rozbieżności w aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych dotyczą różnic między osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a osobami z lekkim lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (por. Tabela 1). Zarówno współczynnik aktywności zawodowej, jak i wskaźnik zatrudnienia wśród osób mających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności są bardzo niskie – kilkukrotnie niższe, niż w pozostałych grupach i przyjmują wartości poniżej 5%. Oznacza to, że **niemal cała grupa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności** (stanowiąca 29% wszystkich niepełnosprawnych) **to osoby biernie zawodowo**.

Relatywnie najwyższą aktywność (choć nadal ponad dwukrotnie niższą, niż ogół ludności) przejawiają osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności, wśród których współczynnik aktywności zawodowej wynosił w III kwartale 2016 r. 24,1%.

Tabela 1 Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej według stopnia niepełnosprawności w III kwartale 2016 r. w odniesieniu do aktywności ekonomicznej ogółu ludności

Osoby mające orzeczenie:	Współczynnik aktywności zawodowej	Wskaźnik zatrudnienia	Stopa bezrobocia
O znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne	4,9%	4,4%	x
O umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważne	18,3%	16,9%	8,0%
O lekkim stopniu niepełnosprawności lub równoważne	24,1%	21,3%	11,2%
Ogółem osoby niepełnosprawne	16,2%	14,6%	9,4%
Ogółem ludność	56,3%	53,0%	5,9%

Źródło: Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2016 r., tablica 1.1 oraz 5.1, GUS 2017

4. SYSTEM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W POLSCE

4.1 Uregulowania prawne - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Działania systemowe na rzecz osób niepełnosprawnych reguluje w Polsce **Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dn. 27 sierpnia 1997 z późn. zm.** Ustawa ta dotyczy osób niepełnosprawnych wedle przyjętej tutaj definicji prawnej, a zatem takich, których niepełnosprawność została potwierdzona odpowiednim orzeczeniem. Dokument w następujący sposób określa pojęcia rehabilitacji zawodowej i społecznej:

Art. 7.1. Ustawy: 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.

Kwestie rehabilitacji zdrowotnej określane są na podstawie odrębnych przepisów.

Zadania wynikające z ustawy realizują organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego i PFRON. Ustawa określa zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji na poziomie centralnym oraz lokalnym.

Poziom centralny

Na poziomie centralnym **kluczową instytucją systemu jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.** Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego w myśl ustawy wydaje rozporządzenia w zakresie organizacji całego systemu, w szczególności dla instytucji szczebla lokalnego. Rozporządzenia te dotyczą warunków, wymagań i obowiązków poszczególnych elementów systemu. MRPiPS określa m.in. warunki tworzenia i działania WTZ, turnusów rehabilitacyjnych, warunki i tryb przyznawania środków i dofinansowań, warunki i zasady wydawania orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, a także orzeczeń o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy ustala wzory dokumentów i zasady sprawozdawczości, określa rodzaje wydatków i warunki skorzystania ze środków funduszy rehabilitacji, określa rodzaje zadań powiatu, które mogą być dofinansowywane ze środków Funduszu, a także tryb postępowania i zasady dofinansowania. Jest instytucją nadrzędną wobec PFRON i Pełnomocnika Rządu ds. Osób niepełnosprawnych. Ponadto Ministerstwo pełni funkcje odwoławcze dla decyzji niższych instancji, a także wykonuje zadania kontrolne.

Ustawa przypisuje też pewne zadania Ministerstwu Zdrowia i Ministerstwu Finansów – ich ministrowie działają jednak w porozumieniu z ministrem właściwym ds. zabezpieczenia społecznego, pełniąc rolę konsultacyjną.

Nadzór nad wykonaniem zadań wynikających z ustawy ma **Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.** Jest on sekretarzem stanu w MRPiPS. Koordynuje realizację działań oraz inicjuje działania kontrolne. Sprawuje nadzór nad orzekaniem o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Do zadań Pełnomocnika należy także opracowywanie oraz opiniowanie projektów aktów normatywnych dotyczących zatrudnienia, rehabilitacji oraz warunków życia osób niepełnosprawnych, opracowywanie projektów programów rządowych dotyczących rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych, ustalanie założeń do rocznych planów rzeczowo-finansowych dotyczących realizacji zadań wynikających z ustawy, inicjowanie działań zmierzających do ograniczenia skutków niepełnosprawności i barier utrudniających osobom niepełnosprawnym funkcjonowanie w społeczeństwie, współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych. Ustawa przewiduje także funkcjonowanie **Krajowej Rady Konsultacyjnej do Spraw Osób Niepełnosprawnych**, która jest organem opiniodawczo-doradczym Pełnomocnika.

Odrębnym podmiotem z poziomu centralnego jest **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**. Jest to fundusz celowy, którego przychodami są przede wszystkim wpłaty pracodawców z tytułu nieosiągnięcia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz dotacje z budżetu państwa. Środki z Funduszu przeznacza się m.in. realizację działań wyrównujących różnice między regionami, na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych realizowane przez fundacje i organizacje pozarządowe; realizację programów wspieranych ze środków pomocowych Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych przewidzianych do wdrożenia w danym roku, dofinansowanie zadań wynikających z programów rządowych, w tym ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, a także pomoc rodzinom, których członkami są osoby niepełnosprawne, programy, służące rehabilitacji społecznej i zawodowej, w szczególności adresowane do osób niepełnosprawnych oraz do rodzin, których członkami są osoby niepełnosprawne, finansowanie w części lub całości badań, ekspertyz i analiz dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej. PFRON przekazuje znaczną część swoich środków pracodawcom na dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.

Wśród aktualnie realizowanych programów PFRON warto wymienić pilotażowy program „Aktywny samorząd”, którego głównym celem jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. Moduły I i II tego programu oferują wsparcie indywidualne bezpośrednio dla osób niepełnosprawnych lub ich otoczenia. Bezpośrednimi realizatorami programu są samorządy powiatowe.

W programie przewidziano zadania:

- Moduł I: likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:
 - Likwidacja bariery transportowej poprzez pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu lub pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kat. B
 - Likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym poprzez pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, a także dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi tych urządzeń i programów
 - Likwidacja barier w poruszaniu się poprzez pomoc w zakupie lub utrzymaniu sprawności technicznej wózka inwalidzkiego elektrycznego lub protezy z nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi
 - Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej tj. dziecka będącego pod opieką wnioskodawcy, przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką (dziennego opiekuna, niani lub w ramach klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego).
- Moduł II: pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym poprzez dofinansowanie kosztów edukacji w szkole policealnej, kolegium lub w szkole wyższej (studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym / dziennym lub niestacjonarnym / wieczorowym / zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu)
- Moduł III: szkolenia kadr samorządów i organizacji pozarządowych z zakresu problematyki niepełnosprawności

PFRON realizuje obecnie także: program „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” w celu współfinansowania projektów organizacji pozarządowych w trybie konkursowym, Program wsparcia międzynarodowych imprez sportowych dla osób niepełnosprawnych, Program wyrównywania różnic między regionami III dla samorządów powiatowych, Program „Wsparcie inicjatyw” (nagrody za prace naukowe nt. zjawiska niepełnosprawności, nagrody za działania artystyczne dla uczestników WTZ, ŚDS i DPS, udzielanie grantów na wydarzenia międzynarodowe, nagrody dla medalistów Igrzysk Paraolimpijskich), Program „Stabilne Zatrudnienie osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej” (skierowany do instytucji samorządowych i państwowych ma na celu podniesienie wskaźnika zatrudnienia ON w administracji publicznej), pilotażowy Program „Absolwent” (skierowany do uczelni wyższych, na rzecz zwiększenia

zatrudnienia ON) oraz pilotażowy Program „Praca-Integracja” (adresowany do pracodawców i organizacji pozarządowych, mający na celu podniesienie wskaźnika zatrudnienia ON na otwartym rynku pracy)¹².

Poziom lokalny

Na poziomie lokalnym za realizację zadań związanych z rehabilitacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych w myśl Ustawy odpowiedzialne są organy samorządu terytorialnego.

Samorząd województwa odpowiada za opracowanie i realizację wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych, dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej, współpracę z organami administracji rządowej oraz powiatami i gminami w realizacji zadań wynikających z ustawy oraz współpracę z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.

Na poziomie województwa działają także wojewódzkie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, jako druga instancja orzekająca.

To na poziomie **samorządu powiatowego** skoncentrowane są zadania dotyczące osób niepełnosprawnych i to ten poziom samorządu terytorialnego wskazany jest w Ustawie (w przeciwieństwie do samorządów gminnych, które wsparcia osobom niepełnosprawnym mogą udzielać w ramach swoich zadań z zakresu pomocy społecznej). Do zadań samorządów powiatowych należą:

- opracowywanie i realizacja, zgodnych z powiatową strategią dotyczącą rozwiązywania problemów społecznych, powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej i zatrudniania, przestrzegania praw osób niepełnosprawnych;
- współpraca z instytucjami administracji rządowej i samorządowej w opracowywaniu i realizacji programów
- podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej tych osób;
- finansowanie z Funduszu wydatków na instrumenty lub usługi rynku pracy określone w ustawie o promocji, w odniesieniu do osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu;
- dofinansowanie: uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne 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, usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej;
- pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych, ich szkolenie oraz przekwalifikowanie;

Zadania te są realizowane przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie oraz Powiatowe Urzędy Pracy.

Na poziomie powiatu działają także powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, jako pierwsza instancja orzekająca.

¹² Źródło: <http://www.pfron.org.pl/pl/programy-i-zadania-pfr/programy-i-zadania-real/976,Spis-programow-realizowanych-obecnie.html>

Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) należą do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej ON. Ustawa precyzuje, iż są to placówki wyodrębnione organizacyjnie i finansowo, stwarzające osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Celem WTZ jest rozwijanie umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, a także psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy. Co ważne, terapia ta ma być realizowana na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji. Warsztaty mogą być organizowane przez fundacje, stowarzyszenia lub inne podmioty, a ich działanie jest współfinansowane ze środków PFRON i samorządu powiatowego, lub innych źródeł. Osoby niepełnosprawne są kierowane do uczestnictwa w WTZ zgodnie ze wskazaniem zawartym w orzeczeniu o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.

Drugą z form aktywności wspomagającej rehabilitację społeczną i zawodową ON wymienionych w Ustawie są **turnusy rehabilitacyjne**. To zorganizowane formy aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu. Osoby niepełnosprawne są kierowane do uczestnictwa w turnusie na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajdują i mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON, jeśli spełniają kryteria dochodowe. Na potrzeby uczestnictwa w turnusie przysługuje im urlop w pracy zawodowej.

Elementem systemu wsparcia dla osób niepełnosprawnych są także **zakłady pracy chronionej (ZPCh)** oraz **zakłady aktywności zawodowej (ZAZ)**. Ustawa określa, jakie warunki musi spełnić pracodawca, aby jego działalność mogła uzyskać status zakładu pracy chronionej, przyznawany przez wojewodę. Status ten daje możliwość korzystania z różnych instrumentów finansowych – zwolnień podatkowych oraz pomocy ze środków PFRON.

Zakłady aktywności zawodowej mogą być tworzone przez gminę, powiat, fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Ustawa precyzuje, jakie warunki muszą być spełnione w celu uzyskania statusu ZAZ, przyznawanego przez marszałka województwa. Status ten daje możliwość korzystania ze środków PFRON na utworzenie ZAZ oraz finansowanie jego działalności. Celem funkcjonowania zakładów ma być zatrudnienie osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności i osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w wielu miejscach przewiduje aktywny udział **organizacji pozarządowych** w działaniach na rzecz ON, jako uzupełnienie działań jednostek samorządu terytorialnego i PFRON. W 2015 roku w Polsce zarejestrowanych było 17 tys. fundacji oraz 86 tys. stowarzyszeń (nie licząc Ochotniczych Straży Pożarnych). Aktywnych jest około 70 tys. z nich (Adamiak, Charycka, Gumkowska, 2016). Z tego 8% jako główną działalność deklaruje usługi socjalne i pomoc społeczną (ogółem w swojej działalności dziedzinę tę wskazuje 21% organizacji), zaś 7% - ochronę zdrowia (wśród różnych dziedzin wskazuje ją 20%). Około połowa spośród organizacji działających w obszarze usług socjalnych i pomocy społecznej działa na rzecz osób niepełnosprawnych. Rehabilitacją i terapią (nie tylko dla ON) zajmuje się około 60% organizacji działających w obszarze ochrony zdrowia.

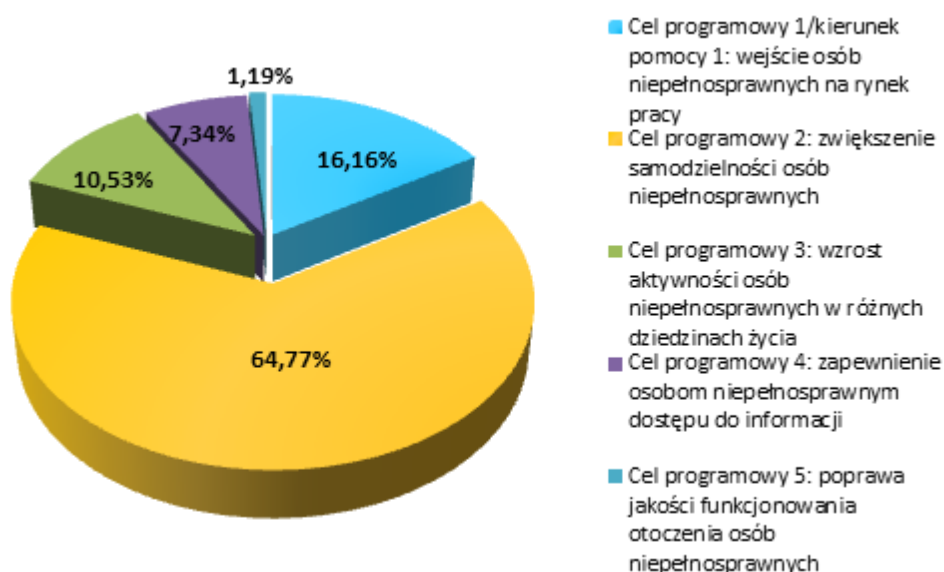
Zarówno Pełnomocnik, jak i samorząd lokalny w myśl Ustawy mają obowiązek współpracy z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych. Podmioty trzeciego sektora mogą realizować zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej ON zlecane przez PFRON lub przez jednostki samorządu terytorialnego (finansowane ze środków Funduszu). Określenie zakresu zadań, które mogą być powierzone lub wspierane spoczywa na ministrze ds. zabezpieczenia społecznego. Aktualnie kwestię tę reguluje

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2008 r. w sprawie rodzajów zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym. W rozporządzeniu wymieniono 12 rodzajów zadań, w tym m.in. prowadzenie rehabilitacji ON; organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla ON – aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby; organizowanie szkoleń, kursów i warsztatów dla otoczenia ON; organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez doradztwo zawodowe, przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej oraz prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu ON; prowadzenie działań promocyjnych i integracyjnych, a także podejmowanie działań wspierających ON np. poprzez szkolenie tłumaczy języka migowego i tłumaczy przewodników, a także utrzymanie psów przewodników.

Na realizację zadań zleczanych w Biurze i Oddziałach PFRON w 2016 roku zaplanowano środki finansowe w łącznej wysokości **209.147 tys. zł**, z czego wykorzystane zostały środki **w łącznej wysokości 207.103.267,09 zł (99,02% środków zaplanowanych)**¹³.

Zdecydowana większość środków została skierowana na Cel programowy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (64,77%). 16,16% to środki wydatkowane w ramach Celu programowego 1 – wejście osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy. Środki wydatkowane były również na zwiększenie aktywności ON w różnych dziedzinach życia (10,53%), zapewnienie ON dostępu do informacji (7,34%) oraz poprawę jakości funkcjonowania otoczenia ON (1,19%).

Rysunek 9 Realizacja zadania w 2016 roku wg celu programowego - zadania zlecane art. 36.



Źródło: sprawozdanie finansowe PFRON za rok 2016.

Ponadto organizacje pozarządowe powinny wedle zapisów Ustawy mieć swoich reprezentantów we wszystkich ciałach konsultacyjnych od szczebla centralnego do lokalnego – przedstawiciele organizacji pozarządowych i fundacji mają wchodzić w skład Krajowej Rady Konsultacyjnej do Spraw Osób Niepełnosprawnych, a także

¹³ Źródło: sprawozdanie finansowe PFRON za rok 2016.

w skład powiatowych i wojewódzkich radach społecznych ds. osób niepełnosprawnych. Trzeci sektor ma także swoich przedstawicieli w Radzie Nadzorczej PFRON.

Jak już wspomniano wcześniej, do organizacji pozarządowych skierowane są także niektóre programy PFRON, w tym m.in.: program „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” (program współpracy z Zarządami Województw w celu współfinansowania projektów organizacji pozarządowych wyłonionych do dofinansowania w drodze konkursów organizowanych przez Zarządy Województw w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych); "Program wyrównywania różnic między regionami III"; Pilotażowy program „ABSOLWENT” (na rzecz zwiększenia zatrudnienia absolwentów niepełnosprawnych); Pilotażowy Program „Praca - Integracja” (na rzecz podniesienia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy)¹⁴. Poza programem „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” kierowanym specyficznie do jednostek trzeciego sektora, pozostałe przedsięwzięcia obejmują także inne typy beneficjentów.

4.2 Wsparcie w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej dla ON

Omawiając system wsparcia w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych należy także wymienić, jakiego rodzaju pomoc i z jakich źródeł mogą oni obecnie otrzymać:

W zakresie rehabilitacji i aktywizacji zawodowej system przewiduje następujące elementy:

Wsparcie bezpośrednio dla ON:

- Refundacja składek na ubezpieczenie społeczne (dla rolników niepełnosprawnych i/lub niepełnosprawnych członków ich rodzin);
- Refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe dla osób prowadzących działalność gospodarczą;
- Dofinansowanie do wysokości 50% oprocentowania kredytu bankowego osobie niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą albo gospodarstwo rolne;
- Przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej (za pośrednictwem starosty).
- Pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych, ich szkolenie oraz przekwalifikowanie;
- Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej.

Wsparcie dla pracodawców zatrudniających ON:

- Zwolnienie z wpłat na PFRON;
- Zwrot kosztów szkolenia i zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy;
- Zwrot kosztów szkolenia pracownika niepełnosprawnego;
- Zwrot kosztów przystosowania stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej;
- Dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych;

W zakresie rehabilitacji społecznej:

- Dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
- Likwidacja barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych;

¹⁴ Źródło: www.pfron.org.pl



- Likwidacja barier w dostępie do społeczeństwa informacyjnego (np. pilotażowy program „Aktywny Samorząd”);
- Likwidacja barier transportowych (np. pilotażowy program „Aktywny Samorząd”);
- Turnusy rehabilitacyjne;
- Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywności Zawodowej;
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, likwidacja barier w poruszaniu się;
- Karta parkingowa dla osoby niepełnosprawnej.

W zakresie edukacji

- Pomoc w uzyskaniu wykształcenia poprzez dofinansowanie kosztów edukacji w szkole policealnej, kolegium lub w szkole wyższej (studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym / dziennym lub niestacjonarnym / wieczorowym / zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu) (program pilotażowy „Aktywny Samorząd”);
- Szkolenia i kursy zawodowe organizowane przez powiatowe urzędy pracy.

Usługi opiekuńcze

- Usługi Domów Pomocy Społecznej;
- Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Ośrodki wsparcia.

Pomoc finansowa

- Świadczenia z Programu 500+ na dziecko niepełnosprawne;
- Świadczenie pielęgnacyjne, w tym dla rodziców lub opiekunów dziecka niepełnosprawnego;
- Zasiłki: dla opiekunów, pielęgnacyjne, stałe, okresowe, specjalne zasiłki opiekuńcze, dodatki do zasiłków rodzinnych;
- Składki zdrowotne dla osób pobierających zasiłek stały.

Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2015 roku wsparcie dla osób niepełnosprawnych wyniosło ponad 13 mld złotych¹⁵. Najwięcej z tych środków przeznaczono na dofinansowanie do wynagrodzeń (2,9 mld zł), renty socjalne (2,39 mld zł), świadczenia i zasiłki pielęgnacyjne (odpowiednio 1,98 mld zł i 1,69 mld zł). Na działalność WTZ i ZAZ przeznaczono ponad 460 mln zł (por. Rysunek 10). W stosunku do roku 2013 wsparcie dla ON i ich opiekunów wzrosło o niemal 2 mld zł – w 2013 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przekazało na ten cel 11,2 mld zł¹⁶.

¹⁵ <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/inne/art,7907,wsparcie-dla-niepelnosprawnych.html>

¹⁶ <http://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/ministerstwo/art,6634,wsparcie-dla-osob-niepelnosprawnych.html>

Rysunek 10 Wydatki na cele związane ze wsparciem osób niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r. (w mln zł)



Źródło: Wsparcie dla niepełnosprawnych i opiekunów MRPiPS 2016

Obok wsparcia finansowego osoby niepełnosprawne mogą także korzystać z usług różnego rodzaju placówek i ośrodków. W 2015 r. w Polsce działały 2 594 placówki dla 150 tys. osób – w tym ponad 800 domów pomocy społecznej, 799 ośrodków wsparcia, 263 dziennych i 26 rodzinnych domów pomocy, a także 699 warsztatów terapii zajęciowej. Dane Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o liczbie ich usługobiorców, a także o liczbie osób, które skorzystały z różnego rodzaju dofinansowań zawiera Tabela 2. W stosunku do roku 2013 wzrosła liczba placówek dla ON (wówczas było to 1910 placówek), a także liczba miejsc do dyspozycji (120 tys.). Liczba prowadzonych WTZ wzrosła nieznacznie (wcześniej było to 680 warsztatów).

Tabela 2 Wsparcie dla osób niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r. – liczba placówek i odbiorców usług

	Liczba placówek	Liczba usługobiorców
Domy pomocy społecznej	807	77 000
Ośrodki wsparcia	799	32 500
Dzienne domy pomocy	263	20 700
Rodzinne domy pomocy	26	241
Warsztaty terapii zajęciowej	699	26 000
Ogółem skorzystało z placówek:	2 594	156 441
dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych	x	59 500
środki na likwidację barier funkcjonalnych	x	77 100
dopłaty do sprzętu rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych	x	204 800
Ogółem skorzystało z refundacji:	x	341 400

Źródło: Wsparcie dla niepełnosprawnych i opiekunów MRPiPS 2016

4.3 Ocena systemu wsparcia ON

4.3.1 Ocena ekspercka

Funkcjonujący w Polsce system instytucji świadczących różnego rodzaju wsparcie dla ON można określić jako wieloszczeblowy i wielosektorowy (Gąciarz, Kubicki, Rudnicki, 2014)¹⁷. Publiczne instytucje zaangażowane w ten proces można podzielić według kryterium pełnionych funkcji:

- instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej (NFZ, wydziały zdrowia urzędów administracji publicznej wszystkich szczebli, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, zakłady opiekuńczo-lecznicze);
- instytucje zabezpieczenia społecznego w zakresie orzecznictwa (ZUS, KRUS, sektorowe zakłady ubezpieczeń społecznych MON i MSW, powiatowe centra pomocy rodzinie);
- instytucje opieki i pomocy społecznej (powiatowe centra pomocy rodzinie, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, organizacje trzeciego sektora);
- instytucje aktywizacji zawodowej (PFRON, powiatowe urzędy pracy, zakłady aktywizacji zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki szkoleń zawodowych, szkoły zawodowe, szkoły wyższe, organizacje trzeciego sektora);
- instytucje rynku pracy (PFRON, powiatowe urzędy pracy, organizacje pracodawców, zakłady pracy chronionej, spółdzielnie inwalidów i przedsiębiorstwa społeczne);
- instytucje odpowiedzialne za likwidację barier w przestrzeni publicznej (wydziały architektury i wydziały transportu publicznego urzędów wszystkich szczebli administracji publicznej, nadzór budowlany, przedsiębiorstwa transportu publicznego, nadzór komunikacji elektronicznej, kierownicy instytucji publicznych wszystkich szczebli, PFRON);
- instytucje oświatowe (kuratoria, szkoły publiczne i niepubliczne, szkoły specjalne, szkoły wyższe, ośrodki szkolno-wychowawcze, ośrodki poradnictwa psychologicznego i pedagogicznego)¹⁸.

Wydaje się więc, że wspólny zakres działania tych podmiotów obejmuje praktycznie wszystkie sfery życia osób niepełnosprawnych, co powinno gwarantować skuteczne zaspokajanie potrzeb ON. Jednak analizy ekspertów¹⁹ wskazują, iż w tym układzie istnieją luki, które prowadzą do problemów w realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej niepełnosprawnych. Gąciarz, Kubicki i Rudnicki konkludują, że odpowiedzialny za ten stan rzeczy jest **sektorowy podział odpowiedzialności pomiędzy różne instytucje, oznaczający jej fragmentaryzację już na poziomie rządowym**, a także niższym. W ocenie autorów **brakuje zintegrowanego centrum decyzyjnego**, czego przejawy odnajdujemy w niemal wszystkich terenowych badaniach empirycznych, sondażach opinii społecznej i studiach przypadków odnoszących się do sytuacji osób niepełnosprawnych

w Polsce. Idzie tu o takie zjawiska, jak: stosowanie różnych procedur i wymogów formalnych przy świadczeniu usług publicznych ze względu na odmienne wymagania prawne i administracyjne, brak powiązań pomiędzy różnymi świadczeniami, wzajemne wykluczanie się korzystania z różnych form wsparcia, rozproszenie i brak współpracy pomiędzy instytucjami świadczącymi. Faktycznie ma miejsce zjawisko podziałów resortowych

¹⁷ <https://www.google.pl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=G%C4%85ciarz,+Kubicki,+Rudnicki,+2014>

¹⁸ Gąciarz Barbara, Kubicki Paweł, Rudnicki Seweryn, System Instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji, 2014, w: Gąciarz Barbara, Rudnicki Seweryn (red.), 2014, Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej, Wydawnictwa AGH, Kraków, s. 105

¹⁹ Tamże.

przebiegających wertykalnie w całym systemie administracji publicznej²⁰. Autorzy wskazują, że Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, choć mógłby spełniać rolę takiego centrum, nie jest do tego władny, ponieważ jego kompetencje ograniczają się do merytorycznego nadzoru nad wykonywaniem zadań wynikających z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Nie jest to więc instytucja, która odpowiadałaby za rozwiązywanie całokształtu problemów społecznych związanych z niepełnosprawnością – a jedynie za jej wycinek.

Gąciarz, Kubicki i Rudnicki proponują, aby na zagadnienie instytucjonalnego wsparcia ON spojrzeć z punktu widzenia konkretnej jednostki i wskazują „węzły krytyczne” – decyzje, które w dużym stopniu wpływają na szanse danej osoby na rehabilitację społeczną i zawodową, a także na jej możliwości integracji społecznej:

- Przebieg leczenia i rehabilitacji (moment postawienia diagnozy medycznej)
- Uzyskanie statusu prawnego osoby niepełnosprawnej oraz określenie zdolności do pracy (mające skutki segregujące – wykluczenie z rynku pracy lub ograniczenie dostępu)
 - Nadanie statusu osoby niezdolnej do pracy w wyniku orzeczenia (co ogranicza zakres możliwych form wsparcia); krytyczny jest tu moment przypisania roli klienta sektora pomocy społecznej
 - Nadanie statusu osoby zdolnej do pracy wyznacza dostęp do różnych form zatrudnienia; krytyczny jest tu moment konfrontacji z jakością oferty instytucji rynku pracy
- Dostęp do edukacji na wszystkich jej szczeblach, w szczególności do szkolnictwa średniego, zawodowego oraz różnych form szkolenia zawodowego; krytyczny jest tutaj moment uzyskania statusu absolwenta i próby zdobycia zatrudnienia.

Problem w budowie kompleksowego systemu w ocenie autorów polega na **braku mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i instytucjami z różnych sektorów zajmujących się niepełnosprawnymi na ścieżce danej osoby**. W rezultacie brak jest korespondencji i ciągłości pomiędzy poszczególnymi formami pomocy, co obniża jej skuteczność. Kolejną wadą instytucjonalną systemu jest **brak wymiany informacji o ON pomiędzy różnymi instytucjami**, co utrudnia lub wręcz uniemożliwia tworzenie całościowych planów wsparcia²¹. Placówki pomocowe nie mają wiedzy o osobach, które mogą kwalifikować się do uzyskania pomocy, ani sposobu docierania do osób (w tym rodzin z małymi niepełnosprawnymi dziećmi), które dopiero co uzyskały orzeczenie i nie znają jeszcze specyfiki systemu, ani należnych im uprawnień. Wiele badań wskazuje na problem z dotarciem z informacją na temat dostępnego wsparcia i uprawnień ON w zakresie rehabilitacji, edukacji i rynku pracy, co jest efektem **braku systemowej pomocy rodzinie osoby niepełnosprawnej w integracji społecznej** (Diagnoza systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej na Mazowszu, 2011; Sochańska i in., 2015). Problemy te wynikają m.in. z rozdzielania kompetencji w zakresie ochrony zdrowia i orzecznictwa od działań pomocowych, a tych ostatnich od aktywizacji zawodowej.

W rezultacie działania kierowane do osób niepełnosprawnych nie mają charakteru kompleksowego, nie są zindywidualizowane w stopniu satysfakcjonującym, co ogranicza integrację społeczną i zawodową. Najczęściej bowiem sytuacja danej osoby wymaga likwidacji łącznie kilku barier czy problemów, aby codzienne życie zmieniło się w istotny sposób. Ponadto część pomocy może być marnowana w skutek braku ciągłości wsparcia, a istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej²². Innym aspektem dysfunkcyjności systemu jest częsta **nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb** (np. forma czy wysokość pomocy). Jako przykład można podać rehabilitację po wypadkach, która dostępna jest dopiero po kilku miesiącach od hospitalizacji i w ograniczonym wymiarze, co czyni jej skuteczność dyskusyjną.

²⁰ Tamże

²¹ Tamże

²² Tamże, s. 112

System krytykowany jest także z powodu **rozbudowanej biurokracji** (m.in. *Badanie potrzeb i satysfakcji z wybranych usług skierowanych do rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością w wieku 8-16 lat, 2015*). Jego uczestnicy często odnoszą wrażenie, że procedury, przepisy i reguły rozliczeń mają na celu jedynie zapewnić formalną poprawność świadczenia, nie zaś doprowadzić do pożądaných dla beneficjentów rezultatów w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej. Jak piszą Gąciarz, Kubicki i Rudnicki *koszt kontroli poprawności formalnej i badania celowości wydatków jest nieproporcjonalnie wysoki w stosunku do osiągniętych efektów*²³.

4.3.2 Ocena osób niepełnosprawnych uczestniczących w badaniu

Opinie osób niepełnosprawnych na temat systemu wsparcia są podzielone. Nieznaczną przewagę ma grono osób, które uważają, że osoba niepełnosprawna i jej rodzina nie może liczyć na wsparcie działających w Polsce organizacji i instytucji (45%). O możliwości uzyskania wsparcia przekonanych jest 41% badanych. **Sam fakt, iż tak liczną grupę stanowią osoby rozczarowane możliwościami uzyskania pomocy wskazuje, iż system ten nie działa w sposób optymalny.**

Relatywnie najgorszą opinię o możliwości uzyskania przez osoby niepełnosprawne wsparcia od organizacji i instytucji mają opiekunowie osób z upośledzeniem umysłowym – aż 52% tej grupy uważa, że niepełnosprawni nie mogą liczyć na pomoc.

Warto w tym kontekście wziąć pod uwagę fakt, że jest to grupa szczególnie narażona na ponoszenie konsekwencji niepełnosprawności swoich bliskich, z których wielu wymaga stałej opieki i asysty do końca życia i nie podejmuje adekwatnych do swojego wieku ról społecznych. W przypadku niepełnosprawności z tej grupy bardzo często występują sprzężenia, które zwielokrotniają liczbę potrzeb specjalnych niepełnosprawnych członków rodzin.

[Syn] urodził się 5 czerwca 1999 roku, był dzieckiem leżącym, nie kontaktowym, obecnie jeździ na wózku. Nie rozumie pewnych rzeczy, upośledzenie umysłowe jest w stopniu znacznym, ma okulary, ma zwapnienie kości, miał przebyte wylewy po urodzeniu, nikt nam o tym nie powiedział a teraz jednak wychodzi, że były. Porażenie mózgowe, jest tego bardzo dużo, ma skoliozę. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Szczególnie problematyczny jest dla tej grupy badanych moment wyjścia podopiecznych z systemu edukacji, ponieważ często lokalnie brakuje placówek wsparcia z adekwatną do potrzeb ofertą terapeutyczno-zajęciową. W związku z tym rodziny, które zainwestowały 25 lat intensywnej pracy w rehabilitację swoich podopiecznych są zmuszone albo obserwować ich szybki regres, albo zwiększyć nakłady pracy i środków aby go zatrzymać, w momencie gdy same zaczynają potrzebować wsparcia w związku z wiekiem jaki osiągają.

I szukamy jakiegoś miejsca zaczepienia dla dzieci.

Samemu trzeba szukać, nie ma żadnej pomocy znikąd.

Jedni mówią, że właściwie dziecko można spróbować do pracy, w zakładach pracy chronionej. Może spróbować na otwartym rynku. Do ŚDS-u, (...) czy do warsztatu terapii zajęciowej.

To inne placówki wsparcia, bo te warsztaty terapii i środowiskowe domy są jakoś umocowane prawnie, natomiast wszystkie inne, to jest takie ośrodki, które powstawały, czy ośrodek dzienny, czy zespół rehabilitacyjny, czy Stowarzyszenie, tak, czy organizacje pożytku...

Ale to każdy rodzic musi sobie sam załatwić. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Dość licznie pogląd ten podzielają także osoby z dysfunkcją wzroku (48%). Ocena pogarsza się też wraz ze wzrostem wieku respondentów, a także jest związana z poziomem wykształcenia – najniższa jest wśród osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym (59% negatywnych opinii).

²³ Gąciarz, Kubicki, Rudnicki, 2014, s. 115

Niższa ocena systemu wsparcia wśród osób starszych i słabiej wykształconych zapewne jest spowodowana mniejszą samodzielnością tej grupy w samodzielnym docieraniu do informacji, zwłaszcza dostępną drogą elektroniczną. Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, że biegłość w tym zakresie stanowi umiejętność szczególnie ważną dla sprawnego pozyskiwania wiedzy na temat dostępnego wsparcia oraz sposobach jego uzyskiwania.

Myszę, że gdyby się zaparła, to znalazłabym możliwość. A ja trochę odpuściłam. Gdyby osoby po zakończeniu rehabilitacji dostawały wskazówki gdzie szukać itd. Niektóre osoby mogą się czuć w sytuacjach gdy coś się kończy bardziej bezradnie. Są też jednak osoby, które nie mają biegłości w wyszukiwaniu takich informacji. (IDI 10 niepełnosprawność ruchowa, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

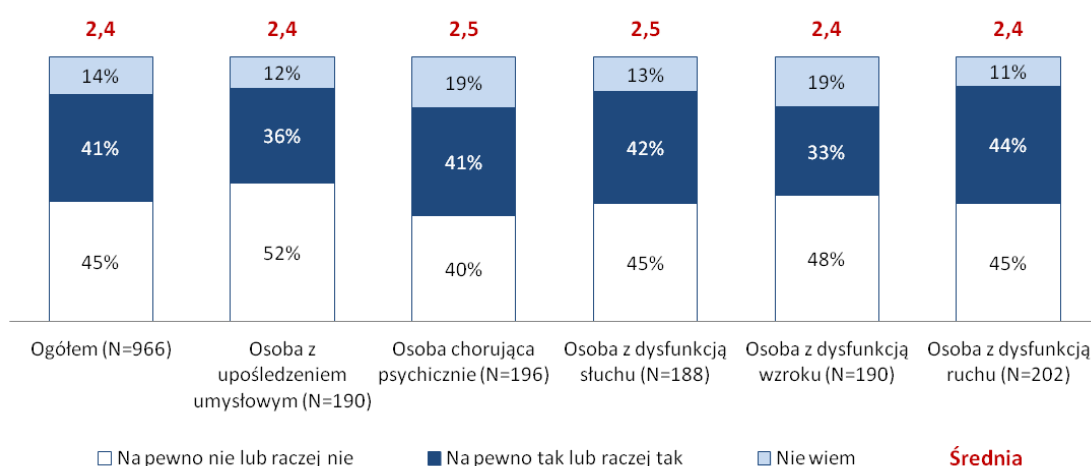
Dodatkowo trzeba brać pod uwagę specyfikę systemu, który w największym stopniu wspiera dzieci i młodzież do 25 roku życia. Ta część wsparcia wydaje się też dużo bardziej uporządkowana i przejrzysta dla rodzin, zwłaszcza, że kluczową rolę pełni szkoła, wokół której, i za której pośrednictwem prowadzona jest duża część działań na rzecz ON. Tymczasem dorośli zostają w dużej mierze pozostawieni samym sobie, borykając się często z dużo mniej przejrzystym i jednoznacznym spektrum możliwości dla nich, tylko potencjalnie dostępnymi.

Odnotowane powyżej zależności sugerują, że **ocena możliwości uzyskania wsparcia jest silnie związana z obiektywną sytuacją ekonomiczną osoby niepełnosprawnej i jej gospodarstwa domowego**. Wśród osób, których położenie ekonomiczne jest trudniejsze, opinie na temat dostępu do pomocy są bardziej negatywne. Może to sugerować, że **w przypadku tych grup system nie realizuje swoich celów, nie trafia z pomocą lub pomoc ta jest zbyt mała w stosunku do potrzeb**.

Wielu badanych podkreśla, że czuje się pozostawionych samym sobie po postawieniu diagnozy i brakuje im systemowego pokierowania i dotarcia z informacjami na temat zasad dalszego postępowania i sposobów uzyskania wsparcia, lub udzielenia go bliskim niepełnosprawnym.

I w ogóle uważam, że państwo przede wszystkim powinno takim rodzinom pomagać, że powinni być w systemie, powinni być prowadzeni, powinien być asystent dla takiej rodziny i powinni pomóc. Rodzice też nie urodzili się z dyplomem opiekuna osoby autystycznej, dla nich to też jest zaskoczenie i nie wiedzą na początku w ogóle co to jest. Powinni mieć oparcie, to na pewno. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

Rysunek 11 Czy osoba niepełnosprawna i jej rodzina może liczyć na wsparcie działających w Polsce organizacji lub instytucji?



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] Na pewno nie, [5] Na pewno tak.

W świadomości badanych najbliższym dla nich źródłem pomocy w związku z niepełnosprawnością, a także źródłem najczęściej wskazywanym są Gminne i Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, do których co trzeci badany zwróciłby się w pierwszej kolejności w poszukiwaniu wsparcia. Instytucje te nie mają w zakresie swoich zadań bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, w myśl ustawy zadania te przynależą do powiatu. Jednak ich bliskość oraz świadczenie pomocy w związku z innymi zadaniami z zakresu pomocy społecznej (np. w związku z zagrożeniem ubóstwem, trudną sytuacją materialną) sprawia, że dla części osób niepełnosprawnych są bardziej dostępne. Dane jakościowe wskazują, że często rodziny zwracają się do MOPS w momencie kryzysu finansowego.

Starłam się być samodzielna, żeby nie korzystać od nikogo, pracuję, a jednak nie udźwignęłam i zgłosiłam się do opieki i przyznali mi do końca roku szkolnego na Bartka i Wiktorię finansowanie obiadów. Więc to byłoby jedno co ja korzystam. A tak to nawet nie wiedziałabym na co i po co. (IDI 21 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miast (matka))

Wiele osób próbuje uniknąć sięgania po pomoc społeczną ze względów ambicjonalnych, lub oceniając swoją sytuację jako zdecydowanie lepszą niż, w ich ocenie przedstawia się w przypadku głównych beneficjentów tego wsparcia

Tak naprawdę to ja nie wiem, bo ja nigdy z tymi paniami nie rozmawiałam, tak naprawdę nie wiem, o co tu chodzi. To znaczy, wiem, że jest taki ośrodek pomocy społecznej, który pomaga w problemach biednym i tak dalej, ale generalnie to nie wiem. Ludziom tak naprawdę w patologii, biednym itd. to jakieś pomocy, a jak wie Pani, zobaczą, że w domu nie ma klepiska, a jest czysto, to wydaje mi się, że się poodwracają. Pomoc z MOPS-u to jest pomoc finansowa. (IDI 15 chorujący psychicznie, stopień znaczny, 18-35 lat, mężczyzna, małe miasto)

O tym, że **Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie nie są znane osobom niepełnosprawnym i nie są kojarzone jako źródło pomocy** świadczy fakt, że w spontanicznym ujęciu na te instytucje **jako na pierwsze źródło wsparcia wskazało jedynie 9% badanych**. Więcej, bo 12% wskazało organizacje pozarządowe. Co czwarta osoba wymieniła PFRON.

Dane jakościowe wskazują, że rodziny zwracają się do PCPR głównie po środki PFRON na dofinansowanie dostosowań i sprzętu dla osób z poszczególnymi niepełnosprawnościami.

Ośrodki Pomocy Społecznej są pierwszą instytucją wsparcia dla niemal połowy opiekunów osób z upośledzeniem umysłowym, podczas gdy pozostałe instytucje wskazywane są sporadycznie. Również osoby chorujące psychicznie częściej, niż przeciętnie wskazują na OPS. Z kolei osoby z dysfunkcją ruchu również często co OPS wskazują PFRON.

Tabela 3 Instytucje i organizacje, do których zwrócono by się o pomoc w związku z niepełnosprawnością

	Ogółem (N=966)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
GOPS/ MOPS	35%	47%	41%	29%	37%	34%
PFRON	26%	12%	13%	19%	20%	34%
Organizacja pozarządowa, fundacja, stowarzyszenie	12%	14%	8%	23%	21%	5%
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	9%	5%	8%	7%	9%	11%
Urząd gminy	4%	3%	3%	4%	8%	3%
Kościół, parafia, organizacja religijna, kościelna	4%	5%	2%	3%	3%	5%
Nie wiem	12%	15%	12%	14%	13%	11%
Żadne	7%	4%	4%	6%	11%	6%

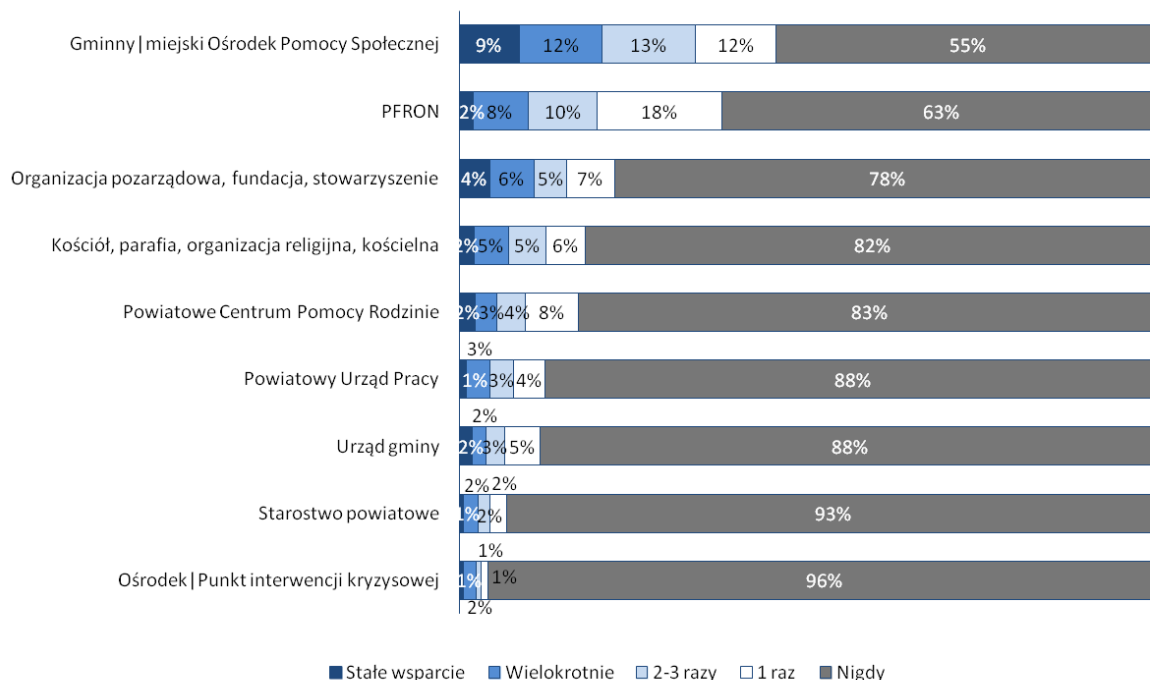
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Wskazania powyżej 4%.

Znajomość instytucji i organizacji udzielających wsparcia osobom niepełnosprawnym wynika wprost z częstotliwości kontaktu z tymi jednostkami, oraz z korzystania z ich pomocy (por. Rysunek 12). To ze wsparcia ośrodków pomocy społecznej w ogóle korzystało najwięcej osób niepełnosprawnych, a częstotliwość korzystania z ich wsparcia również jest najwyższa. Co dziesiąty badany deklaruje, iż uzyskuje stałą pomoc ze strony OPS. Na drugim miejscu pod względem stałego wsparcia są organizacje pozarządowe, na trzecim zaś równorzędnie PFRON, organizacje kościelne, PCPR i urzędy gmin. Ze stałego wsparcia OPS korzysta 22% gospodarstw osób z upośledzeniem umysłowym – żadna inna grupa w takim stopniu nie czerpie pomocy z tego źródła. Generalnie opiekunowie osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazują na wykorzystanie większej liczby instytucji i z wyższą częstotliwością, niż w przypadku pozostałych grup niepełnosprawności. Można się spodziewać, że szczególnie trudna sytuacji finansowa tych rodzin popycha je do poszukiwania środków z wszelkich możliwych źródeł. Dane jakościowe wskazują również, że w wielu wypadkach środowiska rodziców ONI mobilizują się oddolnie, aby zwiększać szanse swoich podopiecznych na uzyskanie wsparcia, które jest dla nich trudne do pozyskania za pośrednictwem I-go sektora.

Nasze dzieciaki, myśmy się spotkali w przedszkolu na Raclawickiej. Prowadzonego przez Caritas, na całe szczęście większość ze personelu była świecka, pamiętam. A ja jako że miałem wolny zawód, byłem taksówkarzem, więc mogłem sobie jakoś tak ten czas i zacząłem tutaj w tym Stowarzyszeniu działać. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Obok ośrodków pomocy społecznej to PFRON jest instytucją, z której wsparcia korzystało w przeszłości najwięcej badanych (37%).

Rysunek 12 Korzystanie ze wsparcia instytucji lub organizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966.

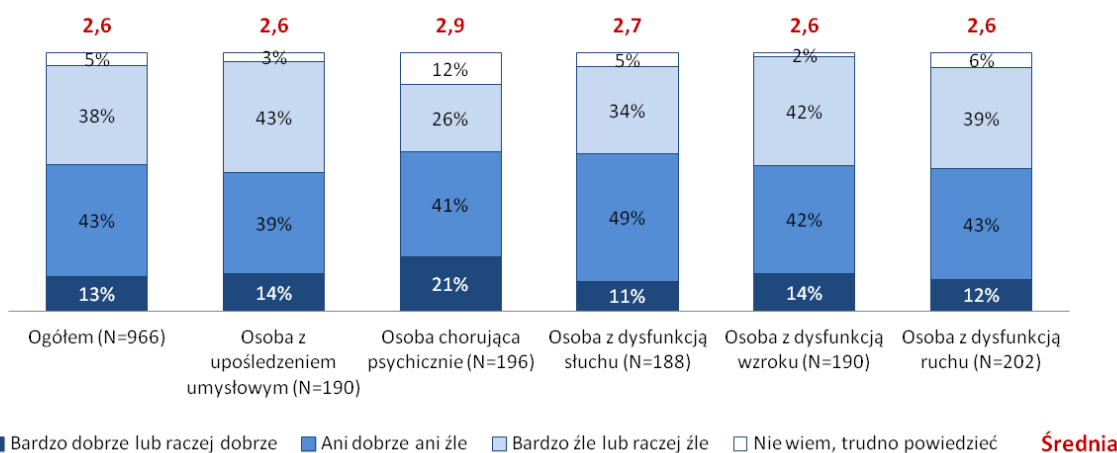
System wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce jest przez swoich klientów oceniany neutralnie lub źle. Jedynie 13% badanych wyraziło pozytywną opinię na jego temat. Najliczniejsze jest grono osób niepełnosprawnych, które o systemie nie wypowiadają się ani dobrze, ani źle (43%), natomiast niewiele niższy jest odsetek respondentów krytycznych wobec systemu (38%).

W przypadku grupy osób z upośledzeniem umysłowym opinie negatywne nieznacznie przeważają nad neutralnymi. Natomiast relatywnie najlepszą opinią system wsparcia osób niepełnosprawnych cieszy się w grupie osób chorujących psychicznie – co piąta oceniła go pozytywnie, zaś tylko 26% źle.

Relatywnie gorzej system oceniany jest przez respondentów zamieszkałych na wsi, a także w podregionie południowo-zachodnim (58% negatywnych ocen).

Jeżeli chodzi o jakieś dofinansowania z PFRONu, czy pomoce, to bynajmniej u mnie w miejscowości jest tak, to najpierw jest tłumaczenie się, że: Pierwsze pomagamy seniorom, osobom starszym. Jak przychodzą seniorzy, to się mówi: Najpierw pomagamy uczniom. I doprosić się o cokolwiek graniczy z cudem. Na to dofinansowanie o drugą lupę też długo czekałam, trzeba było złożyć różne wnioski, oni to z łaską rozpatrzyli. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Rysunek 13 Ogólna ocena systemu wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] Bardzo źle, [5] Bardzo dobrze.

Wśród zarzutów wobec obecnego systemu wsparcia najczęściej powtarza się zastrzeżenie, że pomoc finansowa udzielana osobom niepełnosprawnym jest zbyt mała, niewspółmierna do potrzeb lub w ogóle niedostępna (23%).

Zawsze co 5 lat zmieniam aparat słuchowy. Ale to dużo robota. Bo dlatego że ciężko mi załatwić i tłumaczyć dokładnie co psuje aparat słuchowy. Naprawić. Tez bateria szybko się rozładuje i wydaję dużo i płacę we własnym zakresie. (IDI 6 niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

- A dlaczego na przykład dofinansowuje się dzieciom co trzy lata, jeżeli te kolonie, czy te wyjazdy to są bardzo drogie. Kolonie, taki turnus kosztuje ponad 4.000, nie 2.400.

- A dochody rodzina ma 1.500.

- 2.400 i wtedy, przecież takie dziecko powinni dofinansować, żeby przynajmniej co drugi rok to dziecko mogło wyjechać, a nie co trzeci rok. (FGI opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

To znaczy umówmy się, że to co w tej chwili państwo czy jakakolwiek instytucja nam dopłaca to jest jak jeden do dziesięciu.



Jeśli wózek kosztuje 8000 to dostaniemy dofinansowanie 2000 czy tam 1700, a 6000 trzeba sobie [dodać samemu]. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

Pozostałe sugestie badanych są bardziej zróżnicowane, choć pojawiają się wśród nich uwagi sformułowane również przez ekspertów. W szczególności chodzi tutaj o problemy z dostępem do informacji (9%), szczególnie dotkliwe w przypadku grupy osób z upośledzeniem umysłowym (21%), ale także o duże rozproszenie odpowiedzialności instytucji (4%).

Podobno, to wiem tylko z informacji, trzeba mieć własny wkład [na remont mieszkania]. Najpierw trzeba napisać, czekać parę lat, ja nie wiem, bo ja nigdy nie korzystałem, więc... Napisać do PFRON-u albo innych i najpierw trzeba mieć pieniądze, ja wiem, mam znajomych, którzy w Internecie szukają pieniędzy, ale ja nie będę się, znaczy są ludzie, który tam piszą, że są chorzy, bo ja to dostaję listownie i takie, że jestem chory i potrzebuję 19,00 złotych. Ale ja się nie będę wygłupiał, bo nie jestem dobry w Internecie, poza tym nie mam konta w Internecie, więc mam to co mam. (IDI 11 rezerwa, niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, męczyzna, duże miasto)

Inne zarzuty dotyczą nastawienia względem osób niepełnosprawnych, np. brak życzliwości – 7%, brak zainteresowania ze strony instytucji – 5%, ale też brak rozwiązań zmieniających odbiór społeczny osób niepełnosprawnych.

Większość zróżnicowanych zarzutów dotyczy luk w ofercie wsparcia np. dostęp do rehabilitacji – 4%, niska jakość służby zdrowia – 4%,

Bo z tym zawsze jest problem. W fundacji spotykamy się z takimi osobami, które do nas się zgłaszają, że są bezpośrednio z OIOM-u wypisywani do domu. I to są nawet osoby z rurkami tracheostomijnymi włożonymi jeszcze.

A żeby się gdzieś zapisać na rehabilitację to czeka się miesiące, pół roku, rok. A dla osoby, która jest po wypadku to każda godzina się liczy. Żeby jak najszybciej zacząć proces rehabilitacyjny, żeby jak najbardziej usprawnić, żeby ta osoba była samodzielna. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

brak aktywizacji zawodowej – 4%.

Kiedy głuchy skończy szkołę, nie wie co dalej, jak szukać pracy albo gdy jest niezadowolony z zawodu, aby miał możliwość zmiany zawodu, odbyć staż, nie myślał, że głuchy tego nie może. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

No powinny być takie miejsca, gdzie można wdrażać do zawodu, nie w wieku osiemnastu lat, bo może to już jest za późno, bo może on już nie nauczy się pewnych rzeczy. Właśnie od wczesnych lat powinno się zauważać te predyspozycje zawodowe takiej osoby i już naprawdę od jak najwcześniejszego momentu, nie wiem, nie potrafię nawet wskazać. Bo mogłoby to być to nawet od ośmiu lat, już go wdrażać, jeżeli widzi się te predyspozycje już powinien mieć praktyki cały czas. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, męczyzna, duże miasto)

Ocena poszczególnych aspektów dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia wypada gorzej, niż ocena całokształtu systemu – w każdym obszarze oceny negatywne przeważają nad neutralnymi, zaś oceny pozytywne są sporadyczne. **Najgorzej oceniono wielkość wsparcia, również spontanicznie wskazywaną jako słabość systemu** – aż 44% badanych źle lub bardzo źle ocenia wielkość wsparcia, jakie może otrzymać osoba niepełnosprawna. Co więcej, dominuje przekonanie, że wsparcie nie jest zindywidualizowane, dopasowane do konkretnych potrzeb – 42% badanych negatywnie ocenia ten aspekt.

40% osób niepełnosprawnych niekorzystnie ocenia wszechstronność wsparcia,

No niestety musiałabym się... No spotykamy się z takim niezrozumieniem nawet, czym jest autyzm to może już mniej, ale nawet takie przypadki były. No i taki brak w ogóle zrozumienia dla rodzica, właściwie to takie ustawianie nas w takiej kolejce, długiej kolejce i oczekiwanie na pomoc, może za dwa lata. No to takie, nie ma

pomocy, nie ma. Po prostu ja naprawdę o tych instytucjach, albo właśnie takie w ogóle niegrzeczne zachowania nawet, już takie z pretensją do mnie, że czego pani tu wymaga. Wielokrotnie mi powiedziano, że czego pani tu szuka, pani syn ma autyzm i po co pani ta terapia, po co to pani, niech się pani z tym pogodzi. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

a 38% - przyjazność instytucji dla odbiorcy pomocy.

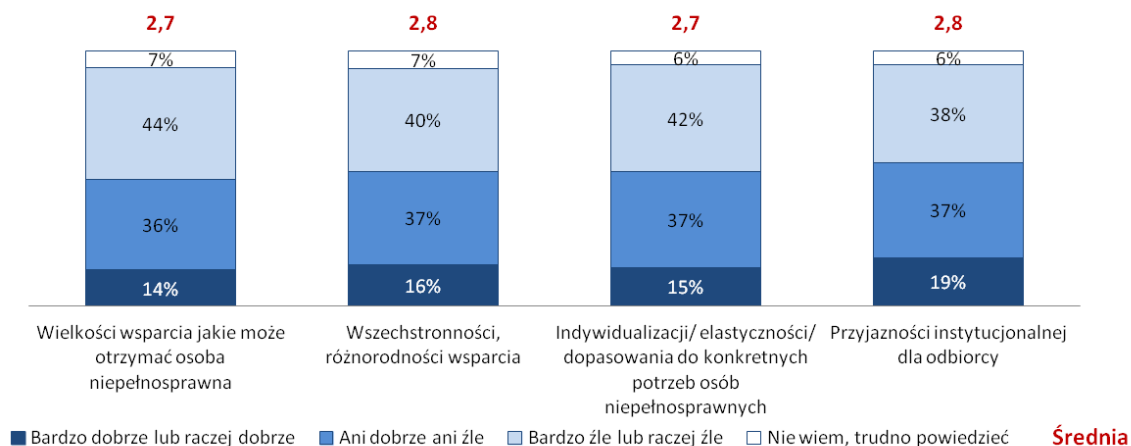
U nas w PCPR o co nie poprosiłem to oni nie mają czasu, nic nie wiedzą, nie mogą nic powiedzieć w tym momencie. (IDI 11 niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Jak człowiek nie wie, jak się zachować, to po prostu najwzyczajniej w świecie się zapytać, czy pomóc, a jeżeli tak, to w jaki sposób. W taki sposób się powinno szkolić, nie mówię, że całe społeczeństwo, ale osoby pracujące na takich stanowiskach, która w taki czy inny sposób mogą się spotkać z osobami z niepełnosprawnością. Na przykład przeszkolenie osób, które pracują w instytucjach dedykowanych osobom niepełnosprawnym, dla mnie to zdarzały się naprawdę bardzo przykre sytuacje. Ale też osoby pracujące w komunikacji, w kolejach, autobusach. (IDI 2 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 18-35 lat kobieta, duże miasto)

Osoby chorujące psychicznie oceniają poszczególne aspekty systemu nieco lepiej, niż pozostałe grupy – dominują wśród nich oceny neutralne, choć oceny negatywne niewiele im ustępują. Inne grupy osób niepełnosprawnych mają podobną perspektywę oceny, choć opiekunowie osób z upośledzeniem umysłowym nieznacznie częściej formułują niekorzystne opinie.

Podobnie, jak w przypadku oceny ogólnej, również przy szczegółowych ocenach elementów systemu badani z regionu południowo-zachodniego w większość mają nieprzychylnie zdanie na ten temat (ponad 50% negatywnych ocen w każdym aspekcie). Natomiast relatywnie lepsze opinie formułowali badani z regionu północnego, gdzie silnie dominowały oceny neutralne, a wskazania negatywne nie przekraczały 32%.

Rysunek 14 Ocena wsparcia dostępnego dla osób niepełnosprawnych pod kątem wybranych aspektów



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966.



Opinie osób niepełnosprawnych o systemie wsparcia, którego są klientami potwierdzają ustalenia ekspertów zidentyfikowane na poziomie badania desk research²⁴. **System jest bardzo silnie postrzegany jako zbiurokratyzowany, przy jednoczesnym rozproszeniu odpowiedzialności, informacji i wymagań.** 79% badanych jest zdania, że dla udzielenia pomocy wymagane jest mnóstwo różnych dokumentów. 73% zgadza się z opiniami ekspertów, że w systemie brakuje koordynacji, a 72% zauważa, że nie ma jednego miejsca, w którym dostępna byłaby pełna informacja o systemie. Taki sam odsetek badanych jest zdania, że poszczególne instytucje mają różne, a czasem sprzeczne wymagania.

Nie, wszystko musieliśmy sami załatwiać. W biurze PFRONu dali nam druki do wypełnienia, trzeba było to zrobić samemu, samemu znaleźć firmę, która będzie to wykonywała i miała atest - na każdą śrubkę, na każdy klej, trzeba było znaleźć architekta, który wszystko wyceni i przynieść plan tej wyceny. Potem była weryfikacja, jak coś było za drogi to oni obniżali cenę. I nie można było lepszej jakości, tylko wszystko najtańszej jakości. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś (matka))

Brak informacji nie dotyczy tylko pracodawców, ale również samych beneficjentów zainteresowanych, którzy mogliby podjąć pracę. Zauważmy, że jest około 7 tysięcy aktywnych projektów unijnych w Polsce z samego EFS-u. Ja słyszałem o kilku, które startują teraz w marcu i są w Łodzi i muszą przyjąć osoby niepełnosprawne i są to projekty aktywizacyjne. Tylko sama informacja jest tak ukryta, że ja gdybym nie pracował przy monitorowaniu projektów i gdybyśmy nie wylosowali tych konkretnych projektów do przebadania to bym nie wiedział, że są programy, projekty aktywizujące osoby bezrobotne. (FGI 3 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

System wydaje się być zawiły, niezrozumiały i niepodlegający ścisłym zasadom. Ponad 60% osób niepełnosprawnych wskazuje, że przy wielu różnych instytucjach udzielających wsparcia potencjalnym beneficjentom pomocy trudno jest się odnaleźć. Ponad połowa badanych jest zdania, że wsparcie jest przyznawane uznaniowo.

Jest kiepsko, dlatego, że nawet jeżeli mam wózek, NFZ nie robi żadnego problemu, podbija i refunduje. Ale trzeba się naczeakać a wiadomo, że takie rzeczy jak kule dla niepełnosprawnych, wózek dla niepełnosprawnych to są takie rzeczy, które są potrzebne na już. A PCPR potrafi zwlekać, nawet rok czy półtora roku czasu trzeba czekać na dofinansowanie, a wiadomo, że nie każdego stać, nie każdy ma odłożone miliony na koncie. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Osoby niepełnosprawne mają poczucie pozostawienia samym sobie – ponad połowa zaprzecza, jakoby rodzina była obejmowana opieką, gdy pojawi się w niej niepełnosprawność (53%), zaś 45% wskazuje, że nie jest prawdą, iż instytucje wsparcia osób niepełnosprawnych wymieniają się informacjami, albo że jest zapewniona rzetelna informacja na temat dostępnej pomocy.

Sami, sami, po prostu sami, musieliśmy pukać do drzwi.

Nikt nam nie powiedział, gdzie przedszkole, gdzie szkoła.

Ale wie Pani, ja też wszystkiego sama się musiałam dowiedzieć, pomimo tego, że Sebastian ma 15 lat, a tutaj są starsze osoby. Więc też nikt mi nie powiedział, gdzie mam iść, że należy mi się przejazd darmowy dla Sebastiana i dla mnie, jak gdyby od rodziców. My sami rodzice się dowiadujemy. I też nie mamy wsparcia.

Nie ma takiego zaopiekowania rzeczywiście.

Niektórych rzeczy dowiadujemy się przypadkiem, a nie wszystko jeszcze wiemy. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

²⁴ Gąciarz Barbara, Kubicki Paweł, Rudnicki Seweryn, System Instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji, 2014, w: Gąciarz Barbara, Rudnicki Seweryn (red.), 2014, Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej, Wydawnictwa AGH, Kraków

W efekcie aż 48% badanych zaprzecza stwierdzeniu, iż osoba niepełnosprawna jest objęta ciągłym wsparciem. Szczególnie często poczucie osamotnienia i zagubienia wobec systemu obecne jest wśród osób z dysfunkcją wzroku.

Rysunek 15 Opinie na temat systemu wsparcia osób niepełnosprawnych



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] Zdecydowanie się nie zgadzam, [5] Zdecydowanie się zgadzam. N=966

5. POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH RODZIN – PERSPEKTYWA OGÓLNA

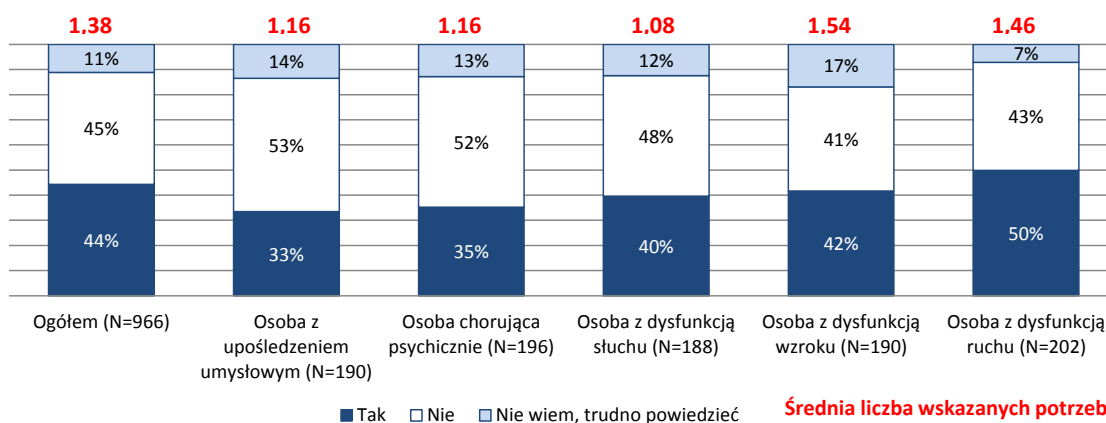
5.1 Potrzeby osób niepełnosprawnych związane z niepełnosprawnością

5.1.1 Potrzeby wskazywane spontanicznie

Ponad 44% badanych deklaruje, iż w związku z niepełnosprawnością posiada specjalne potrzeby (por. Rysunek 16). Zdecydowanie częściej posiadanie tego typu potrzeb deklarują osoby z dysfunkcją ruchu (50%), ze znacznym stopniem niepełnosprawności (59%) i z niepełnosprawnością sprzężoną (56%), a także osoby w wieku 18-45 lat – 56%, a więc wieku charakteryzującego się największą i najbardziej różnorodną aktywnością. Warto także podkreślić, że największą liczbę potrzeb wskazywały osoby z niepełnosprawnością wzrokową (średnia 1,54), a także osoby z dysfunkcją ruchu (średnio 1,46), natomiast najmniejszą liczbę potrzeb - osoby z dysfunkcją słuchu (średnia liczba – 1,08).

Analizując te dane warto jednak wziąć pod uwagę, że były to wskazania spontaniczne. Wiele osób nie było w stanie wskazać potrzeb z różnych innych powodów, a nie dla tego, że ich nie mają. Należy wziąć tu pod uwagę ogólną trudną sytuację materialną, która znacznie zawężając pole widzenia, skłania do ograniczania potrzeb, do potrzeb podstawowych, duży poziom zniechęcenia i rozczarowania dostępną ofertą systemu wsparcia – typowe były wypowiedzi – „nie mamy żadnych potrzeb, radzimy sobie sami”, a także brak wiedzy o dostępnej ofercie wsparcia oraz o tym co mogłoby pomóc w sprawniejszym/bardziej komfortowym funkcjonowaniu. Dlatego też należy założyć, że rzeczywista skala potrzeb jest znacznie wyższa od tej deklarowanej spontanicznie w badaniu.

Rysunek 16 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby, które powinny zostać zaspokojone dla optymalnego funkcjonowania



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wśród spontanicznie wskazywanych obszarów potrzeb **dominowały trzy, wskazane przez więcej, niż 15% badanych:**

- **potrzeby w obszarze mieszkalnictwa i samodzielnego życia (17%)** – w szczególności pomoc asystenta lub pielęgniarki w codziennych czynnościach, dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb danej osoby niepełnosprawnej. Potrzeby w tym obszarze były najbardziej istotne dla osób

z niepełnosprawnością ruchową (25%) oraz dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (23%). O ile w przypadku osób z niepełnosprawnością narządu ruchu znaczenie miało tu przede wszystkim dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz posiadanie mieszkania na niższej kondygnacji lub w ogóle na parterze, o tyle w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną kluczowa w tym obszarze była pomoc asystenta w wykonywaniu codziennych czynności, odciążenie opiekunów, a także czasowe ich zastąpienie umożliwiające opiekunowi podjęcie pracy zawodowej choćby w niewielkim wymiarze lub po prostu odpoczynek.

- **potrzeby związane z przyrządami, urządzeniami lub technologiami (16%)** – m.in. sprzęt ortopedyczny lub optyczny, sprzęt umożliwiający/poprawiający słyszenie oraz sprzęt komputerowy, ale też różnego rodzaju urządzenia dnia codziennego pomagające niwelować ograniczenia związane z niepełnosprawnością. Ten obszar najważniejszy okazał się dla osób z dysfunkcją wzroku (24%), dysfunkcją słuchu (20%) oraz z niepełnosprawnością ruchową (15%). We wszystkich tych przypadkach wyższe odsetki odnotowano wśród osób mających znaczny stopień niepełnosprawności.
- **potrzeby związane z transportem i przemieszczaniem się (16%)** – głównie likwidacja barier architektonicznych w przestrzeni publicznej, ale też przystosowanie środka transportu szczególnie ważne są dla osób z dysfunkcją ruchu (25%), a także z dysfunkcją wzroku (14%).

Pozostałe obszary potrzeb wśród ogółu respondentów nie uzyskały więcej niż 9% wskazań. Należy jednak zauważyć, że ich ważność jest dużo wyższa wśród grup osób niepełnosprawnych posiadających określone rodzaje niepełnosprawności.

I tak, potrzeby w **obszarze rehabilitacji fizycznej** zostały wskazane przez 9% badanych. Przy czym obszar ten szczególnie ważny jest dla osób z niepełnosprawnością ruchową (14% wskazań). W obszarze tym wskazywano głównie na potrzeby związane z zapewnieniem dostępu do ciągłej, na odpowiednim poziomie rehabilitacji fizycznej. Dla osób niepełnosprawnych umysłowo bardzo ważny jest też coroczny udział w turnusach rehabilitacyjnych (5%), które nie tylko spełniają funkcję rehabilitacyjną, ale też często są jedyną możliwością wyjazdu i odpoczynku dla osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna.

Obszar komunikacji, w którym potrzeby wskazało 7% osób niepełnosprawnych jest szczególnie ważny dla osób z niepełnosprawnością wzrokową (17%) oraz słuchową (15%). Osoby niepełnosprawne wzrokowo wskazywały tu głównie na potrzeby związane z dostosowaniem komunikacyjnym przestrzeni publicznej – sygnalizacja dźwiękowa w przestrzeni publicznej, odpowiednie dostosowanie dokumentów i dostępnych materiałów w przestrzeni publicznej (większy druk, możliwość powiększenia, użycie alfabetu Braille’a). Osoby niepełnosprawne słuchowo wskazywały tu głównie na potrzebę zapewnienia tłumacza migowego w przestrzeni publicznej.

Potrzeby związane z obszarem **pracy zawodowej**, wskazane przez 6% badanych szczególnie ważne w wypowiedziach spontanicznych okazały się dla osób chorujących psychicznie (11%). Wskazywano tu głównie na dostęp do jakiegokolwiek pracy, bez względu na jej rodzaj i dopasowanie do kwalifikacji, a także na warunki pracy dostosowane do możliwości osoby niepełnosprawnej – głównie brak stresu, częstsze przerwy, wyrozumiałość dla okresowych niedyspozycji.

6% badanych wskazało także na potrzeby związane z **obszarem opieki zdrowotnej** – z dostępem do służby zdrowia, odpowiednich nowoczesnych leków, łatwiejszej dostępności specjalistów. Obszar ten szczególnie ważny jest dla osób chorujących psychicznie (13%) z uwagi na potrzebę regularnego kontaktu z psychiatrą, a także ciągłego zażywania leków. Opiekunowie osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazywali tu bardzo ważną w ich przypadku możliwość obsługi poza kolejnością. Konieczność oczekiwania w kolejce, której osoby niepełnosprawne intelektualnie, szczególnie w stopniu znacznym, nie rozumieją i nie potrafią zaakceptować, uruchamia różnorodne aspołeczne zachowania, będące źródłem stresu zarówno dla opiekuna, osoby niepełnosprawnej, jak i dla otoczenia.

Również dla 6% badanych, szczególnie dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (15%) oraz osób niepełnosprawnych psychicznie (12%) ważne okazały się działania **nakierowane na włączenie, integrację ze społeczeństwem**, takie jak różne akcje informacyjno-promocyjne kształtujące dobre nastawienie społeczne do ON: życzliwość, wyrozumiałość oraz akceptację, kontakty z innymi ludźmi, gronem przyjaciół, rówieśników, a także (szczególnie istotne dla osób niepełnosprawnych intelektualnie) posiadanie własnej rodziny i miłość.

Potrzeby finansowe, głównie pomocy finansowej bez specjalnego przeznaczenia spontanicznie wskazało 8% badanych. Częściej niż wśród osób z innymi niepełnosprawnościami potrzeby te pojawiały się wśród osób z niepełnosprawnością umysłową (12%), a także psychiczną (8%) oraz słuchową (8%).

Tabela 4 zawiera potrzeby wskazywane spontanicznie przez badanych – wśród ogółu, a także wśród osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności. W tabeli zawarto potrzeby, które uzyskały co najmniej 1% wskazań.

Tabela 4 Specjalne potrzeby w związku z niepełnosprawnością - ogółem oraz według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=966)	Osoba upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
MIESZKALNICTWO/SAMODZIELNE ŻYCIE	17%	23%	13%	9%	8%	25%
pomoc asystencka w codziennych czynnościach/pielęgniarka środowiskowa/opieka	8%	18%	12%	4%	4%	10%
dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb ON	8%	4%	0%	4%	3%	14%
mieszkanie na niższej kondygnacji/parterze	2%	0%	0%	0%	0%	3%
PRZYRZĄDY/URZĄDZENIA/TECHNOLOGIE	16%	1%	4%	20%	24%	15%
sprzęt ortopedyczny	7%	0%	0%	0%	1%	15%
sprzęt optyczny: okulary/ lupy/ powiększalniki	4%	0%	0%	1%	14%	0%
sprzęt komputerowy/informatyczny	3%	0%	3%	2%	9%	1%
urządzenia pomagające w niepełnosprawności	3%	0%	0%	3%	9%	1%
sprzęt wspomagający słyszenie: aparat słuchowy/implant	3%	0%	1%	17%	0%	0%
odpowiednie oprogramowanie komputerowe	1%	0%	0%	0%	4%	0%
TRANSPORT/PRZEMIESZCZANIE SIĘ	16%	2%	3%	2%	14%	25%
zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej	13%	1%	0%	2%	11%	21%
odpowiednio przystosowany środek transportu	2%	0%	0%	0%	1%	4%
pomoc asystencka w poruszaniu się	1%	0%	3%	0%	1%	2%
zapewnienie transportu	1%	1%	0%	0%	0%	3%
REHABILITACJA	9%	10%	5%	5%	4%	14%
ciągła/ na odpowiednim poziomie rehabilitacja	8%	7%	3%	3%	3%	13%

	Ogółem (N=966)	Osoba upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
udział w turnusach rehabilitacyjnych	2%	5%	2%	2%	2%	2%
sprzęt rehabilitacyjny	1%	1%	0%	0%	0%	2%
SYTUACJA BYTOWA/MATERIALNA	8%	14%	11%	10%	5%	7%
wsparcie finansowe	6%	12%	8%	8%	5%	6%
KOMUNIKACJA	7%	0%	0%	15%	17%	2%
zniesienie barier komunikacyjnych w przestrzeni publicznej (sygnalizacja głosowa/większy druk/tablice tyflo/alfabet Braille'a)	5%	0%	0%	5%	15%	1%
dostępność tłumacza migowego w przestrzeni publicznej	2%	0%	0%	11%	0%	0%
odpowiedni telefon	1%	0%	0%	3%	2%	0%
PRACA	6%	2%	11%	5%	7%	6%
praca/ jakakolwiek praca	2%	1%	5%	1%	2%	3%
warunki pracy przystosowane do możliwości ON	2%	0%	4%	3%	1%	1%
odpowiednio przystosowane stanowisko pracy	1%	0%	0%	0%	2%	1%
ZDROWIE/OPIEKA MEDYCZNA	6%	8%	13%	4%	8%	5%
odpowiednia opieka lekarska	3%	2%	2%	2%	3%	3%
łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów	1%	1%	2%	0%	3%	0%
utrzymanie/poprawa stanu zdrowia	1%	3%	3%	1%	0%	1%
refundacja/dofinansowanie do leków	1%	1%	1%	0%	0%	1%
dostęp do specjalistycznych operacji/zabiegów/badań	1%	0%	1%	1%	2%	0%
INTEGRACJA/WŁĄCZENIE	6%	15%	12%	5%	10%	2%
działania podnoszące dobre nastawienie społeczne do ON: życzliwość/wyrozumiałość/akceptacja	3%	2%	4%	3%	6%	1%
kontakty z innymi ludźmi/rówieśnikami/przyjaciółmi	2%	6%	5%	1%	3%	0%
miłość/związek/rodzina	1%	6%	2%	0%	0%	1%
DOSTĘP DO INFORMACJI	4%	0%	3%	2%	8%	3%
finansowanie dostępu do internetu	1%	0%	0%	2%	2%	1%
pomoc w załatwianiu spraw urzędowych	1%	0%	1%	0%	2%	1%
dokumenty dostępne dla ON (pdf, forma elektroniczna, większy druk)	1%	0%	0%	0%	3%	0%
EDUKACJA	2%	3%	3%	2%	6%	1%

	Ogółem (N=966)	Osoba upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
szkolenia z orientacji w terenie	1%	0%	0%	0%	3%	0%
REHABILITACJA SPOŁECZNA	2%	7%	9%	1%	1%	0%
ODPOCZYNEK/REKREACJA/KULTURA	1%	4%	5%	0%	1%	0%
Żadne	56%	67%	67%	61%	58%	50%
1 potrzeba	10%	3%	3%	8%	6%	16%
2 potrzeby	8%	6%	5%	10%	8%	9%
3 potrzeby	8%	6%	10%	12%	3%	10%
4 potrzeby	6%	12%	6%	4%	9%	3%
5 potrzeb	5%	4%	4%	2%	6%	6%
6 lub 7 potrzeb	6%	1%	2%	2%	8%	6%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Aby w sposób bardziej obrazowy pokazać obecny stopień zaspokojenia posiadanych potrzeb przeprowadzono analizę ćwiartkową, w której uwzględniono wymiar powszechności danej potrzeby oraz deklarowanego stopnia jej zaspokojenia. Analiza ta pozwala wyróżnić cztery kategorie potrzeb:

- potrzeby, na które jest stosunkowo duże zapotrzebowanie, i które jednocześnie są w opinii respondentów mało zaspokojone – obszar szczególnie ważny z uwagi na wydatkowanie wsparcia;
- potrzeby, które są mniej powszechne, ale także mało zaspokojone – również ważny z uwagi na wydatkowanie wsparcia, ale w przeciwieństwie do pierwszego obszaru pociągający za sobą w skali globalnej mniejsze wydatki z uwagi na mniejszą powszechność potrzeb. Zaspokojenie tych potrzeb idzie jednak w parze z elastycznością i indywidualizacją spojrzenia na osobę niepełnosprawną w celu jak najpełniejszego dopasowania wsparcia do indywidualnego zapotrzebowania.
- dwa obszary potrzeb stosunkowo dobrze zaspokojonych – zróżnicowane pod względem powszechności tych potrzeb – potrzeby o dużym zaspokojeniu i stosunkowo dużym zapotrzebowaniu oraz potrzeby o dużym zaspokojeniu, ale stosunkowo małym zapotrzebowaniem. Te pierwsze to najczęściej potrzeby podstawowe, które muszą zostać zaspokojone w celu funkcjonowania ON, i które są zaspokajane w pierwszej kolejności środkami pochodzącymi z różnych źródeł, bardzo często siłami własnymi rodzin. Bardzo często wiąże się to z ogromnym wysiłkiem i redukcją potrzeb w innych obszarach – redukcją potrzeb nie tylko osoby niepełnosprawnej, ale także całej rodziny.

Analizę ćwiartkową przeprowadzono zarówno dla ogółu osób niepełnosprawnych, aby uzyskać perspektywę populacyjną (należy jednak pamiętać, że mamy tu do czynienia z dużym odsetkiem osób niepełnosprawnych ruchowo), a także w odniesieniu do poszczególnych rodzajów niepełnosprawności.

W perspektywie całej populacji (por. Rysunek 17), potrzeby na które należy zwrócić szczególną uwagę to posiadające duże zapotrzebowanie i małe zaspokojenie potrzeby związane z transportem/przemieszczaniem się

(zarówno środek transportu, zorganizowanie transportu, jak też bariery w przestrzeni publicznej), a także odpowiedni odstęp do rehabilitacji fizycznej oraz potrzeby związane z obszarem komunikacji.

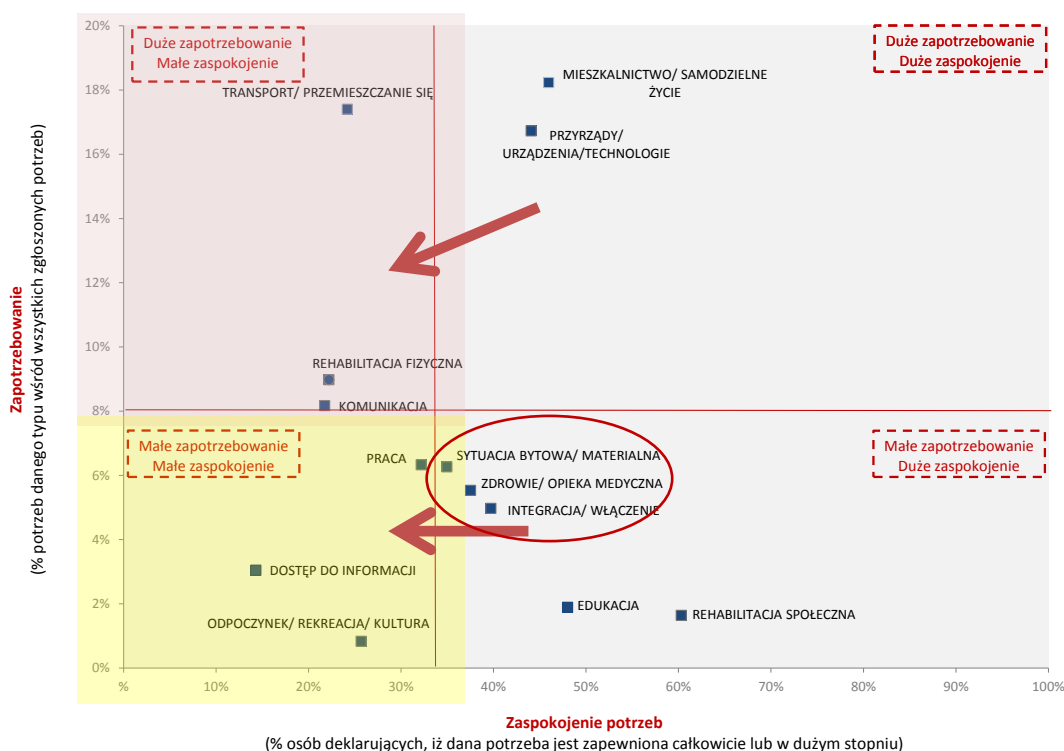
Potrzeby o małym stopniu zaspokojenia, które jednak są rzadziej wskazywane to potrzeby związane z pracą zawodową, dostępem do informacji a także potrzeby związane z odpoczynkiem rekreacją i kulturą.

Potrzeby związane z mieszkaniem, a także potrzebne przyrządy i urządzenia technologiczne z uwagi zapewne na podstawowe znaczenie dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych są w większości zaspokojone. Jednak należy tu uwzględnić fakt, że są one zaspokojone często na bardzo podstawowym poziomie, a uczestnicy badania wskazywali na potrzebę wsparcia w tej dziedzinie - wymiany sprzętu z uwagi na stopień zużycia, czy po prostu na dostęp do bardziej nowoczesnych rozwiązań, czy też potrzebę lepszego przystosowania mieszkania.

Potrzeby o stosunkowo małym stopniu zaspokojenia to także potrzeby związane z sytuacją bytową, służbą zdrowia, a także integracją włączeniem.

Obszary o największym stopniu zaspokojenia w perspektywie całej populacji osób niepełnosprawnych to rehabilitacja społeczna oraz edukacja. Charakterystyczny jest tu jednak fakt, że są to potrzeby z perspektywy całej populacji niszowe – potrzeby określonych, stosunkowo niewielkich frakcji ON (osób niepełnosprawnych intelektualnie, osób młodych). Choć na tle całej badanej populacji nikną, to jednak przy analizie poszczególnych frakcji zdecydowanie zyskują na znaczeniu.

Rysunek 17 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=1418 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb.

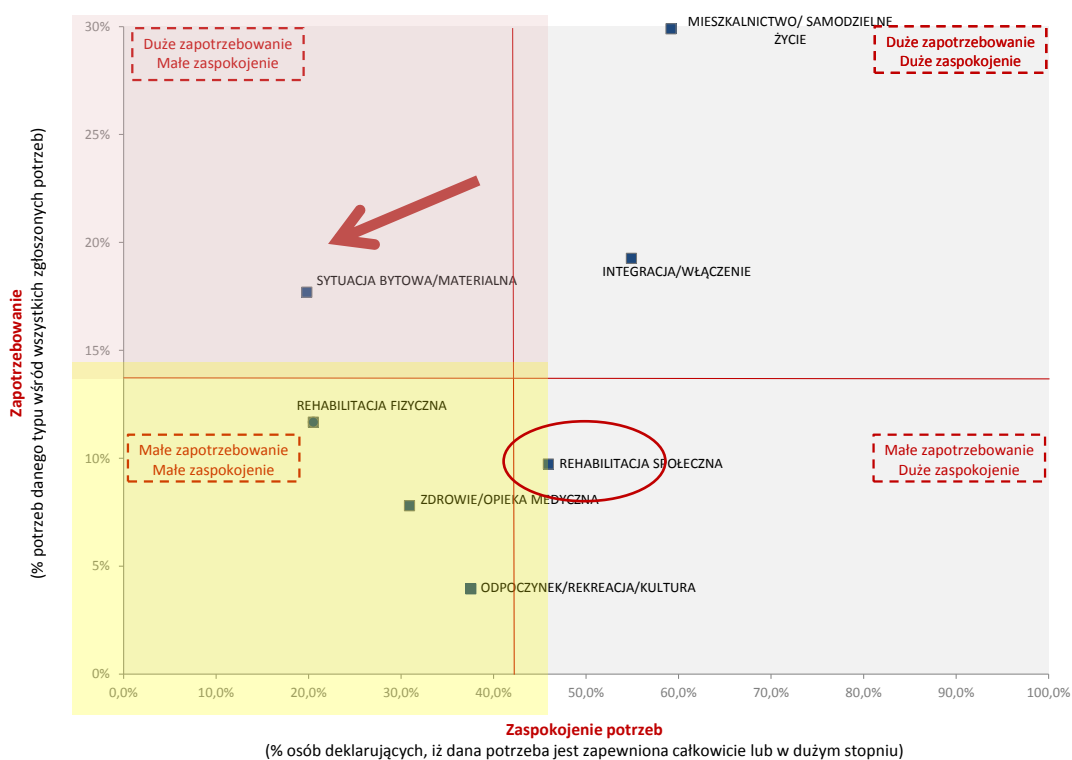
Analizując mapę potrzeb **osób z upośledzeniem umysłowym** widać wyraźnie, że obszarem wymagającym największego wsparcia jest sytuacja materialna, bytowa, związana (szczególnie w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności) z wyłączeniem z rynku pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej, która musi być pod ciągłą opieką. Jest to potrzeba o charakterze najbardziej podstawowym i brak jej zaspokojenia z całą pewnością warunkuje brak możliwości formułowania potrzeb wyższego rzędu.

Obszary potrzeb o mniejszym zapotrzebowaniu, ale charakteryzujące się małym stopniem zaspokojenia to rehabilitacja fizyczna, opieka medyczna oraz potrzeby związane z odpoczynkiem, rekreacją i dostępem do kultury.

Obszary potrzeb o stosunkowo dużym zapotrzebowaniu, ale też stosunkowo dużym stopniu zaspokojenia to potrzeby związane z mieszkaniem/samodzielnym życiem²⁵/opieką, które są realizowane najczęściej przez rodzinę osoby niepełnosprawnej (bo realizowane być muszą) oraz potrzeby integracyjne, które są realizowane głównie na płaszczyźnie organizacji pozarządowych, ale także stowarzyszeń religijnych oraz kościelnych.

W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie na uwagę zasługuje także rehabilitacja społeczna, która należy także do potrzeb stosunkowo mało zaspokojonych.

Rysunek 18 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z upośledzeniem umysłowym



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=291 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb przez osoby niepełnosprawne intelektualnie lub przez ich opiekunów.

Dla wspierania **osób psychicznie chorych** szczególnie ważnym obszarem jest praca zawodowa, sytuacja zawodowa, a także obszar związany z integracją/włączeniem. Osoby niepełnosprawne psychicznie bardzo

²⁵ Należy jednak zaznaczyć, że ON, a szczególnie ONI nie mają możliwości mieszkania samodzielnego zarówno z powodów finansowych, jak i braku wsparcia np. w postaci asystenta. Obiektywnie rzecz biorąc tylko część ON nie jest w stanie mieszkać samodzielnie, duże odsetki chciałyby się usamodzielnić, a przy odpowiednim wsparciu byłyby to możliwe. Jednak dla wielu ON usamodzielnienie, właśnie z powodu braku odpowiedniego wsparcia jest poza zasięgiem. Więcej o potrzebach związanych z mieszkaniem piszemy w podrozdziale 6.3 Mieszkalnictwo.

często czują się odrzucone, zepchnięte na margines i nie rzadko z tego powodu ukrywają swoją niepełnosprawność.

Obszary potrzeb o mniejszym zapotrzebowaniu, ale charakteryzujące się małym stopniem zaspokojenia to rehabilitacja fizyczna oraz potrzeby związane z odpoczynkiem, rekreacją i dostępem do kultury.

Obszary potrzeb o stosunkowo dużym zapotrzebowaniu, ale też stosunkowo dużym stopniu zaspokojenia to potrzeby związane z mieszkalnictwem/samodzielnym życiem/opieką, które, tak jak w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie są realizowane przede wszystkim przez rodzinę osoby niepełnosprawnej oraz potrzeby związane ze zdrowiem i opieką medyczną, które w przypadku tej grupy należą do potrzeb podstawowych (stały kontakt z psychiatrą, ciągłe przyjmowanie leków). Jednak w tym przypadku powszechnie deklarowano brak dostępu do nowoczesnych, mniej inwazyjnych leków, leków pozwalających na normalne funkcjonowanie. Takie leki nie są refundowane, a są jednocześnie drogie.

W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie na uwagę zasługuje także rehabilitacja społeczna oraz potrzeby związane z dostępem do informacji – które to należą do potrzeb, na które w tej grupie jest stosunkowo małe zapotrzebowanie i jednocześnie badani deklarują duże ich zaspokojenie.

Rysunek 19 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby chorujące psychicznie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=238– liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb przez osoby niepełnosprawne psychicznie.

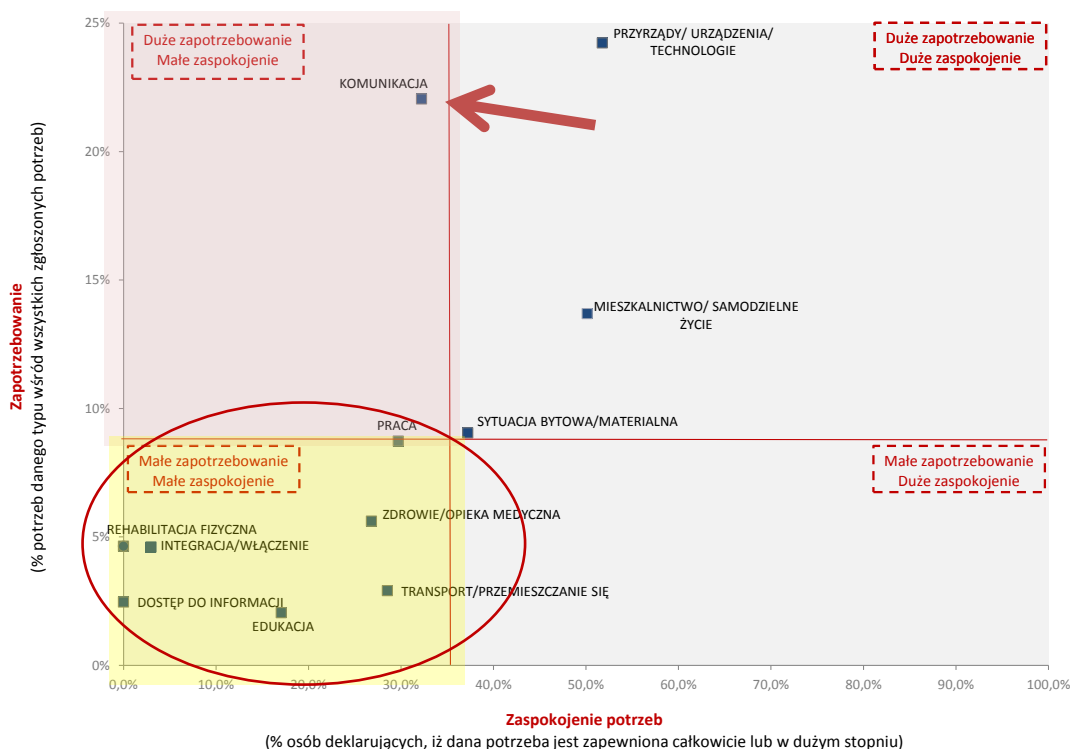
W przypadku **osób z dysfunkcją słuchu** mapa potrzeb jest zdominowana przez potrzebę komunikacji, która charakteryzuje się stosunkowo dużym zapotrzebowaniem oraz niewielkim stopniem zaspokojenia. Potrzeba ta w tej grupie związana jest przede wszystkim z niewielką dostępnością tłumaczy migowych w przestrzeni publicznej, lub też w przypadku dostępności tłumaczy z trudnościami w wygłoszeniu usług (opory urzędników, lekarzy, brak odpowiedniego miejsca).

Obszary potrzeb o małym stopniu zaspokojenia, ale na które jest także stosunkowo niewielkie zapotrzebowanie w tej grupie to: rehabilitacja fizyczna, integracja, opieka medyczna, dostęp do informacji, transport, przemieszczanie się oraz edukacja.

Obszary potrzeb powszechnych w tej grupie o stosunkowo wysokim stopniu zaspokojenia to przyrządy, urządzenia, technologie. Respondenci wskazywali tu głównie na aparaty słuchowe oraz implanty ślimakowe. W przypadku tej grupy przyrządy te należą do potrzeb podstawowych, umożliwiających funkcjonowanie, dlatego ich zabezpieczenie jest tak powszechne. Respondenci uczestniczący w badaniu wskazywali jednak bardzo często na potrzebę wymiany posiadanego sprzętu na nowszy, bardziej zaawansowany technologicznie, a tym samym na bardziej funkcjonalny. Powszechnie wskazywano także na duże środki finansowe jakie pochłania konserwacja i naprawa posiadanych urządzeń, a także koszty jakie niesie ze sobą wszczęcie implantu ślimakowego.

Mapa potrzeb osób niepełnosprawnych słuchowo wskazuje na zbyt małą indywidualizację dostępnego dla grupy wsparcia – nie widzimy potrzeb o stosunkowo małej skali, które byłyby w sposób znaczny zaspokojone – czwarta ćwiartka wykresu jest pusta.

Rysunek 20 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją słuchu



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=214– liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb przez osoby niepełnosprawne słuchowo.

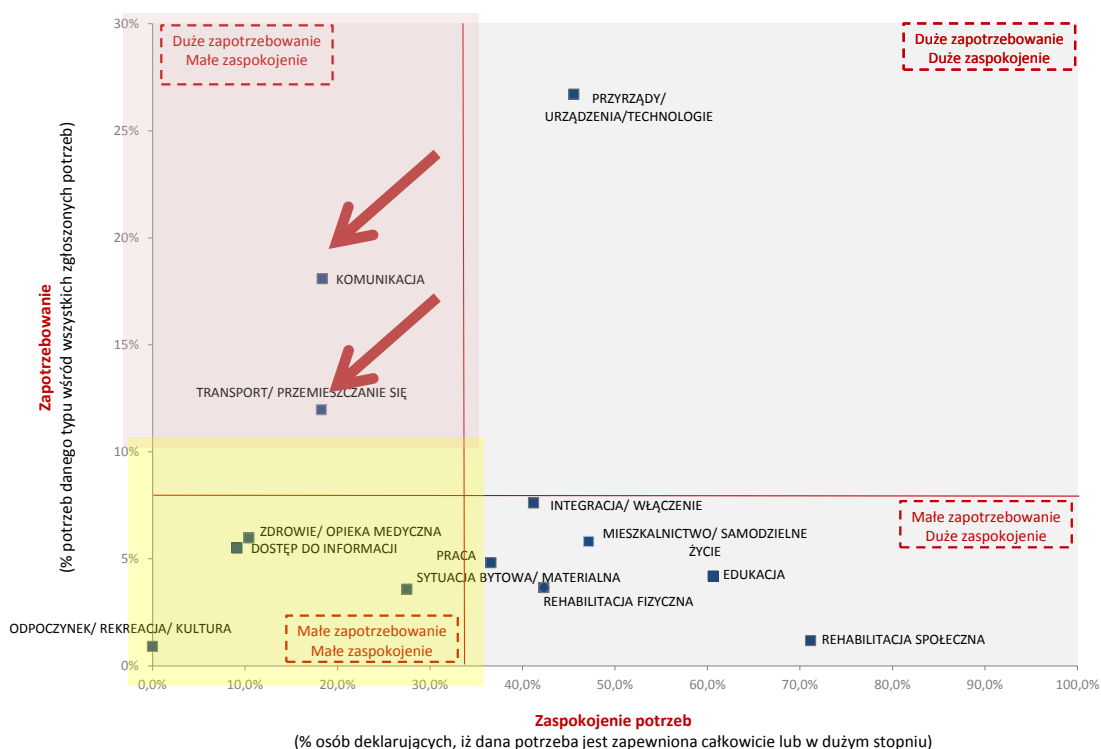
W przypadku **osób z dysfunkcją wzroku**, podobnie jak w przypadku osób z dysfunkcją słuchu mamy do czynienia z powszechną, charakteryzującą się małym stopniem zaspokojenia potrzebą komunikacji, która wiąże się z niedostosowaniem przestrzeni publicznej do potrzeb osób niewidomych i słabowidzących (przestrzeń internetu, dokumentacja itp.) W przypadku tej grupy do ćwiartki potrzeb niezaspokojonych o dużym stopniu zapotrzebowania należą też potrzeby związane z transportem i przemieszczaniem się.

Obszar potrzeb o małym stopniu zaspokojenia, ale na które jest także stosunkowo niewielkie zapotrzebowanie w tej grupie to: opieka medyczna, dostęp do informacji oraz wypoczynek, rekreacja, kultura.

Obszary potrzeb powszechnych w tej grupie o stosunkowo wysokim stopniu zaspokojenia to przyrządy, urządzenia, technologie. Respondenci wskazywali tu głównie na wszelki sprzęt ułatwiający widzenie: szkła, soczewki, sprzęt powiększający, a także urządzenia informatyczne: komputer z odpowiednim oprogramowaniem, linijki i monitory brajlowskie. W przypadku tej grupy, podobnie jak aparaty słuchowe dla osób z dysfunkcją słuchu, przyrządy te należą do potrzeb podstawowych, umożliwiających funkcjonowanie, dlatego ich zabezpieczenie jest tak powszechne. Respondenci uczestniczący w badaniu wskazywali jednak bardzo często na potrzebę wymiany posiadanego sprzętu na nowszy, bardziej zaawansowany technologicznie, a tym samym na bardziej funkcjonalny.

W przypadku osób niepełnosprawnych wzrokowo inaczej niż w przypadku osób z dysfunkcją słuchu mapa pokazuje szereg potrzeb mniej powszechnych, które charakteryzują się stosunkowo wysokim poziomem zaspokojenia. Do grupy tych potrzeb należą: potrzeby związane z integracją, mieszkalnictwem, edukacją czy rehabilitacją społeczną.

Rysunek 21 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją wzroku



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=320 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb przez osoby niepełnosprawne wzrokowo.

Mapa potrzeb przygotowana dla **osób z dysfunkcją ruchu** przypomina mapę potrzeb dla całej populacji osób niepełnosprawnych.

Potrzeby, na które należy zwrócić szczególną uwagę w przypadku tej grupy to posiadające duże zapotrzebowanie i małe zaspokojenie potrzeby związane z transportem/przemieszczaniem się (zarówno środki

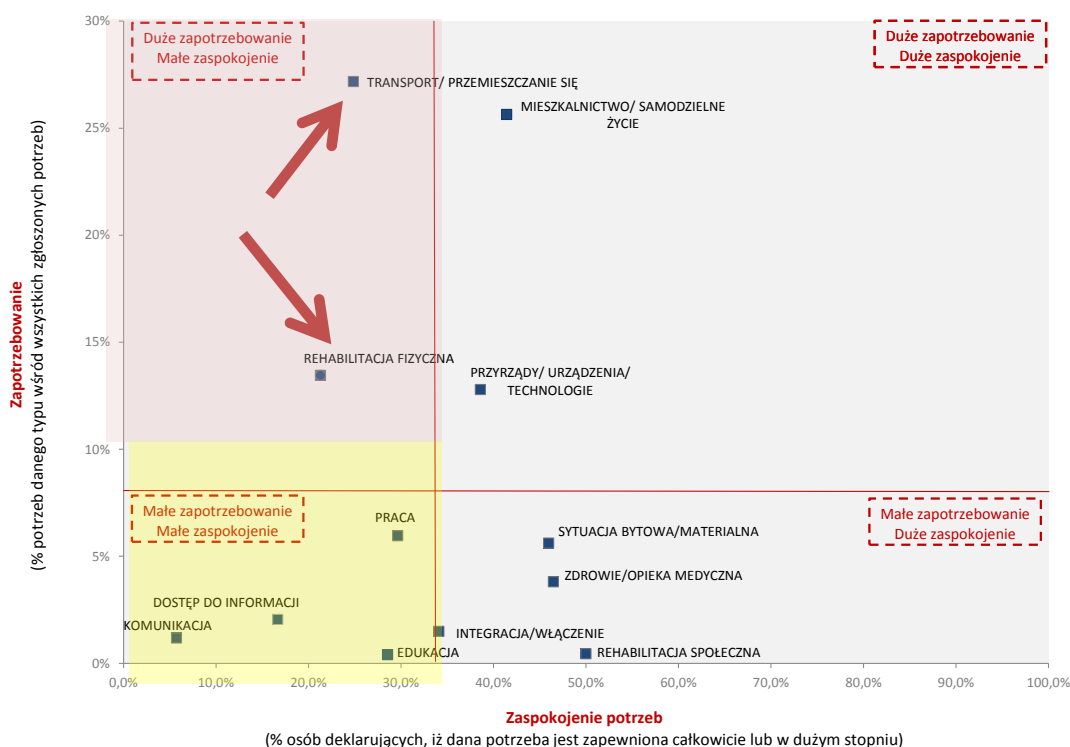
transportu, zorganizowanie transportu, jak też bariery w przestrzeni publicznej), a także odpowiedni do indywidualnego zapotrzebowania dostęp do ciągłej rehabilitacji fizycznej.

Potrzeby o małym stopniu zaspokojenia, które jednak są rzadziej wskazywane to potrzeby związane z pracą zawodową, dostępem do informacji a także potrzeby związane z komunikacją (w przypadku zaburzeń mowy) oraz edukacją, które związane są głównie z likwidacją barier architektonicznych na terenie szkół, uczelni.

Potrzeby związane z mieszkaniem, a także potrzebne przyrządy i urządzenia technologiczne z uwagi zapewne na podstawowe znaczenie dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo są w większości zaspokojone. Jednak należy tu uwzględnić fakt, że są one zaspokojone często na bardzo podstawowym poziomie, a uczestnicy badania wskazywali na potrzebę wymiany sprzętu z uwagi na stopień zużycia, czy po prostu na dostęp do bardziej nowoczesnych rozwiązań, czy też potrzebę lepszego przystosowaniu mieszkania.

Obszary o największym stopniu zaspokojenia w perspektywie osób z dysfunkcją ruchu, na które jest jednocześnie w tej grupie niewielkie zapotrzebowanie to potrzeby finansowe, opieka medyczna, a także rehabilitacja społeczna.

Rysunek 22 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją ruchu



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=355 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb przez osoby niepełnosprawne ruchowo.

5.1.2 Nowoczesne technologie/rozwiązania mogące mieć zastosowanie w przypadku niepełnosprawności

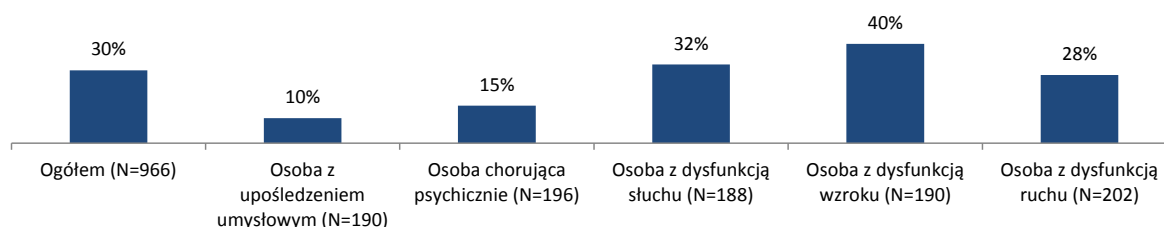
Dostęp do technologii ma duże znaczenie dla przedstawicieli wszystkich badanych niepełnosprawności. Zwraca uwagę, że nie zawsze mówi się w tym kontekście o nowoczesności w znaczeniu nowości tych rozwiązań, tym niemniej ich dostępność znacząco wpływa w wielu wypadkach na zwiększanie możliwości pełnego uczestnictwa w życiu codziennym.

Należy jednak zwrócić uwagę, że istnieje duży obszar niewiedzy – duże odsetki niepełnosprawnych nie orientują się jakie nowoczesne technologie mogłyby mieć zastosowanie w przypadku ich niepełnosprawności. Jest to z całą pewnością efektem redukcji potrzeb w wielu rodzinach osób niepełnosprawnych do potrzeb podstawowych.

Jedynie około 1/3 niepełnosprawnych deklaruje, że istnieją nowoczesne rozwiązania technologiczne, które mają zastosowanie w przypadku ich dysfunkcji. Pod tym względem widoczne są duże różnice pomiędzy osobami o różnych typach niepełnosprawności – najczęściej takie rozwiązania wskazują **osoby z dysfunkcją wzroku, a także choć rzadziej osoby z dysfunkcją słuchu i ruchu**.

Poziom świadomości w tej dziedzinie zależy od stopnia niepełnosprawności (w większej mierze wiedzą o nich osoby o znacznym poziomie niepełnosprawności). Widoczna jest także zależność z sytuacją zawodową – osoby pracujące częściej wiedzą o nowoczesnych technologiach mających zastosowanie w ich niepełnosprawności niż pozostali.

Rysunek 23 Odsetek osób, które wskazały nowoczesne technologie/rozwiązania mające zastosowanie w przypadku ich niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Nowoczesne technologie mają szczególne zastosowania w przypadku **dysfunkcji wzroku**, rozwiązania takie jak: **aplikacje telefoniczne, programy udźwiękowiające, oprogramowanie powiększające i inne**, warunkują możliwość **komunikowania się i dostępu do informacji, a także nauki i wykonywania pracy**.

Dla mnie jest, ja bez lupy nie żyję. 😊

No lupy elektroniczne.

Dla mnie to, że mój telefon gada.

Dla mnie pomoce optyczne.

Dostałem z dofinansowania coś takiego, że położę ten telefon na kartkę czy coś tam i jest ten taki no i przesuwam, mam taką tą i przycisnę w odpowiednim miejscu i czyta mi. Tylko że to jest tylko tak wąsko, żeby się mieściło. To jest bardzo dobre, tylko że czyta czasem z błędami, jak tam gdzieś zatapie to... (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Są różnego rodzaju, jak ja to nazywam, maszyny do czytania, przy pomocy których można sobie wrzucić dowolny tekst, on skanuje i go czyta, i jeżeli mamy do czynienia z książką to przewracamy kartki, on skanuje i czyta. Można sobie to



wszystko zarejestrować w plikach pamięciowych. Oczywiście cała seria na nośnikach książek, publikacji(...), mp3, i audiobooki, do wyboru do koloru. (IDI 4 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, wieś)

Ważne są także nowoczesne rozwiązania w sprzętach gospodarstwa domowego, które zwiększają bezpieczeństwo w domu – takie jak płyty grzewcze, sygnalizacja dźwiękowa i inne.

Jeśli chodzi o **osoby z dysfunkcją ruchu** problem **zapotrzebowania na nowoczesne technologie dotyczy szczególnie osób ze stopniem znacznym**, dla których poruszanie samodzielne a nawet obsługa wózka aktywnego stają się zasadniczą barierą. W przypadku osób mieszkających na wsi i w mniejszych miejscowościach, gdzie przemieszczanie się transportem publicznym jest utrudnione (publiczne środki transportu kursują rzadziej niż w dużych miastach, i rzadko są dostosowane do potrzeb ON) szczególnie zastosowanie znajdują **wózki i skutery elektryczne oraz odpowiednio przystosowane rowery**.

Dostęp do takiego wyposażenia zwiększa bezpieczeństwo wózkowicza na drodze, ponieważ konstrukcja ta jest bardziej stabilna a sam wózek może rozwijać większą prędkość niż napędzany ręcznie – a to skraca czas przebywania na drodze.

Na ręcznym wózku jest tragedia żeby wyjechał - tiry jeżdżą i jest problem. Bez takiego skutera to jak się jedzie wózkiem to strasznie buja.

A na terenie samej miejscowości?

Tutaj nie ma jakiegos większego problemu, poruszam się bez większych problemów na rowerze, jak się już do samej miejscowości dostanę. (IDI 11 niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Nawet na większych dystansach, ale na terenach o mniejszym natężeniu ruchu dużych pojazdów bardzo dobrze się sprawdza i chętnie jest wykorzystywany „rower” (specjalna nakładka do wózka aktywnego).

Dla większości potrzebujących ogromnym problemem jest zebranie środków na zakup i konserwację takiego sprzętu, którego koszt przekracza często kwotę 10 000 zł (skuter, wózek elektryczny). Skala dofinansowań PFRON do takich inwestycji jest oceniana jako niewspółmiernie niska, a warunki określające limity zarobków, które umożliwią zachowanie renty socjalnej za krzywdzące i *de facto* zamykające niepełnosprawnym możliwość korzystania z dostępnych rozwiązań technologicznych bez pomocy z zewnątrz.

Kolega mówił o tym, że bardzo trudno znaleźć miejsce gdzie zarabia się więcej niż płaca minimalna. Ja mogę powiedzieć- to nie jest tajemnica- mi się udało, ale co z tego kiedy pojawiły się problemy pod tytułem limit dorabiania do renty. I teraz tak: jeżeli limit dorabiania do renty socjalnej na ten moment wynosi 2950 zł brutto no to jak ja mam sobie kupić aktywny wózek, czy jak ja mam sobie kupić skuter, na którym ja się poruszam, który kosztował mnie 13 tysięcy złotych. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchową)

Wielokrotnie osoby z niepełnosprawnością ruchu decydują się na **zakup używanego sprzętu** – przez allegro lub inne platformy handlowe. Zgromadzenie środków jest możliwe wyłącznie dzięki życzliwości organizacji i osób prywatnych, które wspierają zbiórkę środków lub organizacje wydarzeń, których celem jest zebranie pieniędzy na sprzęt rehabilitacyjny.

Rower był mi potrzebny, to pomógł mi PCPR i zbiórka znajomych. Przydałby się ten skuter, mam zakupiony stary od znajomych, on się już co prawda sypie. Była taka akcja jak ci mikołaje jeździli po domach, to zadzwonili i pytali co byłoby potrzeba, przyjechali i dla dziecka przywieźli paczkę to zobaczyli, że u nas taka sytuacja i zapytali czego mnie potrzeba, bo wszyscy coś dostali a ja na tym wózku sobie siedziałem. To mówię, że akumulatory do tego skutera, bo on już się sypie ale nie mam nawet akumulatorów, żeby się poruszać i zakupili je dla mnie, nowe. Zbieram 1% przez Fundację. (IDI 11 niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Tak, na przykład fundacja Owsiaaka, która zakupiła mi wózek. Już nie pamiętam, ile Ewa miała lat, ale zakupili wózek dla niej, bo było krucho z pieniędzmi. Nie mieliśmy zbieranych środków na subkoncie, z których moglibyśmy skorzystać i kupić wózek. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, małe miasto)

Bez tej pomocy wiele osób zostałoby zamknięte w domach z bardzo organiczną możliwością uczestnictwa w codziennym życiu swoich rówieśników i społeczności w jakich funkcjonują.

W przypadku **osób z upośledzeniem umysłowym** jako istotne wsparcie technologiczne wymienia się głównie **komputer z oprogramowaniem edukacyjnym**. Chodzi o dostęp do zabaw edukacyjnych o charakterze interaktywnym, które pozwolą w atrakcyjnej formie pracować nad rozwijaniem i utrzymywaniem osiągniętego poziomu z zakresu umiejętności językowych, matematycznych, rozwijania pamięci, czy też ogólnej wiedzy o świecie.

Za to mam wrażenie, że dałby się w coś wciągnąć na zasadzie nauki takiej, przy jakimś komputerze interaktywnym na przykład, bo on jest naprawdę bystry. I tu no my mamy taki komputer, ale on poza stroną internetową nic nie odbiera. To go nie wciąga, to go nie interesuje. Musiałoby się coś dziać, żeby on musiał coś zrobić, policzyć. Ja powiem tak, że kiedyś, no niestety mój komputer nie wydalał temu (ns 0:13:06) bo są takie strony dla szkół podstawowych, gdzie tam interaktywnie można sobie rozwiązywać różne działania matematyczne, i mam wrażenie, że on by chętnie, bo on raz widział wynik, to dla niego jest ważne też. (IDI 20 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto i wieś)

Zapotrzebowanie to dotyczy zarówno młodzieży, jak i dorosłych (nawet 45+), a zapewnienie dostępu do takich rozwiązań może być traktowane jako jedna z metod zapobiegania regresowi nabytych umiejętności u osób, które zakończyły edukację formalną.

Osoby z dysfunkcją słuchu, w szczególności Głusi jako przydatne wskazują przede wszystkim **wideo-domofon, wideo-tłumacza, powiadomienia wibracyjne** (w zegarku), świetlną sygnalizację bezpieczeństwa, aplikacje bezpieczeństwa medycznego, czy też sprzęty codziennego użytku – jak np. specjalny budzik. Największe znaczenie przywiązuje się jednak do aplikacji do wideo-tłumaczy na telefon. W tym kontekście szczególnie przydatnym rozwiązaniem są pakiety transmisji internetowych, które zwiększają swobodę korzystania z wirtualnych tłumaczy. Biorąc pod uwagę skalę problemów generowanych przez trudności komunikacyjne dla tej grupy niepełnosprawnych, nie trudno to zrozumieć.

Technologia nowoczesna jest, ja z mężem czy z dziećmi mogę przez wideo rozmowę rozmawiać ale w urzędzie już nie. Brakuje mi tego. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Jeżeli chodzi o nowoczesne technologie to, żeby Głusi też mogli swobodnie korzystać z wideo rozmów w telefonie. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Ja polecam swoją komórkę, Facetime [Iphone], odbiór jest czysty obraz widoczny, jak migam czuję jakby to było na żywo, jakby w 3D osoba zaraz wyjdzie do mnie, Jakość obrazu bardzo wysoka. Polecam, uważam że ta komórka jest najlepsza. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Teraz jest nowoczesna technologia w zegarku, który wibruje jak przychodzi sms. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

W badaniu jakościowym **chorujący psychicznie** jako jedyna grupa nie zidentyfikowali żadnych rozwiązań technologicznych, które uważają za pomocne przy zwiększaniu komfortu życia codziennego ze względu na swoją niepełnosprawność.

Czy są jakieś specjalne rozwiązania [nowoczesne technologie], dedykowane osobom chorującym psychicznie, które mogłyby Wam pomóc? Słyszeliście o czymś takim?

Chyba nie ma.

Chyba nie ma.

Nie słyszałem.

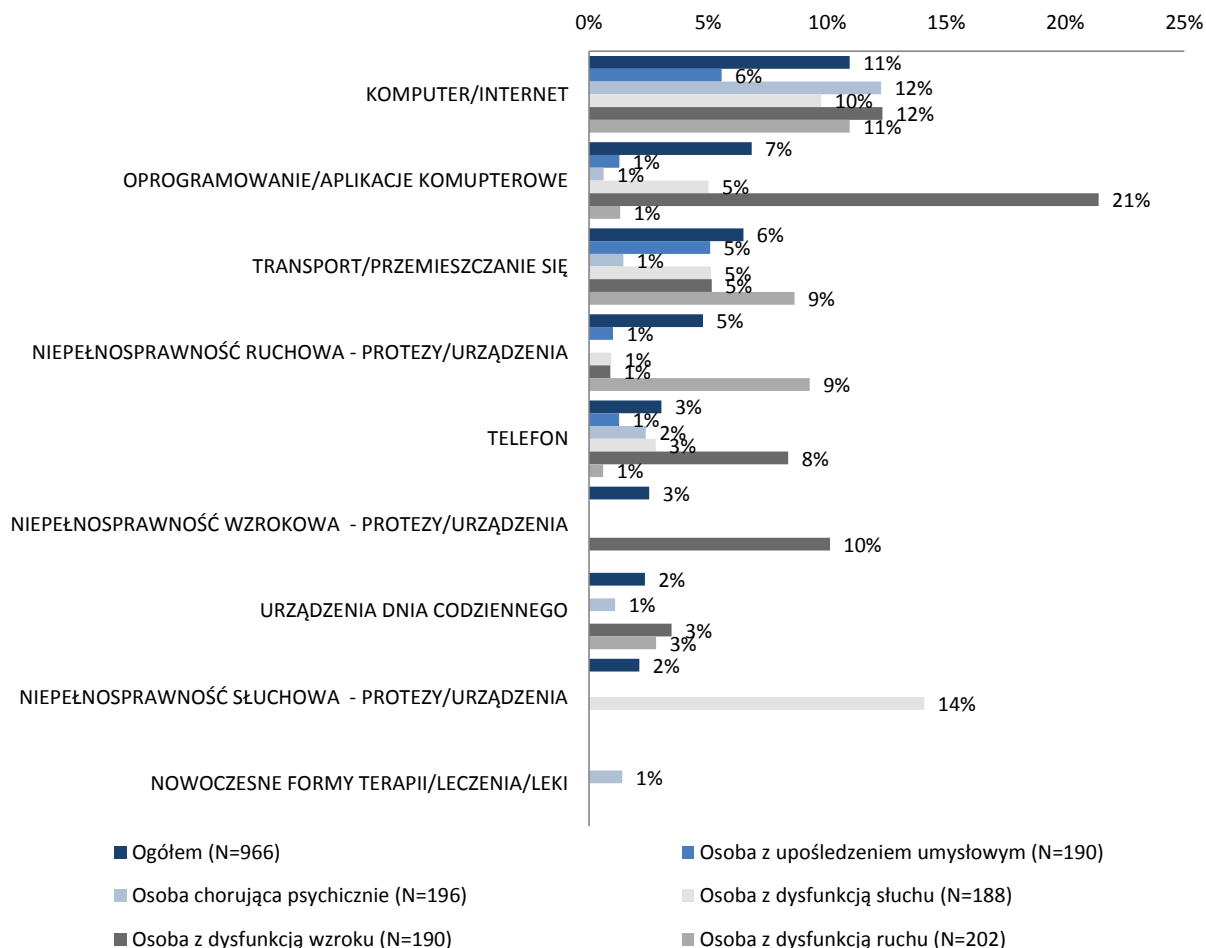
Słyszeliśmy, że taka niepełnosprawność jak nasza jest jedną z takich najgorszych niepełnosprawności.

Nie no, taką z najgorszych to nie jest, tylko lekarzy jest za mało i nie ma tak dużo instytucji.

Ten obszar był po prostu przez lata zaniedbywany kompletnie, po prostu byliśmy spychani na margines. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

W kontekście nowoczesnych technologii wymieniłi oni jedynie dostęp do leków nowoczesnej generacji, które w zdecydowanie mniejszy sposób upośledzają ich funkcjonowanie.

Rysunek 24 Wskazywane spontanicznie nowoczesne technologie/rozwiązania mające zastosowanie w niepełnosprawności – kategorie ogólne



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

5.1.3 Waga i wykorzystanie obecnie dostępnego wsparcia

W ramach badania osoby niepełnosprawne zostały poproszone także o ocenę ważności i przydatności w ich życiu obecnie dostępnych instrumentów wsparcia. Uzyskane wyniki są bardzo spójne ze wskazywanymi spontanicznie potrzebami. Najważniejszymi rodzajami wsparcia dla osób niepełnosprawnych są dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, pomoc finansowa bez konkretnego przeznaczenia, udział w zajęciach rehabilitacyjnych, dodatkowe usługi medyczne, a także dofinansowanie różnych form rekreacji.

Rysunek 25 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej



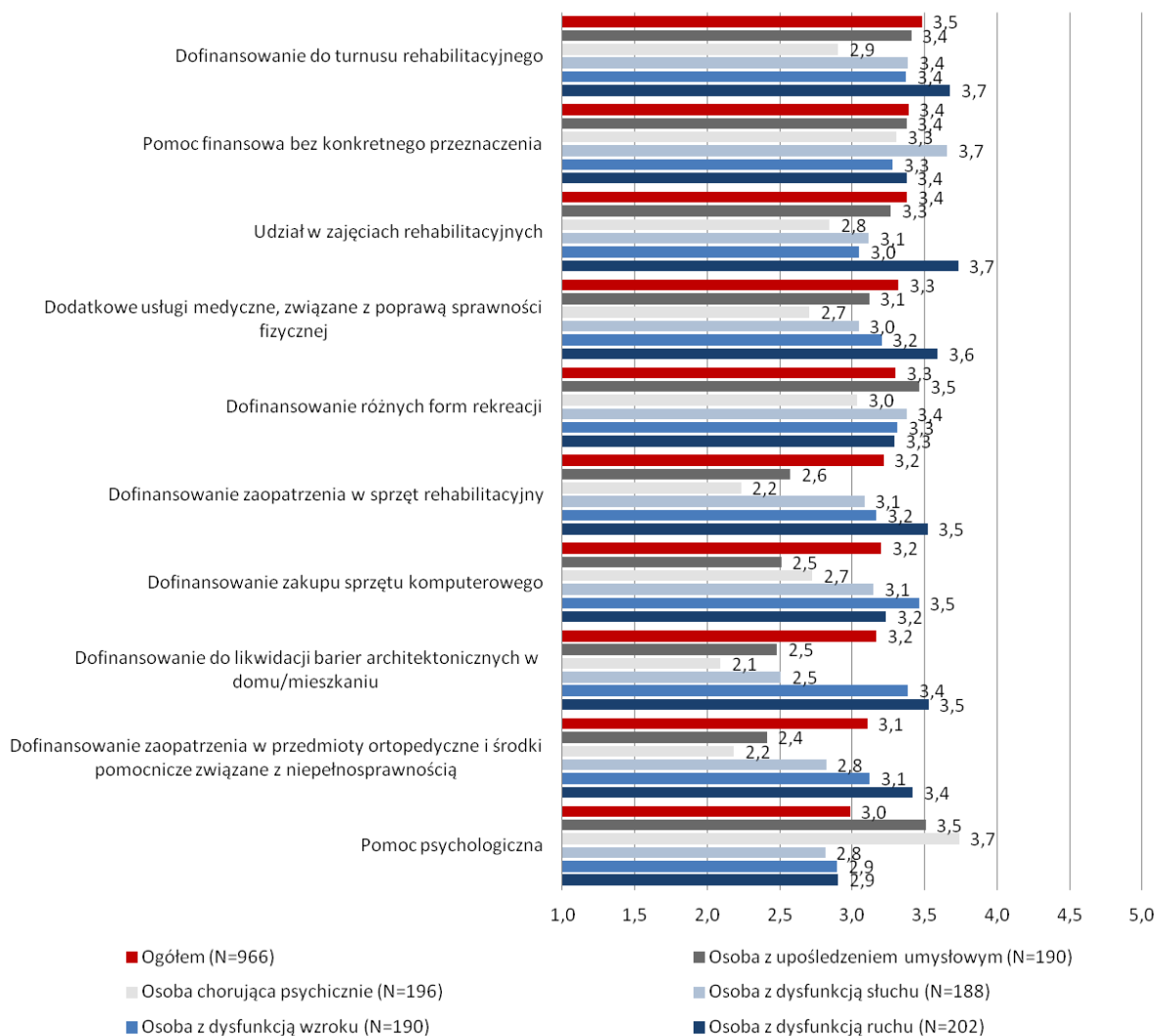
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe. N=966

Hierarchia ta w dużej mierze wynika jednak z faktu, że wśród niepełnosprawnych przeważają osoby z dysfunkcją ruchu, dla których rehabilitacja oraz dodatkowe usługi medyczne są bardzo ważne. Dla osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie najważniejsze jest wsparcie psychologiczne. Dla osób z dysfunkcją słuchu najistotniejsza jest natomiast pomoc finansowa, a dla osób z dysfunkcją wzroku dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego.

Część instrumentów jest szczególnie istotna tylko dla osób o określonym typie dysfunkcji np. pomoc asystenta oraz rehabilitacja społeczna dla osób z upośledzeniem umysłowym. Pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu jest ważna tylko dla osób z dysfunkcją ruchu natomiast dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w domu/mieszkanii dla osób z dysfunkcją ruchu i wzroku.

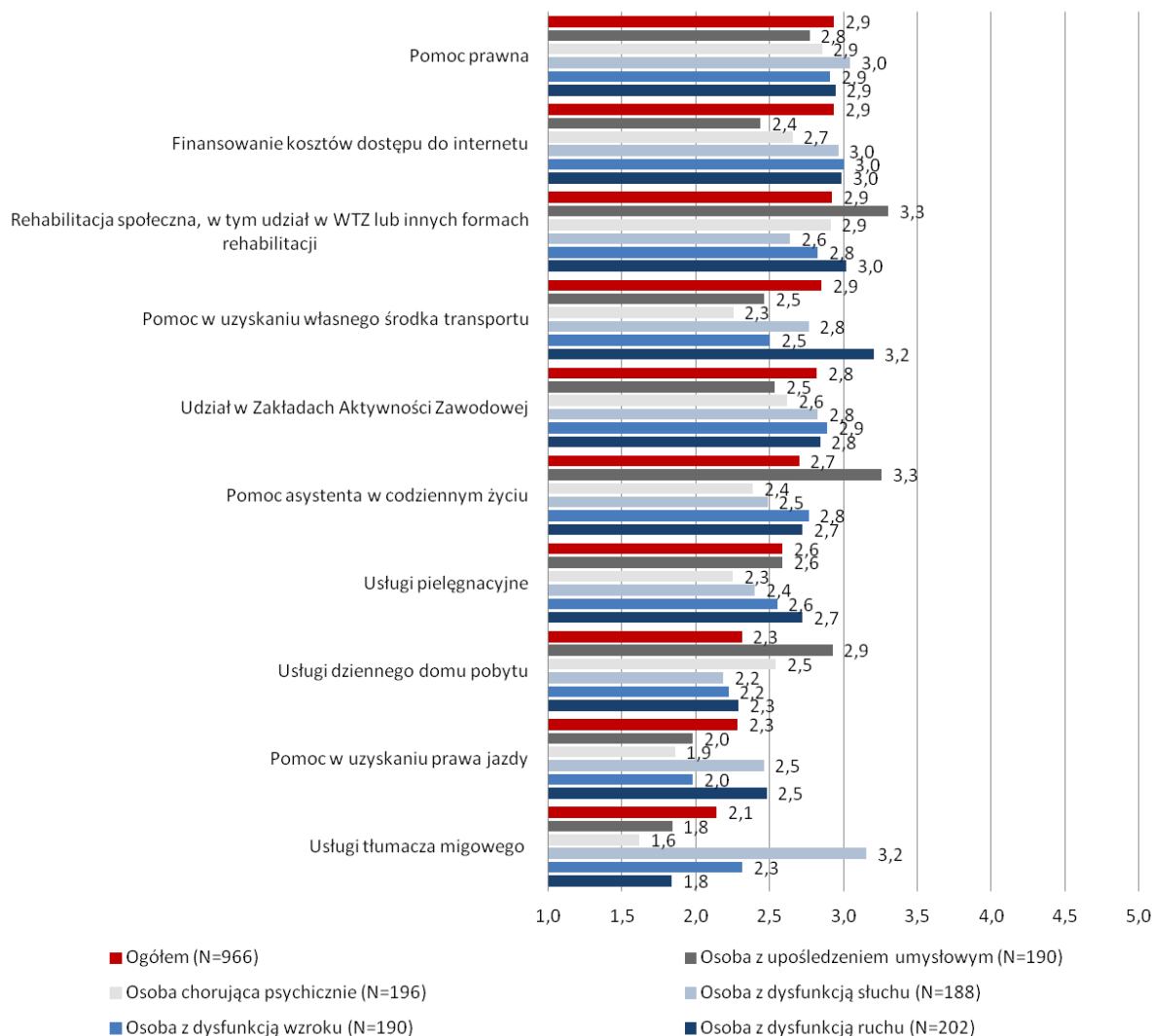
Należy wskazać na cztery instrumenty, których ważność jest mniejsza w zasadzie dla wszystkich grup – są to pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, udział w Zakładach Aktywności Zawodowej, usługi pielęgnacyjne oraz usługi dziennego domu pobytu. Za instrumenty ważne i uniwersalne należy uznać natomiast pomoc finansową, prawną i psychologiczną.

Rysunek 26 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – najważniejsze wsparcie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Rysunek 27 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – wsparcie ocenione jako relatywnie mniej ważne



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.*

Podobnie jak w przypadku hierarchii ważności instrumentów, także powszechność różnych form wsparcia w dużej mierze wynika jednak z faktu, że wśród niepełnosprawnych przeważają osoby z dysfunkcją ruchu. Stąd też najpowszechniejszym instrumentem są zajęcia rehabilitacyjne, a na drugim miejscu dodatkowe usługi medyczne. Pomoc psychologiczna jest szczególnie powszechna wśród osób chorujących psychicznie i z upośledzeniem umysłowym, natomiast z dofinansowania zakupu sprzętu komputerowego korzystają najczęściej osoby z upośledzeniem słuchu i wzroku.

Częściej z większości instrumentów korzystają osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Wyjątkiem są jedynie pomoc w uzyskaniu prawa jazdy oraz pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu. Najrzadziej ze wszystkich instrumentów korzystają osoby w wieku 45+ oraz mieszkańcy wsi.

Rysunek 28 Wykorzystanie różnych form wsparcia dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

W celu dokonania oceny, na ile kierowane do osób niepełnosprawnych wsparcie jest trafne oraz jakie typy wsparcia są zbyt mało dostępne w stosunku do zapotrzebowania zestawiono ze sobą ocenę ważności instrumentów oraz ich wykorzystanie (odsetek kiedykolwiek korzystających z danego typu wsparcia). Należy jednak podkreślić, że na podstawie tych analiz możemy wypowiadać się jedynie na temat prawidłowego ukierunkowania wsparcia, a nie na temat zaspokojenia zapotrzebowania – to, że osoba niepełnosprawna deklaruje iż kiedykolwiek ze wsparcia korzystała nie znaczy, że korzystała z niego w stopniu zaspokajającym jej potrzeby. Wykresy prezentowane poniżej podzielone są na następujące ćwiartki:

- Instrumenty powszechne o małym znaczeniu dla ON – pomoc nie do końca trafna, obszar, wymagający namysłu
- Instrumenty w dużej mierze wykorzystywane i o dużym znaczeniu – pomoc trafna, wymagająca kontynuacji
- Instrumenty o małym wykorzystaniu i małym znaczeniu
- **Instrumenty o dużym znaczeniu i małym wykorzystaniu – obszar wymagający namysłu w celu zwiększenia dostępności.**

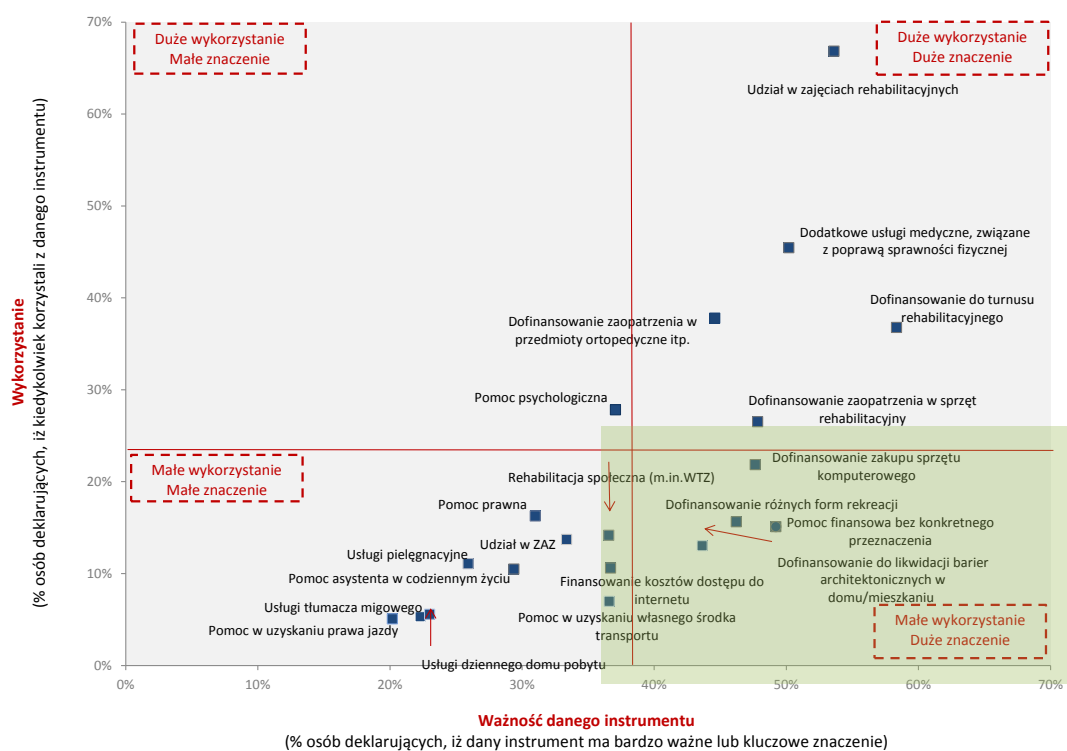
Wykres „ćwiartkowy” zaprezentowano najpierw dla całej populacji niepełnosprawnych, ale ze względu na jej zdominowanie przez osoby z dysfunkcją ruchu przedstawiono także osobne wykresy dla osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności.

Przed wszystkim warto podkreślić, że ćwiartka pomocy o małym znaczeniu i dużym wykorzystaniu jest pusta, co świadczy o prawidłowym ukierunkowaniu wsparcia.

Z perspektywy całej populacji niepełnosprawnych można zauważyć, że istnieją instrumenty o dużym znaczeniu i dużym wykorzystaniu – takie jak udział w zajęciach rehabilitacyjnych, dodatkowe usługi medyczne, dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, sprzętu ortopedycznego / rehabilitacyjnego czy też zakup sprzętu komputerowego.

Pomoc psychologiczna, choć bardzo ważna dla osób z upośledzeniem umysłowym i chorujących psychicznie znalazła się w ćwiartce o małym znaczeniu i dużym wykorzystaniu – co wynika z mniejszego udziału tych dwóch grup wśród ogółu niepełnosprawnych. **Trzy instrumenty znalazły się w grupie o dużym znaczeniu i małym wykorzystaniu, co może oznaczać ich niedostateczną dostępność: dofinansowanie do różnych form rekreacji, pomoc finansowa bez konkretnego przeznaczenia oraz dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w domu i mieszkaniu.**

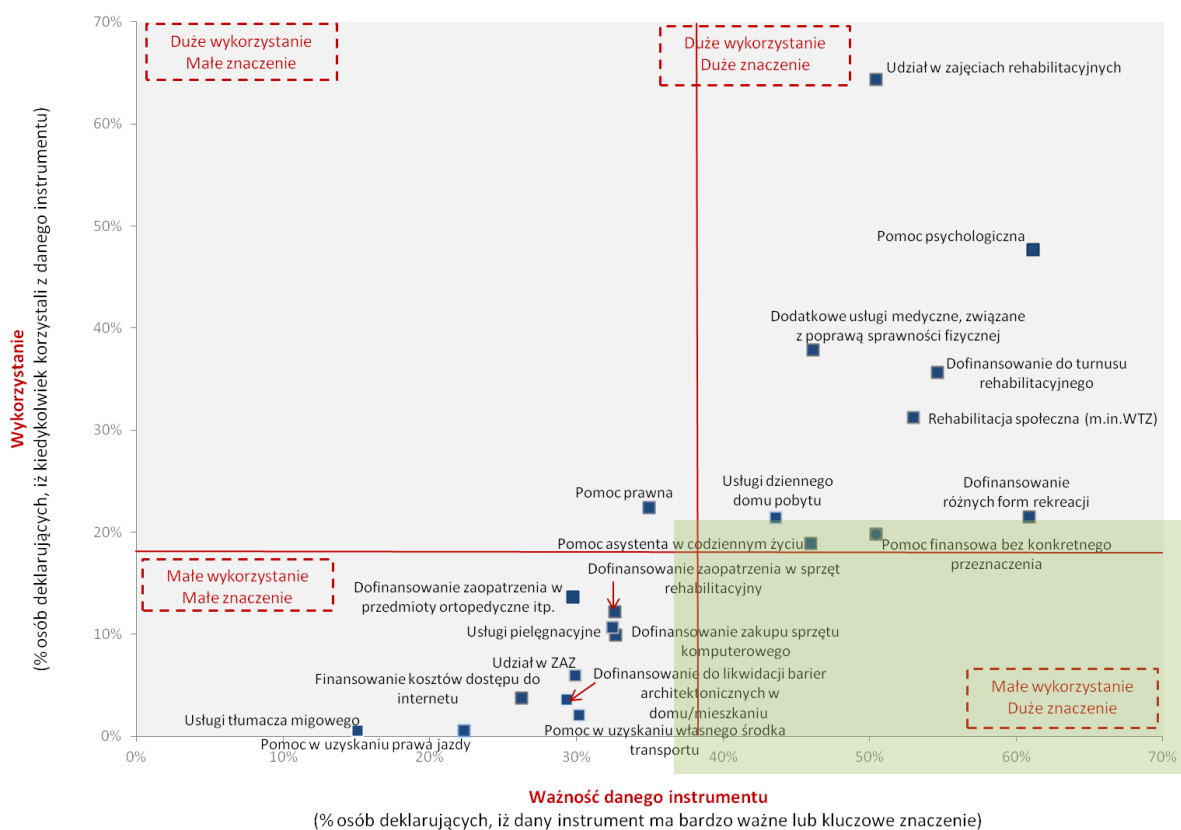
Rysunek 29 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla ogółu osób niepełnosprawnych



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

Gdy spojrzymy na mapę prezentującą odpowiedzi tylko **osób z upośledzeniem umysłowym** widzimy zupełnie inny obraz, który świadczy o bardzo dobrym ukierunkowaniu wsparcia do tej grupy. Wszystkie instrumenty o dużym znaczeniu są też w dużej mierze wykorzystywane. Nie ma instrumentów, które zostały by uznane za bardzo ważne a jednocześnie w małym stopniu wykorzystywane. Pomoc prawna jest nieco mniej trafnym instrumentem, dość często wykorzystywanym, ale jednocześnie nie do końca uznawanym za ważny. W przypadku tej grupy problemem nie jest ukierunkowanie wsparcia, ale, jak pokazały analizy mapy zaspokojenia potrzeb jego wymiar.

Rysunek 30 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z upośledzeniem umysłowym

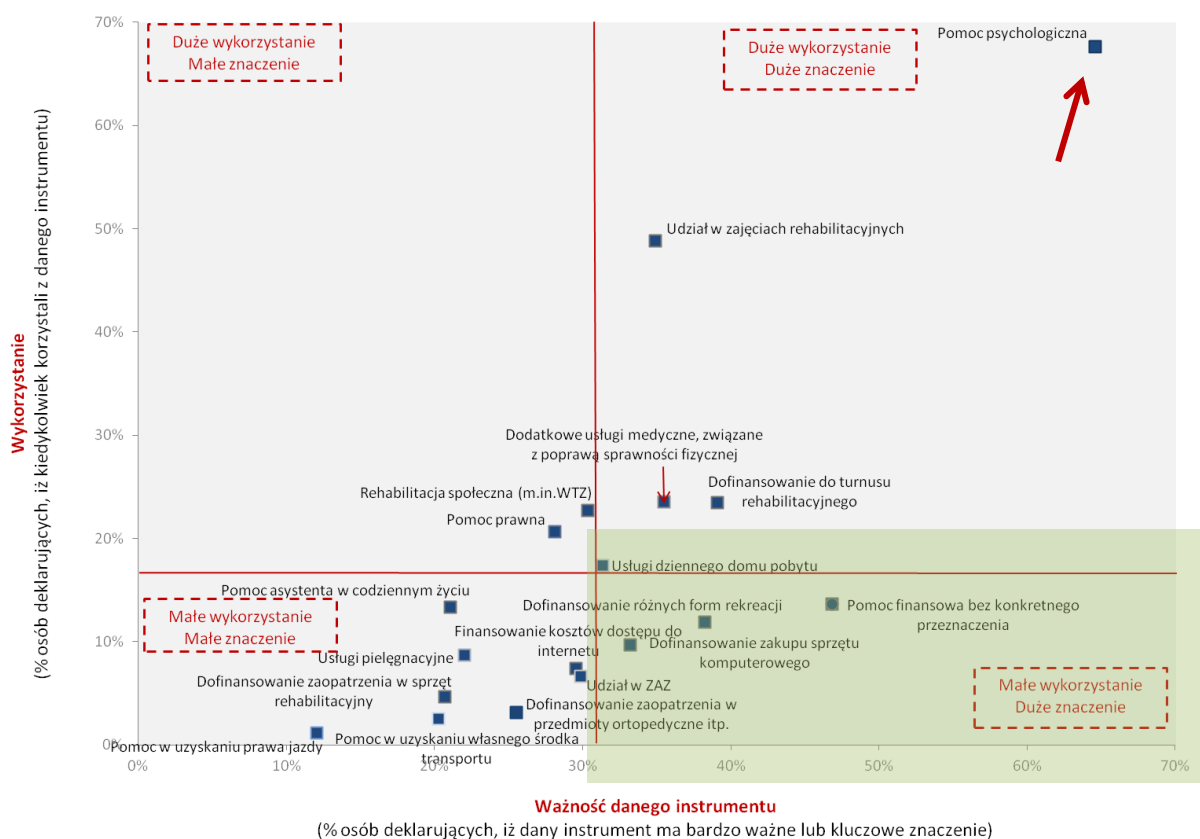


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=190

W przypadku **chorujących psychicznie** mamy do czynienia z instrumentem, który pełni rolę absolutnie kluczową – pomoc psychologiczna/psychiatryczna, która jest uznawana za zdecydowanie najważniejszą i najpowszechniejszą. Obok niej instrumentami o dużym znaczeniu i wykorzystaniu są udział w zajęciach rehabilitacyjnych, dodatkowe usługi medyczne, dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego oraz usługi dziennego domu pobytu.

Za pomoc nieco mniej trafną uznać należy rehabilitację społeczną oraz pomoc prawną. Instrumentami o niedostatecznym wykorzystaniu w stosunku do ich znaczenia dla osób niepełnosprawnych psychicznie są natomiast pomoc finansowa bez konkretnego przeznaczenia, dofinansowanie do różnych form rekreacji oraz dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego.

Rysunek 31 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby chorujące psychicznie

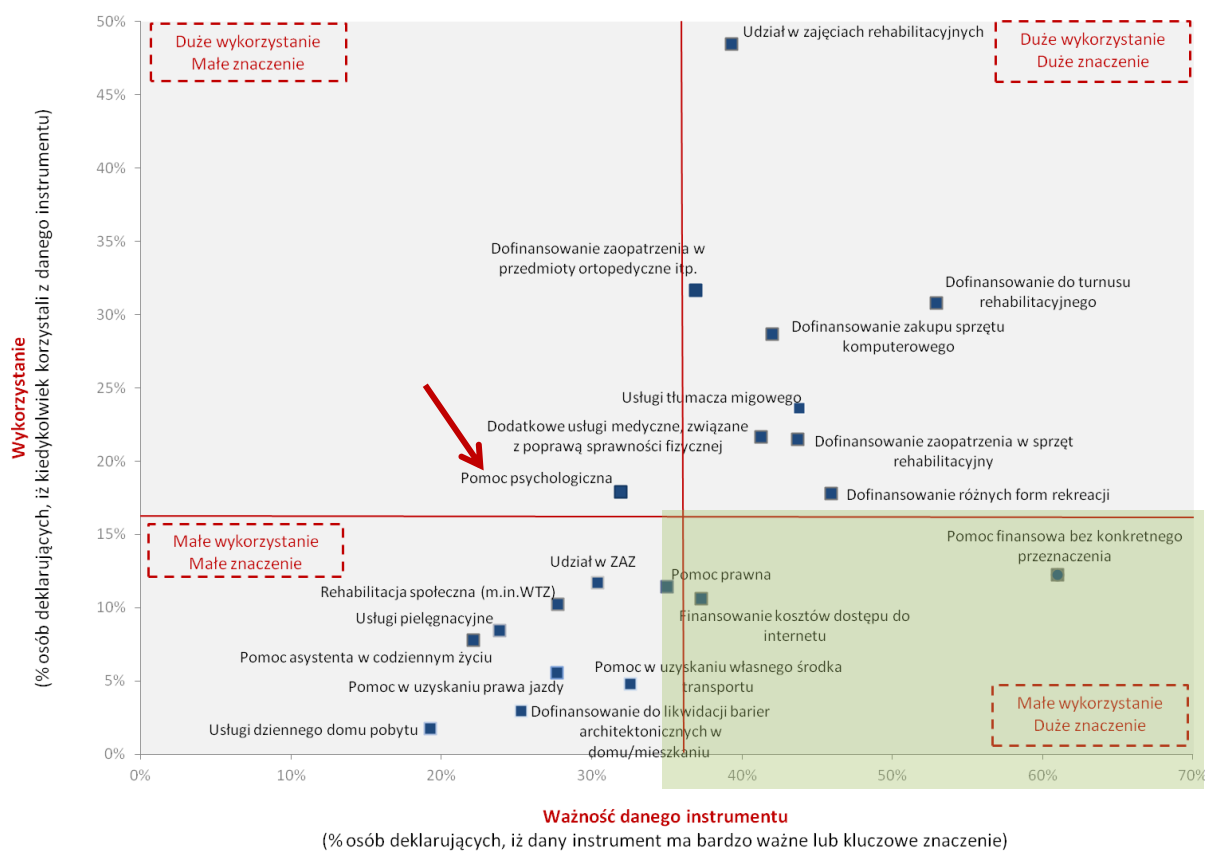


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=196

W przypadku osób z **dysfunkcją słuchu** instrumentami o dużym znaczeniu i dużym wykorzystaniu są udział w zajęciach rehabilitacyjnych, dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, usługi tłumacza migowego, dodatkowe usługi medyczne, dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz dofinansowanie różnych form rekreacji.

Jedynym instrumentem o dużym wykorzystaniu w stosunku do znaczenia jest pomoc psychologiczna, która dla tej grupy jest relatywnie mniej ważna. **Natomiast dofinansowanie kosztów dostępu do internetu oraz pomoc finansowa bez konkretnego przeznaczenia są instrumentami o małym wykorzystaniu i dużym znaczeniu**

Rysunek 32 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją słuchu

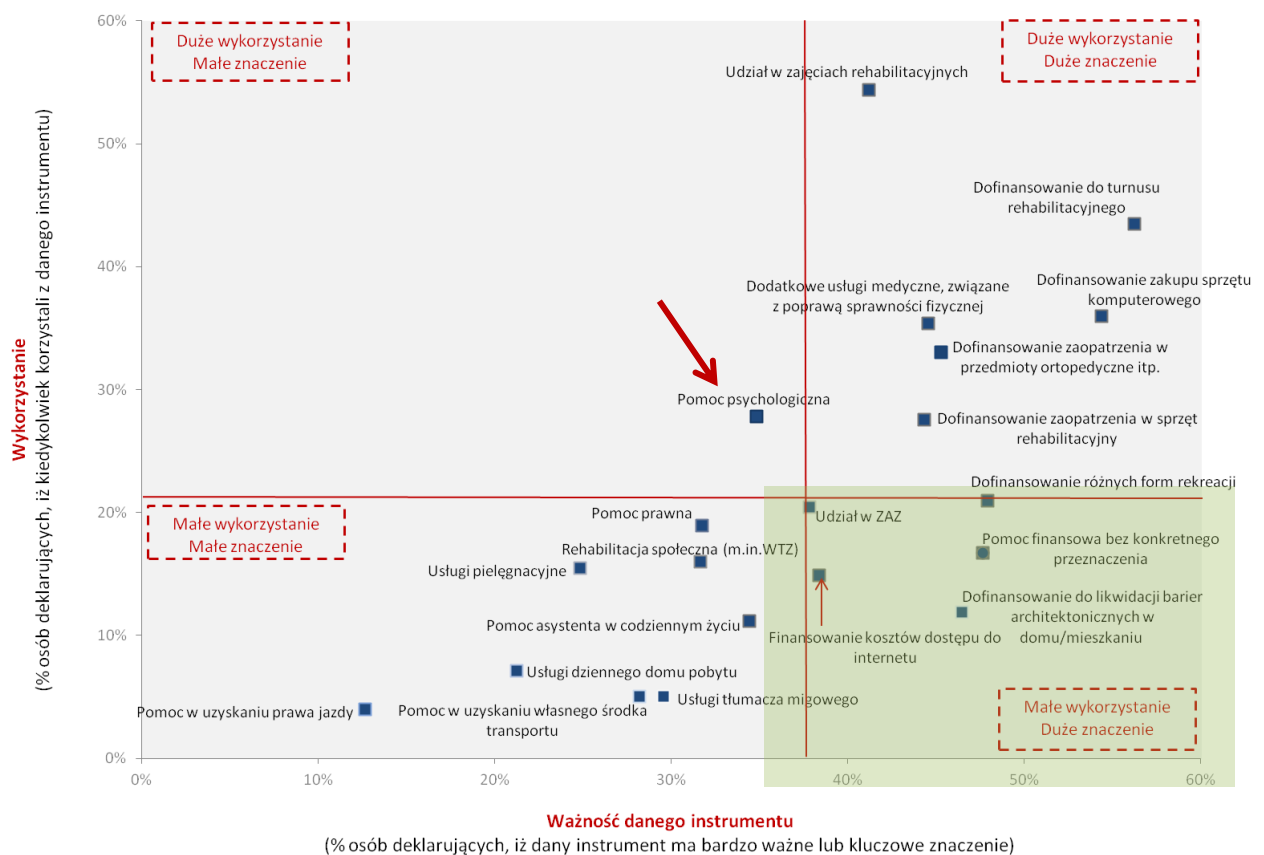


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=188

Dla **osób z dysfunkcją wzroku** najważniejszymi i jednocześnie najczęściej wykorzystywanymi instrumentami są zajęcia rehabilitacyjne, dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, dodatkowe usługi medyczne, dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego oraz dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny. Pomoc psychologiczna uznana została za nieco mniej istotną, ale przy dużym wykorzystaniu.

Instrumentami o małym wykorzystaniu i dużym znaczeniu są natomiast pomoc bez konkretnego wsparcia (co pojawia się także w opisywanych wcześniej grupach), udział w ZAZ, dofinansowanie różnych form rekreacji, dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych oraz finansowanie kosztów dostępu do internetu.

Rysunek 33 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją wzroku

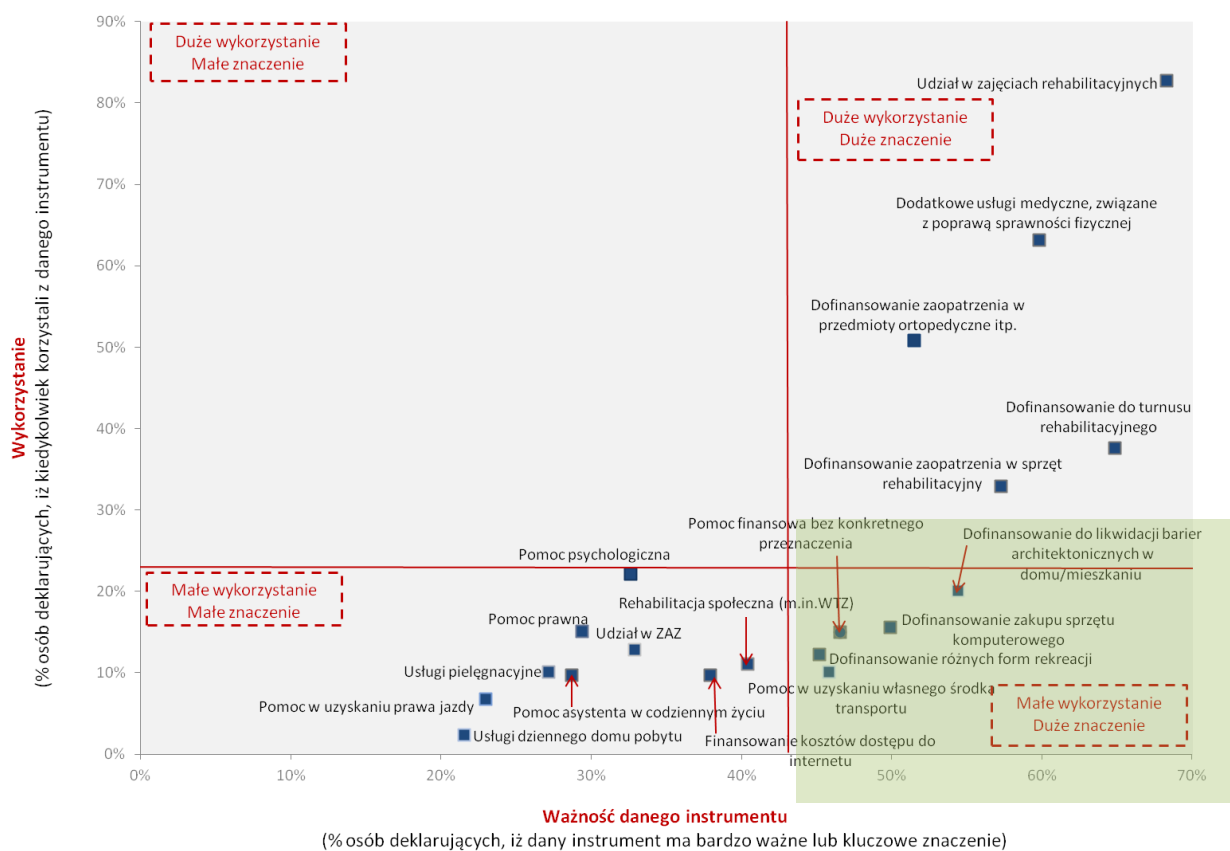


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=190

W grupie osób z dysfunkcją ruchu nie ma instrumentów o dużym wykorzystaniu i małym znaczeniu. Zdecydowanie najistotniejszym i najpowszechniejszym wsparciem jest udział w zajęciach rehabilitacyjnych, a obok niego dodatkowe usługi medyczne, dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych i rehabilitacyjnych oraz turnusów rehabilitacyjnych.

W ćwiartce o małym wykorzystaniu i dużym znaczeniu warto zwrócić uwagę na pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu, ponieważ jest to instrument, który nie pojawiał się w tym miejscu wykresu dla wcześniej opisywanych grup.

Rysunek 34 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją ruchu



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=202

5.1.4 Hierarchia potrzeb

W przeprowadzonym badaniu respondenci zostali poproszeni o podsumowanie wywiadu poprzez wskazanie pięciu najważniejszych potrzeb w hierarchii od potrzeby najważniejszej do najmniej ważnej. Zostały one zaprezentowane w poniższym rozdziale na dwa sposoby:

1. Poprzez pokazanie w ilu procentach dana potrzeba została wskazana na pierwszym miejscu, wśród pierwszych trzech potrzeb oraz pierwszych pięciu potrzeb.



2. Poprzez wyliczenie wskaźnika hierarchii potrzeb. Wskaźnik ten wyliczono przypisując pierwszemu wskazaniu 50 punktów, drugiemu 40, trzeciemu 30, czwartemu 20 i piątemu 10. Następnie wartości wskaźnika przeskalowano tak, żeby dla każdego badanego przyjmował wartości od 0 do 100. W ten sposób wskaźnik oddaje zarówno fakt, że dana potrzeba w hierarchii się pojawiła, jak również miejsce na którym się pojawiła.
3. Na potrzeby analiz pojedynczo wskazywane potrzeby zostały pogrupowane w 20 obszarów.

Potrzebą numer 1 w hierarchii dla osób niepełnosprawnych jest zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej, wskazaną na pierwszym miejscu przez 16% badanych a 35% wskazało ją w pierwszej piątce. W czołówce potrzeb są ponadto praca (12% wskazań na pierwszym miejscu), przyrzędy pomagające w niepełnosprawności (8%), zdrowie (7%), rehabilitacja fizyczna (6%) oraz przystosowanie mieszkania (6%).

Ponadto warto zwrócić uwagę, że **sytuacja materialno-bytowa jest pierwszą potrzebą dla wszystkich pięciu analizowanych grup niepełnosprawnych.**

Myślę, że bardzo dobrze to nie, nie wiem czego bym oczekiwała, żeby to było bardzo dobrze, ale nie uważam, żeby było źle. Jest praca, jest możliwość utrzymania się samodzielnego, jest spełnienie jakichś tam swoich nie mówię, że wielkich, ale średnich powiedzmy marzeń, czyli zainwestowania na przykład w coś, kupienia sobie i tak dalej. No i jest satysfakcja też z tego co się robi, więc wydaje mi się, że na dobrze to tak, tak bym to określiła. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

Praca jest na drugim miejscu dla chorujących psychicznie oraz osób z dysfunkcją ruchu, natomiast dla osób z upośledzeniem umysłowym jest ona dopiero ósmą potrzebą w hierarchii.

Jeżeli chodzi o mnie, to bym powiedział raczej, że miernie. A to dlatego, że jestem na etapie szukania pracy, bo w tej chwili pracuję w niepełnym wymiarze czasowym. Jest to problem, szczególnie jeżeli chce się zarabiać powyżej płacy minimalnej. Ja nie mam tej możliwości że , specjalnie nie mogę się przyznać do tego, że jestem osobą bez orzeczenia, bo to po prostu widać na pierwszy rzut oka. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

Spśród innych potrzeb warto zwrócić jeszcze uwagę na **integrację**, które właściwie dla wszystkich grup znajduje się gdzieś w górnej części hierarchii (od 5go do 10go miejsca).

W badaniu jakościowym o integracji badani mówili na kilku poziomach. Pierwszy z nich to **potrzeba bycia traktowanym „jak normalny człowiek”**, co oznacza klasyfikowanie niepełnosprawności jako jednej z wielu cech osoby a nie jej głównej charakterystyki. Szczególnie wrażliwe na to są osoby bardzo młode.

Chciałabym, żeby mnie ludzie nie traktowali z litością i żeby byli życzliwie. Żeby nie podchodzili, albo jak do jakiegoś coś nie znanego i boja się podjąć, czy traktują mnie inaczej. Żeby zachowywali się normalnie, nie jako obraźliwie czy jakoś z pogardą. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Wydaje mi się, że osoby niepełnosprawne trzeba traktować tak samo jak osoby pełnosprawne, ponieważ wózek nie twierdzi o człowieku. Wózek nie przesądza o charakterze człowieka. Mimo, że człowiek jeździ na wózku, to może być miły, przyjazny, troskliwy i pomocny. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Potrzeba akceptacji, przejawiającej się neutralnym zainteresowaniem innych ludzi. To znaczy: gotowością do świadczenia pomocy w drobnych sprawach, jeśli się o nią poprosi (np. przeczytanie słabo widocznej informacji, mówienie w taki sposób, by można było czytać z ust itp.). Z drugiej strony wiele osób podkreśla zmęczenie zainteresowaniem i koncentracją uwagi innych ludzi na widocznych odmiennościach, jakie niepełnosprawność powoduje np. w wyglądzie, zachowaniu itp.

Chodzi o nachalne przyglądanie się, „gapienie się” na inność, co powoduje w badanych poczucie zażenowania i sprawia, że czują się oceniani poprzez „charakterystyki wybrakowania” – na podstawie cech określających ich niepełnosprawność, definiowane często jako deficyty, nie zaś w oparciu o reprezentowane wartości, osobowość itp.

Więc to chodzi właśnie o to, że w mniejszych miejscowościach niekoniecznie zawsze Ci ludzie są przyzwyczajeni do osoby na wózku, która wygląda jak wygląda w niektórych przypadkach - niekoniecznie atrakcyjnie, no i nie są ludzie przyzwyczajeni, gapią się na przykład. Miałem taki czas, kiedy na przykład bardzo mnie to denerwowało. W tej chwili biorę to jako żart i też się na tych ludzi gapię jak na wariatów, ludzie wtedy odwracają wzrok i myślą: „Boże jakiś walnięty pewnie dodatkowo jeszcze.”. Ja zazwyczaj wtedy jestem ze znajomymi i po prostu się z tych ludzi śmieję. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchową)

My widzimy inaczej i tego słowa „widzę” nie mam się czego wstydzić jak się na początku wstydziłem. Niech nas traktują ludzie normalnie. Wiadomo, że trzeba w pewien sposób pomóc, ale traktować normalnie jak normalnego człowieka. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Potrzeba samodzielności, nie bycia ograniczanym przez otoczenie przez nadmierną opiekuńczość, która uniemożliwia usamodzielnianie się nawet w zakresie wykonywania codziennych czynności.

Wszyscy w moim domu nigdy nie starali się robić ze mnie niepełnosprawnej, dlatego ja tak wiele zawdzięczam im, że tak dużo rzeczy umiem z dnia codziennego - prasowanie, czy gotowanie ja to wszystko wyniosłam z domu. A tu są niektóre dziewczyny, które nic, ani sobie zrobić herbaty, ani nic.

Myślisz, że to jest częste, że tak się traktuje osoby z wadą wzroku, że sobie nie poradzą?

Tak to jest ciągle, rodzice często tak robią i to jest błąd, bo nikt nie żyje wiecznie. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Pokazujemy przykłady innych ludzi. Bo to nie jest tylko tak, że mamy samych oportunistów, ale też są tacy, którzy pozwalają temu dziecku się wyrwać. Funkcjonują to i ówdzie kluby rodziców dzieci niewidomych. Często też są organizowane różnego rodzaju spotkania dla dzieciaków czy też na przykład robi letnie obozy dla dzieci i młodzieży. I tam tych dzieciaków się trochę pojawia, choć często gęsto są obawy rodziców, ale to już rolę tych, którzy się tym zajmują jest to, aby tych rodziców przekonać, pokazać, żeby uwierzyli, że dziecko jest więcej warte niż oni myślą. (IDI 4 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, wieś)

W przypadku osób Głuchych **potrzeba integracji z własnym środowiskiem, która daje poczucie bezpieczeństwa**. Ze względu na szczególne problemy z integracją społeczną jakie napotykają Głusi, z powodu bariery komunikacyjnej, dla tej grupy szczególnie ważne jest umożliwienie dostępu do składania grupowych wniosków o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych.

Teraz PFRON nie daje pieniędzy na dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, grupowych.

-Kiedyś Głusi zawsze w grupie wyjeżdżali na turnus rehabilitacyjny, a dzisiaj każdy musi składać wniosek

Jakby PFRON powiedział 20 albo 30 osób to wiadomo jak zorganizować. Teraz jest taka sytuacja, że Głusi płacą z własnej kieszeni bo bardzo chcą jechać razem, być w grupie. To jest problem.

Wyjazd grupowy dla Głuchych jest bardzo ważny?

-Tak to bardzo ważne

- Chodzi o to żeby było z kim pogadać, pouśmiechać się bo jak pojedę sama to nie mam z kim rozmawiać. Na miejscu organizator zawsze, wita, ogłasza jakie będą imprezy a głuchy nic nie wie, ludzie idą, biorą udział a ja zostaję bo nie jestem poinformowana, a jak jest grupa rozmawiamy sobie, możemy wziąć udział we wszystkim, dostosowane jest. (FGI osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Edukacja jest potrzebą, która znajduje się w środku hierarchii, ale co warte podkreślenia jest to potrzeba mocno zależna od wieku i wśród osób w wieku 14-17 lat została sklasyfikowana na pierwszym miejscu w hierarchii.

Chciałabym np. teraz PFRON finansuje tylko szkoły państwowe a ja bym chciała żeby było do innych szkół gdzie ja wybiorę. Ale Głusi to mniejszość, dlatego mają bariery, chciałabym aby drzwi się otworzyły dla mniejszości. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Wśród potrzeb są takie, które mają charakter dość uniwersalny i były wskazywane przez niepełnosprawnych z różnymi dysfunkcjami.

Zależność pomiędzy potrzebami a rodzajem niepełnosprawności przeanalizowano z wykorzystaniem analizy korespondencji (typ analizy statystycznej służący wizualizacji zależności pomiędzy zmiennymi). Przedmiotem interpretacji w tej analizie są odległości pomiędzy punktami – im bliżej siebie znajdują się dwa punkty tym zależność pomiędzy nimi jest większa. Poniższa mapa nie może zostać wykorzystana do oceny hierarchii potrzeb, ponieważ w analizie tej potrzeby powszechne są traktowane tak samo jak te mniej powszechne.

Na podstawie tej mapy należy stwierdzić, że istnieje **zestaw potrzeb**, które są **uniwersalne dla wszystkich grup niepełnosprawnych** – do tego zestawu zalicza się przede wszystkim **praca i zdrowie**, ale także **sytuacja bytowa/ materialna, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja**.

Praca i zdrowie były wskazywane mniej więcej na równi przez niepełnosprawnych z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Pozostałe z wymienionych też są także uniwersalne, choć **poszczególne** z nich były **częściej wymieniane przez przedstawicieli wybranych niepełnosprawności**. I tak na przykład transport jest najważniejszy dla osób z dysfunkcją ruchu, edukacja dla osób z dysfunkcją słuchu lub wzroku a integracja dla chorujących psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym.

Drugą grupą są **potrzeby wskazywane przez konkretne grupy niepełnosprawnych**:

- **Rehabilitacja społeczna, poprawa warunków mieszkaniowych oraz opieka/usługi asystenckie** były wskazywane przede wszystkim przez osoby z **upośledzeniem umysłowym i chorujące psychicznie**.

No mi najbardziej chyba też właśnie te relacje z innymi ludźmi. To jest tak ciężko, bo czasami się zamykam w domu na kilka miesięcy, nie odbieram telefonów, także znajomi się też odsunęli. Ja sobie zdaję sobie z tego sprawę, że ciężko jest utrzymać relację. Czasami jest tak, że chciałabym mieć kogoś, kto zrobi zakupy, bo jest mi tak źle, że nawet tych zakupów nie mogę zrobić, czy ugotował obiad ktoś. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

- **Potrzeba komunikacji, sprzęt informatyczny / komputer oraz przyrządy pomagające** w niepełnosprawności wskazywane przede wszystkim przez osoby z **dysfunkcją wzroku i słuchu**.

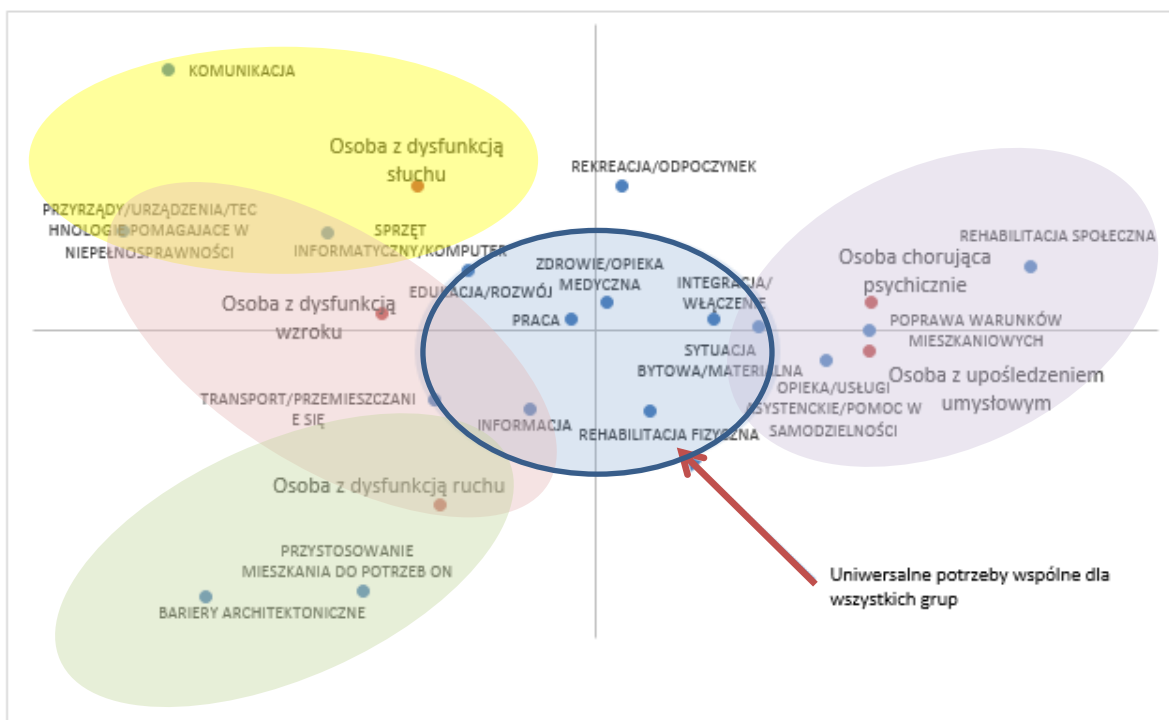
Czuję, że słyszący mogą się rozwijać, iść w górę a głusi nie, głuchy nie ma rozwoju tylko bariery. Jeżeli powiedzą mi że nie można bo za dużo na tłumacza czy napisy, ja idę na wykład jak są slajdy to jakoś sobie poradzę ale jak tylko wykład to rozglądam się i czuję się zagubiona. (FGI 1 osoby z dysfunkcją słuchu)

Teraz jest nowoczesna technologia w zegarku, który wibruje jak przychodzi sms. (FGI 1 osoby z dysfunkcją słuchu)

- **Likwidacja barier architektonicznych oraz przystosowanie mieszkania** wskazywane przez osoby z **dysfunkcją ruchu**.

Ja pracowałam na przykład w Suwałkach nie miałam możliwości dotrzeć do tej pracy samodzielnie. Były schody na przykład w budynku. Byłam uzależniona za każdym razem, żeby tą pracę wykonywać, żeby ktoś mnie tam wniósł, potem z tej pracy zniósł i to są na pewno bariery architektoniczne i bariery komunikacyjne. To znaczy tam nie było autobusów niskopodłogowych, nie było żadnej możliwości poruszania się. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

Rysunek 35 Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb, a rodzajem niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

Tabela 5 zawiera odsetek respondentów umieszczających potrzeby danego obszaru na I miejscu w hierarchii potrzeb, na pierwszych 3 miejscach i na pierwszych 5 miejscach w hierarchii w ujęciu całej populacji osób niepełnosprawnych i w odniesieniu do każdej niepełnosprawności.

Tabela 6 zawiera zaś wartość uzyskanego wskaźnika (ważność potrzeby), a także miejsce jaki dany obszar uzyskał w hierarchii potrzeb.

Tabela 5: Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych – % wskazań na I pozycji, % wskazań na pierwszych 3 pozycjach, % wskazań na 5 pozycjach

	Ogółem (N=966)			Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)			Osoba chorująca psychicznie (N=196)			Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)			Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)			Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)		
	1 top	3 top	5 top	1 top	3 top	5 top	1 top	3 top	5 top	1 top	3 top	5 top	1 top	3 top	5 top	1 top	3 top	5 top
SYTUACJA BYTOWA/MATERIALNA	16%	31%	35%	28%	46%	48%	20%	38%	42%	17%	27%	32%	19%	31%	37%	13%	28%	33%
PRACA	12%	18%	22%	6%	12%	15%	12%	21%	25%	9%	19%	18%	12%	18%	23%	13%	20%	23%
PRZYRZĄDY/URZĄDZENIA/TECHNOLOGIE	8%	14%	16%	0%	1%	1%	0%	1%	1%	14%	19%	21%	12%	19%	22%	5%	13%	14%
ZDROWIE/OPIEKA MEDYCZNA	7%	19%	23%	5%	16%	22%	15%	21%	25%	7%	19%	24%	5%	18%	23%	7%	20%	22%
REHABILITACJA FIZYCZNA	6%	15%	22%	5%	22%	32%	3%	11%	17%	3%	11%	16%	4%	9%	16%	9%	19%	27%
PRZYSTOS. MIESZKANIA DO POTRZEB ON	6%	12%	14%	2%	3%	4%	1%	2%	4%	0%	4%	8%	3%	7%	7%	9%	20%	23%
INTEGRACJA/WŁĄCZENIE	4%	11%	14%	6%	15%	23%	7%	16%	21%	6%	12%	16%	4%	8%	12%	3%	12%	14%
BARIERY ARCHITEKTONICZNE	4%	12%	14%	0%	2%	2%	1%	1%	1%	0%	2%	3%	3%	13%	16%	6%	17%	20%
KOMUNIKACJA	4%	7%	8%	0%	1%	5%	0%	0%	0%	10%	16%	19%	3%	11%	12%	3%	3%	3%
TRANSPORT/PRZEMIESZCZANIE SIĘ	3%	12%	14%	4%	11%	14%	1%	3%	5%	3%	9%	12%	4%	12%	16%	4%	14%	16%
OPIEKA/USŁUGI ASYSTENCKIE	3%	10%	12%	6%	24%	31%	7%	16%	18%	4%	8%	8%	3%	8%	9%	3%	10%	12%
POPR. WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH	3%	6%	8%	11%	15%	18%	6%	9%	11%	2%	4%	6%	4%	6%	9%	2%	6%	7%
SPRZĘT INFORMATYCZNY/KOMPUTER	2%	5%	6%	0%	1%	2%	1%	3%	4%	3%	7%	9%	3%	10%	12%	1%	2%	4%
REHABILITACJA SPOŁECZNA	2%	5%	7%	8%	15%	17%	7%	19%	21%	2%	7%	10%	0%	2%	4%	1%	2%	5%
EDUKACJA/ROZWÓJ	2%	7%	8%	3%	4%	5%	1%	5%	8%	4%	7%	8%	2%	8%	11%	1%	7%	8%
INFORMACJA	1%	6%	7%	2%	3%	5%	0%	4%	6%	1%	8%	8%	1%	4%	5%	2%	8%	8%
REKREACJA/ODPOCZYNEK	1%	3%	5%	2%	5%	6%	1%	4%	9%	3%	8%	11%	1%	2%	2%	0%	2%	3%
RODZINA	0%	2%	3%	1%	3%	5%	0%	2%	3%	0%	1%	2%	0%	3%	3%	1%	3%	3%
KULTURA/ZAINTERESOWANIA/HOBBY	0%	1%	1%	0%	3%	5%	0%	1%	2%	0%	1%	1%	0%	1%	3%	0%	0%	1%
SAMOREALIZACJA/SZCZĘŚCIE/WIARA	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	2%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Tabela 6: Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych – wartość wskaźnika oraz miejsce w hierarchii

	Ogółem (N=966)		Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)		Osoba chorująca psychicznie (N=196)		Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)		Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)		Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)	
	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii	wartość wskaźnika	miejsce w hierarchii
SYTUACJA BYTOWA/MATERIALNA	16,0	1	23,8	1	22,4	1	14,4	1	18,3	1	13,4	1
PRACA	11,1	2	5,4	8	14,8	2	10,9	3	11,1	3	11,2	2
ZDROWIE/OPIEKA MEDYCZNA	9,2	3	6,2	7	12,9	3	10,3	4	8,5	4	8,9	3
REHABILITACJA FIZYCZNA	7,6	4	10,5	3	5,4	8	5,9	6	4,9	7	9,6	4
PRZYRZĄDY/URZĄDZENIA/TECHNOLOGIE	7,5	5	,2	19	,3	17	11,5	2	11,3	2	6,3	5
PRZYSTOS. MIESZKANIA DO POTRZEB ON	5,6	6	1,9	13	1,4	12	2,1	16	3,1	14	9,1	6
BARIERY ARCHITEKTONICZNE	5,3	7	,8	17	,3	16	1,0	17	5,7	5	7,7	7
INTEGRACJA/WŁĄCZENIE	5,2	8	7,9	5	8,3	5	5,2	7	3,9	10	5,1	8
OPIEKA/USŁUGI ASYSTENCKIE	5,2	9	11,2	2	7,5	6	4,2	8	3,6	12	5,3	9
TRANSPORT/PRZEMIESZCZANIE SIĘ	4,9	10	4,2	9	1,2	14	3,8	10	5,5	6	5,6	10
KOMUNIKACJA	3,6	11	,9	16	,0	20	10,0	5	4,8	8	1,8	11
INFORMACJA	3,3	12	3,5	10	1,3	13	2,9	14	2,3	15	4,2	12
POPRAWA WARUNKÓW	3,2	13	7,3	6	6,3	7	2,2	15	3,4	13	2,4	13
EDUKACJA/ROZWÓJ	3,1	14	2,1	12	2,3	9	4,1	9	3,7	11	2,6	14
REHABILITACJA SPOŁECZNA	2,8	15	8,2	4	10,6	4	3,6	11	,9	18	1,5	15
SPRZĘT INFORMATYCZNY/KOMPUTER	2,6	16	,7	18	1,6	11	3,2	13	4,8	9	1,6	16
REKREACJA/ODPOCZYNEK	1,5	17	2,2	11	1,9	10	3,4	12	1,3	17	,9	17
RODZINA	1,2	18	1,4	15	1,0	15	,9	18	1,8	16	1,0	18
SAMOREALIZACJA/SZCZĘŚCIE/WIARA	,9	19	,1	20	,3	19	,0	20	,3	20	1,7	19
KULTURA/ZAINTERESOWANIA/HOBBY	,4	20	1,4	14	,3	18	,5	19	,6	19	,1	20

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Odpowiedzi badanych na temat potrzeb zestawiono z piramidą potrzeb Masłowa, aby uzyskać bardziej całościowy i głębszy obraz ich hierarchii. Należy jednak powiedzieć, że nie wszystkie potrzeby osób niepełnosprawnych da się jednoznacznie przypisać do ich miejsca na piramidzie. Wynika to w dużej mierze z faktu, że osoby niepełnosprawne mają problemy z zaspokojeniem potrzeb a tym samym wskazywały w zdecydowanie największym stopniu potrzeby podstawowe, a więc z podstawy piramidy. Dodatkowo istnieją różnice pomiędzy niepełnosprawnościami – to co dla jednych jest potrzebą podstawową (np.: sprzęt komputerowy), dla innych może być potrzebą wyższego rzędu. Z tego też względu czwarty poziom piramidy zdecydowano się nazwać potrzebami związanymi z pracą i nauką zamiast potrzebami uznania.

Tabela 7 Przyporządkowanie obszarów potrzeb do szczebli piramidy Masłowa

POTRZEBY WEDŁUG ODPOWIEDZI BADANYCH	POTRZEBY ZAKLASYFIKOWANE WEDŁUG PIRAMIDY MASŁOWA
Praca	Potrzeba związane z pracą / nauką
Edukacja/rozwój	Potrzeba związane z pracą / nauką
Zdrowie/opieka medyczna	Potrzeby bezpieczeństwa
Rehabilitacja fizyczna	Potrzeby bezpieczeństwa
Transport/przemieszczanie się	Potrzeby podstawowe
Sytuacja bytowa/materialna	Potrzeby podstawowe
Przyrządy/urządzenia/technologie pomagające w	Potrzeby podstawowe
Przystosowanie mieszkania do potrzeb on	Potrzeby podstawowe
Bariery architektoniczne	Potrzeby podstawowe
Opieka/usługi asyntenckie/pomoc w samodzielności	Potrzeby podstawowe
Poprawa warunków mieszkaniowych	Potrzeby podstawowe
Integracja/włączenie	Potrzeby przynależności
Komunikacja	Potrzeby przynależności
Informacja	Potrzeby przynależności
Rehabilitacja społeczna	Potrzeby przynależności
Sprzęt informatyczny/komputer	Potrzeby przynależności
Rodzina	Potrzeby przynależności
Rekreacja/odpoczynek	Potrzeby samorealizacji
Samorealizacja/szczęście/wiara	Potrzeby samorealizacji
Kultura/zainteresowania/hobby	Potrzeby samorealizacji

Ważność potrzeb (na podstawie opisanego wcześniej wskaźnika) została zsumowana w pięć grup potrzeb według zaprezentowanej powyżej tabeli. **Na tej podstawie można zauważyć, że potrzeby niepełnosprawnych w dużej mierze ograniczają się do spraw podstawowych (wartość wskaźnika dla ogółu to 47,6) – szczególnie dotyczy to osób chorujących psychicznie i z upośledzeniem umysłowym.**

Pod względem potrzeb bezpieczeństwa niepełnosprawni z różnymi dysfunkcjami nie różnią się bardzo między sobą, choć obszar ten nieco bardziej niż dla innych jest ważny dla osób chorujących psychicznie i dla osób z dysfunkcją ruchu.

Potrzeba przynależności jest najważniejsza dla osób z dysfunkcją słuchu, ale ważna także dla osób chorujących psychicznie i z upośledzeniem umysłowym.

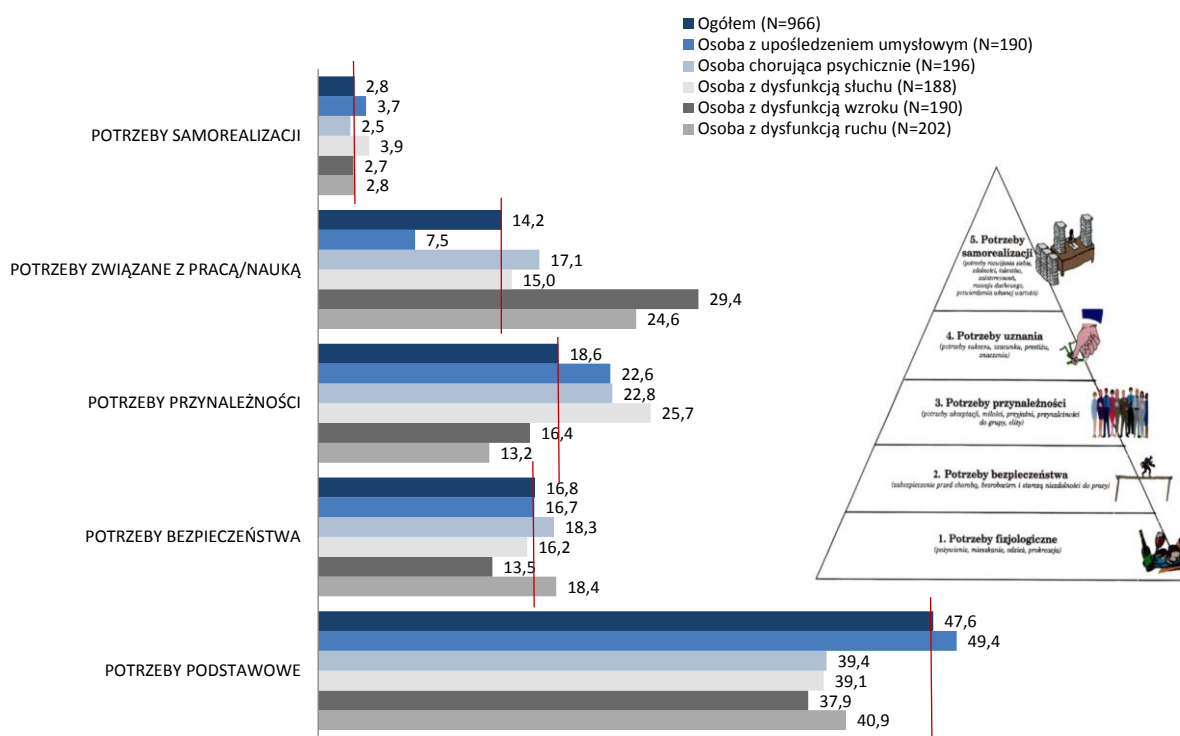
Na czwarty poziom hierarchii potrzeb wchodzi w głównej mierze osoby z dysfunkcją wzroku i ruchu, które w największym stopniu mówiły o potrzebach związanych z pracą i nauką.

Potrzeby samorealizacji były wskazywane w niewielkim stopniu przez wszystkie grupy niepełnosprawnych.

Warto zwrócić uwagę także na kształt prezentowanego poniżej wykresu – ze względu na niższe wartości wskaźnika dla potrzeb bezpieczeństwa wykres nie przyjmuje kształtu piramidy czego można by po nim oczekiwać (można by oczekiwać, że wartość dla ogółu powinna być najwyższa dla potrzeb podstawowych a później coraz niższa kolejno dla potrzeb bezpieczeństwa, przynależności, pracy/edukacji i samorealizacji).

Natomiast na uwagę zwraca bardzo rozbudowana, szczególnie w niektórych grupach niepełnosprawności potrzeba przynależności.

Rysunek 36 Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych w odniesieniu do hierarchii potrzeb w/g Maslowa



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

5.2 Potrzeby rodzin osób niepełnosprawnych związane z niepełnosprawnością

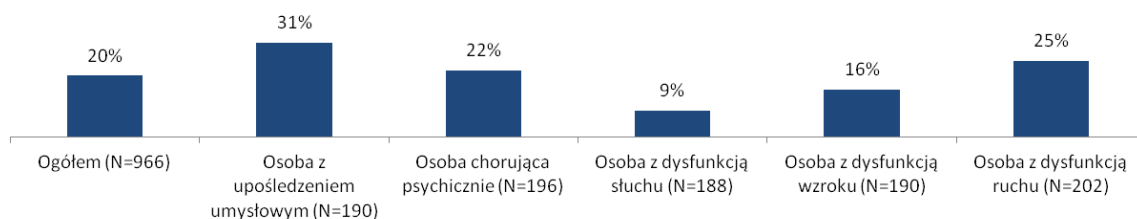
5.2.1 Potrzeby wskazywane spontanicznie

20% badanych uznało, że oni lub inni członkowie rodzin potrzebują wsparcia w związku z niepełnosprawnością. W największym stopniu pomocy potrzebują rodziny osób z upośledzeniem umysłowym, w dużym także rodziny osób chorujących psychicznie i z dysfunkcją ruchu.

Różnice te, w bardzo dużym stopniu zależą od stopnia niepełnosprawności – **35% przedstawicieli rodzin osób o znacznej niepełnosprawności przyznało, że potrzebuje pomocy.** W przypadku rodzin osób o umiarkowanej

niepełnosprawności odsetek ten wynosi 15%. Podobnie duże różnice widoczne są, gdy porówna się rodziny osób z niepełnosprawnością sprzężoną do pozostałych. Znaczenia nie ma natomiast wiek czy też miejsce zamieszkania. Podobne prawidłowości ujawniają dane z badania jakościowego.

Rysunek 37 Odsetek rodzin osób niepełnosprawnych potrzebujących wsparcia w związku z niepełnosprawnością



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Rodziny w największym stopniu potrzebują pomocy finansowej / rzeczowej – szczególnie w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym i ruchowym.

2 lata temu [kupiliśmy synowi] aparaty słuchowe, które kosztowały 11 200 zł. Część daje nad NFZ, PFRON a resztę musi pani i tak dopłacić. (...) Mąż też był chory, też miał orzeczenie o niepełnosprawności, musiał wydawać na lekarstwa po 500 zł, miał podejrzenie zespołu Raynauda. Lekarze rozkładali ręce nie mogli sobie z tym poradzić. (opisuje problemy męża). A ja choćbym chciała podjąć pracę to mi nie wolno, choćbym chciała na sobotę, czy niedzielę, czy raz w tygodniu niestety nie można. Jest pod górkę jeśli chodzi o takie przepisy. (IDI 17 niepełnosprawności intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

W przypadku rodzin osób chorujących psychicznie przydatne jest wsparcie psychologiczne. Chodzi zwłaszcza o zaakceptowanie diagnozy i niepełnosprawności dziecka i pogodzenie się z tym, że będzie ona determinowała całą jego przyszłość.

Rodzina żeby zaakceptowała.

Sam rodzic, żeby zaakceptował dziecko.

Kochani ja miałam rodzinę w Piastowie. Urodziło się dwa lata temu, downiaczek i doktor mnie pediatra wezwała do przychodni, ja mówię boże, Mariusz taki stary, gdzie ja. „Pani Majko idź pani do tej rodziny z Mariuszem, pokaż się jak może żyć dziecko.”. Wiecie co, nie zrozumieli, sprzedali mieszkanie, wyprowadzili się na wieś. Nigdzie nie chodzili, nie wychodzili z dzieckiem, tak się zamknęli i sprzedali mieszkanie. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

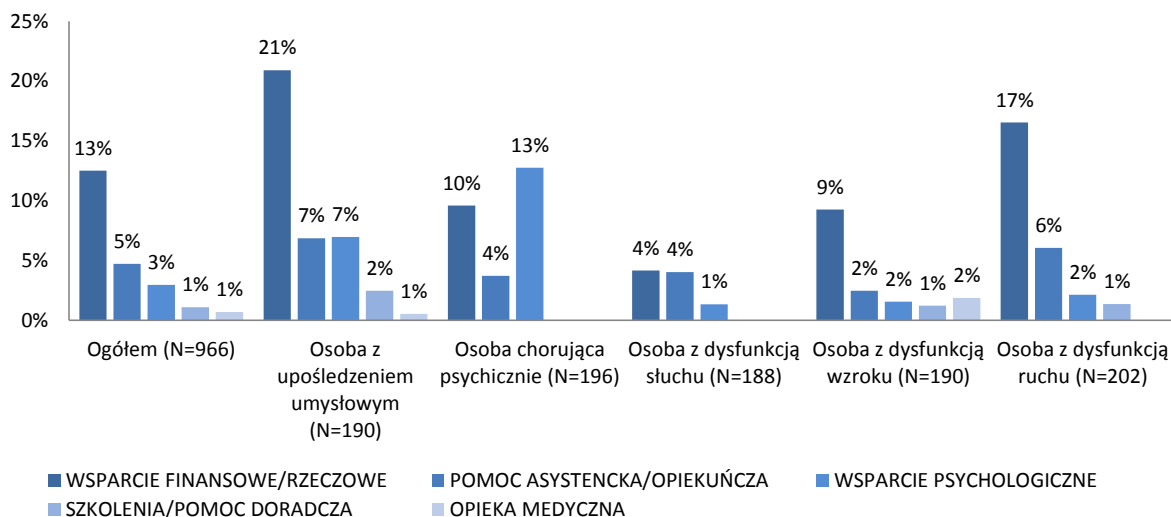
Każdy rodzic, tak jak ja, to długo musiałam do tego dojrzewać, uświadomić sobie, że moje dziecko jest chore. Tak w ogóle do swojej myśli nie dopuszczałam, że choroba psychiczna. To jest rude określenie. (...) Nie, nie chodzimy z mężem [do psychologa], ani ja nie chodzę, ani mąż nie chodzi, ta naprawdę. Ja chodziłam kiedyś, ale po prostu z braku czasu przestałam, wie Pani, to wiele lat już minęło, tak że tak naprawdę przyzwyczailiśmy się z tym żyć. (IDI 15 chorujący psychicznie, stopień znaczny, 35-46 lat, mężczyzna, małe miasto (matka))

Do tej pory, mimo, że córka ma 15 lat, nie pogodziłam się z faktem, że moje dziecko jeździ na wózku. Przyzwyczaiłam się do tego, po prostu to już jest dla mnie rutyna, że robię to co robię koło niej. Ale nie pogodziłam się z tym, dlaczego to moje dziecko, dlaczego tak a nie inaczej, dlaczego mam trójkę dzieci fajnych, zdrowych, biegających a Ewa musi korzystać z wózka. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Ważna, szczególnie w przypadku osób niepełnosprawnych umysłowo (7%) oraz ruchowo (6%) są usługi asystenckie i opiekuńcze, które odciążając opiekunów pozwolą na odpoczynek, czy też np.: aktywność zawodową.

Badani rzadko mówili (pytanie otwarte) natomiast o potrzebie szkoleń / pomocy doradczej czy też opieki medycznej.

Rysunek 38 Wsparcie potrzebne osobom niepełnosprawnym – wskazania spontaniczne

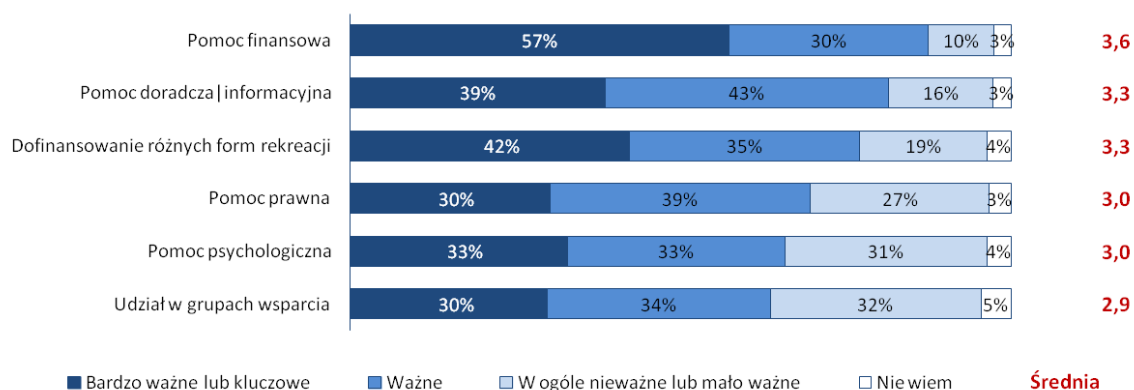


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

5.2.2 Waga i wykorzystanie obecnie dostępnego wsparcia

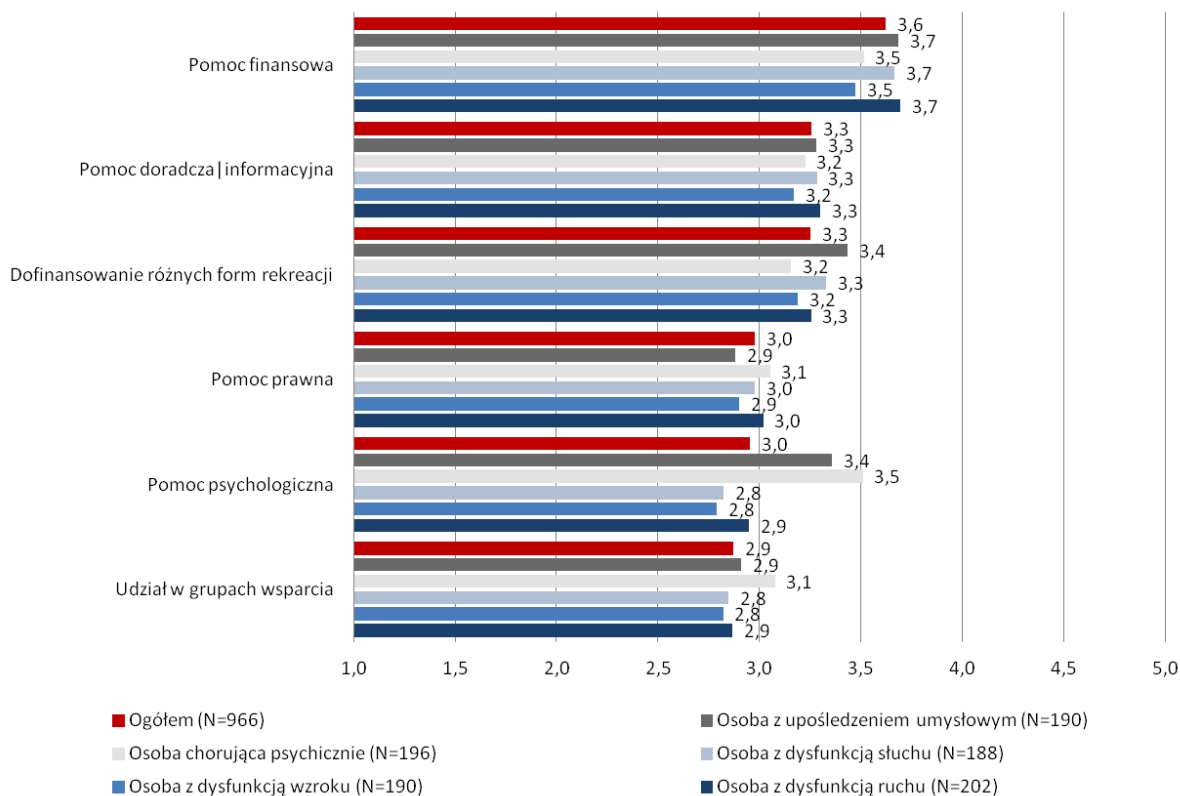
Powyżej opisano rodzaje oczekiwanego przez rodziny wsparcia, gdy badanie zostali zapytani w pytaniu otwartym. Dodatkowo opiekunów zapytano o ważność wsparcia w pytaniu zamkniętym – w obu przypadkach za najważniejszy instrument uznano pomoc finansową. Wysoko oceniono także pomoc doradczą, która nie była często wskazywana w pytaniu otwartym. Dość wysoko oceniona również ważność dofinansowania różnych form rekreacji. Podobnie jak w przypadku odpowiedzi spontanicznych, także w pytaniu zamkniętym wyróżniają się rodziny osób chorujących psychicznie – dla nich ważniejsze niż dla innych rodzin jest wsparcie psychologiczne.

Rysunek 39 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla rodzin osób niepełnosprawnych



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

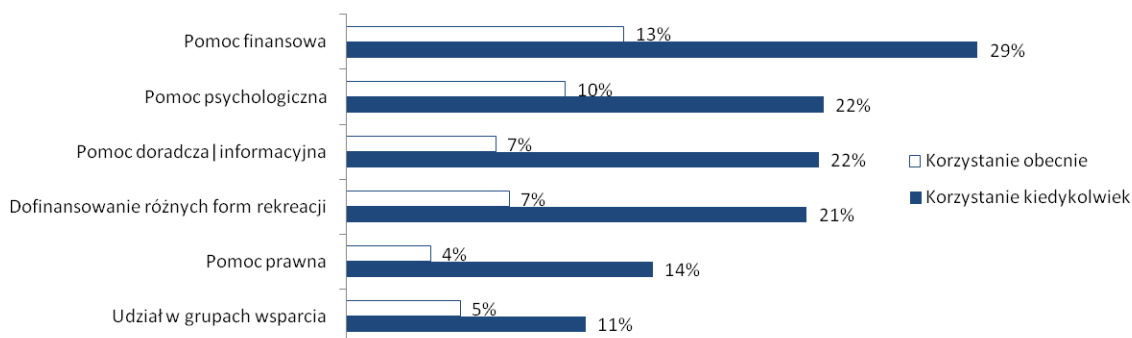
Rysunek 40 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla rodzin osób niepełnosprawnych według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Najczęściej wykorzystywaną formą wsparcia dla rodzin jest pomoc finansowa, z której obecnie korzysta 13% badanych a w przeszłości korzystało 29%. Najczęściej z różnego typu wsparcia korzystają rodziny osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie, najrzadziej rodziny osób z dysfunkcją wzroku. Nie widoczna jest zależność pomiędzy korzystaniem ze wsparcia dla rodzin a stopniem niepełnosprawności. Można natomiast stwierdzić, że szczególnie często po pomoc sięgają rodziny najmłodszych niepełnosprawnych (14-17 lat), najrzadziej natomiast rodziny niepełnosprawnych w wieku 46-60 lat.

Rysunek 41 Wykorzystanie różnych form wsparcia dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=966

Zestawiając ze sobą ważność wsparcia dla rodzin z ich wykorzystywaniem, można zauważyć, że pomoc finansowa jest uznawana za najważniejszą i jednocześnie jest wykorzystywana w największym stopniu.

Niedobór wsparcia dla rodzin widoczny jest w przypadku pomocy doradczej i informacyjnej

Chociażby Ośrodki Pomocy Społecznej, z dzielnic informację, nie jestem aż anonimowa żeby nie wiedzieć, że jestem w tej dzielnicy. To jest jakby dla mnie absurd, że właśnie te gminy, czy no mi się wydaje, że najlepiej to gmina, która jest najbliżej.

Ta gmina o Tobie nic nie wie, bo nie ma też po co się do nich zwrócić, bo oni nie oferują żadnej pomocy.

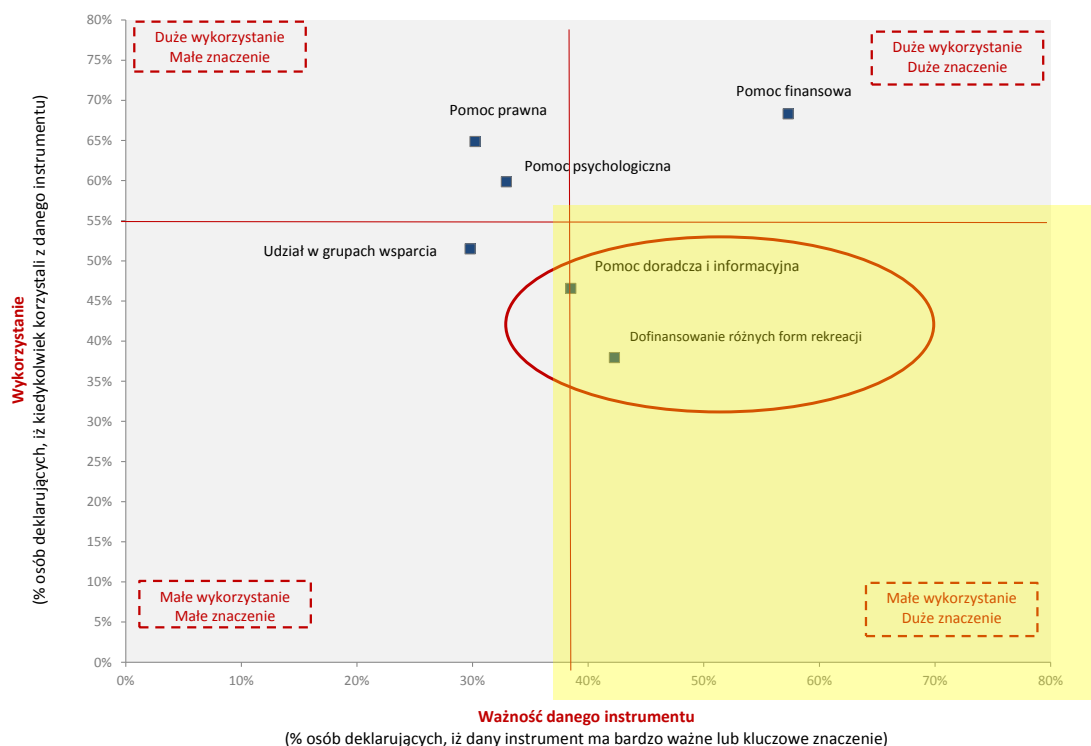
Bo jakby mieli jakąś tam listę ofert pomocy dla osób niepełnosprawnych, to te osoby by się jakby automatycznie zgłaszały do nich. A że gminy, dzielnice nic nie oferują, nie proponują to nikt się do nich nie zgłasza i też nie wiedzą o takiej osobie, że mają niepełnosprawną u siebie. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchu)

oraz dofinansowaniu różnych form rekreacji.

Brakuje może nie na jakieś wygórowane spełnienie marzeń, ale na jakiś wyjazd na przykład na weekend do jakiegoś ośrodka wypoczynkowego, niekoniecznie nad morze, ale nad jakieś jezioro, czy w ogóle zrobić sobie taki wypad, że pakujemy się i wyjeżdżamy w piątek i wracamy sobie w niedzielę wieczorem. No i wiadomo, nie co weekend, ale raz na jakiś czas taki fajny wypad by się przydał. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Ten typ wsparcia nie był wymieniany spontanicznie, a pojawił się jako dość ważny w przypadku pytania zamkniętego. Wy tłumaczeniem może być właśnie mniejsza powszechność tych instrumentów, co spowodowało, że nie przychodziły one badanym na myśl w spontanicznych odpowiedziach. Formami wsparcia o dużym wykorzystaniu i małym znaczeniu są pomoc prawna i psychologiczna, choć ta druga jest szczególnie ważna dla rodzin osób chorujących psychicznie.

Rysunek 42 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla rodzin osób niepełnosprawnych



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=966

6. UWARUNKOWANIA PEŁNEGO WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - ANALIZA POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW ŻYCIA ON.

Jednym z najważniejszych dokumentów dotyczących praw ON jest **Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych**, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku. Polska ratyfikowała Konwencję 6 września 2012 r. Celem tego dokumentu jest ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby niepełnosprawne na równi ze wszystkimi innymi obywatelami²⁶.

Dokument zobowiązuje państwa do podjęcia konkretnych działań i zapewnienia odpowiednich warunków dla realizacji praw osób niepełnosprawnych, w celu wdrożenia postulatów Konwencji. Poruszone w niej zostały m.in. takie obszary jak sytuacja niepełnosprawnych kobiet i dzieci, równość wobec prawa, wolność, dostęp do podstawowych praw np. do wymiaru sprawiedliwości, do rynku pracy, edukacji, ochrona prywatności, rodziny, zdrowia, a także integracja społeczna (m.in. udział w życiu kulturalnym, politycznym). Konwencja ustanowiła także **Komitet ds. Praw Osób Niepełnosprawnych** o charakterze międzynarodowym, któremu państwa członkowskie zobowiązane są przedkładać sprawozdania z działań podejmowanych w celu realizacji postanowień Konwencji.

Konwencja opiera się na szeregu zasad: *(a) poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby, (b) niedyskryminacja, (c) pełny i skuteczny udział i włączenie w społeczeństwo, (d) poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych, będących częścią ludzkiej różnorodności i całej ludzkości, (e) równość szans, (f) dostępność, (g) równość mężczyzn i kobiet, (h) poszanowanie rozwijających się zdolności niepełnosprawnych dzieci oraz poszanowanie prawa dzieci niepełnosprawnych do zachowania tożsamości* (Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, 2006).

Częściowo w nawiązaniu do Konwencji Komisja Europejska podjęła inicjatywę na rzecz osób niepełnosprawnych opracowując **Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020** stanowiącą odnowienie zobowiązania do budowania Europy bez barier. Jej celem jest *zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu rynkowi* (Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010). Wdrożenie strategii ma przynieść poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, a także przynieść korzyści społeczeństwu i gospodarce bez powodowania zbędnych obciążeń dla przemysłu i administracji. Strategia określa działania, które na poziomie unijnym mają uzupełniać działania krajowe i wyznacza mechanizmy potrzebne do wdrożenia na terenie UE Konwencji ONZ.

W dokumencie Komisja określiła osiem podstawowych obszarów, w których powinny być podejmowane inicjatywy: dostępność, uczestnictwo, równość, zatrudnienie, kształcenie i szkolenie, ochrona socjalna, zdrowie i działania zewnętrzne. W każdym z tych obszarów na poziomie UE zdefiniowane zostały najważniejsze działania i nadrzędny cel. Strategia jest też w pewnej mierze odpowiedzią na procesy demograficzne zachodzące w Europie – w szczególności na starzenie się populacji.

W świetle powyższych dokumentów, a także w odniesieniu do ustawodawstwa krajowego należy wyraźnie zaznaczyć, że wobec zagadnienia niepełnosprawności **zaleca się dążenie do jak największej inkluzji społecznej i przeciwdziałanie wykluczeniu**. Cel ten wymaga rozwiązania problemów i odpowiedzi na potrzeby osób niepełnosprawnych w wielu aspektach.

W niniejszym rozdziale omówiono problemy stojące na drodze do pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, z uwzględnieniem siedmiu wyróżnionych obszarów. Zidentyfikowano także potrzeby osób niepełnosprawnych i ich rodzin w poszczególnych obszarach. Analiza ta poprzedzona została spojrzeniem na całokształt życia ON prze pryzmat zbudowanego modelu analitycznego.

²⁶ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,49,konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>

6.1 Jakość życia osób niepełnosprawnych

W badaniu zgromadzono bardzo dużą paletę wskaźników, za pomocą których można dokonać wielowymiarowej oceny życia badanych w różnych wymiarach.

Aby w sposób wielowymiarowy, ale jednocześnie zestandaryzowany móc spojrzeć na sytuację osób niepełnosprawnych, a także zaobserwować jak zdiagnozowane na różnych wymiarach potrzeby wpływają na ogólną jakość ich życia, utworzono model analityczny.

Starano się zaprojektować model maksymalnie szeroko – tak aby objąć nim najważniejsze wymiary życia. Jednocześnie w każdym z wymiarów uwzględniono także aspekty subiektywne – wskaźniki odnoszące się do oceny oraz samopoczucia badanych.

Ostatecznie przedmiotem oceny było sześć wymiarów odnoszących się do społecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Dla każdego wymiaru zbudowany został syntetyczny, wystandaryzowany wskaźnik, a następnie na podstawie wszystkich wskaźników - całościowy **wskaźnik jakości życia**.

NOTA METODOLOGICZNA

Wskaźniki cząstkowe są miarą sytuacji osoby niepełnosprawnej w danym obszarze. Obliczone zostały na podstawie zmiennych odnoszących się do danego obszaru (przy konstrukcji poszczególnych wskaźników brana była pod uwagę różna liczba zmiennych), poprzez przydzielanie punktów za poszczególne odpowiedzi. Wartość wskaźnika jest wystandaryzowaną do skali od 0 do 100 sumą punktów, jakie respondent uzyskał na poszczególnych zmiennych tworzących wskaźnik. Dzięki zabiegowi standaryzacji wszystkie wskaźniki opisane zostały na takiej samej skali i mogą być porównywane między sobą. Wartość maksymalna wskaźnika to 100 punktów i odnosi się do najbardziej pozytywnej sytuacji w danym obszarze, wartość wskaźnika 0 odnosi się do najbardziej negatywnej sytuacji w danym obszarze²⁷.

Wskaźnik jakości życia jest średnią wyciągniętą z wyników uzyskanych na sześciu wskaźnikach cząstkowych. Przyjmuje on wartość od 0 do 100.


Model został zbudowany w oparciu o osoby pełnoletnie (N=727).

Tabela 8: Kompozycja wskaźników cząstkowych

Kompozycja wskaźnika	Nazwa wskaźnika
Sieć kontaktów społecznych (grono znajomych/przyjaciół, częstotliwość kontaktów), posiadanie wsparcia ze strony najbliższych, częstotliwość odczuwania poczucia samotności.	WSKAŹNIK WSPARCIA SPOŁECZNEGO
Sytuacja materialno – bytowa	WSKAŹNIK SYTUACJI DOCHODOWEJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO
Posiadanie samodzielnego mieszkania, możliwość realizacji planów odnośnie mieszkania samodzielnego, ocena warunków mieszkaniowych, przystosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb – jeżeli takie potrzeby występują.	WSKAŹNIK WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH
Uczestnictwo w kształceniu – zarówno formalnym jak i nieformalnym oraz chęć dalszego kształcenia się,	WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI EDUKACYJNEJ

²⁷ Szczegółową metodologię konstrukcji wskaźników prezentujemy w aneksie metodologicznym.

Kompozycja wskaźnika	Nazwa wskaźnika
Obecna sytuacja na rynku pracy, występowanie i długość okresów pozostawania bez pracy, w przypadku osób bezrobotnych intensywność poszukiwania pracy oraz w przypadku osób bezrobotnych i biernych zawodowo chęć podjęcia pracy	WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI EKONOMICZNEJ
Subiektywna ocena jakości życia na różnych wymiarach: ogólna ocena jakości życia, ocena stanu zdrowia, ocena wpływu stanu zdrowia na codzienne funkcjonowanie, poczucie bycia szczęśliwym, poczucie bycia kochanym, zadowolenie z posiadanego poziomu wykształcenia, zadowolenie z posiadanej sytuacji zawodowej	WSKAŹNIK DOBROSTANU

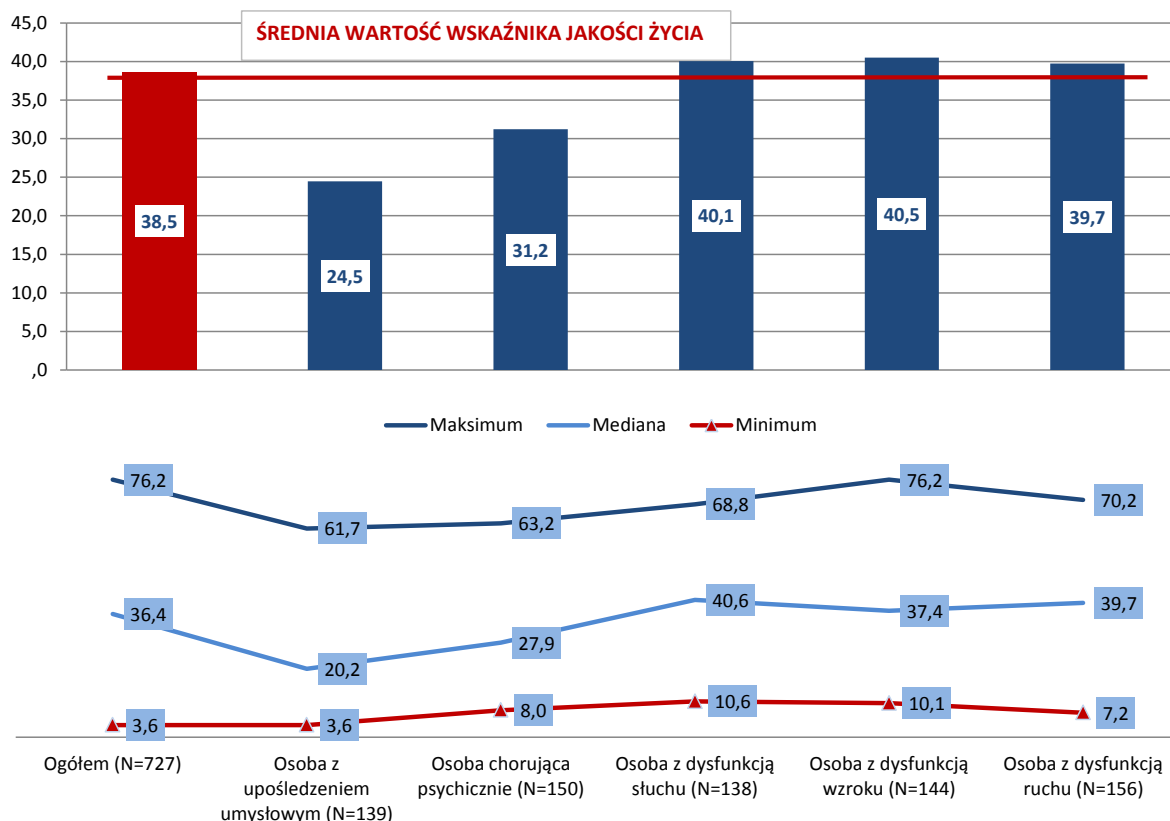

WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA

Zrealizowane badanie pokazuje, iż populacja osób niepełnosprawnych nie jest jednorodna. Różne są problemy, z którymi borykają się badani, ale i zarazem sposoby radzenia sobie z nimi. Ogółem dla całej badanej próby średnia wartość wskaźników cząstkowych wskazuje na sytuację, której nie można zaklasyfikować jako dobra - globalny wskaźnik jakości życia będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 38,5 pkt na możliwe 100. Dla połowy badanych wskaźnik przyjmuje wartość niższą od 36,4, zaś dla połowy wyższą (mediana). 25% badanych osiągnęła na wskaźniku wartość poniżej 27,5 pkt, zaś 25% populacji o najwyższych wartościach wskaźnika uplasowało się powyżej 51,1 pkt.

Patrząc na populację osób niepełnosprawnych przez pryzmat rodzaju niepełnosprawności widać wyraźnie, że najniższe wartości wskaźnik jakości życia osiąga dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (24,5 pkt) oraz dla osób chorujących psychicznie (31,2 pkt). W pozostałych 3 grupach niepełnosprawności utrzymuje się on na podobnym poziomie i nieco przekracza średnią wartość wskaźnika odnotowaną dla ogółu badanych. W grupach osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie niższe niż w pozostałych są także takie parametry rozkładu jak: minimum, maksimum, czy mediana (Rysunek 43).

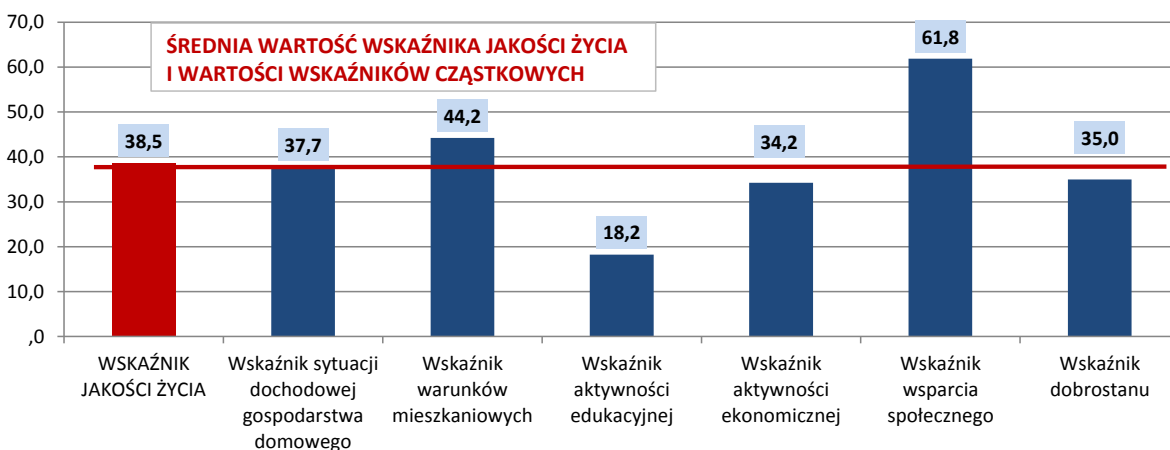
Na ogólny wskaźnik jakości życia składa się z jednej strony dość wysoki poziom wsparcia ze strony najbliższych (61,8 pkt), oraz na średnim poziomie wskaźnik warunków mieszkaniowych (44,2 pkt). Z drugiej strony globalną ocenę jakości życia obniżają bardzo niskie wskaźniki aktywności edukacyjnej (18,2 pkt), aktywności zawodowej (34,2 pkt.) oraz subiektywny wskaźnik dobrostanu psychicznego (35,0 pkt.). Wskaźniki sytuacji dochodowej sytuuje się na poziomie średniej (Rysunek 44).

Rysunek 43: Wskaźnik jakości życia – ogółem oraz dla poszczególnych grup ON



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Rysunek 44: Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia.



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=727

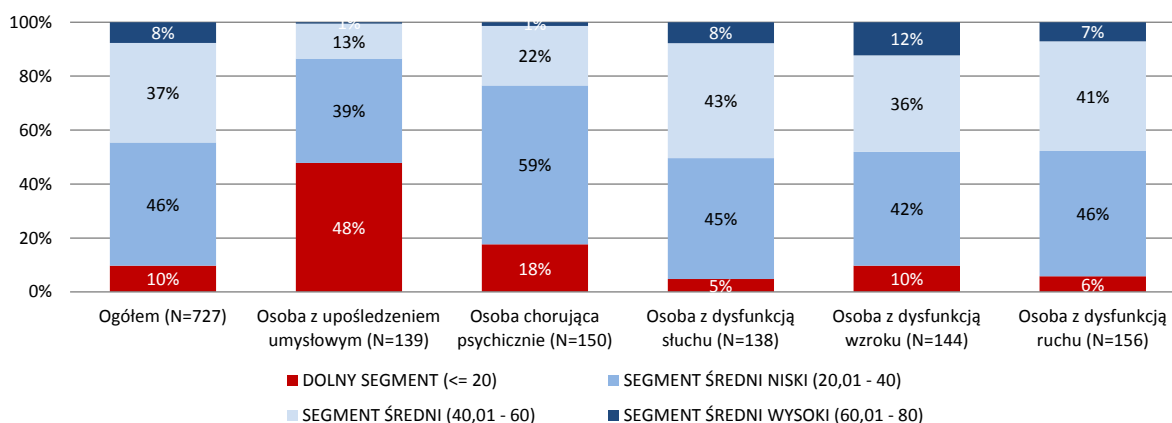
Żeby lepiej zobrazować sytuację osób niepełnosprawnych przyjęto, iż wartość wskaźników poniżej 20 pkt oznacza skrajnie złą sytuację w danym obszarze, zaś wartość powyżej 81 pkt. skrajnie dobrą sytuację. Pomiędzy tymi wartościami wydzieliliśmy jeszcze dwa segmenty o umiarkowanie dobrej (wynik na wskaźniku w przedziale 61-

80 pkt) i umiarkowanie złej sytuacji w danym obszarze (wynik na wskaźniku w przedziale 21-40 pkt.) oraz środkowy przedział wskazujący na sytuację średnią – nie dającą się zaklasyfikować jako sytuacja dobra bądź zła.

Analiza tak wyróżnionych segmentów pokazuje, że w populacji osób niepełnosprawnych w ogóle nie ma osób plasujących się w najwyższym segmencie wskaźnika, zaś udział % osób o umiarkowanie dobrej wartości wskaźnika jest także niewielki (8% dla całej populacji) i zawiera się w przedziale od 1% dla osób niepełnosprawnych intelektualnie do 12% dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

To na co warto zwrócić uwagę to fakt, że w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie niemal połowa badanych (48%) plasuje się w najniższym segmencie pod względem wartości wskaźnika jakości życia. Odsetek ten wysoki jest także dla osób chorujących psychicznie – ale mamy tu jednak do czynienia z zupełnie inną skalą – 18%.

Rysunek 45: Wskaźnik jakości życia– wyróżnione segmenty.



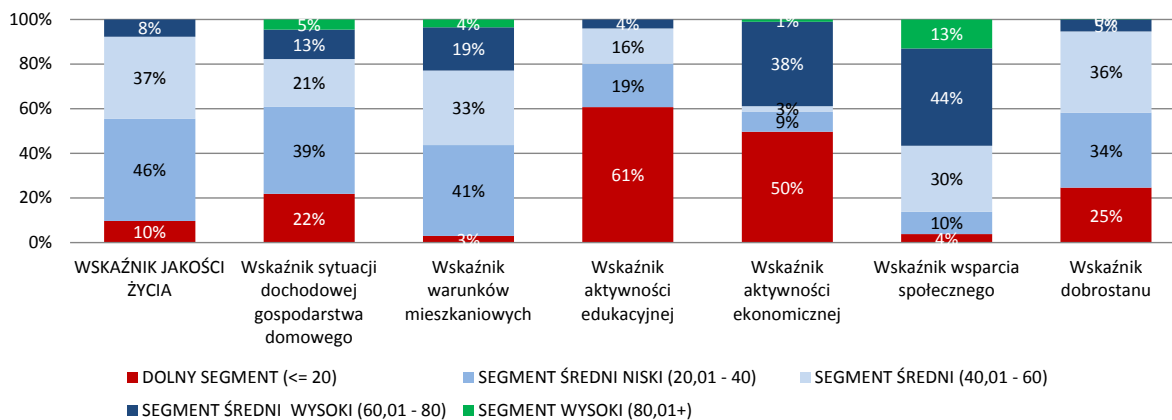
Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*

Analiza segmentów w poszczególnych wskaźnikach cząstkowych wchodzących w skład wskaźnika jakości życia pokazuje, iż dwoma obszarami o zdecydowanie największej skali „deprywacji” jest obszar aktywności edukacyjnej (74% badanych plasuje się w dwóch dolnych segmentach tego wskaźnika, w tym 61% w najniższym) oraz wskaźnik aktywności zawodowej (59% populacji plasuje się w dwóch najniższych segmentach, w tym 50% w najniższym).

To, na co należy także zwrócić uwagę, to stosunkowo niska wartość wskaźnika dobrostanu psychicznego – mówiącego nam o ogólnym zadowoleniu, ogólnej ocenie i poczuciu spełnienia i satysfakcji w wielu sferach życia. 25% badanych plasuje się tu w najniższym segmencie, zaś kolejne 34% w segmencie umiarkowanie niskim. W ramach tych trzech wskaźników w ogóle nie odnotowano segmentu najwyższego.

To na co warto zwrócić uwagę to bardzo dobra sytuacja osób niepełnosprawnych pod względem wsparcia społecznego, aż 57% populacji plasuje się w dwóch najwyższych segmentach, w tym 13% w segmencie najwyższym (por. Rysunek 46).

Rysunek 46: Wskaźnik jakości życia oraz wskaźniki cząstkowe - wyróżnione segmenty



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=727*

Patrząc na globalny wskaźnik jakości życia pod kątem zróżnicowań społeczno-demograficznych widać wyraźnie, że mamy tu do czynienia z dużymi zróżnicowaniami.

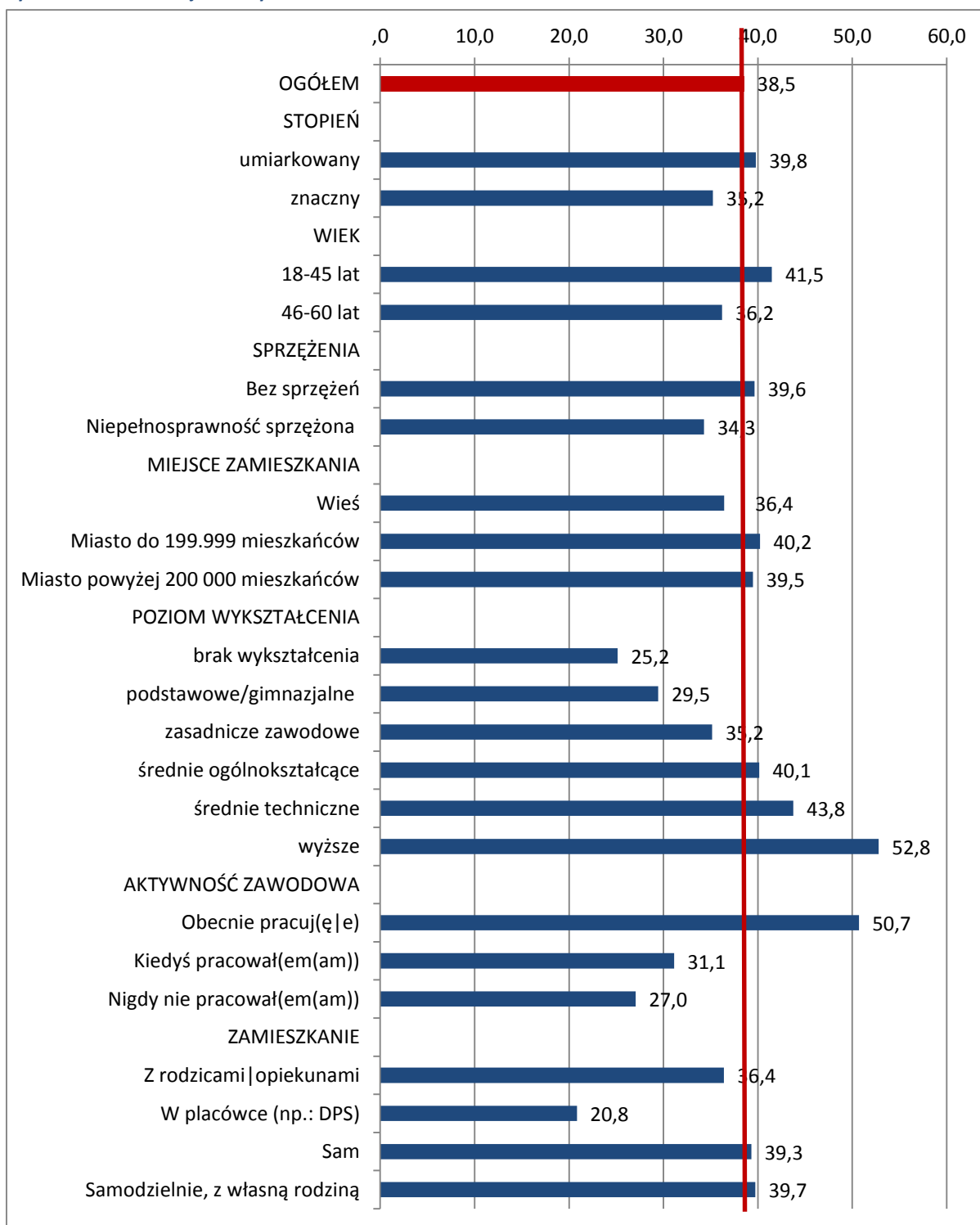
Przede wszystkim wskaźnik jakości życia przyjmuje wyższą wartość średnią wśród osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (39,8 pkt) w stosunku do osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym (35,2), a także wśród osób bez sprzężeń (39,6 pkt) w stosunku do osób, w przypadku których orzeczono niepełnosprawność sprzężoną (34,3 pkt).

Widać także wyraźną zależność wartości wskaźnika od wieku i poziomu wykształcenia badanych. Wartość wskaźnika wyraźnie spada wraz ze wzrostem wieku – w grupie osób młodszych wynosi 41,5 pkt, podczas gdy w grupie osób najstarszych – 36,2.

W przypadku poziomu wykształcenia, przeciwnie, im wyższy poziom wykształcenia, tym wartość wskaźnika większa – w grupie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym wynosi 29,5 pkt, zawodowym – 35,2 pkt, podczas gdy w grupie osób z wykształceniem wyższym – 52,8 pkt.

Wartość wskaźnika jest także wyraźnie wyższa w stosunku do średniej wśród osób obecnie pracujących (50,7 pkt), zaś wyraźnie niższa wśród osób zamieszkałych w placówkach (20,8 pkt) (por. Rysunek 47).

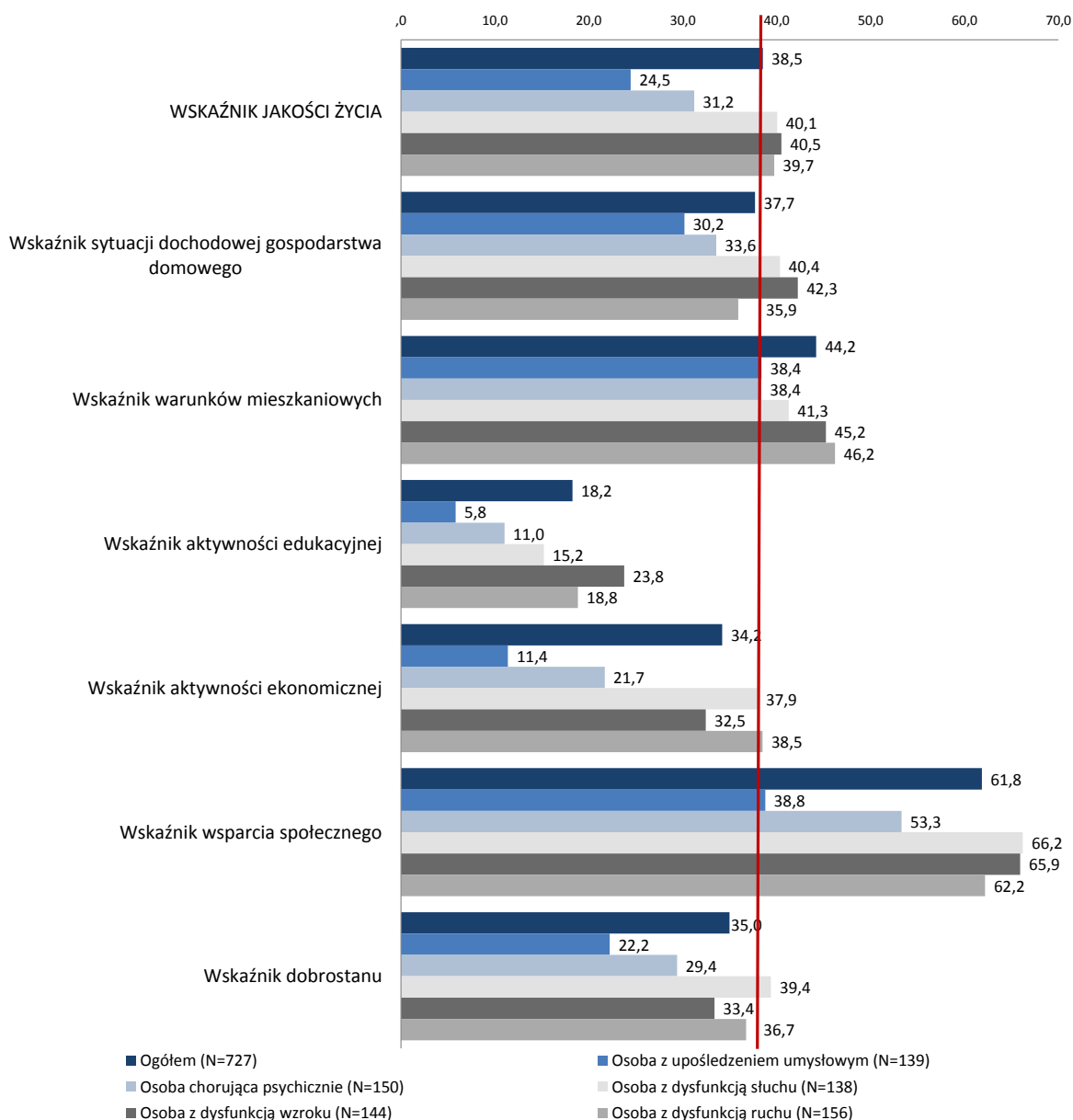
Rysunek 47: Wskaźnik jakości życia – średnia.



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=727

Patrząc na zróżnicowanie wskaźników częściowych ze względu na rodzaj niepełnosprawności widać wyraźnie, że we wszystkich analizowanych wymiarach naj słabiej wypadają osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby chorujące psychicznie. Pozostałe trzy grupy wyróżnione ze względu na rodzaj niepełnosprawności plasują się na wyższym i porównywalnym między sobą poziomie.

Rysunek 48: Wskaźnik jakości życia oraz wskaźniki częściowe – ogółem i ze względu na poszczególne niepełnosprawności



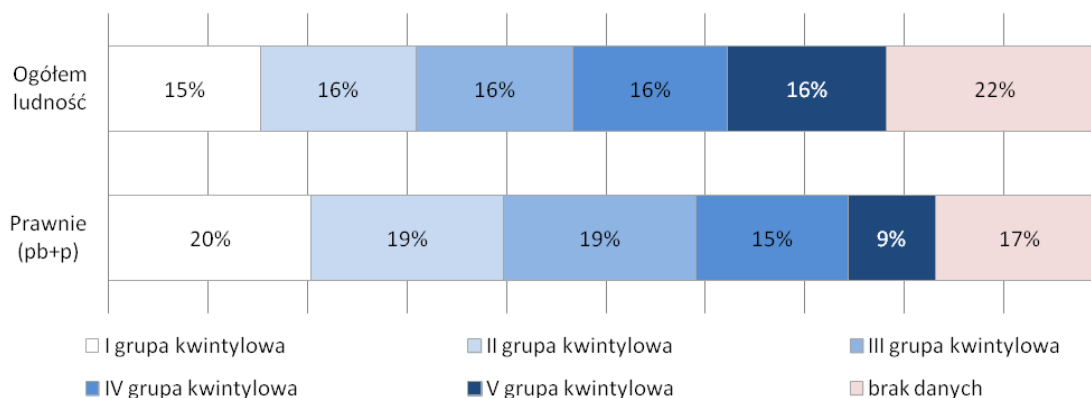
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=727

6.2 Sytuacja materialna osób niepełnosprawnych

Ze względu na różnice w poziomie wykształcenia i aktywności zawodowej, a także z uwagi na problemy zdrowotne **niepełnosprawni stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem**. Według danych z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” w stosunku do ogółu ludności osoby niepełnosprawne częściej zaliczają się do trzech niższych grup dochodowych, znacznie rzadziej natomiast osiągają dochody z najwyższej grupy (por. Rysunek 49). Również we własnej ocenie osoby niepełnosprawne rzadziej postrzegają swoje gospodarstwa jako dobrze sytuowane, częściej zaś stwierdzają, iż sytuacja materialna ich gospodarstwa jest raczej zła lub zła, o czym świadczą wyniki Badania Budżetów Gospodarstw Domowych GUS z 2014 r. (por. Rysunek 50).

Ogółem w 2014 r. 12,2% osób żyło w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa. Dla gospodarstw z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną wskaźnik ten wynosił 16,7%, zaś dla gospodarstw z 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności aż 26,6% (Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, 2015). Poniżej granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) znajdowało się odpowiednio 7,4% ogółu osób i 10,8% w gospodarstwach z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną.

Rysunek 49 Zróżnicowanie dochodów ekwiwalentnych²⁸ wśród osób niepełnosprawnych w odniesieniu do ogółu ludności²⁹

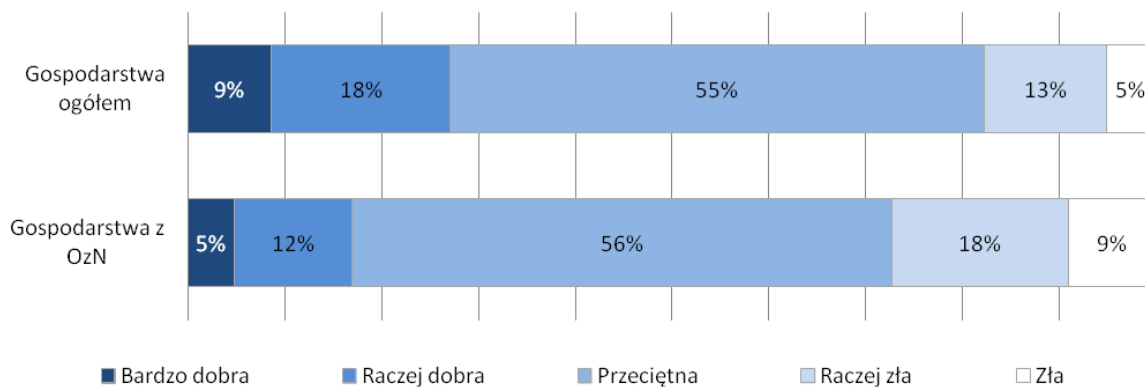


Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., definicja prawna. I grupa kwintalowa – grupa osób najuboższych, V grupa kwintalowa – grupa osób najzamożniejszych.

²⁸ Zmienna dochód ekwiwalentny została zdefiniowana na etapie opracowania wyników badania „Stan Zdrowia Ludności Polski”, przy uwzględnieniu dochodu, wielkości i składu gospodarstwa domowego. Po wyliczeniu dochodu ekwiwalentnego przypadającego na 1 osobę, badani zostali pogrupowani na 5 równo liczących podzbiórowości, zwanych grupami kwintalowymi (z pominięciem osób, dla których nie ustalono dochodu). (Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., s. 57).

²⁹ Pb- osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, p – osoby niepełnosprawne prawnie.

Rysunek 50 Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego



Źródło: Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych, GUS 2014

Wyposażenie gospodarstw domowych zamieszkałych przez osoby niepełnosprawne w niektóre przedmioty trwałego użytkowania także świadczy o niższym statusie materialnym tej grupy, szczególnie w przypadku dóbr luksusowych, zaawansowanych technologicznie, będących wyrazem zamożności (np. kino domowe, odtwarzacz DVD, kamera wideo czy cyfrowy aparat fotograficzny). Na szczególną uwagę zasługuje też fakt, iż gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi rzadziej posiadają komputer osobisty, a także dostęp do Internetu, w szczególności szerokopasmowy, jak również samochód osobowy – choć wyposażenie to w przypadku ograniczeń sprawności wydaje się bardziej potrzebne. Natomiast pod względem wyposażenia w podstawowe przedmioty trwałego użytkowania takie jak telewizor, odbiornik satelitarny, lodówka czy telefon nie odbiegają znacząco od ogółu gospodarstw (por. Tabela 9).

Tabela 9 Wyposażenie gospodarstw domowych w niektóre przedmioty trwałego użytkowania

	Ogółem gospodarstwa	Gospodarstwa domowe	
		Z ON	Bez ON
Odbiornik telewizyjny	97%	99%	96%
Urządzenie do odbioru TV satelitarnej lub kablowej	66%	64%	67%
Zestaw kina domowego	14%	9%	15%
Zestaw do odbioru, nagrywania i odtwarzania dźwięku (wieża)	32%	27%	33%
Odtwarzacz DVD	41%	37%	42%
Kamera wideo	9%	5%	10%
Cyfrowy aparat fotograficzny	51%	37%	54%
Komputer osobisty	73%	62%	76%
w tym laptop	55%	42%	58%
Komputer z dostępem do Internetu	71%	60%	74%
w tym z dostępem szerokopasmowym	59%	50%	61%
Telefon komórkowy	94%	93%	95%
w tym smartfon	33%	22%	36%
Pralka i wirówka elektryczna lub automat pralniczy	98%	98%	98%
Odkurzacz elektryczny	94%	92%	94%

	Ogółem gospodarstwa	Gospodarstwa domowe	
		Z ON	Bez ON
Chłodziarka lub zamrażarka	99%	99%	99%
Kuchenka elektryczna z płytą ceramiczną, indukcyjną	11%	6%	12%
Kuchenka mikrofalowa	57%	52%	58%
Zmywarka do naczyń	25%	17%	27%
Samochód osobowy	62%	53%	64%

Źródło: *Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych, GUS 2014*

Wyniki Badania Budżetów Gospodarstw Domowych z 2014 roku również wskazują na mniej korzystną sytuację materialną gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnym (por. Tabela 10). Gospodarstwa te mają przeciętnie o 268 zł niższe dochody netto, niż gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych, a na ich przychody w znacznie większym stopniu składają się świadczenia społeczne, rzadziej zaś praca najemna. Niższe dochody ograniczają możliwości wydatkowania – a zatem również wydatki gospodarstw osób niepełnosprawnych są przeciętnie niższe i jedynie na koszty związane ze zdrowiem gospodarstwa te wydają więcej, niż gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych.

Tabela 10 Dochody i wydatki gospodarstw domowych, wybrane kategorie – okres miesięczny, kwoty w przeliczeniu na 1 osobę

	Ogółem gospodarstwa	Gospodarstwa domowe	
		Z ON	Bez ON
Dochód rozporządzalny	1 340,44 zł	1 130,78 zł	1399,19
w tym dochód do dyspozycji	1 293,32 zł	1 091,31 zł	1349,93
w tym wybrane dochody:			
dochód z pracy najemnej	723,57 zł	394,16 zł	815,87
dochód z pracy na własny rachunek	114,51 zł	40,10 zł	135,36
dochód z gospodarstwa indywidualnego w rolnictwie	44,65 zł	47,29 zł	43,91
dochód ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych	343,09 zł	511,52 zł	295,89
Rozchody netto	1 742,92 zł	1 440,98 zł	1 827,52 zł
w tym:			
Wybrane wydatki	1 078,74 zł	917,18 zł	1 124,01 zł
Towary i usługi konsumpcyjne	1 031,62 zł	877,71 zł	1 074,75 zł
żywność i napoje bezalkoholowe	263,34 zł	254,71 zł	265,76 zł
odzież i obuwie	57,78 zł	39,08 zł	63,02 zł
użytkowanie mieszkania i nośniki energii	216,73 zł	193,66 zł	223,19 zł
zdrowie	53,95 zł	64,31 zł	51,05 zł
rekreacja i kultura	70,13 zł	45,47 zł	77,04 zł

Źródło: *Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych, GUS 2014*

Wyniki badania potrzeb potwierdzają powyższe ustalenia. Podobnie jak w przypadku danych z Badania Budżetów Gospodarstw Domowych GUS ponad połowa respondentów ocenia sytuację finansową swojego

gospodarstwa domowego jako przeciętną (por. Rysunek 51). Jednocześnie 22% uważa, że ich sytuacja jest bardzo zła lub raczej zła, zaś co piąte gospodarstwo jest w dobrej sytuacji finansowej.

Ja nie mogę podjąć pracy, długów mam multum. Ja po rozwodzie z mężem pracowałam na czarno i udawało się w miarę to jakoś ogarniać. Ale później pracodawca się zmienił, wymagał umowy a niestety na umowę ja nie mogę podjąć pracy, więc musiałam zrezygnować. Ja dodatkowo do domowego budżetu dokładałam ponad tysiąc złotych, to jak to zostało mi zabrane, to automatycznie zaczęła się robić ogromna dziura. Nie płaciłam rachunków a to za mieszkanie, za prąd, tu wzięłam jakąś chwilówkę, tam wzięłam jakąś chwilówkę, żeby zatkać dziury, i tak się długi namnożyły, że w tej chwili jestem w „masakrycznej dziurze budżetowej”. Długów mam naprawdę bardzo, bardzo dużo. Mam nadzieję, że w jakiś sposób uda mi się pomalutku wybrnąć z tych długów. (IDI 9 niepełnosprawność ruchu, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

W relatywnie lepszej sytuacji są gospodarstwa osób z dysfunkcją wzroku i słuchu, gdzie odpowiednio 22% i 24% domostw ma dobrą sytuację finansową.

Całkiem chyba dobrze. Na pewno nie jesteśmy bogatą rodziną, ale też nie jesteśmy jakoś bardzo ubodzy. Ja sama jestem w stanie się sama utrzymać, moi rodzice mi nie pomagają. (...) Natomiast nie da się ukryć, że to też nie są duże pieniądze, które się zarabia w NGO-ie. Ja też to troszkę rozumiem, bo z samego założenia to jest pewnego rodzaju misyjna praca, tylko akurat problem nasz jest taki, osób z niepełnosprawnością, że często to nie do końca jest nasz wybór. Bo może byśmy woleli pracować na otwartym rynku pracy, który jest dla nas trochę zamknięty i nie jest łatwo znaleźć posadę tak po prostu. A tutaj pracujemy na rynku chronionym. (IDI 2 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Może to być efektem tego, że osoby te w wielu wypadkach pracują i otrzymują renty. Dochody z pracy są przez przedstawicieli obu grup oceniane jako umiarkowanie satysfakcjonujące, jednak umożliwiające godne funkcjonowanie.

Nasze zarobki wystarczają na normalne życie, na chleb na potrzeby dzieci wystarczają ale na podróże na markowe ciuchy na lepszy telefon to już na pewno nie. Staram się w miarę możliwości oszczędzać, ale też cieszyć się z drobniaków. Widzę, że dzieci słyszące mają wyższy standard życia, nie zazdroścę, nie jestem zła ale chciałabym dorównać a rynek pracy na to nie pozwala. Chciałabym zapewnić normalne spokojne życie na luksusy mnie nie stać. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Można zatem powiedzieć, że osoby te często świadomie obniżają swoje oczekiwania i dostosowują je do możliwości jakie oferuje rynek pracy, w którym mają szansę uczestniczyć, mimo, że nie zaspokaja to w pełni ich aspiracji.

Natomiast **wyraźnie największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z upośledzeniem umysłowym – co trzecie gospodarstwo, w którym mieszka osoba niepełnosprawna intelektualnie znajduje się w złej sytuacji finansowej**, a zaledwie 12% ocenia swoje położenie jako dobre.

Przyczyny tych problemów są złożone. Przede wszystkim wynika to z faktu, że co najmniej jedno z rodziców pozbawione jest zwykle możliwości wykonywania pracy ze względu na konieczność stałej opieki nad dzieckiem. Świadczenia są, w stosunku do potrzeb chorego oraz warunków rynkowych, oceniane jako niskie, a jednocześnie aby je zachować rodzina musi bardzo kontrolować poziom swoich dochodów.

No ciężko. Nie będę bardzo narzekać, bo jakoś sobie radzę. Jak Darek się urodził to było bardzo ciężko, bo mąż zarobił małe pieniądze, ja dostałam 420 zł, trzeba było wszystko pokupić, i ciągle nam brakowało, zawsze żyliśmy na długach. [Teraz to świadczenie wzrosło jest trochę łatwiej.]. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Nawet jeśli główny żywiciel rodziny pracuje, często są to rodziny rozbite, (jedno z rodziców nie wytrzymuje presji problemów wynikających z niepełnosprawności), w związku z tym ciężar utrzymania nadal spoczywa de facto na jednej osobie pracującej. Dodatkowo konieczność nieadekwatnej do wieku podopiecznego opieki i kontroli nad nim jaka spoczywa na rodzicu wprowadza często ograniczenia co do możliwości podjęcia pracy, spychając często rodziny w segment prostych, nisko płatnych prac.

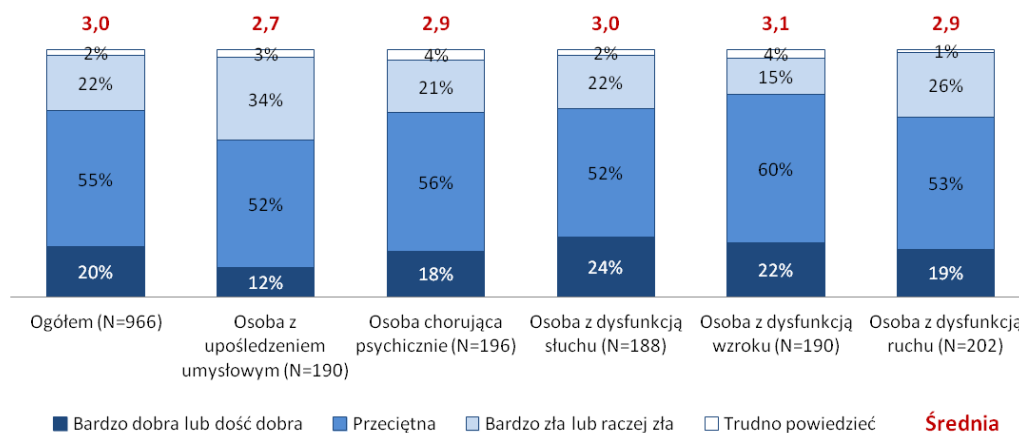
Z pracy byłabym zadowolona, bo jest dobra atmosfera, ale brakuje tu pieniędzy. Daria niby ma rentę socjalną, ale właściwie cała renta idzie na nią, nic z tego nie mogę dołożyć do życia. Mam trzy pokoje, Daria ma swój pokój, ale utrzymać to wszystko to jest brak, są braki, luki, nie powiem że są zadłużenia i muszę te dziury gdzieś łątać. Więc praktycznie wszystko u mnie jest fajnie(...) A tu z drugiej strony jest tak, że ciężko jest znaleźć pracę w takich godzinach od 8 do 16 i żeby to jeszcze była satysfakcja finansowa. (IDI 21 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Samoocena położenia ekonomicznego gospodarstwa różni się w zależności od podregionu. W gorszej sytuacji finansowej są gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych w podregionie południowym (35% w złej sytuacji) oraz południowo-zachodnim (31% w złej sytuacji). Natomiast względnie najlepiej swoje położenie oceniają badani z podregionów północnego (30% w dobrej sytuacji, 11% w złej) oraz centralnego (26% w dobrej sytuacji, 20% w złej). Natomiast ocena sytuacji finansowej gospodarstwa jest podobna niezależnie od wielkości miejsca zamieszkania badanych.

Wśród zmiennych, które mają znaczenie dla sytuacji finansowej gospodarstwa warto wspomnieć o wykształceniu badanego – w przypadku gospodarstw osób niepełnosprawnych z wykształceniem wyższym aż 40% deklaruje korzystną sytuację finansową (w porównaniu do zaledwie 14-20% w pozostałych grupach), a także o sytuacji zawodowej – gospodarstwa domowe osób pracujących są w zdecydowanie lepszej kondycji finansowej.

Nie trudno wyjaśnić te tendencje, jako, że osoby lepiej wykształcone mają na rynku pracy większe szanse, nawet w sytuacji osłabionej koniunktury, w której pracodawcy stawiają coraz wyższe oczekiwania formalne zatrudniając nawet do stosunkowo prostych prac.

Rysunek 51 Ogólna ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] Bardzo zła do [5] Bardzo dobra.

Do głównych źródeł dochodu gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych należą dochody ze stałej pracy (53%) oraz renta z tytułu niezdolności do pracy (47%), choć to stała praca jest najważniejszym źródłem utrzymania dla połowy gospodarstw, zaś renta – jedynie dla 23% (por. Tabela 11). Wśród rzadziej spotykanych źródeł dochodu należy wymienić renty socjalne/szkolne (17% gospodarstw), zasiłki i pomoc społeczną (15%), a także prace dorywcze (14%).

Warto przy tym zauważyć, iż źródła dochodów są zróżnicowane w zależności od rodzaju niepełnosprawności. W gospodarstwach osób z dysfunkcją słuchu, wzroku oraz ruchu zdecydowanie częściej jako źródło dochodu wskazuje się stałą pracę (ponad 53% gospodarstw), podczas gdy w przypadku domostw osób z upośledzeniem

umysłowym i chorujących psychicznie najczęściej wskazywana jest renta (odpowiednio 61% i 50%), a praca najemna zajmuje dopiero drugą pozycję (nieco ponad 40% gospodarstw). Może to sugerować, że w tych grupach **mogą występować problemy z aktywnością zawodową osoby niepełnosprawnej lub opiekuna zajmującego się ON (w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną)**. Wskazują na to także ustalenia innych badań (Pieńkosz Julita, Matejczuk Anna (red.), 2015).

Potwierdzają to badania jakościowe, które wskazują, że w przypadku chorób psychicznych i niepełnosprawności intelektualnej występuje zdecydowanie więcej barier zatrudnienia niż przy innych objętych badaniem niepełnosprawnościach. Mają one po części charakter zewnętrzny - wynikający z większej społecznej stygmatyzacji osób z tymi dwoma rodzajami niepełnosprawności oraz stosowaniu zasady ograniczonego zaufania wobec osób ze wskazanymi dysfunkcjami.

Nasi podopieczni też to są osoby, które pracowały inne nigdy nie pracowały. Nie były w stanie. Więc mamy dwie takie grupy, ale to są ludzie już w takim wieku, mimo, że niektórzy bardzo młodo wyglądają, ale już są w wieku blisko 50 lat. Ale nie są w stanie wykonywać żadnej czynności, po prostu ich skupienie trwa zbyt krótko. I nie aktywizujemy ich, w związku z czym, bo to jest taka aktywizacja najbardziej powszechna do pracy, (...), bo my cały czas walczymy o to, żeby utrzymać ich samodzielność, mycie, obsługa, higiena, jedzenie, spacer, terapia zajęciowa, to są ich czynności, które staramy się za wszelką cenę podtrzymać. (IDI 20 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, wieś (opiekun))

Z drugiej strony są to bariery często wewnętrzne – których przyczyn należy upatrywać w specyfice samych niepełnosprawności, które wpływają na obniżenie poszukiwanych przez rynek pracy kompetencji pracowniczych takich jak: samodzielność, systematyczność, wydajność, zaangażowanie w pracę.

I taka bariera świadomości, też, bo skoro praca, to dla mnie jest coś takiego, co ja od początku do końca wiem, że muszę zrobić i za to wziąć odpowiedzialność, za to, co zrobiłam. A w wypadku naszych dzieci, to owszem, jeżeli ja poproszę Gabrysię, założmy żeby mi umyła podłogę, to ona umyje, jak będzie miała chęć, albo umyje tylko tu, a tam nie, a nie weźmie za to odpowiedzialności, że ona wykonała tą pracę i umyła wszędzie, gdzie trzeba. Taka świadomość. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Duży wpływ mają na to takie czynniki jak farmakologia w przypadku osób chorujących psychicznie, a także sprzężenia i konsekwencje zaburzeń współwystępujących z niepełnosprawnością intelektualną.

Ja na przykład wie Pani, w żadnym wypadku bym sobie nie dała rady z pracą. Mówię to ciężko, ale taka prawda jest.

Ja to też musiałbym po prostu być w tej pracy i dopasowywać sobie, szukać tej pracy, która by była dla mnie odpowiednia czy akurat takiego specjalnie stworzonego miejsca pracy, które by miało inny charakter niż taka praca jak każdy zwykły człowiek. Tylko, że można by było w każdej chwili jakoś odpocząć, żeby miała inny charakter ta praca, żeby nie obciążała tak bardzo. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

Renty i zasiłki częściej zasilają budżety gospodarstw domowych osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Ciekawy jest także fakt, iż źródła dochodów są silnie zróżnicowane regionalnie. W podregionie południowo-zachodnim i północnym znacznie wyższy, w stosunku do podregionów pozostałych, jest odsetek gospodarstw utrzymujących się przynajmniej w pewnym stopniu z rent. W regionie północnym renta jest głównym źródłem dochodu dla ponad połowy gospodarstw (w pozostałych regionach jest to praca najemna).

Najwięcej, bo 41% gospodarstw wskazało tylko jeden typ źródła utrzymania. Co trzecie gospodarstwo wskazało dwa różne typy dochodu – utrzymywanie się z dwóch źródeł jest częstsze tylko w przypadku gospodarstw osób z dysfunkcją wzroku, gdzie odsetek takich domostw (40%) przewyższa odsetek gospodarstw deklarujących jedno źródło dochodu (31%).

Tabela 11 Źródła dochodów gospodarstw domowych – wszystkie oraz główne źródło utrzymania gospodarstwa

	Ogółem		Wszystkie źródła dochodu				
	Wszystkie źródła dochodu (N=966)	Najważniejsze źródło dochodu (N=966)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
ŹRÓDŁA DOCHODU							
Stała praca, na etat	53%	51%	43%	40%	58%	56%	53%
Renta z tytułu niezdolności do pracy	47%	23%	61%	50%	42%	48%	47%
Renta socjalna szkolna	17%	6%	23%	22%	20%	19%	14%
Zasiłki pomoc społeczna ³⁰	15%	1%	20%	17%	17%	13%	15%
Praca dorywcza	14%	4%	6%	16%	17%	15%	13%
Pomoc finansowa ze strony rodziny	6%	1%	4%	7%	7%	8%	6%
Własna działalność gospodarcza niezwiązana z rolnictwem	5%	3%	2%	2%	2%	3%	8%
Świadczenie wychowawcze 500+	4%		3%	2%	7%	5%	3%
Użytkowanie gospodarstwa rolnego	3%	1%	6%	4%	8%	4%	1%
Kredyty pożyczki	2%		4%	0%	1%	0%	3%
Alimenty	2%		2%	1%	0%	1%	3%
Dochody z wynajmu	1%		0%	0%	1%	1%	2%
Pomoc finansowa od kościoła organizacji stowarzyszeń	1%		3%	0%	1%	1%	1%
Zbieractwo i sprzedawanie na skupie	1%		0%	1%	0%	2%	0%
Inna	8%	5%	8%	9%	8%	7%	8%
ODMOWA	5%	5%	5%	6%	3%	10%	2%
LICZBA WSKAZANYCH ŹRÓDEŁ							
1 źródło	41%	43%	42%	44%	31%	45%	41%
2 źródła	32%	30%	34%	34%	40%	27%	32%
3 źródła	15%	13%	12%	11%	13%	18%	15%
4-6 źródeł	6%	9%	4%	8%	7%	4%	6%
Odmowa/ inne	7%	6%	8%	4%	10%	6%	7%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Około 40% gospodarstw osób niepełnosprawnych utrzymuje się z dochodu poniżej 1 tys. złotych na 1 członka gospodarstwa, a zatem nieco poniżej przeciętnego dochodu w gospodarstwie domowym z ON według danych GUS (1,1 tys. zł per capita – por. Tabela 10), zaś 38% deklaruje dochody na 1 osobę przekraczające 1 tys. złotych

³⁰ Chodzi tu o inne zasiłki niż powszechne w grupie osób niepełnosprawnych zasiłki pielęgnacyjne i opiekuńcze.

(por. Rysunek 52). Relatywnie wyższe dochody osiągają gospodarstwa osób z dysfunkcją wzroku, gdzie aż 47% deklaruje dochody na głowę przekraczające 1 tys. zł. Natomiast najbardziej niekorzystna jest sytuacja gospodarstw osób z upośledzeniem umysłowym, gdzie jedynie co czwarte gospodarstwo osiąga dochody powyżej ogólnej średniej dla gospodarstw ON. Relatywnie niższe dochody charakteryzują gospodarstwa na wsiach.

Gospodarstwa osób z wyższym wykształceniem są w obiektywnie lepszej sytuacji materialnej – jedynie co piąte osiąga dochód per capita niższy niż 1 tys. zł, a co trzecie – powyżej 1 tys. zł na 1 osobę, co jest wynikiem najwyższym wśród wszystkich grup.

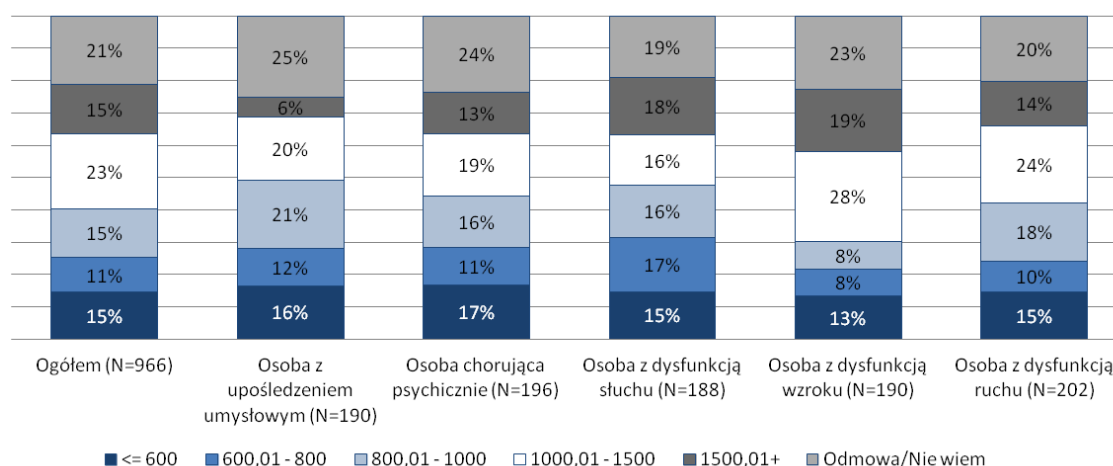
Może to być powiązane z faktem, że osoby niepełnosprawne z wyższym wykształceniem, zwłaszcza młodsze, często są bardzo aktywne na rynku pracy, poszukują możliwości podnoszenia kwalifikacji, bardziej świadomie starają się kształtować swoją karierę zawodową.

Może jeszcze chciałabym mieć taką pewność, że gdy będę chciała wrócić do pracy [po urodzeniu dziecka], to też mi się to uda i będę umiała pogodzić te różne sfery życia, które mam do pogodzenia. Wydaje mi się, że w ostatnich latach udało mi się zrobić dużo, aby ten powrót był w miarę łatwy, mam dość bogate CV, zarówno pod względem doświadczenia i wykształcenia. (IDI 10 niepełnosprawność ruchu, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Powiem szczerze ja nie narzekam jeżeli chodzi o rynek, jest dużo fajnych szkoleń, z których można skorzystać. Ja wielokrotnie korzystałam a to z lekcji języka angielskiego w ramach różnego rodzaju projektów, realizowanych przez fundacje dedykowane osobom niewidomym. Uczyłam się orientacji w przestrzeni, chodzenia z białą laską. (IDI 10 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Wedle deklaracji badanych, aby dochody gospodarstwa domowego mogłyby być uznane za wystarczające, musiałyby one wzrosnąć średnio o 1 780 zł – a zatem o wartość znacznie przewyższającą przeciętny dochód na 1 członka gospodarstwa. Przy tym dla co trzeciego gospodarstwa wystarczający byłby wzrost o kwotę do 1 tys. zł miesięcznie, zaś dla 18% - powyżej 2 tys. miesięcznie. Relatywnie wyższych kwot potrzebowałyby gospodarstwa osób z dysfunkcją wzroku (przeciętnie ponad 2 tys. zł) oraz słuchu (przeciętnie ponad 2,3 tys. zł).

Rysunek 52 Dochód na 1 osobę w gospodarstwie domowym



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych priorytetyzują swoje wydatki zgodnie z bieżącymi potrzebami. Mimo tego znaczna jest grupa gospodarstw, które borykają się z trudnościami finansowymi nawet w przypadku najprostszych i najbardziej podstawowych wydatków. Jedynie nieco ponad połowa badanych



deklaruje, że pieniędzy bez problemów starcza na jedzenie (56%), a 45% nie ma problemów z opłaceniem czynszu czy mediów. 36% gospodarstw jest w stanie bez trudności opłacić wydatki związane z transportem. W przypadku pozostałych wydatków odsetek gospodarstw mogących ponieść ich koszty bez problemów nie przekracza 25%.

Najlepiej było gdy zasiłek pielęgnacyjny się była podwyżkę i zarabiam 1500zł to była w stanie żyć. Teraz słabo. Na przykład zarabiam 1400 zł bo wiadomo brutto wynosi 2000zł a 1400zł na rękę i dostaję zasiłek pielęgnacyjny 153zł razem wynosi 1500zł to za mało bo nie jestem w stanie żyć i opłacić mieszkania. Inna pracodawcę nie mogą dać podwyżkę bo dlatego, że jest prawnie przepisy ustawę w Polsce i jest limit zarobki i nie mogą przekroczyć zarobki. Potrzebuję pieniędzy na podróże i na ubranie, bo żyję w oszczędnościach bo muszą. I też czuję się nie wystarczy mi żyć bo cały czas zarabiam w niskie kwoty. Ciągłe problem. (IDI 6 niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Warto zauważyć, że ponad 70% gospodarstw osób niepełnosprawnych ma problemy z zakupem lekarstw czy z ponoszeniem wydatków na opiekę zdrowotną. Ponad 60% ma trudności z ponoszeniem kosztów rehabilitacji. Dlatego korzysta się w tym zakresie z wszelkich dostępnych możliwości – od pomocy finansowej ze strony organizacji pozarządowych, przez zbieranie nakrętek, dobrą wolę zaprzyjaźnionych rehabilitantów i terapeutów, po ograniczanie do minimum tych usług.

Fundacja Polsat nam pomogła w dofinansowaniu do wózka. Fundacja Anny Dymnej nam pomogła i OPS też dołożył się do wózka i Caritas. A tak to własnymi siłami. Zbieramy nakrętki. Część będzie można dofinansować, tak jak aparat (słuchowy). To wszystko, albo kredyty, albo to. (IDI 21 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Gdzieś jakaś rehabilitacja musi być. No i znalazłam stronę, zadzwoniłam i okazało się, że tak, oni przyjeżdżają do domu i załatwiają w ten sposób. Wystawiają faktury, żaden problem. Ewa ma uzbierane pieniądze na subkonto Fundacji Zdążyć z Pomocą, jest podopieczną tej fundacji i wysyłam faktury do fundacji i bezpośrednio z subkonta będą przelane pieniądze na tę rehabilitację. (IDI 9 niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

[Prywatnie] przychodziła Mireczka a po niej Kuba, taki który pracuje w szpitalu. Tak jak od innych bierze 70 zł za godzinę, a do mnie przychodzi za 50 zł, bo jesteśmy na stopie przyjacielskiej. (...) [Mam rehabilitację tylko] raz w tygodniu, jak uzbieram z tego Avalonu na 1% to staramy się w miarę możliwości kupić węgiel na zimę a resztę na tę rehabilitację przeznaczyć, a nie jest tego dużo. (IDI 11 niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Dane jakościowe wskazują, że chodzić tu może zwłaszcza o lekarzy specjalistów i zleczanych przez nich badań. Zwłaszcza dostęp do tej części oferty NFZ jest ogromnie utrudniony. Lokalnie brakuje lekarzy specjalistów, z peryferii trzeba do nich dojeżdżać nawet po kilkadziesiąt kilometrów.

Przede wszystkim bardzo dużo zawdzięczam rodzicom, którzy nigdy nie szczędzili na żadne badania, profesorów, miałam zawsze najlepszą opiekę - za ich poświęcenie i trud. (...) Od dziecka jeżdżę do różnych profesorów, obecnie jestem w Aninie, jestem tam raz na 2-3 lata, na co dzień chodzę do swojego okulisty w Sochaczewie. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

- Jest tu hospicjum, ale nie działa to tak, jak w Krakowie, gdzie jest większa możliwość uzyskania dobrej opieki lekarskiej nie wyjeżdżając z domu. Później nawet na przyszłość osoba starsza musi mieć drugą osobę, żeby go wszędzie zawiozła i z nim poszła.

A macie teraz taką pomoc ze strony ośrodka zdrowia, żeby ten lekarz przyszedł do domu, czy jakiś asystent?

- Ja myślę, że to jest ciężkie do przejścia. Owszem skierowanie wypiszą, ale najlepiej jedźcie na Kraków, bo tam więcej wam pomogą. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Zdarza się, że lekarze pierwszego kontaktu niechętnie wystawiają skierowania, lub wręcz utrudnia się dostęp do opieki medycznej odmawiając osobom niepełnosprawnym w stopniu znacznym wizyt domowych.

Tak, bo jedna [lekarka] była, ale one nie chodziły, bo musi być stacjonarna, teraz jest podobno druga, to będzie chodziła, czekamy. Wersja jest taka, że ma chodzić, a kiedy przyjdzie, to, a, że mam za miesiąc wizytę, za trzy tygodnie, i pani doktor będzie mi podawać leki itd. i mam się sam udać do pani doktor. Pan doktor niby może przyjść, przychodnia, albo inny lekarz, ale nie jest to... No lekarze sobie sami ustawiają po prostu pacjentów. Tam



między nami, ale myślę, że taki jest system, że trzeba iść do lekarza, a takiej domowej wizyty nie ma. Teraz są straszne kolejki. (IDI 11 rezerwa niepełnosprawność ruchu, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, duże miasto)

Najniżej na liście priorytetów znajdują się wydatki związane z integracją społeczną: na kulturę, wypoczynek, rozrywkę, ale także na rehabilitację czy wyposażenie mieszkania – w przypadku każdej z tych potrzeb ponad 30% gospodarstw deklaruje, iż nie starcza im pieniędzy na te cele.

W odniesieniu do skali problemów i zaangażowania energii i środków jakich wymaga od rodzin zaspokojenie podstawowych potrzeb niepełnosprawnych bliskich, wydatki tego rodzaju są często oceniane jako mniej istotne.

Abyśmy częściej gdzieś wyjeżdżali, żeby się odstresować od problemów, od tego wszystkiego. W zeszłym roku byliśmy na wczasach, ale to jest kosztowne. Nie jeździmy na te turnusy, na to nas nie stać, żebyśmy całą rodziną na nie jeździli. Poza tym jest ich mało, są dla dzieci, rehabilitacji takiej konkretnej nie ma. Jeśli chodzi o porządny ośrodek, to musi pani dać 4-5000 za dziecko, żeby wyjechał na te 2-3 tygodnie rehabilitacji. Dofinansowania są 700-1000 zł, resztę musi pani pokryć. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Znacznie ważniejsze są bowiem te, dzięki którym bliski może samodzielnie się poruszać, przemieszczać, można odpowiedzieć na jego najważniejsze potrzeby zdrowotne dzięki udostępnieniu rehabilitacji fizycznej, zapewnieniu dostępu do lekarza i leków, czy terapii psychologicznej czy logopedycznej albo po prostu związanych z kosztami życia rodziny.

Ja po 29 latach zrobiłam remont mieszkania, nie było mnie stać, powolutku, powolutku, ja nie pożyczam od banku, żeby potem spłacać raty, długo odkładam ale chociaż mnie nie stać na coś super to teraz mam w dobrym stanie, czysto. Luksusów nie robię. Bo mnie nie stać stworzyć takie warunki. (...) Duży wydatek to leki mojego męża. On jest chory i dla zdrowia musi brać leki, no trudno choroba. (...) Jeżeli mąż nie bierze leków to ja nie wytrzymuję można zwariować, będzie gadał i gadał jakby był pijany a on nie jest pijany tylko po prostu chory. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Obserwacje jakościowe wskazują, że mimo, iż potrzeby wypoczynku nie są stawiane na pierwszym miejscu priorytetów rodzin, właśnie one mają ogromne znaczenie dla budowania relacji, integracji rodziny i radzenia sobie z problemami jakie niepełnosprawność jednego z członków rodziny wnosi w jej funkcjonowanie.

Wobec niekorzystnej sytuacji finansowej znaczącej części gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych – obiektywnie rzecz biorąc znajdujących się w gorszej kondycji ekonomicznej niż gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych nie dziwi fakt, iż pomoc finansowa jest w tym środowisku ceniona bardzo wysoko i uznawana za potrzebną.

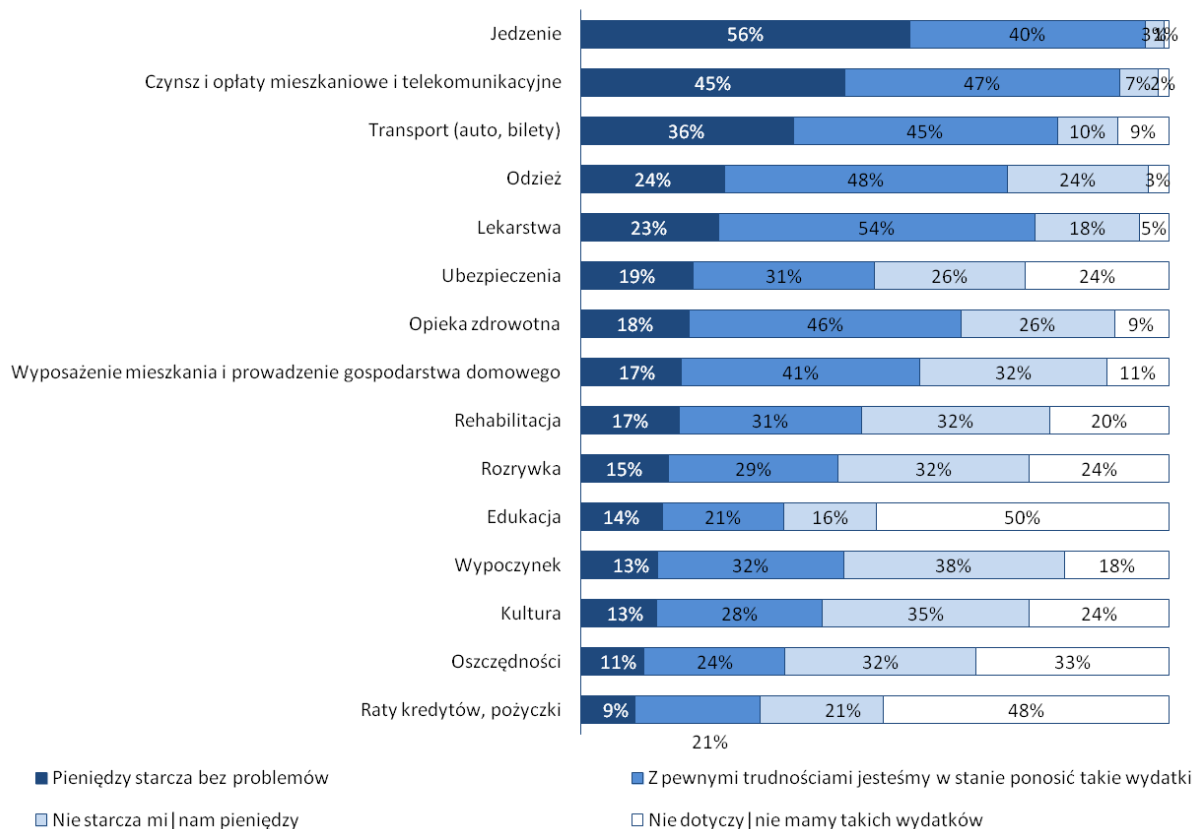
To znaczy my żyjemy bardzo oszczędnie, to na pewno ubrania by się przydały lepsze, bo tak naprawdę bardzo oszczędnie żyjemy. Już nie mówię o terapii, dla syna terapii, że na pewno gdybyśmy mieli fundusze to mógłby jechać na jakąś fajną, nawet wakacyjną terapię, bo nigdy nie był. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

44% badanych deklaruje, iż w związku z niepełnosprawnością posiadają specjalne potrzeby (por. Rysunek 16). Wśród nich 18% spontanicznie wskazuje na wsparcie w obszarze sytuacji bytowej, w szczególności na potrzebę wsparcia finansowego (15%).

Potrzeb jest dużo, elektryczny skuter albo wózek. Tak to nie mamy jakiś specjalnych potrzeb. Jeśli chodzi o życie to mam tak gospodarną żonę, że jest ok. Nie mamy na przykład możliwości gdziekolwiek wyjechać, z dzieckiem też. Trochę znajomy nam pomógł, to może mnie żona sama do samochodu wsadzić, nawet jakbyśmy chcieli na wakacje, ale to są zawsze koszty. (IDI 11 niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

[Gdyby było więcej pieniędzy można by je przeznaczyć] choćby na farbę do odmalowania. To jest może śmieszne, ale wygląda strasznie. Co zrobić? Nie ma na takie zwykłe, proste rzeczy. [Zmieniłoby się to, że mogłabym] psychicznie czuć się dobrze, że nie zabraknie tych pieniędzy jutro na chleb. Tak jak mówiłam, kupuję wszystko. Cukier, sól, kaszę, makaron, mąkę. I jadę pod halę, kupuję hurtem mięso. Porcjuję, dzielę i na cały miesiąc musi mi starczyć. Ale niestety, chleba, ziemniaków, warzyw nie kupię na cały miesiąc. (IDI 8 niepełnosprawność słuchu, stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

Rysunek 53 Możliwości wydatkowania pieniędzy przez gospodarstwa osób niepełnosprawnych



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=966.

Ogólnie otrzymanie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia ogromna większość badanych ocenia jako bardzo ważną formę wsparcia (por. Rysunek 54). Blisko połowa osób niepełnosprawnych jest zdania, że tego typu pomoc jest bardzo ważna lub kluczowa, a kolejne 35% ocenia ją jako ważną. Szczególnie wysoko wsparcie finansowe cenią sobie osoby z dysfunkcją słuchu, a także mieszkańcy podregionu północno-zachodniego.

Postrzegane znaczenie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia maleje wraz ze wzrostem wykształcenia badanych – ta forma pomocy wyżej jest ceniona przez osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, a także zasadniczym zawodowym i średnim ogólnokształcącym. Dużą wagę pomocy finansowej przypisują także osoby bierne zawodowo, a zwłaszcza te, które jeszcze nie zakończyły edukacji.

Choć niecelowa pomoc finansowa jest uznawana za ważną, to skala jej wykorzystania jest niewielka. Jedynie 15% badanych zadeklarowało, iż kiedykolwiek zdarzyło im się korzystać z formy pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia, zaś 5% obecnie korzysta z takiego wsparcia.

Wydaje się, że główną tego przyczyną jest fakt, że wiele osób nie wie o możliwości pozyskania wsparcia takiego typu, ani nie zna instytucji, do których mogłaby się o nie zwrócić.

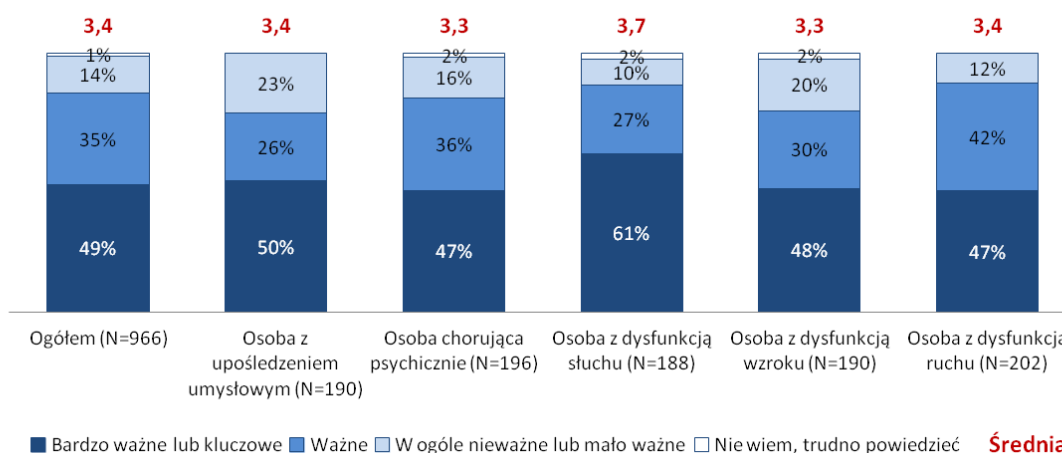
Jeszcze trzecia sprawa, nikt mnie nie informuje jak wyglądają dofinansowania, co mi się należy z czego mogę skorzystać. Ja muszę sama w Internecie szukać, dowiedzieć się czy mogę czy nie mogę. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuch)

Zdecydowanie częściej z takiej formy pomocy korzystały lub korzystają osoby z upośledzeniem umysłowym (por. Rysunek 55). Wykorzystanie niecelowej pomocy finansowej częściej deklarowały także osoby ze znacznym

stopniem niepełnosprawności (25%), mieszkańcy podregionu północnego (30%), oraz osiągające najniższe dochody na głowę w gospodarstwie (21%).

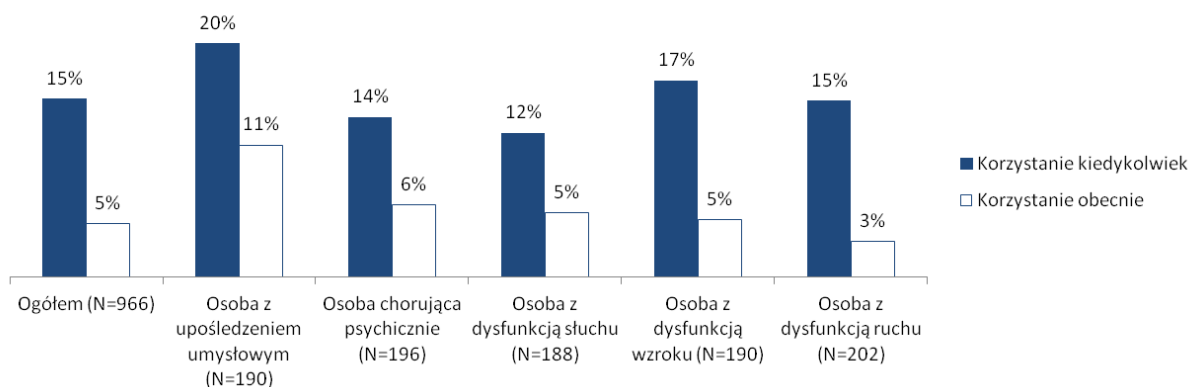
Celowa pomoc finansowa przeznaczana na konkretne cele w różnych obszarach potrzeb, zostanie omówiona w kolejnych rozdziałach.

Rysunek 54 Na ile ważne byłoby dla osoby niepełnosprawnej otrzymanie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nie ważne, [5] Kluczowe.

Rysunek 55 Wykorzystanie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia – kiedykolwiek oraz obecnie



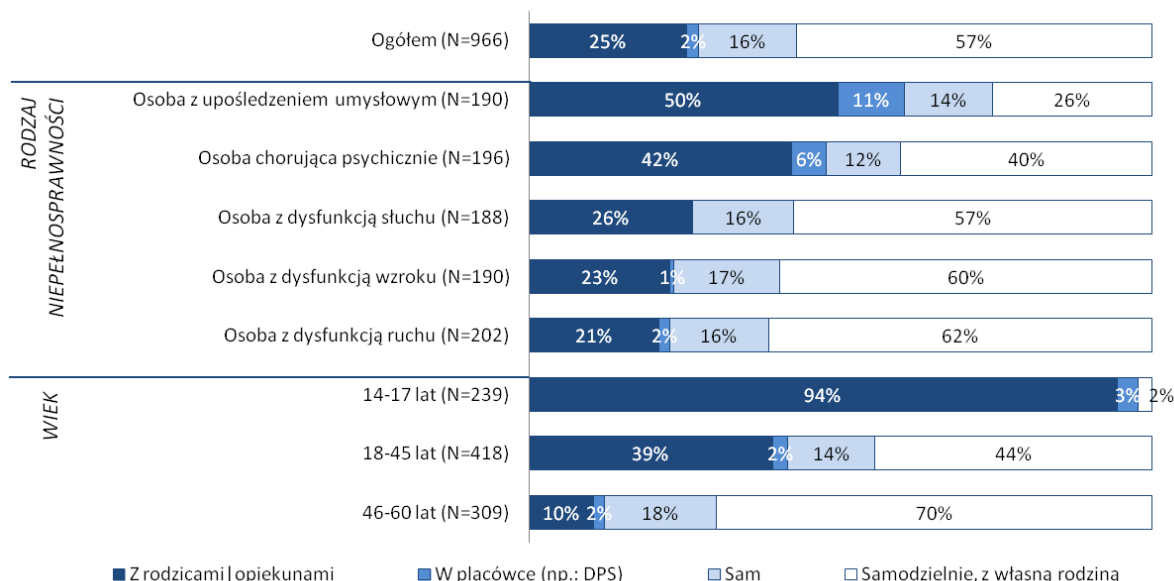
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

6.3 Mieszkalnictwo

Sprawy dotyczące mieszkalnictwa dla osób niepełnosprawnych należy omówić z podziałem na dwa wątki. Jeden z nich to kwestia faktycznej sytuacji rodzinnej i warunków mieszkaniowych, drugi zaś to sprawa specjalnych dostosowań poprawiających komfort codziennego funkcjonowania na terenie mieszkania.

Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych dzieli gospodarstwo domowe z innymi osobami. Jedynie 16% objętych badaniem osób prowadzi jednoosobowe gospodarstwa domowe. Ponad połowa mieszka samodzielnie, z własną rodziną (57%), zaś co czwarty niepełnosprawny mieszka z rodzicami lub opiekunami. Sytuacja rodzinna powiązana jest z wiekiem – wraz z jego wzrostem wzrasta odsetek osób mieszkających wraz z własnymi rodzinami. W przypadku najstarszej grupy wiekowej jest to 70%. Pomijając osoby z upośledzeniem umysłowym, które w związku z charakterem swojej niepełnosprawności mają mniejsze szanse na samodzielność, na tle pozostałych grup wyróżniają się osoby chorujące psychicznie – aż 42% z nich mieszka z rodzicami. W grupie tej nawet w wieku 46-60 lat odsetek mieszkających z rodzicami wynosi 28%, zaś w wieku 18-45 – niemal 60%. Można przypuszczać, że osoby chorujące psychicznie mają problemy z utrzymaniem związków poza najbliższą rodziną. Ponad połowa badanych z tej grupy to kawalerowie lub panny, niepozostający w związkach.

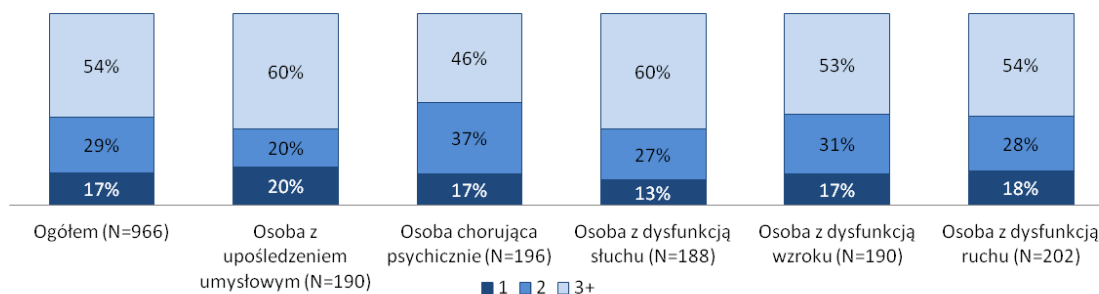
Rysunek 56 Sytuacja mieszkaniowa według rodzaju niepełnosprawności i wieku



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Ponad połowa osób niepełnosprawnych mieszka w gospodarstwach co najmniej 3-osobowych (54%). Gospodarstwa dwuosobowe, zarówno małżeńskie/partnerskie, jak i w relacji dziecko/rodzic, stanowią 29% ogółu. Przy tym ten typ gospodarstw jest częściej spotykany w przypadku osób chorujących psychicznie (37%), które rzadziej pozostają w związkach, częściej zaś dzielą mieszkanie z rodzicami, o czym była mowa już powyżej.

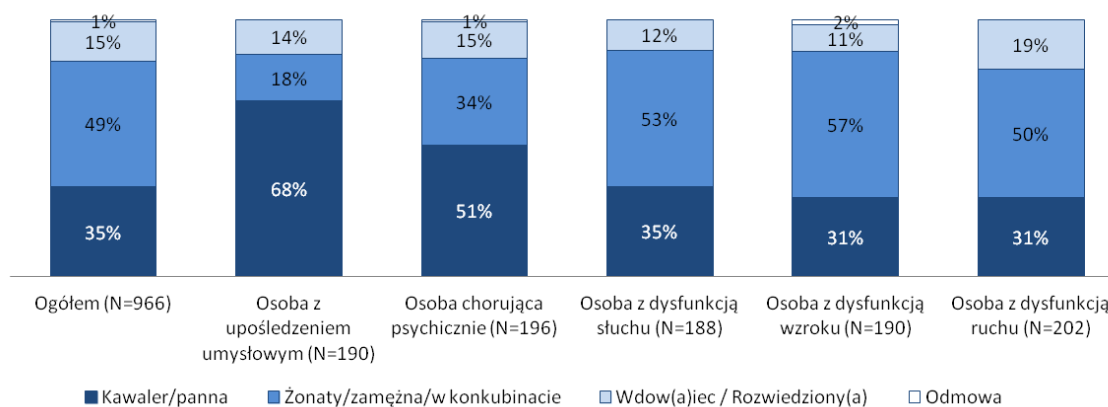
Rysunek 57 Wielkość gospodarstwa domowego według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wśród osób niepełnosprawnych odsetek osób stanu wolnego (kawalerów lub panien) jest wyższy, niż wśród ogółu Polaków – wynosi 35% w porównaniu do 29% dla ogółu ludności³¹. Natomiast odsetek osób owdowiałych lub rozwiedzionych jest zbliżony (około 15%). W związkach małżeńskich pozostaje 49% badanych (w porównaniu do 56% wśród ogółu ludności). Struktura pod względem stanu cywilnego w przypadku osób z dysfunkcjami słuchu, wzroku i ruchu jest podobna, jak wśród ogółu badanych. Odbiegają od niej jednak grupy osób z upośledzeniem umysłowym, wśród których ogromną większość stanowią osoby stanu wolnego (68%) oraz wspomniane wcześniej osoby chorujące psychicznie.

Rysunek 58 Stan cywilny według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wśród osób, które obecnie mieszkają z rodzicami lub opiekunami prawie połowa (46%) deklaruje, iż chciałoby mieszkać samodzielnie. Szczególnie wyraźna jest ta chęć w przypadku osób z dysfunkcjami słuchu, wzroku i ruchu (ponad 50%). Natomiast dwie na trzy osoby chorujące psychicznie odrzucają możliwość samodzielnego mieszkania. Również opiekunowie ogromnej większości osób z upośledzeniem umysłowym wskazują, że nie chcieliby, aby ich podopieczni mieszkali samodzielnie.

Jednocześnie nawet wśród osób, które dopuszczają możliwość samodzielnego mieszkania, nie wszyscy wierzą, że będzie to kiedykolwiek możliwe (29%). Podstawowym argumentem przeciwko samodzielnemu mieszkaniu są względy finansowe (50%), a w drugiej kolejności charakter niepełnosprawności wymagający opieki (30%).

³¹ Na podstawie NSP 2011

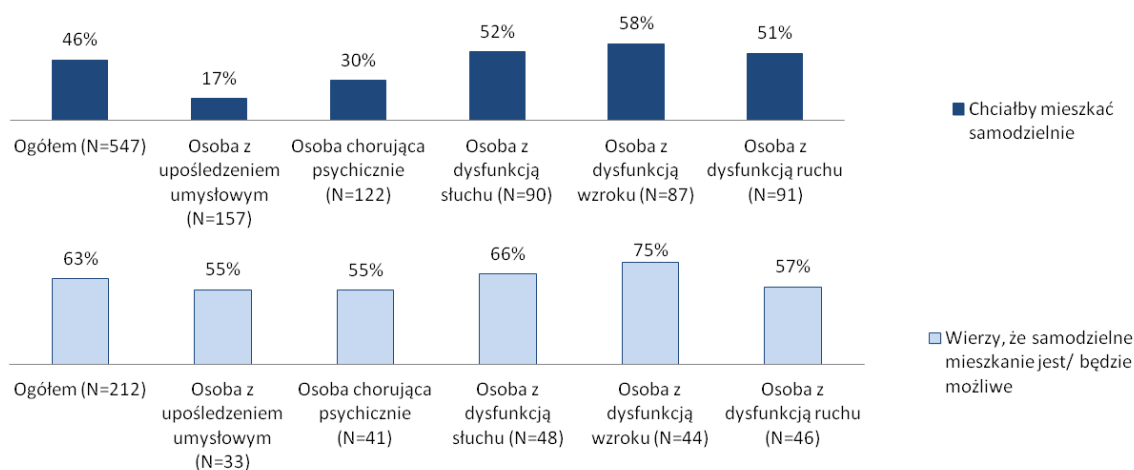
Na niezaradność życiową wskazuje się w co czwartym przypadku (26%). Dla 19% badanych, którzy chcieliby mieszkać samodzielnie a mieszkają z rodzicami (są to wyłącznie osoby z dysfunkcją ruchu – 36% w tej grupie) powodem, dla którego nie będzie to możliwe jest konieczność zapewnienia rodzicom opieki.

W badaniach jakościowych w kontekście **usamodzielniania się dorosłych osób niepełnosprawnych** zwraca się uwagę na trudną sytuację młodych osób niepełnosprawnych od urodzenia, dla których usamodzielnienie się pod względem mieszkaniowym jest bardzo trudne a zarazem staje się z czasem problemem palącym. Z jednej strony są to problemy finansowe – brak środków na własne mieszkanie, brak zdolności kredytowej, z drugiej zaś potrzeba wsparcia asystenckiego, które umożliwiłoby samodzielne życie.

Nie ma czegoś takiego jak danie możliwości, powiedzmy jak w przypadku osób, które są niepełnosprawne od urodzenia. To są osoby, które żyją cały czas z rodziną, z otoczeniem bliskim, to nie zawsze się sprawdza i na dobre wychodzi. W pewnym momencie chciałyby się usamodzielnic. Ani tej rodziny ani tej osoby młodej nie będzie stać aby wziąć kredyt. Nas nigdy na to nie będzie stać tak naprawdę, bo jeśli mamy ograniczenia i renty i tak dalej to nie możemy zarobić odpowiedniej kwoty i nie mamy zdolności kredytowej. Nigdy nie widziałam żeby była jakkolwiek propozycja na przykład w dzielnicach, żeby w jakikolwiek sposób pomóc tym osobom, nie to, że całkowicie zwolnić ich z jakichkolwiek opłat- absolutnie nie. (FGI 3 osoby z niepełnosprawnością ruchową)

63% spośród osób mieszkających z rodzicami lub opiekunami chcących mieszkać samodzielnie wyraża przekonanie, że w przyszłości będzie to możliwe. W kontekście samodzielnego mieszkania częściej optymistycznie w przyszłość patrzą osoby z dysfunkcją wzroku (75%).

Rysunek 59 Odsetek osób, które mieszkają z rodzicami/ opiekunami, a chciałyby mieszkać samodzielnie oraz odsetek osób, które wierzą, że samodzielne mieszkanie jest możliwe



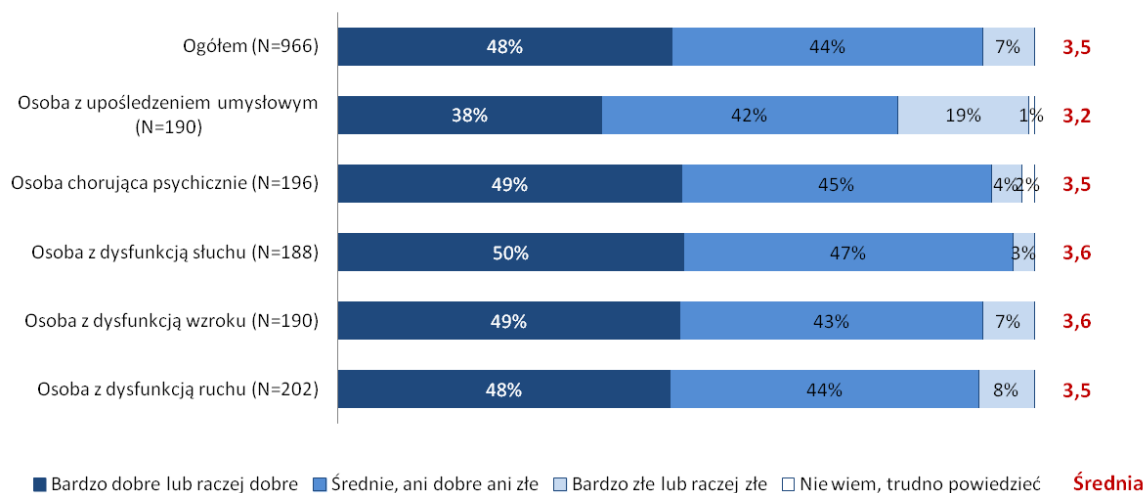
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N_1 = osoby, które mieszkają z rodzicami/opiekunami lub w placówce, N_2 =osoby, które mieszkają z rodzicami/opiekunami lub w placówce, a chciałyby mieszkać samodzielnie

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych nakazuje państwom podjęcie działań na rzecz zwiększenia mobilności osobistej i samodzielności osób niepełnosprawnych przy korzystaniu z przestrzeni publicznej i prywatnej. Jednym z obszarów, w których ON potrzebują wsparcia jest mieszkalnictwo – umożliwienie ON w miarę samodzielnego życia w szczególności poprzez adaptację mieszkań do ich potrzeb oraz poprzez usługi asystenckie.

Objęte badaniem osoby niepełnosprawne są raczej zadowolone z warunków, w których mieszkają – niemal połowa ocenia je jako bardzo dobre lub raczej dobre (48%), zaś kolejne 44% formułuje ocenę neutralną.

Jedynie 7% osób niepełnosprawnych otwarcie ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo złe lub raczej złe. Zdecydowanie częściej są to opiekunowie osób z upośledzeniem umysłowym (19%), a także osoby mieszkające samotnie (13%).

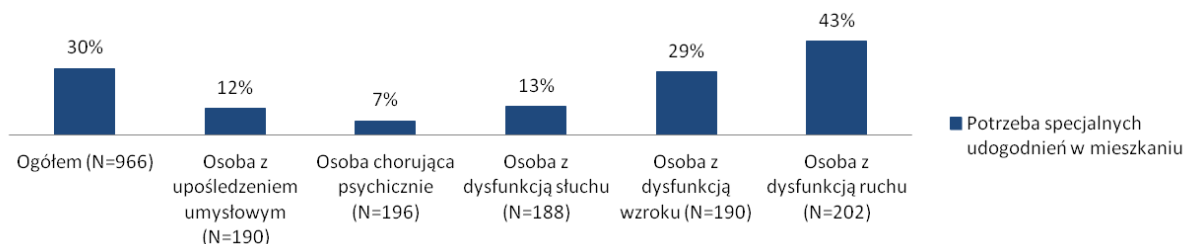
Rysunek 60 Ocena warunków mieszkaniowych według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Skala: [1] Bardzo złe, [5] Bardzo dobre.

Jednak to, że osoby niepełnosprawne w większości dobrze lub neutralnie oceniają swoje warunki mieszkaniowe nie oznacza, że przestrzeń, w której mieszkają jest dostosowana do ich potrzeb wynikających z charakteru ich ograniczeń zdrowotnych. **30% badanych deklaruje, iż w związku ze swoją niepełnosprawnością potrzebują specjalnych udogodnień lub dostosowań mieszkaniowych.** Dotyczy to przede wszystkim osób z dysfunkcją ruchu (43%), a w mniejszym stopniu osób z dysfunkcją wzroku (29%). Dostosowania przestrzeni prywatnej potrzebuje także około 12-13% osób z upośledzeniem umysłowym oraz z dysfunkcją słuchu.

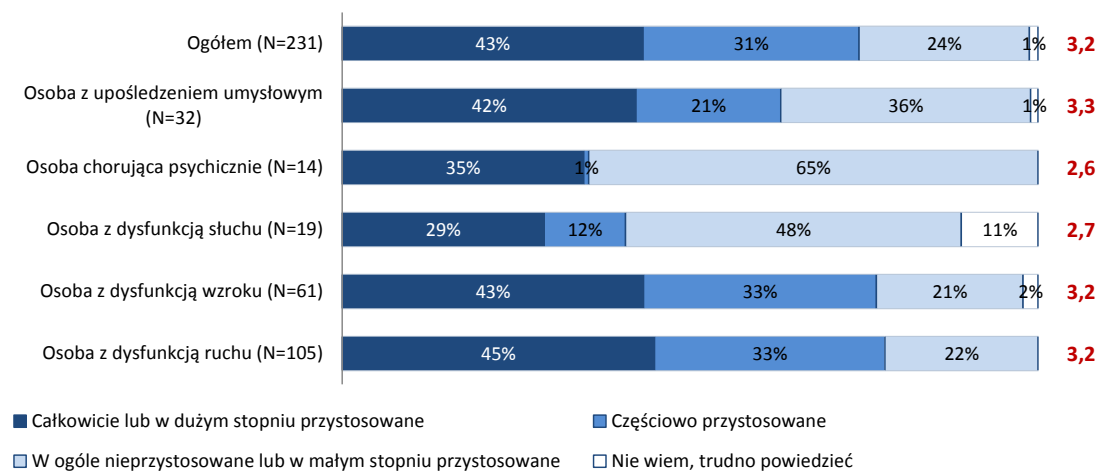
Rysunek 61 Odsetek osób potrzebujących specjalnych dostosowań lub udogodnień mieszkaniowych w związku ze swoją niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Większość osób niepełnosprawnych deklaruje, iż ich przestrzeń życiowa jest przynajmniej częściowo zmieniona pod kątem ich potrzeb, przy tym 43% ocenia, iż przystosowanie to jest całkowite lub w dużym stopniu.

Rysunek 62 Ocena obecnego przystosowania mieszkania do potrzeb podopiecznego według rodzaju niepełnosprawności



Średnia

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Skala: [1] W ogóle nieprzystosowane, [5] Całkowicie przystosowane.

W kwestii niezbędnych dostosowań w mieszkaniach osób niepełnosprawnych wyróżnić należy następujące obszary formułowanych przez badanych w badaniach jakościowych i ilościowych potrzeb:

- Likwidację barier architektonicznych,
- Wyposażenie mieszkania w sprzęt umożliwiający bezpieczne funkcjonowanie w życiu codziennym,
- Zapewnienie przestrzeni własnej, jako środek terapeutyczny.

Zestawienie zapotrzebowania i zaspokojenia potrzeb w obszarze mieszkalnictwa ujawnia istniejące deficyty – brak jest potrzeb, które byłyby zaspokojone w dużym stopniu. Zdecydowana większość spośród postulowanych potrzeb nie jest zaspokojona na satysfakcjonującym poziomie. Ilustruje to analiza ćwiartkowa.

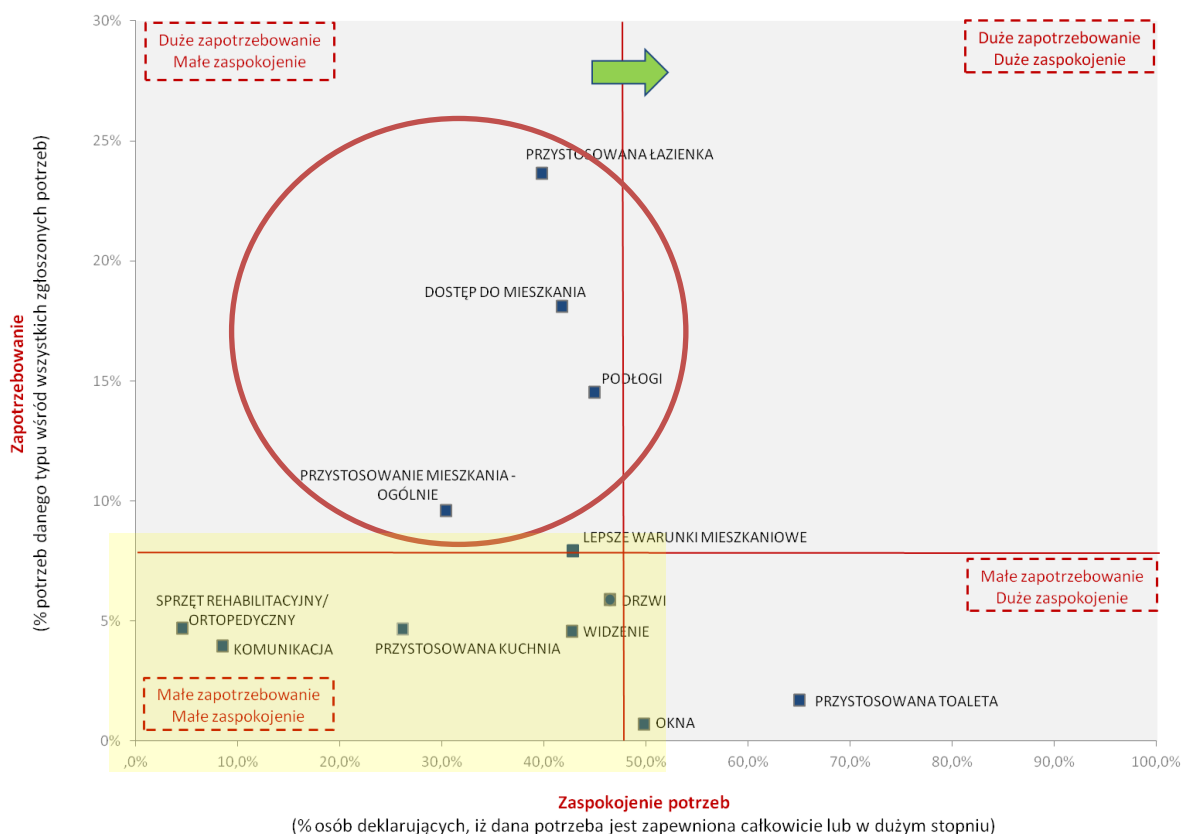
Najważniejsze i najczęściej wskazywane obszary wymagające dostosowania w związku z niepełnosprawnością dotyczą przede wszystkim wspomnianych już w analizie jakościowej obszarów: **przystosowania łazienki (59% badanych**, w tym 74% wśród osób z dysfunkcją ruchu), a w drugiej kolejności **ułatwień w dostępie do mieszkania (42%**, w tym ponad połowa osób z dysfunkcją ruchu), a w trzeciej kolejności dostosowania **podłogi (35% ogółem i 39% wśród osób niepełnosprawnych ruchowo)**. Obszary te charakteryzuje duże zapotrzebowanie oraz małe zaspokojenie (por. Rysunek 63). Szczegółowe informacje o postulatach zgłaszanych w tych obszarach zawiera Tabela 12.

W kontekście przystosowania łazienki badani wskazywali ogólnie na konieczność wykonania zmian i udogodnień w tym pomieszczeniu (32%), dostosowania kabiny prysznicowej (16%) oraz zainstalowania poręczy (13%). Natomiast do potrzebnych ułatwień w dostępie do mieszkania zaliczono wykonanie podjazdu (20%), likwidację schodów lub zmianę mieszkania na położone na parterze (13%) lub montaż windy (12%). W zakresie potrzeb związanych z dostosowaniem podłogi wskazywano głównie likwidację progów (26%) oraz montaż podłóg antypoślizgowych (11%).

Do obszarów potrzeb, dla których zgłaszane zapotrzebowanie kształtuje się na przeciętnym poziomie, przy jednoczesnym relatywnie małym zaspokojeniu zaliczyć należy ogólnie przystosowanie mieszkania (24%, najczęściej wymieniano odpowiednie meble czy instalację poręczy) oraz lepsze warunki mieszkaniowe (19%, w tym najczęściej zamianę mieszkania na większe lub wykonanie jego remontu). W przypadku tej ćwiartki należałoby dążyć do większego zaspokojenia wymienionych potrzeb.

Potrzeby w najmniejszym stopniu zaspokojone, choć również rzadko zgłaszane dotyczą sprzętu rehabilitacyjnego/ ortopedycznego (10%, w tym najczęściej zakupu łóżka ortopedycznego), a także komunikacji (7%, w tym zapewnienia odpowiedniego sprzętu elektronicznego).

Rysunek 63 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze mieszkalnictwa – powszechność występowania a stopień zaspokojenia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=616 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb.

Najczęściej potrzeby zgłaszały osoby z dysfunkcjami ruchu, dlatego też to postulowane przez nich zapotrzebowanie dominuje wśród wskazań. Natomiast osoby z dysfunkcją wzroku zgłaszały także inne potrzeby, specyficzne dla ich rodzaju niepełnosprawności, takie jak większe mieszkanie, wyrównanie podłóg, odpowiednie oświetlenie czy zachowanie większych kontrastów kolorystycznych, a także dostęp do Internetu. W przypadku osób z upośledzenie umysłowym wśród dostosowań częściej, niż w innych grupach wskazywano ogólnie na przystosowanie mieszkania i zakup mebli bez ostrych krawędzi czy elementów.

Tabela 12 Udogodnienia i przystosowania potrzebne w mieszkaniu w związku z niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=231)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=32)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=61)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=105)
PRZYSTOSOWANA ŁAZIENKA	59%	35%	27%	74%
przystosowanie łazienki - ogólnie	32%	27%	10%	40%
kabina prysznicowa/natrysk bezprogowy	16%	6%	9%	21%
poręczce w łazience	13%	1%	6%	16%
podest/schodki do wanny	3%	0%	1%	4%
krzeselko w łazience	2%	0%	1%	2%
DOSTĘP DO MIESZKANIA	42%	32%	14%	55%
podjazd	20%	11%	4%	27%
brak schodów/mieszkanie na niższej kondygnacji/parterze	13%	16%	9%	17%
winda	12%	11%	1%	17%
PODŁOGI	35%	0%	35%	39%
brak progów	26%	0%	26%	29%
podłogi antypoślizgowe	11%	0%	10%	13%
wyrównanie podłóg/panele podłogowe/wykładzina	6%	0%	13%	4%
PRZYSTOSOWANIE MIESZKANIA - OGÓLNI	24%	45%	20%	26%
odpowiednie/niskie meble	9%	3%	1%	13%
poręczce w całym mieszkaniu	6%	3%	3%	7%
przystosowanie mieszkania - ogólnie	5%	25%	3%	5%
meble bez ostrych elementów	4%	24%	6%	3%
zamykane szafki	2%	0%	5%	1%
mieszkanie dostosowane do poruszania się na wózku	2%	14%	1%	2%
LEPSZE WARUNKI MIESZKANIOWE	19%	27%	17%	19%
większe, bardziej przestronne mieszkanie	11%	1%	14%	10%
remont mieszkania	3%	0%	0%	4%
pralka	2%	0%	1%	3%
centralne ogrzewanie/wymiana pieca	2%	0%	2%	2%
DRZWI	15%	1%	5%	18%
szersze drzwi	13%	1%	1%	17%
PRZYSTOSOWANA KUCHNIA	12%	0%	19%	11%
przystosowanie kuchni - ogólnie	4%	0%	1%	5%
kuchenka elektryczna	3%	0%	7%	2%
WIDZENIE	11%	1%	45%	0%
odpowiednie/regulowane oświetlenie	8%	0%	35%	0%
zachowanie kontrastów kolorystycznych	2%	0%	6%	0%
SPRZĘT REHABILITACYJNY/ORTOPEDYCZNY	10%	10%	2%	13%
specjalne łóżko/łóżko ortopedyczne	5%	4%	0%	8%
wózek inwalidzki/ nowoczesny wózek/wózek z pionizatorem	2%	5%	0%	3%
wyciąg/podnośnik	2%	0%	0%	3%
KOMUNIKACJA	7%	0%	14%	2%
darmowy dostęp do internetu i komputera	4%	0%	12%	2%
wideokamera/wideodomofon	2%	0%	1%	0%
budzik dla niesłyszących	2%	0%	0%	0%
specjalny dzwonek - lampka zamiast dźwięku dzwonka/domofonu	2%	0%	0%	0%
PRZYSTOSOWANA TOALETA	5%	0%	2%	7%
OKNA	2%	0%	5%	1%

	Ogółem (N=231)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=32)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=61)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=105)
INNE	6%	0%	5%	5%
samochód/odpowiednio dostosowany samochód	4%	0%	2%	5%
większe wsparcie	2%	0%	2%	1%
NIE WIEM	6%	14%	16%	2%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby, które potrzebują specjalnych dostosowań, udogodnień w mieszkaniu w związku ze swoją niepełnosprawnością. W tabeli pokazano wskazania szczegółowe powyżej 1%. Pominięto osoby chorujące psychicznie oraz osoby z dysfunkcją słuchu ze względu na niską podstawę procentowania (charakter niepełnosprawności nie wymaga dostosować architektonicznych w ogromnej większości przypadków).

Również w badaniach jakościowych z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu oraz wzroku kluczową sprawą były dostosowania architektoniczne.

W przypadku **osób z dysfunkcją wzroku** koncentrują się one wokół takiego urządzenia przestrzeni aby:

- umożliwiała bezkolizyjne przemieszczanie się po mieszkaniu (brak progów),
- wyróżnione w niej zostały wszelkie elementy stanowiące potencjalne zagrożenie,
- i wyraźnie określone punkty orientacyjne i ciągi komunikacyjne.

W związku z tym przestrzeń mieszkania lub domu osoby słabowidzącej lub niewidomej powinna być: jasna i przestronna, urządzone w kontrastowych barwach tak, aby wyraźnie wyróżnić kolorystycznie meble, drzwi, elementy ruchome wyposażenia, ciągi komunikacyjne. Niezwykle istotne jest zachowanie porządku – odkładanie rzeczy na z góry ustalone miejsca, nie wprowadzanie nieoczekiwanych zmian wyposażenia i ustawienia mebli.

Myślę, że też dużo pomagają różne kontrasty. Jakies jaśniejsze albo ciemniejsze meble na jaśniejszej ścianie. Proste, ale dużo znaczące udogodnienia, że można zobaczyć w dotyku jakieś naczynia, czy coś. (...) gdy ktoś coś przestawi, to ja na to wpadnę i jest źle. Dlatego nikt z osób niewidomych nie lubi jeśli coś się przestawi i o tym nie powie, albo coś zmieni i o tym nie uprzedzi. To jest takie trudne. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Istotne jest stosowanie udźwiękowionych elementów wyposażenia i AGD, które będą sygnalizowały zakończenie pracy, osiągnięcie odpowiednich temperatur itp., co znacząco ułatwi osobie słabowidzącej wykonywanie codziennych obowiązków.

Są potrzebne. Udźwiękowane przede wszystkim rzeczy. Udźwiękowane płyty kuchenne, udźwiękowane piekarniki. Osoba, która żyje od zawsze tak jak ja nie ma z tym problemu, natomiast osoby, które tracą wzrok mają problem żeby się poruszać. Ja jestem w stanie zrobić w kuchni wszystko- upiec, ugotować wszystko. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

W przypadku **dysfunkcji ruchu** część dostosowań zwiększających komfort przemieszczania się po mieszkaniu jest podobna. Konieczne jest dodatkowo zapewnienie **odpowiedniej szerokości drzwi wejściowych** i wewnętrznych (ewentualnie również na taras/ balkon), a także likwidacja progów, tak by możliwe było **swobodne przemieszczanie** się o kulach, z chodzikiem lub na wózku.

Niezbędne jest również zapewnienie **możliwości dostania się do mieszkania**, poprzez przygotowanie podjazdu, zamontowanie platformy lub windy. Przeszkody w postaci kilku stopni mogą być wystarczającym ograniczeniem by osoba z niepełnosprawnością ruchu nie mogła samodzielnie opuścić mieszkania.

Bardzo ważne jest **dostosowanie łazienki** tak, by umożliwić samodzielne wykonywanie czynności higienicznych lub ułatwić obsługę osoby, która wymaga w tym zakresie asysty. W przypadku osób samodzielnych potrzeba do tego usunięcia wanny i zastąpienia jej prysznicem pod który można wjechać na wózku, dostosowania toalety, takiego umieszczenia lustra i umywalki, aby ich wysokość była dostosowana do wielkości wózka. W przypadku



osób mało samodzielnych w łazienkach potrzebne są specjalne podnośniki sufitowe, które pozwalają na przemieszczenie podopiecznego w określone miejsca, np. do wanny, na toaletę.

Z „likwidacji barier architektonicznych” to robiliśmy łazienkę - dostosowaliśmy wannę, mniejszą, umywalkę dostosowaliśmy, że podjeżdżam żyrafką to mógł się próbować myć, czy patrzeć do lusterka jak się myje zęby. Później miał poręczę w łazience, tak toaleta była trochę dostosowana do niego i toaleta była dla niego obniżana. (IDI 17 niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Dla umożliwienia pełnego uczestnictwa niepełnosprawnego domownika w życiu domowym **optymalnie byłoby dostosować także wyposażeni kuchni** do jego potrzeb – mowa o wysokości blatów i zapewnieniu odpowiedniej przestrzeni by można do nich podjechać wózkiem, umieszczeniu szafek na wysokości umożliwiającej korzystanie z ich zawartości możliwość dostępu. Często nie udaje się tego w pełni zapewnić.

W przypadku uczniów ważne jest również **dostosowanie wyposażenia pokoju**, w tym zapewnienie *dziecku* odpowiedniego biurka, przy którym może pracować, łóżka, na którym może się samodzielnie położyć itp.

W przypadku osób o bardzo ograniczonej możliwości samodzielnego poruszania się konieczny jest także **zakup specjalnego dźwigu (podnośnika)** umożliwiającego przesiadanie się z łóżka na wózek, do wanny, na toaletę, a także specjalistycznego **łóżka rehabilitacyjnego**, które pozwala zwiększyć komfort chorego w codziennym funkcjonowaniu – służy nie tylko do spania lecz do przebywania w ciągu dnia, pracy, rehabilitacji.

Dysfunkcja słuchu również generuje zapotrzebowanie na **specjalne wyposażenie mieszkania**. Są to urządzenia sygnalizujące zmiany i alerty wizualnie (dzwonek ze sygnałem świetlnym), i za pomocą wibracji (zegarek sygnalizacyjny), oraz urządzenia do komunikacji zdalnej – wideo-domofon.

Każdy głuchy potrzebuje światła migającego z domofonu. Bo to musi. Jak jest sygnał to wiem że ktoś przyszedł albo ktoś to z mojej rodziny. Gdy tego sprzętu nie zamontowano to nic nie wiem czy ktoś przyszedł czy to moja rodzina. (IDI 6 niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Głusi borykają się z problemem dewastacji takich urządzeń – np. wideo-domofonu (w części wspólnej budynku), co bardzo utrudnia im codzienne funkcjonowanie i zmniejsza poczucie bezpieczeństwa i komfortu.

Tak wideo-domofon jest wspaniałą sprawą ale jak jakiś cham zniszczy kamerę? (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Koszty ewentualnych napraw lub reinstalacji (w przypadku przeprowadzki), rodziny muszą ponosić we własnym zakresie, co jest bywa wydatkiem przekraczających ich możliwości finansowe.

Ja jak się wyprowadzałam miałam problem musiałam zdemontować wideo domofon mój mąż denerwował się że musi go zdemontować, poszedł zapytać do Urzędu, powiedzieli mu że musimy go mieć tam gdzie mieszkamy, przewód zostawiliśmy nie zabraliśmy. W PFRON powiedzieli że to już jest we własnym zakresie. Raz dają dofinansowanie i na tym koniec, drugi raz nie ma. Mam ten sprzęt wideo domofon ale leży w szufladzie. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Niepełnosprawność intelektualna oraz **choroba psychiczna** to stany, które również stwarzają pewne szczególne potrzeby mieszkaniowe, chodzi jednak nie tyle o dostosowania architektoniczne, co raczej **zapewnieni własnej, bezpiecznej przestrzeni**.

W przypadku **zaburzeń psychicznych** rolą tej przestrzeni jest **stworzenie azylu**, w których chory może się wyciszyć i odreagować narastające napięcie. Czasem potrzebne są szczególnego rodzaju elementy wyposażenia, wykorzystanie preferowanej kolorystyki itp. – w zależności od specyfiki stanu i preferencji osoby niepełnosprawnej.

No tak, tak. On w ogóle lubi ciszę, nie lubi jak jest dużo osób w pokoju. Ma swój pokój, powinien mieć swój pokój i pokój też powinien być odpowiednio wyposażony, czyli nie taki czysty w tym sensie, że mało rzeczy, przedmiotów. No w małym mieszkaniu też to nie jest takie możliwe, bo musi gdzieś stać szafa. Co on powiedział, że większe mieszkanie, to na niego dobrze wpływa, jak jesteśmy u rodziny gdzie jest na przykład dom, to on... Tego nie słychać. To znaczy on sobie gdzieś idzie do pokoju, na przykład na górę, na piętro i widać, że on mniej nerwowy. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

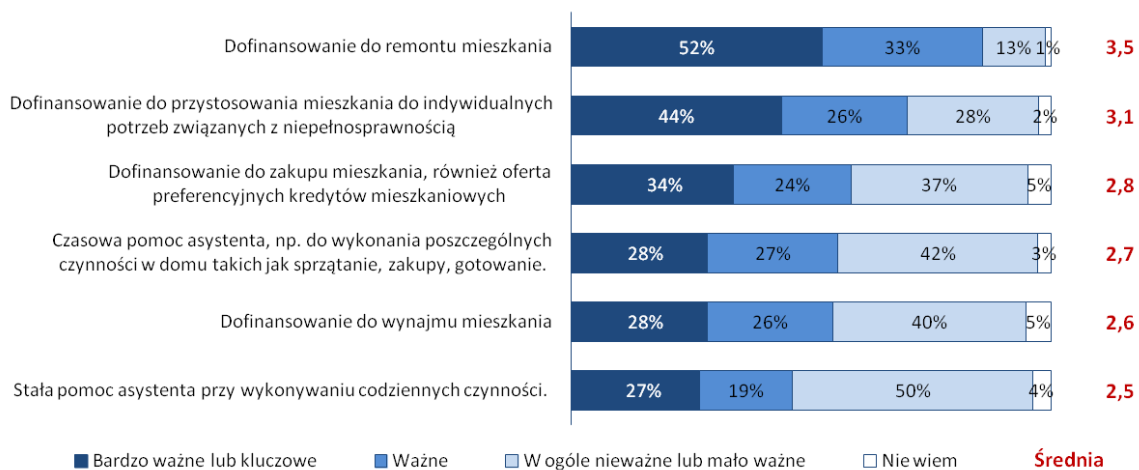
Dla osób z **upośledzeniem umysłowym** własna przestrzeń także ma duże znaczenie. Istotne jest zapewnienie możliwości odizolowania się od bodźców zakłócających (np. hałas), zwłaszcza w przypadku osób nadwrażliwych na bodźce, i stworzenie sfery, w której jej użytkownik będzie mógł bez przeszkód zająć się realizacją swoich zainteresowań. Liczy się również zapewnienie prywatności – minimalizowanie ingerencji w porządek, ustawienie sprzętów itp..

Bo jak jest ich więcej, a te osoby pozostałe na przykład nie przeszkadza ten hałas, Krzysztofowi bardzo przeszkadza, on ma zresztą taką nadwrażliwość słuchową, to w momencie, kiedy wszyscy chcą słuchać radia to on wychodzi, znaczy muzyki, powiedzmy płyt, bo radia to on sobie słucha non stop, ale po cichutku. To wszystko jest takie bardzo stłumione, a ponieważ ściana jest między pokojem dziennym, a jego pokojem jest z takiej słomy, on to wszystko słyszy, jak w tubie, w związku z tym on zawsze narzeka ciszej, ciszej, upomina nas, żeby nie było głośno. (IDI 20 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto i wieś)

Sama sobie sprzątam w pokoju, bo nie lubię jak ktoś mi przekłada moje rzeczy, albo przestawia mi radio na inną falę. (IDI 19 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 36-45 lat, kobieta, duże miasto)

W kontekście pomocy w obszarze mieszkalnictwa osoby niepełnosprawne najczęściej za ważne uważają wsparcie polegające na dofinansowaniu działań zmierzających do lepszego dopasowania przestrzeni życiowej do ich potrzeb. Wśród dostępnych rodzajów wsparcia jako najważniejsza wskazana została pomoc polegająca na dofinansowaniu do remontu mieszkania – przez 52% badanych uznana za kluczową lub bardzo ważną. Więcej, niż co trzeci badany do najważniejszych zaliczył dofinansowanie do zakupu mieszkania (34%), zaś 44% badanych za takowe uznał dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością.

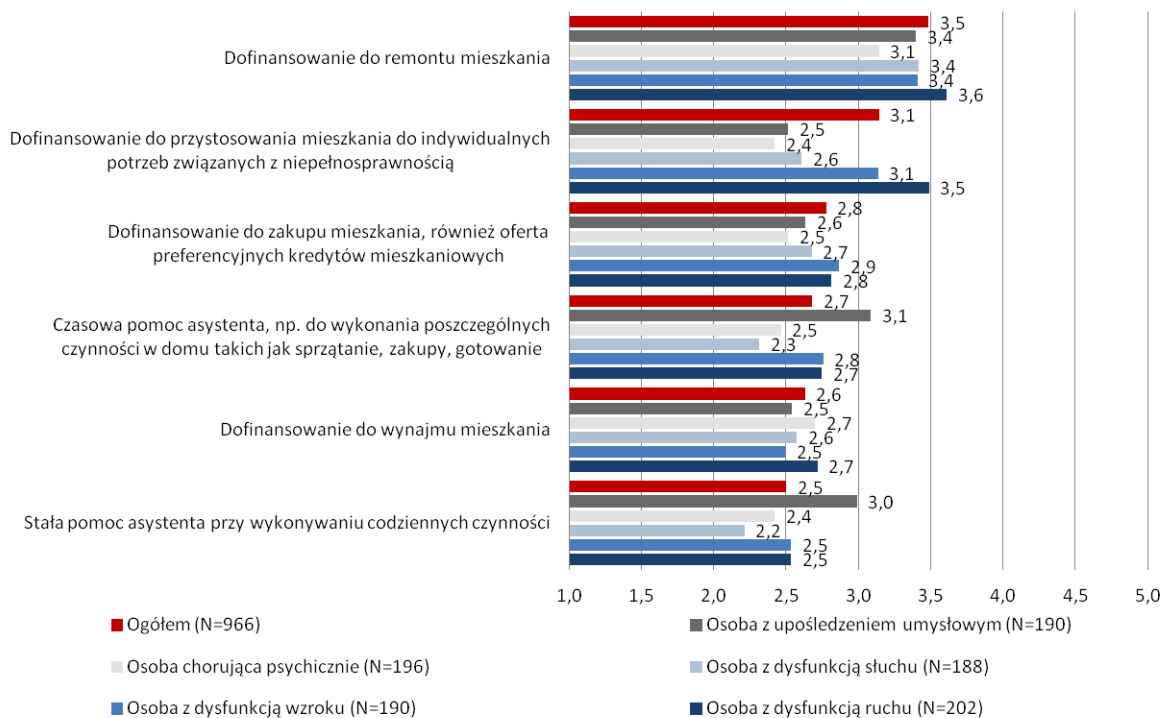
Rysunek 64 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie sytuacji mieszkaniowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=966. Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Obok dofinansowania mieszkania, we wszystkich grupach uznawanego za najbardziej kluczowy rodzaj wsparcia, osoby z dysfunkcjami wzroku i ruchu wśród bardzo ważnych form pomocy wskazały, zgodnie z deklarowanym wcześniej zapotrzebowaniem, na dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością. Z kolei **w przypadku grupy osób z upośledzeniem umysłowym specyficznym wysoko cenionym wsparciem w obszarze mieszkalnictwa jest zapewnienie czasowej lub stałej pomocy asystenta.**

Rysunek 65 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie mieszkalnictwa pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Badania jakościowe rzucają nieco światła na powody, dla których wsparcie polegające na dofinansowaniu jest szczególnie istotne. W zakresie dostosowań architektonicznych **rodziny są często sygnalizują, że czują się pozostawione same sobie** – nie znają procedur postępowania by uzyskać dofinansowania, nie radzą sobie z nimi, nie uzyskują dofinansowania oczekiwania na środki trwa zbyt długo w stosunku do potrzeb.

Ja jako osoba mieszkająca w bloku, tak jak ten wypadek miałem 5 lat temu. Pięć stopni do windy, bo na 6 piętrze mieszkamy i pięć stopni i jest winda na szóstym, ale te pięć stopni trzeba to pokonać. Taką mi platformę zrobili, taką rozkładaną. W żaden sposób sam bym sobie w życiu nie poradził, ktoś musiał mnie co dzień wpychać. Ale tutaj kto co komu pomoże, całe szczęście że sam sobie jakoś poradziłem, trochę kredytu, trochę tego. Mieszkanie zmieniłem i mam z poziomu. Ale kto mi pomoże? Nikt, żaden PFRON, nikt. Można umrzeć prędzej niż ktokolwiek komuś na dzień dobry pomoże. W ten sposób tylko. (FGI 3 osoby z niepełnosprawnością ruchową)

Poruszanie się po domu, ja mieszkam w domku, musieliśmy troszeczkę po ogarniać, zrobić podjazd sami. Długo walczyliśmy jeśli chodzi o przystosowanie łazienki. (IDI 11, niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Nasze mieszkanie dostosowujemy sobie sami, bo PCPR zwleka z dofinansowaniem. Jeżeli wszystko, co sobie zaplanowałam się uda, to latem chciałabym dostosować łazienkę do potrzeb Ewy. Mieszkamy na parterze, także nie jest źle. Ewa sama wyjeżdża z domu. (...) Ewa ma trochę pieniędzy na subkoncie, ale część przeznaczymy na rehabilitację. Jeżeli uda się zorganizować i starczy nam pieniędzy z subkonta, to zrobimy remont tej łazienki. A jeżeli nie, to znowu będziemy musieli odkładać, żeby to ogarnąć. (IDI 9, niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Zdarza się, że pozyskanie środków na dostosowania jest utrudnione przez wymogi formalne – np. na dostosowanie łazienki w DPS można je pozyskać tylko w wypadku, gdy jest to łazienka wyłącznie do użytku osoby na którą uzyskuje się środki. W wielu obiektach nie jest to możliwe, ponieważ budynek, w którym mieści

się placówka nie dysponuje odpowiednią ilością sanitariatów, aby jedno z nich przeznaczyć do użytku tylko jednej osoby.

Na przykład nie jesteśmy w stanie wyremontować łazienki, bo łazienkę mamy wspólną. I potknęłam się o Otwocki oddział PFRON-u, bo tam było na dostosowanie warunków życia dla osoby niepełnosprawnej, i nawet wszystko fajnie, ok., ale jak pani się dowiedziała, że łazienka nie jest tylko i wyłącznie jego... Bo łazienka musi być tylko jego. Bo projekt jest, dofinansowanie jest na konkretną osobę. A ta osoba nie ma, znaczy każda osoba nie ma swojej prywatnej łazienki, byłoby to zresztą niebezpieczne dla nich, gdyby oni przy pokojach mieli swoje łazienki. (IDI 20 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto i wieś)

Dane jakościowe wskazują także, że **wiedza na temat preferencyjnych kredytów i dofinansowań do wynajmu mieszkań dla osób niepełnosprawnych nie jest rozpowszechniona**, nawet wśród osób działających aktywnie na rzecz swoich środowisk, mieszkających w Warszawie. Wydaje się zatem szczególnie **ważne by docierać z tą informacją w sposób bardziej skuteczny**.

W badaniu jakościowym poruszono również temat odchodzenia opiekunów i niepokoju jakie wzbudza w nich myślenie o dalszych losach podopiecznych.

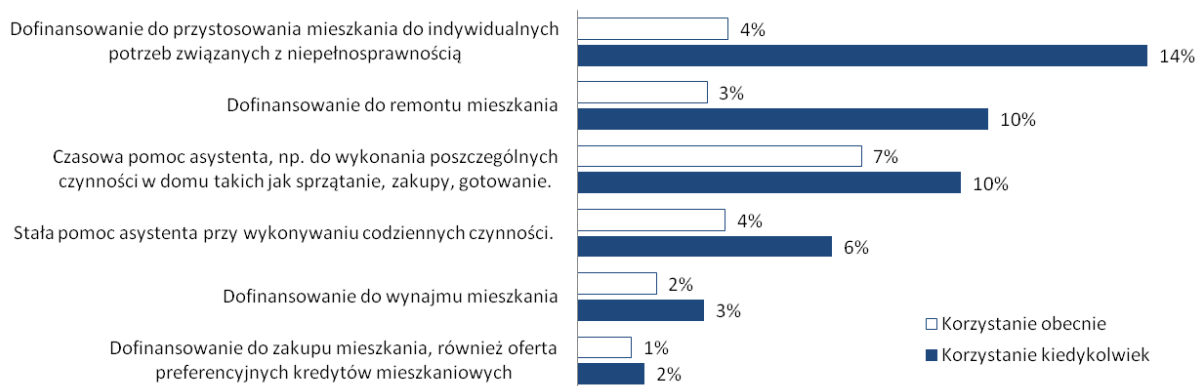
Niezależnie wszelkich oporów rodzin w kwestii usamodzielniania się ich niepełnosprawnych bliskich zasadniczą trudność stanowi także **deficyt rozwiązań takich jak mieszkania chronione i treningowe**, które mogłyby stanowić pole uczenia się obu stron tej samodzielności – stwarzać możliwość samym niepełnosprawnym, jak i uczyć rodziny, że ich podopiecznych stać na znacznie więcej niezależności niż często jest to brane pod uwagę. Tematyka dotyczy w dużej mierze sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, ale można mieć zastosowanie także w przypadku innych niepełnosprawności. Mówi się o **potrzebie osvajania zarówno rodzin jak i samych niepełnosprawnych ze stopniową rozłąką** – dla dobra obu stron.

Tworzenie takich placówek, do których byśmy ich przyzwyczajali, tak jak to mieszkanie na Chorzew. Są rodzice i oni sobie na sobotę i niedzielę, proszę bardzo jak masz chęć, to tak jak twój zdrowy brat, czy siostra idziesz sobie odwiedzić rodziców, albo rodzica zapraszasz. W ten sposób. Nie jak już jesteśmy niedołążni, niesprawni, odchodzimy wtedy OPS, gdzieś, jak to się we wojsku mówiło, dwa łokcie na mapie i z Warszawy jesteśmy gdzieś tam w Stargardzie, czy gdzieś pod Szczecinem w domu pomocy, tam gdzie jest miejsce. Nie wiemy co, żebyśmy widzieli, że on za naszego życia jeszcze, że on może godnie żyć i się z tego cieszyć. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Uważa się, że pomoże to rodzinom akceptować sytuację w której będą musiały w pewnym momencie przekazać opiekę nad bliskim innym, a samym niepełnosprawnym nauczyć się funkcjonowania w innych niż domowe warunkach i rozwijanie większej samodzielności i niezależności w życiu codziennym.

Wykorzystanie form wsparcia w zakresie sytuacji mieszkaniowej pozostaje na niskim poziomie. Najczęściej wykorzystywanym rodzajem pomocy w ogóle było dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych niepełnosprawności (14%), a w drugiej kolejności dofinansowanie do remontu mieszkania (10%), oraz czasowa pomoc asystenta (10%). To ten ostatni rodzaj wsparcia jest obecnie najczęściej wykorzystywany (7%), głównie w grupie osób z upośledzeniem umysłowym (15%).

Rysunek 66 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie sytuacji mieszkaniowej dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=966.*

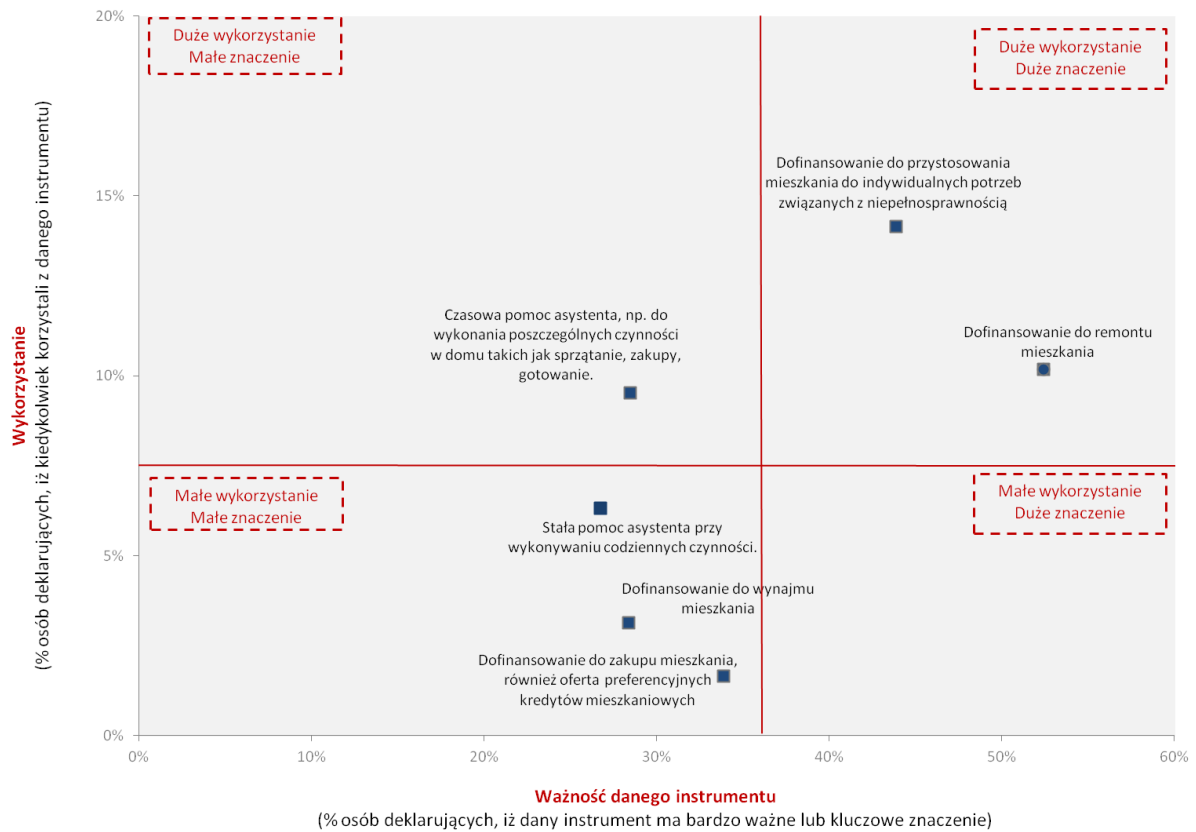
W celu dokonania oceny, na ile kierowane do osób niepełnosprawnych wsparcie w zakresie sytuacji mieszkaniowej jest trafne oraz jakie typy wsparcia są zbyt mało dostępne w stosunku do zapotrzebowania zestawiono ze sobą ocenę ważności instrumentów oraz ich wykorzystanie (odsetek kiedykolwiek korzystających z danego typu wsparcia). Należy jednak podkreślić, że na podstawie tych analiz możemy wypowiadać się jedynie na temat prawidłowego ukierunkowania wsparcia, a nie na temat zaspokojenia zapotrzebowania – to, że osoba niepełnosprawna deklaruje iż kiedykolwiek ze wsparcia korzystała nie znaczy, że korzystała z niego w stopniu zaspokajającym jej potrzeby.

Cenną rzeczą jest, że ćwiartka instrumentów o małym wykorzystaniu, lecz dużym znaczeniu jest pusta – oznacza to, iż obecnie nie ma elementów, które powinny być wykorzystywane w większym stopniu z uwagi na swoją dużą wagę.

Dwa najważniejsze rodzaje wsparcia są jednocześnie najczęściej wykorzystywanymi, dlatego znalazły się one **w ćwiartce dużego wykorzystania i dużego znaczenia – są to instrumenty, które warto podtrzymywać, ponieważ odpowiadają one także na zgłaszane przez osoby niepełnosprawne potrzeby.** Chodzi tutaj o narzędzia służące bezpośrednio poprawie warunków mieszkaniowych: dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością, a także o dofinansowanie do remontu mieszkania.

Warto także skomentować fakt, iż czasowa pomoc asystenta np. do wykonania poszczególnych czynności w domu znalazła się w ćwiartce dużego wykorzystania i małego znaczenia. Jest to wbrew pozorom forma bardzo istotna, lecz jedynie dla konkretnej grupy – osób z upośledzeniem umysłowym. Jednak ze względu na małą liczebność tej grupy w stosunku do dominującej niepełnosprawności ruchowej, ta ważna forma pomocy znalazła się w ćwiartce mniejszego znaczenia. Dlatego warto zadbać, aby taka pomoc była zindywidualizowana do potrzeb konkretnych beneficjentów i trafiała do tej konkretnej grupy.

Rysunek 67 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w sytuacji mieszkaniowej



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=966.

Tabela 13 zawiera podsumowanie pożądanego wsparcia w zakresie mieszkalnictwa – zarówno w kontekście powszechnych potrzeb i instrumentów wsparcia, jak i w zakresie specyfiki poszczególnych grup osób niepełnosprawnych.

Wsparcie w zakresie mieszkalnictwa i dostosowania przestrzeni życiowej do potrzeb związanych z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową – to potrzeby tej grupy niepełnosprawnych dominują wśród wskazań. Grupa ta zgłaszała najwięcej potrzeb różnego rodzaju. W drugiej kolejności potrzeby dostosowań zgłaszają także osoby z dysfunkcjami wzroku.

Jednak z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji.

Tabela 13 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie mieszkalnictwa – podsumowanie

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> Możliwość samodzielnego zamieszkania, uniezależnienia się od rodziny, także działania informacyjne w tym zakresie Przystosowana łazienka (ogólnie) 		
KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do zakupu mieszkania Deficyt rozwiązań takich, jak: mieszkania chronione i treningowe Zabezpieczenie losu niesamodzielných osób niepełnosprawnych (szczególnie akcentowane przez opiekunów ONI) w przypadku choroby lub śmierci ich opiekunów 		
WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Przystosowanie mieszkania do specyficznych potrzeb ON:</p> <ul style="list-style-type: none"> np.: meble bez ostrych elementów, wyściółka ścian, specjalne sprzęty domowego użytku itd. Przystosowanie mieszkania dla osoby z niepełnosprawnością umysłową ogólnie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Czasowa pomoc asystenta, np. do wykonania poszczególnych czynności Stała pomoc asystenta przy wykonywaniu codziennych czynności
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Lepsze warunki mieszkaniowe, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Większe, bardziej przestronne mieszkanie Dostęp mediów, ciepłej wody itd.
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do wynajmu mieszkania
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Odpowiednie/ regulowane oświetlenie, zachowanie kontrastów kolorystycznych</p> <p>Przystosowanie podłogi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brak progów, podłogi antypoślizgowe, wyrównanie podłóg <p>Przystosowana łazienka, w tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kabina prysznicowa/ natrysk bezprogowy Poręcze w łazience <p>Przystosowanie mieszkania do specyficznych potrzeb ON - ogólnie</p> <p>Przystosowana kuchnia do specyficznych potrzeb ON – ogólnie</p> <p>np.: płyta indukcyjna, udźwiękowione elementy wyposażenia i AGD, które będą sygnalizowały zakończenie pracy, osiągnięcie odpowiednich temperatur itp.</p> <p>Lepsze warunki mieszkaniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> Większe, bardziej przestronne mieszkanie <p>Komunikacja</p> <ul style="list-style-type: none"> Darmowy dostęp do internetu i komputera
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością Dofinansowanie do zakupu mieszkania Czasowa pomoc asystenta
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Komunikacja</p> <ul style="list-style-type: none"> Wideokamera/ wideo domofon

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budzik dla niesłyszących ▪ Specjalny dzwonek – lampka ▪ Inne urządzenia pomagające w komunikacji
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do remontu mieszkania ▪ Dofinansowanie do zakupu mieszkania
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Przystosowana łazienka, w tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kabina prysznicowa/ natrysk bezprogowy ▪ Poręcze w łazience ▪ Przystosowana toaleta <p>Dostęp do mieszkania</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podjazd ▪ Brak schodów/ mieszkanie na niższej kondygnacji lub parterze ▪ Winda/ platforma <p>Przystosowanie podłogi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brak progów, podłogi antypoślizgowe, wyrównanie podłóg <p>Przystosowanie mieszkania - ogólnie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie/ niskie meble ▪ Poręcze w całym mieszkaniu <p>Lepsze warunki mieszkaniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Większe, bardziej przestronne mieszkanie ▪ Lepsze warunki mieszkaniowe <p>Szersze drzwi</p> <p>Przystosowana kuchnia – ogólnie</p> <p>Sprzęt rehabilitacyjny – ortopedyczny ułatwiający/umożliwiający funkcjonowanie</p>
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do remontu mieszkania ▪ Dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością ▪ Dofinansowanie do zakupu mieszkania ▪ Czasowa pomoc asystenta ▪ Dofinansowanie do wynajmu mieszkania

Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej. Kolorem czerwonym zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu.*

6.4 Rehabilitacja fizyczna

Konwencja ONZ zaleca podejmowanie działań w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, umysłowych, społecznych i zawodowych oraz pełnego włączenia i udziału we wszystkich aspektach życia. Jedną z pierwszych i najważniejszych potrzeb jest utrzymanie sprawności fizycznej, warunkującej samodzielność i niezależność jednostki. Dla realizacji tej potrzeby w przypadku osób z ograniczeniami sprawności niezbędna jest rehabilitacja zdrowotna.

Poprzez rehabilitację rozumie się tutaj **pomoc w niwelowaniu barier fizycznych ciała, polegającą na udzieleniu wsparcia w procesie rehabilitacji dla podniesienia i/lub utrzymania sprawności fizycznej.**

Na podstawie wcześniejszych badań można wnioskować, że **dostęp do rehabilitacji zdrowotnej jest problematyczny**. W badaniu „Włączający system edukacji i rynku pracy – rekomendacje dla polityki publicznej” ograniczenia w dostępie do rehabilitacji uznano za barierę dla skutecznej aktywizacji (Sochańska i in. 2015). Jako uzasadnienie wskazano zbyt małą liczbę przysługujących zabiegów oraz długi czas oczekiwania na rehabilitację w państwowej służbie zdrowia. Jak piszą autorzy badania *zbyt rzadko lub zbyt krótko prowadzona rehabilitacja obniża sprawność, a tym samym możliwość podjęcia pracy*³². Problem dostępu do diagnozy i rehabilitacji jest również sygnalizowany przez rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (*Badanie potrzeb i satysfakcji z wybranych usług skierowanych do rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością w wieku 8-16 lat, 2015*).

Drugim ze zidentyfikowanych we wspomnianym badaniu problemów jest **ograniczony dostęp do protezy dla osób niepełnosprawnych ruchowo**. Według opinii osób niepełnosprawnych dobrej jakości protezy są bardzo kosztowne, często poza zasięgiem, natomiast kwoty dofinansowania z PFRON możliwe do uzyskania na ten cel są niewspółmiernie niskie, nie dając szansy na dobry sprzęt.

Wyniki obecnego badania potwierdzają powyższe ustalenia. **Dostęp do rehabilitacji i dodatkowych usług z nią związanych ponad połowa badanych uznała za kluczowy lub bardzo ważny**. 54% ogółu badanych uznało, że udział w zajęciach rehabilitacyjnych jest dla nich istotny. Jednocześnie **zajęcia rehabilitacyjne są jedną z nielicznych form wsparcia, z którą kontakt miała większość osób niepełnosprawnych**. Aż 67% zadeklarowało, iż w przeszłości korzystało z takiej pomocy, zaś 27% obecnie jest nią objętych. W podobnym stopniu istotne są również dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznej – uznane za ważne przez połowę badanych. W przeszłości korzystało z tego wsparcia niewiele mniej, bo 45% osób, zaś obecnie otrzymuje je 27% respondentów.

Te dwa typy wsparcia są **szczególnie istotne dla osób z dysfunkcją ruchu**, a także dla osób z upośledzeniem umysłowym. Jak omówiono szczegółowo w dalszej części rozdziału, charakter ich niepełnosprawności wymaga **regularnych i intensywnych działań rehabilitacyjnych i usprawniających**, stąd zarówno wyższy odsetek badanych deklarujących dużą wagę takiej pomocy, jak i bardzo wysoki w porównaniu z innymi grupami odsetek osób wykorzystujących kiedykolwiek i obecnie te formy. Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową ponad 60% uznało te formy pomocy za bardzo ważne lub kluczowe. Z rehabilitacji w ogóle korzystało ponad 80%, a co trzecia osoba w tej grupie obecnie otrzymuje takie wsparcie. Dodatkowe usługi medyczne/lecznicze w przeszłości wykorzystywało nieco ponad 60% osób z dysfunkcją ruchu i 23% obecnie.

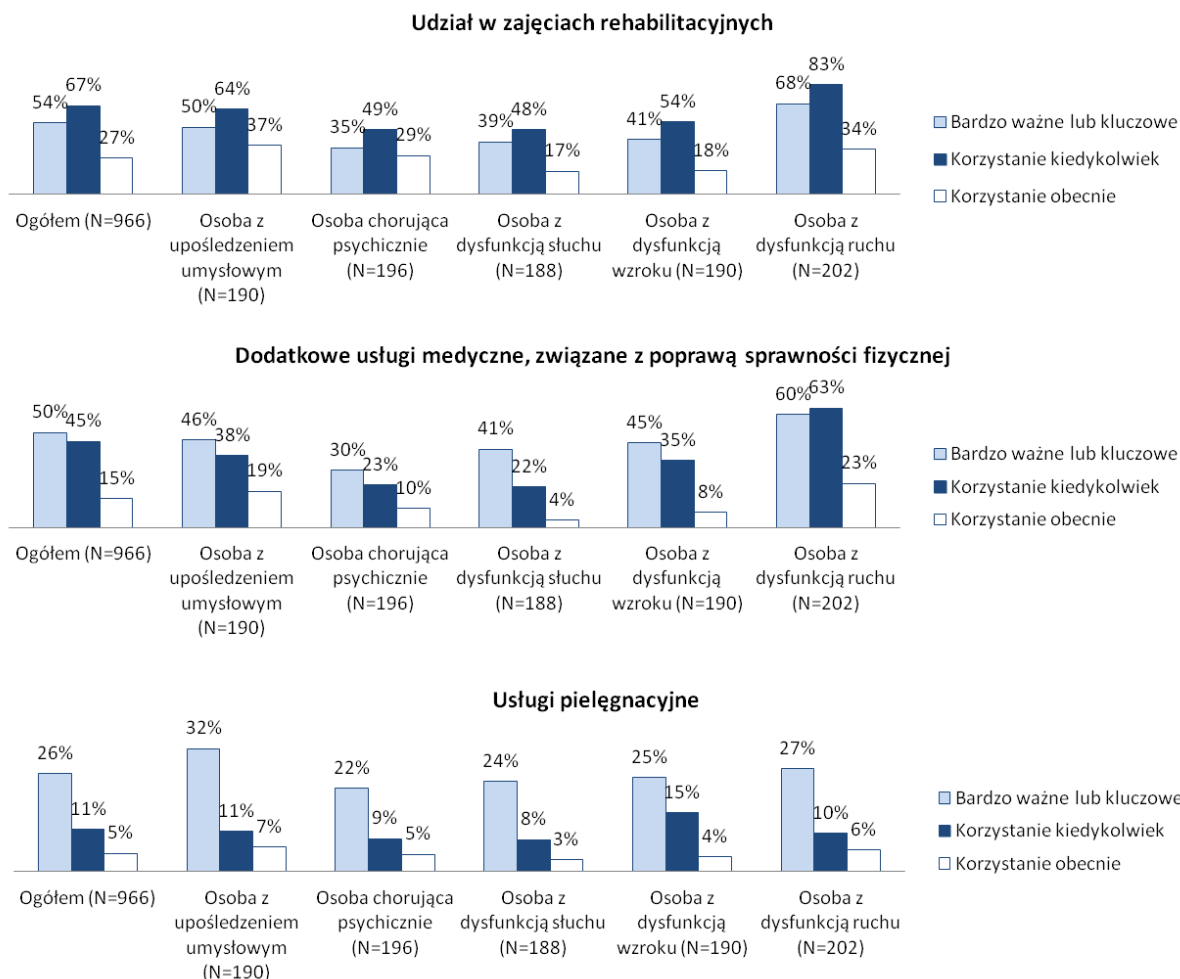
Drugą z grup, dla których rehabilitacja jest szczególnie ważna są **osoby z upośledzeniem umysłowym**. Wśród ich opiekunów aż 50% za ważny lub kluczowy uważa udział w zajęciach rehabilitacyjnych, zaś 46% - dodatkowe usługi medyczne. Wykorzystanie tej oferty w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie jest niższe, niż w przypadku dysfunkcji ruchu, ale nadal wyraźnie wyższe, niż w pozostałych grupach.

Wsparcie w obszarze rehabilitacji jest bardziej istotne dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Na tym tle **usługi pielęgnacyjne** są mniej istotnym wsparciem – uznanym za kluczowe przez co czwartego badanego, wykorzystywanym w przeszłości przez co dziesiątego, a obecnie przez co dwudziestego. Wsparcie to wydaje się **ważniejsze w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym** (32% uznało je za kluczowe lub bardzo ważne). Natomiast pod względem przeszłego i obecnego wykorzystania grupy nie różnią się istotnie. Wyjątkiem są osoby z dysfunkcją wzroku, wśród których nieco wyższy jest odsetek deklarujących, iż zdarzyło im się korzystać z tej formy pomocy.

³² Sochańska i in., 2015, s. 48

Rysunek 68 Ocena usług wsparcia w zakresie rehabilitacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

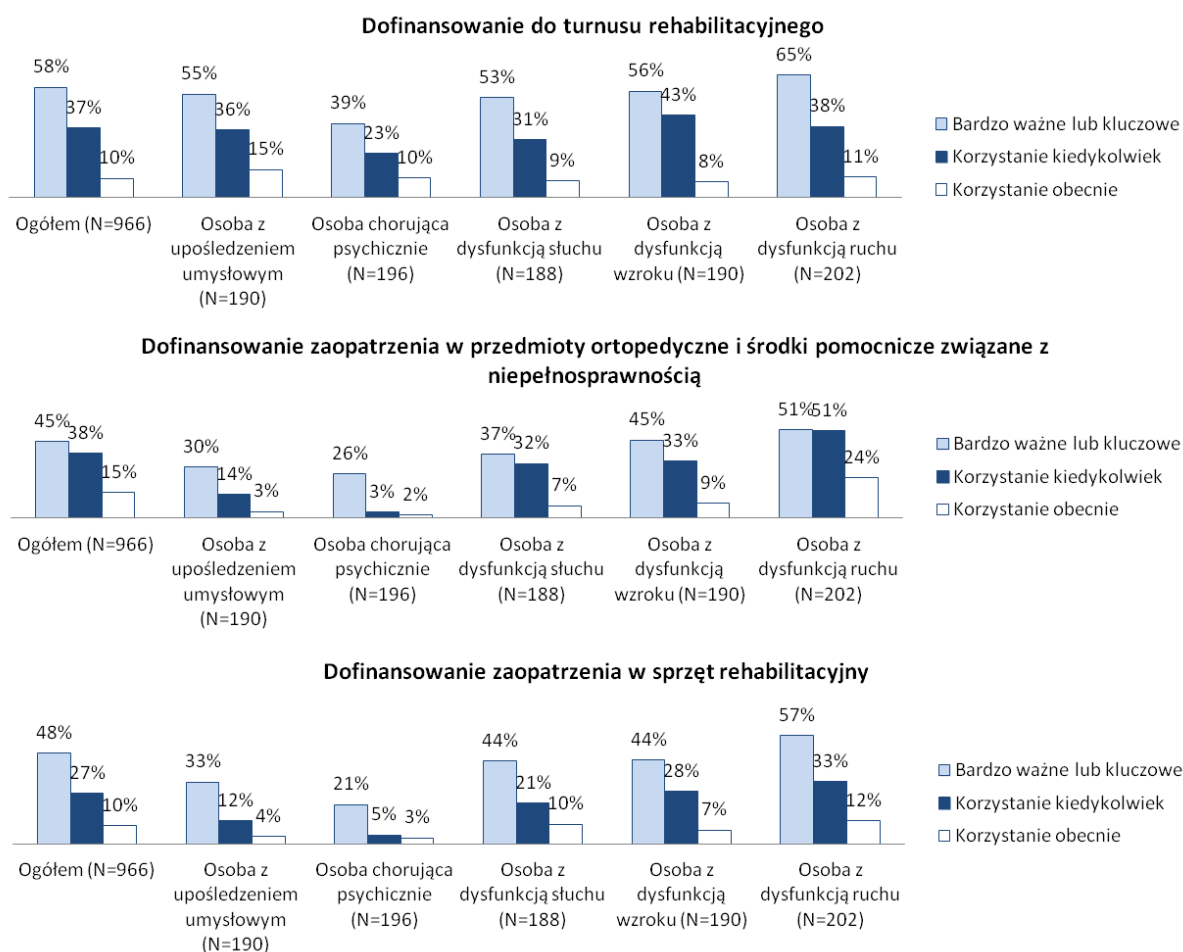
Obok samej rehabilitacji i usług związanych z poprawą sprawności fizycznej istotną dla osób niepełnosprawnych kwestią jest dofinansowanie przedmiotów i usług w zakresie rehabilitacji i przywracania sprawności. **Za najważniejsze uznano dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego** – 58% badanych oceniło tę formę pomocy jako bardzo ważną lub kluczową, zaś 37% korzystało z niej w przeszłości. Aktualnie z dofinansowania do turnusu korzysta co dziesiąty respondent. Wsparcie to jest szczególnie cenione przez osoby niepełnosprawne ruchowo (65% wskazuje, że jest to bardzo ważne lub kluczowe). Jednak najczęściej tą formą pomocy obejmowane były osoby z dysfunkcją wzroku, wśród których aż 43% zadeklarowało, iż kiedyś lub obecnie korzystali z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego.

Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jest wsparciem ściśle powiązaniem z charakterem niedoborów sprawności – jego waga jest duża w przypadku osób z dysfunkcją ruchu (51% określiło je jako kluczowe lub bardzo ważne), wzroku (45%) oraz słuchu (37%). Niemal wyłącznie te trzy grupy deklarują także wykorzystywanie tej formy pomocy w przeszłości lub obecnie. Wśród osób niepełnosprawnych ruchowo wsparciem tym objęto aż 51%, a 24% obecnie z niego korzysta. Wśród osób

niepełnosprawnych słuchowo i wzrokowo jest to odpowiednio 32-33% w ogóle i 7-9% obecnie. Podobne prawidłowości dotyczą dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (por. Rysunek 69).

Dofinansowanie w obszarze rehabilitacji jest mało istotną formą pomocy dla osób chorujących psychicznie, które nie mają raczej bezpośrednich potrzeb w tym zakresie, zwłaszcza w kontekście przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego. Co ciekawe odsetek osób niepełnosprawnych uważających wsparcie w zakresie dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych i zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze maleje wraz ze wzrostem wieku badanych.

Rysunek 69 Ocena wsparcia polegającego na dofinansowaniu w zakresie rehabilitacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.*

Badania jakościowe uzupełniają nieco zarysowaną powyżej perspektywę. Ich wyniki pokrywają się z ustaleniami badań ilościowych.

Badania jakościowe potwierdziły, że rehabilitacja fizyczna, nakierowana na podnoszenie sprawności fizycznej ciała ma szczególnie duże znaczenie dla osób z **dysfunkcją ruchu**. Przedstawiciele tej grupy **w sposób szczególny są narażeni na pogłębianie się dolegliwości i pogarszanie stanu zdrowia** z powodu **niedostatecznego dostępu do rehabilitacji leczniczo-usprawniającej**.



Najczęściej wymieniane przez tę grupę potrzeby to:

- Regularne sesje z rehabilitantem, pod którego nadzorem prowadzona powinna być rehabilitacja ruchowa w postaci: ćwiczeń wzmacniających i rozciągających, w razie potrzeby masaży lub innych zabiegów,
- Regularny dostęp do turnusów rehabilitacyjnych (co najmniej 2 tygodnie raz w roku) – chodzi zarówno o dostępność wolnych miejsc jak i zapewnienie finansowania na ten cel – dotyczy to zwłaszcza osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Rehabilitacja u nas powoduje to, że my stajemy się bardziej samodzielni. To znaczy dla innych, że oni nie są nam potrzebni. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Mimo posiadania orzeczenia ze stopniem umiarkowanym lub znacznym niepełnosprawności ruchowej, **żadna z objętych badaniem jakościowym osób nie miała stałego dostępu do bezpłatnej rehabilitacji w ramach świadczeń NFZ**. Uzyskanie skierowań od lekarza pierwszego kontaktu jest często trudne (wystawiane są tylko raz na jakiś czas), na wizyty u specjalistów czeka się w kilkumiesięcznych kolejkach, a zalecane przez nich rehabilitacje również ograniczają się najczęściej do jednej serii 10 zabiegów, po której zakończeniu proces trzeba powtarzać.

Byłem u pani doktor, ona powiedziała, że ona może napisać kilka wniosków, ale czy to trafia w ogóle, to nie wiadomo. Trzeba iść do specjalisty, a specjalista może dopiero za rok, za półtora roku. (IDI 11 rezerwa, niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, duże miasto)

W podobnych kolejkach jak do lekarzy czeka się także na terminy rehabilitacji. Dodatkowo zabiegi nie są często planowane w sposób optymalny ze względu na potrzeby pacjenta - jeśli chodzi o ich rozłożenie w czasie, ale według dostępności terminów w danym momencie. Powoduje to, że dostęp do bezpłatnej, profesjonalnej rehabilitacji jest bardzo utrudniony.

A żeby się gdzieś zapisać na rehabilitację to czeka się miesiące, pół roku, rok. A dla osoby, która jest po wypadku to każda godzina się liczy. Żeby jak najszybciej zacząć proces rehabilitacyjny, żeby jak najbardziej usprawnić, żeby ta osoba była samodzielna. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Jak powinno być, żeby było optymalnie? Tworzymy teraz świat idealny.

- Idealny? Żeby przynajmniej raz na kwartał każdy mógł skorzystać z tych zabiegów, które są mu niezbędne. Seria 10 zabiegów. I to wtedy na kwartał starczy. (IDI 8, osoba z niepełnosprawnością słuchu (ruch), stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

Dodatkowym problemem jest konieczność osobistego stawienia się na wizytach, które mają na celu jedynie uzyskanie skierowań na rehabilitację oraz zdarzające się nawet w dużych miastach problemy z dostępem do domowych wizyt lekarskich nawet w przypadku osób, dla których przemieszczania się jest bardzo utrudnione.

Prowadzi to do pogarszania się stanu zdrowia badanych, wzrostu napięcia mięśni i przykurczów, czego konsekwencją jest natężenie dolegliwości bólowych, intensyfikacji spastyk (a tym samym spadek niezależności ON, wzrost narażenia bliski na kontuzje itp.).

Wskazuje się również na zagrożenia jakie niesie ze sobą **nieumiejętne prowadzenie rehabilitacji** i obawy o możliwych do wyrządzenia szkodach i kontuzjach jakie mogą zostać w ten sposób spowodowane.

Mam jednak wrażenie, że te ćwiczenia, które sama wykonywałam nie do końca były prawidłowe, że te z rehabilitantem przynosiły lepszy efekt. Później bałam się, żeby czegoś sobie nie naciągnąć, przetrenować. Poczulałam, że nieumiejętnymi ćwiczeniami mogę sobie coś zepsuć. Nie miałam z kim tego skonsultować, nie miał kto tego skorygować. (IDI 10, niepełnosprawność ruchowa, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Innym problemem jest **znalezienie solidnego i godnego zaufania** rehabilitanta, który pracuje z pacjentem umiętnie i z wyczuciem oraz posiada odpowiednie doświadczenie, by nie spowodować kontuzji u pacjenta.

Zdarza się, wspominało o tym zwłaszcza na peryferiach, że oferowane usługi są niskiej jakości i dotarcie do dobrego specjalisty jest bardzo trudne.

Jak miał 6-7 lat rehabilitant mu złamał nogę przy rehabilitacji, mamy taki uraz, chcemy doświadczonego rehabilitanta, żeby mu krzywdy nie zrobił. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

W wielu wypadkach członkowie rodzin podejmują próbę samodzielnego prowadzenia rehabilitacji w oparciu o wskazówki przekazane przez rehabilitantów.

Mi potrzeba rozciągania i masaże, to żona się stara te nogi mi masować w miarę możliwości. Przyjeżdża ten Kuba rehabilitant, rozciąga mnie, poćwicz. I jest całkiem inaczej, wtedy mnie nie spina. (IDI 11, niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Przynosi to różne rezultaty, zwraca się uwagę na trudności ze zmobilizowaniem części osób (zwłaszcza młodzieży) do regularnego wykonywania zalecanych ćwiczeń.

Myszę, że byłam zbuntowana dziewczynką i nastolatką i bardzo szybko odmówiłam udziału w rehabilitacji i wykonywania ćwiczeń usprawniających. Strasznie mnie denerwowało, że muszę poświęcić na to jakiś znaczny czas w ciągu dnia - godzina to był dla mnie znaczny czas. Zrzuciłam to w pewnym momencie, kiedy mama przestała mieć nade mną taką władzę, że mogła mi to narzucić. (IDI 10, niepełnosprawność ruchowa, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Momentem krytycznym dla rodzin dzieci jest **osiągnięcie przez nie pełnoletniości, ponieważ powoduje to automatyczne przesunięcie** pacjenta w systemie opieki zdrowotnej z **poradni dziecięcych do przeznaczonych dla dorosłych**. Oznacza to konieczność poszukiwania od nowa specjalistów, rehabilitantów i form wsparcia (w tym także rehabilitacji), w systemie dla dorosłych. Jest to duże obciążenie i stres dla rodzin, w szczególności jeśli chodzi o osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, zwłaszcza gdy jest to sprzężenie niepełnosprawności intelektualnej i ruchowej, kiedy wiek metrykalny często nie znajduje odzwierciedlenia w dojrzałości psychicznej, mentalnej, a nawet fizycznej podopiecznego.

Mamy poustawianych lekarzy, znają dziecka, mogliby kontynuować, niestety musimy szukać nowych lekarzy i od nowa ta sama walka, żeby trafić na dobrych. Rehabilitacja dla dorosłych - bardzo kiepska, kolejki niesamowite, po rok czasu pani czeka. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Odczułam to na tym, że Gabrysia korzystała z hipoterapii dopóki nie skończyła 18 lat, a teraz już nie może, więc ja gdzieś tam próbuję ją dalej, ale już prywatnie, już muszę za to płacić, bo szkoda tego efekty, który został osiągnięty, a widzę tą różnicę na przykład w utrzymaniu równowagi. No i rzeczywiście tego szkoda, skoro przynosi efekt, ale niestety teraz już muszę to prywatnie organizować. Ale co, nagle się, ona 18 skończyła i nagle kurtyna ciach. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Zwraca się uwagę na znaczenie intensywności i skuteczności działań zwłaszcza w ciągu pierwszego roku po postawieniu diagnozy/ wypadku. Uważa się go za **kluczowy okres** ze względu na szczególne nasilenie potrzeb – spowodowane przez gwałtowne pogorszenie/ zmianę stanu zdrowia. Przeciwdziałanie im w sposób intensywny daje nadzieję na zminimalizowanie postępów choroby lub uzyskanie możliwie dużego powrotu do sprawności fizycznej po urazie.

W przypadku osób z niepełnosprawnością narządu ruchu **najłatwiej było określić zapotrzebowanie na częstotliwość wykonywania zabiegów**, wskazuje się zwykle **jako trzy, około godzinne sesje tygodniowo** w przypadku osób w dość stabilnym stanie.

Myszę, że około 3 razy w tygodniu, godzina rehabilitacji takiej intensywniej to by wystarczyła. Trochę robię sam, tutaj trochę pokombinowałem, mam takie podwieszki, które porobiłem. (IDI 11, niepełnosprawność ruchowa, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

-Na początku to codziennie, a później może być tak ze trzy razy w tygodniu. (FGI, osoby z niepełnosprawnością ruchową)

W praktyce **większości badanych rodzin nie stać na sfinansowanie tak intensywnej terapii prywatnie**, najczęściej udaje się zapewnić jedną sesję w tygodniu o ile rodzina pozyskała na ten cel środki ze źródeł zewnętrznych (np. 1%), a zaprzyjaźniony rehabilitant oferuje swoje usługi za obniżoną opłatą.

W tej chwili załatwiłam jej rehabilitację prywatnie, dlatego, że na państwową trzeba bardzo długo czekać, po drugie państwowo jest tylko raz w tygodniu 45 minut więc to jest bardzo mało. I my mieliśmy 10 takich spotkań po 45 minut raz w tygodniu. To jest bardzo mało. (...) Ewa ma ubierane pieniądze na subkoncie Fundacji Zdążyć z Pomocą, jest podopieczną tej fundacji i wysyłam faktury do fundacji i bezpośrednio z subkonta będą przelane pieniądze na tę rehabilitację. (IDI 9, niepełnosprawność ruchowa, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Kolejnym czynnikiem problematycznym dla osób z niepełnosprawnością ruchu jest **dostępność sprzętu rehabilitacyjnego i umożliwiającego poruszanie się**. Problemy z tym związane dotyczą przede wszystkim osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dla których samodzielne poruszanie się jest w zasadzie niemożliwie bez dostępu do wózków aktywnych lub elektrycznych, skuterów, rowerów, chodzików.

Potrzeby z tego zakresu są bardzo często zaspokojone w stopniu niewystarczającym. Mówi się o tym, że osoba potrzebująca wózka powinna posiadać co najmniej dwa egzemplarze – jeden do poruszania się po domu, drugi do przemieszczania w przestrzeni publicznej. Problemem jest nieadekwatność wysokości dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego w stosunku do jego wartości. Ceny wózków, o jakich mówiono w trakcie badań jakościowych, oscylowały w przedziale 6000-8000 zł, podczas gdy skala dofinansowań od 700 do 3500 zł (górną granicą dotyczyła dzieci i młodzieży z bardzo dużymi ograniczeniami poruszania się). Barię do uzyskania dofinansowań i czynnikiem decydującym o ich wysokości są nie tylko dochody, ale też szereg dodatkowych kryteriów. Sprawia to, że środki na niektóre urządzenia bardzo trudno jest uzyskać.

Jeśli chodzi o wózek elektryczny. Zawsze mi jakiś punktów brakowało, ale nie dali trudno. (IDI 11, niepełnosprawność narządu ruchu, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Zmieniają się także zasady dotyczące rodzaju urządzeń, które mogą być objęte dofinansowaniami. Oznacza to często, że coraz trudniej jest uzyskać środki na zakup sprzętu elektrycznego, który dla wielu osób jest jedynym rozwiązaniem umożliwiającym samodzielne przemieszczanie się.

A od dwóch lat PFRON nie finansuje już takich skuterów jak mój, bo sprzęt został uznany za zbyt luksusowy żeby go nazwać rehabilitacyjnym.

Tak samo jak obniżyli dofinansowania na wózki.

Dofinansowanie jest jakby... To co dają to starcza na najniższy model wózka. A on niekoniecznie jest dobry. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Sprzęt rehabilitacyjny, ze względu na duży stopień eksploatacji (wykorzystanie na co dzień), stosunkowo **szybko ulega zniszczeniu**. Trzeba pamiętać, że każdy wózek wymaga również dodatkowego wyposażenia – np. poduszek, na których się siedzi, baterii i akumulatorów, opon i innych elementów, które zużywają się szybciej niż cała konstrukcja i wymagają wymiany dla przedłużenia żywotności urządzenia. Ich koszty nie są zwykle dofinansowywane adekwatnie do potrzeb, mimo, że ich ceny są bardzo wysokie (np. poduszka do wózka kosztuje nawet 1000 zł).

To znaczy umówmy się, że to co w tej chwili państwo czy jakkolwiek instytucja nam dopłaca to jest jak jeden do dziesięciu. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Fundacja Polsat nam pomogła w dofinansowaniu do wózka. Fundacja Anny Dymnej nam pomogła i OPS też dołożył się do wózka i Caritas. A tak to własnymi siłami. Zbieramy nakrętki. Część będzie można dofinansować, tak jak aparat (słuchowy). To wszystko, albo kredyty, albo to. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Ogromnym problemem są **interwały czasowe pomiędzy kolejnymi dofinansowaniami**. Zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży są one oceniane, jako **zbyt długie**, gdyż w tym okresie szybko się rośnie. Adekwatna do tego

wymiana sprzętu pozwala uniknąć deformacji i zwyrodnień ciała, których powstawanie przyczynia się do pogłębiania się niepełnosprawności i jest zwykle nieodwracalne.

Kupiliśmy mu wózek rok wcześniej, bo on podrośł, deformuje się na tym wózku, ale nie jest nas stać, żeby wydać 8000, nawet 5000, żeby wyłożyć z własnej kieszeni, więc musimy czekać ten rok czasu, żeby ten wózek dostać, i znowu do niego dopłacać. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Zwraca się uwagę, że **procedura uzyskiwania środków jest zbyt długotrwała**. Realnie dofinansowania są potrzebne szybko - w wielu wypadkach wózek jest niezbędny natychmiast, żeby zacząć się uczyć funkcjonować w życiu codziennym, móc się przemieszczać, podjąć pracę, pójść do szkoły. Tymczasem na rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie czeka się nawet 12 miesięcy.

Jakby dla osób, które ulegają wypadkom, jakby żeby były szybciej rozpatrywane wnioski o różną pomoc...

O wózek chociażby. Nieraz czeka się rok czasu na dofinansowanie do wózka, a osoba która wychodzi ze szpitala na czymś musi wyjść, a kto nie ma gotówki, no to nie wiem, rok czasu siedzi w domu bez wózka. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Kolejną barierą jest stosowane przez PFRON **kryterium dochodowe**, które ogranicza możliwość otrzymania dofinansowania, zwłaszcza w odniesieniu do osób, które tracą sprawność nagle, w wyniku zdarzeń losowych i wypadków. Jeśli do tego momentu osiągały wysokie dochody, najczęściej nagle je tracą, ponieważ nie mogą pracować. Jednak ich historia dochodowa, do której odwołuje się PFRON, uniemożliwia im skorzystanie z dofinansowań, mimo, iż ich realna sytuacja przedstawia się z gołą odmiennie w momencie, gdy się o nie zwracają. Zdarza się, że jedyną możliwością jest zaciągnięcie kredytu, którego spłacanie jest obciążeniem dla rodziny. Uważa się, że **zaoferowanie preferencyjnych kredytów** dla takich osób, dofinansowań do spłaty zobowiązań zaciąganych na zakup sprzętu rehabilitacyjnego itp. mogłoby znacząco poprawić ich sytuację.

Osoby z upośledzeniem umysłowym często, obok działań terapeutycznych o innym charakterze, wymagają rehabilitacji fizycznej ze względu na występujące sprzężenia (niepełnosprawność narządu ruchu, wiotkość mięśni, cukrzyca i inne schorzenia, które mają wpływ na kondycję fizyczną lub ryzyko znacznego wzrostu wagi).

[Syn] tej rehabilitacji wymaga do końca życia. Ze względu na skoliozę, tego, że jeździ na wózku, bo jak nie jest rozciągany, nie ćwiczy, momentalnie wszystko się spina i kurczy. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Rehabilitacja ruchowa to jest dla nich [podopiecznych DPS] w tej chwili no taka ostania deska [ratunku], powiedziałabym, przed tym aż się położą, bo widzimy, szczególnie po zimie, widzimy taki efekt rozleniwienia, no bo ograniczone są te możliwości ćwiczenia pod dachem. Ich kondycja spada i oni najchętniej po posiłku się kładą, czyli to zmęczenie i to jakby spalanie organizmu tyle pochłania ich energii, że oni, a my nie chcemy, my jak najdłużej chcemy, żeby oni funkcjonowali, no bo jak się położą to już będzie coraz gorzej. (IDI 20, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 46-60 lat, mężczyzna, małe miasto (opiekun))

Rehabilitacja fizyczna znajduje także **przełożenie na rozwój intelektualny**, ponieważ wiele ćwiczeń ruchowych stymuluje wybrane ośrodki mózgu – na przykład odpowiedzialne za rozwój mowy lub sprawia, że funkcje niedorozwiniętych sektorów są, przynajmniej częściowo przejmowane przez inne fragmenty mózgu.

Tak na przykład Gabryś ma problemy z mową, a podczas zajęć takich muzycznych tanecznych, takich rehabilitacyjnych ruchowo, wtedy się pojawiają nowe słowa. Nie przy siedzeniu przy biurku i ćwiczeniu przed lustrem. Tylko w momencie ruchu. (...) Ale połączenia w mózgu są bardzo blisko siebie i tak jak Gabryś ma zaniki korowo - czołowe i te fragmenty mózgu, skore odpowiedzialne są za mowę one nigdy już nie urosną, ale tak, jak ta pani mi tłumaczyła, ta rehabilitantka, że one tam obok są, te które są odpowiedzialne są za sprawność rąk, i jak będziemy te ręce pobudzać, to tak jakby przejmą te funkcje mowy. Więc to się łączy, nie można tego podzielić. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Oprócz wartości usprawniającej, aktywność fizyczna – stałe uprawianie wybranych sportów ma także znaczenie dla kondycji psychicznej ONI. Zapewnia zajęcie, pozwala na znalezienie i rozwijanie pasji, które składają się na budowanie ważnej rutyny i stabilności dnia codziennego dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną.



Nawet mój syn, niema żadnych schorzeń, chociaż downiak, ale i serce, wszystko, ale potrzebne są, dla tego dziecka ruchowo nawet. On żyje tym, a tak to co? Skapcieje.

A co jest mu potrzebne?

Rower potrzebny, potrzebne mu są te kajaki suche, żeby to dziecko też żyło czymś, jakieś miało przygody. I później nawet jak jedzie na kajaki już umie się obsłużyć. I oni lepiej żyją. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Problemem jest zwłaszcza dostęp do rehabilitacji tego typu dla osób powyżej 25 roku życia, które kończą edukację. O ile placówki edukacyjne posiadają zwykle zaplecze do aktywności fizycznej – sale gimnastyczne, odnowione boiska, siłownie, dostęp do tego rodzaju miejsc dla osób nie uczących się jest bardzo utrudniony. W związku z tym wśród opiekunów wskazuje się na potrzebę zapewnienia większego dostępu do różnorodnych form aktywności fizycznej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, takich jak hipoterapia, basen, zajęcia fitness. Jako pożądane rozwiązanie wskazuje się zaaranżowania przestrzeni fitnessowej dedykowanej osobom z niepełnosprawnością intelektualną, w której poczują się komfortowo, także ze względu na brak porównań do osób w pełni sprawnych i zdrowych, korzystających z obiektów ogólnodostępnych, co może stanowić czynnik zniechęcający do korzystania z nich. Wśród opiekunów wyraźne jest stanowisko, że będzie to stanowiło zachętę do bardziej regularnych ćwiczeń, co przełoży się na wzrost sprawności fizycznej podopiecznych.

Pomógł by taki punkt bo ja wiem, że są ośrodki rehabilitacyjne, ale to takie, gdzie ma się skierowanie od pierwszego kontaktu, trzeba iść, to jest z Narodowego Funduszu na różne schorzenia. Teraz jest duża moda, ale i sporo płatna prywatnie te fitnessy, kluby sportowe, co są te siłownie i tak dalej. Mi brakuje takiego dla takich osób niepełnosprawnych, takiej sali, to może być szkoła, nie musi być specjalny budynek, tylko szkoła która ma sprzęt. Ona może chodzić, może chodzić na bieżnię, więc jej ten ruch chodzenia. IDI 18, niepełnosprawność intelektualna, 18-35 lat, kobieta, duże miasto (opiekun))

Dodatkowo rodzin nie stać zwykle na poniesienie kosztów karnetu na siłownię czy fitness ogólnodostępny. Dlatego wydaje się potrzebne zapewnienie zajęć dedykowanych osobom z niepełnosprawnością intelektualną, z odpowiednią opieką instruktorską i terapeutyczną – aby stworzyć bezpieczne i dostosowane do możliwości i potrzeb indywidualnych wsparcie. Warto aby były to zajęcia zamknięte – tylko dla osób niepełnosprawnych.

Tak jak kiedyś były na basen, dostawał za darmo i w miarę swojej potrzeby by korzystał, nie wiem, czy na basen, czy rehabilitację ruchową, siłownię nawet, bo siłownie też może być dla naszych dzieci, w odpowiednim, czy tak jak Pani, na hipoterapię. Mieli taki pakiet, który my indywidualnie możemy wykorzystać w zależności od naszych dzieci. (...) Ale to byśmy mogli tą pulę rehabilitacyjną wykorzystać w zależności od tego, jak nasze dzieci są przystosowane. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Podobne problemy dotyczą placówek wsparcia takich jak DPS, gdzie zarówno ze względów lokalowych, jak i finansowych trudno bywa zapewnić odpowiednie warunki do rehabilitacji, zwłaszcza dla osób ze sprzężeniami ruchowymi.

W przypadku **dysfunkcji wzroku** rehabilitacja fizyczna koncentruje się wokół **pracy nad aktywnym wykorzystywaniem zachowanej zdolności widzenia**, (zwłaszcza w przypadku osób, u których wada znacząco i szybko się pogłębia), a także na **nauce korzystania z pomocy** takich jak lupy optyczne, specjalistyczne oprogramowanie udźwiękawiające i inne. W tym kontekście trudno jest mówić o optymalnej częstotliwości czy formule rehabilitacji, ponieważ jest to zawsze kwestia bardzo zindywidualizowana, zależna od rodzaju schorzenia, poziomu ubytku wzroku, wcześniej podejmowanych w tym zakresie działań i innych czynników.

To jest trudno określić, to nie polega na tym, że jak jest się chorym to ile razy trzeba brać antybiotyki, albo mieć masaże, żeby wyzdrowieć. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Część badanych zwraca również uwagę na **znaczenie działań prewencyjnych**, zapobiegających nadmiernemu eksploatowaniu wzroku – co w mniejszym stopniu ma charakter bezpośredniej rehabilitacji, w większym natomiast polega na wypracowywaniu nawyków i dbaniu o styl życia, w rezultacie których wzrok nie będzie nadmiernie przeciążany.

Edukowanie też tych osób, ale to może wchodzimy bardziej też w medycynie. Taka edukacja osób niepełnosprawnych, która mogłaby w pewnie sposób ograniczać dalsze pogarszanie się stanu zdrowia. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

Dodatkowo, mimo, że nie jest to działanie związane z podnoszeniem sprawności samego narządu wzroku, w kontekście rehabilitacji **wskazywano jako kwestię kluczową uczenie się orientacji przestrzennej oraz sposobów samodzielnego poruszania się w przestrzeni publicznej**. Ma to ogromne znaczenie dla zachowania i rozwijania samodzielności niewidomych i słabowidzących, a dzięki temu na budowanie ich poczucia niezależności, sprawczości i kontroli nad własnym życiem. Część nakierowanych na tego rodzaju umiejętności zajęć koncentruje się na nauce poruszania się po konkretnych trasach (np. praca-dom, dom-szkoła), jednak odróżniano to od nauki „poruszania się po mieście”, wskazując tę ostatnią formułę jako bardziej użyteczną i uniwersalną.

Bardziej uczyć chodzić po ulicy, a nie konkretnymi trasami. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Nabywanie i nieustanne ćwiczenie się tych umiejętności znajduje przełożenie na wzrost poczucia pewności siebie, co znajduje przełożenie na wszystkie sfery życia, w tym także gotowość do podjęcia pracy.

O rehabilitacji fizycznej w przypadku **osób z dysfunkcją słuchu** mówi się **raczej w odniesieniu do potrzeb osób głuchych** niż słabosłyszących. Działania rehabilitacyjne powinny być prowadzone przez logopedę i koncentrować się wokół rozwijania umiejętności mówienia, czytania z ruch warg rozmówcy oraz nauki języka polskiego (chodzi o rozumienie tego języka i rozwijanie słownictwa).

Chodziłam na logopedia to tylko. Zawsze chodziłam. Uczyła mnie ćwiczyć mówić i słyszeć dźwięki. Inne rehabilitacje nie skorzystałam. Skorzystałam tylko z logopedii. (IDI 6, niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, duże miasto)

Istotną kwestią jest **nauka wydania dźwięków i artykułowania słów**, która stanowi dla wielu osób ogromną barierę. Znalezienie nauczyciela, który rozbudzi w dziecku gotowość i chęć mówienia jest kluczowym elementem rehabilitacji. Problemem dla rodzin dzieci słabosłyszących jest z pewnością znalezienie rehabilitanta, który zbuduje z podopiecznym relację wystarczająco silną i zaufaną, aby prowadzona rehabilitacja przyniosła efekty.

Pani Miłostawa przychodziła do nas po południu po swojej pracy w szkole. Najpierw obudziła we mnie chęć współpracy poprzez zabawę ze mną. Pamiętam, że jak chciała mi coś pokazać, to mówiła O! albo A! Ja oczywiście nie wydawałem głosu, bo nie wiedziałem, że trzeba wydać jakiś głos. Pamiętam niezdarne próby wraz z moją Siostrą, ona oczywiście już mówiła. Do dzisiaj pamiętam ten dzień, kiedy po raz pierwszy powiedziałem „A” oraz pierwsze słowo „Auto”. (...) Pani uczyła mnie po kolei wszystkich moich samogłosek i spółgłosek. Największe kłopoty miałem z powiedzeniem „R”. Do dziś moje R jest bardzo gardłowe, bardzo wibrujące jak młot pneumatyczny. (IDI 7, niepełnosprawność słuchu, stopień umiarkowany, 36-45 lat, małe miasto)

Tym niemniej **część głuchych nie opanowuje umiejętności mówienia**, być może sprzyja temu sytuacja, gdy duża wada słuchu dotyka całą rodzinę i główną metodą komunikacji w życiu codziennym jest język migowy, który nie wymaga wydawania dźwięków. Z pewnością zmniejsza to motywację do opanowania przez dziecko mowy. Trzeba również pamiętać o tym, że składnia i sposób formułowania myśli w polskim języku migowym (PJM) różni się od języka polskiego, co dobrze ilustruje poniższa wypowiedź.

Czuje się, że chcę mówić ale nie mogę. A słabo słyszący mają lepiej bo mogą mówić i migać. Wszystko rozumie[j]ą. A głusi ciężko. Tak głusi nie pasują z mówieniem. Nie mówić. Lepiej tylko. Zależy od wady słuchu czy głębiej. Jak głusi to głusi. To i to są tacy sami. (IDI 5, niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 14-17 lat, wieś)

Kwestia odmienności PJM od języka polskiego sprawia, że osoby Głuche i słabosłyszące od urodzenia, posługujące się w życiu codziennym językiem migowym mają trudności z biegłym opanowaniem polskiego. Zdarza się, że przekonanie dziecka do zaangażowania w naukę języka polskiego jest trudne, co w dorosłym życiu skutkuje trudnościami w komunikacji, zwłaszcza w sytuacjach urzędowych, w których używa się specyficznego słownictwa.

Wielu Głuchych zwracało uwagę **na potrzebę dokładnego zrozumienia znaczenia poszczególnych słów** w trakcie rozmowy. Obawa przed opacznym zrozumieniem (lub byciem niezrozumianym przez słyszających), jest wśród badanych duża.

Kiedyś spotkałam się ze Słyszczącymi i komunikacja była utrudniona, bo słyszący używają nowych słów dla mnie, czasem nie rozumiem co to. Zanim wyjaśnili mi i zrozumiałam o co chodzi ale wyjaśnienie były proste i łatwe ale chciałam dokładne wyjaśnienie. A u Głuchych czuje się lepiej, wszystko rozumiem gdy spotkam i czuje się lepiej. U Głuchych

czuję się lepiej, bo mi jest łatwiej się kontaktować. (IDI 6, niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, duże miasto)

W związku z tym sygnalizuje się potrzebę dostępu do kursów języka polskiego dla dorosłych głuchych, aby zwiększyć ich biegłość językową a tym samym ich zwiększyć poziom integracji społecznej.

Ten kurs języka polskiego, ogólnie to dobry pomysł, dużo osób głuchych ma taką potrzebę, np. te osoby, które już ukończyły szkołę i w życiu dorosłym odczuwają potrzebę, żeby znać j. polski, już nie mają takiej możliwości, żeby wrócić do szkoły.

Ja bym bardzo chciała pójść na taki kurs j. polskiego

Trudno, w młodości nie udało się opanować w pełni j. polskiego, inne myślenie, młoda głowa bywa pusta, dobrze, ale potem mając 25-30 lat, dopiero zaczynają rozumieć dlaczego j. polski jest potrzebny i chcą się go nauczyć, posługiwać się. (FGI osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Osoby chorujące psychicznie nie wskazywały żadnych form rehabilitacji fizycznej, która mogłaby mieć bezpośrednie przełożenie na stan ich zdrowia wynikający z głównej przyczyny niepełnosprawności.

Jedynym wspólnym elementem o jakim się w tym kontekście wspomina jest **przebywanie na świeżym powietrzu** – aktywność typu spacerów – które **poprawiają ogólne samopoczucie**, a także mogą dawać motywację do wychodzenia z domu i utrzymywania kontaktów ze znajomymi i rodziną, co ma niewątpliwie pozytywny wpływ na samopoczucie badanych.

Dostęp i motywacja do tego rodzaju aktywności jest znacznie większy w miesiącach letnich, zmniejsza się natomiast w zimowych – ze względu na krótszy dzień, gorsze warunki pogodowe. Jest to o tyle istotne, że na **okres jesienno-zimowy przypada często pogorszenie się stanu psychicznego** przedstawicieli omawianej grupy. Zatem wystąpienie z jakąś **specjalną ofertą z zakresu integracji społecznej** mogłoby pozytywnie wpłynąć na stan osób chorujących psychicznie. Jednak w badaniach jakościowych nie zidentyfikowano żadnego konkretnego pomysłu z tego zakresu.

Tabela 14 zawiera podsumowanie pożądanego wsparcia w zakresie rehabilitacji fizycznej – zarówno w kontekście powszechnych potrzeb i instrumentów wsparcia, jak i w zakresie specyfiki poszczególnych grup osób niepełnosprawnych.

Wsparcie w zakresie rehabilitacji fizycznej, podobnie jak w przypadku mieszkalnictwa, **częściej okazuje się kluczowe dla osób z fizycznymi ograniczeniami sprawności, a więc osób z niepełnosprawnością ruchową**. W drugiej kolejności należy wskazać grupę osób z upośledzeniem umysłowym, w przypadku której działania rehabilitacyjne także są niezwykle ważne.

Z uwagi na fakt, że niektóre instrumenty wsparcia w zakresie rehabilitacji fizycznej ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji.

Tabela 14 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie rehabilitacji fizycznej – podsumowanie

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dostęp do rehabilitacji na odpowiednim poziomie
- Dostęp do rehabilitacji w odpowiednim czasie, bez długich okresów oczekiwania
- Ciągłość rehabilitacji
- Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego
- Udział w zajęciach rehabilitacyjnych
- Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> Dostęp do rehabilitacji dla osób powyżej 25 roku życia, po zakończeniu edukacji
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego Udział w zajęciach rehabilitacyjnych Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych Usługi pielęgnacyjne
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> Naukę korzystania ze sprzętu pomocniczego, Uczenie się orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Udział w zajęciach rehabilitacyjnych
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych Udział w zajęciach rehabilitacyjnych Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Udział w zajęciach rehabilitacyjnych Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością

Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej.*

6.5 Integracja

W Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych zawarto zapisy o potrzebie zapewnienia osobom niepełnosprawnym pełnej integracji i pełnego udziału w życiu społeczeństwa. Chodzi tu o działania wspierające integrację ze środowiskiem lokalnym ON w różnych sferach ich życia.

Jedną z podstawowych barier na drodze integracji społecznej jest bariera świadomościowa, która bardzo trudno i powoli poddaje się zmianom (Sochańska i in., 2015). Brak zrozumienia w społeczeństwie dla osób niepełnosprawnych wpływa znacząco na możliwość zapewnienia pełnego uczestnictwa w społeczności lokalnej.

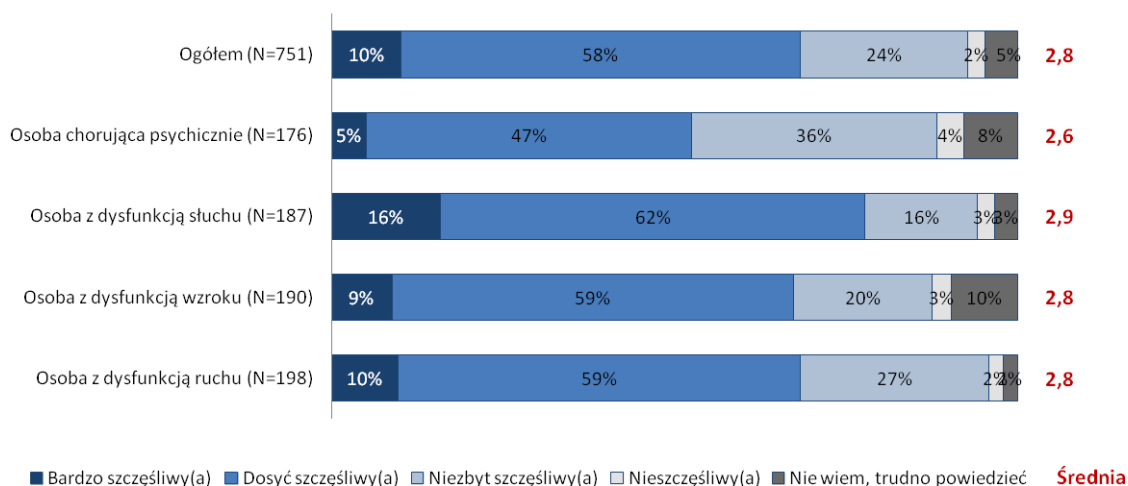
Na znaczącą rolę działań opiekuńczych w integracji społecznej osób niepełnosprawnych zwraca uwagę Rymśza, zauważając, iż nurt aktywizacji społecznej i zawodowej nastawiony jest zazwyczaj na pomoc dla osób „rokujących” na rynku pracy, pomijając natomiast grono seniorów, którzy rynek pracy już opuścili, lecz nadal powinni być częścią społeczności lokalnej (Rymśza, 2016). Działania opiekuńcze, np. usługi domów pomocy powinny mieć na celu nie tylko bezpośrednią opiekę, lecz także dążyć do poprawy społecznego funkcjonowania podopiecznych, do ich aktywizacji w wymiarze społecznym – co może korzystnie wpłynąć także na stan zdrowia i kondycję psychiczną seniorów.

Warunkiem niezbędnym dla integracji społecznej jest także likwidacja barier architektonicznych, które mogą w sposób definitywny uniemożliwić niektórym ON korzystanie z przestrzeni publicznej czy udział w wydarzeniach ważnych dla społeczności.

Mimo wielu zmian, jakie zaszły w tym zakresie w ciągu ostatnich 10-20 lat, **niepełnosprawność jest nadal uważana za czynnik stygmatyzujący**. Naraża rodzinę na izolację, nie tylko z powodu obaw i niechęci, ale przede wszystkim ze względu na brak wiedzy, w jaki sposób zachować się w stosunku do osoby niepełnosprawnej, jak pomóc lub wesprzeć osobę w codziennych czynnościach, jak rozmawiać o chorobie/ dysfunkcji by nie urazić. Wielu niepełnosprawnych jest bardzo uwrażliwionych na tę kwestię, czego dobrym wskaźnikiem jest, najczęściej chyba wskazywana jako ważna, **potrzeba „bycia traktowanym jak normalny człowiek”**, o której mówią niemal wszyscy uczestnicy badań jakościowych – niezależnie od wieku, płci, miejsca zamieszkania i doświadczeń życiowych.

Przedstawiciele pozostałych rodzajów niepełnosprawności również na ogół są zadowoleni ze swojego życia – aż 68% przyznało, że ma szczęśliwe życie. Największy poziom zadowolenia prezentowały osoby z dysfunkcją słuchu (aż 78%), najniższy zaś osoby chorujące psychicznie (52%), co zapewne związane jest ze specyfiką tej niepełnosprawności.

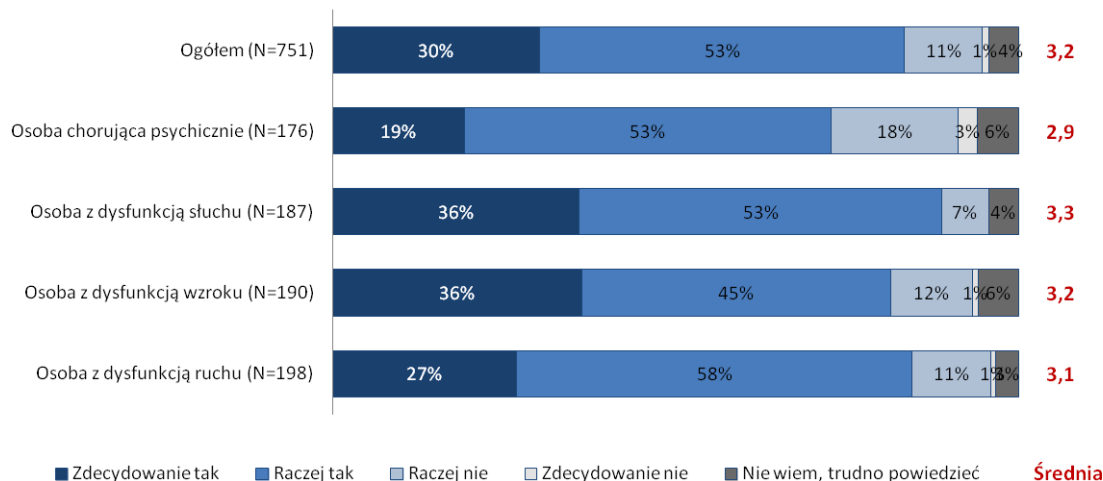
Rysunek 70 Zadowolenie z życia według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, bez osób z upośledzeniem umysłowym. Skala: [1] Nieszczęśliwy, [4] Bardzo szczęśliwy.

W większym stopniu, niż poczucie szczęścia, osoby niepełnosprawne mają poczucie bycia kochanym i darzonym zaufaniem (83% ogółu). Ponownie w największym stopniu odczucia te wyrażały osoby z dysfunkcją słuchu (89%), najrzadziej zaś osoby chorujące psychicznie, chociaż nadal jest to wysoki odsetek (72%). Widać zatem, że są one otoczone przez bliskich miłością.

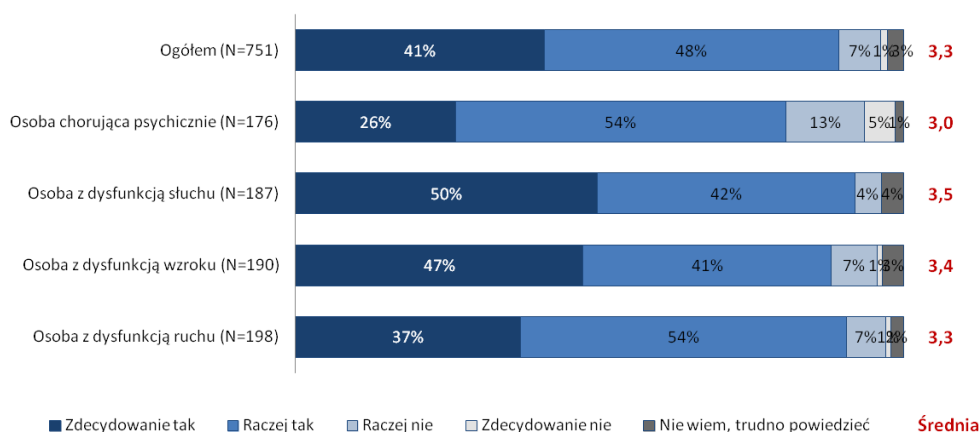
Rysunek 71 Poczucie bycia kochanym i darzonym zaufaniem według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, bez osób z upośledzeniem umysłowym. Skala: [1] Zdecydowanie nie, [4] Zdecydowanie tak.

89% ogółu badanych osób niepełnosprawnych przyznało, że posiada w najbliższym otoczeniu osobę, która może im udzielić wsparcia, wysłuchać w potrzebie. Na taką osobę mogą przede wszystkim liczyć osoby z dysfunkcją słuchu (92%), ale również ruchu (91%). Rzadziej natomiast personalne wsparcie mogą uzyskać osoby chorujące psychicznie, chociaż nadal aż 81% może liczyć na pomoc kogoś z bliskiego otoczenia.

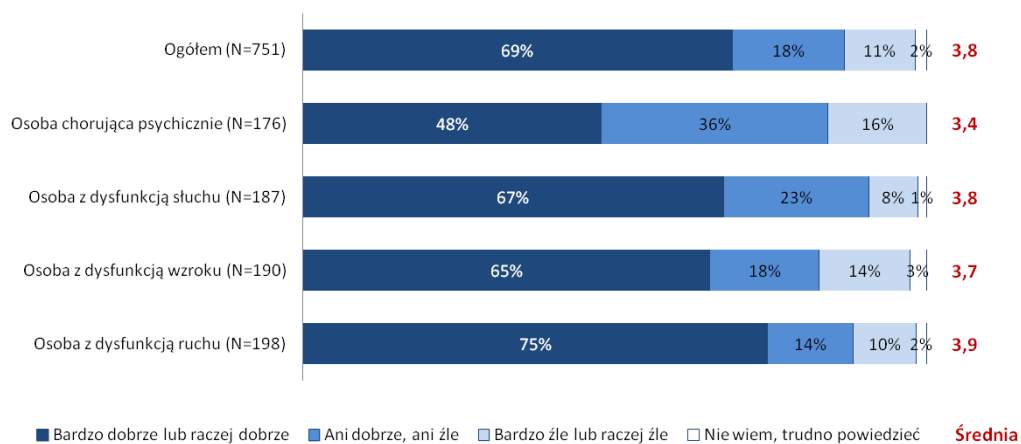
Rysunek 72 Posiadanie w najbliższym otoczeniu osoby, która może pomóc, udzielić wsparcia, wysłuchać w potrzebie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, bez osób z upośledzeniem umysłowym. Skala: [1] Zdecydowanie nie, [4] Zdecydowanie tak.

Mimo licznych diagnozowanych problemów utrudniających integrację z otoczeniem, osoby niepełnosprawne nie narzekają na swoje życie towarzyskie i kontakty ze znajomymi oraz przyjaciółmi. Aż 69% oceniło ten aspekt swojego życia bardzo dobrze lub raczej dobrze. Najbardziej pozytywne odczucia prezentowały osoby z dysfunkcją ruchu (75%). Najmniej z kolei zadowoleni ponownie okazali się chorujący psychicznie. Co trzeci niejednoznacznie ocenia swoje życie towarzyskie, a 16% źle.

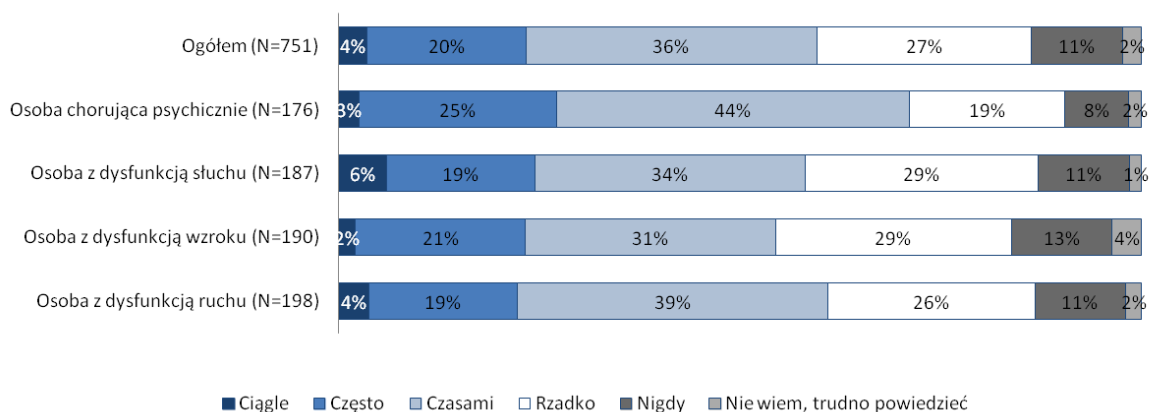
Rysunek 73 Ocena swojego życia towarzyskiego, kontaktów ze znajomymi, przyjaciółmi według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, bez osób z upośledzeniem umysłowym. Skala: [1] Bardzo źle, [5] Bardzo dobrze.

Pomimo zadowolenia z własnego życia towarzyskiego i bycia obdarzonym miłością, osobom niepełnosprawnym zdarza się jednak odczuwać samotność. Co czwarta osoba ma takie odczucia często lub ciągle, a ponad co trzecia czasami. Największe trudności w tym zakresie dotyczą osoby chorujące psychicznie – 28% odczuwających samotność często lub ciągle, a 44% czasami. Samotność przynajmniej czasami relatywnie często odczuwają również osoby z dysfunkcją ruchu, mimo iż przyznawały, że są zadowolone ze swojego życia towarzyskiego.

Rysunek 74 Częstotliwość odczuwania samotności według rodzaju niepełnosprawności



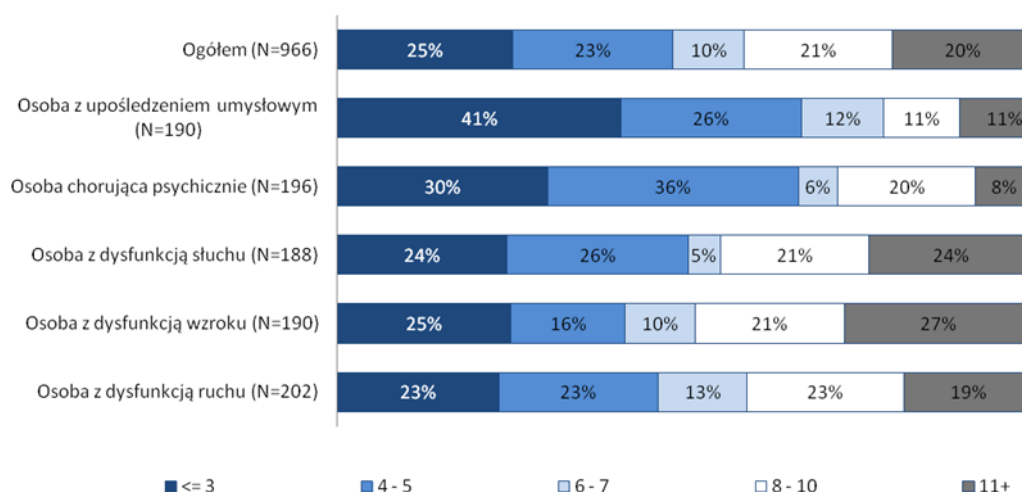
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, bez osób z upośledzeniem umysłowym.

Osoby niepełnosprawne najczęściej mają grono znajomych nieprzekraczające 5 osób (48%). Z drugiej jednak strony co piąta osoba przyznaje się do ponad 11 najbliższych przyjaciół lub znajomych.

Dość wąskie grono znajomych posiadają osoby z upośledzeniem umysłowym (41% posiada co najwyżej trzech bliskich przyjaciół, zaś 26% od 4 do 5) **oraz chorujący psychicznie** (66% ma co najwyżej 5 bliskich przyjaciół) –

przeciętnie na jedną osobę z takim rodzajem niepełnosprawności przypadało 6 bliskich przyjaciół lub znajomych. Relatywnie szeroki krąg towarzyski posiadają natomiast osoby z dysfunkcją wzroku – aż 27% deklaruowało, że posiada 11 i więcej bliskich przyjaciół oraz osoby z dysfunkcją słuchu (odsetek odpowiednio wyniósł 24%). W tych dwóch grupach osób niepełnosprawnych średnia liczba bliskich znajomych /przyjaciół wyniosła około 10 osób.

Rysunek 75 Wielkość grona najbliższych przyjaciół, znajomych według rodzaju niepełnosprawności.



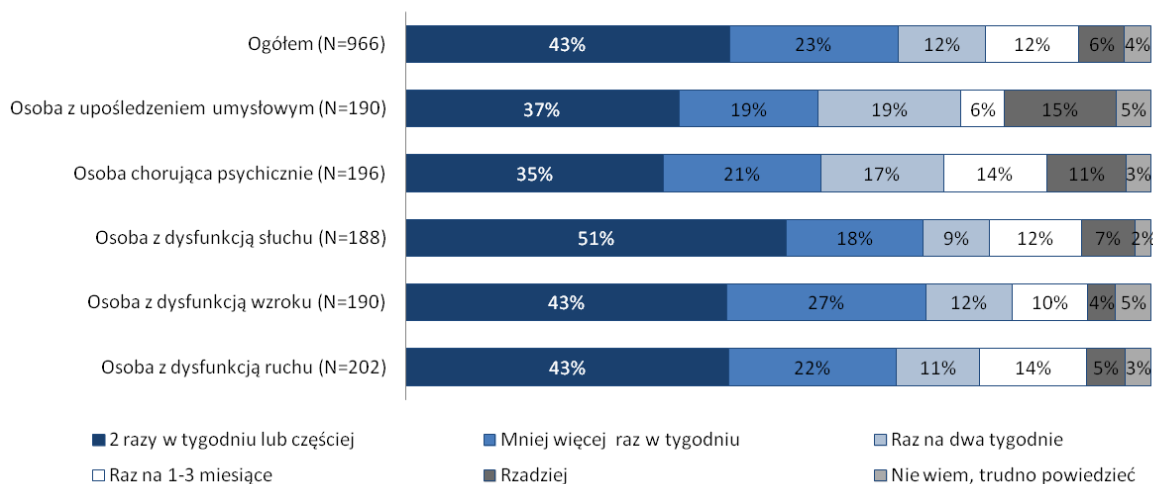
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Osoby z upośledzeniem umysłowym oraz chorujące psychicznie mają mniejsze grono bliskich znajomych w porównaniu do innych grup wyróżnionych ze względu na rodzaj dysfunkcji, a także z **mniejszą częstotliwością spotykają się w celach towarzyskich**. Nieco ponad 1/3 spotyka się 2 razy w tygodniu lub częściej, podczas gdy wśród osób z dysfunkcją słuchu odsetek ten wyniósł 51%, zaś w pozostałych grupach 43%. Częściej niż w pozostałych grupach spotykają się rzadziej niż raz na 1-3 miesiące. Należy tutaj przypomnieć, jak wspomniano powyżej, że aż 47% osób z upośledzeniem umysłowym nie chciałoby zwiększenia intensywności kontaktów z przyjaciółmi lub znajomymi.

Wśród powodów, dla których osoby z upośledzeniem umysłowym lub chorujące psychicznie nie spotykają się z większą częstotliwością ze znajomymi w celach towarzyskich, wymieniono brak czasu osoby niepełnosprawnej (odpowiednio 15% i 18%; w pozostałych rodzajach niepełnosprawności odsetek ten wynosił 24-25%), ale również brak czasu znajomych lub rodziny (odpowiednio 18% i 17%). **Charakterystycznym dla tych dwóch grup powodem jest również stan zdrowia, który utrudnia utrzymywanie częstych kontaktów towarzyskich** (odpowiednio 13% i 15%, podczas gdy w pozostałych grupach odsetek ten wyniósł 5-7%). **Konkretnie w przypadku osób chorujących psychicznie jest to złe samopoczucie psychiczne, zmiany nastroju, stany depresyjne i lękowe (36%), natomiast w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym – znaczny stopień niepełnosprawności oraz brak kontaktu z otoczeniem (20%), zamknięcie w sobie, izolacja (21%) czy też zachowanie aspołeczne – napady furii, krzyki, agresja (18%).**

Ponadto w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym wskazywano, że znajomi, rodzina nie chcą się spotykać z badanym (13%) lub badany nie chce się z nimi spotykać, bo ich nie lubi lub znajomi go nie rozumieją (10%). Osoby chorujące psychicznie, podobnie jak osoby z dysfunkcją wzroku lub słuchu przyznawały również, że nie mają potrzeby i ochoty z kimś się spotykać, jest im dobrze tak jak jest (13%).

Rysunek 76 Częstotliwość spotykania się ze znajomymi w celach towarzyskich według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

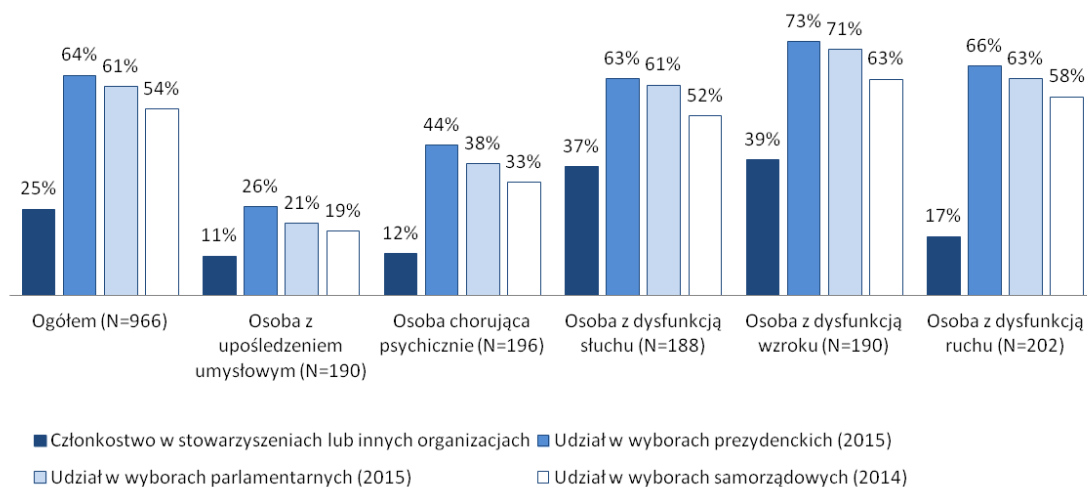
Przejawem poziomu integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem jest także skala partycypacji obywatelskiej. Według deklaracji badanych co czwarta osoba niepełnosprawna jest członkiem stowarzyszenia lub innej organizacji społecznej. Istotnie częściej są to osoby z dysfunkcją słuchu (37%) oraz dysfunkcją wzroku (39%). Zapewne należy wiązać to z rozpowszechnioną działalnością Polskiego Związku Głuchych czy też Polskiego Związku Niewidomych, które są organizacjami ogólnopolskimi, posiadającymi lokalne koła. Pewnym potwierdzeniem mogą tu być spontaniczne wypowiedzi respondentów – aż 94% osób z dysfunkcją wzroku oraz 84% z dysfunkcją słuchu należy do stowarzyszeń związanych z niepełnosprawnością.

Najrzadziej członkami stowarzyszeń lub innych organizacji społecznych są osoby z upośledzeniem umysłowym oraz chorujące psychicznie (około 11-12%). Jeżeli już przynależały do jakiejś organizacji pozarządowej, to najczęściej były to stowarzyszenia związane z niepełnosprawnością, ale również stowarzyszenia religijne/kościelne.

Osoby z upośledzeniem umysłowym oraz chorujące psychicznie najrzadziej również deklarowały udział w ostatnich wyborach prezydenckich, parlamentarnych, czy samorządowych. Powodem relatywnie niskiej frekwencji na tle pozostałych grup osób niepełnosprawnych, może być stan zdrowia umysłowego i psychicznego, który uniemożliwia podejmowanie samodzielnych decyzji.

W przypadku osób z pozostałymi dysfunkcjami obserwujemy szczególnie wysoki poziom frekwencji w ostatnich wyborach prezydenckich, parlamentarnych oraz samorządowych. Wśród osób z dysfunkcją wzroku ponad 70% badanych przyznało, że brało udział w wyborach prezydenckich oraz parlamentarnych w 2015 r. Analizując te wyniki należy mieć jednak na uwadze problemy, jakie dotyczą deklarowanego w badaniach udziału w wyborach, a rzeczywistej frekwencji. Dane Państwowej Komisji Wyborczej pokazują, że frekwencja w wyborach prezydenckich w 2015 r. wyniosła 48,96% w drugiej turze, w wyborach parlamentarnych do sejmu wyniosła 50,92%, zaś do senatu 50,91%. Natomiast frekwencja w wyborach samorządowych w pierwszej turze wyniosła 47,40%. Widać zatem, że deklaracje niektórych grup osób niepełnosprawnych znacząco przewyższają ogólną frekwencję w kraju.

Rysunek 77 Skala partycypacji obywatelskiej według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wyniki badania ilościowego pokazały, że istnieją duże potrzeby dotyczące różnych przejawów integracji społecznej i funkcjonowania w społeczeństwie w przypadku dwóch grup niepełnosprawnych: osób chorujących psychicznie oraz osób z upośledzeniem umysłowym. Specyfika tych niepełnosprawności okazuje się być bardzo dużą barierą dla włączenia społecznego – osoby chorujące psychicznie uciekają w związku z chorobą w izolację od kontaktów z innymi osobami, zaś osoby z upośledzeniem umysłowym mogą budzić w otoczeniu lęk lub niechęć ze względu np. na zachowanie odbiegające od przyjętych norm.

Pogłębionych informacji na temat potrzeb **osób z upośledzeniem umysłowym** dostarcza badanie jakościowe. O barierach w zakresie integracji osób z niepełnosprawnością intelektualną mówią zdecydowanie częściej ich opiekunowie, niż oni sami. Przyczyn tej sytuacji należy upatrywać nie w braku potrzeb, lecz raczej w specyfice funkcjonowania tych osób, które mają czasem problem w rozmowie o tematach abstrakcyjnych i odczuwają pewną barierę przy spotkaniu z obcą osobą. Nie znaczy to zatem, że ograniczeń takich nie ma, lub są mało istotne z perspektywy głównych zainteresowanych, lecz raczej, że przedstawicielom omawianej grupy trudniej o nich opowiadać niż miało to miejsce w przypadku innych niepełnosprawności.

Niepełnosprawność intelektualna należy do tych, które często są **widoczne gołym okiem** – odmienne rysy twarzy czy mimika, postura, wielkość i proporcje ciała wyróżniają często przedstawicieli tej grupy z tłumu i **wzbudzają zainteresowanie osób pełnosprawnych**. Wiele rodzin i samych niepełnosprawnych źle odbiera przejawy tego zainteresowania.

No były różne takie komentarze.

A ludzie się patrzyli natrętnie, tak natrętnie.

Teraz to się zdecydowanie zmieniło.

Ale też są głupie komentarze.

Nie baw się bo to głupie, nie.

Telewizja mówiła to uważali, że to głupie dziecko i nikt się tym nie zainteresował.

Tak, ale to nie tylko obcy, ale w rodzinie nawet takie sytuacje wychodziły.

Natomiast myśmy taki sposób obrali, że jak idziemy z Grześkiem, ktoś się przygląda tak natarczywie, mówimy dzień dobry, konsternacja. Dzień dobry z uśmiechem. Ta osoba nie wiedziała, czy ma odpowiedzieć dzień dobry. No więc różnych sposobów się człowiek imał. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Zapewne jest to związane z przekonaniem, że niepełnosprawność (np. Zespół Downa) stanowi dla rodziny „krzyż i utrapienie”, „karę”, w związku z czym przekazywane wsparcie to często... wyrazy współczucia. Tego rodzaju zachowania są oceniane jako bardzo niesprawiedliwe i przykre przez członków rodzin i samych niepełnosprawnych. Mówi się o potrzebie edukacji i budowania relacji społecznych opartych na tolerancji i równości, które pozwolą osobom wyróżniającym się wyglądem czuć się komfortowo w otoczeniu innych.

Jednak największym problemem w przypadku osób z omawianą niepełnosprawnością jest **nieadekwatność tempa rozwoju intelektualnego i emocjonalnego do wieku biologicznego**. Im człowiek staje się starszy, tym dysonans ten nabiera większego znaczenia. Dotyczy to zarówno płaszczyzny kontaktów z rówieśnikami – dostępności wspólnych tematów zabaw i rozmowy oraz zainteresowań, możliwości poznawczych, często sprawności fizycznej. Zasadniczą trudnością staje się zarówno dla rodzin, jak i co najmniej części samych niepełnosprawnych, **niemożność pełnienia związanych z etapem życia (wiekiem) ról społecznych** – kobiety/ mężczyzny, syna/ córki starzejących się rodziców, męża/ żony, pracownika i wielu innych.

Więc wolabym, żeby był zdrowy, ma już [prawie] 18 lat, dziecko się [w tym wieku] pomatu usamodzielnia. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Człowiek musi całe życie ustosunkować się do dziecka patrząc na dorosłego człowieka. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Dlatego **dorastający niepełnosprawni intelektualnie żyją w coraz większej izolacji od pełnosprawnych rówieśników**. Już od dzieciństwa często większość ich kontaktów społecznych rozgrywa się w gronie niepełnosprawnych dzieci i pełnosprawnych dorosłych, jednak z czasem, wraz z tym jak pełnosprawni rówolatkowie wchodzą w dorosłość, proces ten przybiera na sile.

Na rodzinę może liczyć, rodzina nam pomaga, wyjeżdżamy do rodziny, [syn] ma kontakt ze swoimi kuzynkami. (...) Te dziewczynki, które są teraz małe bawią się z nim, bo on się bawi w takie zabawy, w jakie one się teraz bawią: w lekarza, w biuro, w gotowanie. (...) A jeśli chodzi o jego rówieśników to jest przepaść. Nie ma tak, żeby przyszli, porozmawiali, pograli w piłkę, czy chińczyka, nawet jeżeli się bawią to Dawid stoi na uboczu, nie ma tak, że go zaczeplią, zaproszą do zabawy. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Na ogół jest tak, że otoczenie dziwnie na nas patrzy na osoby z zespołem Downa, w ogóle nie patrzy na nas. Maja takie coś, że my jesteśmy wielkimi dziećmi. (IDI 19, niepełnosprawność intelektualna, 36-45 lat, kobieta, duże miasto)

Osiąganie pełnoletności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną często nie jest powiązane z dojrzałością, tym niemniej osoba w pełni praw obywatelskich staje się niezależna od opiekunów od 18 roku życia (o ile nie zostaną ubezwłasnowolnione, co często ma miejsce w przypadku osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym). Ważne jest także poczucie uzyskania niezależności i możliwości uwolnienia się spod kontroli rodziny.

Tak, wie pani, ja nie jestem dzieckiem, mam swoje lata, mam chyba prawo żądać innego traktowania. Wie pani, nie jestem dzieckiem, do małego dziecka można wszystko powiedzieć, ale nie do osoby, która ma tyle lat. (IDI 19, niepełnosprawność intelektualna, 36-45 lat, kobieta, duże miasto)

Czasem efekty takich działań mogą mieć dla głównego zainteresowanego negatywne skutki zdrowotne, prawne, finansowe. Dlatego **rodziny stają przed dylematem skorzystania z możliwości ubezwłasnowolnienia**. Stanowi to poważny problem dla wielu rodziców, ponieważ pozbawienie praw jest procesem nieodwracalnym. Każdy chciałby z jednej strony zapewnić „dziecku” pełny udział w życiu i maksimum niezależności, z drugiej chronić je przed negatywnymi konsekwencjami niepełnosprawności.

Czyli zmusza się do ubezwłasnowolniania. Nie będę tutaj mówił o takich sprawach, że rodzice próbują w różny sposób żeby sobie to uprościć, szukają osób, które mogłyby dać, notariusz mógłby dać na przykład, w obecności notariusza dziecko daje niepełnosprawne pełnomocnictwo rodzicowi do załatwiania różnego rodzaju spraw i to w jakiś sposób, też, żeby nie ubezwłasnowolnić w jakiś sposób pomaga. Ale to rzeczywiście szuka się po całej Polsce takich notariuszy. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Istotnym punktem granicznym w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną jest **klauzula 25 roku i wyjścia z systemu edukacji**.

Ma obowiązek szkolny i się człowiek nie przejmuję, że gdzieś jutro, czy pojutrze może coś tam nie wypalić. Ma obowiązek szkolny i dziecko w szkole musi być. A z chwilą kiedy kończy szkołę zaczyna się problem. Bogu dzięki tu akurat są, jest ten zespół, ale masę, ja znam masę ludzi takich, którzy rzeczywiście kończy się szkoła i zaczyna się mur, schody. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Jest to okres bardzo dużego zagrożenia szybkim regresem nabytych umiejętności społecznych. Wynika to z braku spójności dalszej ścieżki wsparcia, zbyt małej liczby placówek rehabilitacji dla dorosłych, dużych problemów z podjęciem przez ONI zatrudnienia (zwłaszcza jeśli chodzi o osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności). Wielu rodziców jest zagubionych w wielości dostępnych form wsparcia a jednocześnie zdezorientowanych z powodu braku spójnych informacji i wiedzy co do tego jak optymalnie pracować dalej z dorosłym już dzieckiem, by zaspokoić jego zmieniające się potrzeby.

I szukamy jakiegoś miejsca zaczepienia dla dzieci. No ja...

Samemu trzeba szukać, nie ma żadnej pomocy z nikąd.

Czasami rodzice się dowiadują, pytają, jak są już w ostatnich klasach.

Miejscówkę się zajmuje.

Jedni mówią, że właściwie dziecko można spróbować do pracy, w zakładach pracy chronionej. Może spróbować na otwartym rynku. Do ŚDS-u, czy środowiskowego domu, czy do warsztatu terapii zajęciowej. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Szalenie ważnym aspektem tych zagrożeń jest utrata przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną **oparcia w rutynie dnia codziennego**. Dotychczasowy rytm dnia narzucany był przez obowiązki szkolne. Ich brak pozostawia lukę, którą trudno zapełnić opiekunom, nie łatwo również wyegzekwować realizację własnych pomysłów u 20-30 latka.

W tym okresie życia osób z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie ważne stają się **potrzeby asystenckie**. Zwłaszcza w sytuacji, gdy opiekunowie pracują i nie mogą sprawować nad podopiecznym stałej opieki. W pewnym stopniu potrzeby te bywają zaspokajane w ramach projektów prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Jeśli jednak pozwalają na to warunki materialne, podejmowane są próby zatrudnienia opiekuna, sprawującego „rodzicielską” opiekę na niepełnosprawnym członkiem rodziny, udzielającego wsparcia w realizacji codziennych obowiązków i wyręczającego w zakresie tych, które wykraczają poza preferencje lub możliwości osoby niepełnosprawnej. Taka pomoc, przynajmniej doraźnie wydaje się także potrzebna wcześniej, jeszcze w okresie szkolnym, ze względu na ograniczoną liczbę zwolnień lekarskich, z jakich rodzic może skorzystać na dziecko w ciągu roku oraz fakt, że wiele rodzin to rodziny niepełne, w których zapewnienie opieki w wypadku zdarzeń nieprzewidzianych bywa bardzo trudne.

- Kiedy nie ma szkoły, a my musimy iść do pracy. Rzeczywiście jest problem.

- Tu jest ten problem jeszcze właśnie zwolnień.

- Jak jest taki asystent, na jak długo takiego asystenta dziennie można wykorzystać?

- Jedna osoba przede wszystkim do dziecka, żeby te osoby się nie zmieniały jakoś tak, że jednego dnia jedna, drugiego dnia druga.

- Różne zachowania mają, różne schorzenia mają nasze dzieci i trudno przewidzieć. (IDI 19, niepełnosprawność intelektualna, 36-45 lat, kobieta, duże miasto)

Pomoc w życiu codziennym dotyczyć może takich spraw jak: dobór odpowiedniego do warunków pogodowych stroju, gotowanie posiłków, kontrola wydatków (wspólne robienie zakupów), zapewnianie towarzystwa i innych.

Mieszkam z mamą i moją opiekunką, która mi towarzyszy w życiu codziennym, pomaga mi. Pierze, sprząta i robi to w sposób idealny. Ja ją kocham żarliwą miłością. Pomaga mojej rodzinie i jest specjalnie dla mnie. Moja mama ma taką pracę, że wyjeżdża często, gęsto i ja zostaję właśnie z tą moją opiekunką. (...) Wychodzimy razem po zakupy, bo ja niestety nie znam się na pieniądzach, Osoby takie jak ja, czyli mające zespół Downa nie znają się często na pieniądzach. (IDI 19, niepełnosprawność intelektualna, 36-45 lat, kobieta, duże miasto)

Ważnym problemem w tym kontekście jest także kwestia przyszłości – myślenie o tym kto i w jaki sposób zadba o potrzeby i udzieli wsparcia, gdy rodzice nie będą już mogli samodzielnie sprawować opieki lub odejdą.

Natomiast, to co spędza sen z powiek nam rodzicom, to jest to, co po nas, prawda. Co będzie, jak i już takie myśli nam przychodzi, kto pierwszy, czy razem, czy oddzielnie.

Najlepiej by było. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Żeby miał zapewnioną rehabilitację, zapewnioną opiekę, żeby mógł na kogoś liczyć, nawet jeżeli by nas zabrakło. Tego się najbardziej boję, kto się nim zaopiekuje jak nas zabraknie. Dlatego go uczymy troszeczkę tej samodzielności, ale będzie musiał mieć osobę, która mu będzie pomagała - gotowanie, sprzątanie, pranie. To wszystko koło niego trzeba zrobić. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Podobnie jak w przypadku zakończenia okresu nauki, wybory związane z zabezpieczeniem przyszłości niepełnosprawnych członków rodziny są bardzo trudne. Opiekunowie rozważają możliwość powierzenia podopiecznych innym członkom rodziny, lecz również poszukują placówek opiekuńczych, które mogłyby spełnić podobną rolę. Z całą pewnością także w tym obszarze potrzebne jest doradztwo i dostęp do informacji. Powstają także inicjatywy oddolne takie jak prowadzony przez PSONI Dom Rodzinny im. Czesławy Rzymowskiej w Warszawie, wskazywany przez opiekunów osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym jako wzorcowa placówka.

W przypadku **osób chorujących psychicznie** ogromnym problemem w zakresie integracji jest **bardzo silna stygmatyzacja społeczna** osób z takimi zaburzeniami. Przekonanie o **negatywnym postrzeganiu chorób psychicznych**, stereotypizacji i dystansie, jaki wzbudza informacja o doświadczaniu problemów tego rodzaju sprawia, że wielu z badanych ukrywa przyczynę swojego stanu nawet przed najbliższym otoczeniem. Powoduje to automatycznie ochłodzenie lub zerwanie relacji.

Jednocześnie **potrzeba nawiązania bliskiej, trwałej, zaufanej relacji** należy do najczęściej wymienianych ważnych potrzeb, o jakich mówią przedstawiciele tej grupy.

[Chciałabym, żebym] poznała normalnego faceta. Jak najdłużej trzymała się w pracy. I żeby moje życie poszło wymiennie.

A normalny facet, to jaki by był?

Taki, nie alkoholik, nie ćpun taki, żeby też miał swoją pracę, żebym nie musiała go utrzymywać. (IDI 14 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, wieś)

[Gdybym złapała złotą rybkę] to bym chciała nie mieć sprawy w sądzie, chciałabym być zdrowa, chciałabym wyjść za męża, mieć dzieci, wnuki. (IDI 16 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

Ja przez swoją chorobę mam problemy ze znalezieniem drugiej osoby- to jest moja trudność. Nie mam szczęścia. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

W tym samym czasie wielu z badanych świadomie wycofuje się z relacji z innymi z **obawy o swoje nieprzewidywalne reakcje**, wspominając kryzysy lub niekontrolowane zachowania, które w ich odbiorze mogłyby utwierdzać innych w negatywnych wyobrażeniach na temat chorujących psychicznie.

W ogóle samopoczucie, ale też i takie relacje międzyludzkie, bo nigdy nie mogę przewidzieć jak zareaguję- jestem nieprzewidywalna. Dla samej siebie. I to mnie też zaskakuje i nawet nieraz przeraża. No mi najbardziej chyba też właśnie te relacje z innymi ludźmi. To jest tak ciężko, bo czasami się zamykam w domu na kilka miesięcy, nie odbieram telefonów, także znajomi się też odsunęli. Ja sobie zdaję sobie z tego sprawę, że ciężko jest utrzymać relację. Czasami jest tak, że chciałabym mieć kogoś, kto zrobi zakupy, bo jest mi tak źle, że nawet tych zakupów nie mogę zrobić, czy ugotować obiad ktoś. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

W tej chwili, że nie mogę [myśleć] tylko o pracy, trzeba się odpowiednio zachować w stosunku do swoich kolegów z pracy dlatego, że mam takie głosy, że mnie w inne miejsce dadzą, tylko komuś ubliżę, kogoś uderzę, jak jestem w pracy to nie mogę się przyznawać, bo zależy mi na pracy, ale głównie na tym, żeby się odpowiednio zachować do swoich kolegów. (IDI 16 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

Sytuacje takie powodują u chorych ogromne **napięcie i stres**, które mogą zaburzać przebieg leczenia i rekonwalescencji, a z pewnością wpływają negatywnie na ich samopoczucie i poziom gotowości do nawiązywania i utrzymywania związków z innymi ludźmi, co pokazało również badanie ilościowe. Sytuacja ta trzyma ich w pułapce – cierpią z powodu samotności i poczucia wyalienowania, a jednocześnie poprzez alienację starają się chronić siebie i innych przed skutkami swojej choroby.

Obserwacje rodzin osób chorych psychicznie są spójne z tymi opisami:

Przede wszystkim, że on [syn] jest osobą zamkniętą, małomówną, tak że tak naprawdę z nim jest bardzo trudny kontakt. On z powodu tego, że jest taką osobą małomówną, zamkniętą to i ten kontakt z rodzeństwem, oni oczywiście w pewien sposób mu się narzucają, rozmawiają, coś tam wycinają, w jakieś rozmowy, coś, no ale on unika rozmów. (IDI 15 choroba psychiczna, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, małe miasto, (matka))

Syn potrafi być, no wiadomo, że i widać po nim, że jest inny i czasami mieliśmy różnego rodzaju takie przykre sytuacje, jak na przykład byłem z dziećmi w górach. Wspinaliśmy się, zdobywaliśmy jakiś szczyt, no to wynikało też ze zmęczenia, ale Szymon potrafił, nie zwracając uwagi na ludzi, krzyknąć, wyzywać i różne rzeczy robić, no a starszy syn widzę, że jest wtedy taki spięty, że chyba się po prostu wstydzi tej całej sytuacji. (IDI 13 choroba psychiczna, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto, (matka))

Wydaje się w związku z tym bardzo ważne tworzenie warunków, w których w kontrolowanych przez specjalistów sytuacjach, będzie możliwe nawiązywanie i rozwijanie kontaktów z innymi osobami. Wydaje się, że pobyt na dziennych oddziałach spełnia taką rolę, podobnie jak część oferowanych przez organizacje pozarządowe zajęć aktywizacyjnych dla osób dobrze funkcjonujących. Dla części badanych formą terapii jest również praca, zwłaszcza, jeśli udaje się ją utrzymać przez dłuższy okres i jest się docenianym.

Pracuję w McDonalddie, w Złoty Tarasach. Bardzo dobrze się tam czuję, nie chcę się w ogóle przenieść. Kierownicza się zmieniła, taka fajna kobieta jest. Trzy lata. Prawie cztery. Może będę miała dyplom, za rok będzie pięć lat, to już będę miała dyplom. Fajnie tam, znajomi są, koleżanki i koledzy. (IDI 14 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, wieś)

W lęku i niepewności żyją także rodziny osób chorujących psychicznie. Obawiają się samej choroby – jej chimeryczności, zaostrzeń, zmian, nieprzewidywalnych reakcji chorego, natręctw, izolacji i odepchnięcia w relacjach w rodzinie. Jednocześnie są poddawane pewnej presji zewnętrznej – zachowania chorego członka rodziny nie pozostają niezauważone i często są przez sąsiadów, znajomych, otaczających ludzi interpretowane na niekorzyść rodziny.

Nawet to, że mieszkamy w bloku, w mieszkaniu i są sąsiedzi, którzy też muszą znosić krzyki Szymona. On czasami w przeszłości był bardzo agresywny, potrafił krzyczeć, potrafił rzucać kubkami, naprawdę był bardzo, swego czasu, taki właśnie niedobry. To jest taka trudność na przykład. Ludzie też tak nie rozumieją. W ogóle spotykałam się często z tym, że do mnie mieli pretensję, że ja nie potrafię syna wychować. To jest na pewno niesprawiedliwe, przykre. Właśnie ta reakcja ludzi... (IDI 13 choroba psychiczna, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto, (matka))

Rodzina jest poddawana ogromnej presji, w związku z czym często mówiono o potrzebie odpoczynku przez zapewnienie niepełnosprawnemu członkowi rodziny **opieki asystenta**. Taka, nawet zaledwie kilkugodzinna „przerwa od odpowiedzialności”, pozwoliłaby zrzucić część napięcia, poświęcić czas pozostałym członkom rodziny, oderwać się od choroby, której zasięg obejmuje w życiu codziennym wszystkich domowników.

No i przede wszystkim [rodzice] powinni być odciążeni w taki sposób, że się im zabiera dziecko na jakiś czas. Poznałam wielu rodziców, którzy po prostu są wyczerpani, mając takie kilkunastoletnie dziecko, szczególnie dorosłe tak naprawdę osoby już, rodzice no, albo są w depresjach. Tak jak mój mąż, też do tej pory moim zdaniem się nie pogodził z tym, że ma dziecko autystyczne. Powinni być w ten sposób moim zdaniem rodzice odciążeni, że na przykład też muszą pracować, że to dziecko na przykład wychodzi z asystentem właśnie na jakąś wycieczkę. Cyklicznie, dwa razy w tygodniu jest zabierane, czy nawet na weekendy, że rodzice mają możliwość oddania tego dziecka pod opiekę jakiejś instytucji, gdzie to dziecko ma zapewnioną terapię przez kilka godzin, tak jak osoby dorosłe. (IDI 13 choroba psychiczna, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto, (matka))

Rodziny zwracają również uwagę na to, jaką rolę asystent mógłby spełnić dla samego chorego – zwłaszcza osoby dorosłej, dla której mieszkanie z rodzicami i pewna od nich zależność stanowią z pewnością problem. Oczekuje się, że **asystent mógłby stać się przyjacielem-terapeutą**, który wprowadzi chorego w świat jego zaburzeń i pomoże się po nim poruszać – w tym wpłynie na niepożądane zachowania, wyjaśni wątpliwości, pokieruje.

Więc tak naprawdę chciałabym, żeby on miał takiego swojego osobistego opiekuna, który by tak naprawdę porozmawiał z nim na różne tematy, który tak naprawdę, osoba która kompetentna byłaby i wiedziała na temat tej choroby, jak to jest z jego zachowaniem i wie Pani, rozmawiała na różne tematy itd. Bo z rodzicami się rozmawia trudno, najlepiej zamknąć się w pokoju. (IDI 15 choroba psychiczna, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, małe miasto, (matka))

Choroba psychiczna wydaje się być bardzo destrukcyjna dla całej rodziny. Nadwyrężone zostają jej podstawy takie jak wzajemne zaufanie, poczucie więzi.

No, wie Pani, jest problem, jeśli zaczyna się choroba, zaczynają się problemy, zaczynają się problemy zdrowotne, zaczynają się problemy wtedy w rodzinie. No to po prostu wszystko zaburza ten rytm taki spokoju itd. Tak naprawdę no to przede wszystkim, zaufanie, miłość w rodzinie też. (IDI 15 choroba psychiczna, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, małe miasto, (matka))

Konfrontacja z chorobą dziecka wydaje się także być znaczącą próbą dla **tożsamości i poczucia własnej wartości rodziców**, którzy stają się bardziej podatni na zagrożenie załamaniem psychicznym, utratą motywacji i zaangażowania.

Bardzo wiele osób tak właśnie kończy, że są przy rodzinach i żyją tak po prostu z dnia na dzień, bez żadnego zajęcia, a rodzinom już w ogóle się nie chce już wychodzić z tą osobą nigdzie. To dla mnie jest tragedia. Spotkałam kiedyś taką osobę starszego pana, który wyprowadzał syna jak psa, tak wieczorami do Lasu Kabackiego, tak żeby się po prostu wychodziła ta osoba dorosła, wychodziła no i do domu. To chyba nie na tym to polega. (IDI 13 choroba psychiczna, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto, (matka))

Wydaje się ważne przeciwdziałanie takim sytuacjom poprzez wspieranie, pokierowanie i odciążanie rodziny w wyborach terapeutycznych i edukacyjnych oraz wychowawczych tak, by choroba jednej osoby nie niszczyła całej rodziny. Badanie jakościowe sygnalizuje, że taka pomoc nie jest oferowana w sposób systemowy, raczej świadczą ją doraźnie organizacje pozarządowe, do których dociera tylko część rodzin, podczas gdy wiele zostaje pozostawianych samym sobie.

Pozostałe grupy osób niepełnosprawnych, które w badaniach ilościowych w mniejszym stopniu odczuwały potrzeby w obszarze integracji i włączenia niż osoby chorujące psychicznie czy z upośledzeniem umysłowym,

jak wskazuje badanie jakościowe również borykają się ze specyficznymi barierami, utrudniającymi im funkcjonowanie w społeczeństwie.

Główną barierą integracji dla **osób z dysfunkcją ruchu** jest nieprzystosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób o ograniczonej swobodzie poruszania się. Bariery te zostaną omówione w dalszej części raportu. Natomiast nie odnotowano w badaniach jakościowych typowo zdrowotnych, komunikacyjnych lub świadomościowych barier, charakterystycznych dla innych rodzajów niepełnosprawności.

W przypadku **osób z dysfunkcją wzroku** identyfikuje się dwie główne przyczyny utrudniające pełną integrację z otoczeniem:

- **Dysfunkcję samą w sobie** – niemożność doświadczania w pełni bodźców wizualnych i dzielenia takich doświadczeń z innymi (np. wspólne wyjście do kina czy teatru);
- Bariery zewnętrzne – **niewiedza i niezrozumienie problemów osób słabowidzących i niewidomych** oraz **obawy przed nawiązywaniem kontaktu**. Zdarza się, że brak wiedzy prowadzi do problemów w kontaktach, gdy np. chęć niesienia pomocy jest odbierana jako agresja lub natręctwo przez samych niepełnosprawnych.

Ludzie pełnosprawni sobie absolutnie nie zdają sprawy jak z innymi ludźmi rozmawiać, jak się w stosunku do nich zachowywać, jakie ci ludzie mają potrzeby i ci policjanci [których szkole z zakresu kontaktów z ON], otwierają szeroko oczy jak ja im opowiadam, że na przykład nie można kogoś szarpać, kto nie widzi, bo to wywołuje strach. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Osoba słabowidząca i niewidoma ma ograniczony dostęp do rozrywki, kultury i sztuki. Rzadko oferowana jest możliwość dotknięcia ekspozycji, tymczasem „oglądanie za pomocą dotyku” jest dla wielu osób z takim schorzeniem jedyną dostępną formą zapoznawania się ze sztuką czy nauką.

Zwraca się również uwagę na poważne ograniczenia dotyczące aktywności fizycznej. Nie mówiono w tym kontekście o rehabilitacji, ale o możliwości uprawiania sportów. Przeciwskazaniem do części z nich jest konieczności posługiwania się wózkiem, ale również potrzeba oszczędzania organizmu - unikania przeciążenia wzroku.

Ja bym chciał na przykład grać w piłkę nożną, ale u osób pełnosprawnych, czyli gdzie jest dynamika sytuacji, a nie jak w przypadku osób niepełnosprawnych wzrokowo, czyli mamy tam goal ball. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

Ja na przykład na początku jak straciłem wzrok to trochę się za bardzo posłuchałem lekarza. Powiedział, że ze względu na moją przypadłość- ja mam zanik nerwów- żebym bardzo unikał wysiłku fizycznego. No i człowiek za bardzo posłuchał, jeszcze nie wiedział co to za choroba dokładnie nie i tak trochę siadł. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

W przypadku części reprezentantów środowiska słabowidzących, **niepełnosprawność nabyta w wieku dorosłym wpływa na obniżenie poczucia własnej wartości**. Wynikające z przekonania, że utrudnia ona dorównanie kroku rówieśnikom – na polu osobistym, zawodowym, co przekłada się także na możliwości ekonomiczne i związaną z tym atrakcyjność dla przedstawicieli płci przeciwnej.

Natomiast no zdają sobie sprawę, że jeżeli chodzi o te bliższe relacje może z płcią przeciwną, to trochę jest ta inna tak jakby bariera, w sensie, że dzisiaj krótko mówiąc każdy chce żyć wygodniej, lepiej, sprawniej, szybciej. Ta dynamika powoduje, że czują się troszeczkę gorszy w tej sytuacji. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

Problemem jest **poczucie „bezużyteczności”**, które pojawia się u niektórych osób, zwłaszcza wcześniej żyjących bardzo aktywnie, samodzielnych i przebojowych, które osiągały sukcesy.

Oni [ci, którzy nagle stracili wzrok] przychodzą i są kompletnie zagubieni. Mniej więcej pół roku temu, trafił do mnie pan, który tak jak twierdzi, nie widzi nic, co jest oczywiście nieprawdą, bo widzi i to widzi nawet sporo, w sensie takim, że może się samodzielnie poruszać, że coś tam jeszcze przy pomocy lupki poczyta, ale on był prezesem Banku Spółdzielczego w okolicy. No i on nie mógł czy nawet nie chciał się pogodzić, chciał się targnąć na swoje życie. (IDI 4 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, wieś)

Dla nich szczególne znaczenie ma fakt, by trafiły do organizacji działających lokalnie na rzecz środowiska. W tych miejscach otrzymują zarówno pomoc funkcjonalną (instrukcję jak postępować, naukę samodzielności), jak i wsparcie emocjonalne, dzięki dotarciu do osób, z których co najmniej część podziela ich doświadczenia.

Odpowiedzią na wiele z wymienionych potrzeb jest **zapewnienie asysty osobie niedowidzącej lub niewidomej**, przynajmniej w wybranych sytuacjach takich jak: zrobienie zakupów, dotarcie w nieznanne miejsce, załatwienie sprawy urzędowej. Rolę takiego asystenta spełniają obecnie często członkowie rodzin.

Problemem rodzin, zwłaszcza tam, gdzie niepełnosprawność wzroku ujawnia się w dzieciństwie chorego, jest **nadopiekuńczość rodziców/ opiekunów**. Jej źródła należy oczywiście upatrywać w chęci chronienia dziecka i zapewnienia mu bezpieczeństwa (zarówno fizycznego, jak i wyegzekwowania należnych mu praw i przywilejów). Tym niemniej nieumiejętność rozluźniania relacji i uczenia samodzielności powoduje wiele szkód w perspektywie dalszego życia niewidomych. Problemy te wskazują bardzo istotny obszar, jakim jest **psychologiczno-wychowawcze wsparcie skierowane do rodzin**.

Próbujemy, ale często gęsto na upór nie ma siły. Pokazujemy przykłady innych ludzi. Bo to nie jest tylko tak, że mamy samych oportunistów, ale też są tacy, którzy pozwalają temu dziecku się wyrwać. (...) Często też są organizowane różnego rodzaju spotkania dla dzieciaków czy też na przykład letnie obozy dla dzieci i młodzieży. I tam tych dzieciaków się trochę pojawia, choć często gęsto są obawy rodziców, ale to już rolą tych, którzy się tym zajmują jest to, aby tych rodziców przekonać, pokazać, żeby uwierzyli, że dziecko jest więcej warte niż oni myślą. (IDI 4 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, wieś)

Chociażby u mnie w grupie dziewczyna nie radzi sobie z posmarowaniem kanapki masłem. Jest też spastykiem, ma swoje spastyczności, ale to jeżeli chodzi o dziewczyny niewidome, które nie mają żadnych innych chorób, to też sobie nie radzą w podstawowych czynnościach. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Z całą pewnością organizacje pozarządowe odpowiadają na potrzeby rodzin dotyczące docierania do informacji o chorobie, radzenia sobie z emocjonalnymi konsekwencjami utraty wzroku u bliskich, a także stwarzają szansę, zwłaszcza samym niepełnosprawnym, na uwalnianie się spod nadmiernego wpływu opiekunów. Jednak nie wszyscy do nich docierają, ze względu na ograniczony przepływ informacji w systemie wsparcia, brak umiejętności poszukiwania informacji, czasem brak dostępu do odpowiednich zasobów (np. dostosowanego komputera itp.).

Integracja społeczna wydaje się być obszarem trudnym w przypadku **osób z dysfunkcją słuchu**, zwłaszcza głuchych od urodzenia. Bariera językowa, jaką powoduje fakt, że **większość Słyszących nie zna języka migowego**, a fakt, że **polski język migowy i język polski nie stanowią dwóch odmian jednego języka**, ale pod wieloma względami języki odmienne, sprawia, że skomunikowanie się jest dużo trudniejsze, niż wydaje się Słyszącym. Trzeba bowiem brać pod uwagę, że **wielu Głuchych nie mówi** (ponieważ nie jest w stanie), a porozumienie się za pomocą pisma jest zawodne – ze względu na różnice językowe i znacznie większą ilość słów, jaką posługujemy się w języku polskim niż PJM.

Większość słyszących nie zna życia Głuchych. (FGI 1 Głusi)

Głusi tam mogą pisać, ale chcą mówić nie mogą. Czuję się, że chcę mówić, ale nie mogę. A słabo słyszący mają lepiej, bo mogą mówić i migać. Wszystko rozumie. A Głusi ciężko. (IDI 5 niepełnosprawność słuchu, 14-17, wieś)

Zdaniem Głuchych, **większość Słyszących nie zdaje sobie sprawy ze złożoności tej sytuacji**, co wymaga prowadzenia kampanii informacyjnych, w których opisane problemy zostaną w sposób prosty wyłożone.

Czuję, że życie jest smutne, nieprzyjemne, smutne ale to jest mój kraj Polska człowiek, człowiek oboje jesteśmy tacy sami. Ja nie jestem małą, dlaczego ludzie nas traktują w ten sposób. (FGI 1 Głusi)

Trudności **w komunikacji** powodują, że w interakcje słyszący-głuchy **szybko wkrada się nerwowość z obu stron** – głuchy jest sfrustrowany, ponieważ nie może się porozumieć, Słyszący nie wie, w jaki sposób ułatwić komunikację i najczęściej nie korzysta z prostych metod wsparcia – mówienie przodem do rozmówcy z odsłoniętą twarzą, wyraźne artykułowanie, gestykulacja, które mogą pomóc się porozumieć z osobą czytającą z ruchu warg.

Ja powiem bo nie chce zapomnieć. Ważne. Ja idę do PEFRON czy MOPS obojętnie, jaki urząd i już w środku czuję że się trzęsę, już mam taki niepokój, muszę go zdusić, wytrzymać. (FGI 1 Głusi)

[Ważne, aby] urzędnicy wiedzieli jak się zachować jeżeli spotkają osobę niesłysząca, a nie od razu panikują i nie wiedzą co zrobić. Panikują, nerwowo się zachowują i nie wiedzą jak mają sobie poradzić. Ja jako osoba głucha też czuję się zestresowana i nie wiem co zrobić a taka sytuacja jest niepotrzebna. (FGI 1 Głusi)

Zdaniem Głuchych **społeczne postrzeganie i traktowanie ich grupy jest bardzo negatywne**. Panuje przekonanie, że Głuchy traktowany jest, jako „głupi”, ze względu na to, że nie mówi. Nie dziwi więc fakt, że uważa się ten pogląd za niezwykle krzywdzący.

Tak musi być takie wsparcie, świadomość, bo teraz to często słyszący patrzy, że Głuchy to znaczy głupi, atak nie jest tylko potrzeba trochę wsparcia żeby Głuchy mógł się rozwijać.

Tak myślą Głuchy to prymitywny, mało inteligentny

W większości ludzie z tego powodu pozwalają sobie traktować Głuchych gorzej, wykorzystują. (FGI 1 Głusi)

Taka sytuacja wpływa również na dostęp do systemu kształcenia, doradztwa zawodowego i pracy.

Uczestnicy prowadzonych badań sygnalizują, że **Głusi są bardziej niż inne grupy niepełnosprawnych, narażeni na przemoc i wykluczenie**, ponieważ często nie mogą się obronić słowem, krzykiem, udzieleniem informacji, a ponadto nie znają alternatywnych sposobów skomunikowania się z numerami alarmowymi czy służbami porządkowymi, które mogłyby ich chronić.

Badanie jakościowe wskazuje, że **skala przemocy i złego traktowania Głuchych współcześnie jest zatrważająco wysoka**. Uczestnicy dyskusji grupowych wskazywali przykłady przetrzymywania osób głuchych w zamknięciu, w domach, w piwnicach; odbierania młodym matkom dzieci; utajniania gwałtu na podopiecznym i jego konsekwencji oraz nie udzielania wsparcia po tak traumatycznym przeżyciu. Może to tłumaczyć relatywnie duże zainteresowanie w badaniu ilościowym osób z deficytem słuchu pomocą prawną.

To była ładna dziewczyna, zaszła w ciążę, ale dziecko zabrała na wychowanie jej mama i ona została w czterech ścianach. Ona jak była młoda 19 lat została zgwałcona przez żołnierza. Matka jej nie wypuszczała z domu, zamknęła ją w czterech ścianach nie pokazywała ludziom, potem dziecko zabrała i dziecko do niej mówi mamę a nie babciu. Córkę zamknęła w takim pomieszczeniu z małym okienkiem. (FGI 1 Głusi)

- Znam też takie sytuacje, że jest bogaty dom, willa i cała rodzina mieszka wygodnie, a głuchy w piwnicy. (FGI 1 Głusi)

Bariery komunikacyjne powodują, że **dostęp Głuchych do specjalistycznych terapii psychologicznych, czy psychiatrycznych jest trudny lub niemożliwy**. Brakuje tłumaczy, którzy pracowaliby z osobami wymagającymi tego rodzaju wsparcia, co sprawia, że wiele osób nie ma żadnej możliwości by je otrzymać.

Jest jeszcze problem, ponieważ brakuje terapii dla głuchych w sensie jeżeli jest osoba głucha i ma dodatkowe schorzenia to tak, ale jeżeli jest tylko Głucha to problem na przykład pomoc psychologa, osoba Głucha musi wzywać

tłumacza i jest przy tym trzecia osoba. Jeżeli osoba Głucha jeszcze potrafi komunikować się poprzez pisanie to dobrze, bo jakoś sobie poradzi, ale jeżeli nie potrafi to już jest problem w terapii nie pójdzie nie uratuje siebie. Człowiek spada na dno, nie o to chodzi na przykład depresja, sytuacje życiowe, Głusi są zagubieni bez wsparcia, głuchy szuka pomocy w PZG, bo tu pomogą rozwiązać problemy. (FGI 1 Głusi)

W tym kontekście, podobnie w kontaktach z innymi lekarzami podnoszony jest **problem tajemnicy lekarskiej i zgody lekarza na udział osoby trzeciej w wizycie i stawianiu diagnozy.**

Na bariery związane z integracją napotykają także osoby słabosłyszące, o mniejszym ubytku słuchu. Z ich perspektywy trudnością w relacjach z innymi staje się konieczność zmiany nawyków otoczenia. Potrzeba by mówić głośniej, zaakceptować to, że słabosłyszący „krzyczy”, ponieważ potrzebuje mówić na tyle głośno, by słyszeć samego siebie. Takim osobom często jest przyczepiana etykieta osoby głośnej, natarczywej, nieprzyjemnej. W wielu sytuacjach powoduje to wycofywanie się słabosłyszącego z relacji.

Bardzo duży dyskomfort. Rozmawiając z kimś nauczyłam się patrzeć (w tej chwili mam jeden aparat, powinnam mieć dwa), odgadywać, co mówi, czytać w myślach :-). Słyszeć głos a nie rozumieć tego, co ktoś mówi to jest duży dyskomfort. Od tego boli głowa, bolą oczy, w ogóle człowiek źle się czuje. To jest złe. Mówię głośno i ludzie odnoszą wrażenie, że jestem krzykliwa. A ja nie to, że krzyczę, ja po prostu muszę się usłyszeć. Bo mi się wydaje, że oni też mnie nie słyszą. (IDI 8 niepełnosprawność słuchu, stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

O ile wiele problemów słabosłyszących rozwiązać można poprzez zapewnienie dobrze dobranego aparatu słuchowego, wielu Głuchych nie akceptuje takiego rozwiązania, ponieważ nie zwiększa ono de facto ich komfortu porozumiewania się, a jedynie naraża ich na przebywanie w hałasie.

Jak urodziłem nosiłem aparat słuchowy. Jak miałem 6 lat już mnie przeszkadzał i nie chciałem nosić aparat słuchowy. Czuję się hałas, szum i dźwięk. Było dla mnie nie wygodny. Zdejmowałem i czuję się pokój. Znow zakładałem i zdecydowałem że nie chce. (IDI 5 niepełnosprawność słuchu, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Wymienione problemy wskazują, że poszukiwanie rozwiązań dotyczących możliwości zwiększania integracji środowisk Głuchych i słyszących wymaga szczególnej uwagi. Duże zaniepokojenie wzbudza sygnalizowana skala przemocy wobec Głuchych, iż z pewnością jest to kwestia wymagająca uwagi i monitoringu. Niezbędne wydaje się prowadzenie zarówno działań skierowanych do Głuchych z zakresu reagowania na sytuacje zagrożenia, jak i adresowanych do policji i straży miejskich/ wiejskich z zakresu reagowania na sytuacje podejrzone i komunikowania się z Głuchymi. Jeśli skala negatywnych stereotypów i uprzedzeń dotyczących Głuchych istotnie jest tak znacząca, jak sygnalizują zrealizowane badania, wydaje się szczególnie istotne podjęcie działań w celu przybliżenia funkcjonowania osób Głuchych i komunikacji z nimi, by rozpocząć proces przełamania istniejących barier.

Obszar integracji, mimo swojej wagi dla funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie, zdaje się zawierać nie do końca uświadomiane potrzeby. Przy uwzględnieniu spontanicznych wypowiedzi badanych w badaniu ilościowym integracji nie powinno się zaliczać do kluczowych potrzeb, koniecznych do zaspokojenia, aby osoba niepełnosprawna mogła funkcjonować w sposób optymalny. Potrzeby przynależące do obszaru integracja/włączenie wymieniło 13% ogółu badanych, a na zagadnienia związane z rehabilitacją społeczną wskazało 3%. **Należy jednak zwrócić uwagę na znaczące zróżnicowanie potrzeb w tym obszarze ze względu na rodzaj dysfunkcji. Integracja/włączenie to istotna potrzeba z punktu widzenia optymalnego funkcjonowania osób z upośledzeniem umysłowym – aż 45% wskazań w tej grupie.** Jest to drugi pod względem istotności obszar po mieszkalnictwie/ samodzielnym życiu. **W sferze tej istotne potrzeby zgłaszali też chorujący psychicznie (33%) – zaspokojenie potrzeb związanych z integracją/włączeniem plasowało się w tej grupie na równi z zaspokojeniem potrzeb związanych z pracą, mieszkalnictwem/samodzielnym życiem czy**

opieką medyczną. Nieco mniejsze znaczenie integracja/włączenie miała dla osób z dysfunkcją wzroku (24%), zaś **najmniej potrzeb w tym obszarze zgłaszały osoby z dysfunkcją słuchu (12%)³³ oraz ruchu (3%).**

Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością na poziomie ogólnym pokazuje, że obszar integracja/włączenie oraz rehabilitacja społeczna plasują się w ćwiartce małego zapotrzebowania i jednocześnie dużego zaspokojenia potrzeb. Uwagi jednak wymaga fakt, iż w ramach różnych grup osób niepełnosprawnych sytuacja w tym obszarze przedstawia się inaczej.

- **Osoby z upośledzeniem umysłowym:** integracja i włączenie należy do potrzeb o dość dużym zapotrzebowaniu, ale również dość dużym zaspokojeniu.
- **Osoby z chorobami psychicznymi:** dość duże zapotrzebowanie na integrację/włączenie, ale relatywnie małe zaspokojenie.
- **Osoby z dysfunkcją słuchu:** małe zapotrzebowanie, ale również małe zaspokojenie potrzeb w obszarze integracja/włączenie.
- **Osoby z dysfunkcją wzroku oraz ruchu:** integracja/włączenie plasuje się w grupie potrzeb o małym zapotrzebowaniu i dużym zaspokojeniu.

Widać zatem, że w przypadku integracji i włączenia należy zwrócić szczególną uwagę na grupę osób chorujących psychicznie, która posiada duże, niezaspokojone obszary związane z tym obszarem.

Analizując istotność oraz wykorzystanie różnych rodzajów dostępnego wsparcia w obszarze integracja/włączenie rehabilitacja społeczna, można dostrzec, iż osoby niepełnosprawne zgłaszały w badaniu ilościowym nieco większe potrzeby w zakresie pomocy psychologicznej niż pomocy prawnej. Pomoc psychologiczna była bardzo ważną lub wręcz kluczową formą wsparcia dla 37% ogółu badanych niepełnosprawnych, zaś pomoc prawna dla 31%. Osoby niepełnosprawne również częściej korzystały z pomocy psychologicznej (16% korzystało w momencie badania, a 28% kiedykolwiek), niż prawnej (odpowiednio 5% i 16%).

Należy podkreślić, że pomoc psychologiczna była szczególnie istotna dla dwóch grup osób niepełnosprawnych – osób z upośledzeniem umysłowym oraz osób chorujących psychicznie. W przypadku obu grup ponad 60% badanych uznało ten rodzaj wsparcia za bardzo ważny lub kluczowy. **Istotność tej formy wsparcia dla osób chorujących psychicznie ilustruje również fakt, że była to forma wsparcia, z której badani z tego rodzaju niepełnosprawnością korzystali najczęściej na tle pozostałych ocenianych w badaniu rodzajów wsparcia, ale także na tle innych badanych grup niepełnosprawnych.** Ponad połowa osób chorujących psychicznie korzystała z pomocy psychologicznej w momencie przeprowadzania badania, a ponad 2/3 miało okazję skorzystać z takiego wsparcia w swoim życiu. W przypadku osób z upośledzeniem umysłowym odsetki te były niższe i wyniosły odpowiednio 36% oraz 48%. W grupie tej pomoc psychologiczna była drugim rodzajem wsparcia (po udziale w zajęciach rehabilitacyjnych), z którego korzystano.

- Waga wsparcia psychologicznego dla osób z upośledzeniem umysłowym malała wraz z wiekiem – w grupie osób w wieku 14-17 lat szczególną istotność tej formy wsparcia podkreślało 71% badanych, zaś w grupie 46-60 lat było to 60%. Jest to także jedna z kluczowych form wsparcia dla osób, które nabyły niepełnosprawność umysłową po 14 roku życia (85%) oraz ze znacznym stopniem niepełnosprawności (68%).
- W przypadku osób chorujących psychicznie wsparcie psychologiczne było częściej kluczowe dla kobiet (71%) niż mężczyzn (58%), osób w wieku 18-45 lat (76%), czy też tych, które nabyły niepełnosprawność po 14 roku życia (76%). Należy również zwrócić uwagę na dysproporcje w korzystaniu z pomocy

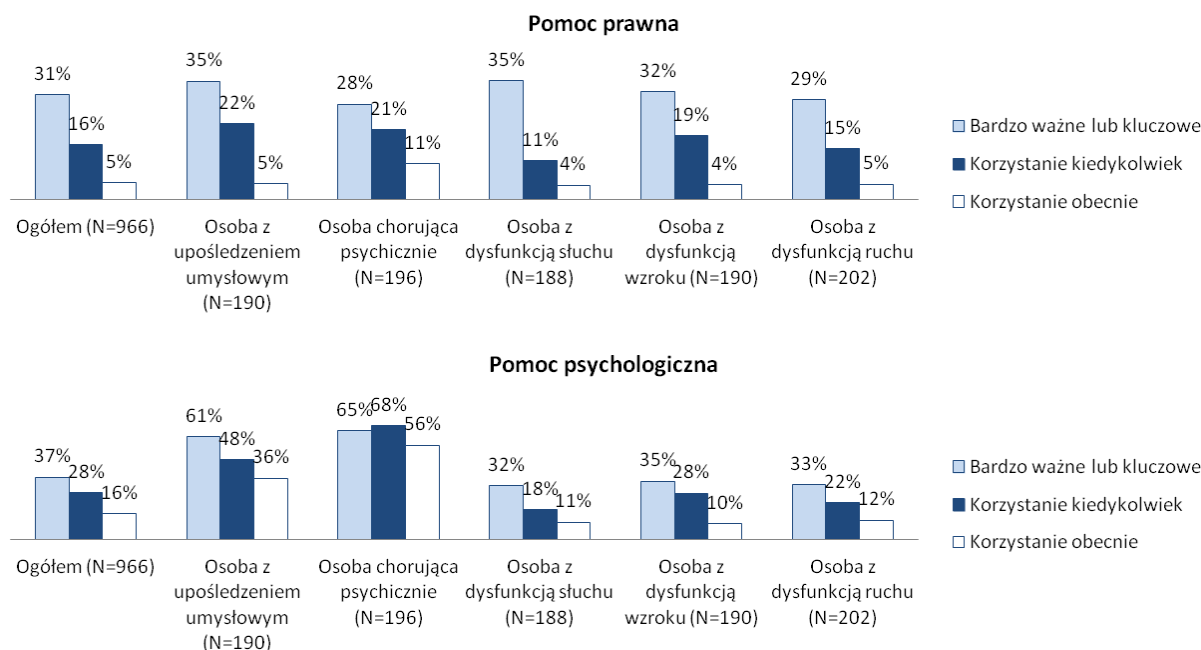
³³ Badanie pokazało, że osoby niesłyszące mają bardzo wysoki wskaźnik wsparcia społecznego. Integrują się jednak głównie we własnym środowisku osób Głuchych. Są raczej zamknięte na społeczeństwo. Jednak brak integracji ze społeczeństwem jest w przypadku tej grupy istotnym problemem, który wpływa na funkcjonowanie we wszystkich sferach życia. Główną barierą w przypadku osób Głuchych jest w tym przypadku bariera językowa. Szerzej o tych problemach piszemy w rozdziale 6.6. Komunikacja i informacja.

psychologicznej ze względu na miejsce zamieszkania – aż 81% mieszkańców miast powyżej 200 tys. chorujących psychicznie skorzystało kiedykolwiek z pomocy psychologicznej, podczas gdy wśród mieszkańców wsi odsetek ten wyniósł 61%.

W przypadku pozostałych grup osób niepełnosprawnych potrzeby w zakresie pomocy psychologicznej utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Około 1/3 osób z dysfunkcją słuchu, wzroku oraz ruchu uznawała ten rodzaj wsparcia za kluczowy, biorąc pod uwagę swoją sytuację, zaś około co dziesiąta korzystała z pomocy psychologicznej w chwili realizacji badania. W trakcie swojego życia ze wsparcia psychologicznego nieco częściej korzystali niepełnosprawni z dysfunkcją wzroku (28%), zaś najrzadziej osoby z dysfunkcją słuchu.

Pomoc prawna, jak wspomniano powyżej, okazała się być mniej istotnym rodzajem wsparcia. Pomiędzy różnymi grupami osób niepełnosprawnych wystąpiły mało znaczące różnice. Nieco większe znaczenie pomoc prawna miała dla osób z dysfunkcją słuchu oraz z upośledzeniem umysłowym (po 35%), z drugiej strony najrzadziej uznawali ten rodzaj wsparcia za kluczowy niepełnosprawni z dysfunkcją ruchu oraz chorujący psychicznie. Ci ostatni jednak relatywnie często na tle pozostałych grup korzystali z pomocy prawnej w momencie realizacji badania (11% w porównaniu do 4-5% w pozostałych grupach). Najrzadziej z pomocy prawnej w trakcie swojego życia korzystali osoby z dysfunkcją słuchu (11% w porównaniu do 22% osób z upośledzeniem umysłowym, czy też 21% chorujących psychicznie).

Rysunek 78 Ocena usług wsparcia w zakresie pomocy prawnej i psychologicznej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Badanie ilościowe pokazuje, że w przypadku wsparcia w zakresie integracji społecznej, **szczególnie ważną formą dla ogółu osób niepełnosprawnych okazało się dofinansowanie różnych form rekreacji** (46% oceniających to wsparcie jako bardzo ważne lub kluczowe). **Mimo to korzystanie z tego rodzaju wsparcia nie jest rozpowszechnione** – zaledwie 6% ogółu niepełnosprawnych korzystało z tej formy obecnie, a 16% kiedykolwiek.

Jak pokazuje badanie jakościowe, barierą integracji dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin pozostaje **wciąż nie rozwiązana kwestia materialna**. Wiele rodzin boryka się z problemami finansowymi, zarówno ze względu na niskie dochody i świadczenia, jakie otrzymuje rodzina, jak i z racji konieczności ponoszenia dużych nakładów na rehabilitację, zapewnienie środków higieny oraz odpowiedniego oprzyrządowania – w zależności od rodzaju dysfunkcji. Konieczność ponoszenia szczególnie wysokich nakładów na sprzęt rehabilitacyjny generują niepełnosprawności: wzroku, słuchu oraz ruchu. Trudnościami, jakie wspomina wiele rodzin i część osób niepełnosprawnych, są ograniczenia możliwości uzyskania dodatkowego dochodu w przypadku pobierania renty rodzinnej, co często prowadzi do utraty dochodów lub wymusza przejście do szarej strefy.

Teraz jest troszeczkę lepiej przez to świadczenie. Nie wolno nam dorobić, ani jednego dnia, nie wolno nam przekroczyć dochodu. Choćby nawet mąż chciał pójść do pracy, to tylko na lewo a to się negatywnie odbije na jego emeryturze. Zawsze jakiś problem był. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Dofinansowania oceniane są jako niewystarczające i nieadekwatne do cen sprzętu oraz jego żywotności, a także przyznawane zbyt rzadko, z wykorzystaniem niepotrzebnie wydłużonych procedur.

Brak zasobów finansowych nie tylko zmniejsza możliwość korzystania z niezbędnej rehabilitacji czy sprzętu, które mogłoby poprawiać funkcjonowanie samych osób niepełnosprawnych. Dodatkowo **ogranicza możliwość uczestniczenia rodziny w życiu społecznym** – zarówno jeśli chodzi o dostęp do rozrywki i kultury, poprzez obniżenie poziomu konsumpcji, do ograniczenia możliwości korzystania z wielu form wypoczynku i rekreacji. Obawy o bezpieczeństwo materialne rodzin generują **stres, który obniża komfort życia rodzin i jej poszczególnych członków** – zwłaszcza tych żywicieli rodzin (zarówno pełno jak i niepełnosprawnych).

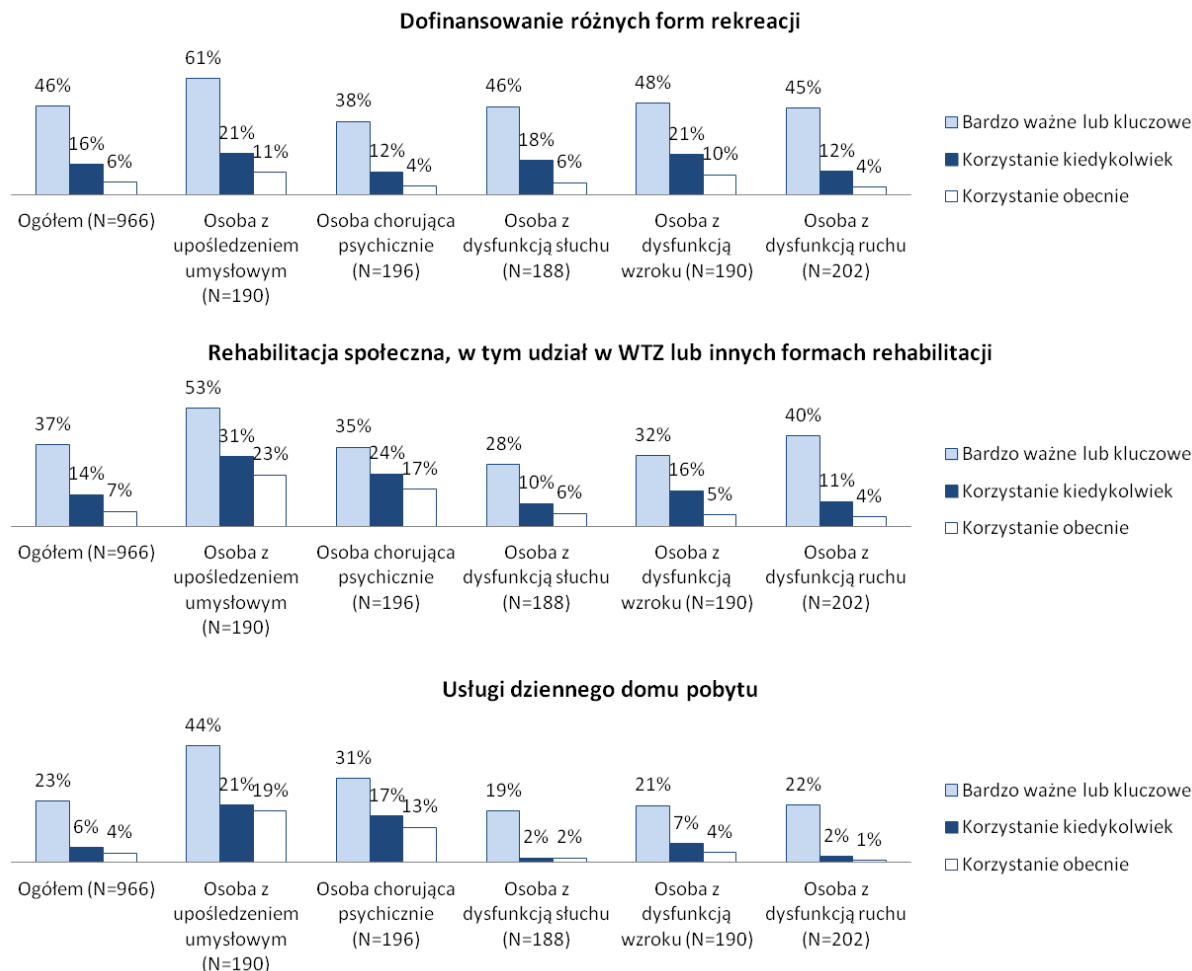
Często **deficyty finansowe uniemożliwiają** korzystanie nie tylko z rehabilitacji czy rozrywki, lecz także **zaspokojenie potrzeb asystenckich dla niepełnosprawnego członka rodziny** – poprzez wynajęcie opiekuna czy pomocnika na użytek poszczególnych, niezbędnych osobie niepełnosprawnej czynności.

Poza tak istotnym dla osób niepełnosprawnych dofinansowaniem do różnych form rekreacji, **mniejsze potrzeby zgłaszano w stosunku do rehabilitacji społecznej, w tym udziału w WTZ lub innych formach rehabilitacji (37%), a najmniej istotne dla ogółu osób niepełnosprawnych okazały się usługi dziennego domu pobytu (23%)**. Odsetek korzystających z pierwszej z tych form wsparcia był zbliżony do odsetka korzystających z dofinansowania różnych form rekreacji – 7% w chwili realizacji badania, a 14% kiedykolwiek w ciągu swojego życia. Bardzo niski był natomiast poziom korzystania z dziennego domu pobytu – zaledwie 6% korzystało kiedykolwiek, a 4% w chwili badania.

Wszystkie trzy formy wsparcia okazały się najważniejsze, ale również najczęściej wykorzystywane w grupie osób z upośledzeniem umysłowym. Aż 61% osób z upośledzeniem umysłowym uznało za bardzo ważne lub kluczowe dofinansowanie różnych form rekreacji, 53% rehabilitację społeczną poprzez udział w WTZ lub innych formach, a 44% usługi dziennego domu pobytu. Dotychczasowe doświadczenia osób z upośledzeniem umysłowym wskazują, że najczęściej korzystali oni z rehabilitacji społecznej (WTZ lub inna forma) – 31% kiedykolwiek, rzadziej natomiast z dofinansowania różnych form rekreacji (21%) czy też usług dziennego domu pobytu (21%), chociaż i tak były to odsetki najwyższe w porównaniu do innych grup niepełnosprawnych.

Należy również zaznaczyć, że **dofinansowanie różnych form rekreacji jest wsparciem ważnym oraz często wykorzystywanym również wśród osób z dysfunkcją wzroku, a rehabilitacja w formie WTZ lub innej oraz usługi dziennego domu pobytu wśród osób chorujących psychicznie**.

Rysunek 79 Ocena usług wsparcia w zakresie integracji społecznej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Podsumowując, stworzona na podstawie wyników badania mapa znaczenia oraz wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych, pokazuje, że wśród wsparcia o dużym znaczeniu, ale małym wykorzystaniu na poziomie ogólnym znalazło się dofinansowanie do różnych form rekreacji. Pomoc prawna, rehabilitacja społeczna oraz usługi dziennego domu pobytu to rodzaje wsparcia, na które jest małe zapotrzebowanie i jednocześnie niski poziom wykorzystania. Z kolei w przypadku pomocy psychologicznej mamy do czynienia z dość dużym wykorzystaniem, ale jednocześnie małym znaczeniem. Należy jednak podkreślić, że występują istotne różnice w odbiorze poszczególnych rodzajów wsparcia związanych z obszarem integracji ze względu na rodzaj niepełnosprawności.

- W przypadku osób z **upośledzeniem umysłowym** pomoc psychologiczna, rehabilitacja społeczna, usługi dziennego domu pobytu, czy też dofinansowanie różnych form rekreacji, to wsparcie o relatywnie dużym znaczeniu, ale również dużym wykorzystaniu.
- **Osoby chorujące psychicznie** deklarowały duże znaczenie oraz wykorzystanie pomocy psychologicznej, w mniejszym stopniu usług dziennego domu pobytu. Ponadto zauważalne było dość duże wykorzystanie, ale małe znaczenie pomocy prawnej oraz rehabilitacji społecznej. Z kolei dofinansowanie różnych form rekreacji ma dla tej grupy duże znaczenie, ale obserwowane jest małe wykorzystanie.

- Dla **osób z dysfunkcją słuchu** dofinansowanie różnych form rekreacji ma dość duże znaczenie, ale również jest często wykorzystywane. Z kolei pomocy psychologicznej, która ma duży poziom wykorzystania, przypisywano w tej grupie małe znaczenie. Rehabilitacja społeczna, usługi dziennego domu pobytu oraz pomoc prawna, to rodzaje wsparcia o małym znaczeniu dla tej grupy osób niepełnosprawnych oraz o niskim poziomie wykorzystania.
- **Osoby z dysfunkcją wzroku** nadawały małe znaczenie większości rodzajów wsparcia związanego z obszarem integracji (przy czym pomoc psychologiczna miała duże wykorzystanie, a pozostałe rodzaje wsparcia – rehabilitacja społeczna, pomoc prawna, usługi dziennego domu pobytu również małe wykorzystanie). Wyjątek stanowiło tutaj dofinansowanie do różnych form rekreacji, które cieszyło się relatywnie dużą ważnością, ale jednocześnie dość niskim poziomem wykorzystania.
- Zbliżoną sytuację, jak wśród osób z dysfunkcją wzroku można zaobserwować w grupie **osób z dysfunkcją ruchu**. Oprócz dofinansowania do różnych form rekreacji, wsparcie związane z obszarem integracji uznawane było za mniej istotne, przy jednoczesnym relatywnie niskim poziomie wykorzystania. Dofinansowanie do różnych form rekreacji jako jedyny rodzaj wsparcia okazał się dla badanych dość znaczący, ale jednocześnie rzadko wykorzystywany.

Osoby z upośledzeniem umysłowym to szczególna grupa pod względem potrzeb w zakresie integracji – obszar ten w badaniu ilościowym okazał się w tej grupie dość istotną potrzebą i wsparcie w tym obszarze było uznawane za ważne (szczególnie wsparcie psychologiczne). Mimo to, jak wskazują wyniki badania, większość osób z tego rodzaju niepełnosprawnością jest szczęśliwa w swoim życiu (72%). Większe zadowolenie prezentowały kobiety (74% w porównaniu do 59% mężczyzn), osoby w wieku 18-45 lat (77%), mieszkańcy wsi (79%). Być może wynika to z faktu, że relatywnie duża grupa korzysta z pomocy psychologicznej.

Osoby z upośledzeniem umysłowym, biorąc pod uwagę specyfikę swojej niepełnosprawności, są otwarte na otoczenie, ale w ograniczonym zakresie. Większość przyznała (88%), że lubi spotykać się z innymi ludźmi, np. przyjaciółmi, znajomymi, w tym 53% bardzo lubi taką aktywność. Z drugiej strony jednak można zauważyć pewne ograniczenie co do częstotliwości spotkań z przyjaciółmi lub znajomymi. Prawie połowa badanych nie chciałaby spotykać się częściej (47%).

Połowa badanych osób z upośledzeniem umysłowym uczestniczyła w zajęciach, na których uczyła się różnych rzeczy np. jak się zachowywać, jak się ubierać, jak rozmawiać z ludźmi. Częściej z takich zajęć mieli okazję skorzystać młodszy badani (14-17 lat) – 73% oraz w wieku 18-45 lat (69%), mieszkańcy miast do 200 tys. (67%). Tego rodzaju zajęcia zostały odebrane przez osoby w nich uczestniczące bardzo pozytywnie – 86% lubiło to zajęcia, w tym aż 60% było bardzo usatysfakcjonowanych. W efekcie **większość chciałaby mieć możliwość ponownego skorzystania z zajęć**, na których mogą się nauczyć różnego rodzaju rzeczy – 85% uczestników, w tym 66% bardzo. Częściej zainteresowane ponownym udziałem w zajęciach były kobiety (89%), osoby najmłodsze (14-17 lat) – 92%, a także mieszkańcy miast powyżej 200 tys. (100%).

Tabela 15 zawiera podsumowanie pożądanego wsparcia w zakresie integracji. **Wsparcie to jest najbardziej kluczowe dla osób z upośledzeniem umysłowym.** Grupa ta wskazywała najwięcej kluczowych instrumentów wsparcia. Wsparcie w obszarze integracji ważne jest także dla osób chorujących psychicznie. Specyfika dwóch powyższych rodzajów niepełnosprawności okazuje się być dużą barierą samą w sobie.

Poniższa tabela uwzględni wsparcie specyficzne dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności.

Tabela 15 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie integracji – podsumowanie

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wzrost akceptacji społecznej, niwelowanie stereotypów, niechęci, barier świadomościowych ▪ Dofinansowanie różnych form rekreacji 		
WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	Integracja/ włączenie - działania skierowane na wyjście ONI z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach społecznych Usługi asystenckie w różnych sferach życia, zwłaszcza w przypadku osób, które zakończyły edukację
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Dofinansowanie różnych form rekreacji ▪ Rehabilitacja społeczna, w tym WTZ ▪ Usługi dziennego domu pobytu ▪ Pomoc prawna
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	Integracja/ włączenie - działania skierowane na wyjście ON z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach społecznych Usługi asystenckie w różnych sferach życia
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Pomoc prawna
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	Potrzeba zapewnienia opieki asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	Brak specyficznych instrumentów
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	Brak specyficznych instrumentów Grupa osób z dysfunkcją słuchu (szczególnie dotyczy to Głuchych) ma tendencję do zamykania się we własnym gronie. Jest to konsekwencją bariery komunikacyjnej. W gronie tym zaspokajają swoje potrzeby integracyjne i społeczne. Jednak sytuacja ta paradoksalnie pogłębia izolację społeczną tej grupy ON. O barierach komunikacyjnych i potrzebach z tym związanych piszemy w kolejnym podrozdziale: 6.6 Komunikacja i informacja.
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób o ograniczonej swobodzie poruszania się
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehabilitacja społeczna

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu.

6.6 Komunikacja i informacja

Konwencja ONZ zaleca, aby osoby niepełnosprawne mogły „korzystać z **prawa do wolności wypowiedania się i wyrażania opinii, w tym wolności poszukiwania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji i poglądów, na zasadzie równości z innymi osobami i poprzez wszelkie formy komunikacji, według ich wyboru**”. Za niezbędne uznano **dostarczanie ON informacji przeznaczonych dla ogółu społeczeństwa w formach i technologiach adekwatnych do różnych rodzajów niepełnosprawności**.

Wsparcie w zakresie komunikacji powinno prowadzić do likwidacji barier uniemożliwiających lub utrudniających ON swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji. Z kolei pomoc w dostępie do informacji ma polegać na zapewnieniu dostępu do mediów, w szczególności do Internetu.

W rozdziale tym zagadnienie dostępu do komunikacji i informacji rozszerzono poza kwestie porozumiewania się. Włączono tutaj także wątek dostępu do przestrzeni publicznej oraz środków transportu, który częściowo jest związany z komunikacją – rozumianą zarówno jako przemieszczanie się, jak i wymiana informacji. Przestrzeń wspólną rozumie się tutaj zarówno w sensie fizycznym – dostęp do miejsc, budynków, środków transportu, w sensie kulturowym i językowym – dostęp do usług, symboli, znaczeń, informacji dostępnych dla członków społeczeństwa, jak i wreszcie w sensie wirtualnym – dostęp do informacji zamieszczonych w Internecie. Zagadnienia te częściowo pokrywają się z obszarem integracji, jednak w poprzednim rozdziale zagadnienie integracji ze względu na uporządkowanie tematyczne było definiowane raczej w odniesieniu do partycypacji w interakcjach, niż do dostępu do przestrzeni wspólnej.

Barieri informacyjne w przypadku osób niepełnosprawnych związane są m.in. ze wspomnianym wcześniej rozproszeniem kompetencji w systemie wsparcia. Gąciarz, Kubicki i Rudnicki wskazują, iż ON i ich rodziny często próbują odnaleźć potrzebne im informacje w sieci instytucji, organizacji, projektów, programów, form i źródeł wsparcia (Gąciarz, Kubicki, Rudnicki 2014). Jak piszą *przy obecnym poziomie skomplikowania systemu skorzystanie z niego wymaga określonych kompetencji poznawczych i dostępu do informacji. W praktyce zatem umiejętność korzystania z zasobów jest warunkowana posiadaniem innego rodzaju zasobów (np. intelektualnych, społecznych), a więc może dodatkowo pogłębiać istniejące nierówności*³⁴. Autorzy wskazują, że również dla pracodawców chcących zatrudnić osoby niepełnosprawne, czy też dla instytucji i organizacji pozarządowych złożoność systemu i niewystarczający dostęp do informacji mogą stanowić problem.

Innym problemem na poziomie samorządowym jest **brak możliwości dotarcia do ON z ofertą wsparcia lub z informacjami**. Nie istnieją bazy ON, a ośrodki pomocy rodzinie nie zawsze wiedzą, które rodziny potrzebują wsparcia lub nie przekazują informacji na temat istniejących potrzeb innym instytucjom. Przedstawiciele instytucji samorządowych oceniali, że wynika to z braku systemowych rozwiązań, które pozwalałyby na automatyczne objęcie pomocą osoby od momentu zdiagnozowania niepełnosprawności (Sochańska i in. 2015, Badanie realizacji przez samorządy powiatowe zadań ustawowych na rzecz osób niepełnosprawnych, Raport końcowy, 2016).

Szczególnie istotne dla ON są **dostęp do informacji oraz możliwości komunikacji w zakresie załatwiania spraw urzędowych**, np. możliwość korzystania z języka migowego, alfabetu Braille’a, oraz innych dostępnych środków. Tymczasem kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2015 wykazała, że podmioty wykonujące usługi publiczne nie były przygotowane do kontaktów z osobami posługującymi się językiem migowym: *w okresie od wejścia w życie ustawy o języku migowym do rozpoczęcia kontroli NIK, nie podjęty one wystarczających działań do rzetelnej i skutecznej realizacji obowiązków określonych w tej ustawie i nie zapewniły osobom posługującym się językiem migowym dostępu do zrozumiałej dla nich informacji*³⁵. W sformułowanych po kontroli wnioskach NIK jasno stwierdza, iż osobom posługującym się językiem migowym nie zagwarantowano dostępu do usług publicznych na równi ze słyszącą częścią społeczeństwa.

Internet jest obecnie podstawowym i najłatwiej dostępnym źródłem informacji. Stanowi ułatwienie nie do przecenienia, ponieważ pozwala na redukcję pewnych barier, np. fizycznych, dla osób mających trudności z poruszaniem się (nie wymaga wychodzenia z domu), komunikacyjnych, np. dla osób posługujących się językiem migowym (nie wymaga bezpośredniej rozmowy). Jednak np. dla osób niewidomych i niedowidzących może sam w sobie stanowić barierę, jeżeli serwisy internetowe nie są projektowane z myślą o ich potrzebach. Choć trudno wyobrazić sobie wygzekwowanie od prywatnych podmiotów spełnienia wymogów projektowania nawigacji i treści pod kątem niepełnosprawnych użytkowników, to jednak prawo nakłada na urzędy i podmioty

³⁴ Gąciarz, Kubicki, Rudnicki 2014, s. 116

³⁵ Świadczenie usług publicznych osobom posługującym się językiem migowym, informacja o wynikach kontroli, 2015

realizujące zadania publiczne spełnienie minimalnych wymagań dla zapewnienia dostępności ich serwisów dla osób niepełnosprawnych³⁶.

Kontrolę wypełnienia tych wymagań w 2016 roku przeprowadziła Najwyższa Izba Kontroli, stwierdzając, iż choć w większości kontrolowanych urzędów podjęte zostały działania w celu dostosowania serwisów internetowych do potrzeb ON, jednak w ocenie NIK działania te *działania te nie doprowadziły do zapewnienia pełnej dostępności tych serwisów w zakresie i na poziomie wymaganym w § 19 rozporządzenia KRI, pomimo trzyletniego okresu przejściowego*³⁷. Na 23 zbadane serwisy internetowe tylko dwa były należycie dostosowane, w przypadku pozostałych stwierdzono istotne błędy, w tym trzy strony oceniono wprost negatywnie. NIK w raporcie po kontroli zaznacza, iż zauważone nieprawidłowości mogą osobom niepełnosprawnym utrudniać, bądź uniemożliwiać korzystanie z treści zamieszczanych na stronach internetowych.

W myśl Konwencji ONZ należy dążyć do tego, **aby środki masowego przekazu, w tym dostawcy informacji przez Internet zapewniali usługi dostępne także dla osób niepełnosprawnych**, zaś Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności w obszarze dostępności stwierdza, że **osoby niepełnosprawne powinny mieć dostęp, na równych prawach m.in. do systemów informacyjno-komunikacyjnych**. Jednak realnie nawet w przypadku administracji publicznej i dostępu do ważnych informacji istnieją dla ON bariery nie do przełamania. Wśród 27 krajów UE tylko około 5% stron internetowych w 2010 roku w pełni odpowiadało standardom dostępności sieci, nieco więcej było dostępnych częściowo. Wielu nadawców telewizyjnych nadal emituje jedynie niewiele programów opatrzonych napisami lub komentarzem dla niesłyszących (Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020).

Internet bez barier, pozwalający na komunikację i dostęp do informacji bez względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności, powinien być dostępny dla osób niepełnosprawnych. W związku z jego stałym rozwojem niezbędne jest przeciwdziałanie cyfrowemu wykluczeniu tej grupy. Potrzeby w tym zakresie dotyczą zarówno dostępności do sprzętu i podłączenia do Internetu, jak i większego zrozumienia potrzeb użytkowników z ograniczeniami sprawności przez firmy i organizacje prezentujące informacje w serwisach internetowych (Dejnaka, 2012).

Potrzeby w obszarze informacji i komunikacji są bezpośrednio związane z rodzajem, ale również stopniem posiadanej niepełnosprawności.

Osoby z dysfunkcją wzroku

Większość badanych osób z dysfunkcją wzroku jest słabowidząca (81%). Jedynie 14% to osoby niewidome. W efekcie dwie na trzy osoby są w stanie samodzielnie poruszać się na terenie swojej miejscowości, około jedna na trzy jest w stanie korzystać ze standardowego komputera/tabletu lub telefonu bez technologii asystujących, a 29% jest w stanie rozpoznać twarz znajomej osoby z odległości 5 m. Ponadto 28% przyznało, że jest w stanie przeczytać zwykły druk.

Jednakże około połowa ze względu na swoją dysfunkcję musi posługiwać się drukiem powiększonym. 35% korzysta ze specjalnych programów – powiększających tekst, udźwiękwiających lub ubrajlawiających. Co piąta osoba z dysfunkcją narządu wzroku posługuje się pismem Braille’a lub syntezatorem mowy. 13% natomiast regularnie korzysta z pomocy asystenta lub psa przewodnika.

³⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych. Zgodnie z § 22 w związku z §§ 23 i 25 rozporządzenia KRI strony [urzędów, podmiotów realizujących zadania publiczne] powinny być dostosowane nie później niż do dnia 31 maja 2015 r.

³⁷ Realizacja przez podmioty wykonujące zadania publiczne obowiązku dostosowania ich stron internetowych do potrzeb osób niepełnosprawnych, informacja o wynikach kontroli, 2015

Rysunek 80 **Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób niewidomych i niedowidzących**



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją wzroku. N=198.*

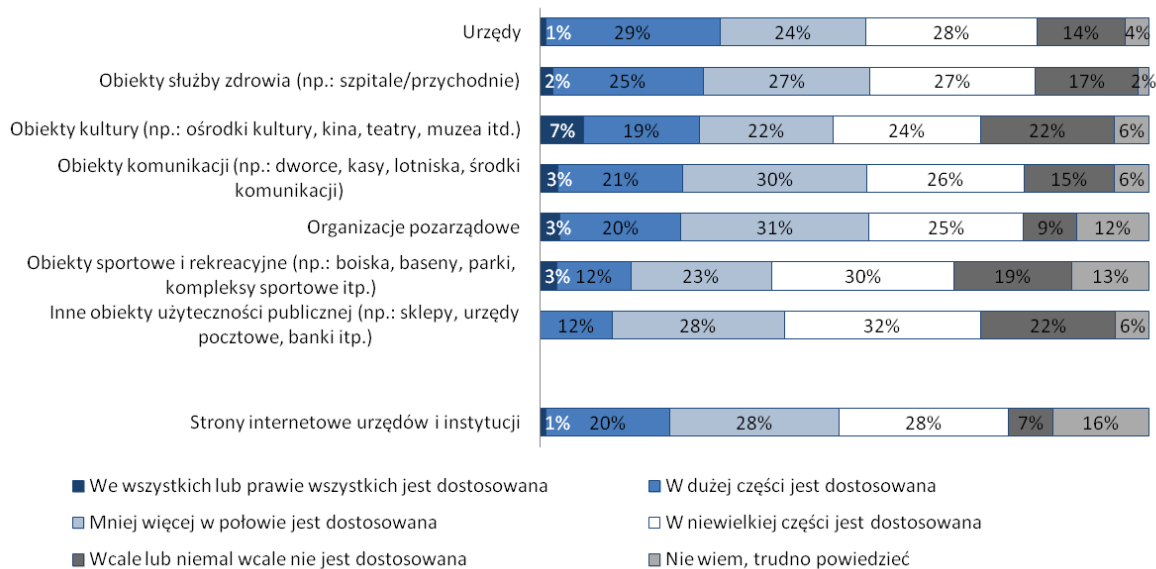
Zdania osób z dysfunkcją wzroku co do dostosowania przestrzeni publicznej oraz stron internetowych do potrzeb osób niewidomych i niedowidzących są podzielone.

Za dostosowane w największym stopniu uznawano urzędy, obiekty służby zdrowia (np. szpitale, przychodnie), obiekty komunikacji (np. dworce, kasy, lotniska, środki komunikacji) oraz obiekty organizacji pozarządowych – po 54% badanych uznała, że mniej więcej połowa tych obiektów jest dostosowana do potrzeb niewidomych lub niedowidzących. Z drugiej jednak strony porównywalnie często wskazywano, że obiekty te tylko w niewielkiej części lub wcale nie są dostosowane do potrzeb osób z dysfunkcją wzroku (odpowiednio 43%, 44%, 41% oraz 34% wskazań).

Za najmniej dostosowane do potrzeb osób niewidomych lub niedowidzących uznawano obiekty sportowe i rekreacyjne oraz inne obiekty użyteczności publicznej (np. sklepy, poczta, banki) – odpowiednio 49% oraz 54% badanych z dysfunkcją wzroku uznało, że jeżeli są one dostosowane to tylko w niewielkiej części.

W przypadku stron internetowych urzędów i instytucji aż 49% badanych wyraziło optymistyczne zdanie, że przynajmniej w połowie są one dostosowane do potrzeb osób niewidomych lub niedowidzących. Opinię taką istotnie częściej podzielały osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub bez orzeczenia (55% w porównaniu do 36% osób ze znaczną niepełnosprawnością), kobiety (59% w porównaniu do 40% mężczyzn), mieszkańcy największych miast (powyżej 200 tys. – 57% w porównaniu do 39% mieszkańców wsi).

Rysunek 81 Ocena dostosowania przestrzeni publicznej oraz stron internetowych urzędów do potrzeb osób niewidomych i niedowidzących



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją wzroku. N=198.

Trudno powiedzieć, że **niepełnosprawność wzroku** nie jest przeszkodą w komunikowaniu się i dostępie do informacji, tym niemniej, z perspektywy słabowidzących i niewidomych, którzy uczestniczyli w badaniach jakościowych w określonych warunkach, nie stanowi zasadniczego problemu. W sytuacji posiadania dostępu do komputera, programów udźwiękowiających, powiększalników i lup, smartfona z odpowiednimi aplikacjami, przedstawiciele omawianej grupy mają poczucie pełnego dostępu do środków komunikacji.

Większy problem stanowi sytuacja otrzymania korespondencji (rzadko przysyłana w alfabecie Braille’a), czy też załatwiania spraw urzędowych itp.

[Jako niewidomy] nie ma najmniejszych problemów z komunikacją przede wszystkim jeśli chodzi o osoby niewidome. Z osobami niesłyszącymi są problemy, no bo trzeba nauczyć się języka migowego, co pewnie nie jest trudne, ale proszę też zwrócić uwagę na zachowanie osób niesłyszących. One są ciągle podenerwowane, podminowane, uważają, że jak ktoś się uśmiechnie, to znaczy, że się z nich śmieje i tak dalej. Po za tym w towarzystwie od razu Pani wyłapie osobę niesłyszącą, niewidomą niekoniecznie. (IDI 4 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, wieś)

Jak wskazują powyżej przytoczone wyniki badania ilościowego, **bariery architektoniczne** pozostają dużym problemem, co w przypadku omawianej niepełnosprawności oznacza właściwie deficyt oznakowania „dotykowego” przestrzeni publicznej. Więcej światła rzucają na to zagadnienie wypowiedzi uczestników badania jakościowego. Oznakowanie dotykowe ułatwiłoby osobom słabowidzącym poruszanie się w przestrzeni publicznej, w tym identyfikację kierunków, punktów zagrożenia, szacowanie odległości. Wskazuje się w tym kontekście takie elementy jak:

- linie naprowadzające na chodnikach,
- wypukłe płyty („groszki”),
- sygnalizację dźwiękową na przejściach dla pieszych, przystankach oraz w środkach transportu publicznego (zapowiedzi przystanków itp.),
- makiety wybranych obiektów o szczególnym znaczeniu (np. zabytków).

Z perspektywy badanych widoczne są pod tym względem **znaczące różnice między dużą aglomeracją a mniejszymi miejscowościami**. O ile w dużych miastach sytuacja znacząco się zmienia na korzyść, mniejsze miejscowości i wioski często pozostają niedostosowane.

Porównując tę Warszawę do mojego miasta to to jest w ogóle abstrakcja. Warszawa się zmienia pod tym względem, jeśli chodzi o dostosowanie pod względem osób niepełnosprawnych i też jeśli chodzi o percepcję wzrokową. Ponieważ są oznaczenia, schody są oznakowywane i tu się dużo w tym temacie dzieje jeśli chodzi właśnie o Warszawę. Natomiast tego nie widzę w ogóle w Nowym Dworze Mazowieckim. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

Warto tu zaznaczyć, że wieś nie dostosowuje się do potrzeb niewidomych i słabowidzących tak kompleksowo jak miasto, jeśli chodzi o komfort poruszania się w przestrzeni publicznej. Przedstawiciele starszego pokolenia zwracają jednak uwagę, że mimo wszystko staje się zdecydowanie bardziej bezpieczna niż 20-30 lat temu - dzięki inwestycjom w infrastrukturę drogową, za sprawą których przy remontowanych drogach powstają chodniki, przystanki itp.

Ale te wszystkie w tych miastach, przy wszystkich drogach, to wszędzie są chodniczki, gdzie kiedyś to w ogóle nie było do pojęcia. Dzisiaj przez wieś się idzie, jest piękny chodnik z jednej i drugiej strony zrobiony. Jest jezdnia piękna zrobiona, są przystanki, jest wszystko. Każdy jak wyjdzie to wie że sobie może przejść i że nie wpadnie pod samochód. (IDI 4 rezerwa, niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto i wieś)

Jednocześnie osoby mieszkające w mniejszych miejscowościach czują się w nich bezpieczniej, ponieważ poruszają się pewniej po znanym sobie terenie, wśród ludzi, którzy również ich znają. W nowych, miejscach, o nierozpoznanej topografii, gdzie żyje się szybciej, przemieszcza się więcej osób i pojazdów, słuch atakuje znacznie więcej bodźców, bezpieczne poruszanie się jest znacznie trudniejsze. Z tego powodu rezygnuje się czasem z pewnych aktywności, jak na przykład prowadzenie samochodu.

Trudnością są także „zakłócenia” w przestrzeni publicznej – takie jak *standy* sklepów i kawiarni wystawiane na ulicach, przeszkody w postaci słupków, koszy na śmieci, lecz również elementy mało widoczne ze względu na materiał, z jakiego są wykonane – przeszklone witryny, metaliczne powierzchnie, które mogą być niewidoczne dla osoby z dysfunkcją wzroku.

Niedostosowanie przestrzeni publicznej powoduje także częściowe ograniczenia możliwości korzystania z oferty klubów i obiektów sportowych, gdzie brakuje oznakowań nawigacyjnych, odpowiedniego oznaczenia szafek w szatni (duże cyfry, kontrastowe kolory).

Aktywność sportowa i nie jest mi czasem łatwo, bo nie zawsze mogę samodzielnie coś zrobić, skorzystać z jakiejś usługi chociażby pójść na basen czy do jakiegoś fitness klubu. Nie każda z tych usług jest dostępna. Nie byłabym w stanie niestety raczej sobie pobiegać po mieście, uprawiać jogging, ze względu na różnego rodzaju słupki, przeszkody, jakieś bariery architektoniczne, betonowe, kosze, które są w takim samym kolorze jak chodnik. (IDI 2 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Mimo, że akcesorium to stanowi odpowiedź na wiele z opisanych trudności, dla wielu badanych **dużym problemem jest przewyżczenie bariery posługiwania się białą laską**. Niemal wszyscy uczestnicy wywiadów jakościowych wskazują jako bardzo trudny, moment, gdy byli lub są zmuszeni wyjść z nią na ulicę. Dla części osób ma to znaczenie ambicjonalne - jest postrzegane jako element, który wpływa negatywnie na ich postrzeganie jako ludzi lub podważający ich kompetencje do pełnienia wybranych ról społecznych (np. matki).

Ja osobiście się wstydzę chodzić z laską, bo na przykład chodzę z dzieckiem. Jak będę szła z laską i z dzieckiem to przecież jak ludzie się będą na mnie patrzeć, nie wiem czy będę mogła do szkoły chodzić i to jest po prostu taki wstyd, którego ja przetęłam nie mogę. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Tak jakby używanie laski stanowiło kapitulację wobec choroby – ostateczne przyznanie przed samym sobą oraz pokazanie innym, że nie można już sobie zaufać – wysłanie sygnału SOS.

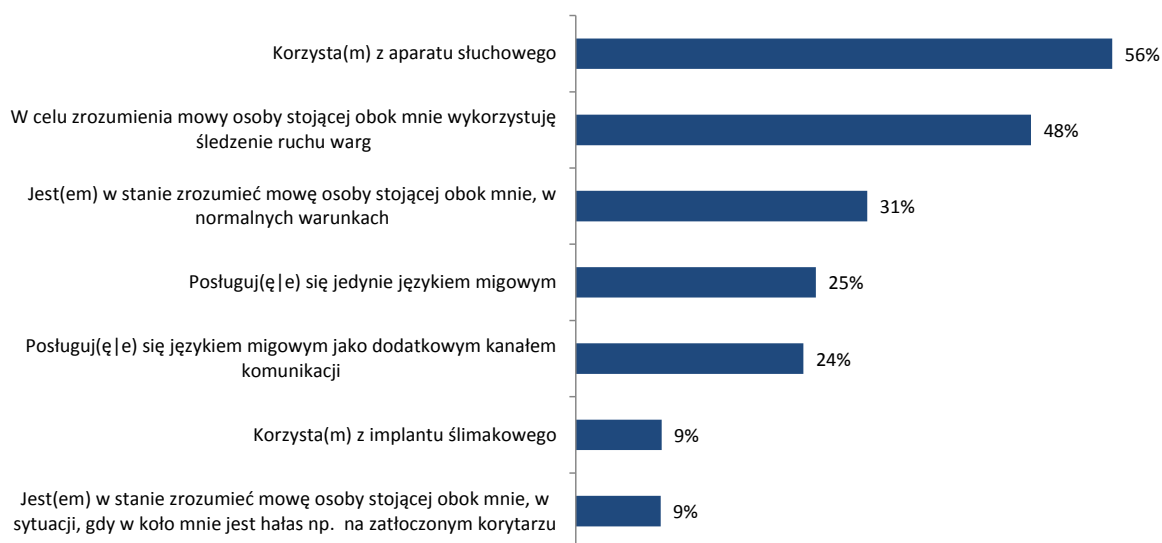
Na przykład mam taki problem, że jeszcze w dzień się poruszam całkiem sprawnie i korzystam z resztek wzroku, natomiast po zmroku jest mi dużo trudniej i powinnam chodzić z białą laską. Staram się, natomiast jest jakaś bariera, trudno mi się przelać. (...)Ale to jednak się chyba wiąże z tym, jest taka bariera mentalna, jakieś odrzucenie tej niepełnosprawności tak mi się wydaje. To już jest taki ewidentny znak że tak, że mam jakiś problem poważny. (IDI 2 niepełnosprawność wzroku, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Osoby z dysfunkcją słuchu

Wśród osób z dysfunkcją słuchu, 59% stanowiły osoby słabosłyszące, a 35% niesłyszące. Ponad połowa (56%) przyznała, że korzysta z aparatu słuchowego, a 48% śledzi ruch warg w celu zrozumienia mowy. Co czwarta osoba posługiwała się tylko językiem migowym. Dla podobnego odsetka język migowy był dodatkowym kanałem komunikacji. Niektórzy badani przyznawali, że są w stanie zrozumieć mowę osoby stojącej obok w normalnych warunkach (31%), a 9% nawet w warunkach panującego hałasu.

Osoby ze znacznym stopniem dysfunkcji narządu słuchu częściej śledzą ruch warg rozmówcy (57%), zaś w przypadku umiarkowanego stopnia lub braku orzeczenia znaczące jest wykorzystanie aparatu słuchowego (61%). Śledzenie ruchu warg to domena kobiet (57% w porównaniu do 38% mężczyzn). Korzystanie z aparatu słuchowego, śledzenie ruchu warg rozmówcy zwiększa się wraz ze wzrostem wieku. Z kolei osoby najmłodsze (14-17 lat) częściej posługiwały się językiem migowym (zarówno jako jedynym sposobem komunikacji, jak również wykorzystywaniem go jako kanał alternatywny).

Rysunek 82 Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób z dysfunkcją słuchu

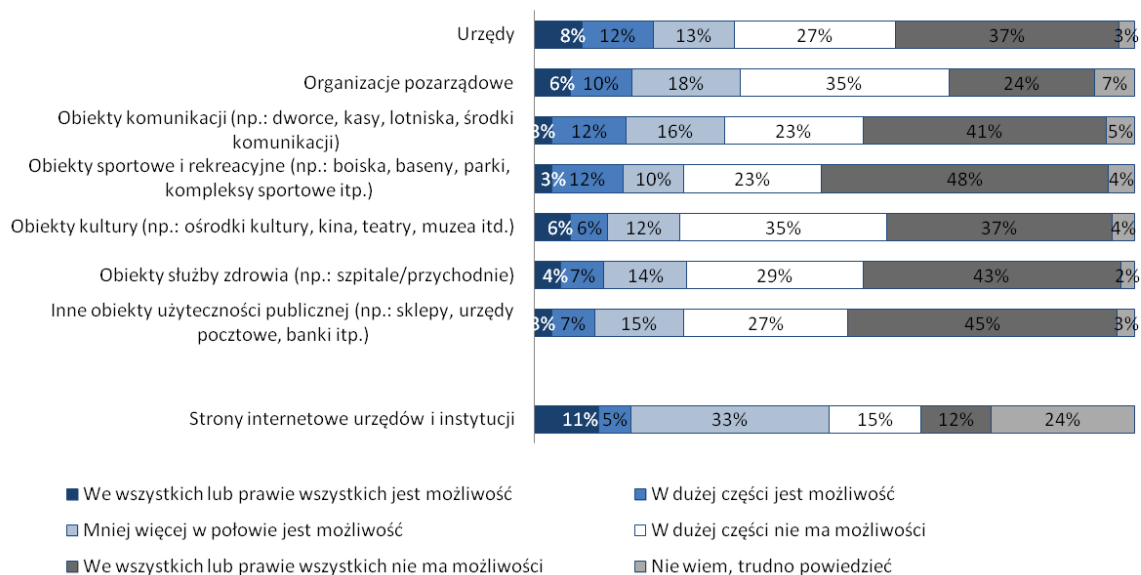


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją słuchu, N=200.

Opinie osób z dysfunkcją słuchu i posługujących się językiem migowym na temat dostosowania przestrzeni publicznej do potrzeb ich niepełnosprawności są bardziej krytyczne niż w grupie osób z niepełnosprawnością narządu wzroku. W każdym typie ocenianych obiektów uznawano, że w dużej części lub nawet wszystkich obiektach tego typu nie ma możliwości posługiwania się językiem migowym. Najgorzej wypadły pod tym względem obiekty kultury (72%), obiekty służby zdrowia (72%), inne obiekty użyteczności publicznej, jak sklepy, poczta, banki (72%) oraz obiekty sportowe i rekreacyjne (71%). Najlepiej na tym tle wypadają organizacje pozarządowe (34% uznało, że w co najmniej połowie jest możliwość posługiwania się językiem migowym), urzędy (33%) oraz obiekty komunikacji (31%).

Na tym tle dość dobrze wypadają strony internetowe urzędów i instytucji. 49% osób z dysfunkcją słuchu i posługujących się językiem migowym uznało, że co najmniej w połowie są dostosowane do potrzeb osób posługujących się językiem migowym i nie znających dobrze języka polskiego. Istotne zastrzeżenia miało 27% badanych.

Rysunek 83 Ocena dostosowania przestrzeni publicznej (możliwość posługiwania się językiem migowym) oraz stron dostosowania internetowych urzędów do potrzeb osób z dysfunkcją słuchu³⁸



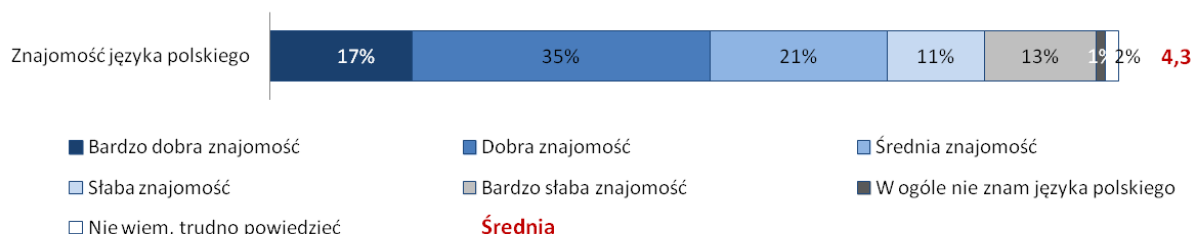
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją słuchu, posługujące się językiem migowym, N=101

Osoby posługujące się językiem migowym uczestniczące w badaniu wykazują się dość dobrą znajomością języka polskiego. Może to wynikać z faktu, że, jak wspomniano wcześniej, część z nich używa tego języka jako dodatkowego kanału komunikacji. 52% oceniło swój poziom znajomości języka polskiego jako dobry lub bardzo dobry. Jednie 1% w ogóle nie zna języka polskiego, a co czwarta zna go słabo lub bardzo słabo.

Deklaratywny poziom znajomości języka polskiego jest niższy wśród osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (39% nie zna tego języka lub zna go słabo), mężczyzn (35%), osób w wieku 18-45 lat (40%). Znajomość języka polskiego rośnie wraz z wielkością miejscowości i jest najwyższa w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców – 57% zna dobrze ten język, podczas gdy na wsi odsetek ten wyniósł 45%.

³⁸ W przypadku oceny stron internetowych badani posługiwali się następującą skalą: wszystkie lub prawie wszystkie są dostosowane, większość jest dostosowana, mniej więcej połowa jest dostosowana, większość jest niedostosowana, wszystkie lub prawie wszystkie nie są dostosowane.

Rysunek 84 Ocena znajomości języka polskiego wśród osób posługujących się językiem migowym



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją słuchu, posługujące się językiem migowym, N=101

Opinie wyrażone w badaniu ilościowym znajdują również potwierdzenie w wypowiedziach osób uczestniczących w wywiadach jakościowych. W przeciwieństwie do słabowidzących i niewidomych, **osoby z niepełnosprawnością słuchu** oceniają swoją sytuację w zakresie dostępu do komunikacji i informacji jako bardzo niekorzystną.

Również dostęp osób z dysfunkcją słuchu do uczestnictwa w przestrzeni publicznej na równych z innymi obywatelami prawach, jest bardzo **mocno ograniczony**. W rzeczywistości, która posługuje się komunikatem mówionym i dźwiękowym wydarzenia kulturalne – spektakle, a nawet projekcje kinowe, czy wiadomości telewizyjne rzadko są dostosowane do potrzeb Głuchych.

W telewizji było przemówienie Prezydenta, nie było napisów, przecież my Głusi chcemy wiedzieć tak samo jak inni co się na świecie dzieje. (FGI 1 Głusi)

Różnice językowe między językiem polskim a PJM, niska znajomość języka polskiego wśród przedstawicieli środowiska (chodzi o język pisany oraz zakres słownictwa), brak tłumaczy migowych większości programów informacyjnych oraz rozrywkowych, brak napisów dla Głuchych w telewizji i kinie, prowadzą do dużej alienacji przedstawicieli omawianej grupy.

Myszę że jeżeli urzędnik wiedział by jak się zachować to komunikacja była by lepsza płynna, a ci którzy już mają taką świadomość to w kontaktach z nimi nie ma takiego problemu. Jak byłam na różnych spotkaniach z tłumaczem to inni zawsze pytają dlaczego jest ta druga osoba. Mówią, że tłumacz przeszkadza bo dźwięki przy miganiu ich rozpraszają. Ja bez tłumacza nie mogę zebrać wszystkich wiadomości. Teraz po jakimś czasie już ludzie rozumieją i czasem pytają „a gdzie jest tłumacz?” Oni już wiedzą że takie ułatwienie jest mi potrzebne. Ja ich usprawiedliwiam bo wiem że nie mieli takiej świadomości. Jeżeli spotkam np. osobę słyszącą i jest problem w komunikacji to bierzemy papier długopis i piszemy wtedy obydwójce czujemy ulgę że możemy się skontaktować. Ci którzy mają tą świadomości to jest w porządku ale jeśli nie mają tej świadomości to jest ciężko. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Trudno im jest śledzić na bieżąco wydarzenia w kraju i na świecie, podobnie jak mieć dostęp do wydarzeń kulturalnych i edukacyjnych. Niższa sprawność w posługiwaniu się polskim językiem pisanym ogranicza również dużej części tej grupy dostęp do informacji w Internecie. Trzeba podkreślić, że trudniejsza jest pod tym względem sytuacja osób głuchych od urodzenia/ wczesnego dzieciństwa niż tych, którzy stracili słuch w trakcie swojego życia, ponieważ ci ostatni zwykle odebrali edukację w systemie ogólnodostępnym i posługują się językiem polskim sprawnie.

Pojawiają się także problemy z załatwieniem pozornie prostych, życiowych spraw typu odpowiedź na ogłoszenie o pracę, umówienie się na obejrzenie mieszkania do wynajęcia.

Niemożliwość rozmowy głosowej przez telefon - to jest największe utrudnienie. SMS, mejl, czat częściowo rozwiązują sytuację. Przykładowo jak mam sprawdzić ogłoszenie o pracę lub wynajem mieszkania, gdy nie ma podanego kontaktu mailowego, czasem proszę o pomoc kogoś z Rodziny. (IDI 7 niepełnosprawność słuchu, stopień umiarkowany, mężczyzna, 36-45 lat, małe miasto)

Utrudnienia związane z komunikacją dotyczą także takich sfer życia jak: kontakt z lekarzem, załatwienie sprawy w urzędzie, kontakt z policją czy sądem. **W wielu instytucjach nie funkcjonuje możliwość kontaktu SMS-owego lub mailowego i wymagany jest kontakt telefoniczny lub bezpośredni.**

Tak ja nawet napisałam, że ze względu że jestem głucha proszę o informację sms, nie, dzwonili do mnie. Ja tylko popatrzyłam na telefon, przecież nie usłyszę i odłożyłam. Drugi raz, trzeci, czwarty to samo. (FGI 1 Głusi)

Jak rodziłam drugie dziecko i położna do mnie mówi ale twarz ma zakrytą maską, a ja chciałam naprawdę wiedzieć co mówi bo wiedziałam że to przy porodzie ważne i ja machnęłam żeby podeszła bliżej to może coś zobaczą albo lepiej zrozumieć a lekarz powiedział zdejmij tą maskę, bo ona odczytuje mowę z ust. A położna zdjęła maskę i powiedziała że to jest nie higieniczne a lekarz ale to jest wyjątkowa sytuacja i położna: „No dobra”, i z łaską zdjęła maskę. I wtedy już wiedziałam co robić, że wdech, przeć i szybko poszło, urodziłam i poczułam ulgę. (śmiech) Ja potrzebowałam tylko żeby trochę pomocy i mogłam odczytać z ust. (FGI 1 Głusi)

Nawet tam, gdzie pozornie są dostępne dostosowania (miejsca oznaczone znakiem), **w praktyce dostęp do tłumacza migowego lub wideo-tłumacza jest ograniczony.**

Zapytałam czy uczęszczaliście na kurs języka migowego, odpowiedzieli mi, że tak. Zapytała czy wypełnialiście dokumenty i otrzymaliście dofinansowania i macie poświadczenie z urzędu? To zapytałam ich dlaczego nie umiecie migać, oni zaniemówili. Potem jakoś mi wytłumaczyli jak dojść do pokoju. Mnie nie podoba się to że mają certyfikat w nie potrafią migać. Niby mają papiery, ale chyba tylko po to żeby dostać dodatkowe pieniądze, nie podoba mnie się to. (FGI 1 Głusi)

Badani zwracają uwagę na **dramatyczną sytuację Głuchych mieszkających na wsi**, a zwłaszcza takich, którzy po zakończeniu edukacji specjalnej w mieście są zmuszeni wrócić na wieś z braku środków utrzymania, pracy, czy innego zaplecza finansowo-materialnego. Podkreślano, że takie sytuacje są najczęściej przyczyną bardzo szybkiego regresu – na poziomie zainteresowania komunikacją, otwartości, zasobu znaków/ słów, zainteresowania integracją.

Dawniej była taka sytuacja, że pytali Głuchych czy chcą wrócić na wieś, czy przenieść się do miasta. Jeżeli decydowali się przenieść do miasta to ktoś im pomagał znaleźć mieszkanie, pracę. (FGI 1 Głusi)

- Znam takie dwie osoby, koleżanka i kolega, oni wrócili na wieś, chcieli zostać w dużym mieście, ale się nie udało, nie miał kto im pomóc. (...) Wcześniej to była fajna babka, dużo gadała, a teraz tylko gesty. Pytałam dlaczego a ona mówi, że ma dużo pracy w polu. Chłopak też znał język migowy w szkole migał szybko, dlaczego teraz tylko kilka znaków. Zachowują się jak w środowisku słyszących. On powinien być przeniesiony do miasta. Rozmawiałam na ten temat z taką panią, ale nie pomogło. On był dobrym, wzorowym uczniem a teraz ciemnota. (FGI 1 Głusi)

Osoby z dysfunkcją narządu ruchu

Ponad połowa osób z dysfunkcją ruchu jest w stanie poruszać się samodzielnie (55%), bez konieczności używania dodatkowego sprzętu. Pozostali najczęściej poruszają się z wykorzystaniem kul (22%) lub wózka inwalidzkiego bez napędu elektrycznego (21%). 15% jest w stanie samodzielnie prowadzić samochód osobowy. Rządziej wśród badanych występowały dysfunkcje powodujące konieczność przemieszczania się w wózku inwalidzkim jedynie z pomocą asystenta (6%), czy też korzystania z wózka inwalidzkiego z napędem elektrycznym (6%), czy też z balkonika (4%).

Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności częściej muszą korzystać do poruszania się z wózka inwalidzkiego. Kobiety z dysfunkcją ruchu częściej są w stanie chodzić samodzielnie (64% w porównaniu do 47% mężczyzn), zaś mężczyźni używają wózka inwalidzkiego bez napędu elektrycznego (28% w porównaniu do 13% kobiet).

Rysunek 85 Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób z dysfunkcją ruchu



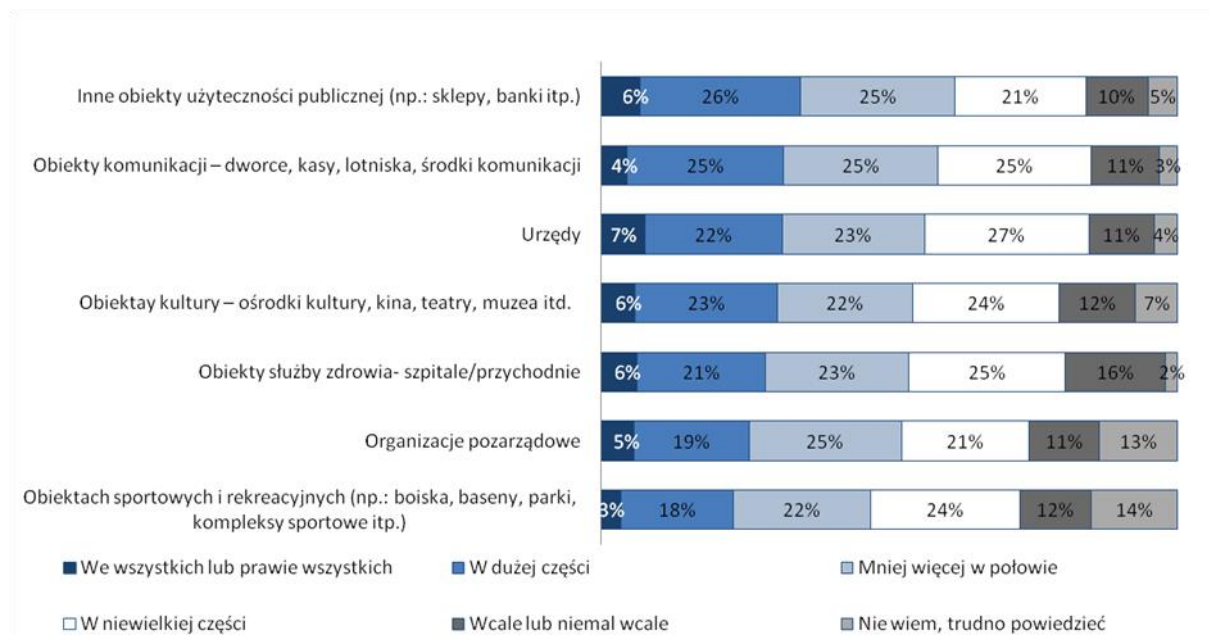
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją ruchu, N=255.

Opinie osób z dysfunkcją ruchu wskazują na utrzymywanie się problemu niedostosowania przestrzeni publicznej pod względem architektonicznym do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, mimo iż część obiektów jest już odpowiednio dostosowana.

Najbardziej pod tym względem wypadają inne obiekty użyteczności publicznej np. sklepy, poczta czy banki (32% uznało, że we wszystkich lub w dużej ich części można natknąć się na bariery architektoniczne, a kolejne 25%, że w połowie), obiekty komunikacji – np.: dworce, kasy, lotniska, środki komunikacji (odpowiednio 29% i 25%), urzędy (29% i 23%) oraz obiekty kultury (29% i 22%).

Najmniej barier architektonicznych dostrzegano w obiektach służby zdrowia – 42% osób z dysfunkcją ruchu przyznało, że napotyka na bariery architektoniczne tylko w niewielkiej części tego rodzaju obiektów lub wcale. Dość liczne grono dość dobrze postrzegało także dostosowanie urzędów – 38%, obiektów kultury, komunikacji czy sportowych i rekreacyjnych (po 36%).

Rysunek 86 Obecność barier architektonicznych w przestrzeni publicznej w ocenie osób z dysfunkcją ruchu



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją ruchu, N=255.

Również w badaniach jakościowych szeroko omawiany był problem nieprzystosowania **przestrzeni publicznej do potrzeb osób o ograniczonej swobodzie poruszania się**. Przeszkody fizyczne – schody, wąskie przejścia, nierówności terenu i powierzchni, brak wind i platform, wysokopodłogowe pojazdy komunikacji miejskiej i inne czynniki z tej kategorii skutecznie ograniczają możliwość pełnego uczestnictwa przedstawicieli tej grupy w funkcjonowaniu lokalnych społeczności.

Sytuacja uległa znacznej poprawie w ostatnich latach, szczególnie w miastach – zarówno mniejszych, jak i metropoliach, (z przewagą tych ostatnich). Dzięki temu badani mogą funkcjonować w sposób zdecydowanie bardziej samodzielny i niezależny w życiu codziennym.

Problemem okazują się jednak **nieskuteczne dostosowania** – niefunkcjonalne lub nieprawidłowo wykonane i wykorzystywane oraz, po prostu niedziałające, elementy architektury uniwersalnej. Wśród najbardziej kuriozalnych przykładów nie można pominąć takich problemów jak:

Toalety dla osób niepełnosprawnych zamykane na klucz, który jest dostępny np. u jednego z wielu pracowników obsługujących dany obiekt (np. stację metra) lub wykorzystywane jako „składzik”, albo pokój socjalny dla pracowników.

Taką rzeczą jeszcze przyziemną dla nas są toalety. Albo ich nie ma, albo jeżeli są to są zamykane na klucz, bo pani sprzątaczką na przykład sobie robi tam składzik na swoje przyrzędy.

Składzik to jeszcze nic, ale jak ja mam na przykład pół metra przejść, bo jest taka sytuacja, że metro ma zamknięte na klucz i ja teraz nie wiem, gdzie jest ta osoba, która ma akurat ten klucz, bo on nigdy nie jest na przykład w dyżurce, tylko przy osobie, która sprząta. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Zabezpieczone łańcuchem platformy/ windy do wjeżdżania wózkami inwalidzkimi po schodach.

My tutaj mówimy o takich windach specjalistycznych, bo te windy się pojawiają dla wózków i nie tylko. Tylko to zazwyczaj jest tak, że ta winda to jest przytwierdzona łańcuchem do jakiejś barierki i trzeba znaleźć pana Zenka, który ma klucz do kłódki i to trwa, a pan Zenon przychodzi po pół godzinie czy po godzinie i otwiera...

I się pyta Ciebie czy umiesz otworzyć tę windę.

I mówi: „Jak to się używało, pan wie?”. Ja mówię ja nie wiem, a on, że trzeba instrukcję znaleźć. Idą gdzieś tam szukać instrukcji, mija następne pół godziny, potem wertuje tę instrukcję i intuicyjnie szuka, który guzik jest od czego. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Nieczynne windy (np. na stacji metra), o których awarii nie informuje się w punkcie „przesiadkowym”, ale przy samym wyjściu z obiektu.

Procedury uruchamiania udogodnień dla osób poruszających się na wózkach w komunikacji miejskiej w Warszawie, wśród których wymieniono w pierwszym rzędzie: platformę ręcznie wysuwaną przez kierowcę spod pojazdu, oraz blokadę drzwi w tramwajach typu swing połączoną z informacją dźwiękową o „odsuwaniu rampy dla wózka inwalidzkiego”.

To jest dla mnie po prostu tak żenujące jak podjeżdża tramwaj, te nowe swingi (tramwaje niskopodłogowe), przyciskam przycisk i jest ten wspaniały komunikat: „Uwaga, pierwsze i drugie drzwi zablokowane w związku z odsuwaniem rampy dla wózka inwalidzkiego” To jest tak żenujące. Po prostu czuję się wtedy tak źle ze sobą. Wózek jedzie sam rozumiem skoro „dla wózka inwalidzkiego”, to nie osoba poruszająca się na wózku wjeżdża, tylko wózek sam wjeżdża. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Tego rodzaju sytuacje i utrudnienia nie tylko wydłużają czas przemieszczania się po mieście, często uniemożliwiają lub utrudniają zaspokojenie potrzeb, dla których zostały stworzone, lecz również naruszają poczucie godności i dobre samopoczucie osób z niepełnosprawnością ruchu.

Można też powiedzieć coś takiego bardziej może sensownego, albo ciszej, w ogóle cokolwiek, bo przecież to jest...

Albo po prostu nic, bo...

Zwykły sygnał dźwiękowy by wystarczył.

Mam przy sobie klakson tak i daję wszystkim znać, że jestem...

To też nie chodzi o to, żebyśmy dookoła robili wielkie zamieszanie, UWAGA BO JEDZIE WÓZEK INWALIDZKI. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Zwraca się w tym miejscu uwagę na **potrzebę bardziej podmiotowego traktowania osoby z niepełnosprawnością ruchu** i stworzenie **procedur minimalizujących wymienione ograniczenia dostępu** – np. poprzez wprowadzenie przejrzystego systemu dostępu do toalet dla ON (zawsze otwarta/ wprowadzenie zestandaryzowanego kodu dostępu rozpowszechnionego w środowisku), **zracjonalizowanie systemu informowania o awariach dostosowań dla ON na terenie obiektów** (informacja głosowa dla podróżnych w środku transportu/ informacja w formie papierowej w widocznym miejscu przy torze komunikacyjnym itp.).

Ja jako osoba mieszkająca w bloku, tak jak ten wypadek miałem 5 lat temu. Pięć stopni do windy, bo na 6 piętrze mieszkamy i pięć stopni i jest winda na szóstym, ale te pięć stopni trzeba to pokonać. Taką mi platformę zrobili, taką rozkładaną. W żaden sposób sam bym sobie w życiu nie poradził, ktoś musiał mnie co dzień wypychać. Ale tutaj kto co komu pomoże, całe szczęście że sam sobie jakoś poradziłem, trochę kredytu, trochę tego. Mieszkanie zmieniłem i mam z poziomym. Ale kto mi pomógł? Nikt, żaden PFRON, nikt. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Wskazuje się na potrzebę zapewnienia sporadycznie i w uzasadnionych sytuacjach transportu do miejsc, w których realizowane są obowiązki wynikające z pełnionych przez osoby z niepełnosprawnością ruchu ról społecznych – np. transport do szkoły dla niepełnosprawnego rodzica, by mógł uczestniczyć w wywiadówce.

Druga sprawa na przykład też z tego punktu widzenia, jeśli chodzi o rodzica niepełnosprawnego i o dziecko to ja na przykład nie poruszam się samochodem- poruszam się tylko i wyłącznie komunikacją i dzwoniłam też do Ministerstwa Edukacji, dzwoniłam też do gminy, którzy właśnie udostępniają transport dla dzieci niepełnosprawnych, które są dowożone. Jednak nikt nie pomyślał o rodzicach, którzy mają dzieci pełnosprawne, ale na przykład w zimie - bo ja nie mówię, że ja bym cały rok z tego korzystała, absolutnie nie. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Dla części osób z niepełnosprawnością ruchu ważne jest nie tylko **zapewnienie** transportu, lecz także **pomoc przy przesiadaniu się** z wózka do środka transportu i z powrotem. Często, zwłaszcza na peryferiach, lecz nie tylko, badani wspominali o problemach tego rodzaju, uniemożliwiających im w praktyce korzystanie

z rehabilitacji, czy nawet podjęcie pracy, nie wspominając już o codziennych sytuacjach typu odebranie dziecka ze szkoły, czy wyjście z nim na lody.

Raczej chyba nie, staram się w miarę aktywnie żyć. Okres zimowy jest przekichany. W mieście jest więcej możliwości. Można dojechać, nawet po chodniczku na wózku aktywnym. Do szkoły 2 kilometry, a zimą tam dojechać jest bardzo ciężko, więc nawet nie mogę odebrać syna ze szkoły. Tylko tyle, w mieście jednak więcej tych możliwości. Gdyby było bliżej myślałem nawet żeby grać w te rugby, ale u nas nic takiego nie ma, a dojechać do Warszawy to jest 60 km w jedną i 60 w drugą stronę. To już się wiąże z kosztami. (IDI 11, niepełnosprawność narządu ruchu, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, wieś)

Lekarze nie przychodzą do domu, chociaż jest to w umowie socjalnej. Dziewczyny musiały mnie targać do przychodni, a że mało chorowałem i nie miałem kontaktu, to musiały mnie targać do tej nowej przychodni tu, do takiej filii. Niby lekarze mogą przychodzić, w wyjątkowych sytuacjach, ale jest ogólna, stwierdzenie po polsku, jak się pytam w jakich przypadkach mogę prosić lekarza, no jak Pan zastąpił, czy tak dalej, ale mówmy sobie tak szczerze, to jest wszystko teoria. (IDI 11 rezerwa, niepełnosprawność narządu ruchu, stopień znaczny, 36-45 lat, mężczyzna, duże miasto)

Obowiązki z tego zakresu spełnia w większym lub mniejszym stopniu rodzina i znajomi. Angażuje to nie tylko czas i środki (opłacenie paliwa lub transportu prywatnego), lecz także obciąża fizycznie (przesiadanie, przenoszenie).

Natomiast osoby z niepełnosprawnością ruchową nie odczuwają istotnych ograniczeń w sferze informacyjnej czy komunikowania się. W badaniu jakościowym nie uczestniczyły osoby całkowicie sparaliżowane. Przeszkody o charakterze fizycznym, jakich doświadczali badani nie były traktowane jako przeszkody w komunikacji i pozyskiwaniu informacji. Trudności, jakich doświadczali badani miały raczej charakter społeczny (np. opór rówieśników przed kontaktem z osobą fizycznie odmienną).

Tworzyły się paczki dziewczyn, chłopców, gdzie stali sobie po 3-4-5 osób i sobie gadali a Ewa stała w kącie sama i miała żal do wszystkich i mówiła, że nie będzie chodzić do szkoły, bo jej tam nie chcą, nikt z nią nie gada, czas spędza sama, a wiadomo, że ja też bym takiej sytuacji nie chciała. Jest na wózku ale to nie znaczy, że jest jakaś inna. (IDI niepełnosprawność ruchowa, 1417 lat, kobieta, małe miasto)

Na podstawie wyników badania ilościowego obszar komunikacji i informacji należy uznać za dość istotny w kontekście potrzeb ogółu osób niepełnosprawnych, których zaspokojenie zapewni im optymalne funkcjonowanie. Wśród spontanicznych wskazań badanych wymieniano zapotrzebowanie na różnego rodzaju przyrządy/urządzenia/technologie – łącznie aspekt ten wskazało 37% badanych. Wymieniano tutaj potrzeby w zakresie sprzętu ortopedycznego (16%), optycznego (8%), komputerowego/informatycznego (7%) oraz odpowiedniego oprogramowania (2%), a także w zakresie urządzeń pomagających w niepełnosprawności (7%), czy też sprzętu wspomagającego słyszenie (6%). **Należy podkreślić, że dostęp do przyrządów, urządzeń oraz technologii jest szczególnie istotny dla osób z dysfunkcją wzroku (58%) oraz słuchu (50%) – jest to najważniejsza potrzeba w przypadku tych dwu grup.**

Ponadto ogółem 36% wymieniło sprawy związane z transportem/przemieszczaniem się – głównie zniesienie barier architektonicznych (29%), które jak pokazują wyniki badania nadal powszechnie występują, a także odpowiednie dostosowanie środków transportu (5%), pomoc asystencka w poruszaniu się (3%), czy zapewnienie transportu (3%). **Obszar ten należy do najważniejszych potrzeb osób z dysfunkcją narządu ruchu (oprócz potrzeby w zakresie samodzielnego mieszkania) - 51% wskazań. Jest to potrzeba również istotna dla osób z dysfunkcją wzroku (34%).**

Dodatkowo dla 17% badanych istotne jest zniesienie barier komunikacyjnych (sygnalizacja głosowa, większy druk, tablice tyflo, alfabet Braille, czy też dostępność tłumacza migowego), a dla **9% dostęp do informacji** (finansowanie dostępu do internetu, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, czy dostępność dokumentów dla ON). **Barьеры komunikacyjne dotyczą przede wszystkim grupy osób z dysfunkcją słuchu (39%) oraz wzroku (41%).**

Podkreślenia wymaga fakt, że aspekty dotyczące komunikacji i informacji miały najmniejsze znaczenie w grupie osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie. Wymieniano je bardzo rzadko lub wcale w kontekście istotnych potrzeb dla funkcjonowania osób z daną niepełnosprawnością.

Znajduje to również potwierdzenie w badaniu jakościowym. W wywiadach jakościowych osoby z **niepełnosprawnością intelektualną** nie wspominały o trudnościach z tego zakresu. Należy jednak pamiętać o specyfice komunikacji z przedstawicielami tej grupy, wymagającej stosowania komunikatu uproszczonego, zwłaszcza w przypadku porozumiewania się z osobami niepełnosprawnymi w stopniu znacznym i głębokim. Trudność może zatem polegać raczej na problemach ze zrozumieniem przekazu przez ONI lub zainteresowaniem wybraną tematyką. Ograniczeniem w komunikacji bywa natomiast umiejętność mówienia lub problemy z artykulacją, które powodują zniekształcenia wymowy. Mowa niewyraźna zakłóca komunikację i stanowi pewien problem w omawianej grupie ON i relacjach tych osób z otoczeniem.

Niewyraźnie mówię... Czasem musi ktoś się domyślać. (IDI 20 niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto i wieś)

Chorujący psychicznie także nie deklarowali większych problemów w zakresie komunikowania się i pozyskiwania informacji w badaniu jakościowym. Wskazywali jedynie na trudności poznawcze, na jakie napotykają – problem z przyswajaniem informacji, z koncentracją uwagi, czy brak zainteresowania i wytrwałości w poszukiwaniu informacji.

Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością na poziomie ogólnym pokazuje, że przyrządy/urządzenia/technologie to obszar dużego zapotrzebowania, ale również dużego zaspokojenia. Inaczej wygląda sytuacja z transportem/przemieszczaniem się oraz komunikacją – w tym przypadku potrzeby są relatywnie duże, ale zaspokojenie już małe. Za najmniej istotny można uznać obszar dostępu do informacji – relatywnie małe zapotrzebowanie, ale również zaspokojenie.

Należy zwrócić uwagę na różnice występujące między różnymi rodzajami niepełnosprawności.

- Obszar komunikacji i informacji nie pojawia się wśród istotnych potrzeb niezbędnych dla optymalnego funkcjonowania osób z upośledzeniem umysłowym.
- W przypadku osób chorujących psychicznie pojawia się jedynie zapotrzebowanie na informacje, które uznawane jest za mało istotne, chociaż w znacznym stopniu zaspokojone.
- Osoby z dysfunkcją słuchu mają duże zapotrzebowanie na przyrządy/urządzenia/technologie, ale jest to również obszar relatywnie dużego zaspokojenia. Gorzej z komunikacją, na którą jest również duże zapotrzebowanie, ale jednocześnie niższe zaspokojenie tych potrzeb obecnie. Mniej istotne obszary to dostęp do informacji oraz transport, które jednocześnie mają niski poziom zaspokojenia.
- Osoby z dysfunkcją wzroku charakteryzują się zbliżonymi potrzebami do osób z dysfunkcją słuchu. W grupie tej istnieje duże zapotrzebowanie na przyrządy/urządzenia/technologie, przy jednoczesnym relatywnie dużym zaspokojeniu. Oprócz komunikacji do obszaru o dużym znaczeniu, ale małym zaspokojeniu zaliczono w tej grupie transport i poruszanie się. Dostęp do informacji na tym tle mieści się wśród obszarów o małym zapotrzebowaniu i zaspokojeniu.
- Przyrządy, urządzenia i technologie to także istotny i zaspokojony obszar w przypadku osób z dysfunkcją narządu ruchu. Osoby te mają natomiast duże i niezaspokojone potrzeby w zakresie transportu i przemieszczania się. Z kolei mniej istotne, a także mniej zaspokojone są dla nich potrzeby związane z komunikacją i dostępem do informacji.

Badanie jakościowe potwierdza, że ocena **dostępu do środków komunikacji i informacji** jest w badanej grupie wyraźnie **uzależniona od rodzaju niepełnosprawności oraz jej stopnia**. Największe bariery w dostępie do środków komunikacji napotykają osoby z niepełnosprawnością słuchu, zwłaszcza Głusi. Najmniejsze trudności dostrzegają z kolei osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu. Niewidomi i słabowidzący, jeśli są wyposażeni w odpowiedni sprzęt, nie widzą większych trudności w tym obszarze. Pewne problemy pojawiają się u osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorujących psychicznie. Tam gdzie dostęp do środków komunikacji jest uzależniony od rodzaju niepełnosprawności sprawdza się zasada, że **im wyższy stopień, tym ograniczenia**

są **większe** – czyli im większe ograniczenia powoduje niepełnosprawność, tym bardziej widoczne przełożenie znajduje to na możliwość komunikowania się i pozyskiwania informacji.

Mapa znaczenia oraz wykorzystania dostępnego wsparcia w obszarze komunikacja i informacja, która powstała w oparciu o wyniki badania ilościowego, **wskazuje, że na poziomie ogólnym przypisywano dość dużą istotność wsparciu na zakup sprzętu komputerowego, przy jednoczesnym relatywnie dużym dotychczasowym wykorzystaniu** tego rodzaju wsparcia. **Pozostałe rodzaje wsparcia związanego z komunikacją i informacją** tj. finansowanie kosztów dostępu do Internetu, pomoc w uzyskaniu prawa jazdy lub własnego środka transportu, czy też usługi tłumacza migowego **znalazły się w ćwiartce o niskim znaczeniu oraz jednocześnie niskim wykorzystaniu.**

Dostrzec jednak można zróżnicowanie w odbiorze oraz wykorzystaniu wsparcia oferowanego w obszarze komunikacja i informacja w zależności od rodzaju niepełnosprawności.

- W przypadku osób z upośledzeniem umysłowym wszystkie rodzaje dostępnego wsparcia w obszarze komunikacja i informacja zostały uznane za relatywnie mało istotne i jednocześnie rzadko wykorzystywane.
- Osoby chorujące psychicznie za istotne uznały jedynie dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, przy jednoczesnym niskim poziomie wykorzystania. Pozostałe rodzaje wsparcia okazały się mało znaczące, a także rzadko wykorzystywane.
- Osoby z dysfunkcją słuchu z kolei uznawały wsparcie w postaci dofinansowania zakupu sprzętu komputerowego oraz usługi tłumacza migowego, za ważne i jednocześnie relatywnie często wykorzystywane. Duże znaczenie w tej grupie ma również finansowanie dostępu do Internetu, tym bardziej, że rzadko z tego korzystano do tej pory. Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy czy własnego środka transportu uznawana była za wsparcie o małym znaczeniu i niskim wykorzystaniu.
- Osoby z dysfunkcjami wzroku miały opinie zbliżone do osób z dysfunkcją słuchu (poza usługami tłumacza migowego). Ważne w tej grupie jest wsparcie w postaci dofinansowania zakupu sprzętu komputerowego (jednocześnie często wykorzystywane) oraz finansowanie dostępu do Internetu (rzadko wykorzystywane dotychczas).
- Osoby z niepełnosprawnością ruchową również podkreślają wagę dofinansowania sprzętu komputerowego, ale również w przeciwieństwie do pozostałych grup znaczenie ma dla nich pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu. Oba rodzaje wsparcia obecnie są rzadko wykorzystywane mimo relatywnie dużego zapotrzebowania. Pozostałe rodzaje wsparcia w obszarze komunikacji i informacji charakteryzują się małą istotnością i również niskim poziomem wykorzystania.

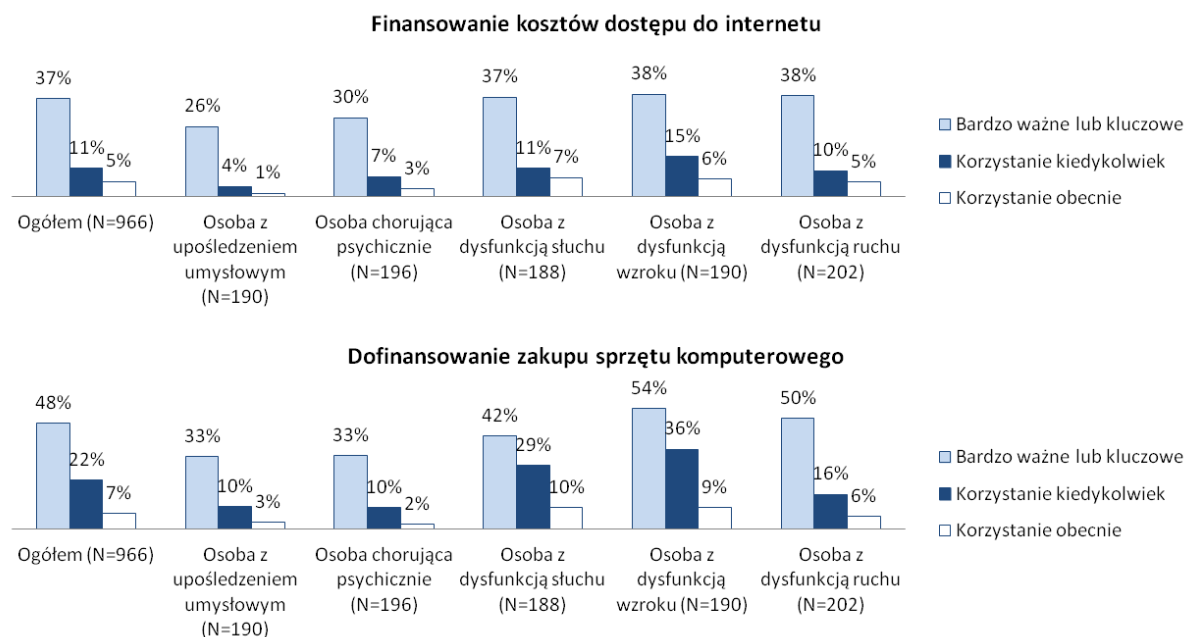
W zakresie dostępu do informacji ważniejsze dla osób niepełnosprawnych okazało się dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego (ogółem 48%) niż finansowanie kosztów dostępu do internetu (37%). Pierwszy rodzaj wsparcia był również nieco częściej wykorzystywany przez badanych, chociaż poziom wykorzystania był dość niski – 22% korzystało kiedykolwiek, a 7% korzystało w momencie realizacji badania.

Wsparcie w zakresie dostępu do informacji miało najmniejsze znaczenie dla osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie – po 33% uznało dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego lub finansowanie kosztów dostępu do internetu za bardzo ważną lub kluczową pomoc, dla zapewnienia im optymalnego funkcjonowania, zaś jeszcze mniej, bo 26% i 30% opinie takie wyraziło na temat finansowania kosztów dostępu do Internetu. Niskiej istotności tego rodzaju wsparcia towarzyszy niski poziom korzystania. Zaledwie po 10% osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie korzystało kiedykolwiek z dofinansowania zakupu sprzętu komputerowego, zaś odpowiednio 4% i 7% z finansowania kosztów dostępu do Internetu.

Wspieranie dostępu do informacji jest natomiast najbardziej istotne w przypadku pozostałych rodzajów niepełnosprawności. **Dofinansowanie zakupu sprzętu internetowego jest bardzo ważne lub kluczowe przede wszystkim dla osób z dysfunkcją wzroku (54%), ale również dla osób z dysfunkcją ruchu (50%), nieco mniej istotne dla osób z dysfunkcją słuchu (42%). Osoby z dysfunkcją wzroku również najczęściej na tle pozostałych grup miały możliwość skorzystania z takiego rodzaju wsparcia (36% korzystało kiedykolwiek).** Warto zwrócić uwagę na **osoby z dysfunkcją ruchu, które pomimo wysokiego znaczenia dofinansowania sprzętu komputerowego, relatywnie rzadko do tej pory korzystały z tego rodzaju pomocy (jedynie 16%).**

Finansowanie dostępu do internetu ma zbliżony poziom znaczenia dla osób z dysfunkcją wzroku, słuchu i ruchu (37-38%), nieznacznie wyższy niż w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym oraz chorujących psychicznie. Dotychczas z tego rodzaju wsparcia najczęściej korzystały osoby z dysfunkcją wzroku (15% korzystało kiedykolwiek).

Rysunek 87 Ocena wsparcia w zakresie dostępu do informacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



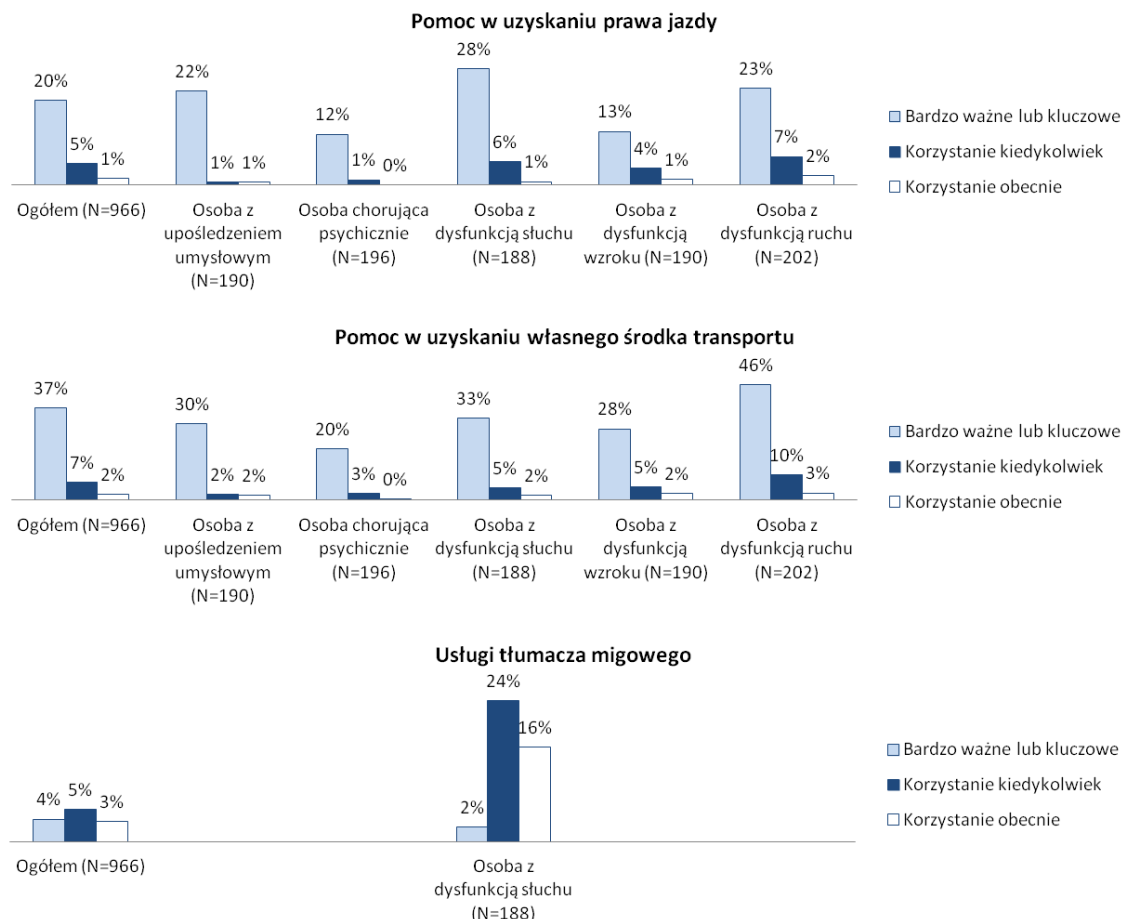
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wyniki badania wskazują, że wsparcie w zakresie transportu oraz komunikacji ma mniejsze znaczenie dla osób niepełnosprawnych niż wsparcie w obszarze informacji. Największe znaczenie przypisano pomocy w uzyskaniu własnego środka transportu – ogółem 37% niepełnosprawnych. Z kolei dla 20% bardzo ważne lub kluczowe dla optymalnego funkcjonowania było otrzymanie pomocy w uzyskaniu prawa jazdy. Korzystanie z tych dwóch form wsparcia utrzymuje się dotychczas na niskim poziomie – zaledwie 7% niepełnosprawnych korzystało kiedykolwiek z pomocy w uzyskaniu własnego środka transportu, a 5% w uzyskaniu prawa jazdy. Te dwie formy wsparcia okazały się **najmniej istotne dla chorujących psychicznie** (zaledwie odpowiednio 20% i 12% wskazań) **oraz osób z dysfunkcją wzroku** (odpowiednio 28% i 13%), co należy łączyć ze specyfiką tych dwóch niepełnosprawności, utrudniającą samodzielne prowadzenie auta (uzyskanie prawa jazdy).

Pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu natomiast miała największe znaczenie dla osób z dysfunkcją ruchu (46%). Osoby te jednocześnie najczęściej korzystały z takiego rodzaju wsparcia, chociaż poziom wykorzystania jest relatywnie niski - 10% korzystało kiedykolwiek. Dla osób z dysfunkcją ruchu istotne znaczenie ma również pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (23% wskazań), mimo to ten rodzaj wsparcia za bardzo ważny lub kluczowy najczęściej uznawały osoby z dysfunkcją słuchu (28%).

Usługi tłumacza migowego to rodzaj wsparcia występujący przede wszystkim w grupie osób z dysfunkcją słuchu. Mimo to ma małe znaczenie w tej grupie – jedynie dla 2% ma bardzo ważne lub kluczowe znaczenie, co należy wiązać z faktem, że większość osób badanych to były osoby niedosłyszące, które korzystały z aparatu słuchowego. Co czwarta osoba z dysfunkcją słuchu korzystała kiedykolwiek z usług tłumacza migowego, a 16% korzystało w okresie realizacji badania.

Rysunek 88 Ocena wsparcia w zakresie komunikacji i transportu pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Badani podczas wywiadów jakościowych poświęcili szczególnie dużo uwagi **problemom dostępu do informacji istotnych z punktu widzenia niepełnosprawności**. Niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, jest on zbyt mały. Ocenia się, że obecne rozproszenie informacji powoduje, że **możliwość skorzystania** z dostępnego **wsparcia** jest silnie **skorelowana ze sprawnością osoby niepełnosprawnej** (lub jej rodziny), **w poszukiwaniu istotnych informacji** oraz umiejętności ich wykorzystania. Powoduje to problemy z dostępem do wiedzy dotyczącej poszczególnych rodzajów niepełnosprawności, terapii, systemu wsparcia i innych ważnych z punktu widzenia ON i rodziny kwestii.

Obszar komunikacji i informacji, jak wskazuje badanie jakościowe, jest obszarem horyzontalnym – bowiem kwestie związane z udogodnieniami w zakresie poruszania się, transportu, dostępu do środków wspomagających komunikację, nie są jedynie problemem w zakresie komunikowania, ale łączą się z zagadnieniami związanymi z integracją, edukacją czy pracą. Jest to swego rodzaju obszar pierwotnych potrzeb, gdyż bez możliwości porozumienia się z innymi osobami, czy też dotarcia do szkoły, pracy lub innych miejsc publicznych, osoba niepełnosprawna nie jest w stanie rozwijać się w innych kluczowych obszarach.

Tabela 16 zawiera podsumowanie pożądanego wsparcia w zakresie komunikacji i informacji. **Wsparcie to jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową oraz słuchową. Potrzeby i instrumenty wsparcia w tym obszarze są silnie uzależnione od charakteru dysfunkcji.** W poniższej tabeli przedstawiono potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Tabela 16 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie komunikacji i informacji – podsumowanie

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> Brak wspólnych potrzeb – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji 		
KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> Brak wspólnych instrumentów – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji 		
WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁOSPRAWNYCH		
Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy, pojedyncze wskazania
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Brak specyficznych instrumentów, częściej niż w innych grupach uznanych za kluczowe
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy, pojedyncze wskazania
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	Przyrządy/ urządzenia/ technologie <ul style="list-style-type: none"> Sprzęt komputerowy/ informatyczny Sprzęt optyczny: okulary/ lupy/ powiększalniki Odpowiednie oprogramowanie komputerowe Zniesienie barier komunikacyjnych <ul style="list-style-type: none"> Zniesienie barier komunikacyjnych w przestrzeni publicznej (sygnalizacja głosowa/większy druk/ tablice tyflo/ alfabet Braille'a) Transport/ przemieszczanie się <ul style="list-style-type: none"> Zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego Finansowanie kosztów dostępu do internetu
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Przyrządy/ urządzenia/ technologie <ul style="list-style-type: none"> Sprzęt wspomagający słyszenie: aparat słuchowy/implant Urządzenia pomagające w niepełnosprawności Zniesienie barier komunikacyjnych <ul style="list-style-type: none"> Dostępność tłumacza migowego w przestrzeni publicznej Zniesienie barier komunikacyjnych w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Usługi tłumacza migowego Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego Finansowanie kosztów dostępu do Internetu Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Transport/ przemieszczanie się <ul style="list-style-type: none"> Zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej Odpowiednio przystosowany środek transportu Zapewnienie transportu Przyrządy/ urządzenia/ technologie <ul style="list-style-type: none"> Sprzęt ortopedyczny
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego Pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu Finansowanie kosztów dostępu do Internetu Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu.

6.7 Edukacja

Konwencja ONZ uznaje prawo osób niepełnosprawnych do edukacji – bez dyskryminacji i na zasadach równych szans. W dokumencie zaleca się **zapewnienie przez państwo włączającego systemu kształcenia, umożliwiającego integrację na wszystkich poziomach edukacji i w kształceniu ustawicznym**. Edukacja włączająca daje możliwość dostępu do pobierania nauki w najbliższej miejsca zamieszkania szkole i wspomaga proces integracji społecznej.

Osoby niepełnosprawne potrzebują kompleksowego wsparcia w procesie edukacji podczas całego jej okresu, w różnych formach – m.in. przez zapewnienie odpowiedniego sprzętu niwelującego ograniczenia sprawności, zapewnienie odpowiedniej opieki pedagogicznej wykwalifikowanych nauczycieli, likwidację barier architektonicznych.

Choć dokumenty międzynarodowe promują ideę edukacji włączającej, część ekspertów uznaje, iż jej realizacja w Polsce w obecnych realiach będzie bardzo trudna, co wynika m.in. z nieprzygotowania szkół (np. architektonicznego czy pod względem wyposażenia), braku wykwalifikowanych nauczycieli, z nastawienia samych nauczycieli niechętnych nauce uczniów niepełnosprawnych w zwykłych szkołach, a także z obawą szkół ogólnodostępnych, czy otrzymają od samorządu finansowanie adekwatne do potrzeb przyjętych UN (Sochańska i in. 2015). Z tego względu uznano, że w obecnej sytuacji należałoby promować edukację integracyjną będącą kompromisem pomiędzy trudną do natychmiastowej realizacji edukacją inkluzywną, a izolującą edukacją specjalną. Same osoby niepełnosprawne opowiadają się za jak najszybszym upowszechnieniem edukacji włączającej, która w ich opinii będzie wyrównywać szanse UN i pełnosprawnych.

Jednocześnie jednak szkolnictwo specjalne nie powinno być likwidowane z uwagi na potrzeby uczniów z głębszymi problemami wynikającymi z posiadanej niepełnosprawności, zwłaszcza intelektualnej i sprzężonej, którzy wymagają pomocy nie tylko w procesie edukacji, lecz także w życiu codziennym. Same osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności narządu wzroku lub ruchu dostrzegały istotne zalety nauki w szkołach specjalnych, w tym naukę orientacji przestrzennej, pracę na komputerach udźwiękowiających czy naukę polskiego języka migowego (Sochańska i in. 2015). Pewnym kompromisem byłby tutaj postulat tworzenie oddziałów specjalnych w szkołach ogólnodostępnych, co przyczyniłoby się do integracji UN ze środowiskiem wszystkich uczniów, ale także wykorzystywało zasoby kadrowe szkół specjalnych.

Również na etapie kształcenia wyższego ograniczenia sprawności mają wpływ na ścieżkę edukacyjną. Badania realizowane wśród studentów niepełnosprawnych wskazują, że stan zdrowia ogranicza w pewnym stopniu możliwość wyboru uczelni, m.in. ze względu na dostosowanie architektoniczne, odległość od domu, możliwości dojazdu (Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2016). Wyniki badań sygnalizują, iż w takiej sytuacji zachodzi potrzeba udzielenia doradztwa zawodowego i edukacyjnego dla niepełnosprawnej młodzieży, w którym uwzględniono by charakter ich niepełnosprawności i możliwe scenariusze zmian sytuacji zdrowotnej. Dzięki temu UN mogłoby bardziej świadomie wybierać kierunki studiów i przyszły zawód, adekwatnie do swoich możliwości.

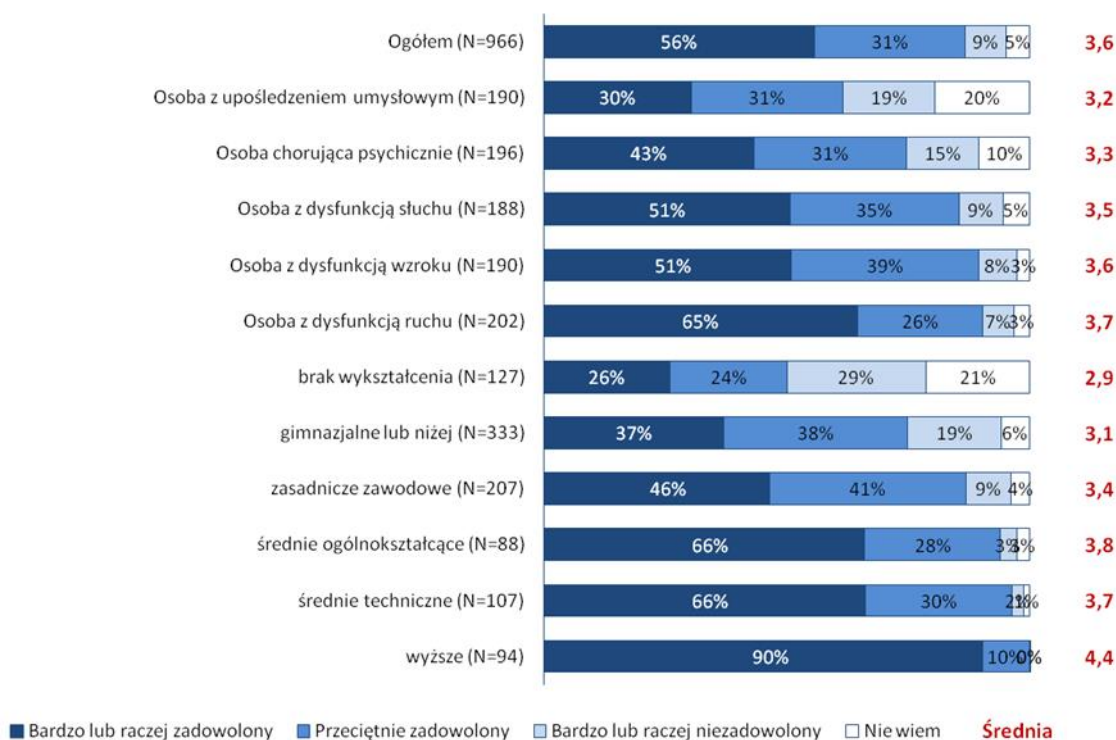
Innym rodzajem wsparcia przydatnym dla studentów jest pomoc finansowa – koszty studiowania dla ON mogą być wyższe m.in. ze względu na konieczność dojazdów na uczelnię, wynajem odpowiedniego mieszkania, koszty dodatkowych leków, zakup przystosowanego sprzętu komputerowego (Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2016). Badania realizowane wśród absolwentów szkół wyższych wskazują na przykład, iż bez wsparcia udzielonego w ramach programu pilotażowego PFRON „Aktywny Samorząd”, nie byłoby w stanie podjąć studiów i uzyskać wykształcenia (Sytuacja zawodowa absolwentów różnych form edukacji na poziomie wyższym, którzy ukończyli wybrany przez siebie poziom nauki w latach 2013-2015 i korzystali ze wsparcia finansowego PFRON udzielonego w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd, 2016). Brak wsparcia ze strony Funduszu wedle deklaracji beneficjentów wpłynęłoby istotnie na decyzje o rozpoczęciu lub kontynuowaniu studiów – dla ponad połowy z nich otrzymanie dofinansowania zdecydowało o aktywności edukacyjnej, co pokazuje dużą wagę udzielanego wsparcia w zdobywaniu wykształcenia wyższego przez osoby niepełnosprawne.

Mimo wspomnianych na wstępie rozdziału problemów, z jakimi przychodzi się osobom niepełnosprawnym borykać podczas procesu kształcenia, badanie ilościowe wskazuje, że są oni na ogół dość zadowoleni z posiadanego wykształcenia oraz kwalifikacji. Ponad połowa (56%) jest bardzo lub raczej zadowolona, a kolejne 31% to przeciętnie zadowoleni. Należy jednak podkreślić występujące różnice ze względu na rodzaj niepełnosprawności oraz poziom uzyskanego wykształcenia.

Najbardziej zadowolone ze swojego wykształcenia i kwalifikacji są osoby z dysfunkcją ruchu (65% bardzo lub raczej zadowolonych). Mniejsze zadowolenie deklarowały osoby z dysfunkcją słuchu lub wzroku (po 51%) oraz chorujące psychicznie (43%). Najmniej natomiast zadowolone były osoby z upośledzeniem umysłowym – jedynie 30% bardzo lub raczej zadowolonych, natomiast 19% niezadowolonych.

Ponadto częściej ze swojego wykształcenia oraz kwalifikacji zadowolone są kobiety (60% bardzo lub raczej zadowolonych) niż mężczyźni (51%). Zadowolenie z wykształcenia wzrasta wraz z wielkością miejscowości zamieszkania – wśród osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi odnotowano 50% bardzo lub raczej zadowolonych z wykształcenia, zaś w największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) odsetek ten wyniósł 60%.

Rysunek 89 Zadowolenie z posiadanego wykształcenia, kwalifikacji, według rodzaju niepełnosprawności oraz wykształcenia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Skala: [1] Bardzo niezadowolony, [5] Bardzo zadowolony

Wykształcenie wyższe, które wzbudziło największy poziom zadowolenia wśród osób niepełnosprawnych, osiągnęło 15% badanych. Należy tutaj przypomnieć, iż w 2014 r. według danych GUS odsetek niepełnosprawnych w wieku 13 lat i więcej posiadających wyższe wykształcenie wynosił 9%, podczas gdy w populacji wszystkich mieszkańców Polski 22%. Widać zatem, że osób z wyższym wykształceniem zaczyna przybywać w grupie osób niepełnosprawnych.

Nadal dominującym rodzajem jest wykształcenie zasadnicze zawodowe (33%), ewentualnie średnie techniczne (18%). Zawody wyuczone przez osoby niepełnosprawne najczęściej plasują się w grupie zawodów robotników

przemysłowych i rzemieślników (25%) – np. mechanik pojazdów samochodowych, krawiec, czy ślusarz, rzadziej techników i średniego personelu (16%) – np. technik ekonomista, księgowy.

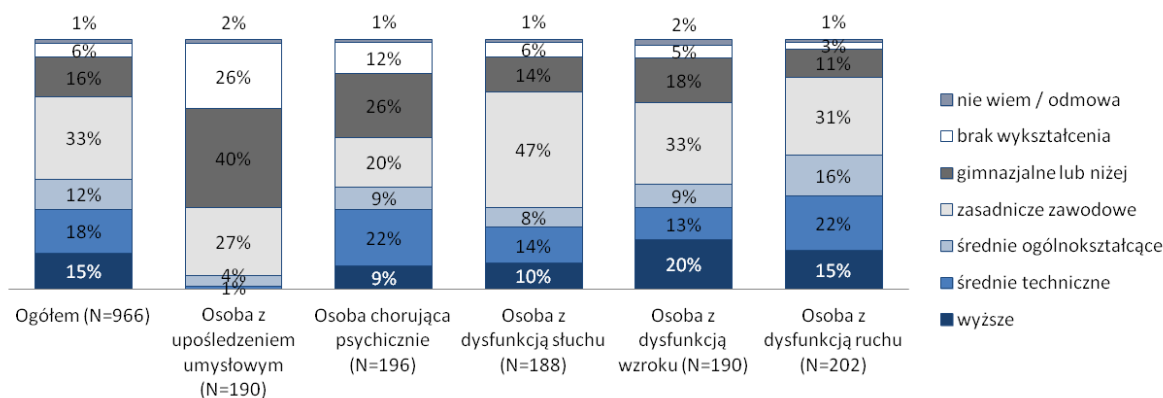
Widoczne jest zróżnicowanie osiągniętego poziomu wykształcenia ze względu na posiadany rodzaj niepełnosprawności. Wykształcenie wyższe najczęściej posiadają osoby z dysfunkcją wzroku (20%) lub dysfunkcją narządu ruchu (15%). Co trzecia osoba w tych grupach posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe. Osoby z dysfunkcją narządu ruchu najrzadziej nie posiadają żadnego wykształcenia lub co najwyżej gimnazjalne.

W najtrudniejszej sytuacji edukacyjnej są osoby z upośledzeniem umysłowym – aż 66% nie skończyło żadnej szkoły lub co najwyżej szkołę gimnazjalną. Osoby z upośledzeniem umysłowym praktycznie nie osiągają poziomu wykształcenia powyżej zasadniczego zawodowego. Wśród wyuczonych zawodów dominują kucharz, mechanik pojazdów samochodowych, fryzjer, czy murarz.

Niski poziom wykształcenia odnotowano także w grupie osób chorujących psychicznie, gdzie 38% posiada co najwyżej wykształcenie gimnazjalne. W grupie tej rzadziej na tle pozostałych rodzajów niepełnosprawności uzyskiwano wykształcenie zasadnicze zawodowe, a nieco częściej średnie techniczne. Najczęściej posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodów robotników przemysłowych i rzemieślników (16%) - np. krawiec, cukiernik, mechanik pojazdów samochodowych, techników i średniego personelu (11%) – np. technik ekonomista, księgowy, technik ogrodnik, czy specjalistów (10%) np. ekonomista.

Mężczyźni nieco częściej niż kobiety osiągnęli wykształcenie zasadnicze zawodowe (38% w porównaniu do 28%), zaś kobiety nieco częściej średnie ogólnokształcące (16% wobec 8%). Najwyższy poziom wykształcenia osiągnęli niepełnosprawni mieszkańcy miast do 200 tys. mieszkańców – aż 20% deklarowało posiadanie wykształcenia wyższego, a 22% średniego ogólnokształcącego. Wśród mieszkańców wsi i miast powyżej 200 tys. mieszkańców odsetek osób z wykształceniem wyższym wynosił ok. 12-13%.

Rysunek 90 Struktura wykształcenia według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Tabela 17 Wyuczony zawód według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=966)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
Brak wyuczonego zawodu	26%	68%	46%	19%	21%	23%
Respondent jeszcze nie zakończył nauki	7%	3%	5%	6%	10%	5%
Mechanik pojazdów samochodowych	5%	3%	2%	4%	6%	6%
Krawiec	3%	1%	4%	8%	5%	0%
Sprzedawca	3%	1%	2%	5%	1%	4%
Ekonomista	3%	0%	3%	2%	1%	4%
Technik ekonomista	3%	0%	4%	2%	1%	4%
Kucharz	2%	5%	4%	3%	0%	2%
Księgowy	2%	0%	1%	2%	3%	2%
Ślusarz	2%	0%	1%	2%	3%	2%
Technik informatyk	2%	0%	0%	1%	1%	2%
Spawacz ręczny gazowy	1%	0%	0%	2%	2%	1%
Piekarz	1%	1%	0%	1%	3%	0%
Fryzjer	1%	3%	0%	1%	0%	2%
Technik energetyk	1%	0%	0%	1%	0%	2%
Technik masażysta	1%	0%	0%	0%	4%	0%
Politolog	1%	0%	0%	0%	2%	1%
Cukiernik	1%	2%	2%	0%	0%	1%
Przedstawiciel handlowy	1%	0%	0%	1%	3%	0%
Pedagog	1%	0%	1%	1%	2%	0%
Technik handlowiec	1%	0%	0%	0%	0%	2%
Elektryk	1%	0%	0%	1%	3%	0%
Szwaczka	1%	0%	0%	5%	0%	0%
Pracownik socjalny	1%	0%	0%	2%	1%	0%
Dziewiarz	1%	1%	1%	2%	1%	0%
Murarz	0%	4%	0%	0%	0%	1%
Betoniarz-zbrojarz	0%	0%	0%	2%	0%	0%
Technik ogrodnik	0%	0%	2%	1%	0%	0%
Tkacz	0%	0%	0%	2%	0%	0%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. W tabeli umieszczono wskazania powyżej 2%.

Badanie ilościowe pokazało, że szansa na zwiększenie poziomu wykształcenia posiadanego przez badanych jest raczej niewielka. Większość obecnie nie kontynuuje nauki (87%). Jedynie 3% studiowało w chwili realizacji

badania, po 2% kształciło się na kursach/szkoleniach, w szkole specjalnej (podstawowej lub gimnazjalnej) oraz w szkole zawodowej.

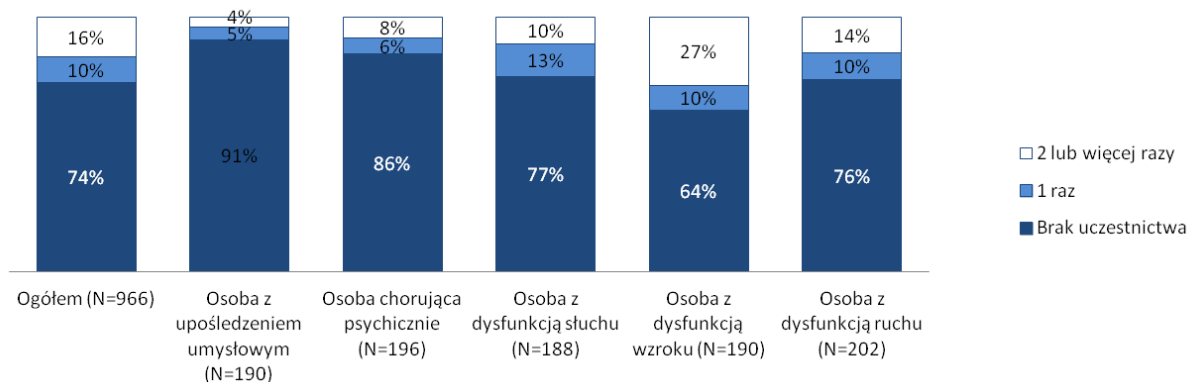
Naukę najczęściej kontynuowały osoby z dysfunkcją wzroku (18%) oraz słuchu (14%). Najrzadziej zaś osoby z upośledzeniem umysłowym (10%), które jak wspomniano powyżej posiadały najniższy poziom wykształcenia.

Warto zauważyć, że 7% osób najmłodszych w wieku 14-17 lat tj. w wieku obowiązku szkolnego, w trakcie badania nie kontynuowało nauki. Pozostali z tej grupy wiekowej najczęściej kształcili się w szkole specjalnej (podstawowej lub gimnazjalnej) lub w szkole zawodowej.

Ponadto uzupełnianie posiadanych kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach lub kursach nie jest rozpowszechnionym zjawiskiem wśród osób niepełnosprawnych. W ciągu ostatnich 5 lat w szkoleniach lub kursach uczestniczyła zaledwie co czwarta osoba. Najczęściej z takich możliwości korzystały osoby z dysfunkcją wzroku (37%). Należy podkreślić, że nie tylko często korzystały, ale również uczestniczyły w największej liczbie szkoleń (27% w dwóch lub więcej szkoleniach).

Najrzadziej uczestnikami różnych form doszkalania i zdobywania nowych kwalifikacji były osoby z chorobami psychicznymi (14%) oraz z upośledzeniem umysłowym (9%), które jednocześnie posiadały najniższy poziom wykształcenia.

Rysunek 91 Uczestnictwo w szkoleniach lub kursach w ciągu ostatnich 5 lat według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.*

Niepełnosprawni, którzy w przeszłości szkolili się, najczęściej uczestniczyli w kursach/ szkoleniach zawodowych (54% uczestniczących) oraz kursach i szkoleniach komputerowych (46%). Rzadziej w kursach/szkoleniach językowych (18%), czy z zakresu umiejętności poruszania się na rynku pracy (16%).

Kursy lub szkolenia zawodowe dominowały w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym. Ponadto na tle innych rodzajów niepełnosprawności częściej osoby te uczestniczyły w kursach/szkoleniach z zakresu umiejętności poruszania się na rynku pracy. Z kolei osoby z dysfunkcją wzroku oraz ruchu, częściej w porównaniu do pozostałych grup niepełnosprawnych, uczestniczyli w szkoleniach językowych. Wśród osób chorujących psychicznie relatywnie popularne okazały się kursy z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej.

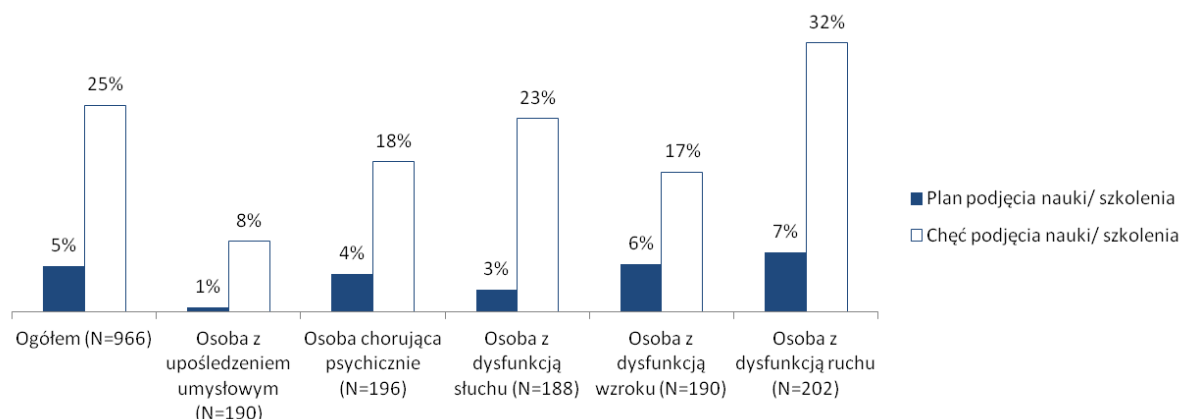
Osoby niepełnosprawne nie tylko rzadko kontynuowały naukę, czy uczestniczyły w kursach lub szkoleniach, ale **również nie posiadały planów czy też chęci, by podjąć naukę w szkole lub na szkoleniu w ciągu najbliższych 12 miesięcy.**

Jedynie 5% badanych deklarowało posiadanie planów związanych z kontynuowaniem nauki. Z kolei 25% zdecydowałoby się na udział w 2 miesięcznym szkoleniu zawodowym o interesującej dla siebie tematyce, ale tylko 8% zrobiłoby to bez wahania, a 17% musiałoby się zastanowić. Na doksztalcenie zawodowe

zdecydowałyby się przede wszystkim osoby obecnie pracujące (32%) lub takie, które miały już doświadczenia zawodowe (27%). Rzadko natomiast były taką formą zainteresowane osoby, które zakończyły już naukę, ale nigdy nie pracowały (13%).

Najbardziej zainteresowane dokończaniem są osoby z dysfunkcją ruchu – co trzecia wyraziła chęć wzięcia udziału w szkoleniu zawodowym, natomiast 7% posiada plany podjęcia nauki lub szkolenia w ciągu najbliższego roku. Z drugiej strony najmniej skłonne do kontynuowania kształcenia są osoby z upośledzeniem umysłowym, które dla przypomnienia posiadały najniższy poziom osiągniętego wykształcenia.

Rysunek 92 Plany podjęcia nauki lub szkolenia w ciągu najbliższych 12 miesięcy oraz chęć podjęcia szkolenia zawodowego według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Plan podjęcia nauki/ szkolenia – odsetek odpowiedzi „na pewno tak” oraz „raczej tak” na pytanie o plan podjęcia nauki lub szkolenia w najbliższych 12 miesiącach. Chęć podjęcia nauki/ szkolenia – odsetek odpowiedzi „bez wahania tak” oraz „zastanowiłbym się, ale raczej tak” na pytanie o decyzję o uczestnictwie w 2 miesięcznym szkoleniu zawodowym o interesującej respondenta tematyce.

Wyniki badania jakościowego ukazały istnienie dysproporcji pomiędzy **dostępem do edukacji dziecka niepełnosprawnego mieszkającego na peryferiach wobec zamieszkującego bliżej centrum**. Czynnikiem kluczowym jest dostęp do wiedzy dotyczącej samej niepełnosprawności i możliwości włączania ucznia w środowisko rówieśnicze na poziomie edukacji. Dotyczy to zarówno samych rodziców i opiekunów jak i dyrektorów szkół i nauczycieli. Duże znaczenie dla rozwoju sytuacji i sukcesu lub porażki ma gotowość do wychodzenia poza schemat i radzenia sobie z nietypową, często pod wieloma względami trudną dla wszystkich zaangażowanych stron sytuacją, jaką jest pojawienie się niepełnosprawnego ucznia w szkole.

Młodzież niepełnosprawna przywiązuje bardzo dużą wagę do panującej w szkole atmosfery – w tym zwłaszcza istotne jest nastawienie nauczycieli, dyrekcji i rówieśników do jej niepełnosprawności.

Można trafić na fajnych ludzi, fajną dyrekcję, fajną kadrę, która pomoże i dostosuje nawet szkołę, albo po prostu będzie pomagała, załatwi pomoc, która umożliwi poruszanie się po szkole. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Bardzo istotna jest **wrażliwość pedagogów na relacje rówieśnicze i wszelkie objawy negatywnego wyróżniania ucznia z niepełnosprawnością** ruchu przez młodzież oraz nietolerancji i wyśmiewania, na które bywa on narażony.

Nie wiem. Ja tego nie obserwuję. Bardziej obserwuję, jak [rówieśnicy] mnie traktują. To zależy jak ktoś się zachowuje. Bo jak ktoś się zachowuje dobrze w stosunku do innych, to ten drugi też dobrze. To zależy czasami, jak się zachowuje jedna osoba w stosunku do drugiej. (IDI 9, niepełnosprawność narządu ruchu, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Uważność i dyskretna kontrola atmosfery wokół niepełnosprawnego ucznia powinna być ważnym elementem opieki pedagogicznej w szkole. Rodzice starają się interweniować i wpływać na sytuacje konfliktowe w szkole, tym niemniej z pewnością szczególnie ważną rolę odgrywają tu nauczyciele i szkolni pedagodzy, a także rodzice innych uczniów i poziom przygotowania lokalnej społeczności na zetknięcie z pewną odmiennością, jaką powoduje niepełnosprawność.

Ogólnie w szkole młodzież patrzy głównie na perspektywę wózka, że ona jest na wózku to jest niefajną koleżanką. Były z tym problemy w szkole podstawowej. Ja ten temat poruszałam na zebraniach, żeby rodzice po prostu porozmawiali ze swoimi dziećmi. Bo było tak, w tej chwili sytuacja się troszkę polepszyła, że jak była przerwa, to Ewa stała w kącie sama. Tworzyły się paczki dziewczyn, chłopców, gdzie stali sobie po 3-4-5 osób i sobie gadali a Ewa stała w kącie sama i miała żal do wszystkich i mówiła, że nie będzie chodzić do szkoły, bo jej tam nie chcą, nikt z nią nie gada, czas spędza sama, a wiadomo, że ja też bym takiej sytuacji nie chciała. (IDI 9, niepełnosprawność narządu ruchu, 14-17 lat, kobieta, małe miasto)

Młodzież ucząca się w szkołach ogólnodostępnych napotyka bariery w dostępie do tych form wsparcia. Zwłaszcza na terenach wiejskich, gdzie zdarza się, że szkoły są gorzej dostosowane do korzystania z technologii w ogóle, a wiedza nauczycieli na temat dostępnych rozwiązań i procedur ich wdrażania bywa, jak wskazują badania jakościowe, uboższa.

Nauczyciele starali się pomóc, ale nie wiedzieli jak, to był kompletny ciemnogród. Miałam pisać na laptopie, to pani nie umiała pen drive otworzyć. Starali się i ogromną chęć pani dyrektor, ale chcieli i nie wiedzieli jak. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

W niektórych przypadkach korzysta się z możliwości **wydłużania etapów edukacyjnych**. Nie zawsze jednak rodzice wiedzą o takiej możliwości i procedurach uzyskania tego rozwiązania. Wielokrotnie podejmowanie tego rodzaju decyzji jest dla rodzica bardzo trudne, ponieważ często dziecko nie uczestniczy w jej podjęciu świadomie.

Tak, tak jak mówili nauczyciele. Proponowali, żeby przedłużyć mu etap edukacyjny no i my się zgodziliśmy na to. No i wydaje mi się, że Szymon nie wyraził tu sprzeciwu, on chyba tak chce. No widzi Pani, można nim pokierować, to nie jest osoba [która uczestniczy w podejmowaniu decyzji]. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

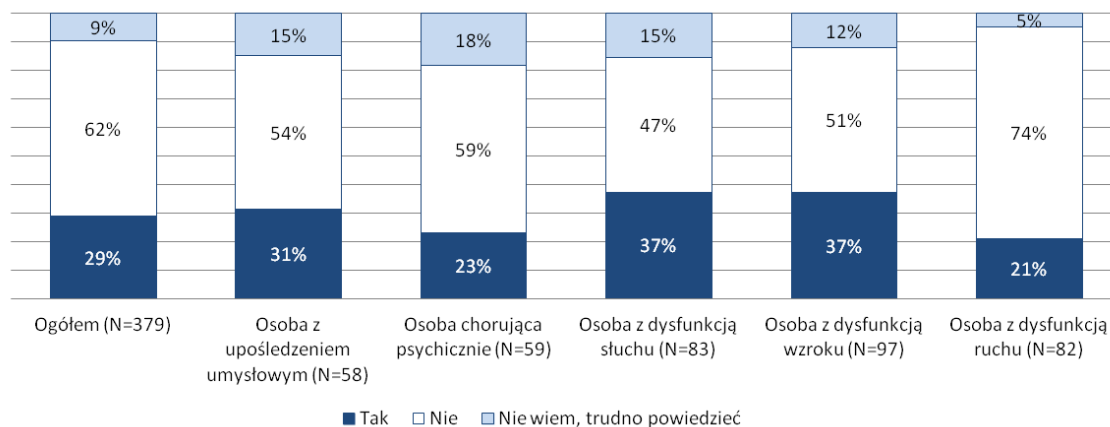
Badanie ilościowe pokazuje, że jedynie co trzecia osoba obecnie ucząca się lub planująca podjęcie nauki, posiada w związku ze swoją niepełnosprawnością specjalne potrzeby lub potrzebuje specjalnego wsparcia, udogodnień by się uczyć. Najczęściej potrzeby takie zgłaszano w grupie osób z dysfunkcją słuchu oraz wzroku (po 37%), najrzadziej zaś w przypadku osób chorujących psychicznie (23%).

Specjalnego wsparcia w nauce potrzebują częściej przede wszystkim osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (37% wobec 25% osób z umiarkowanym stopniem lub brakiem orzeczenia) oraz osoby w wieku 18-45 lat (34% w porównaniu do 24% w przypadku osób w wieku 14-17 lat).

Osoby, które zgłaszały potrzeby w zakresie specjalnego wsparcia w procesie kształcenia, wskazywały w tym kontekście najczęściej jedną (14%), góra 2-3 potrzeby (12%). Dotyczyły one przede wszystkim przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych (14%) – m.in. specjalnie przystosowane materiały/podręczniki (większy druk/Braille), szkoła bez barier architektonicznych, specjalnie przystosowane formy zaliczeń (dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna) oraz dostępu do sprzętu pomocniczego (13%) - głównie technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością (system FM/aparat słuchowy/nakładka do implantu ślimakowego), odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością.

Rzadziej były to potrzeby dotyczące formy nauki (7%), zapewnienia opieki (6%), specjalistycznych, dodatkowych zajęć (6%), czy odpowiedniego nastawienia i traktowania ON (6%). Ostatnia z tych potrzeb była szczególnie istotna w grupie osób z upośledzeniem umysłowym (17%). Dodatkowo w przypadku osób z tym rodzajem niepełnosprawności częściej zgłaszano konieczność zapewnienia dodatkowych, specjalistycznych zajęć (13%) oraz wsparcia ze strony specjalistów (po 13%), co również było szczególnie ważne dla osób z dysfunkcją słuchu (odpowiednio 13% i 12%).

Rysunek 93 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby lub udogodnienia związane z nauką



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby, które obecnie się uczą lub planują podjąć naukę.

Tabela 18 Specjalne potrzeby i udogodnienia w zakresie nauki w związku z posiadaną niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=379)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=58)	Osoba chorująca psychicznie (N=59)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=83)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=97)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=82)
PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON	14%	2%	3%	14%	26%	7%
specjalnie przystosowane materiały/podręczniki: większy druk/Braille	7%	0%	0%	5%	18%	1%
szkoła bez barier architektonicznych	3%	0%	0%	6%	1%	5%
specjalnie przystosowane formy zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna	3%	0%	1%	5%	5%	1%
wykłady/zajęcia przystosowane do specjalnych potrzeb	2%	1%	1%	4%	4%	0%
SPRZĘT POMOCNICZY	13%	1%	2%	10%	26%	5%
technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością: system FM/aparat słuchowy/nakładka do implantu ślimakowego	9%	0%	0%	7%	22%	0%
odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością	5%	1%	2%	3%	12%	2%
komputer/odpowiednio dostosowany komputer	2%	0%	2%	3%	1%	2%
FORMA NAUKI	7%	8%	7%	14%	7%	5%
dostępność kursów indywidualnie dopasowanych do potrzeb/kursów specjalistycznych	3%	0%	4%	3%	7%	1%
indywidualne nauczanie	2%	7%	4%	5%	1%	3%
POMOC /OPIEKA	6%	7%	1%	3%	10%	4%
pomoc asystenta	5%	4%	1%	0%	10%	3%

	Ogółem (N=379)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=58)	Osoba chorująca psychicznie (N=59)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=83)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=97)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=82)
SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA	6%	13%	4%	13%	2%	7%
dodatkové zajęcia wyrównawcze/korepetycje/pomoc w odrabianiu lekcji	3%	1%	2%	6%	2%	4%
NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE	6%	17%	11%	1%	0%	9%
odpowiednie miejsce w klasie: blisko nauczyciela/tablicy	2%	0%	0%	0%	0%	4%
DOFINANSOWANIE/POMOC	4%	1%	13%	3%	5%	4%
dofinansowanie do nauki: czesne/podręczniki/dojazd	4%	1%	13%	3%	5%	4%
SPECJALIŚCI	2%	13%	4%	12%	0%	0%
TRANSPORT/DOJAZD/ZAKWATEROWANIE	1%	0%	0%	0%	1%	1%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby, które obecnie się uczą lub planują podjąć naukę.

Relatywnie niski poziom zgłaszanych potrzeb specjalnego wsparcia i udogodnień w procesie nauki w związku z posiadaną niepełnosprawnością wyjaśniają po części wyniki badania jakościowego na przykładzie sytuacji osób z upośledzeniem umysłowym. **Osoby mieszkające w większych miastach**, opiekunowie młodzieży, która nie wymaga nauczania indywidualnego w domu, **nie zgłaszali w badaniu jakościowym zastrzeżeń do obecnego systemu edukacji dla ONI**. Z ich perspektywy szkoła jest nie tylko odpowiednio wyposażona i dostosowana do potrzeb, lecz także zaspokaja zarówno potrzeby związane z edukacją, jak i rehabilitacją społeczną i fizyczną młodzieży. Dodatkowo młodzież ucząca się ma zapewniony bezpłatny transport do szkoły i z powrotem. Można także skorzystać z dofinansowania na dodatkowe wyjazdy rehabilitacyjne dla młodzieży. Dodatkowo osoby niewidome i głuche uczą się w szkołach specjalnych, które są całkowicie dostosowane do ich potrzeb.

Sytuacja wygląda gorzej na wsi, gdzie często dziecko uczone w trybie indywidualnym nie otrzymuje dodatkowego wsparcia specjalistów i konieczność jego zaspokojenia spoczywa na rodzicu.

Rzeczywiście, że ta kompleksowość tego, że oni mają lekcję, to i logopedę, i tą rehabilitację, i rzeczywiście jak kiedyś pamiętam mieszkaliśmy w małej miejscowości, to w szkole Gabrysia nie miała nic, miała tylko lekcje, a do logopedy, czy na rehabilitację musiałam ją dodatkowo wozić, zupełnie tak, jakby szkoła w tym nie uczestniczyła. A tutaj jest wszystko tak, jakby w jednym miejscu, ja ją przyprowadzam, idę sobie do pracy i ja po południu już nie muszę się o to martwić, już nie muszę gdzieś tam szukać tej rehabilitacji, a nawet by to było niemożliwe fizycznie, bo już Gabrysia nie jest w stanie funkcjonować, czy gdzieś tam się uczyć po 18. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Opiekunowie dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną podkreślają, że **problematycznym momentem jest ukończenie przez ich podopiecznych 25 roku życia**, co odcina rodziny i ONI od ciągłego wsparcia edukacyjnego i wrzuca ich w dość chaotyczny i niekompletny system wsparcia dla dorosłych z tego rodzaju niepełnosprawnością.

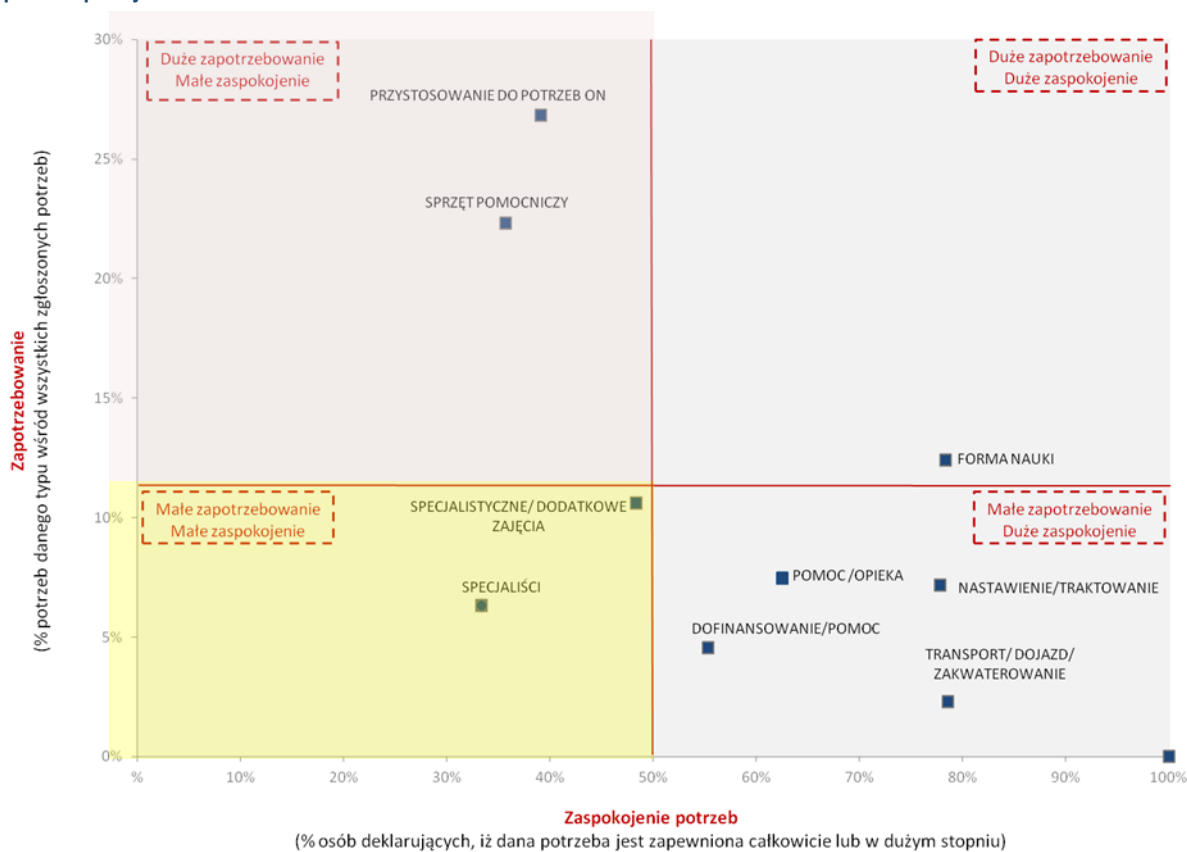
Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze edukacji, która powstała na bazie wyników badania ilościowego, pokazuje, że mimo wszystko **niektóre zgłaszane przez osoby niepełnosprawne potrzeby są w dużym stopniu niezaspokojone**. Dotyczy to przede wszystkim dwóch najczęściej zgłaszanych potrzeb –

przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz dostępności sprzętu pomocniczego. Odpowiednio 46% oraz 43% osób, które wymieniły te potrzeby, uznało jednocześnie, że są one w ogóle niezaspokojone.

Niski poziom zaspokojenia dotyczył także dwóch potrzeb o relatywnie niskim znaczeniu – specjalistycznych/dodatkowych zajęć oraz pomocy ze strony specjalistów. Należy jednak mieć na uwadze, że potrzeby te były szczególnie ważne dla osób z upośledzeniem umysłowym oraz z deficytami słuchu.

W przypadku pozostałych potrzeb zwykle uznawano, że są one zaspokojone całkowicie lub przynajmniej w dużym stopniu. Największe zaspokojenie dotyczyły potrzeby o relatywnie dużym znaczeniu – dostosowaniu formy nauki do niepełnosprawności (78% uznało ją za zaspokojoną przynajmniej w dużym stopniu). Za szczególnie zaspokojone uznano także mniej istotne na poziomie ogólnym potrzeby jak nastawienie/traktowanie oraz transport/dojazd/zakwaterowanie.

Rysunek 94 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze edukacji – powszechność występowania a stopień zaspokojenia

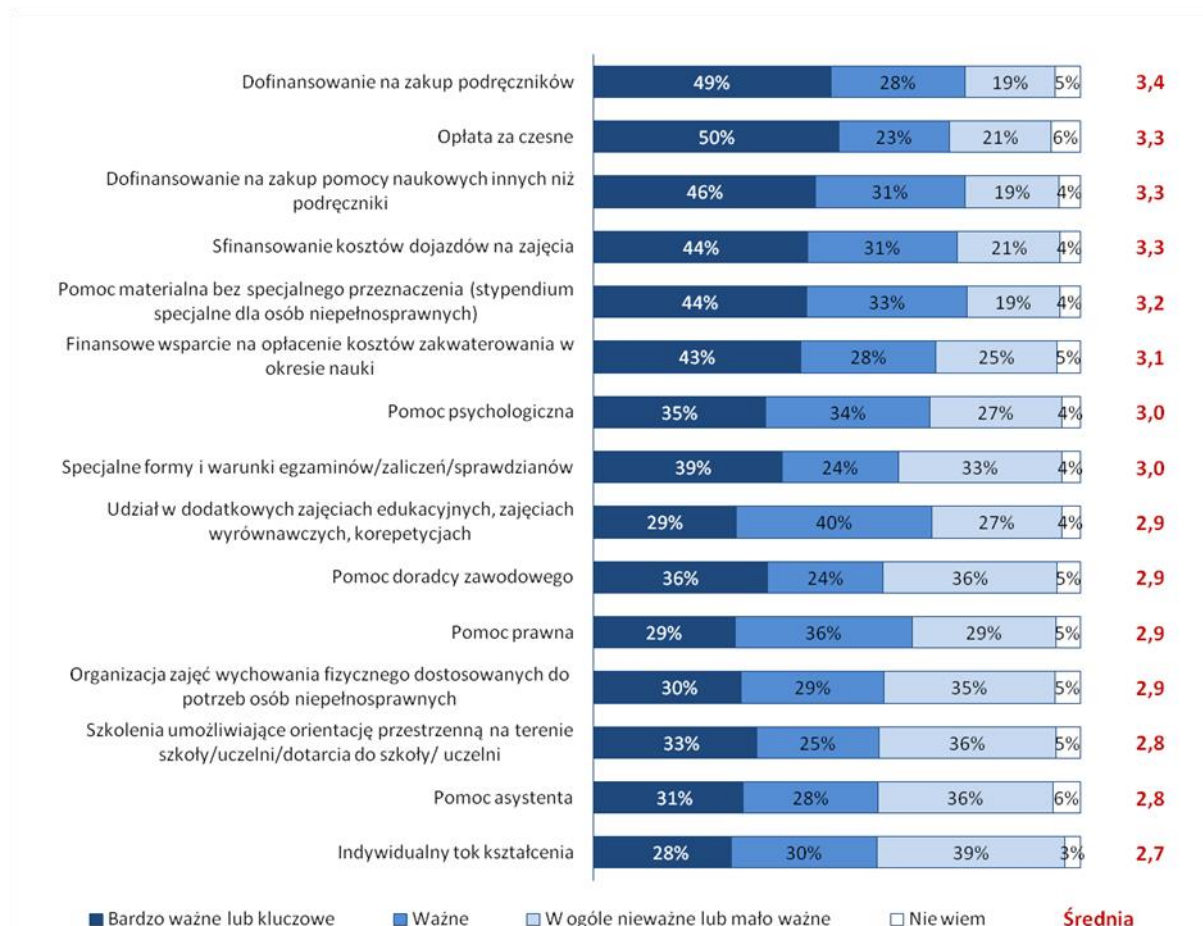


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= 269 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb.

Badanie ilościowe pokazuje, że dla osób kontynuujących naukę lub planujących dalsze kształcenie istotnym wsparciem jest przede wszystkim pomoc finansowa i materialna – m.in. dofinansowanie na zakup podręczników (77% uznających ten rodzaj wsparcia za ważny lub bardzo ważny, kluczowy), pomocy naukowych innych niż podręczniki (77%), stypendium specjalne dla ON (77%), finansowanie kosztów dojazdu na zajęcia (75%), opłata za czesne (73%), czy dofinansowanie kosztów zakwaterowania (72%).

Z pozostałych, **pozafinansowych form wsparcia** najczęściej wskazywano na **pomoc psychologiczną** (69% uznających ją za ważne lub kluczowe wsparcie), **udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, wyrównawczych** (69%) oraz **pomoc prawną** (65%).

Rysunek 95 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie nauki/ edukacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=379, osoby, które obecnie się uczą lub planują podjąć naukę.

Wyniki badania ilościowego wskazują na zróżnicowanie oceny istotności dostępnych form wsparcia dla osób niepełnosprawnych w związku z kształceniem się w zależności od rodzaju niepełnosprawności.

Potrzeby w zakresie wsparcia pozafinansowego były szczególnie ważne dla osób z upośledzeniem umysłowym uczących się lub planujących podjęcie kształcenia. Przedstawiciele tego rodzaju niepełnosprawności, częściej na tle pozostałych grup, za szczególnie dla siebie ważne uznawali pomoc psychologiczną, specjalne formy i warunki zaliczeń, sprawdzianów, udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, wyrównawczych, korepetycjach, organizację zajęć wychowania fizycznego dostosowaną do ich potrzeb, pomoc asystenta oraz indywidualny tok kształcenia. W przypadku różnych form finansowego wsparcia osoby z upośledzeniem umysłowym oczekiwały pomocy materialnej w postaci stypendiów specjalnych.

Pomoc psychologiczna, dostęp do dodatkowych zajęć edukacyjnych, wyrównawczych, korepetycji, czy indywidualny tok kształcenia to ważne rodzaje wsparcia również dla **osób chorujących psychicznie**. Ponadto

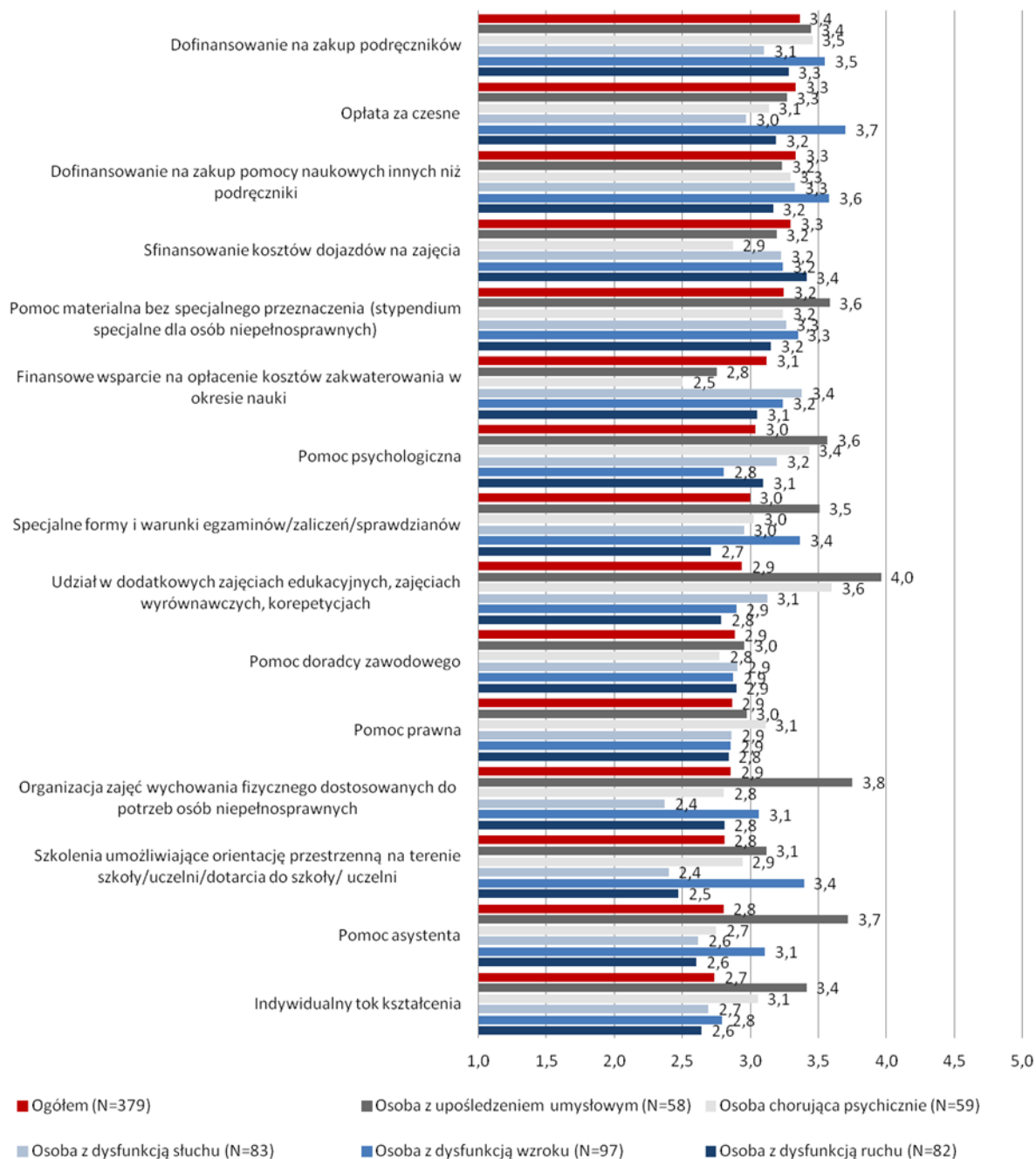
w grupie tej najważniejsze na tle innych niepełnosprawności jest wsparcie prawne, z kolei najmniej istotne dofinansowanie do zakwaterowania.

Osoby z dysfunkcją wzroku istotnie często za ważne uznawały zarówno różne rodzaje wsparcia finansowego, jak i pozafinansowego oferowanego w zakresie nauki. Za szczególnie ważne uznawano finansowanie opłaty za czesne, dofinansowanie zakupu podręczników oraz innych pomocy dydaktycznych, stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych, dofinansowanie zakwaterowania. Osoby z niepełnosprawnością wzroku szczególnie doceniają wagę specjalnych form i warunków egzaminów, zaliczeń, sprawdzianów, szkoleń umożliwiających orientację na terenie uczelni, szkoły, czy dotarcia do nich, pomoc asystenta oraz organizację zajęć wychowania fizycznego uwzględniających dostosowanie do możliwości osób niepełnosprawnych. Dla grupy tej mniejsze znaczenie miała pomoc psychologiczna.

Osoby z dysfunkcją ruchową wyżej oceniały różne rodzaje wsparcia finansowego. Szczególnie ważne dla nich okazało się wsparcie w postaci dofinansowania kosztów dojazdu do szkoły lub uczelni. Kwestie te poruszane były również podczas badania jakościowego i zostały omówione w dalszej części niniejszego podrozdziału. Mniejsze znaczenie dla osób z tym rodzajem niepełnosprawności ma wsparcie pozafinansowe – szczególnie pomoc asystenta czy indywidualny tok kształcenia. Relatywnie mało istotne jest dla nich również zapewnienie specjalnych form i warunków zdawania egzaminów, zaliczeń, sprawdzianów, czy też udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych lub wyrównawczych.

Dla **osób z dysfunkcją słuchu** podobnie, jak dla osób z niepełnosprawnością ruchową, bardziej istotne okazuje się być wsparcie finansowe, a szczególnie dofinansowanie kosztów zakwaterowania. Relatywnie mało znaczące jest dla tych osób wsparcie pozafinansowe w postaci pomocy asystenta, indywidualnego toku kształcenia czy dostosowania zajęć wychowania fizycznego.

Rysunek 96 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie nauki/ edukacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)

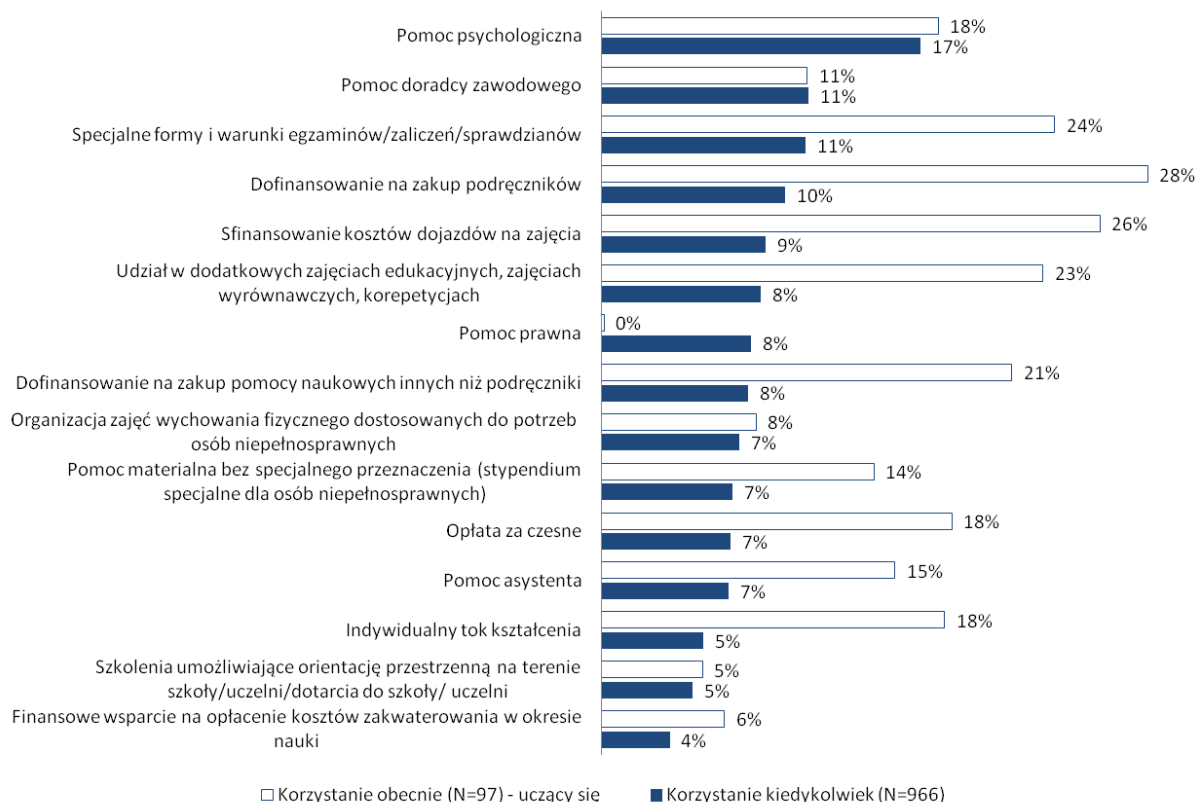


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Biorąc pod uwagę opinie na temat istotności różnych rodzajów wsparcia, widać, że **uznawane za najbardziej znaczące wsparcie finansowe i materialne należy również do aktualnie najczęściej wykorzystywanych przez osoby uczące się**. 28% korzysta z dofinansowania na zakup podręczników, 26% z finansowania kosztów dojazdu na zajęcia, 21% z dofinansowania na zakup innych pomocy naukowe niż podręczniki, 18% z opłat za czesne, a 14% z pomocy materialnej w postaci stypendiów specjalnych dla ON. Aktualnie wykorzystywane przez osoby uczące się formy pozafinansowego wsparcia to przede wszystkim specjalne formy i warunki egzaminów, zaliczeń i sprawdzianów (24%), udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych i korepetycjach (23%), pomoc psychologiczna i indywidualny tok kształcenia (po 18%), a także pomoc asystenta (15%).

Z drugiej jednak strony analizując poziom wykorzystania różnych dostępnych form wsparcia w zakresie nauki/edukacji widać, że na poziomie ogólnym najczęściej osobom niepełnosprawnym zdarzyło się kiedykolwiek korzystać przede wszystkim z **pozafinansowych form wsparcia** – 17% korzystało z **pomocy psychologicznej**, po 11% z **pomocy doradcy zawodowego oraz specjalnych form i warunków do zaliczania sprawdzianów, egzaminów**. Co dziesiąty niepełnosprawny korzystał z dofinansowania na zakup podręczników lub finansowania kosztów dojazdów na zajęcia. Najrzadziej korzystano dotychczas z indywidualnego toku nauczania, szkoleń umożliwiających orientację przestrzenną w terenie (po 5% korzystających w chwili badania) oraz finansowania na opłacenie kosztów zakwaterowania na okres nauki (4%).

Rysunek 97 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie nauki/ edukacji dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie

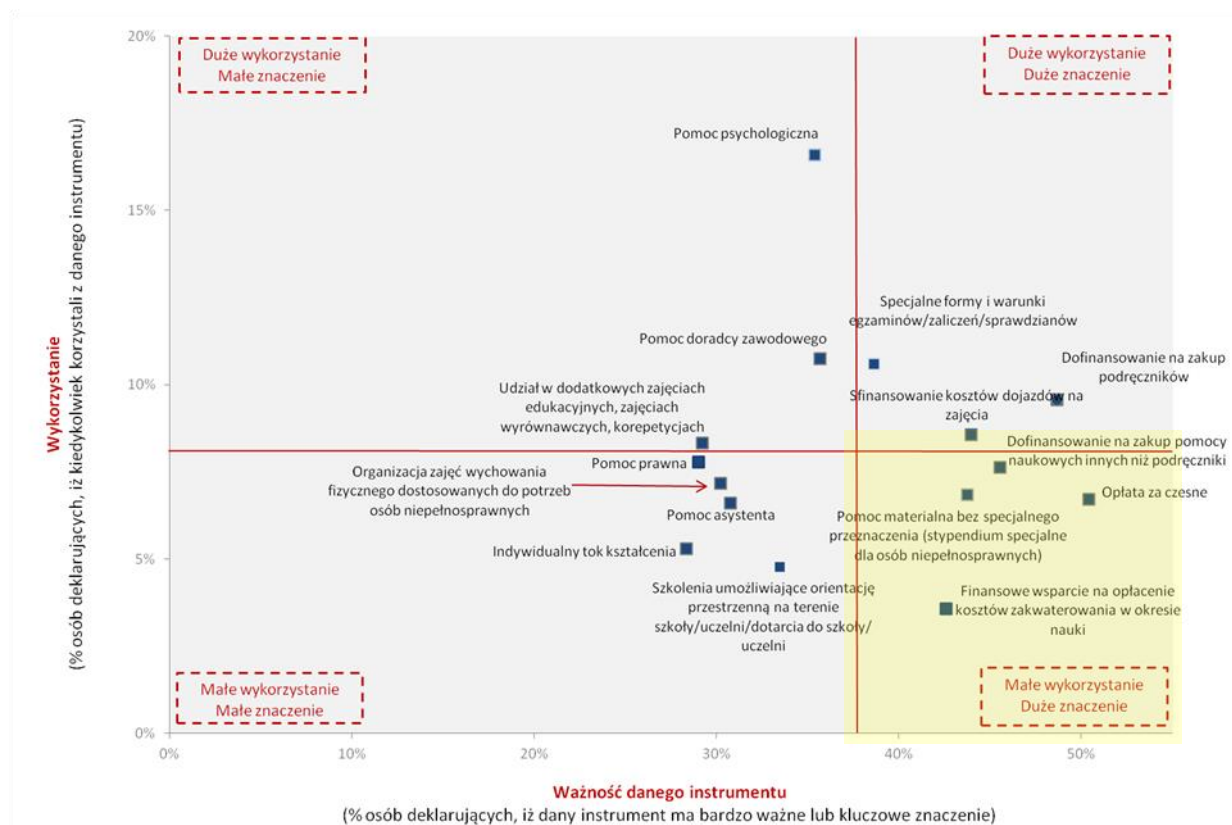


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.

Podsumowując, mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w zakresie edukacji pokazuje, że spośród rodzajów wsparcia uznawanych przez uczących się lub planujących kontynuowanie nauki niepełnosprawnych za znaczące, najmniej wykorzystywane jest finansowe wsparcie na opłacenie zakwaterowania, a także stypendia specjalne dla ON, opłaty za czesne oraz dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki. Spośród mniej znaczącego wsparcia pozafinansowego największym poziomem wykorzystania cieszy się pomoc psychologiczna, pomoc doradcy zawodowego, ale również specjalne formy i warunki zdawania egzaminów i sprawdzianów oraz udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych.

Jako wsparcie relatywnie mało znaczące i jednocześnie rzadko wykorzystywane należy wymienić szkolenia umożliwiające orientację przestrzenną, indywidualny tok kształcenia, pomoc asystenta, organizację zajęć wychowania fizycznego w formie dostosowanej do potrzeb ON oraz pomoc prawną.

Rysunek 98 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w zakresie edukacji



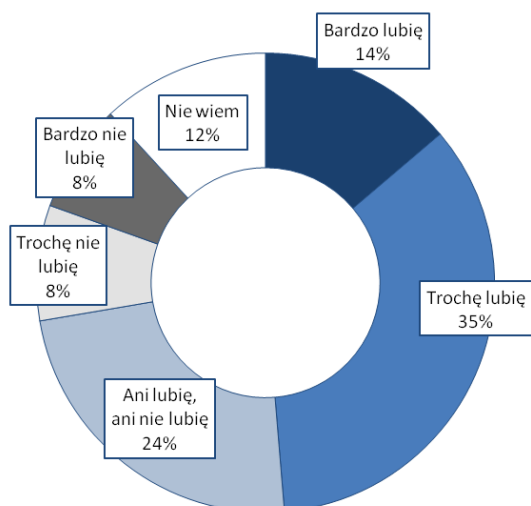
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=379, osoby, które obecnie się uczą lub planują podjąć naukę.

W obszarze edukacji, jak wskazują wyniki badania ilościowego, szczególną grupą są **osoby z upośledzeniem umysłowym**. Na tle innych rodzajów niepełnosprawności najrzadziej kontynuują naukę, korzystają z różnych form doksztalcania, ale również posiadają liczne specjalne potrzeby i wymagania specjalnego wsparcia związanego z nauką.

Zdecydowana większość badanych osób z upośledzeniem umysłowym, które samodzielnie odpowiadały na pytania ankiety, nie chodziła już do szkoły (95%).

Szkoła budziła u nich raczej pozytywne konotacje. Prawie połowa (48%) przyznała, że lubiła/lubi chodzić do szkoły. Co czwarty badany nie był jednak w stanie określić swojego stosunku do szkoły. Kobiety nieco lepiej postrzegały szkołę niż mężczyźni (51% lubiących wobec 43%). Ocena szkoły wypadła też lepiej w opiniach mieszkańców miast powyżej 200 tys. (64%), najslabiej zaś w miastach o wielkości do 200 tys. mieszkańców.

Rysunek 99 Czy respondent lubi/ lubił chodzić do szkoły?



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby z upośledzeniem umysłowym, N=87

Mimo dość pozytywnego odbioru szkoły 77% badanych osób z upośledzeniem umysłowym nie chciałoby do niej wracać. Jedynie 7% bardzo chciałoby uczyć się i kontynuować naukę szkolną. Częściej byli to mężczyźni oraz osoby najmłodsze (14-17 lat).

Badanie jakościowe potwierdza, że potrzeby dotyczące systemu edukacji w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną są ogromne. Warunkiem optymalnego ich zaspokojenia jest bowiem połączenie wsparcia stricte edukacyjnego (przekazywania wiedzy i przyswajania umiejętności z tego zakresu), z wsparciem logopedycznym i rehabilitacją fizyczną.

Co nie jest zaskoczeniem, zdecydowanie łatwiejsza jest sytuacja osób mieszkających w dużym mieście niż na peryferiach. Choć dzięki oddolnym inicjatywom rodziców i terapeutów w ciągu ostatnich 10-15 lat sytuacja mieszkańców małych miejscowości i wsi uległa pod tym względem znacznej poprawie. Powołane w ten sposób lokalne stowarzyszenia zapełniły stopniowo lukę w dostępie do rehabilitacji społecznej i fizycznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, w tym niepełnosprawnych intelektualnie. Wzrosła także dostępność pomocy pedagogicznych i logopedycznych, często niezbędnych w procesie edukacji ONI.

Jeżeli chodzi o pomoce pedagogiczne i logopedyczne to tego jest więcej. Kiedyś trzeba było wszystko robić ręcznie. Rehabilitantów też jest pod dostatkiem, nawet jeśli chodzi o nasze Wadowice i Stowarzyszenie powstało, jest dużo rehabilitantów, psychologów, pedagogów i basen jest, nie trzeba jeździć aż do Krakowa, a przez 10 lat ja jeździłam, bo nie było wszystkiego. Trzeba było jeździć do logopedów, na rehabilitację do Krakowa. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Możliwość nauczania w ramach indywidualnego trybu stanowi dobre rozwiązanie dla osób ze sprzężeniami i niepełnosprawnych w stopniu znacznym. Pojawia się pogląd, że zwiększenie ilości godzin nauki do 12 tygodniowo mogłoby przynieść korzystne rezultaty, ze względu na wolne tempo nauki niektórych osób, długotrwałość procesu asymilacji i nawiązywania relacji z nauczycielem.

Na pewno systematyczność, więcej można zrobić. On miał takie momenty, że zanim się rozkręcił, zaczął współpracować, to czas minął. Jego tempo pracy jest wolne, więcej czasu pozwalałoby mu więcej zrobić na tych zajęciach. Na pewno efekt byłby większy. Nawet wycieczka - do parku do lasu, na pocztę i później coś przepracować, to te 3 godziny dawałoby większy efekt niż 2. (IDI 17, niepełnosprawność intelektualna (ruch), 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Sytuacja ta pociąga za sobą wiele zmian zarówno dla głównych zainteresowanych, jak i ich rodzin. Pojawia się **ryzyko regresu nabytych umiejętności społecznych i wiedzy**, ze względu na odcięcie od oferty edukacyjnej, ustanie obowiązku szkolnego (którego często nie zastępuje podjęcie pracy), i brak ciągłości wsparcia ze względu na deficyt miejsc w placówkach dla dorosłych (WTZ, ŚDS, DPS itp.). Szczególnie trudna jest sytuacja osób z upośledzeniem w stopniu znacznym i głębokim, ponieważ część z nich, zwłaszcza jeśli występują u nich niepełnosprawności sprzężone, ma nikłe szanse na przyjęcie do wymienionych placówek, nawet jeśli zwalniają się w nich miejsca – co dotyczy nawet stolicy.

I tutaj się robi, olbrzymie pieniądze idą na edukację, rehabilitację głęboko upośledzonych, a potem się robi dziura, bo to dziecko, które na przykład jeździ na wózku z głębszą niepełnosprawnością nie nadaje się ani do WTZ-u, ani do ŚDS-u, ani do innej placówki dziennego wsparcia. Nie ma takiej placówki, która by przyjęła dziecko wózkowe z dodatkowymi schorzeniami. Nie ma w Warszawie takiej placówki. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Nawet jeśli znajdzie się miejsce w placówce wsparcia lub pracę, pojawiają się **problemy z zapewnieniem transportu do i z jej siedziby**. Dla części rodzin jest to czynnik, który uniemożliwia skorzystanie z pojawiającej się możliwości. Osoby wystarczająco samodzielne same przemieszczają się po mieście, z punktu widzenia opiekunów generuje to jednak pewne problemy takie jak ryzyko wejścia w ryzykowne relacje, narażanie zdrowia poprzez nieodpowiedzialne zachowania (np. niekontrolowane jedzenie, żebractwo itp.).

Ona od ponad roku jeździ sama do szkoły, ale dopóki był przewoźnik to było jeszcze bardzo dobrze. Za krótko jest zorganizowany czas dla niepełnosprawnych, nie ma dotacji do osób niepełnosprawnych, którzy jeżdżą na terapię, bo jak jeździła Daria, to ja czekałam, umawiałam się z przewoźnikiem na daną godzinę, przyjeżdżali po Darię, więc miała opiekę, przejazd z domu pod szkołę i tak samo w drugą stronę. Więc byłam z tego bardzo zadowolona. W momencie kiedy skończyła się jej, bo to chyba do 22 czy 23 oni mają dotację z gminy, to zaczęły się problemy. (IDI 18, niepełnosprawność intelektualna, 18-35 lat, kobieta, duże miasto (matka))

Utrata miejsca w systemie wsparcia obciąża rodzinę – bezpośrednio i mentalnie. Opiekunowie podkreślają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną, mimo że rozwijają się wolniej niż ich rówieśnicy, robią relatywne postępy przez całe życie, często w momentach nieoczekiwanych.

Pamiętać, że edukacja naszych dzieci nie kończy się w wieku 25 lat.

Absolutnie, nie, to już chyba wie, społeczeństwo wie.

Mówiłam, ale powtarzam. Edukacja jest do końca życia ich, albo naszego. Do końca życia. (FGI 5, opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Problemem jest **zniesienie obowiązku i rutyny**, które mają w życiu ONI bardzo duże znaczenie, a wdrożenie do nich osoby pełnoletniej przez starzejących się rodziców jest bardzo trudne. Nie sposób pominąć kwestii **konieczności zapewnienia opieki bezpośredniej** osobom, które z różnych względów nie powinny pozostawać bez nadzoru. W wielu wypadkach ogranicza to możliwość podejmowania przez opiekunów pracy, lub zmiany jej na taką, która pozwoli na zwiększenie dochodów.

Ja tak podporządkowałam sobie [pracę] ze względu na Darii chorobę, nie na młodsze dzieci. Ze względu na Darię muszę podporządkować swój czas pracy z jej czasem, kiedy ona ma opiekę w terapii zajęciowej, tutaj na Elektoralnej. (...) Nie można jej zostawić samej w domu, bo nie wiadomo czy nie wybuchnie mi gaz, czy nie zaleje mi mieszkania. Miałam przypadki że chodzi żebrze, więc musi być pilnowana, (...) więc Darii nie można zostawić samej, bo ona sama sobie szkodzi. (IDI 18, niepełnosprawność intelektualna, 18-35 lat, kobieta, duże miasto (matka))

Jak wskazuje badanie ilościowe osoby chorujące psychicznie charakteryzują się niskim poziomem wykształcenia. W badaniu jakościowym zidentyfikowano kilka istotnych kwestii związanych z systemem edukacji, jeśli chodzi o potrzeby **młodzieży chorującej psychicznie**. Bardzo duże znaczenie dla możliwości uzyskiwania postępów w nauce przez ucznia z zaburzeniami psychicznymi ma **indywidualizacja pracy** – im mniej liczna klasa, tym dla ucznia lepiej.

W ogóle Szymona bym prowadziła w małych klasach, tak jak teraz ma czteroosobową klasę to od początku bym chciała tak go prowadzić. Tego nie miał, w szkole podstawowej miał piętnaście osób. Szesnastoosobowa była klasa, dlatego też się zgodziliśmy na tą szkołę podstawową masową, że tutaj, blisko domu i mała klasa, no ale to i tak za duża dla niego- teraz to wiem. Tak samo w gimnazjum było piętnaścioro dzieci, a też powinno być mniej. Dopiero tutaj, w tej szkole specjalnej... Na pewno to, na pewno bym właśnie od przedszkola prowadziła go w takiej małej grupie. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

Przebywanie w dużych grupach rówieśniczych (nawet kilkunastoosobowych) może powodować wycofanie ucznia – jego „niknięcie” w grupie, zdarza się, że zachodzi regres w komunikacji (na przykład dziecko przestaje mówić i/lub zaczyna komunikować się monosylabami).

Ważne jest, by uczeń pracował w grupie o poziomie funkcjonowania zbliżonym do własnego – to znaczy z osobami o podobnym poziomie zaburzeń/ zrehabilitowania. Taki „kontekst” pozwala osiągać lepsze efekty, a zaburzenie tej równowagi grozi spadkiem funkcjonowania (gdy grupa „ciągnie w dół”) lub frustracją i zamknięciem (gdy dziecko zauważa, że radzi sobie z pewnymi sprawami zdecydowanie gorzej niż rówieśnicy).

W klasie ma dzieci, to znaczy koleżankę i dwóch kolegów z Zespołem Aspergera, a on ma autyzm, czyli ta grupa, no on jest zawsze najgorszy. (IDI 13 chorujący psychicznie, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto)

Najważniejszą **barierą** jeśli chodzi o kontynuację nauki przez osoby z zaburzeniami psychicznymi jest **zaburzony rytm dnia** – trudności ze snem, niemożność wypoczynku.

[Syna] inne zachowanie niż dotychczas pojawiło się w IV klasie liceum. Dziwne zachowanie, nie spał w nocy. No w ogóle zachowanie, tak jak zauważyli to nauczyciele, że brak koncentracji, tak jakby przed nim stanęła jakaś ściana. (IDI 15 chorujący psychicznie, stopień znaczny, 18-35 lat, mężczyzna, małe miasto)

Badani często deklarowali, że borykają się z **problemami z pamięcią, koncentracją, przyswajaniem wiedzy**, które po części wynikają z opisanych zaburzeń funkcjonowania, po części są **skutkiem ubocznym terapii farmakologicznej**, która ma im przeciwdziałać. Taka sytuacja obniża ich potencjał poznawczy, utrudnia naukę i zniechęca do niej.

Ja bym określił ten problem w następujący sposób jeśli chodzi o moją osobę przynajmniej- procesy myślowe są jednak spowolnione przez leki, przez beta-blokery i to jest udowodnione i przyjmowanie wiedzy i tak samo procesy pamięciowe, analizowanie. To wszystko jest problemem, z którym nie zawsze sobie dajemy radę. (FGI 3, osoby chorujące psychicznie)

Zdarza się, że chorujący psychicznie **przerwywają naukę**, kończą szkoły bez uzyskania uprawnień lub zdania matury. Bywa, że podejmują próby powrotu do nauki motywowani obawami z różnych obszarów życia (np. obawą przed powołaniem do wojska), brakiem potrzeby kontynuowania nauki, czy rzeczywistym zainteresowaniem podjęciem pracy w wybranym zawodzie.

Lekarz oczywiście postawił diagnozę, że to jest schizofrenia. I tak naprawdę, syn zaczął chorować od 18 roku życia. Nie skończył szkoły, nie zdał matury. Oczywiście później sprawa wojska dostał odroczenie, bał się pójść do wojska, więc zaczął jeszcze naukę w liceum informatycznym. Cały kontakt, to tak naprawdę tyle, że chodził, skończył, ale nie dał dyplomu. On chciałby być aktywny, ale po prostu nie spał. (IDI 15 chorujący psychicznie, stopień znaczny, 18-35 lat, mężczyzna, małe miasto)

W wielu wypadkach badani mówili o **utracie możliwości wykonywania wyuczonego zawodu** – dotyczyło to zarówno osób z wyższym wykształceniem jak i z dyplomem czeladniczym.

Mam lat w tej chwili 46 lat. Z wykształcenia jestem ekonomistą, ale niestety z powodu tej choroby nie mogę pracować w zawodzie- po prostu głowa już nie pracuje. I cały dramat jest związany z tym, że nie mogę się jakoś odnaleźć w tej rzeczywistości. (FGI 3, osoby chorujące psychicznie)

Część objętych badaniem dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi deklarowała **zainteresowanie kontynuacją nauki lub przekwalifikowaniem się**. Wydaje się jednak, że wiele z nich miało **trudności z podjęciem decyzji o optymalnym kierunku** dalszego kształcenia. Główną przeszkodą, jaką wskazywano, są **bariery finansowe** – brak środków na opłacenie kosztów kształcenia, podręczników i pomocy (np. komputera) lub zakupu sprzętu odpowiedniej klasy do potrzeb związanych z danym zawodem (np. grafik komputerowy).

Ja chciałem się kształcić jako grafik komputerowy, bo mam taką specjalizację. Chciałem się kształcić dalej w tym kierunku, skończyć jakąś dwuletnią szkołę, ale niestety takiej darmowej nie ma. Jeżeli chodzi o kursy zawodowe grafików to są takie ceny niebiańskie.

No właśnie w naszym przypadku wszystko się rozбивa o pieniądze.

Do wielu właśnie kierunków nie ma dofinansowania i to dofinansowanie by się przydało. (FGI 3, osoby chorujące psychicznie)

Badani posiadali niewielką wiedzę na temat możliwości ubiegania się o dofinansowanie kosztów nauki, procedury pozyskiwania takich środków, czy zajmujących się tym instytucji.

Gdybyście mieli jakiś problem związany z edukacją i potrzebowali się gdzieś zwrócić o wsparcie to co Wam przychodzi w pierwszym rzędzie do głowy? Gdzie byście mogli jakieś pomocy szukać?

Nie wiem.

Nie mamy pojęcia. (FGI 3, osoby chorujące psychicznie)

Jeśli już wymieniano w tym kontekście jakieś instytucje był to MOPS lub PFRON. Nie wiązało się to jednak ze znajomością dostępnych w systemie wsparcia rozwiązań, lecz raczej wynikało z faktu, że były to główne znane badanym placówki świadczące usługi na rzecz osób niepełnosprawnych.

Specjalne potrzeby edukacyjne **osób z dysfunkcją narządu ruchu**, w objętej badaniem jakościowym grupie, koncentrują się wokół kwestii **dostosowań architektonicznych szkoły**, które umożliwią uczniowi na wózku lub z problemami w poruszaniu się, swobodne przemieszczanie się po jej terenie. Problemem bywa **znalezienie dobrze skomunikowanej szkoły spełniającej te warunki**. Im wyższy etap edukacji, tym problem ten jest bardziej poważny, ponieważ pojawia się coraz więcej innych czynników wyboru (odpowiedni profil nauczania, wybory zaprzyjaźnionych rówieśników, dostępność transportu itp.).

To na przykład jeżeli chodzi o szkoły to też pod infrastrukturę trochę podchodzi, ale ja mieszkam w takim miejscu, gdzie gimnazjum najbliższe miałem od domu niecały kilometr, więc spokojnie mógłbym na piechotę do tego gimnazjum chodzić. Chodziłem tak do podstawówki na przykład, też miałem bardzo blisko- niecały kilometr. Jednak nie mogłem pójść do tego gimnazjum, bo było po prostu nieprzystosowane, więc mama musiała załatwić w gminie transport, to się akurat udało, no i transport woził mnie 6 km na Strugę od Marek tam jakby. No i dopiero tam szkoła jakby szkoła była przystosowana i też nie do końca, szkołę przystosowywali pode mnie w pewnym momencie. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Warunki, jakie powinny być spełnione, aby zapewnić dziecku podstawowy komfort funkcjonowania to: szerokie korytarze, winda lub platforma do przemieszczania się, dostosowane do potrzeb ON toalety, odpowiednie ławki, przy których może wygodnie pracować uczeń na wózku.

W przypadku edukacji w wielu wypadkach **niezbędny jest transport z i do szkoły**, który jest bez większych problemów zapewniany przez gminy. Jednak zwraca się uwagę, że uczeń uzależniony od transportu ma mniejsze szanse na integrację z rówieśnikami, ponieważ jego udział w spontanicznej, pozaszkolnej aktywności kolegów i koleżanek jest bardzo utrudniony. Dla nastolatków, dla których relacje rówieśnicze i poszerzanie pola niezależności stają się coraz ważniejsze, bywa to zauważalnym utrudnieniem, jeśli chodzi o rozwijanie znajomości i przyjaźni, a tym samym budowanie swojej pozycji w grupie.

Ja myślę, że to też jeszcze pokazuje społecznie, jak to się dzieje później z dziećmi. Bo przecież jest tak, że to już jest nastolatek, który mógłby uczestniczyć w pełnym życiu, że tak powiem całej grupy szkolnej, z którą gdzieś się utrzymuje, jest zobowiązany do tego, że o tym czasie, o tej godzinie jest zabierany z tej szkoły. Nigdzie nie wyjdzie

z nimi w grupie, nie może dojechać do domu. Jest też inaczej przez całe to otoczenie postrzegany. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu w największym stopniu, spośród objętych badaniem, wykazały się **zainteresowaniem i wiedzą na temat dofinansowań do kosztów nauki w ramach programu „Aktywny samorząd”**. Możliwość pozyskania finansowania na pokrycie kosztów kształcenia oceniono bardzo pozytywnie. Zwraca się jednak uwagę na stosunkowo niskie stypendia związane z nauką (poniżej 200 zł na semestr). W ocenie badanych warto zwiększyć pulę z myślą o osobach z peryferii, zainteresowanych migracją do większych ośrodków, ze względu na to, że usamodzielnianie się (zwłaszcza finansowe), jest dla młodych niepełnosprawnych bardzo trudne, a specjalne potrzeby związane z przemieszczaniem się, warunkami mieszkaniowymi, rehabilitacją itd. generują dużo większe obciążenie finansowe niż w przypadku studentów pełnosprawnych.

Rozumiem, że nie każdy chce iść na studia i tak dalej ale myślę, że fajnie by było gdyby jakieś wsparcie dla osób rozpoczynających studia było troszkę wyższe. (...) Więc tak myślę sobie, że fajnie by było gdyby to dofinansowanie mogło spowodować większe możliwości dla tych osób. Żeby one z tych małych miejscowości mogły trafić do akademików, żeby łatwiej było im się utrzymać na początku w tych większych miastach. (FGI 4, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Ujawnione w badaniu jakościowym potrzeby specjalne **osób z dysfunkcją wzroku** związane z edukacją, dotyczą z jednej strony zapewnienia **pomocy umożliwiających dostęp do treści edukacyjnych** i ich samodzielnego opracowywania, z drugiej, **zadbania o bezpieczeństwo fizyczne ucznia na terenie szkoły**.

Uczeń/ student słabowidzący lub niewidomy potrzebuje informacji o rodzajach i zastosowaniach pomocy takich jak lupy optyczne, programy powiększające, notatniki brailowskie i inne. Szkoła ogólnodostępna nie posiada często wiedzy o istnieniu tego rodzaju dostosowań, ani o sposobach korzystania z nich zarówno przez ucznia jak i nauczyciela.

Od 1-3 klasy, książki dla dzieci są w troszkę większym druku, widziałam też lepiej. Korzystałam bez lupy elektronicznej, a od czwartej klasy, pół czwartej klasy byłam bez lupy więc prawie nic nie czytałam. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

W takich sytuacjach **ciężar wsparcia ucznia przerzucany jest w dużym stopniu na rodzinę**, która dodatkowo pracuje z dzieckiem. W szkole korzysta się z rejestratorów dźwięków, przepisuje uczniowi materiał z lekcji do zeszytu, by powtórzono z nim te zagadnienia w domu. Szkoła oferuje również zajęcia wyrównawcze, zapewne w ramach rewalidacji, lub zindywidualizowane wsparcie poszczególnych nauczycieli w trakcie lekcji.

Mama w domu czy siostra mi pomagały, czy tłumaczono mi coś ustnie. W szkole pani od matematyki przepisywała mi notatkę z lekcji i mi to tłumaczyła, albo robiła ze mną ćwiczenia indywidualnie na lekcji. Miałam wyrównawcze, ale robiłam głównie polski, albo jakieś zaległości, takie nie wiadomo co. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Istotne jest również zapewnienie szybkiego dostępu do tych udogodnień – czyli **sprawnej procedury sfinansowania tych urządzeń i zapewnienia dziecku odpowiedniego szkolenia z zakresu posługiwania się nimi** w codziennej nauce.

W ujętych w badaniu przypadkach osób z niepełnosprawnością wzroku nie stosowano indywidualnego trybu nauczania ani nie zatrudniono nauczyciela wspomagającego, co nie znaczy, że rozwiązania takie nie są stosowane w praktyce w części szkół.

Jeśli chodzi o sam proces nauczania, **osoby z dysfunkcją wzroku potrzebują zmiany sposobu uczenia** z metody opartej na posługiwaniu się wizualizacją i zapisem, **na skupiony na wykorzystaniu pomocy dotykowych i rozbudowany opis werbalny**. Pożądane są takie formy materiałów dydaktycznych jak: pomoce dotykowe (np. globusy, makiety itp.), materiały z powiększonym drukiem, laptop z oprogramowaniem powiększającym, programami udźwiękowiającymi lub pismem kontrastowym, książki brailowskie (dla posługujących się tym rodzajem pisma).

Badani dorośli zwracają uwagę na **pozytywne zmiany**, jakie zachodzą w obszarze edukacji - **znacznie lepsze wyposażenie placówek edukacyjnych w pomoce dla niewidomych i słabowidzących**, niż miało to miejsce 10-15 lat temu. Dotyczy to zwłaszcza dużych miast, zapewne w szczególności obiektów, które skorzystały ze środków unijnych na cele rewitalizacji lub rozbudowy (np. bibliotek, uczelni wyższych). Doposażono je w powiększalniki, lupy, zadbano o doświetlenie wnętrza, a także często zadbano w większym stopniu o dostosowania architektoniczne.

Nie uwierzycie co ja przeżywałam żeby dotrzymać kroku innym studentom i tylko tak naprawdę dzięki ludziom dobrej woli, czyli dzięki moim znajomym z którymi mieszkalam w akademiku, którzy przekazywali mi notatki, które ja potem gdzieś sobie nagrywałam na dyktafon i tak dalej i tak dalej, bez nich pewnie bym nie przebrnęła. Teraz to co jest na uczelniach, w bibliotekach i wszędzie tak naprawdę to moim zdaniem jest niesamowity komfort. Oczywiście, że jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia, natomiast jest dużo łatwiej dla takich osób jak my, zdecydowanie. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Zgromadzono niejednoznaczne dane dotyczące **jakości kształcenia** oferowanej w szkołach specjalnych. Z perspektywy nastolatki, wychowanej na wsi, przeniesienie do szkoły specjalnej dla niewidomych okazało się krokiem ocenionym zdecydowanie pozytywnie – zarówno ze względu na sposób, jak i poziom kształcenia. Dobrze funkcjonujący i samodzielni przedstawiciele starszego pokolenia (40+) postrzegają jednak czasem szkolnictwo specjalne jako izolujące i oferujące edukację na zdecydowanie niższym poziomie. Zrealizowane badanie nie rozstrzyga tego problemu, pozwala jedynie na wskazanie tego rodzaju dysonansu.

To znaczy ja widzę- jest bardzo duża różnica w poziomach między tą edukacją ośrodkową w ośrodkach szkolno-wychowawczych a normalnymi szkołami. Jak ktoś kończył masową szkołę, a szkołę dla słabowidzących czy niewidomych to ma po prostu takie braki w wiedzy. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Podobnie jak w innych aspektach życia osób słabowidzących i niewidomych, dobre poznanie otoczenia, w jakim funkcjonują oraz zapewnienie jego niezmienności jest ogromnie ważne dla bezpieczeństwa fizycznego i komfortu ucznia/ studenta.

Musiałam najpierw poznać szkołę, przyzwyczać się do niej. Wszędzie chodziłam na pamięć. Ja też coś widzę, świetnie wykorzystuję wzrok. Może widzę mało, ale umiem go wykorzystać w każdym calu. Chodziłam na pamięć, pytałam się, czy z koleżankami. Wszyscy wiedzieli, że gorzej widzę, więc wiedzieli, że trzeba mi pomóc, czy coś zrobić. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

Dlatego istotne jest **zapewnienie uczniom asystenta, który będzie uczył poruszania się po nowym obiekcie** (rolę tę może spełnić szkolny psycholog, wychowawca, rodzic, kolega lub inna osoba). Ważną kwestią jest również poznanie drogi i sposobu dojazdu do placówki edukacyjnej, a optymalnie zapewnienie transportu do miejsca nauczania i powrotu do domu. **Zapewnienie transportu** odciąża rodzinę niepełnosprawnego dziecka zarówno na poziomie emocjonalnym (daje poczucie bezpieczeństwa), jak i realnie rozwiązuje problem zapewniania asysty na czas dowozu dziecka/ podopiecznego do placówki edukacyjnej.

Zgromadzone dane jakościowe wskazują, że **nie zawsze szkoła ogólnodostępna zapewnia uczniowi z niepełnosprawnością wzroku zajęcia z zakresu technik poruszania się w nieznanym przestrzeni, obsługi urządzeń dedykowanych słabowidzącym** itp. Tym samym nie tylko istotne potrzeby bieżące ucznia nie są de facto zaspokojone w sposób optymalny, lecz także nie jest on przygotowywany do zachowania samodzielności w częstej sytuacji pogłębiania się wady wzroku.

Mimo, iż **dostosowania architektoniczne** stanowią najłatwiejszy do zrealizowania element dostosowań w szkole, **w przypadku ogólnodostępnych placówek edukacyjnych często nie są stosowane**. Mowa tu o takich kwestiach jak:

- Oznakowanie ciągów komunikacyjnych poprzez zastosowanie kontrastowych barw (np. ciemne linie na jasnych podłogach),
- Wyróżnienie elementów stałego wyposażenia na tle pomieszczeń - kontrastowe w stosunku do ścian kolory mebli, drzwi i innych elementów wyposażenia, na które można wpaść w trakcie przemieszczania się,

- Zastosowanie punktów uwagi (elementy wypukłe na podłodze) lub oznakowania miejsc potencjalnie niebezpiecznych za pomocą linii ostrzegawczych (np. schody),
- Oznaczenie powierzchni słabo widocznych – takich jak szklane drzwi, elementy metaliczne i inne.

Ważnym tematem jest również **wyбір profilu kształcenia ponadgimnazjalnego, doradztwo zawodowe, a także przekwalifikowanie się** w przypadku osób, które tracą wzrok w późniejszym okresie życia. Ten ostatni temat ma szczególne znaczenie dla dorosłych, którzy tracą wzrok nieoczekiwanie, w wyniku nagłej choroby lub wypadku. W oparciu o pozyskane informacje, wydaje się, że doradztwo w tym zakresie jest niewystarczające, a z pewnością dotarcie do tych informacji bywa dla samych badanych trudne. Pojawiają się również **problemy z przekwalifikowaniem się** w sytuacji, gdy dotychczasowe wykształcenie i doświadczenie zawodowe nie mogą być dłużej wykorzystywane, ponieważ wzrok stanowi element istotny dla wykonywania danej profesji (np. kierowca). Problemem bywa **dostęp do edukacji** – zarówno w związku z wiekiem (przekroczenie 25 roku życia), jak i ze względu na stosunkowo niewielką liczbę szkół dla niewidomych i zawodów, w jakich prowadzone jest kształcenie.

No tak, ale co jeszcze chciałem podkreślić akurat - ja straciłem wzrok po 25-tym roku życia i na przykład takie pierwsze prace typu masażysta. Jest taka szkoła na ul. Dziewanny, dzwoniłem tam do takiej pewnej pani to już mało istotne, starała się jak mogła, ale niestety przekroczyłem wiek i nawet jakbym płacił, bo to była szkoła państwowa to niestety z powodu mojego wieku... (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Mimo wskazanych niedogodności pojawiających się w związku z edukacją włączającą, **dorośli niewidomi i słabowidzący**, zwłaszcza zaangażowani w działalności na rzecz swojego środowiska, **forsują pogląd, że jest ona najlepszą formą kształcenia dla młodzieży z zaburzeniami wzroku**. Podkreśla się, że jej anty segregacyjny charakter ma kluczowe znaczenie dla późniejszej zdolności do adaptacji osoby niewidomej w życiu codziennym. Pogląd ten może okazać się słuszny zwłaszcza w kontekście omawianej już nadopiekuńczości rodzin i dążenia do sprawowania nadmiernej kontroli nad dzieckiem, co prowadzi do ograniczania jego samodzielności w najbardziej podstawowych sferach życia codziennego.

Najlepsza jest normalna szkoła. Fakt, że trzeba być dosyć silnym psychicznie, ale ja uważam, że jeżeli ktoś chce w życiu osiągnąć więcej niż średnie wykształcenie jakieś zawodowe to niestety musi skończyć normalną szkołę. Jak chce studiować to nie ma uczelni, która jest tylko uczelnią dla niewidomych czy jeżdżących na wózkach. No niestety albo się dostosowujemy albo nie. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Badanie jakościowe pokazuje, że **dysfunkcja słuchu** bez wątpienia generuje potrzeby specjalne związane z procesem edukacji. Szczególnie dużo uwagi poświęcają tej tematyce osoby głuche.

Osoby słyszące mają wyższy poziom wiedzy, a ja jako głucha czuję dużo barier w rozwoju. Chciałabym czegoś jeszcze się nauczyć, nie mogę, bo brakuje dostępu. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Żyją one w poczuciu ogromnej izolacji i odtrącenia przez środowisko Słyszących.

Osoby słyszące mają o wiele łatwiej, mogą porozmawiać. Osoba głucha to też człowiek, powinniśmy być na równi traktowani. My nie jesteśmy zwierzętami, My jesteśmy ludźmi. Człowiek słyszący i człowiek głuchy tak samo. Głuchy to głuchy, słyszący to słyszący, niewidomy to niewidomy ale wszyscy na równo. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Zasadnicza i podstawowa pomoc w przypadku nauki w szkole ogólnodostępnej, na wszystkich poziomach kształcenia, to **stała asysta tłumacza migowego**, który umożliwi zrozumienie przekazywanych informacji. Głusi wskazują na duże trudności z dostępem do tłumaczy migowych oraz pozyskania środków na sfinansowanie ich pracy. Zwłaszcza, jeśli chodzi o edukację osób dorosłych oraz kształcenie w trybie odpłatnym (niepaństwowym). Według wiedzy uczestników badań jakościowych PFRON pokrywa usługi tłumacza migowego w zakresie do 50 godzin. W wielu wypadkach jest to zdecydowanie za mało. W związku z tym, jeśli jest to możliwe, poszukuje się innych rozwiązań – z wykorzystaniem wsparcia znajomych i bliskich, w ramach gentlemen`s agreement z prowadzącymi kursy.

Mogę sama zapłacić za kursy, które mnie interesują ale i tak jest bariera w komunikowaniu się, w zrozumieniu. Miałam taki kurs „WENDO”. Miałem szczęście, bo miałem koleżankę, która trochę знаła język migowy i zgodziła się ze mną pójść. Zrobiliśmy taki układ - ona starała się wyraźnie do mnie mówić i ewentualnie gestykułowała, żebyśmy zrozumieli.

Wcześniej zapytałam organizatora tego kursu, czy jest taka możliwość skorzystania z tego kursu, powiedziałam, że jestem głucha. Organizator zgodził się mnie przyjąć, ale od razu mi powiedział, że nie ma pieniędzy na zapewnienie tłumacza. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Bardzo istotnym elementem **dla przygotowania do integracji społecznej** i podwaliną **dalszej edukacji jest nauka języka polskiego**, o którym Głusi mówią jak o języku obcym, ze względu na jego odmienną (większą złożoność) od polskiego języka migowego (PJM). **Umiejętność pisania** oraz **szerokie słownictwo** to dwa, bardzo istotne elementy dobrego funkcjonowania w świecie Słyszących.

Kiedyś spotkałam się ze Słyszącymi i komunikacja była utrudniona, bo słyszący używają nowych słów dla mnie, czasem nie rozumiem co to. Zanim wyjaśnili mi i zrozumiałam o co chodzi ale wyjaśnienie były proste i łatwe ale chciałam dokładne wyjaśnienie. A u Głuchych czuje się lepiej, wszystko rozumiem gdy spotkam i czuje się lepiej. U Głuchych czuję się lepiej, bo mi jest łatwiej się kontaktować. (IDI 6, niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Umiejętność mówienia (artykułowania) jest kolejnym krokiem w kierunku tej integracji. Dobra znajomość języka polskiego zwiększa szanse na kontynuację nauki na kolejnych poziomach edukacji, ponieważ jest warunkiem samodzielnego pozyskiwania wiedzy (z książek).

Wychodzę z założenia, że to ja mam się dostosować się do świata słyszących, mówiąc w kategoriach biznesowych warto się przytulić do największych. Dopiero wtedy można liczyć na jakieś zrozumienie. Język migowy jest tylko ostatecznością i drogą donikąd, trwała prowizorką. Warto zainwestować w naukę mówienia, pomimo początkowych ogromnych trudności. (IDI 7, niepełnosprawność słuchu, stopień umiarkowany, 36-45 lat, małe miasto)

Braki w tej dziedzinie znajdują przełożenie na codzienne funkcjonowanie – poczynając od poziomu samodzielnego załatwiania spraw urzędowych.

Jak Słyszący nie chcą i wolą mówić to nie rozumiem to wolę milczeć. Jak rodzice mnie pomogą w pisaniu to . Rozumiem ale ja w języku polskim słabo. Słabo mi piszę w gramatyce. (IDI 5, niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 14-17 lat, mężczyzna, wieś)

Jednak wielu młodych zaniedbuje naukę polskiego i doceniają znaczenie tego błędu dopiero w życiu dorosłym. Właśnie ta grupa deklaruje zainteresowanie dostępem do kursów języka polskiego dla dorosłych.

Kurs języka polskiego, ogólnie to dobry pomysł, dużo osób głuchych ma taką potrzebę, np. te osoby, które już ukończyły szkołę i w życiu dorosłym odczuwają potrzebę, żeby znać j. polski, już nie mają takiej możliwości, żeby wrócić do szkoły. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Opinie na temat wyboru ścieżki kształcenia – specjalnej versus ogólnodostępnej, są podzielone (podobnie jak w przypadku osób z dysfunkcją wzroku). Z punktu widzenia komfortu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa optymalne jest funkcjonowanie w środowisku Głuchych i szkołach specjalnych. Jednak z perspektywy dostępu do edukacji lepszej jakości oraz integracji społecznej i zwiększania szans na pełnoprawne funkcjonowanie Głuchych w społeczeństwie bardziej wskazane wydaje się podejmowanie wysiłku wyboru ścieżki ogólnodostępnej edukacji.

Podsumowując, wsparcie w zakresie edukacji w związku z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową oraz z upośledzeniem umysłowym. Potrzeby i instrumenty wsparcia w tym obszarze są silnie uzależnione od charakteru dysfunkcji.

Z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na rodzaj niepełnosprawności.

Tabela 19 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie edukacji – podsumowanie

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Przystosowanie do indywidualnych potrzeb ON ▪ Sprzęt pomocniczy związany z posiadaną dysfunkcją 		
KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Opłata za czesne ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych, niż podręczniki ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Pomoc materialna związana z nauką bez konkretnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki 		
WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wrozumiałość/cierpliwość ▪ Mała liczebność klas <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nauka zachowań prospołecznych/wyjazdy integracyjne/kulturalne ▪ Zajęcia praktyczne <p>SPECJALIŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Logopeda <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indywidualne nauczanie ▪ Szkoła specjalna <p>POMOC /OPIEKA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach ▪ Organizacja zajęć wychowania fizycznego dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych ▪ Pomoc asystenta ▪ Pomoc materialna bez specjalnego/konkretnego przeznaczenia związana z finansowaniem nauki ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Indywidualny tok kształcenia ▪ Opłata za czesne ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Szkolenia umożliwiające orientację przestrzenną na terenie szkoły/uczelni/dotarcia do szkoły/uczelni ▪ Pomoc prawna ▪ Pomoc doradcy zawodowego
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spokój/cisza ułatwiająca skupienie się <p>DOFINANSOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do nauki: czesne/podręczniki/dojazd <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostępność kursów indywidualnie dopasowanych do potrzeb/kursów specjalistycznych ▪ Indywidualne nauczanie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach

	WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Opłata za czesne ▪ Pomoc prawna ▪ Indywidualny tok kształcenia ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specjalnie przystosowane materiały/podręczniki: większy druk/Braille ▪ Specjalnie przystosowane formy zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna ▪ Elektroniczna wersja podręczników ▪ Wykłady/zajęcia przystosowane do specjalnych potrzeb <p>SPRZĘT POMOCNICZY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością: powiększalniki, lupy itd ▪ Odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością <p>POMOC /OPIEKA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Szkolenia umożliwiające orientację przestrzenną na terenie szkoły/uczelni/dotarcia do szkoły/uczelni ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki ▪ Pomoc asystenta ▪ Organizacja zajęć wychowania fizycznego dostosowanych do potrzeb osób z dysfunkcją wzroku
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specjalnie przystosowane formy zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna ▪ Specjalnie przystosowane materiały/podręczniki ▪ Wykłady/zajęcia przystosowane do specjalnych potrzeb <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wykłady/szkoła z językiem migowym ▪ Indywidualne nauczanie <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodatkowe zajęcia wyrównawcze/korepetycje/pomoc w odrabianiu lekcji ▪ Nauka zachowań prospołecznych/wyjazdy integracyjne/kulturalne <p>SPECJALIŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadra nauczycielska przygotowana do pracy z ON ▪ Psycholog ▪ Logopeda <p>SPRZĘT POMOCNICZY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością: system FM/aparat słuchowy/nakładka do implantu ślimakowego ▪ Odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością ▪ Komputer/odpowiednio dostosowany komputer
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla

		<p>osób niepełnosprawnych)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Opłata za czesne ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie miejsce w klasie: blisko nauczyciela/tablicy ▪ Dłuższe przerwy <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodatkowe zajęcia wyrównawcze/korepetycje/pomoc w odrabianiu lekcji <p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Szkoła bez barier architektonicznych
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Opłata za czesne ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Finansowe wsparcie na opłaceniu kosztów zakwaterowania w okresie nauki

Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej. Kolorem czerwonym zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu.*

6.8 Praca

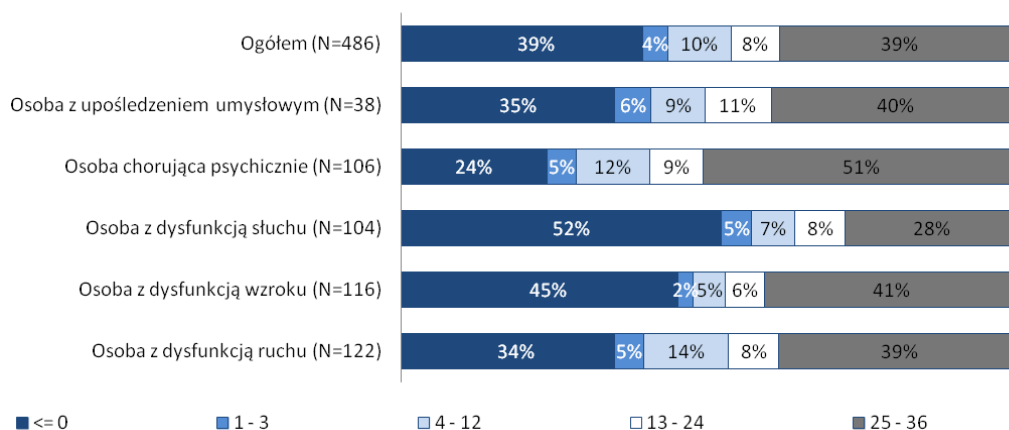
Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych promuje zatrudnienie takich osób na otwartym rynku pracy, podobnie jak Strategia Unii Europejskiej w sprawie niepełnosprawności wskazuje zwiększenie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ramach wolnego rynku pracy jako jeden ze sposobów na poprawę sytuacji ekonomicznej tej grupy oraz na jej większą integrację społeczną. Zatrudnienie w warunkach chronionych powinno być kierowane tylko do osób, które nie są w stanie osiągnąć oczekiwanych standardów, typowych dla pracy w warunkach konkurencyjnych.

Wsparcie w zakresie aktywizacji zawodowej powinno dotyczyć **pobudzania motywacji osób niepełnosprawnych do podjęcia zatrudnienia, pomoc na etapie poszukiwania pracy, jej utrzymania oraz podnoszenia kompetencji zawodowych**. Przyjmuje się, że **praca zawodowa jest istotnym składnikiem sukcesu integracji społecznej**.

Choć dla niepełnosprawnych dostępny jest szereg instrumentów wsparcia w podjęciu zatrudnienia, **wskaźniki zatrudnienia i aktywności zawodowej tej grupy pozostają na niskim poziomie**. Jak wspomniano we wprowadzeniu, według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskaźnik zatrudnienia w IV kwartale 2016 roku wśród osób niepełnosprawnych wynosił 14,1%, współczynnik aktywności zawodowej – 15,7%.³⁹

Pracujące osoby niepełnosprawne objęte badaniem stanowiły grupę dość aktywną na rynku pracy. W ciągu ostatnich trzech lat niemal 40% z nich miało stałe zatrudnienie, bez żadnych przerw, zaś kolejne 4% pozostawało bez pracy przez okres do trzech miesięcy. Co dziesiąty badany nie miał pracy przez okres od 4 do 12 miesięcy, a 8% od roku do dwóch lat. Grono osób pozostających bez pracy w ostatnich 36 miesiącach dłużej, niż przez 2 lata jest równie liczne, co grono osób pracujących przez cały ten okres (39%) – częściej tak długo bez zatrudnienia pozostawały osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym (45%) lub z niepełnosprawnością sprzężoną (47%), chorujące psychicznie (51%), powyżej 46 lat (45%).

Rysunek 100 Liczba miesięcy pozostawania bez pracy w ciągu ostatnich 3 lat według rodzaju niepełnosprawności

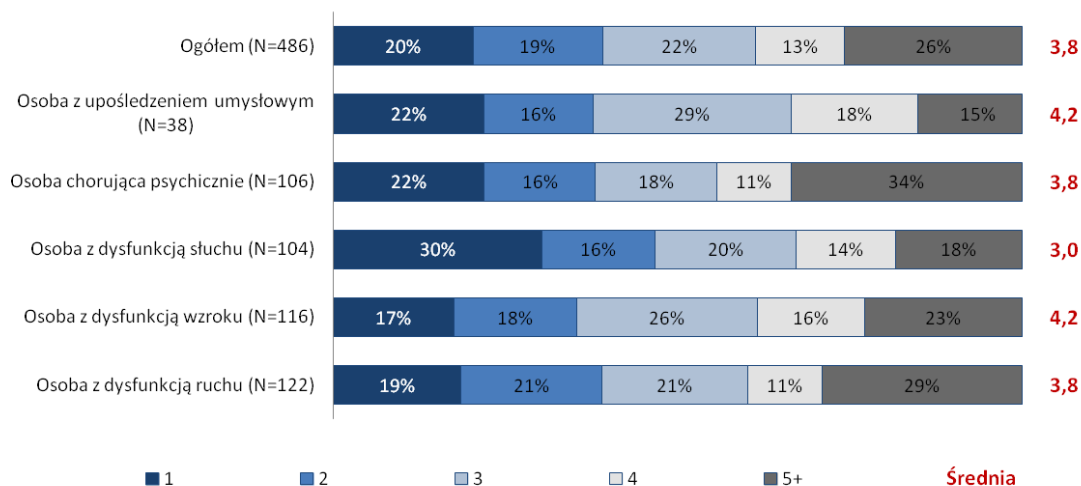


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie lub kiedyś

Większość osób niepełnosprawnych kilkakrotnie w ciągu swojej kariery zawodowej zmieniała miejsce pracy (80%), z czego co czwarta więcej, niż 5 razy (26%). Tego typu doświadczenia są bardziej typowe dla starszych grup wiekowych. Wśród najmłodszych badanych blisko połowa pracowała tylko w jednym miejscu, zaś wśród osób powyżej 45 roku życia jedynie 18% zadeklarowało tylko jedno miejsce zatrudnienia. Zmiany miejsca pracy mogły być związane z niepełnosprawnością (np. przerwy w pracy związane ze schorzeniami, nabycie niepełnosprawności), ale też mogły być konsekwencją rozwoju kariery zawodowej – stąd wpływ wieku. Biorąc pod uwagę, że osoby objęte badaniem pochodziły z otoczenia organizacji zajmujących się między innymi aktywizacją zawodową, można przypuszczać, że częściowo zmiany miejsca pracy mogą być efektem udziału respondentów w różnego rodzaju projektach aktywizacyjnych. Średnia liczba miejsc pracy jest też związana z wykształceniem – w przypadku osób z wykształceniem wyższym wynosi 5,0, zaś w przypadku osób z wykształceniem zawodowym lub niższym 3,2.

³⁹ Z uwagi na sposób rekrutacji badanych za pośrednictwem organizacji pozarządowych w próbie mamy do czynienia z nadreprezentacją osób aktywnych zawodowo (około 40% respondentów). Jest to bezpośrednią konsekwencją zastosowanej metody naboru – badaniem objęto osoby funkcjonujące w otoczeniu organizacji zajmujących się często właśnie aktywizacją zawodową. Jednak dzięki temu na potrzeby badania zebrana została większa baza przypadków osób niepełnosprawnych obecnych na rynku pracy, co daje bardziej rzetelne dane w obszarze pracy zawodowej.

Rysunek 101 Liczba miejsc pracy w trakcie całej kariery zawodowej według rodzaju niepełnosprawności



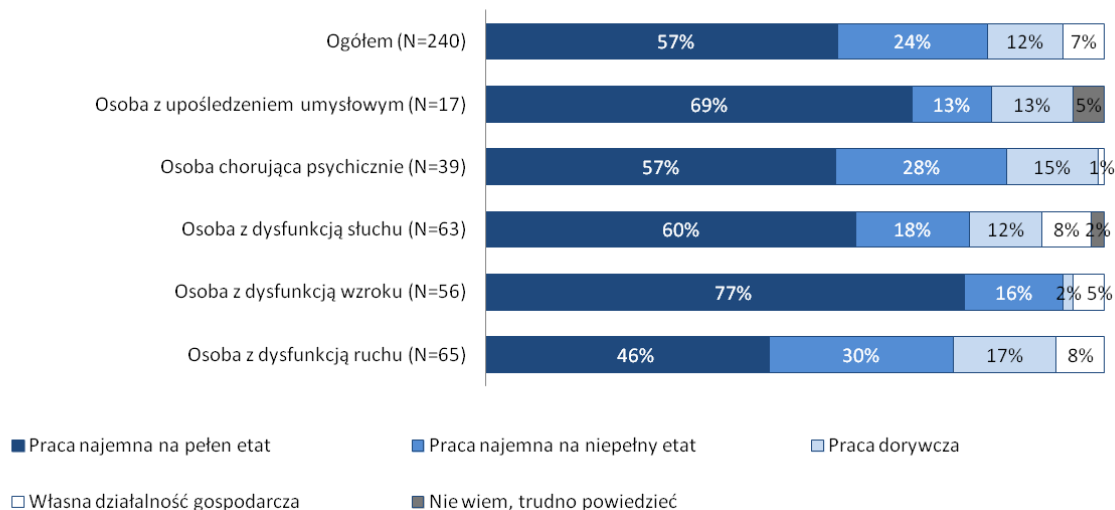
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie lub kiedyś

Najbardziej typowym, w zasadzie powszechnym rodzajem wykonywanej obecnie pracy wśród osób objętych badaniem jest praca najemna – najczęściej na pełen etat (57%), rzadziej na część etatu (24%). Jedynie 12% spośród obecnie pracujących podjęło się pracy dorywczej, zaś 7% prowadzi własną działalność gospodarczą. Przy tym można zauważyć wyraźne różnice we wzorcach zatrudnienia w zależności od rodzaju niepełnosprawności. Najwyższy odsetek osób pracujących najemnie dotyczy niepełnosprawnych wzrokowo, wśród których aż 93% wykonuje ten rodzaj pracy. W tej grupie niemal nie spotyka się pracy dorywczej. Działalności gospodarczej nie podejmują osoby z upośledzeniem umysłowym (ze względu na charakter ograniczenia sprawności), a bardzo rzadkie jest to wśród osób chorujących psychicznie. Pracę w niepełnym wymiarze częściej podejmują osoby chorujące psychicznie (28%) i z dysfunkcją ruchu (30%).

Praca dorywcza jest bardziej typowa w najstarszej grupie wiekowej (18%), podczas gdy wśród osób w wieku 18-45 lat 90% jest zatrudnionych na etacie. Dla osób mieszkających w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców nieco mniej typowe jest zatrudnienie na etacie (76%), lecz co dziesiąta prowadzi własną działalność gospodarczą (11%).

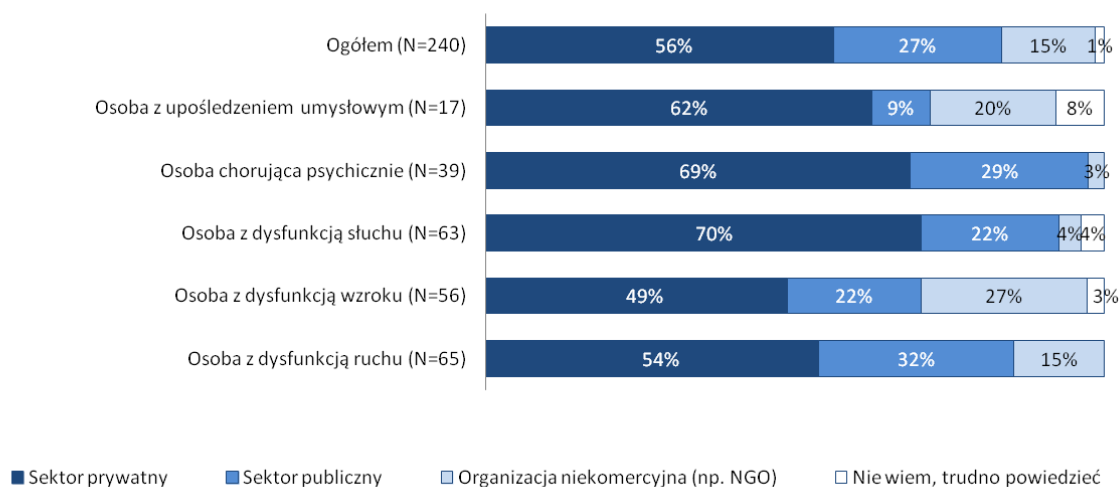
Podobnie, jak w przypadku ogółu pracujących w polskiej gospodarce, wśród osób niepełnosprawnych dominuje zatrudnienie w sektorze prywatnym (56%), jednak wysoki jest też poziom zatrudnienia w ramach organizacji niekomercyjnych (15%), wśród których znajdują się m.in. podmioty ekonomii społecznej czy ZAZ. Najwyższe zatrudnienie w ramach sektora prywatnego charakteryzuje grupy osób chorujących psychicznie i z dysfunkcją słuchu (blisko 70%). W grupach tych niemal niespotykane jest natomiast zatrudnienie w organizacjach niekomercyjnych. Natomiast zatrudnienie w sektorze ekonomii społecznej spotyka się wśród osób z dysfunkcją wzroku (27%), upośledzeniem umysłowym (20%) oraz dysfunkcją ruchu (15%). Najwyższy odsetek zatrudnionych w sektorze publicznym dotyczy niepełnosprawności ruchowej (32%) i psychicznej (29%). Co ciekawe, w organizacjach komercyjnych pracują niemal wyłącznie osoby z wykształceniem wyższym (27%) lub średnim ogólnokształcącym (22%). Za wyjątkiem wykształcenia wyższego w pozostałych grupach ponad 60% badanych jest zatrudnionych w sektorze prywatnym (w porównaniu do 39% wśród osób z wyższym wykształceniem).

Rysunek 102 Rodzaj wykonywanej obecnie pracy według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie

Rysunek 103 Sektor zatrudnienia według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie

Dominującą formą zatrudnienia wśród osób objętych badaniem jest umowa o pracę (75%). Choć najczęściej wskazywano tutaj na umowę na czas nieokreślony (43%), warto zauważyć, iż aż co trzecia osoba niepełnosprawna pracuje na podstawie umowy na czas określony (32%), co oznacza mniej stabilną sytuację zawodową. Inne formy zatrudnienia są rzadkie i zróżnicowane – 3% badanych wskazało na staże, po 5% na umowy o dzieło lub zlecenia. 5% badanych przyznało się do pracy bez umowy. Niemal 30% osób niepełnosprawnych pracuje w warunkach chronionych – w ZPCh (24%), w spółdzielni socjalnej (1%) lub w ramach ZAZ (4%). 38% jest zatrudnionych w sektorze przedsiębiorstw, lecz na otwartym rynku pracy – częściej są to osoby chorujące psychicznie (50%). Pracę w instytucji państwowej lub samorządowej wykonuje 18% badanych, nieco częściej osoby chorujące psychicznie i z dysfunkcją słuchu.

Obecnie zatrudnione osoby niepełnosprawne najczęściej pracują w zawodach pracowników biurowych (24% obecnie pracujących), a w drugiej kolejności w zawodach robotników przemysłowych (17%). Nieco rzadziej spotykane są profesje techników i innego średniego personelu (15%). Czwartą pod względem wielkości grupą są pracownicy przy pracach prostych (13%), a piątą ex aequo pracownicy usług i sprzedawcy oraz specjaliści (po 12%). Wśród najczęściej pojawiających się konkretnych zawodów wskazywano na sekretarki i pracowników biurowych (16% obecnie pracujących), sprzedawców (6%), robotników pomocniczych w przemyśle, budownictwie i transporcie (6%), pomoce domowe i sprzątaczkę (5%), robotników obróbki metali, mechaników maszyn i urządzeń (5%), specjalistów nauczania i wychowania (4%) oraz średni personel do spraw biznesu i administracji (4%).

Tabela 20 Forma obecnego zatrudnienia oraz charakterystyka obecnego zakładu pracy według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=240)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=17)	Osoba chorująca psychicznie (N=39)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=63)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=56)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=65)
Forma zatrudnienia						
Umowa na czas nieokreślony	43%	55%	40%	51%	44%	39%
Umowa na czas określony	32%	27%	42%	23%	36%	32%
Staż lub praktyka zawodowa	3%			1%	1%	5%
Umowa zlecenie	5%	13%	4%	5%	2%	6%
Umowa o dzieło	5%		5%	2%		9%
Umowa o wolontariat	0%				1%	
Bez umowy/ na czarno	5%		8%	3%	9%	3%
Własna działalność gospodarcza/ samozatrudnienie	4%		1%	7%		4%
Nie wiem, trudno powiedzieć	1%	5%		2%	1%	1%
Zakład pracy						
Zakład pracy chronionej	24%	19%	21%	20%	29%	23%
Spółdzielnia socjalna	1%	10%			1%	1%
Zakład aktywizacji zawodowej	4%	10%	3%	2%	3%	5%
Przedsiębiorstwo działające na otwartym rynku pracy	38%	41%	50%	41%	34%	38%
Instytucja państwowa/ samorządowa	18%		23%	23%	12%	19%
Nie wiem, trudno powiedzieć	15%	20%	3%	14%	21%	14%

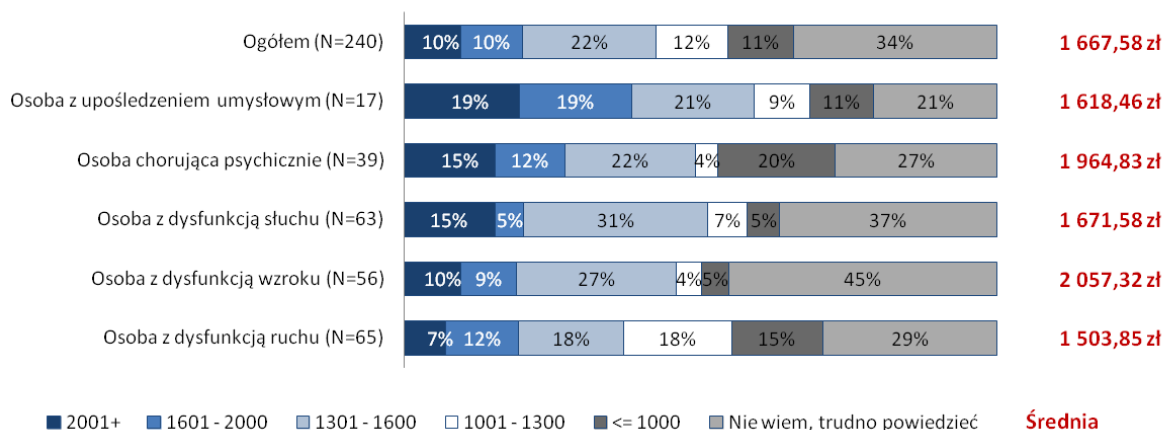
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie

Zarobki osób niepełnosprawnych są wyraźnie niższe, niż przeciętne wynagrodzenie w gospodarce. Najczęściej badani deklarowali zarobki na poziomie 1,3-1,6 tys. złotych (22%), co oznacza, że wynagrodzenie brutto tych osób oscylowało w granicach płacy minimalnej, która w 2016 roku wynosiła 1 850 zł. Jednak pensję poniżej 1,6 tys. zł w sumie otrzymywało 46% badanych – co oznacza, że **niemal połowa objętych badaniem osób niepełnosprawnych osiągała dochody w granicach lub poniżej płacy minimalnej** (choć część z nich była zatrudniona w mniejszym wymiarze godzin niż pełny etat lub pracowała dorywczo, w ramach ZAZ lub w spółdzielni socjalnej).

Jedynie 10% badanych otrzymywało wynagrodzenie powyżej 2 tys. złotych. Tymczasem przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w 2016 roku wynosiło 4 047 zł, co po unettowaniu dawałoby na rękę nieco ponad 2800 zł (w zależności od obciążeń). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie na rękę wśród obecnie pracujących osób niepełnosprawnych wynosi około 1 667 zł⁴⁰, a więc znacznie poniżej przeciętnej pensji netto w gospodarce.

Warunki zatrudnienia to jeden z czynników decydujących o utrzymaniu pracy. Wcześniejsze badania przeprowadzane z niepełnosprawnymi pracownikami wskazują, że najbardziej uciążliwe dla nich kwestie w podtrzymywaniu aktywności zawodowej to: kwestie finansowe, niedogodny czas pracy, a także niedostosowanie zakresu obowiązków do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych (Giermanowska 2016b). Z kolei za pomocne uczestnicy wcześniejszych badań uznali dostosowanie organizacyjne pracy dla osób z ograniczeniami sprawności, np. niepełny wymiar czasu pracy, pomoc w obowiązkach służbowych i innych czynnościach, pomoc w dotarciu do pracy. W prowadzonych wcześniej badaniach niepełnosprawni pracownicy bardzo niekorzystnie oceniali wynagrodzenia oraz możliwość awansu i rozwoju zawodowego.

Rysunek 104 Wysokość miesięcznego wynagrodzenia w obecnej pracy według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie

Pierwszym z problemów do przezwyciężenia na drodze do skutecznej aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest motywacja i postawy samych osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Jak zauważa Giermanowska osoby niepełnosprawne często unikają wchodzenia w aktywne role zawodowe, nie wierzą w swój sukces na rynku pracy i nie uczestniczą w programach aktywizujących⁴¹. Dodatkowym czynnikiem demotywującym mogą być postawy opiekunów ON i ich rodzin, którzy np. z troski, braku wiary lub obawy o utratę prawa do zasiłku lub renty, zniechęcają osoby niepełnosprawne do wysiłku potrzebnego dla zdobycia i utrzymania zatrudnienia (Sochańska i in., 2015).

Wśród osób obecnie niepracujących motywacja do podjęcia zatrudnienia jest raczej niska. Jedynie 12% spośród nich bez wahania podjęłoby się nowej pracy, gdyby im ją zaoferowano, a kolejne 24% prawdopodobnie zrobiłoby to po zastanowieniu. Natomiast aż **37% osób biernych zawodowo wprost deklaruje, że na pewno nie podjęłoby zaoferowanej im pracy**, a kolejnych 15% raczej odrzuciłoby ofertę zatrudnienia. Największą gotowość do podjęcia zatrudnienia przejawiają osoby z dysfunkcją ruchu, wśród których 18% rozpoczęłoby

⁴⁰ Należy przy tym pamiętać, że wysoki odsetek odmów udzielenia odpowiedzi na to pytanie sprawia, że szacunek ten jest obciążony pewnym błędem.

⁴¹ Giermanowska 2016b, s. 92

pracę bez wahania, zaś kolejnych 29% po namyśle. Zaledwie co czwarta spośród tych osób jednoznacznie odrzuca możliwość podjęcia pracy. Natomiast wśród osób chorujących psychicznie oraz z dysfunkcją słuchu ponad 46% deklaruje, iż nie byłoby gotowi do podjęcia pracy.

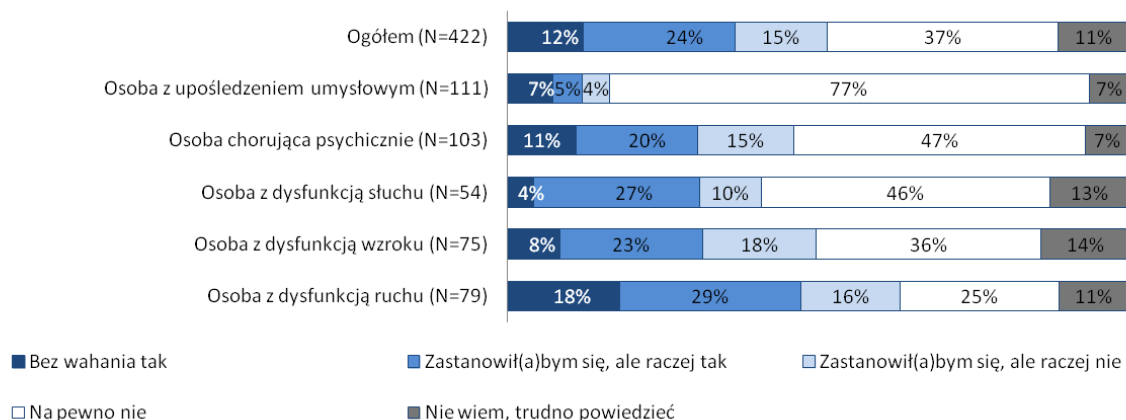
Całkowity brak gotowości do podjęcia zatrudnienia związany jest m.in. z charakterem ograniczeń sprawności. Częściej dotyczy osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym (48%) lub z niepełnosprawnością sprzężoną (41%), powyżej 46 lat (45%), osób niepełnosprawnych od urodzenia lub od dzieciństwa (powyżej 47%). Znaczenie ma tutaj także poziom wykształcenia (częściowo powiązany z niepełnosprawnością – w przypadku osób upośledzonych umysłowo) – wśród osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym odsetek osób odrzucających całkowicie możliwość zatrudnienia przewyższa 58%.

Oddzielną uwagę należy poświęcić grupie osób z upośledzeniem umysłowym, w której % osób wprost odmawiających podjęcia jest najwyższy, znacznie przewyższając co do wartości pozostałe grupy (77%) – natomiast są to deklaracje pochodzące od opiekunów tych osób. Tymczasem 62% osób niepełnosprawnych intelektualnie deklaruje, iż chciałyby pracować, zaś te osoby, które mają doświadczenia z pracą stwierdzają, że lubią tego rodzaju aktywność (91%). Pokazuje to nawet w przypadku tylko tego jednego rodzaju niepełnosprawności rozdzwięk pomiędzy motywacjami samych niepełnosprawnych, a motywacjami ich rodzin. Oczywiście opiekunowie mają zapewne na uwadze również możliwości swoich podopiecznych, jednak często zapominają, że praca nie oznacza jedynie źródła dochodu, ale odpowiada także na szereg innych potrzeb – jak np. poczucie spełnienia, przynależności, potrzeba aktywności.

Podstawowym argumentem osób niegotowych do podjęcia zatrudnienia jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do pracy (51%, por. Tabela 21). Częściej pojawia się on w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym (62%) i chorujących psychicznie (63%). Drugi z argumentów, powiązany częściowo z pierwszym dotyczy **stanu zdrowia, który nie pozwala na pracę** (42%). Ten powód częściej pojawia się wśród osób z dysfunkcją wzroku (45%) i ruchu (46%). Dopiero na trzecim miejscu pojawia się powód emocjonalny – strach przed porażką (28%), na który najczęściej powołują się osoby chorujące psychicznie (39%) i niepełnosprawne wzrokowo (38%).

Tylko 12% badanych przyznaje, że nie chcą podjąć pracy ze względu na możliwość utraty świadczeń pieniężnych. Szczególnie istotne jest to wśród osób z dysfunkcją wzroku (24%).

Rysunek 105 Gotowość do podjęcia pracy wśród osób obecnie niepracujących według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby obecnie nie pracujące

Tabela 21 Powody braku gotowości do podjęcia pracy zawodowej według rodzaju niepełnosprawności

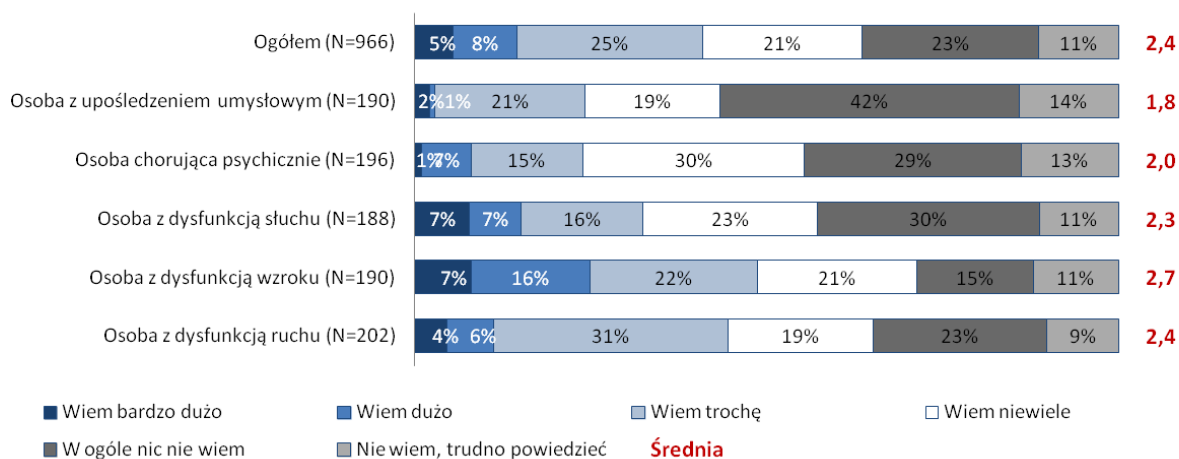
	Ogółem (N=242)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=84)	Osoba chorująca psychicznie (N=59)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=31)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=36)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=32)
Ma(m) orzeczoną niezdolność do pracy	50%	62%	63%	47%	39%	53%
Stan zdrowia nie pozwala na pracę zawodową	41%	32%	36%	32%	44%	46%
Boję się, że sobie nie poradzę	28%	23%	38%	22%	38%	21%
Utracił(a)bym świadczenia pieniężne	12%	2%	11%	12%	24%	6%
Nie chcę pracować, jest dobrze tak jak jest	6%	4%	2%	5%	16%	
Teraz nie jest dobra pora	6%	4%	5%	4%	14%	
Prowadzę gospodarstwo domowe, zajmuję się dziećmi	2%		1%			6%
Nie muszę pracować, wolę robić coś innego	1%	1%		6%		
Muszę zajmować się dorosłą osobą wymagającą opieki	1%		2%		2%	

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby obecnie nie pracujące, deklarujące brak gotowości do podjęcia pracy zawodowej

Osoby niepełnosprawne swoją wiedzę na temat zasad wstrzymania renty w przypadku pracy zarobkowej oceniają jako raczej niewielką – tylko 13% badanych uznało, że wiedzą dużo lub bardzo dużo na ten temat. Relatywnie częściej za kompetentnych w tej materii uważają się osoby z dysfunkcją wzroku (23%). Ogólnie można uznać, iż **ponad połowa osób niepełnosprawnych nie orientuje się w zasadach wstrzymania rent przy podjęciu pracy**: 44% badanych przyznaje, że nie wie nic lub bardzo niewiele na ten temat, a kolejne 11% odpowiada „nie wiem”, co należałoby również traktować jako brak wiedzy. Odsetki te są najwyższe w przypadku grupy osób z upośledzeniem umysłowym (łącznie odpowiedzi „wiem niewiele”, „w ogóle nic nie wiem” oraz „nie wiem, trudno powiedzieć” dają 75%) i chorujących psychicznie (73%), zaś nieco niższe w przypadku osób z dysfunkcją słuchu (63%).

Również badania jakościowe potwierdzają, iż wiedza na temat **warunków utrzymania renty w przypadku podjęcia pracy** jest niewielka. Uczestnicy badań jakościowych mieli świadomością, że jakaś zależność między tymi dwoma faktami istnieje, nie znali jednak zwykle szczegółów. Pojawiała się informacja, że renta nie zostanie odebrana przy zarobkach nie przekraczających kwoty „około” 2400 zł brutto, ale przywoływano ją raczej sporadycznie, najczęściej wśród osób z niepełnosprawnością wzroku i narządu ruchu.

Rysunek 106 Ocena posiadanej wiedzy na temat zasad wstrzymania renty w przypadku pracy zarobkowej osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności

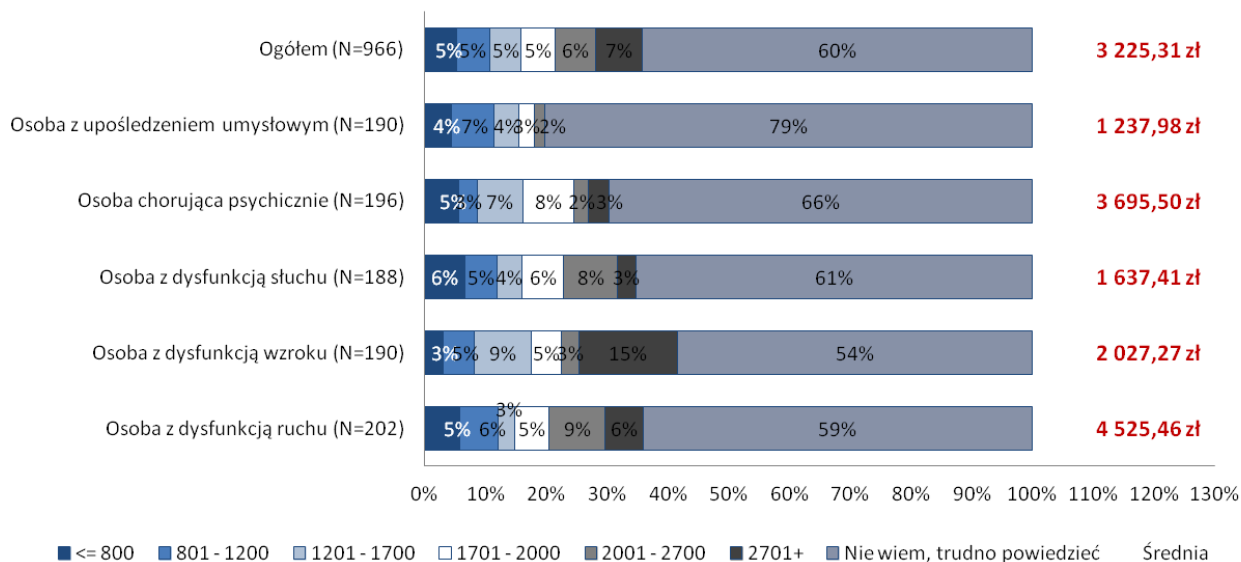


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Skala: [1] W ogóle nic nie wiem na ten temat, [5] Wiem bardzo dużo na ten temat.

Brak dokładnej wiedzy ujawnia się w przypadku pytania o konkretną kwotę, przy której zostaje wstrzymana renta. W zasadzie mniej, niż 7% osób przynajmniej zbliżyło się do poprawnej wartości. 60% badanych wprost przyznaje, że nie zna jej wysokości. Najwyższy jest ten odsetek w przypadku opiekunów osób z upośledzeniem umysłowym. Jednak pozostali badani wbrew pozorom wcale nie posiadają dokładnej wiedzy na ten temat, o czym świadczą podawane przez nich oszacowania. Kwoty te są bardzo zróżnicowane – od mniej, niż 800 zł do powyżej 2,7 tys. zł. **Przeciętna wartość oszacowania przez respondentów wysokości zarobków, powyżej której prawo do renty ulega zawieszeniu to 3 225,31 zł.** Tymczasem od 1 marca 2017 do 31 maja 2017 kwota przychodu odpowiadając 70% miesięcznego wynagrodzenia, poniżej której renta jest wypłacana w pełnej wysokości wynosiła 2 953,24 zł brutto⁴², (czyli około 2 120 zł netto, w zależności od obciążeń) zaś **kwota 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, której przekroczenie powoduje zawieszenie prawa do renty wynosiła 5 484 zł brutto (czyli nieco powyżej 3 800 zł netto)** – a więc więcej niż szacunki ogromnej większości badanych, którzy zdecydowali się w ogóle podać jakąś liczbę. Faktycznie najwięcej, bo 15% osób podało kwotę powyżej 2,7 tys. zł wśród osób z dysfunkcją wzroku – a więc w grupie, która częściej oceniała swoją wiedzę jako dużą.

⁴² Źródło: Komunikat Prezesa GUS z 9 lutego 2017 r. Do 28 lutego kwota 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia wynosiła 2 838, 53 zł, zaś 130% - 5 271 zł.

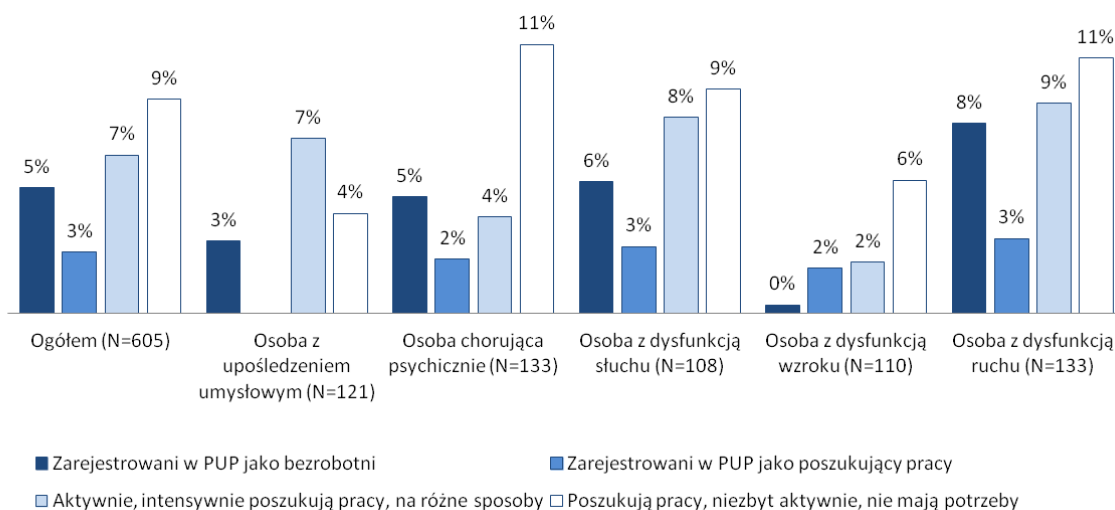
Rysunek 107 Wysokość zarobków osoby niepełnosprawnej, do której nie zostaje wstrzymana jej renta, według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.*

Faktyczna aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych wyrażająca się odsetkiem pracujących jest niewielka, podobnie jak gotowość osób biernych zawodowo do podjęcia zatrudnienia. W konsekwencji niewielka jest także aktywność w zakresie działań, jakie osoby niepełnosprawne podejmują wobec rynku pracy. Jedynie około 7% badanych (włączywszy osoby pracujące i bierny, z wyjątkiem osób uczących się) zadeklarowało, iż aktywnie i intensywnie poszukują pracy, na różne sposoby, zaś kolejne 9% wskazało, że szukają pracy niezbyt aktywnie ze względu na brak potrzeb. Pozostałe **84% badanych wprost przyznaje, że nie poszukują aktywnie pracy.** W związku z tym nie powinien dziwić fakt, że większość badanych nie rejestruje się w urzędach pracy jako osoby bezrobotne lub poszukujące zatrudnienia (92%). Jedynie 5% zadeklarowało, iż są zarejestrowani jako bezrobotni, zaś 3% - jako poszukujący pracy. Większą aktywność w poszukiwaniu zatrudnienia wykazują osoby z dysfunkcją ruchu i słuchu. Natomiast osoby chorujące psychicznie dość często deklarują, że szukają pracy, lecz niezbyt aktywnie.

Rysunek 108 Działania podejmowane na rynku pracy według rodzaju niepełnosprawności

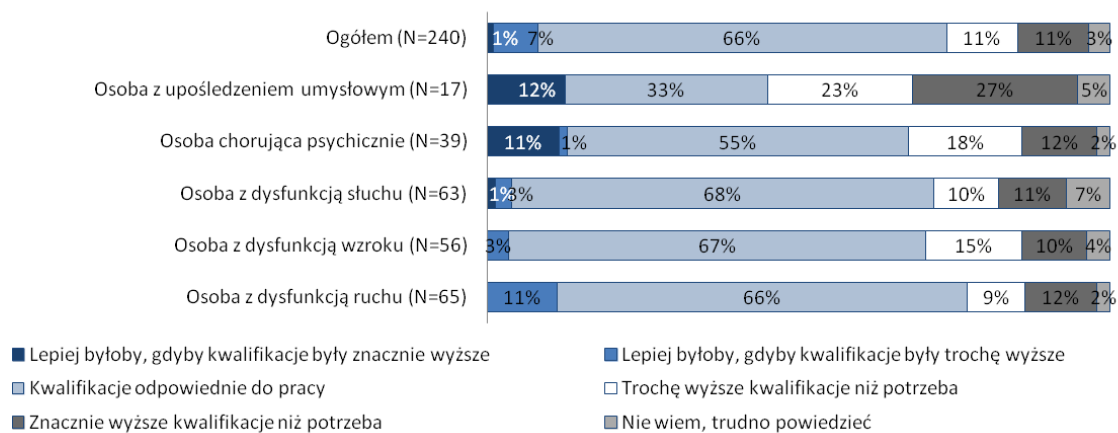


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= respondenci z wyjątkiem osób uczących się

Innym z problemów jest **deficyt miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych z niższymi kwalifikacjami**. Osłabienie polskiego przemysłu oznacza zbyt małą liczbę potencjalnych miejsc pracy dla grup ON, które potrzebują pracy prostej i powtarzalnej (szczególnie dla osób niepełnosprawnych intelektualnie). Z kolei najsilniej rozwijająca się obecnie branża usług jest silnie zorientowana na konkurencyjność, co przy braku preferencji dla pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne sprawia, że mimo dotacji na dostosowanie stanowisk pracy i na wynagrodzenia prowadzenie działalności usługowej staje się nierentowne (Sochańska i in. 2015).

W niniejszym badaniu większość obecnie pracujących osób niepełnosprawnych szacuje, że ich kwalifikacje są odpowiednie do pracy (66%). Jednak wśród pozostałych osób wyraźnie przeważa grono wskazujące, że ich kwalifikacje są trochę lub znacznie wyższe, niż potrzeba w aktualnie wykonywanej pracy (w sumie 22%). Na niedobór kwalifikacji skarży się jedynie 8% badanych.

Rysunek 109 Ocena posiadanych kwalifikacji w odniesieniu do wykonywanej pracy według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby pracujące obecnie

W wielu opracowaniach odpowiedzialnością za niską aktywność zawodową osób niepełnosprawnych na rynku pracy obarcza się z jednej strony **źle zorganizowany system aktywizacji**, z drugiej zaś **charakter rynku pracy i postawy pracodawców**, a więc czynniki leżące poza sprawczością samych osób niepełnosprawnych.

Przedstawione powyżej wnioski dotyczące sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy potwierdzają również wyniki obecnego badania jakościowego. **Podjęcie pracy przez osobę niepełnosprawną nie jest proste, zwłaszcza, jeśli jest to niepełnosprawność widoczna, w stopniu wyższym niż lekki i powodująca utrudnienia w podjęciu pracy fizycznej.** Wszyscy badani są zgodni, że najwięcej dostępnych ofert pracy dla osób niepełnosprawnych to prace fizyczne – przy sprzątanii lub w ochronie, z wynagrodzeniem nie przekraczającym płacy minimalnej.

Kwestia jest taka, że 90% ofert pracy dla osób niepełnosprawnych to jest praca fizyczna.

Tak jest.

Czyli ochrona, sprzątanie, ostatnio ulotki. 10% mniej więcej to jest asytencka praca biurowa. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Wiele osób nie chce podejmować zatrudnienia na takich warunkach – część z powodu posiadanego wykształcenia (nie rzadko wyższego), część dlatego, że nie są w stanie lub nie chcą wykonywać pracy fizycznej. Powodem są również **wyższe oczekiwania finansowe**, chęć otrzymania za pracę wynagrodzenia adekwatnego do posiadanych kwalifikacji i umożliwiającego zaspokojenie potrzeb materialnych na oczekiwanym poziomie – by móc sfinansować niezbędne pomoce i sprzęt rehabilitacyjny, **usamodzielić się wynajmując lub kupując mieszkanie**, co staje się bardzo istotne dla osób około 30 roku życia.

Badani są zdania, że znalezienie pracy na otwartym rynku pracy jako osoba niepełnosprawna jest trudniejsze, niż w przypadku zatajenia informacji o posiadanym orzeczeniu. Strategie stosowane w tym zakresie są bardzo różne – te same osoby w zależności od sytuacji ujawniają lub nie swoją niepełnosprawność kierując się wycuciem oraz tym na ile zależy im na szybkim podjęciu pracy lub skorzystaniu z przysługujących ON dodatkowych uprawnień (dodatkowy urlop, krótszy dzień pracy)

Ja mogę powiedzieć ze swojego doświadczenia, bo ja zarówno okazywałam orzeczenie jak i nie okazywałam. Aktualnie nie okazałam tego orzeczenia z tego względu, że ja wiem, że na ten moment mogę pracować 8 godzin. Jeżeli to dla kogoś ma stanowić problem, że ja będę miała na przykład dodatkowy urlop z tego tytułu, że jestem osobą niepełnosprawną, albo nie daj Boże będę chodziła na zwolnienia z racji tego, że jestem chora no to pewnie będę chodzić na te zwolnienia, chociaż nie chodzę. To po prostu wolałam nie okazywać tego orzeczenia.

Dla dobra sprawy żeby pracować. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu)

Dostęp osób niepełnosprawnych do pracy na otwartym rynku ograniczają przekonania pracodawców, m.in. brak wiedzy o niepełnosprawności i możliwości zatrudniania ON, obawy przed dodatkowymi zobowiązaniami m.in. biurokracja, kontrole, zmiany organizacyjne (m.in. Diagnoza systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej na Mazowszu, 2011; Sochańska i in. 2015). Niepełnosprawni pracownicy są często postrzegani przez pracodawców stereotypowo, przez pryzmat swojej dysfunkcji – przypisuje im się brak wiedzy, umiejętności czy wykształcenia, brak efektywności czy samodzielności. Inną z barier jest postrzeganie kosztów dostosowania stanowiska pracy do potrzeb niepełnosprawnego pracownika jako wysokich, niewartych wysiłku. Pomoc, na jaką pracodawcy mogą liczyć ze strony PFRON jest natomiast w ich ocenie obciążona dodatkowymi obciążeniami i niedogodnościami – np. czasochłonność dokumentacji, obawa przed długoterminowym zobowiązaniem. Obawy budzą także częste zmiany w prawie i konieczność ich śledzenia lub reagowania na nie. **Wszystkie te czynniki sprawiają, że otwarty rynek pracy nie jest przychylny niepełnosprawnym pracownikom.**

Również w badaniach jakościowych ustalono, że podejmując pracę w III sektorze lub w systemie wsparcia ON, osoby niepełnosprawne informują potencjalnego pracodawcę o tym, że posiadają orzeczenie. Natomiast **przedsiębiorcy prywatni często są niechętnie nastawieni do takich sytuacji, przede wszystkim ze względu na dużą ilość dokumentacji niezbędnej do wypełniania procedur dofinansowania miejsca pracy.** W związku z tym,

jeśli nie jest to konieczne, badani unikają informowania tego rodzaju pracodawców o przysługujących im uprawnieniach.

O ile ja pracuję w trzecim sektorze to cały trzeci sektor od lewej do prawej korzysta z dofinansowań osób niepełnosprawnych jak już ich zatrudnia. Są najbardziej świadomi. Natomiast w drugim sektorze - prywatnym, bardzo często jest tak, że jak jest mikro przedsiębiorstwo, to woła pracodawcy nie wchodzić w procedurę przyznawania dofinansowania dla osoby niepełnosprawnej, bo na przykład ich księgowy tego nie wie i się nie chce nauczyć. I to są autentyczne sytuacje moich znajomych. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Pracujący w organizacjach twierdzą, że za swój komfort dodatkowych udogodnień (skrócony czas pracy, zapewnienie niezbędnych dostosowań itp.), płacą godząc się na niższe wynagrodzenia niż mogliby, na podobnych stanowiskach, uzyskiwać na otwartym rynku pracy. W wielu sytuacjach uznaje się jednak, że bilans zysków i strat, w sytuacji gdy „przywileje” te są przestrzegane, jest dla pracownika korzystny. Powodem dyskomfortu jest w podobnych sytuacjach raczej niepewność pracy spowodowana przez brak ciągłości finansowania projektów prowadzonych przez organizacje pozarządowe.

Nazywanie uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym „przywilejami” ocenia się negatywnie. Zdaniem badanych są to w dużej mierze przywileje dla pracodawcy – dofinansowanie do wynagrodzenia czy miejsca pracy, na których firma zyskuje, podczas gdy sam pracownik zyskuje jedynie możliwość podjęcia zatrudnienia, często na niezbyt atrakcyjnych warunkach finansowych.

Nierzadko zdarza się, że **na otwartym rynku** pracy kandydat spotyka się z **odmową zatrudnienia wyłącznie ze względu na fakt posiadania orzeczenia** – niezależnie od tego o jakiego rodzaju niepełnosprawność chodzi, czy jakiego typu dostosowania miejsca pracy są niezbędne.

Na pewno łatwiej byłoby znaleźć pracę w normalnym środowisku zawodowym pracy biurowej np. bo też niejednokrotnie natrafiałem na kierowników, którzy niechętnie patrzą na osoby niepełnosprawne. Zwyczajnie nie interesuje go, że ktoś może mieć wiedzę, że ktoś może w pewnym zakresie sobie radzić dobrze lub lepiej. Po prostu jest to osoba niepełnosprawna i temu kierownikowi się to nie podoba. (IDI 12 niepełnosprawność ruchowa, stopień umiarkowany, 46-60 lat, mężczyzna, duże miasto)

Jedynie w przypadku **Głuchych** wskazywano, że **bezpośrednią przyczyną odrzucenia kandydata był rodzaj posiadanej niepełnosprawności**, nawet jeśli dysfunkcja kandydatki nie wydawała się mieć związku z przewidywanym zakresem obowiązków. Wprost wyrażaną przyczyną rezygnacji z zatrudnienia było wskazanie rodzaju niepełnosprawności. Dotyczy to nawet Głuchych dobrze zintegrowanych społecznie, mówiących.

Kiedyś złożyłam inną pracę u komornika sądowego, tam były stanowiska na których pakuje paczki z listą i też związane jest z obliczeniami . Tak samo złożyłam o pracę tam gdzie odpowiada się za obliczenie sztuk materialny . Wiem że tam jest wolne miejsce by przyjąć do pracy. Ale nie przyjmą mnie, powód - to że jestem głucha. Zdziwiłam się .

Odpowiedział na to - powód to że jesteś głucha

Tak. To powód. Nie chcę. Początek wysłałam email i nie odpisali. Chyba źle wysłałam email ale chciałam mieć pewność i poprosiłam o pomoc , żeby zadzwoniła ta firma. Nie chcę przyjąć bo powodem jest to że głucha. To powód. Mówiłam ci wcześniej że potrafię mówić i porozumieć się... Nie chcę bo nie...(IDI 6 niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Zdarza się nawet, że osoba, która ujawnia fakt posiadania orzeczenia w trakcie trwania zatrudnienia, mimo, iż została zatrudniona w postępowaniu konkursowym i jej praca jest wysoko oceniana, otrzymuje informację, że sam fakt ujawnienia orzeczenia na etapie rekrutacji był by przyczyną odrzucenia jej kandydatury do pracy.

A on zapytał dlaczego nie powiedziałam o tym na początku i że gdyby o tym wiedział, to by mnie nie zatrudnił, bo ma takie przekonanie, że osoby z niepełnosprawnością są problematyczne, roszczeniowe. W zasadzie powiedział to jakby żartem. Jestem też przekonana, że był zadowolony ze mnie jako pracownika, ale gdyby to wiedział na początku to bym cię odsiał, żeby nie generować sobie jakiś problemów, które mogły za tym pójść. (IDI 10 niepełnosprawność ruchowa, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Przywołane przykłady wskazują, że **otwarty rynek pracy pozostaje wciąż trudno dostępny** dla niepełnosprawnych kandydatów, nawet tych samodzielnych, dobrze wykwalifikowanych, znających swoje uprawnienia.

Wydaje się, iż obok bezpośredniego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej kierowanego do ON oraz pracodawców konieczne są także działania zmierzające do zmiany światopoglądu, redukcji uprzedzeń i zwalczania stereotypów wśród pracodawców i pracowników. Jak zauważa Giermanowska, **gdyby zachęty finansowe kierowane do pracodawców były kluczowym czynnikiem decyzyjnym, zatrudnienie osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy powinno być wyższe**. Tymczasem za niechęć do zatrudniania ON w znacznej mierze odpowiada **ukryta dyskryminacja** – uprzedzenia, stereotypy, błędne przekonania o możliwościach niepełnosprawnych pracowników, a także **kultura organizacyjna** – m.in. postawy przełożonych (Giermanowska 2016a). Bez zmiany postaw pracodawców i edukacji społecznej bariery w dostępie do zatrudnienia nie zostaną przełamane, mimo wyraźnych bodźców ekonomicznych.

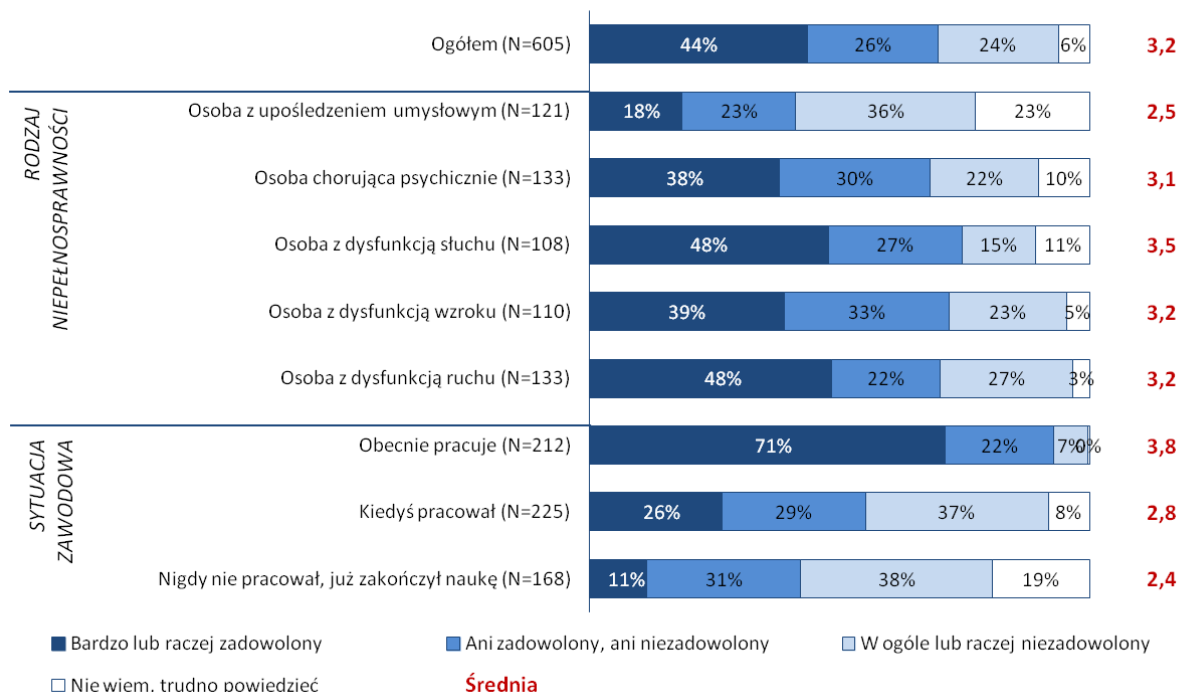
Wobec wysokiego odsetka osób niepełnosprawnych zatrudnionych w ZPCh, warto chwilę uwagi poświęcić najpopularniejszej formie wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy tj. **dofinansowaniu do wynagrodzeń. Jest to pośrednia forma wsparcia, ponieważ jej adresatami i beneficjentami są pracodawcy**. Forma ta jest jednocześnie **najbardziej kosztochłonna obecnie formą wsparcia ON na rynku pracy**⁴³. Tymczasem eksperci wskazują na pewne **wątpliwości co do jej skuteczności**. Giermanowska zauważa, że **głównymi beneficjentami tego wsparcia są ZPCh**, w tym firmy ochroniarsko-sprzątające, które oferują dość wąski wachlarz stanowisk pracy i nie tworzą na ogół możliwości rozwoju zawodowego (Giermanowska 2016). Tym samym **utrwalają stereotypowy obraz niepełnosprawnych jako pracowników słabo wykształconych, predestynowanych do wykonywania wyłącznie prostych zadań i stroniących od wyzwań zawodowych**. Co więcej, Giermanowska wskazuje, iż chroniony rynek pracy to forma zatrudnienia segregacyjnego i wykluczającego z głównego rynku pracy. Stanowi przeciwieństwo postulatu włączania osób niepełnosprawnych w otwarty rynek pracy i *de facto* izoluje tę grupę od szerszych kontaktów społecznych. Ponadto przyczynia się do obniżenia oczekiwań i wzrostu negatywnych postaw społecznych, zapobiegając uzyskaniu sensownego zatrudnienia. Warto też podkreślić, iż ZPCh w niewielkim stopniu realizują cele społeczne i rehabilitacyjne przed nimi postawione – aby umożliwić w dogodnych warunkach zatrudnienia osób najbardziej poszkodowanych, w szczególności ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Tylko 7,6% pracowników niepełnosprawnych to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, czyli podobny odsetek, jak na otwartym rynku pracy (8,6%; dane za czerwiec 2016). ZPCh zatrudniając przede wszystkim osoby z niższymi stopniami niepełnosprawności powstrzymują je przed wejściem na otwarty rynek pracy, a jednocześnie nie dążą do aktywizacji osób, dla których zatrudnienie chronione jest jedyną szansą na aktywność zawodową.

Mimo, iż rynek pracy nie jest przyjazny dla osób niepełnosprawnych, osoby, które są na nim obecne są wyraźnie bardziej zadowolone ze swojej sytuacji zawodowej, niż osoby bierne zawodowo. Jedynie 7% osób obecnie pracujących wyraża niezadowolenie ze swojej aktualnej sytuacji zawodowej. Natomiast **71% osób aktywnych zawodowo jest z tej aktywności zadowolonych**. Tymczasem sytuacja wśród osób biernych zawodowo jest odwrotna – 37% osób, które w przeszłości pracowały oraz 38% osób, które nigdy nie pracowały w ogóle nie jest zadowolonych ze swojej obecnej sytuacji zawodowej lub są one raczej niezadowolone. Zadowolenie z aktualnego stanu bierności zawodowej wyraża 26% osób, które kiedyś pracowały i tylko 11% osób, które nigdy nie pracowały.

Powyższe prawidłowości pojawiają się w przypadku każdego rodzaju niepełnosprawności – osoby obecnie pracujące są w znakomitej większości zadowolone ze swojej sytuacji, podczas gdy osoby bierne zawodowo albo odnoszą się to swojej sytuacji obojętnie albo wyrażają niezadowolenie.

⁴³ W 2015 roku niemal 22% wydatków na wsparcie osób niepełnosprawnych wg danych MRPiPS, por. rozdział 4.2

Rysunek 110 Zadowolenie z obecnej sytuacji zawodowej według rodzaju niepełnosprawności oraz sytuacji zawodowej

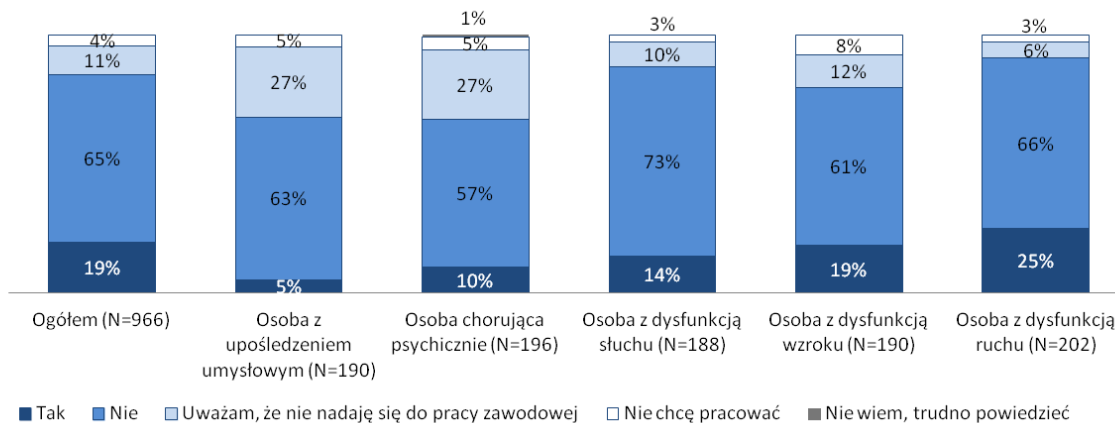


Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= respondenci z wyjątkiem osób uczących się. Skala: [1] W ogóle niezadowolony, [5] Bardzo zadowolony

Niemal co piąta osoba niepełnosprawna deklaruje, że w związku z niepełnosprawnością posiadają pewne potrzeby dotyczące pracy zawodowej (19%). Najczęściej dotyczy to osób z dysfunkcjami sprawności – niepełnosprawnych ruchowo (25%), wzrokowo (19%) oraz słuchowo (14%). Szczególnie często tego typu potrzeby zgłaszają osoby z wykształceniem wyższym (44%), podczas gdy osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym zdecydowanie częściej stwierdzają, iż nie nadają się do pracy zawodowej (23%).

Wśród 19% osób niepełnosprawnych, które deklarują, iż posiadają specjalne potrzeby dotyczące pracy większość zgłosiła tylko jedną (7%) lub dwie takie potrzeby (6%).

Rysunek 111 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby dotyczące pracy zawodowej, które powinny zostać zaspokojone dla optymalnego funkcjonowania



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Tabela 22 Liczba potrzeb związanych z niepełnosprawnością w zakresie pracy zgłoszonych przez osoby niepełnosprawne

	Ogółem (N=966)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=190)	Osoba chorująca psychicznie (N=196)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=188)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=190)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=202)
Żadne	82%	96%	91%	87%	82%	78%
1 potrzeba	7%	0%	4%	10%	6%	8%
2 potrzeby	6%	2%	3%	2%	4%	9%
3 lub więcej potrzeb	5%	2%	2%	1%	7%	6%

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych

Najczęściej w kontekście pracy wskazywano na aspekty związane z dostosowaniem stanowiska lub miejsca pracy do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (42%). Potrzeby w tym zakresie zgłaszały głównie osoby z dysfunkcją wzroku (80%). Wśród szczegółowych potrzeb wymieniano tutaj dostosowanie stanowiska pracy (33%) lub komputera (11%) do indywidualnych potrzeb. Wskazywano także na konkretne wyposażenie, np. lupę elektroniczną.

Badani zwracali też uwagę na wymogi związane z zapewnieniem odpowiednich warunków pracy (37%), w szczególności skróconego czasu pracy (9%) lub dodatkowej przerwy (5%), pracy bez hałasu (4%), ale także specyficznych charakterystyk np. pracy siedzącej (8%), przy komputerze (5%). Na potrzeby związane z odpowiednimi warunkami najczęściej wskazywały osoby z dysfunkcjami ruchu.

Co dziesiąta osoba zgłaszała także postulaty związane z nastawieniem do pracy osób niepełnosprawnych (11%, m.in. wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń), z pracą ogólnie (11%, m.in. godne wynagrodzenie), a także z dojazdem do pracy (11%, m.in. transport do pracy). Odpowiednie środowisko pracy jest szczególnie istotne dla osób chorujących psychicznie.

Tabela 23 Udogodnienia i przystosowania związane z pracą zawodową potrzebne w związku z niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności

	Ogółem (N=177)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=10)	Osoba chorująca psychicznie (N=29)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=30)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=41)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=67)
DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB	42%	7%	19%	13%	80%	35%
dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb	33%	7%	11%	12%	54%	31%
odpowiednio przystosowany komputer	11%	0%	9%	0%	27%	7%
lupa elektroniczna	5%	0%	0%	0%	19%	0%
skaner	4%	0%	0%	0%	15%	0%
zestaw głośnomówiący	2%	0%	0%	0%	10%	0%
syntezator mowy	2%	0%	0%	0%	9%	0%
słuchawki	2%	0%	0%	0%	7%	0%
ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY	37%	40%	51%	19%	16%	47%
skrócony czas pracy	9%	0%	22%	0%	0%	14%
praca siedząca	8%	0%	0%	0%	0%	14%
praca przy komputerze	5%	0%	0%	0%	9%	5%
praca lekka	5%	0%	0%	0%	0%	8%
dotatkowa przerwa	5%	0%	5%	0%	0%	8%
praca bez hałasu	4%	33%	3%	6%	0%	5%
praca umysłowa ,	4%	0%	0%	0%	0%	7%
możliwość wykonywania pracy w domu	3%	0%	6%	0%	0%	5%
prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji	3%	7%	15%	6%	7%	0%
powolniejszy tryb pracy	2%	0%	0%	0%	0%	3%
NASTAWIENIE/ŚRODOWISKO PRACY	11%	11%	27%	5%	3%	14%
wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń	6%	4%	14%	0%	3%	7%
życzliwe środowisko pracy	4%	0%	5%	0%	0%	7%
PRACA OGÓLNI	11%	10%	15%	5%	2%	15%
praca z godnym wynagrodzeniem	5%	10%	3%	0%	2%	8%
interesująca praca	3%	0%	9%	0%	0%	4%
praca zgodna z kwalifikacjami	3%	0%	0%	0%	0%	4%
stała praca	2%	0%	0%	0%	0%	3%
DOJAZD DO PRACY	11%	1%	0%	0%	10%	14%
transport do pracy	5%	1%	0%	0%	10%	4%
praca blisko domu	3%	0%	0%	0%	0%	6%
samochód	2%	0%	0%	0%	2%	2%
POMOC W ZNALEZIENIU PRACY	10%	0%	9%	24%	7%	8%

	Ogółem (N=177)	Osoba z upośledzeniem umysłowym (N=10)	Osoba chorująca psychicznie (N=29)	Osoba z dysfunkcją słuchu (N=30)	Osoba z dysfunkcją wzroku (N=41)	Osoba z dysfunkcją ruchu (N=67)
pomoc w znalezieniu odpowiedniej pracy	10%	0%	9%	24%	7%	8%
WSPARCIE W MIEJSCU PRACY	8%	34%	26%	25%	14%	1%
Wsparcie trenera pracy	6%	34%	22%	3%	14%	1%
tłumacz migowy	2%	0%	0%	22%	0%	0%
PRAKTYKI/STAŻE/SZKOLENIA	8%	33%	13%	12%	3%	9%
kursy zawodowe/doszkalające	6%	0%	3%	0%	3%	8%
DOSTOSOWANIE MIEJSCA/ZAKŁADU PRACY	8%	0%	0%	6%	0%	12%
dostosowanie zakładu pracy, brak barier	6%	0%	0%	6%	0%	8%
sanitariaty bez barier	3%	0%	0%	6%	0%	4%
WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA	4%	0%	0%	5%	0%	6%
dotatkowy lokal - pracownia , galeria	3%	0%	0%	0%	0%	4%
UKIERUNKOWANIE/NAUKA	2%	0%	1%	2%	5%	1%
pomoc w znalezieniu odpowiedniej szkoły zawodowej	2%	0%	1%	2%	5%	0%

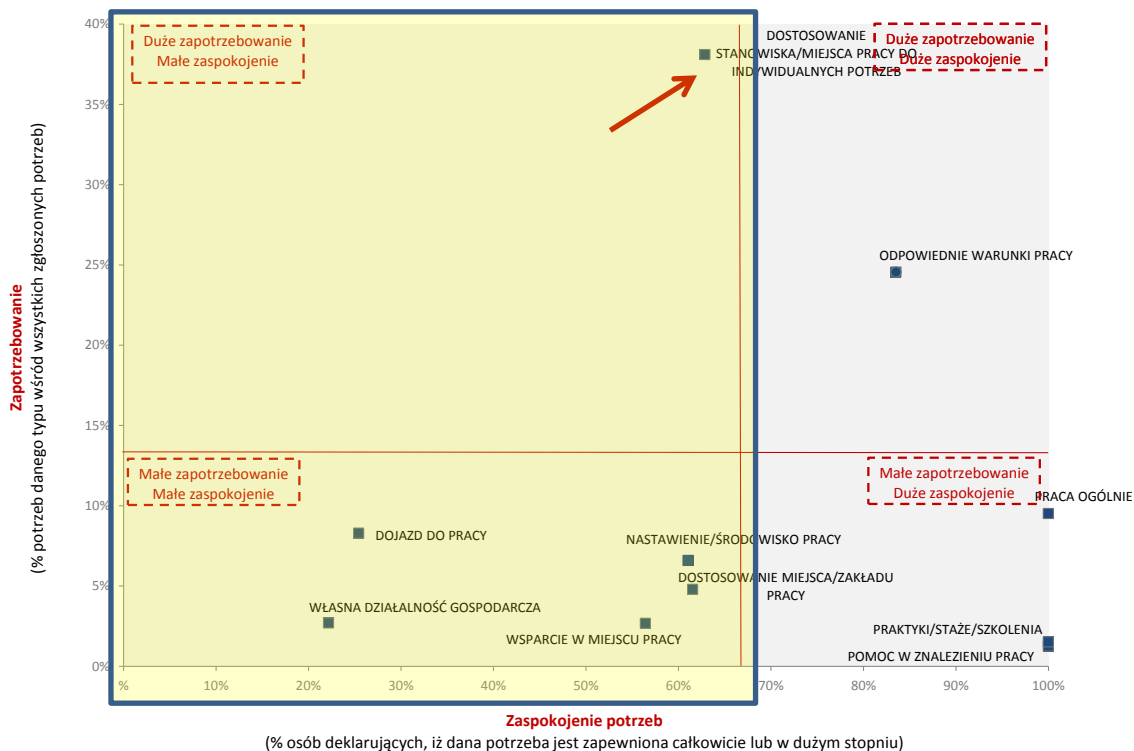
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N= osoby obecnie pracujące, które potrzebują specjalnych dostosowań, udogodnień w pracy w związku ze swoją niepełnosprawnością. W tabeli pokazano wskazania szczegółowe powyżej 1%.

Aby w sposób bardziej obrazowy pokazać obecny stopień zaspokojenia zgłaszanych w obszarze pracy zawodowej potrzeb przeprowadzono analizę ćwiartkową, w której uwzględniono wymiar powszechności danej potrzeby oraz deklarowany stopień jej zaspokojenia. Ze względu na mały odsetek osób zgłaszających potrzeby przeprowadzono analizę jedynie dla ogółu osób niepełnosprawnych, które zgłosiły potrzeby.

W perspektywie całego obszaru praca należy zwrócić szczególną uwagę na potrzeby, które nie są w odpowiednim stopniu zaspokojone, choć jednocześnie są to głównie potrzeby rzadko zgłaszane (ze względu na duże zróżnicowanie odpowiedzi i relatywnie małą bazę) – dotyczą one przede wszystkim dostosowania stanowiska/miejsca pracy do indywidualnych potrzeb (jedyna grupa potrzeb znajdująca się w pierwszej ćwiartce – potrzeb stosunkowo często zgłaszanych) nastawienia środowiska pracy oraz wsparcia w miejscu pracy, dostosowania miejsca pracy, ale także zapewnienia odpowiedniego dojazdu i wsparcia w prowadzeniu własnej działalności gospodarczej.

Dobrym sygnałem jest fakt, że najczęściej zgłaszane potrzeby związane z odpowiednimi warunkami pracy (z wyjątkiem dostosowania stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb) należą do zaspokojonych w dużym stopniu, choć nadal powinny być w polu zainteresowania potencjalnych interwencji, ze właśnie względu na wysokie zapotrzebowanie.

Rysunek 112 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze pracy zawodowej – powszechność występowania a stopień zaspokojenia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=119 – liczba zgłoszonych odrębnych potrzeb.

Niemal wszystkie przedstawione badanym instrumenty wsparcia w zakresie pracy zawodowej osób niepełnosprawnych zostały ocenione jako ważne, bardzo ważne lub kluczowe przez więcej, niż połowę badanych. Najwyżej pod względem ważności lub kluczowości oceniono te, które odpowiadają również na zgłaszane spontanicznie potrzeby – a więc odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy (44%), odpowiednie warunki pracy (42%), nauka pracy na określonym stanowisku (38%), ale także pomoc związaną ze zdobywaniem zatrudnienia – kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje (43%), programy kończące się zatrudnieniem (42%), a także pomoc w poszukiwaniu pracy (38%) lub staże i praktyki zawodowe (37%).

Rysunek 113 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej



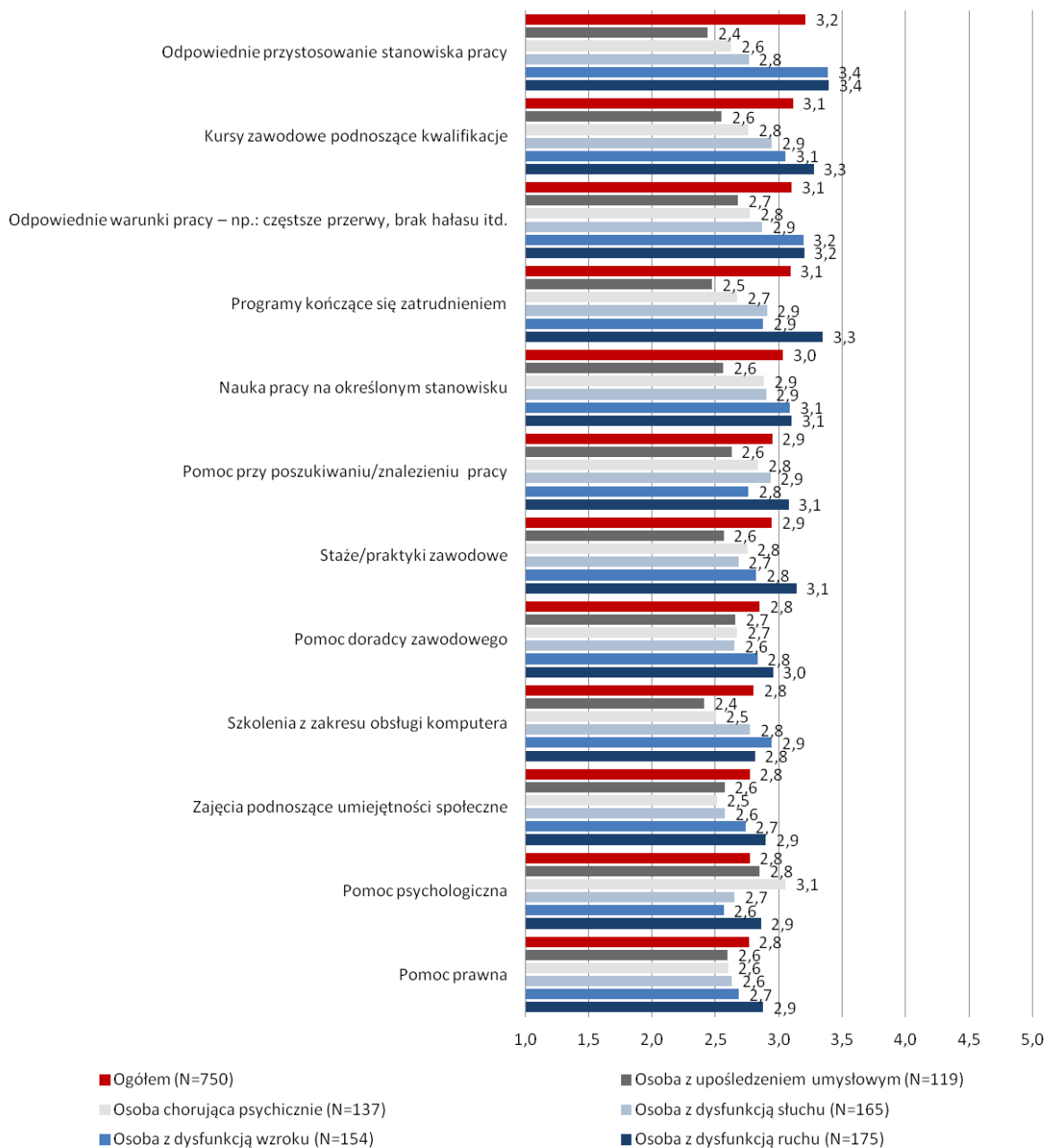
Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*. N=750, bez osób, które zadeklarowały, iż nie nadają się do pracy zawodowej lub nie chcą pracować

W przypadku **osób z upośledzeniem umysłowym** najwyżej cenione instrumenty wsparcia obejmowały pomoc psychologiczną, odpowiednie warunki pracy, a także pomoc doradcy zawodowego i asystenta pracy.

Osoby chore psychicznie w kontekście wsparcia w obszarze pracy zawodowej jako kluczowe lub bardzo ważne częściej wskazywały pomoc psychologiczną, naukę pracy na określonym stanowisku i odpowiednie warunki pracy, ale także instrumenty pomagające zdobyć zatrudnienie – pomoc w poszukiwaniu pracy, kursy podnoszące kwalifikacje oraz staże i praktyki zawodowe. Podobnie **osoby z dysfunkcją słuchu** najwyżej cenią sobie pomoc w uzyskaniu zatrudnienia.

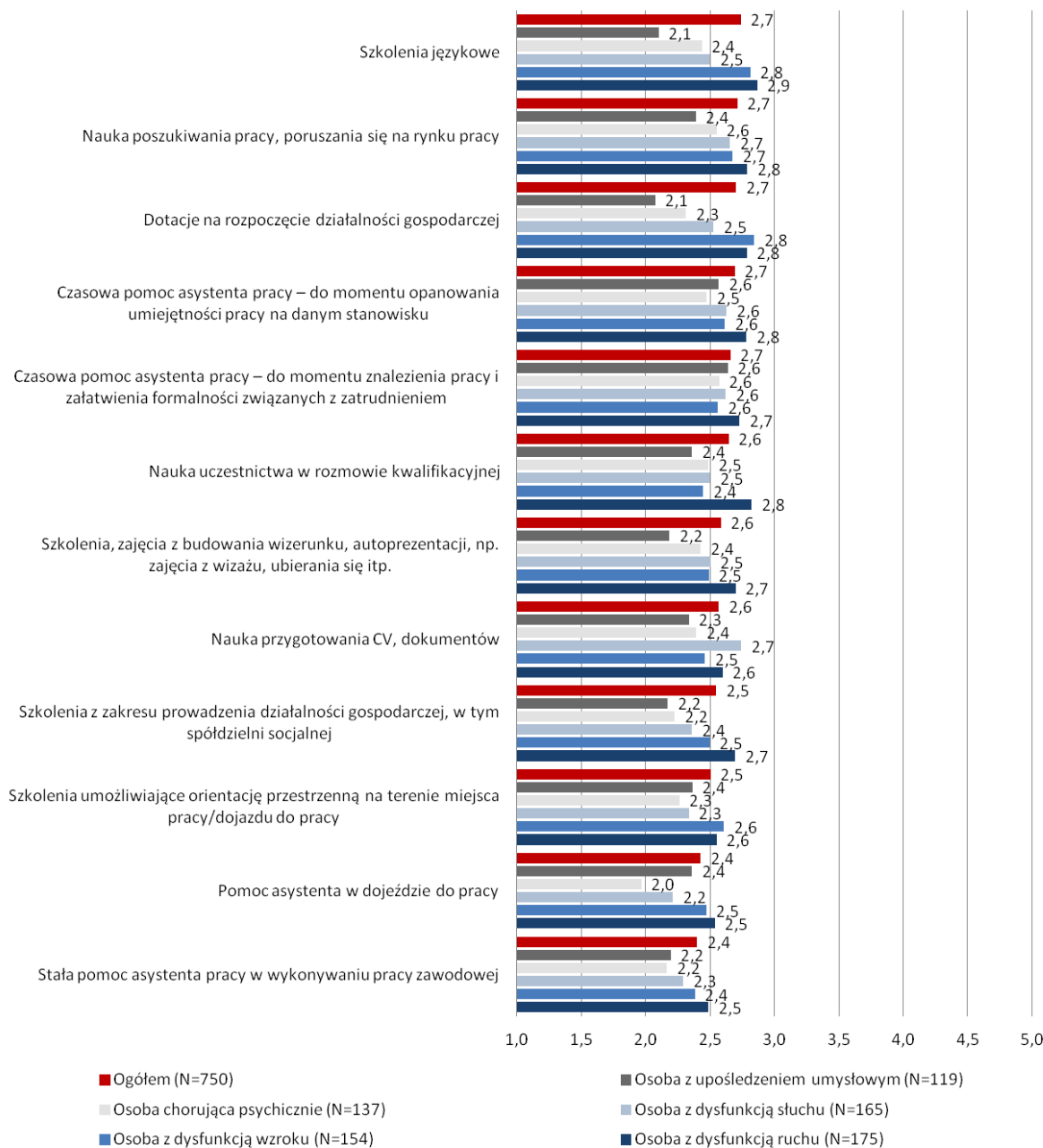
Natomiast dla **osób z dysfunkcjami wzroku** najistotniejsze są aspekty związane z odpowiednim przygotowaniem do pracy – przystosowaniem stanowiska, dogodnymi warunkami pracy oraz nauka pracy na określonym stanowisku. **Osoby z dysfunkcjami ruchu** również za kluczowe uważają przystosowanie stanowiska pracy, ale cenią też kursy i szkolenia – programy kończące się zatrudnieniem oraz podnoszące kwalifikacje.

Rysunek 114 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – wyżej ocenione wsparcie



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=750, bez osób, które zadeklarowały, iż nie nadają się do pracy zawodowej lub nie chcą pracować. Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Rysunek 115 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – niżej ocenione wsparcie



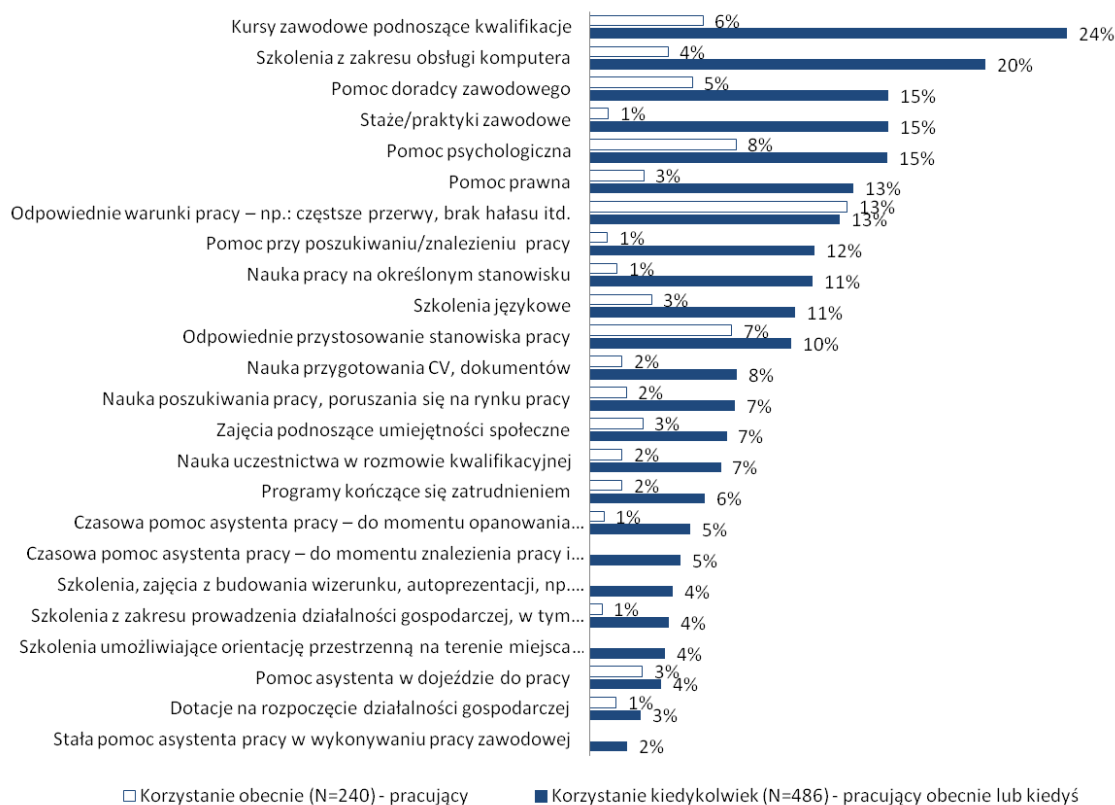
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. N=750, bez osób, które zadeklarowały, iż nie nadają się do pracy zawodowej lub nie chcą pracować. Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe.

Do najczęściej wykorzystywanych form wsparcia należą cenione wysoko przez badanych narzędzia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia – kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje (24% pracujących kiedyś lub obecnie korzystało z tej formy), szkolenia z obsługi komputera (20%), a także pomoc doradcy zawodowego (15%) i staże lub praktyki zawodowe (15%). Relatywnie często badani korzystali także z pomocy psychologicznej

(15%) i jest to forma w największym stopniu wykorzystywana obecnie przez badanych (8% obecnie pracujących).

Co dziesiąty badany korzystał ze wsparcia, które jest uznawane za najbardziej potrzebne – odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy, a 7% korzysta z niego obecnie.

Rysunek 116 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie pracy zawodowej dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych.*

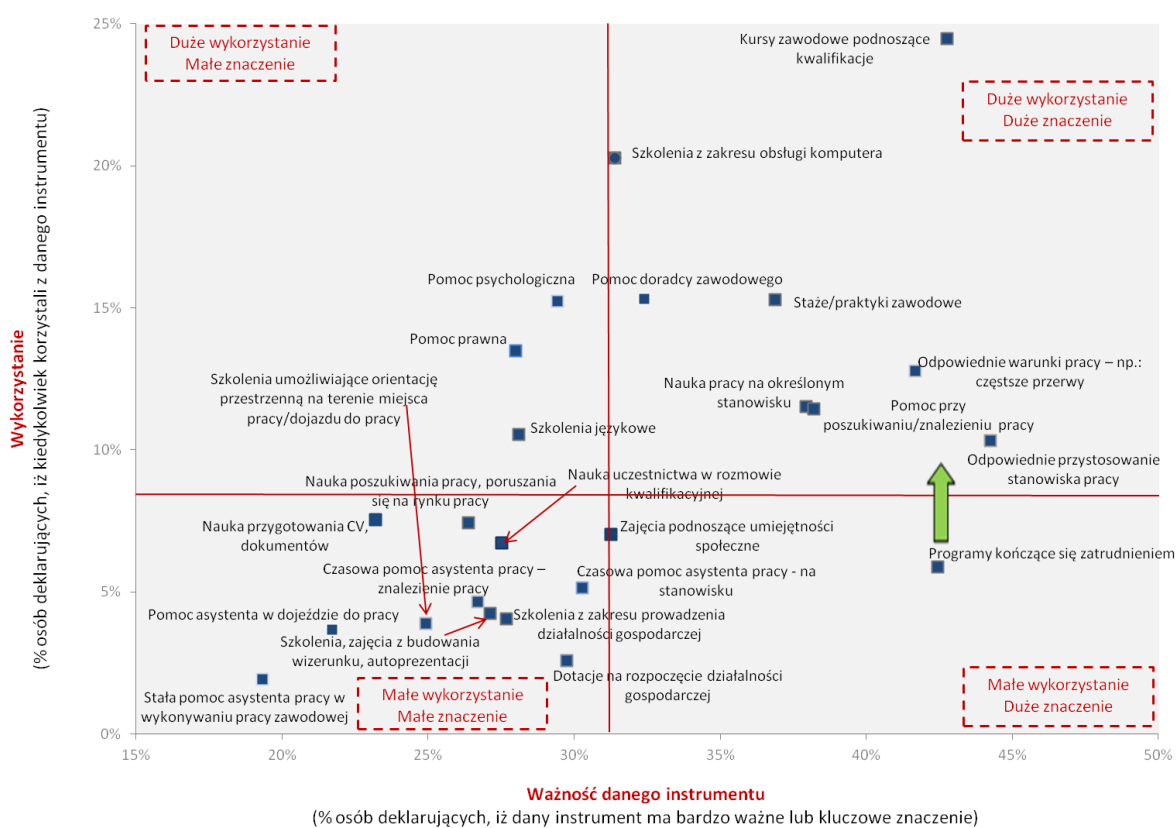
W celu dokonania oceny, na ile kierowane do osób niepełnosprawnych wsparcie w zakresie pracy zawodowej jest trafne oraz jakie typy wsparcia są zbyt mało dostępne w stosunku do zapotrzebowania zestawiono ze sobą ocenę ważności instrumentów oraz ich wykorzystanie (odsetek kiedykolwiek korzystających z danego typu wsparcia). Należy jednak podkreślić, że na podstawie tych analiz możemy wypowiadać się jedynie na temat prawidłowego ukierunkowania wsparcia, a nie na temat zaspokojenia zapotrzebowania – to, że osoba niepełnosprawna deklaruje, iż kiedykolwiek ze wsparcia korzystała nie znaczy, że korzystała z niego w stopniu zaspokajającym jej potrzeby.

Cenną rzeczą jest, że **wiele z wysoko ocenianych pod względem ważności instrumentów znalazło się w ćwiartce dużego wykorzystania i dużego znaczenia – są to instrumenty, które warto podtrzymywać, ponieważ odpowiadają one także na zgłaszane przez osoby niepełnosprawne potrzeby.** Chodzi tutaj o takie elementy jak kursy zawodowe, szkolenia komputerowe, ale także pomoc w zdobyciu zatrudnienia: doradztwo zawodowe, staże i praktyki, pomoc w poszukiwaniu pracy, a także instrumenty pomagające przystosować warunki do potrzeb ON: odpowiednie warunki pracy, przystosowanie stanowiska.

Elementem o dużym znaczeniu, lecz niewystarczającym wykorzystaniu są programy kończące się zatrudnieniem – należałoby zadbać o przesunięcie tego instrumentu do górnej ćwiartki.

Warto także skomentować obecność takich instrumentów jak pomoc psychologiczna i prawna w ćwiartce dużego wykorzystania i małego znaczenia. Są to wbrew pozorom elementy istotne, lecz dla dwóch konkretnych grup – osób z upośledzeniem umysłowym oraz osób chorujących psychicznie. Ze względu na to, iż obie te grupy są mniej liczne, niż np. dominująca niepełnosprawność ruchowa, ważne dla nich, lecz nie dla innych grup elementy znalazły się w ćwiartce mniejszego znaczenia. Natomiast gdyby brać pod uwagę tylko niepełnosprawność intelektualną i psychiczną wówczas znajdowałyby się one w ćwiartce dużego wykorzystania i dużego znaczenia. Dlatego warto zadbać, aby taka pomoc była zindywidualizowana do potrzeb konkretnych beneficjentów i trafiała do tych dwóch grup.

Rysunek 117 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w zakresie pracy zawodowej



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Ważność: N=750, bez osób, które zadeklarowały, iż nie nadają się do pracy zawodowej lub nie chcą pracować. Wykorzystanie: N=486 – pracujący obecnie lub kiedyś

Odpowiednie doradztwo zawodowe, wysoko oceniane i wykorzystywane przez osoby niepełnosprawne, jest wskazywane przez ekspertów jako najważniejszy element dla funkcjonalnego przygotowania ON do wejścia na rynek pracy (Sochańska i in. 2015). Tego typu doradztwo pozwala na świadomy wybór kierunku kształcenia w zawodach, na które jest popyt oraz realistyczne dobranie kierunku kariery do indywidualnych predyspozycji, możliwości fizycznych i intelektualnych. Na tego typu potrzeby wskazywali także niepełnosprawni studenci będący beneficjentami programu pilotażowego „Aktywny Samorząd”. W ich ocenie osoby niepełnosprawne wchodzące dopiero na rynek pracy po zakończeniu lub w trakcie edukacji potrzebują także staży i szkoleń zawodowych, w celu akumulacji doświadczenia (Sytuacja zawodowa absolwentów różnych form edukacji na poziomie wyższym, którzy ukończyli wybrany przez siebie poziom nauki w latach 2013-2015 i korzystali ze wsparcia finansowego PFRON udzielonego w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, 2016).

Szereg zarzutów można sformułować pod adresem systemu rehabilitacji zawodowej. Wśród nich można wymienić niewystarczającą gęstość sieci placówek, w szczególności ZAZ, a także niską efektywność WTZ, które nie umożliwiają w większości swoim podopiecznym ostatecznego wchodzenia na rynek pracy i prawidłowej rotacji – wiele osób pozostaje w tych placówkach ponad 3 lata (Sochańska i in. 2015). Wskazuje się także na niską skuteczność działań powiatowych urzędów pracy w zakresie aktywizacji zawodowej i propagowania zatrudnienia ON, ponieważ grupa ta nie jest wyłącznym adresatem ani beneficjentem działań PUP.

W kontekście tych zastrzeżeń ze strony ekspertów oraz formułowanych w ramach wcześniejszych badań, warto powołać się na wyniki obecnego badania jakościowego. **Osoby w normie intelektualnej, młode, nie chorujące psychicznie, niepełnosprawne od dzieciństwa, mieszkające w większym mieście** – to w świetle pozyskanych w badaniu jakościowym danych, **częściej osoby lepiej wykształcone lub aspirujące do zdobycia wykształcenia.** Wśród dorosłych pracujących częściej są to osoby: posiadające wykształcenie wyższe, podyplomowe, które świadomie pracowały na swoją pozycję zawodową. **W świetle statystyk, stanowią one jednak mniejszość w populacji niepełnosprawnych Polaków.**

Mam 31 lat, z wykształcenia jestem psychologiem, seksuologiem w trakcie kształcenia psychoterapeutycznego. Obecnie jestem w ciąży więc nie pracuję, bo tak się to akurat poukładało. Przed ciążą pracowałam w kilku miejscach, w placówce wspierającej osoby z niepełnosprawnością głównie intelektualną, ale też z problemami psychicznymi, w WTZ. Pracowałam też w gabinecie prywatnym, na uczelni prowadziłam zajęcia dla studentów, współpracowałam z Fundacją Transfuzją. (IDI 10 niepełnosprawność ruchowa, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Chciałabym znaleźć dobrą pracę i wykształcenie. Mam ambicje, nie chciałabym być zwykłą sekretarką, czy pracować w jakimś sklepie całe życie tylko chciałabym w życiu coś osiągnąć. Pod kątem sportowym, albo być dziennikarką czy aktorką, coś więcej. (IDI 1 niepełnosprawność wzroku, 14-17 lat, kobieta, wieś)

[W związku z trudnościami ze znalezieniem dobrej pracy] po prostu trzeba przesuwać jakieś swoje ambicje i plany życiowe na później. I że tak powiem, to nie jest w moim przypadku pierwszy rok przesuwania tych planów i aspiracji, które nie ukrywam, że mam dosyć wysokie. (FGI 4 osoby z niepełnosprawnością ruchową)

Osoby, które tracą sprawność nagle, jako dorośli, napotykają problemy z przekwalifikowaniem się, zwłaszcza jeśli wcześniej pracowały fizycznie i posiadają tylko wykształcenie zawodowe, które okazuje się bezużyteczne w nowej sytuacji. Problemem jest nie tylko oswojenie się z nabytą niepełnosprawnością i nauczenie się codziennego funkcjonowania od nowa. Z perspektywy pracy zawodowej istotne jest określenie tego jaką pracą można podjąć i znalezienia sposobu nabycia nowych umiejętności, co jest czasochłonne.

W badaniu ilościowym programy kończące się zatrudnieniem zostały ocenione jako instrument ważny, lecz niewystarczająco wykorzystywany. Również w badaniu jakościowym zwracano uwagę na **zbyt małą ilość programów aktywizacji zawodowej** dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności – doradztwa, które poprowadzi osobę z daną niepełnosprawnością przez proces doboru ścieżki zawodowej, ewentualnego przekwalifikowania i zapewni możliwość sprawdzenia się w środowisku pracy (staż), a optymalnie również zatrudnienie.

Brakuje mi właśnie tych programów aktywizacji zawodowej, poszukuję pracy i uważam, że ciężko jest w ogóle na rynku pracy dla osób niewidomych. W sumie to znalazłam dopiero jedną ofertę pracy dla osób niewidomych w Internecie. Jest w ogóle bardzo ciężko jeżeli chodzi o pracę. Jest naprawdę ciężko osobom myśle, że ze wszystkimi niepełnosprawnościami, a szczególnie ze wzrokowymi, bo pracodawcy się boją takich ludzi. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Problemem jest także **trudność z dotarciem do informacji na temat prowadzonej w najbliższej okolicy aktywizacji zawodowej.** Mówią o tym nawet pracownicy organizacji pozarządowych, co wskazuje, że problem ten ma szerszy charakter – sam system wsparcia pozostaje niedoinformowany.

Są w Łodzi i muszą przyjąć osoby niepełnosprawne i są to projekty aktywizacyjne. Tylko sama informacja jest tak ukryta, że ja gdybym nie pracował przy monitorowaniu projektów i gdybyśmy nie wylosowali tych konkretnych projektów do przebadania to bym nie wiedział, że są programy, projekty aktywizujące osoby bezrobotne. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Z całą pewnością **niezbędne jest opracowanie strategii dystrybuowania informacji** w środowiskach ON w taki sposób by docierać do szerszych grup. Tym bardziej, że temat podjęcia pracy, niezależności jaką zapewnią

możliwość samodzielnego utrzymania się i poczucie bezpieczeństwa oraz własnej wartości jaką ona oferuje był podnoszony, jako jedna z najważniejszych potrzeb, przez niemal wszystkich uczestników badań jakościowych.

Gdy mowa o pracy nie można pominąć tematu **kwalifikacji do pracy przez lekarzy**, sygnalizowano, że część lekarzy stawia w tym zakresie **bariery na wyrost**, ograniczając osobom niepełnosprawnym możliwość podjęcia pracy i kształcenia się w wybranych kierunkach. Zdarza się, że **lekarze zniechęcają do aktywności zawodowej** powołując się na fakt, pobierania przez osobę niepełnosprawną renty. Temat ten wart jest pogłębienia w przyszłych projektach badawczych.

Dane jakościowe wskazują, że oprócz opisanych prawidłowości o charakterze ogólnym, w zależności od rodzaju niepełnosprawności badani napotykali nieco odmienne problemy związane z rynkiem pracy. Większość z tych problemów była sygnalizowana we wcześniejszej części rozdziału.

Jeśli chodzi o **osoby chorujące psychicznie**, część z nich **zapada na zdrowiu** w młodości, **na etapie zdobywania wykształcenia, co wymusza przerwanie nauki**. Zdarza się jednak, zwłaszcza, w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, że podejmowane **próby jej ukończenia kończą się niepowodzeniem**. Wynika to z problemów z pamięcią, trudności z koncentracją, które uniemożliwiają naukę. Brak pracy, wydatki na leki i terapie obciążają rodziny, pojawiają się problemy finansowe, a możliwości podjęcia pracy są realnie niewielkie, ponieważ te same trudności, które uniemożliwiają naukę, ograniczają możliwości podjęcia pracy.

Rodziny młodych chorujących psychicznie **bardzo by chcieli, żeby ich bliscy pracowali**, przede wszystkim ze względu na dążenie do uporządkowania ich życia, osadzenia go w ramach możliwie zbliżonego do „normalnego” funkcjonowania dorosłego człowieka. Matkom zależy, żeby dzieci wychodziły z domu, posiadały stały obowiązek/ zainteresowania, które będą ich wyciągały z marazmu w jaki wpadają z powody choroby, ale także spod potencjalnego wpływu ze „złych środowisk” w jakie wpadają. Pod wieloma względami motywacje te są bardzo bliskie poglądom rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną.

No tak, jak najbardziej, właśnie teraz, teraz w związku z tym, że bardzo bym chciała, żeby syn zaczął pracę, żeby miał jakieś zajęcie, żeby [się w nim obudziła chęć] spotykania się z ludźmi z tej fundacji, wychodzenia w ogóle z domu. Żeby znalazł jakąś pracę, żeby nie spotykał się z ludźmi, którzy stoją na ulicy, którzy nie mają jakiegos zajęcia, którzy nic nie robią, kradną itd. chciałabym jak najbardziej oderwać go od tego towarzystwa, żeby on jak najmniej miał z nimi kontaktu. Już tak naprawdę szukamy pracy, więc w tym ma nam pomóc Fundacja Hej Koniku. (IDI 15 choroba psychiczna, stopień znaczny, 18-35 lat, mężczyzna, małe miasto)

No i jeszcze chodzi o zawód, o samodzielne życie dla takiego małego człowieka, że na początku ta terapia, a później przygotowanie do zawodu, no i żeby on był w stanie, żeby mógł żyć samodzielnie. (...) Jak będzie taka osoba siedziła cały dzień w domu zamknięta jako osoba dorosła, to ja nie wiem, to jest po prostu patologia dla mnie. (IDI 13 choroba psychiczna, 14-17 lat, mężczyzna, duże miasto (matka))

Osoby, które zachorowały w trakcie dorosłego, samodzielnego życia – pracując na otwartym rynku pracy, mówią o frustracji wynikającej z **braku możliwości powrotu do wcześniej wykonywanych zawodów i obowiązków**. Przyczyny tego stanu są podobne do utrudniających kontynuację nauki – uczucie zmęczenia, wpływ silnych leków, labilność nastrojów itp.

No bo to wszystko- ta choroba i te leki wpływają na nasz mózg po prostu i on musi się wylęczać, często nie może mieć zapewnionego ciągłego trybu pracy. To znaczy nasza praca mogłaby polegać na siedzeniu na przykład w szatni i wydawaniu kurtek i to wszystko. Żeby tej pracy fizycznej w ogóle nie było, żeby ten mózg się tak szybko nie zaczynał męczyć po prostu. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

Chorujący psychicznie deklarują, że chcą pracować, ALE... - wskazują na szereg warunków, które powinny być spełnione, by było to możliwe, które bardzo utrudniają faktyczne znalezienie pracy. Powinna to być praca: lekka, nieobciążająca psychicznie, taka w której pracownik dobrze się czuje – co często oznacza, że może przerwać pracę w dowolnym momencie, by odpocząć, nie wywierana jest presja na wydajność, szybkość itp.



No tam, taka zdrowa bym była to bym się cieszyła tak, nie bo ciężkich rzeczy nie można dźwigać, człowiek potem narzeka, że wszystko boli, ja mówię do mamy, na emeryturę chyba muszę iść. Jeszcze za młoda jesteś. (IDI 14 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 18-35 lat, kobieta, wieś)

Ja to też musiałbym po prostu być w tej pracy i dopasowywać sobie, szukać tej pracy, która by była dla mnie odpowiednia czy akurat takiego specjalnie stworzonego miejsca pracy, które by miało inny charakter niż taka praca jak każdy zwykły człowiek. Tylko, że można by było w każdej chwili jakoś odpocząć, żeby miała inny charakter ta praca, żeby nie obciążała tak bardzo. (FGI 3 osoby chorujące psychicznie)

Wśród osób chorujących psychicznie objętych badaniem jakościowym pracowały tylko osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Praca jest dla nich ważna, daje szansę na utrzymywanie stałych kontaktów z innymi ludźmi, poczucie pożyteczności, satysfakcji – jest się cenionym pracownikiem i utrzymuje zatrudnienie w dłuższym okresie czasu, zwiększa bezpieczeństwo bytowe. Pod pewnymi względami praca stanowi dla osoby chorującej psychicznie poligon zmagania ze sobą, zwłaszcza, gdy pojawiają się trudności z jej utrzymaniem, nerwowość, lęki, które powodują usztywnienie postaw, nasilają schematyczność działania, prowadzą do trudności z zachowaniem elastyczności w zakresie codziennych obowiązków zawodowych.

To wynika z tego, że mam trudności z pracą w zespole, bo jak ktoś coś ode mnie wymaga, nie przełożony, tylko kolega, chciałabym, żeby mi nie mówili co mam robić, dlatego że powinnam coś inaczej zrobić. To mi też przeszkadza, że muszę robić jedną czynność, potem drugą, trzeba jedną przerwać i wykonać inną. (IDI 16 choroba psychiczna, stopień umiarkowany, 46-60 lat, kobieta, duże miasto)

Osoby z niskim wykształceniem lub nie wykształcone, pozostają często poza rynkiem pracy, deklarują, że chcą pracować jednak najczęściej nie pracują.

Wśród ujętych w badaniu jakościowym **osób z upośledzeniem umysłowym**, pracowały tylko te z orzeczeniem ze stopniem umiarkowanym. W przypadku tej niepełnosprawności **duży wpływ na możliwość podjęcia przez jej przedstawicieli pracy mają rodziny**. Rodzice mają wiele **wątpliwości i obaw dotyczących usamodzielniania się zawodowego ONI**, dotyczy to szczególnie osób ze stopniem znacznym, postrzeganych często przez opiekunów jako niezdolne do pracy. Problemem jest niski poziom samodzielności, często sprzężenia (np. padaczka), lub dodatkowe schorzenia. Jako istotne postrzega się jednak wdrażanie podopiecznych w zadania i aktywności wymagające obowiązkowości i systematyczności przez udział w różnych formach aktywności około zawodowej. Podkreśla się, że jest to bardzo istotne dla samych ONI, którzy zyskują dzięki temu poczucie sensowności swoich działań i realizacji adekwatnych do wieku ról społecznych, ponieważ traktują swoje aktywności jako pracę.

Czują się ważniejsi. Na przykład moja córka nigdy nie mówi, że idzie do zespołu terapeutycznego, tylko ona idzie do pracy. Nie do szkoły, ja już szkołę skończyłam, ja idę do pracy. Dla niej tutaj pobyt w tym zespole rehabilitacyjnym to jest praca.

Tak ich motywujemy czasami, że właściwie praca, idziesz do pracy, masz z tego rentę.

Tak, tak że to jest taka bolączka, że w którymś momencie żeby ona mi się nie zamknęła w domu. to by było fatalne.

No bo to jest wszystko dobrze dokąd dziecko chodzi do szkoły. Wszystko jest ładnie, pięknie. Bo musi, ma obowiązek. (FGI 5 opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Także w części przypadków osób posiadających orzeczenie ze stopniem umiarkowanym, **rodzice ograniczają aktywność zawodową dorosłych ONI**, ponieważ postrzegają dziecko przede wszystkim poprzez poziom dysfunkcji (zwykle oceniany jako wysoki), a także z obawy przed utratą świadczeń pieniężnych.

To nie mówiłam nawet to ☹ Ale ja jej nie widzę, żeby poszła do pracy. Ona sprzątać w domu, posprząta, jest bardzo pedantyczna, poukładana, dokładna. (...) To znaczy tak, pod nadzorem kogoś może by mogła pójść sprzątać, jakiegoś McDonalda na zapleczu, bo nawet tutaj były takie zajęcia, jak chodziła do pracy to bardzo Daria była chwalona w tych restauracjach, do których chodziła. (IDI 21, niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, kobieta, 18-35 lat, duże miasto (matka))

Przy tym **nie znają lub nie rozumieją dostępnych rozwiązań takich jak pomoc asystenta pracy**, problemy z samodyscypliną, potrzeby asystenckie. Z punktu widzenia opiekunów trudność stanowi znalezienie odpowiedniej pracy, którą ONI będzie w stanie wykonywać – podoła obowiązkom, nie zapomni, nie zepsuje, nie zniechęci się.

Z pewnością aby ONI mogła pracować potrzebne akceptujące i rozumiejące niepełnosprawność środowisko pracy, które będzie wspierać i korygować poziom wywiązywania się z obowiązków. **Bardzo ważne jest wsparcie trenera lub asystenta pracy**, w szczególności na etapie zapoznawania się z miejscem pracy i wdrażania w obowiązki.

Pani trenerka do mnie przychodziła. Żeby mi pomóc, pokazać. Ja się czułam przy tym różnie, ktoś przyszedł, pomógł, podpowiedział.

Jak długo ona z Panią pracowała?

Miesiąc?

A jakby jej nie było? Czego by Pani brakowało?

Też bym sobie poradziła. Jak przyszedł tu to nikogo nie znałam, czułam się tak.. dziwnie. A ona pomagała się zaaklimatyzować. (IDI 18, niepełnosprawność intelektualna, stopień umiarkowany, kobieta, 18-35 lat, duże miasto)

Pracujący badani jako motywację do pracy wskazują chęć pracy, potrzebę zwiększenia zarobków, dążenie do samodzielności. Wspomina się także o trudnościach z wykonywaniem pracy takich jak zmęczenie posiadaniem obowiązku, wrażenie przeciążania obowiązkami, czasem dezorientację co do tego co tych obowiązków należy (np. w przypadku stanowisk pomocniczych, kiedy praca polega na wspieraniu realizatora jakiegoś działania, co sprawia, że zakres obowiązków jest elastyczny). Zalety posiadania pracy, o jakich mówią badani to większa niezależność, posiadanie stałego zajęcia, możliwość swobodnego dysponowania zarobionymi pieniędzmi, które wpływają na własne konto badanych (czasem w odróżnieniu od innych świadczeń – np. renty).

Osoby z dysfunkcją ruchu preferowały **prace biurowe, intelektualne i pracę zdalną w takich dziedzinach jak: spedycja, zarządzanie, doradztwo, terapia**. Część z badanych, zwłaszcza osoby, które utraciły sprawność w wieku dojrzałym kontynuuje prowadzenie **własnych firm w różnych branżach**, w razie potrzeby zmieniając zakres obowiązków (z wykonawcy zleceń na koordynatora pracy firmy).

Przedstawiciele tej grupy napotykają na **szereg barier dostępu do pracy** z których najważniejsze to:

- Brak dostosowań architektonicznych – nie można się dostać do miejsca pracy,
- Problemy z transportem (dojazdem, czasem także przesiadaniem się z/na wózek z samochodu),
- Problemy z higieną osobistą (gdy nie można samodzielnie skorzystać z toalety itp.),
- Trudności w podjęciu pracy fizycznej (przeciwskazania do obciążania kręgosłupa, niedowład rąk/ nóg, niedorozwój mięśni, spastyczności).

W przypadku z tej grupy niepełnosprawności, zwłaszcza w przypadku osób z orzeczeniem o stopniu znacznym niepełnosprawności, **niezbędne jest skorzystanie ze specjalnych uprawnień pracowniczych** – badani potrzebują krótszego dnia pracy, specjalnych dostosowań miejsca pracy, dostosowania toalety, przestrzeni w której pracują do bezpiecznego przemieszczania się, komputera i odpowiedniego oprogramowania w przypadku pracy zdalnej itp. .

Zasadnicze problemy w przypadku tej grupy niepełnosprawnych to **trudności ze znalezieniem pracy o wynagrodzeniach powyżej płacy minimalnej**, problem ze **znalezieniem pracodawcy gotowego na wprowadzenie odpowiednich dostosowań architektonicznych**, niewielka ilość ofert o pracę niewymagającą sprawności fizycznej, w tym sprawności dłoni.

Uczestniczący w projekcie przedstawiciele grupy **osób z dysfunkcją wzroku pracowali lub chcieli pracować i wskazywali pracę zawodową jako bardzo ważny obszar życia**. Jako bezpieczny sektor wskazują **system wsparcia ON** ze względu na poczucie bezpieczeństwa jakie oferuje dzięki pełnemu dostosowaniu warunków pracy dla niewidomych i słabowidzących do ich potrzeb. Tym niemniej wielu z badanych mówiło o **poczuciu bycia gorzej traktowanym na rynku pracy niż osoby w pełni sprawne** (mniejsze zarobki mimo dobre wykształcenia), lub o obniżeniu poczucia własnej wartości jako pracownika z racji dysfunkcji wzroku.

Zaje sobie sprawę, że nigdy nie dorównam osobie pełnosprawnej jeśli chodzi o rynek pracy, a tym bardziej jeśli chodzi o rynek pracy dzisiaj dynamiczny. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

Znacznie gorzej przedstawia się sytuacja osób, które poszukują zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Niepełnosprawność wzroku nie stygmatyzuje tak, jak choroba psychiczna, ani nie ogranicza podobnie jak utrata słuchu, tym niemniej **wielu pracodawców nie wie na jakich stanowiskach mogłoby zatrudnić osobę z dysfunkcją wzroku**, podobnie jak same osoby niepełnosprawne, które mają często problem ze wskazaniem interesującego ich kierunku rozwoju zawodowego. Z tego względu niezbędne jest zapewnienie tej grupie dobrego doradztwa zawodowego i kursów kwalifikacji zawodowych, które umożliwią im powrót do lub rozpoczęcie aktywności zawodowej.

Mimo, że osoby słabowidzące i niewidome **nie mogą pracować bez zapewnienia im odpowiednich dostosowań do miejsca pracy** (dobre oświetlenie, lupy, powiększalniki, oprogramowanie, duży monitor itp.). Zdarza się, że na etapie rekrutacji zwlekają z poinformowaniem potencjalnego pracodawcy o skali swojej niepełnosprawności, aby zminimalizować ryzyko odrzucenia ich kandydatury ze względu na samą niepełnosprawność.

Niezbędne dostosowania miejsca pracy o jakich wspominają badani to przede wszystkim:

- Zapewnienie dostępu do światła dziennego,
- Praca w jasnych, przestronnych pomieszczeniach,
- Zapewnienie punktów orientacyjnych w przestrzeni (tablice i płyty dotykowe),
- Stosowanie kontrastowych barw w wyposażeniu wnętrza, tak by meble, ciągi komunikacyjne itp. były dobrze widoczne,
- Zapewnienie sprzętu elektronicznego i oprogramowania powiększającego i udźwiękowiającego, umożliwiającego pracę z dokumentami (w przypadku pracy biurowej).

Jedną z prac poprzednim zakończyłem, ponieważ nie miałem dostępu do światła dziennego. Ja sam zrezygnowałem z pracy, pracując można powiedzieć w fajnej instytucji, bo też to był związek sportowy, [pracodawca] zmienił siedzibę na lokal w domu jednorodzinnym. Ja tam pracowałem jako pracownik administracyjny obsługujący sekretariat, ten sekretariat mieścił się tak jakby w holu tego domu, gdzie nie było w ogóle dostępu do światła dziennego. I to jest też teraz uciążliwość dla mnie, jako osoby niedowidzącej, no bo dysponuje wzrokiem jeszcze i dla mnie jednak światło dzienne jest dużym plusem. (IDI 3 niepełnosprawność wzroku, stopień umiarkowany, 36-45 lat, mężczyzna, duże i średnie miasto)

W mojej perspektywie jest to, że musi być oświetlenie, organizacyjne punkty, bo ja muszę się poruszać według schematu tak, więc z mojej perspektywy jest tak. (FGI 2 osoby z niepełnosprawnością wzroku)

Pracodawcy obawiają się kosztów dostosowań, które trzeba by ponieść od razu, lecz nawet jeśli pracownik proponuje, że w okresie próbnym będzie korzystał z własnego sprzętu/ oprogramowania w pracy, bywa, że spotyka się z odmową (np. taka sytuacja narusza procedury, uniemożliwia realizację procedur bezpieczeństwa danych).

Dane jakościowe wskazują, że sytuacja **osób z dysfunkcją słuchu** jest szczególnie trudna na polskim rynku pracy. Mimo, że osoby badane pracowały głównie na chronionym runku pracy, często **dochodziło w stosunku do nich do nadużyć i nieprzestrzegania podstawowych warunków zatrudnienia** (nie tylko braku dostosowań, ale nie realizowania zapisów umów).

Cztery lata pracowałam prywatnie, ale głuchą mocno dyskryminowali słyszący. Ograniczali zarobki - masz rentę, po co zarabiać więcej, wystarczy 600 zł. Przykro mi było. Zastanawiałam się. Pracuję od rana do wieczora, wracam, włosy jak atrament, ręce jak atrament, ubranie, cała brudna jak atrament, w nosie czarno, spodnie okropne. Czuję mało zarabiam, tyle godzin, oni zarabiają dobrze a ja mało. Wykorzystują mnie, zrezygnowałam. Pracowałam na dwóch maszynach, overlock 3-nitkowy i 5-nitkowy, na akord. Szybko na dwóch maszynach szyłam dla dziesięciu osób. Udawało mi się, nadążałam. Oni mają po 1500 a ja 400? Czułam niesprawiedliwie i zrezygnowałam. - A Pani ma rentę. - A co Cię to obchodzi? A Ty masz emeryturę i wracasz do pracy. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Głusi twierdzą, że są **wykorzystywani przez pracodawców**, którzy czują się bezkarni ze względu na ograniczone umiejętności komunikacyjne pracowników. **Nieliczni** przedstawiciele środowiska są na tyle **zdeteminowani, by walczyć o swoje prawa**.

Tam jest mocna dyskryminacja, zwłaszcza osób głuchych. Głusi nie mają siły odpowiedzieć. Ja jestem spostrzegawcza, obserwuję otoczenie, jak słyszący traktują głuchych i ja zawsze sprzeciwiam się, odważnie walczę, bo często coś jest zwalane, że to głuchy zrobił, ja na to nie pozwalam. Głusi i słyszący tak samo pracują. Słyszący trudną robotę zwalają na głuchych, ja się denerwuję. (FGI 1 osoby z niepełnosprawnością słuchu)

Znalezienie pracy na otwartym rynku okazuje się trudne, główną przeszkodą jest... **brak możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego**. Dla większości pracodawców kontakt telefoniczny to podstawowy kanał komunikacji z klientem i zainteresowanie pracownikiem, który ma pod tym względem jakiegokolwiek bariery jest znikome.

Szukałam pracę to co lubiłam. Starłam się ale firma nie odbiera telefonu powód na to że jestem głucha i nie chcę mnie przyjąć . Odmówili. Dziwiłam się ale potrafię dogadać z mówieniem a firma nie chce. To już dla mnie bariera. Tak samo na przykład znalazłam pracę to co lubiłam ale ta firma mnie nie przyjęła i zapytała czy dobrze mówisz czy potrafisz rozmawiać przez telefon. No nie potrafię. A firma to już mnie nie chcę przyjąć do pracy. Powód tego że muszę kontaktować się przez telefon w czasie pracy. Zdziwiłam się. (IDI 6 niepełnosprawność słuchu, stopień znaczny, 18-35 lat, kobieta, duże miasto)

Podsumowując, wsparcie w zakresie pracy w związku z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z dysfunkcją ruchową – to potrzeby tej grupy niepełnosprawnych dominują wśród wskazań. Grupa ta zgłaszała najwięcej potrzeb różnego rodzaju, a także więcej elementów uznawała za kluczowe. W drugiej kolejności potrzeby dostosowań zgłaszają także osoby z dysfunkcjami wzroku.

Jednak z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji.

Tabela 24 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie pracy – podsumowanie

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<ul style="list-style-type: none"> Brak wspólnych potrzeb – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji 	
KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<ul style="list-style-type: none"> DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY 	
WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	
Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY <ul style="list-style-type: none"> Praca bez hałasu Praca nie przy maszynach WSPARCIE W MIEJSCU PRACY <ul style="list-style-type: none"> Wsparcie trenera pracy PRAKTYKI/ STAŻE/ SZKOLENIA <ul style="list-style-type: none"> Odpowiednio długie szkolenie NASTAWIENIE/ ŚRODOWISKO PRACY <ul style="list-style-type: none"> Praca w niewielkim gronie Wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń PRACA OGÓLNIE <ul style="list-style-type: none"> Praca z godnym wynagrodzeniem
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA <ul style="list-style-type: none"> Pomoc psychologiczna Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. Pomoc doradcy zawodowego Wsparcie w miejscu pracy

Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Skrócony czas pracy Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji <p>NASTAWIENIE/ŚRODOWISKO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń Praca w niewielkim gronie <p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Wsparcie trenera pracy <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb <p>PRACA OGÓLNIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Interesująca praca <p>PRAKTYKI/STAŻE/SZKOLENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Odpowiednio długie szkolenie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Pomoc psychologiczna Nauka pracy na określonym stanowisku Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje Staże/praktyki zawodowe Pomoc doradcy zawodowego Programy kończące się zatrudnieniem
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb Odpowiednio przystosowany komputer Lupa elektroniczna Skaner Zestaw głośnomówiący Syntezytor mowy <p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Praca przy komputerze Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji <p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Wsparcie trenera pracy <p>DOJAZD DO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Transport do pracy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. Nauka pracy na określonym stanowisku Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje Szkolenia z zakresu obsługi komputera Programy kończące się zatrudnieniem Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej Pomoc doradcy zawodowego Staże/praktyki zawodowe Szkolenia językowe Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy Zajęcia podnoszące umiejętności społeczne Pomoc prawna Nauka poszukiwania pracy, poruszania się na rynku pracy
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Tłumacz migowy <p>POMOC W ZNALEZIENIU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Pomoc w znalezieniu odpowiedniej pracy <p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> Praca bez hałasu

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji ▪ Klimatyzacja <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb <p>PRAKTYKI/STAŻE/SZKOLENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktyki zawodowe
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Programy kończące się zatrudnieniem ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Szkolenia z zakresu obsługi komputera ▪ Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy ▪ Nauka przygotowania CV, dokumentów ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Nauka poszukiwania pracy, poruszania się na rynku pracy ▪ Pomoc psychologiczna
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrócony czas pracy ▪ Praca siedząca ▪ Praca lekka ▪ Dodatkowa przerwa ▪ Praca umysłowa <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb ▪ Dostosowanie zakładu pracy, brak barier ▪ Odpowiednio przystosowany komputer <p>PRACA OGÓLNI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca z godnym wynagrodzeniem <p>NASTAWIENIE/ŚRODOWISKO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń ▪ Życzliwe środowisko pracy <p>DOJAZD DO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ praca blisko domu
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy ▪ Programy kończące się zatrudnieniem ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Pomoc doradcy zawodowego ▪ Zajęcia podnoszące umiejętności społeczne ▪ Pomoc prawna ▪ Szkolenia językowe ▪ Pomoc psychologiczna

Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymienione od wskazywanych najczęściej. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu.

7. WNIOSKI WYNIKAJĄCE Z BADANIA I POWIĄZANE Z NIMI REKOMENDACJE

W niniejszym badaniu w sposób kompleksowy zbadana i omówiona została sytuacja osób niepełnosprawnych w różnych obszarach funkcjonowania: rehabilitacja, edukacja, integracja, praca, komunikacja, informacja oraz mieszkalnictwo. W każdym z badanych obszarów zostały zidentyfikowane najważniejsze potrzeby osób niepełnosprawnych oraz najbardziej kluczowe z ich punktu widzenia instrumenty wsparcia.

Dodatkowo w badaniu skupiono się także na ocenie, dokonanej z punktu widzenia ON, działającego w Polsce systemu wsparcia.

Z uwagi na charakter diagnostyczny badania wnioski i rekomendacje sformułowane zostały na poziomie zaleceń i kierunków działania, a nie na poziomie konkretnych rozwiązań.

Materiał ten powinien stanowić punkt wyjścia, być brany pod uwagę przy projektowaniu konkretnych instrumentów wspierających osoby niepełnosprawne przez wszystkie instytucje zaangażowane w system wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym.

Wnioski i rekomendacje zostały podzielone na następujące bloki tematyczne:

- **poziom ogólny dotyczący sytuacji osób niepełnosprawnych** – wnioski i rekomendacje
- **ocena systemu wsparcia ON w Polsce** – diagnoza i rekomendacje
- **poziom szczegółowy – dotyczący diagnozy potrzeb ON w poszczególnych obszarach funkcjonowania** - diagnoza

POZIOM OGÓLNY DOTYCZĄCY SYTUACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – WNIOSKI I REKOMENDACJE

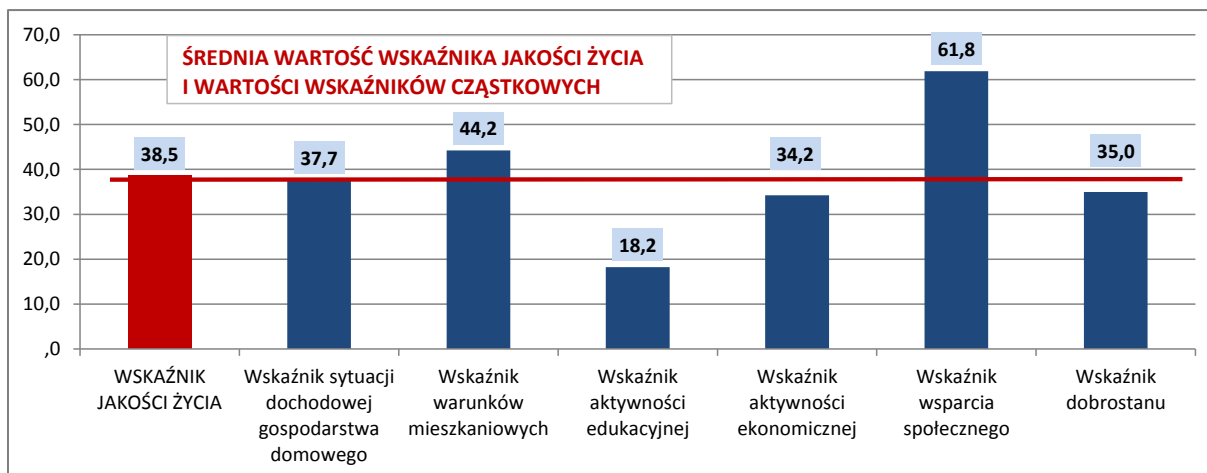
WNIOSEK 1

Patrząc na życie ON przez pryzmat wskaźników syntetyzujących informacje na **temat jakości życia w różnych obszarach należy stwierdzić, że sytuacja nie jest dobra**. Globalny wskaźnik jakości życia będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 38,5 pkt na możliwe 100⁴⁴. Dodatkowo widać wyraźnie, że najniższe wartości wskaźnik jakości życia osiąga dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (24,5 pkt) oraz dla osób chorujących psychicznie (31,2 pkt). W pozostałych 3 grupach niepełnosprawności (osoby z dysfunkcją wzroku, ruchu i słuchu) utrzymuje się on na podobnym poziomie i nieco przekracza średnią wartość wskaźnika odnotowaną dla ogółu badanych.

Na wartość wskaźnika jakości życia najbardziej negatywny wpływ ma bardzo niska wartość wskaźnika aktywności edukacyjnej (18,2) oraz aktywności ekonomicznej (34,2).

Wskaźnik jakości życia przyjmuje wyższą wartość średnią wśród osób z umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (39,8 pkt) w stosunku do osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (35,2), a także wśród osób bez sprzężeń (39,6 pkt) w stosunku do osób w stosunku do których orzeczono niepełnosprawność sprzężoną (34,3 pkt). Wskaźnik jakości życia jest wyraźnie niższy wśród osób mieszkających w placówkach (np.: DPS-ach) (20,08 pkt).

⁴⁴ Więcej informacji na temat wskaźnika jakości życia oraz tworzących go wskaźników cząstkowych Czytelnik znajdzie w podrozdziale 6.1. Jakość życia osób niepełnosprawnych.



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, N=727 (osoby pełnoletnie)

REKOMENDACJE

- Osoby niepełnosprawne to grupa wyraźnie potrzebująca wsparcia ukierunkowanego na poprawę jakości życia we wszystkich obszarach, wsparcia skutecznego i działającego w sposób kompleksowy/systemowy;
- Wśród ogółu osób niepełnosprawnych na szczególną uwagę w kontekście skuteczności i kompleksowości wsparcia zasługują osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby chorujące psychicznie – w grupach tych skala deprywacji w zasadzie we wszystkich poddanych badaniu obszarach jest najwyższa;
- W systemie wsparcia w szczególny sposób powinny zostać uwzględnione osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym oraz ze sprzężeniami, a także osoby w wieku średnim i osoby starsze;
- Szczególny nacisk powinien zostać położony na aktywność edukacyjną oraz zawodową – w tych dwóch obszarach odnotowano bowiem największe deficyty;
- Należy dążyć do dezinstytucjonalizacji wsparcia dla ON – rezygnacja z placówek całodobowych w zamian zaś wsparcie w miejscu zamieszkania i pomoc w utrzymaniu samodzielności.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR).

WNIOSEK 2

Potrzebą numer 1 w hierarchii dla osób niepełnosprawnych jest **zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej**. Potrzeba ta wskazywana była jako najważniejsza przez 16% badanych a 35% wskazało ją wśród pięciu potrzeb najważniejszych. Większość analiz przeprowadzanych w ramach badania wskazuje, że wiele rodzin osób niepełnosprawnych nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb materialno-bytowych.

REKOMENDACJE

- Ważne jest utrzymanie pomocy finansowej dla gospodarstw domowych ON w trudnej sytuacji;
- Ważne są wszelkie działania podnoszące aktywność zawodową ON, gdyż ma ona bardzo duży wpływ na ogólną jakość życia ON;
- Ważne są działania aktywizujące oraz wspierając aktywność zawodową (zapewnienie opieki dla ON) w przypadku opiekunów ON wymagających ciągłej opieki – np.: ONI w stopniu znacznym, w formie dziennych domów pobytu lub usług asystenckich w miejscu zamieszkania.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR).

WNIOSEK 3

Przeprowadzone analizy pokazały, że wśród osób niepełnosprawnych obserwujemy redukcję potrzeb do tych najbardziej podstawowych. Częstym zjawiskiem jest także nieumiejętność wskazania jakichkolwiek potrzeb, choć obiektywna analiza sytuacji danej osoby wskazuje, że niezaspokojone potrzeby występują i to w stopniu znacznym. Dodatkowo ON często nie mają informacji, wiedzy, a także wyobraźni na temat możliwych rozwiązań mogących poprawić jakość ich życia.

REKOMENDACJE

- Ważne jest podniesienie wiedzy wśród ON odnośnie dostępnych możliwości wsparcia, a tym samym otwarcie na nowe obszary życia i uświadomienie potrzeb wyższego rzędu;
- ON powinny otrzymywać kompleksowe informacje na temat możliwego wsparcia, miejsca – gdzie określone wsparcie można otrzymać oraz sposobu w jaki o wsparcie należy się starać;
- Informacje powinny być maksymalnie proste i widoczne;
- Powinny być dystrybuowane jak najbliżej ON – na szczeblu lokalnym, być może z wykorzystaniem obecnie istniejących służb – na przykład pracowników Systemu Pomocy Społecznej;
- Osoby niepełnosprawne powinny móc otrzymać pomoc ze strony instytucji przy staraniu się o określone wsparcie.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR).

WNIOSEK 4

Dla osób niepełnosprawnych bardzo ważne są potrzeby związane z przynależnością społeczną, włączeniem społecznym. Badanie pokazało, że szczególnie duży deficyt zaspokojenia tych potrzeb występuje w przypadku Głuchych, a także w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób chorujących psychicznie.

REKOMENDACJE

- Ważne jest podejmowanie akcji promujących włączenie ON (szczególnie ONI, osób chorujących psychicznie oraz Głuchych) w życie społeczne, budujących pozytywne nastawienie społeczne, otwartość społeczną na te niepełnosprawności, a także przekazujących rzetelne informacje na temat tych niepełnosprawności. Niewiedza jest często źródłem niechęci, mitów i niekorzystnych stereotypów, które rzutują na wszystkie sfery życia osób niepełnosprawnych, w tym także na ich bardzo niekorzystną sytuację na rynku pracy.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR) oraz organizacje samorządowe.

WNIOSEK 5

Dostęp do rehabilitacji zdrowotnej i dodatkowych usług z nią związanych jest kluczowy dla większości osób niepełnosprawnych, w szczególności dla osób z dysfunkcją ruchu oraz z upośledzeniem umysłowym. Wysoko cenione jest też wsparcie w postaci dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych (szczególnie w przypadku ONI i ich opiekunów). Jednocześnie jednak problemem w obszarze rehabilitacji jest niedostateczny dostęp do tego typu wsparcia – zbyt mała częstotliwość i liczba zabiegów, odległe terminy w ramach świadczeń NFZ, trudności z dostępem do lekarzy, do skierowań, zbyt rzadkie uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych i leczeniu sanatoryjnym.

REKOMENDACJE:

- Poprawa dostępu do rehabilitacji zdrowotnej.
- Utworzenie szybkiej ścieżki dla osób tuż po nabyciu niepełnosprawności, gdy rehabilitacja jest najbardziej pożądana i skuteczna.
- Utworzenie ścieżek dla osób kontynuujących zabiegi, aby uniknąć konieczności ponownego długotrwałego uzyskiwania skierowań, badań itp.
- Stworzenie specjalnych ścieżek dla poszczególnych niepełnosprawności (różne usługi w zależności od potrzeb - ruch, sprzężenia, ONI, wzrokowcy), zwiększenie pakietów – nie 10 zabiegów raz na kwartał, ale np. 2-3 zabiegi tygodniowo przez 3 miesiące itp..
- Zapewnienie ciągłości rehabilitacji, w przypadku takich potrzeb.
- Możliwość częstego, corocznego uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych (zwiększenie środków na turnusy rehabilitacyjne) oraz sanatoryjnym.
- W przypadku osób Głuchych turnusy powinny być dostępne dla grupy osób, a nie dla osób pojedynczych, tak by Głusi mogli w nich uczestniczyć większą społecznością.

ADRESAT: MZ, NFZ, instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR), PFRON (zwiększenie środków na turnusy rehabilitacyjne)

WNIOSEK 6

Niemal 30% osób niepełnosprawnych pracuje w warunkach chronionych – w ZPCh (24%), w spółdzielni socjalnej (1%) lub w ramach ZAZ (4%). Jednak w ocenie wielu ekspertów zajmujących się tematem często głównymi beneficjentami wsparcia polegającego na dofinansowaniu do wynagrodzeń są ZPCh, w tym firmy ochroniarsko-sprzątające, które oferują dość wąski wachlarz stanowisk pracy i nie tworzą na ogół możliwości rozwoju zawodowego. Tym samym utrwalają stereotypowy obraz niepełnosprawnych jako pracowników słabo wykształconych, predestynowanych do wykonywania wyłącznie prostych zadań i stroniących od wyzwań zawodowych.

ZPCh w niewielkim stopniu realizują cele społeczne i rehabilitacyjne przed nimi postawione – aby umożliwić w dogodnych warunkach zatrudnienia osób najbardziej poszkodowanych, w szczególności ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Tylko 7,6% pracowników niepełnosprawnych to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, czyli podobny odsetek, jak na otwartym rynku pracy (8,6%; dane za czerwiec 2016). ZPCh zatrudniając przede wszystkim osoby z niższymi stopniami niepełnosprawności powstrzymują je przed wejściem na otwarty rynek pracy, a jednocześnie nie dążą do aktywizacji osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dla których zatrudnienie chronione jest jedyną szansą na aktywność zawodową.

Reasumując instytucja ZPCh wymaga ewaluacji i redefinicji pod kątem celów, jakie przed Polską postawiła Konwencja ONZ.

REKOMENDACJE:

- Wykonanie badań ewaluacyjnych instytucji ZPCh w kontekście pożądanых zmian tej instytucji.
- Rozważenie zmiany kryteriów obowiązujących podmioty mające status ZPCh – w szczególności odnośnie stopnia niepełnosprawności.

ADRESAT: MRPiPS, PFRON

WNIOSEK 7

Pierwszym z problemów do przezwyciężenia na drodze do skutecznej aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest motywacja i postawy samych osób niepełnosprawnych i zmiana podejścia do usamodzielniania się ON członków ich rodzin. Wśród osób obecnie niepracujących motywacja do podjęcia zatrudnienia jest raczej niska. Aż 37% osób biernych zawodowo wprost deklaruje, że na pewno nie podjęłoby zaoferowanej im pracy, a kolejnych 15% raczej odrzuciłoby ofertę zatrudnienia.

REKOMENDACJE:

- W procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych należy uwzględnić działania podnoszące ich motywację, a także motywację ich otoczenia.
- W programach aktywizacyjnych o zindywidualizowanym wsparciu należy objąć doradztwem lub wsparciem psychologicznym beneficjenta ostatecznego oraz jego rodzinę – adresując wszelkie obawy i kontrargumenty.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPIPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR) oraz NGO.

WNIOSEK 8

Podstawowym argumentem osób niepełnosprawnych nie podejmujących zatrudnienia jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do pracy. Orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy wzbudza wiele kontrowersji i często nie jest zrozumiałe zarówno dla ON, ich rodzin jak i rynku pracy.

Osoby niepełnosprawne zwracają uwagę na negatywny wpływ orzeczników na zainteresowanie pracą (zniechęcanie do podjęcia pracy – ma pani rentę), i brak wyjaśnienia jakiego rodzaju zatrudnienie mogłoby być wskazane/ dopuszczalne przy poszczególnych rodzajach niepełnosprawności.

12% badanych przyznaje, że nie chce podjąć pracy ze względu na możliwość utraty świadczeń pieniężnych.

Osoby niepełnosprawne swoją wiedzę na temat zasad wstrzymania/obniżenia renty w przypadku pracy zarobkowej oceniają jako raczej niewielką – ponad połowa osób niepełnosprawnych deklaruje wprost, iż nie orientują się w zasadach wstrzymania/obniżenia rent przy podjęciu pracy. Brak dokładnej wiedzy ujawnia się w przypadku pytania o konkretną kwotę, przy której zostaje wstrzymana renta. W zasadzie mniej, niż 7% osób przynajmniej zbliżyło się do poprawnej wartości.

REKOMENDACJE:

- Należy dążyć do podniesienia wiedzy na temat zasad wstrzymywania rent przy podjęciu pracy oraz konsekwencji prawnych uzyskania orzeczenia o niezdolności do pracy.
- Ważne jest bardziej klarowne formułowanie zaleceń orzeczników dotyczące zdolności/ niezdolności ON do pracy. Być może wprowadzenie opisowych instrukcji na ten temat – dotyczących warunków pracy, które pomogą zarówno samej osobie z niepełnosprawnością, podmiotom aktywizującym jak i pracodawcy w lepszym dopasowaniu oferty pracy, miejsca pracy i przygotowania się do jej podjęcia.
- Reforma systemu orzecznictwa, w tym zmiana nazewnictwa odnoszącego się do zdolności ON do zatrudnienia.

ADRESAT: MRPIPS, PFRON, instytucje systemu orzecznictwa

WNIOSEK 9

Wielu ekspertów odpowiedzialnością za niską aktywność zawodową osób niepełnosprawnych obarcza z jednej strony źle zorganizowany system aktywizacji, z drugiej zaś wymagania rynku pracy i postawy pracodawców, a więc czynniki leżące poza sprawczością samych osób niepełnosprawnych. Chodzi tutaj o takie uwarunkowania rynku pracy jak m.in.: brak miejsc pracy dla osób o niskich kwalifikacjach, brak miejsc pracy dla osób o wysokich kwalifikacjach, zbyt niskie wynagrodzenia w stosunku do oczekiwań i kompetencji itp.

Po stronie pracodawców jako problematyczne wskazuje się na brak wiedzy o niepełnosprawności i możliwości zatrudniania ON, obawy przed dodatkowymi zobowiązaniami m.in. biurokracja, kontrole, zmiany organizacyjne, konieczność dostosowania miejsca pracy do potrzeb ON, a także stereotypowe postrzeganie przez pryzmat dysfunkcji i przypisywanie braku samodzielności.

Gdyby zachęty finansowe kierowane do pracodawców były kluczowym czynnikiem decyzyjnym, zatrudnienie osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy powinno być wyższe. **Tymczasem za niechęć do zatrudniania ON w znacznej mierze odpowiada ukryta dyskryminacja – uprzedzenia, stereotypy, błędne przekonania o możliwościach niepełnosprawnych pracowników, a także kultura organizacyjna – m.in. postawy przełożonych.**

REKOMENDACJE:

- Wydaje się, iż obok bezpośredniego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej kierowanego do ON oraz pracodawców konieczne są także działania zmierzające do zmiany światopoglądu, redukcji uprzedzeń i zwalczania stereotypów wśród pracodawców i ich pracowników. Bez zmiany postaw pracodawców i edukacji społecznej bariery w dostępie do zatrudnienia nie zostaną przełamane, mimo wyraźnych bodźców ekonomicznych. W tym kontekście niezbędne jest prowadzenie kampanii społecznych adresowanych do ogółu społeczeństwa oraz działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży, aby kształtować nowe, włączające spojrzenie na osoby niepełnosprawne, włączające spojrzenie na osoby niepełnosprawne. Ważne jest upowszechnianie informacji na temat możliwości ON, ich motywacji, podejścia do życia i potrzeby pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Działania te szczególnie ważne są dla ONI oraz osób chorujących psychicznie. W przypadku tej ostatniej grupy, właśnie z uwagi na stereotypy i uprzedzenia, często problemem jest otrzymanie jakiegokolwiek pracy zawodowej.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR) oraz NGO.

WNIOSEK 10

Dla osób Głuchych główną barierą w pełnej partycypacji społecznej jest bariera językowa. Znajomość języka polskiego wśród Głuchych nie jest wysoka, a usługi tłumacza migowego w przestrzeni publicznej są niewystarczające. Dodatkowo Głusi spotykają się z niechęcią w wykorzystywaniu dostępnych rozwiązań (np.: niechęć lekarzy do wykorzystywania w komunikacji z osobą Głuchą video tłumacza)

REKOMENDACJE

- Zwiększenie liczby profesjonalnych tłumaczy migowych;
- Zwiększanie dostępności usług video-tłumacza np. dodatek dla osób Głuchych do kosztów transferu danych, by móc zdalnie korzystać z tłumacza poprzez aplikację zamontowaną na telefonie.
- Działania informacyjne skierowane na wykorzystywanie usług tłumacza migowego.

ADRESAT: Instytucje zaangażowane we wsparcie ON na poziomie centralnym – głównie PFRON, MRPiPS, a także instytucje szczebla samorządowego (JST, Instytucje pomocy społecznej – OPS, PCPR)

OCENA SYSTEMU WSPARCIA ON W POLSCE – DIAGNOZA I REKOMENDACJE

DIAGNOZA SYTUACJI Z PUNKTU WIDZENIA ON

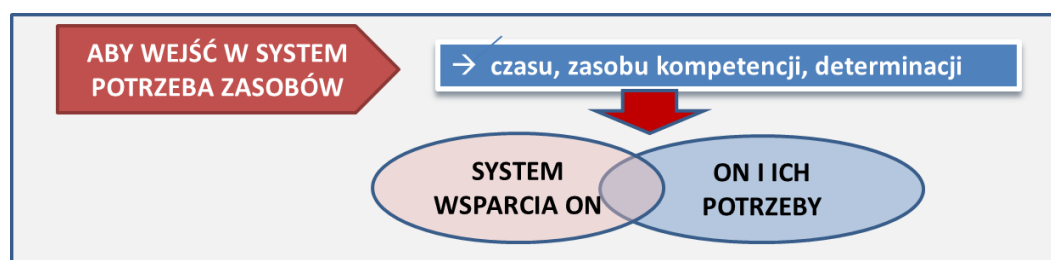
System wsparcia ON w Polsce angażuje znaczne środki finansowe i jest mocno rozbudowany – obejmując instytucje obejmujące różne sfery życia osób niepełnosprawnych: instytucje zabezpieczenia społecznego w zakresie orzecznictwa, instytucje opieki i pomocy społecznej, instytucje aktywizacji zawodowej, instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej, instytucje rynku pracy, instytucje odpowiedzialne za likwidację barier w przestrzeni publicznej, instytucje oświatowe.

Jednak instytucje te działają w sposób niepowiązany, w oparciu o swoje własne procedury i wymagania, brak jest instrumentów koordynujących, łącznikowych. Wszystko to sprawia, że:

- **system jest nieskoordynowany, sfragmentaryzowany, zbiurokratyzowany**, ON często odnoszą wrażenie, że procedury, przepisy i reguły rozliczeń mają na celu jedynie zapewnić formalną poprawność świadczenia, nie zaś doprowadzić do pożądaných dla beneficjentów rezultatów w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej;
- sektorowy podział odpowiedzialności pomiędzy różne instytucje, oznacza fragmentaryzację już na poziomie rządowym - brakuje zintegrowanego centrum decyzyjnego, co dla beneficjentów oznacza często „błędanie się od instytucji do instytucji”, często z efektem uzyskania różnych, a nawet sprzecznych informacji;
- brak jest mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i instytucjami z różnych sektorów zajmujących się niepełnosprawnymi na ścieżce danej osoby;
- brak jest wymiany informacji o ON – ich potrzebach, sytuacji oraz uzyskanym wsparciu - pomiędzy różnymi instytucjami;
- brak jest systemowej pomocy rodzinie osoby niepełnosprawnej.

Z punktu widzenia osoby niepełnosprawnej:

- System jest niewidoczny - zbyt skomplikowany, sfragmentaryzowany, odindywidualizowany, odhumanizowany, działa w równoległej rzeczywistości do ON.
- ON nie czują się częścią systemu, dla ON system wsparcia to przede wszystkim jak mówią „pomoc społeczna”, a oni sami czują się jak petenci „po prośbie”.
- Często brak jest życzliwości, otwartości i zrozumienia ze strony urzędników, a czasami także brak kompetencji i wiedzy.
- **Aby „wejść w system” i zacząć korzystać z jego dobrodziejstw potrzeba: czasu, zasobu kompetencji, determinacji ON. Z reguły nie otrzymuje się oczekiwanego i potrzebnego wsparcia, a jedynie to co akurat jest dostępne i z reguły nie wtedy, kiedy potrzeba jest największa, a jej zaspokojenie byłoby najbardziej znaczące dla życia ON.**



W rezultacie działania kierowane do osób niepełnosprawnych nie mają charakteru kompleksowego, nie są zindywidualizowane w stopniu satysfakcjonującym, co ogranicza ich skuteczność.

Ponadto część pomocy może być marnowana w skutek braku ciągłości wsparcia - istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej.

Innym aspektem dysfunkcyjności systemu jest częsta **nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb** (np. forma czy wysokość pomocy). Jako przykład można podać rehabilitację po wypadkach, która dostępna jest dopiero po kilku miesiącach od hospitalizacji i w ograniczonym wymiarze, co czyni jej skuteczność dyskusyjną.

Dodatkowo ON zwracają uwagę, że proponowane im rozwiązania – zarówno w zakresie wsparcia, jak i konkretnych mechanizmów, czy dostosowań przestrzeni publicznej nie uwzględniają ich opinii, w związku z tym nie są odpowiednio dostosowane do ich potrzeb.

REKOMENDACJE I ADRESAT

Rekomenduje się podjęcie dyskusji na szczeblu centralnym, międzyresortowym, której efektem będzie wypracowanie rozwiązań zmierzających do **BUDOWY JEDNOLITEGO, DZIAŁAJĄCEGO W SPOSÓB KOMPLEKSOWY SYSTEMU WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.**

PFRON mógłby pełnić tutaj rolę inicjującą i facylitującą.

Dyskusja ta powinna obejmować co najmniej następujące elementy:

- Utworzenie instytucji łącznikowej - posiadającej realne kompetencje i możliwość egzekucji i koordynacji potrzebnych rozwiązań,
- Ujednoczenie stosowanych rozwiązań i procedur pomiędzy instytucjami zajmującymi się ON,
- Maksymalne uproszczenie, odbiurokratyzowanie systemu,
- Uproszczenie, uwidocznienie przekazu –zmierzające do podniesienia poziomu wiedzy na temat systemu i jego oferty,
- Wprowadzenie mechanizmów zmierzających do uelastycznienia i indywidualizacji wsparcia,
- Wprowadzenie mechanizmów konsultacyjnych z ON w odniesieniu do proponowanych rozwiązań.
- Utworzenie instytucji „pierwszego kontaktu” - im bliżej beneficjenta/ klienta tym lepiej,
- Aktywne wychodzenie do ON z kompleksową informacją - szczególnie w momencie pojawienia się niepełnosprawności,
- Utworzenie ścieżek systemowych dla różnych rodzajów schorzeń, sytuacji życiowych,
- Utworzenie bazy osób niepełnosprawnych na potrzeby systemu,
- Uproszczenie, ujednoczenie orzecznictwa. Orzeczenie i jego treść powinno być pomocą dla ON do uzyskania życia dobrej jakości, a nie hamulcem ograniczającym aktywność,
- Szkolenia osób pracujących z ON w celu podniesienia ich wiedzy odnośnie niepełnosprawności, a także szkolenia z zakresu obsługi klienta niepełnosprawnego – w tym życzliwości i otwartości na jego potrzeby.

DIAGNOZA POTRZEB ON W POSZCZEGÓLNYCH OBSZARACH FUNKCJONOWANIA

Poniżej, w stosunku do poszczególnych obszarów objętych analizą przedstawiono wsparcie jakie jest niezbędna dla ON w kontekście poprawy ich sytuacji. Uwzględniono tu zarówno deklaracje bezpośrednie ON, jak również wyniki przeprowadzonych analiz.

Materiał ten powinien zostać wzięty pod uwagę przez wszystkie instytucje projektujące i dystrybuujące wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Powinien stanowić punkt wyjścia przy projektowaniu określonych rozwiązań.

MIESZKALNICTWO

Wsparcie w zakresie mieszkalnictwa i dostosowania przestrzeni życiowej do potrzeb związanych z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową – to potrzeby tej grupy niepełnosprawnych dominują wśród wskazań. Grupa ta zgłaszała najwięcej potrzeb różnego rodzaju. W drugiej kolejności potrzeby dostosowań zgłaszają także osoby z dysfunkcjami wzroku.

Jednak z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji. W tabeli **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono poczynając od wskazywanych najczęściej.

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Możliwość samodzielnego zamieszkania, uniezależnienia się od rodziny, także działania informacyjne w tym zakresie
- Przystosowana łazienka (ogólnie)

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dofinansowanie do remontu mieszkania
- Dofinansowanie do zakupu mieszkania
- Deficyt rozwiązań takich, jak: mieszkania chronione i treningowe
- Zabezpieczenie losu niesamodzielných osób niepełnosprawnych (szczególnie akcentowane przez opiekunów ONI) w przypadku choroby lub śmierci ich opiekunów

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Przystosowanie mieszkania do specyficznych potrzeb ON:</p> <ul style="list-style-type: none"> np.: meble bez ostrych elementów, wyściółka ścian, specjalne sprzęty domowego użytku itd. Przystosowanie mieszkania dla osoby z niepełnosprawnością umysłową ogólnie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Czasowa pomoc asystenta, np. do wykonania poszczególnych czynności Stała pomoc asystenta przy wykonywaniu codziennych czynności
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Lepsze warunki mieszkaniowe, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Większe, bardziej przestronne mieszkanie Dostęp mediów, ciepłej wody itd.
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do wynajmu mieszkania

Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Odpowiednie/ regulowane oświetlenie, zachowanie kontrastów kolorystycznych</p> <p>Przystosowanie podłogi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brak progów, podłogi antypoślizgowe, wyrównanie podłóg <p>Przystosowana łazienka, w tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kabina prysznicowa/ natrysk bezprogowy Poręcz w łazience <p>Przystosowanie mieszkania do specyficznych potrzeb ON - ogólnie</p> <p>Przystosowana kuchnia do specyficznych potrzeb ON – ogólnie</p> <p>np.: płyta indukcyjna, udźwiękowione elementy wyposażenia i AGD, które będą sygnalizowały zakończenie pracy, osiągnięcie odpowiednich temperatur itp.</p> <p>Lepsze warunki mieszkaniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> Większe, bardziej przestronne mieszkanie <p>Komunikacja</p> <ul style="list-style-type: none"> Darmowy dostęp do internetu i komputera
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością Dofinansowanie do zakupu mieszkania Czasowa pomoc asystenta
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Komunikacja</p> <ul style="list-style-type: none"> Wideokamera/ wideo domofon Budzik dla niesłyszących Specjalny dzwonek – lampka Inne urządzenia pomagające w komunikacji
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do remontu mieszkania Dofinansowanie do zakupu mieszkania
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>Przystosowana łazienka, w tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kabina prysznicowa/ natrysk bezprogowy Poręcz w łazience Przystosowana toaleta <p>Dostęp do mieszkania</p> <ul style="list-style-type: none"> Podjazd Brak schodów/ mieszkanie na niższej kondygnacji lub parterze Winda/ platforma <p>Przystosowanie podłogi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brak progów, podłogi antypoślizgowe, wyrównanie podłóg <p>Przystosowanie mieszkania - ogólnie</p> <ul style="list-style-type: none"> Odpowiednie/ niskie meble Poręcz w całym mieszkaniu <p>Lepsze warunki mieszkaniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> Większe, bardziej przestronne mieszkanie Lepsze warunki mieszkaniowe <p>Szersze drzwi</p> <p>Przystosowana kuchnia – ogólnie</p> <p>Sprzęt rehabilitacyjny – ortopedyczny ułatwiający/umożliwiający funkcjonowanie</p>

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do remontu mieszkania ▪ Dofinansowanie do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością ▪ Dofinansowanie do zakupu mieszkania ▪ Czasowa pomoc asystenta ▪ Dofinansowanie do wynajmu mieszkania
--------------------------------------	--

REHABILITACJA FIZYCZNA

Wsparcie w zakresie rehabilitacji fizycznej, podobnie jak w przypadku mieszkalnictwa, **częściej okazuje się kluczowe dla osób z fizycznymi ograniczeniami sprawności, a więc osób z niepełnosprawnością ruchową.** W drugiej kolejności należy wskazać grupę osób z upośledzeniem umysłowym, w przypadku której działania rehabilitacyjne także są niezwykle ważne.

Jednak z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji. W tabeli **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono począwszy od wskazywanych najczęściej.

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dostęp do rehabilitacji na odpowiednim poziomie
- Dostęp do rehabilitacji w odpowiednim czasie, bez długich okresów oczekiwania
- Ciągłość rehabilitacji
- Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego
- Udział w zajęciach rehabilitacyjnych
- Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostęp do rehabilitacji dla osób powyżej 25 roku życia, po zakończeniu edukacji
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ▪ Udział w zajęciach rehabilitacyjnych ▪ Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych ▪ Usługi pielęgnacyjne
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naukę korzystania ze sprzętu pomocniczego, ▪ Uczenie się orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ▪ Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych ▪ Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością ▪ Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ▪ Udział w zajęciach rehabilitacyjnych
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy

	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ▪ Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych ▪ Udział w zajęciach rehabilitacyjnych ▪ Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udział w zajęciach rehabilitacyjnych ▪ Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ▪ Dodatkowe usługi medyczne, związane z poprawą sprawności fizycznych ▪ Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ▪ Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością

INTEGRACJA

Wsparcie w zakresie integracji to jest najbardziej kluczowe dla osób z upośledzeniem umysłowym. Grupa ta wskazywała najwięcej kluczowych instrumentów wsparcia. Wsparcie w obszarze integracji ważne jest także dla osób chorujących psychicznie. Specyfika dwóch powyższych rodzajów niepełnosprawności okazuje się być dużą barierą samą w sobie.

Poniższa tabela uwzględnia wsparcie specyficzne dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono począwszy od wskazywanych najczęściej.

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **Wzrost akceptacji społecznej, niwelowanie stereotypów, niechęci, barier świadomościowych**
- **Dofinansowanie różnych form rekreacji**

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	Integracja/ włączenie - działania skierowane na wyjście ONI z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach społecznych Usługi asystenckie w różnych sferach życia, zwłaszcza w przypadku osób, które zakończyły edukację
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Dofinansowanie różnych form rekreacji ▪ Rehabilitacja społeczna, w tym WTZ ▪ Usługi dziennego domu pobytu ▪ Pomoc prawna
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	Integracja/ włączenie - działania skierowane na wyjście ON z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach społecznych Usługi asystenckie w różnych sferach życia
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Pomoc prawna
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	Potrzeba zapewnienia opieki asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	Brak specyficznych instrumentów
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy.
	KLUCZOWE	Brak specyficznych instrumentów

	INSTRUMENTY WSPARCIA	Grupa osób z dysfunkcją słuchu (szczególnie dotyczy to Głuchych) ma tendencję do zamykania się we własnym gronie. Jest to konsekwencją bariery komunikacyjnej. W gronie tym zaspokajają swoje potrzeby integracyjne i społeczne. Jednak sytuacja ta paradoksalnie pogłębia izolację społeczną tej grupy ON. O barierach komunikacyjnych i potrzebach z tym związanych piszemy w bloku „Komunikacja i informacja”.
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób o ograniczonej swobodzie poruszania się
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehabilitacja społeczna

KOMUNIKACJA I INFORMACJA

W obszarze tym zagadnienie dostępu do komunikacji i informacji rozszerzono poza kwestie porozumiewania się. Włączono tutaj także wątek dostępu do przestrzeni publicznej oraz środków transportu, który częściowo jest związany z komunikacją – rozumianą zarówno jako przemieszczanie się, jak i wymiana informacji. Przestrzeń wspólną rozumie się tutaj zarówno w sensie fizycznym – dostęp do miejsc, budynków, środków transportu, w sensie kulturowym i językowym – dostęp do usług, symboli, znaczeń, informacji dostępnych dla członków społeczeństwa, jak i wreszcie w sensie wirtualnym – dostęp do informacji zamieszczonych w Internecie. Zagadnienia te częściowo pokrywają się z obszarem integracji, jednak obszar ten ze względu na uporządkowanie tematyczne był definiowany w odniesieniu do partycypacji w interakcjach, niż do dostępu do przestrzeni wspólnej.

Wsparcie w zakresie informacji i komunikacji jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową oraz słuchową. Potrzeby i instrumenty wsparcia w tym obszarze są silnie uzależnione od charakteru dysfunkcji.

W poniższej tabeli przedstawiono potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono począwszy od wskazywanych najczęściej.

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **Brak wspólnych potrzeb – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji**

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **Brak wspólnych instrumentów – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji**

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy, pojedyncze wskazania
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brak specyficznych instrumentów, częściej niż w innych grupach uznanych za kluczowe
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	Nie zgłoszono specyficznych potrzeb dla danej grupy, pojedyncze wskazania
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	Przyrządy/ urządzenia/ technologie
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprzęt komputerowy/ informatyczny ▪ Sprzęt optyczny: okulary/ lupy/ powiększalniki

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie oprogramowanie komputerowe Zniesienie barier komunikacyjnych ▪ Zniesienie barier komunikacyjnych w przestrzeni publicznej (sygnalizacja głosowa/większy druk/ tablice tyflo/ alfabet Braille’a) Transport/ przemieszczanie się ▪ Zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego ▪ Finansowanie kosztów dostępu do internetu
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Przyrządy/ urządzenia/ technologie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprzęt wspomagający słyszenie: aparat słuchowy/implant ▪ Urządzenia pomagające w niepełnosprawności Zniesienie barier komunikacyjnych <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostępność tłumacza migowego w przestrzeni publicznej ▪ Zniesienie barier komunikacyjnych w przestrzeni publicznej
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usługi tłumacza migowego ▪ Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego ▪ Finansowanie kosztów dostępu do Internetu ▪ Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	Transport/ przemieszczanie się <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej ▪ Odpowiednio przystosowany środek transportu ▪ Zapewnienie transportu Przyrządy/ urządzenia/ technologie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprzęt ortopedyczny
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego ▪ Pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu ▪ Finansowanie kosztów dostępu do Internetu ▪ Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

EDUKACJA

Wsparcie w zakresie edukacji w związku z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową oraz z upośledzeniem umysłowym. Potrzeby i instrumenty wsparcia w tym obszarze są silnie uzależnione od charakteru dysfunkcji.

Z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na rodzaj niepełnosprawności. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono począwszy od wskazywanych najczęściej.

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Przystosowanie do indywidualnych potrzeb ON
- Sprzęt pomocniczy związany z posiadaną dysfunkcją

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dofinansowanie na zakup podręczników
- Opłata za czesne
- Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych, niż podręczniki
- Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia
- Pomoc materialna związana z nauką bez konkretnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych)
- Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Wyrozumiałość/cierpliwość Mała liczebność klas <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Nauka zachowań prospołecznych/wyjazdy integracyjne/kulturalne Zajęcia praktyczne <p>SPECJALIŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> Logopeda <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> Indywidualne nauczanie Szkoła specjalna <p>POMOC /OPIEKA</p> <ul style="list-style-type: none"> Pomoc asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach Organizacja zajęć wychowania fizycznego dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych Pomoc asystenta Pomoc materialna bez specjalnego/konkretnego przeznaczenia związana z finansowaniem nauki Pomoc psychologiczna Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów Dofinansowanie na zakup podręczników Indywidualny tok kształcenia Opłata za czesne Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia Szkolenia umożliwiające orientację przestrzenną na terenie szkoły/uczelni/dotarcia do szkoły/uczelni Pomoc prawna Pomoc doradcy zawodowego
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Spokój/cisza ułatwiająca skupienie się <p>DOFINANSOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Dofinansowanie do nauki: czesne/podręczniki/dojazd <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> Dostępność kursów indywidualnie dopasowanych do potrzeb/kursów specjalistycznych Indywidualne nauczanie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach Dofinansowanie na zakup podręczników Pomoc psychologiczna Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) Opłata za czesne Pomoc prawna Indywidualny tok kształcenia Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p> <ul style="list-style-type: none"> Specjalnie przystosowane materiały/podręczniki: większy druk/Braille Specjalnie przystosowane formy zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna Elektroniczna wersja podręczników

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wykłady/zajęcia przystosowane do specjalnych potrzeb <p>SPRZĘT POMOCNICZY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością: powiększalniki, lupy itd ▪ Odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością <p>POMOC /OPIEKA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc asystenta
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Szkolenia umożliwiające orientację przestrzenną na terenie szkoły/uczelni/dotarcia do szkoły/ uczelni ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki ▪ Pomoc asystenta ▪ Organizacja zajęć wychowania fizycznego dostosowanych do potrzeb osób z dysfunkcją wzroku
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specjalnie przystosowane formy zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna ▪ Specjalnie przystosowane materiały/podręczniki ▪ Wykłady/zajęcia przystosowane do specjalnych potrzeb <p>FORMA NAUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wykłady/szkoła z językiem migowym ▪ Indywidualne nauczanie <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodatkowe zajęcia wyrównawcze/korepetycje/pomoc w odrabianiu lekcji ▪ Nauka zachowań prospołecznych/wyjazdy integracyjne/kulturalne <p>SPECJALIŚCI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadra nauczycielska przygotowana do pracy z ON ▪ Psycholog ▪ Logopeda <p>SPRZĘT POMOCNICZY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technologie/urządzenia związane z niepełnosprawnością: system FM/aparat słuchowy/nakładka do implantu ślimakowego ▪ Odpowiednie programy komputerowe związane z niepełnosprawnością ▪ Komputer/odpowiednio dostosowany komputer
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach wyrównawczych, korepetycjach ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Opłata za czesne ▪ Specjalne formy i warunki egzaminów/zaliczeń/sprawdzianów
Osoby z dysfunkcją ruchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>NASTAWIENIE/TRAKTOWANIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie miejsce w klasie: blisko nauczyciela/tablicy ▪ Dłuższe przerwy <p>SPECJALISTYCZNE/DODATKOWE ZAJĘCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodatkowe zajęcia wyrównawcze/korepetycje/pomoc w odrabianiu lekcji <p>PRZYSTOSOWANIE DO POTRZEB ON</p>

	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Szkoła bez barier architektonicznych ▪ Sfinansowanie kosztów dojazdów na zajęcia ▪ Dofinansowanie na zakup podręczników ▪ Opłata za czesne ▪ Dofinansowanie na zakup pomocy naukowych innych niż podręczniki ▪ Pomoc materialna bez specjalnego przeznaczenia (stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych) ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Finansowe wsparcie na opłacenie kosztów zakwaterowania w okresie nauki
--	--------------------------------------	--

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

Wsparcie w tym obszarze jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową – to potrzeby właśnie tej grupy niepełnosprawnych dominują wśród wskazań. Grupa ta zgłaszała najwięcej potrzeb różnego rodzaju, a także więcej elementów uznawała za kluczowe. W drugiej kolejności potrzeby dostosowań zgłaszają także osoby z dysfunkcjami wzroku.

Jednak z uwagi na fakt, że istnieją potrzeby i instrumenty wsparcia ważne dla specyficznych rodzajów niepełnosprawności w poniższej tabeli wyróżniono obok potrzeb i instrumentów powszechnie uznanych za istotne, również elementy specyficzne dla grup wyróżnionych ze względu na charakter dysfunkcji. **Kolorem czerwonym** zaznaczono główne kategorie potrzeb zaspokojone w najmniejszym stopniu. Potrzeby i instrumenty wsparcia wymieniono począwszy od wskazywanych najczęściej.

POTRZEBY POWSZECHNE – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **Brak wspólnych potrzeb – silne zróżnicowanie ze względu na charakter dysfunkcji**

KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA – BEZ WZGLĘDU NA RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB**
- **ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY**

WSPARCIE SPECYFICZNE DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Osoby z upośledzeniem umysłowym	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca bez hałasu ▪ Praca nie przy maszynach <p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wsparcie trenera pracy <p>PRAKTYKI/ STAŻE/ SZKOLENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednio długie szkolenie <p>NASTAWIENIE/ ŚRODOWISKO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca w niewielkim gronie ▪ Wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń <p>PRACA OGÓLNIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca z godnym wynagrodzeniem
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Pomoc doradcy zawodowego ▪ Wsparcie w miejscu pracy
Osoby psychicznie chore	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrócony czas pracy ▪ Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji <p>NASTAWIENIE/ŚRODOWISKO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wyrozumiałość w stosunku do ograniczeń ▪ Praca w niewielkim gronie <p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wsparcie trenera pracy <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb <p>PRACA OGÓLNE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interesująca praca <p>PRAKTYKI/STAŻE/SZKOLENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednio długie szkolenie
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc psychologiczna ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Pomoc doradcy zawodowego ▪ Programy kończące się zatrudnieniem
Osoby z dysfunkcją wzroku	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb ▪ Odpowiednio przystosowany komputer ▪ Lupa elektroniczna ▪ Skaner ▪ Zestaw głośnomówiący ▪ Syntezator mowy <p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca przy komputerze ▪ Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji <p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wsparcie trenera pracy <p>DOJAZD DO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transport do pracy
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Szkolenia z zakresu obsługi komputera ▪ Programy kończące się zatrudnieniem ▪ Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej ▪ Pomoc doradcy zawodowego ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Szkolenia językowe ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Zajęcia podnoszące umiejętności społeczne ▪ Pomoc prawna ▪ Nauka poszukiwania pracy, poruszania się na rynku pracy
Osoby z dysfunkcją słuchu	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>WSPARCIE W MIEJSCU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tłumacz migowy <p>POMOC W ZNALEZIENIU PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc w znalezieniu odpowiedniej pracy <p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca bez hałasu ▪ Prosta praca/nie wymagająca kwalifikacji ▪ Klimatyzacja <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb <p>PRAKTYKI/STAŻE/SZKOLENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktyki zawodowe

	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Programy kończące się zatrudnieniem ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Szkolenia z zakresu obsługi komputera ▪ Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy ▪ Nauka przygotowania CV, dokumentów ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Nauka poszukiwania pracy, poruszania się na rynku pracy ▪ Pomoc psychologiczna
<p>Osoby z dysfunkcją ruchu</p>	POTRZEBY SPECYFICZNE	<p>ODPOWIEDNIE WARUNKI PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrócony czas pracy ▪ Praca siedząca ▪ Praca lekka ▪ Dodatkowa przerwa ▪ Praca umysłowa <p>DOSTOSOWANIE STANOWISKA/MIEJSCA PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostosowanie stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb ▪ Dostosowanie zakładu pracy, brak barier ▪ Odpowiednio przystosowany komputer <p>PRACA OGÓLNIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praca z godnym wynagrodzeniem <p>NASTAWIENIE/ŚRODOWISKO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wrozumiałość w stosunku do ograniczeń ▪ Życzliwe środowisko pracy <p>DOJAZD DO PRACY</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ praca blisko domu
	KLUCZOWE INSTRUMENTY WSPARCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy ▪ Programy kończące się zatrudnieniem ▪ Kursy zawodowe podnoszące kwalifikacje ▪ Odpowiednie warunki pracy – np.: częstsze przerwy, brak hałasu itd. ▪ Staże/praktyki zawodowe ▪ Nauka pracy na określonym stanowisku ▪ Pomoc przy poszukiwaniu/znalezieniu pracy ▪ Pomoc doradcy zawodowego ▪ Zajęcia podnoszące umiejętności społeczne ▪ Pomoc prawna ▪ Szkolenia językowe ▪ Pomoc psychologiczna

8. SPIS RYSUNKÓW I TABEL

Rysunek 1: Obszary funkcjonowania społecznego jednostki, stanowiące podstawę używanej w projekcie klasyfikacji potrzeb.....	16
Rysunek 2: Podział Polski na jednostki NUTS 1.....	19
Rysunek 3 Udział osób niepełnosprawnych prawnie wśród ogółu mieszkańców w 2011 r. według województw	22
Rysunek 4 Struktura populacji osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności	23
Rysunek 5 Struktura populacji ogółu mieszkańców Polski oraz osób niepełnosprawnych według grup wieku i województw	23
Rysunek 6 Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku oraz struktura wieku wśród osób niepełnosprawnych w odniesieniu do ogółu ludności powyżej 15 lat	24
Rysunek 7 Odsetek osób niepełnosprawnych (definicja statystyczna) w wieku 15 i więcej lat według występujących grup schorzeń	25
Rysunek 8 Struktura wykształcenia osób niepełnosprawnych (w wieku 13 lat i więcej) oraz status osób niepełnosprawnych na rynku pracy (w wieku 15 lat i więcej) w odniesieniu do ogółu ludności	27
Rysunek 9 Realizacja zadania w 2016 roku wg celu programowego - zadania zlecane art. 36.....	32
Rysunek 10 Wydatki na cele związane ze wsparciem osób niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r. (w mln zł)	35
Rysunek 11 Czy osoba niepełnosprawna i jej rodzina może liczyć na wsparcie działających w Polsce organizacji lub instytucji?.....	39
Rysunek 12 Korzystanie ze wsparcia instytucji lub organizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy	41
Rysunek 13 Ogólna ocena systemu wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce	42
Rysunek 14 Ocena wsparcia dostępnego dla osób niepełnosprawnych pod kątem wybranych aspektów	44
Rysunek 15 Opinie na temat systemu wsparcia osób niepełnosprawnych	46
Rysunek 16 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby, które powinny zostać zaspokojone dla optymalnego funkcjonowania.....	47
Rysunek 17 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia.....	52
Rysunek 18 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z upośledzeniem umysłowym	53
Rysunek 19 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby chorujące psychicznie.....	54
Rysunek 20 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją słuchu.....	55
Rysunek 21 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją wzroku	56
Rysunek 22 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością – powszechność występowania a stopień zaspokojenia. Osoby z dysfunkcją ruchu.....	57
Rysunek 23 Odsetek osób, które wskazały nowoczesne technologie/rozwiązania mające zastosowanie w przypadku ich niepełnosprawności.....	58
Rysunek 24 Wskazywane spontanicznie nowoczesne technologie/rozwiązania mające zastosowanie w niepełnosprawności – kategorie ogólne	61

Rysunek 25 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej ..	62
Rysunek 26 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – najważniejsze wsparcie	63
Rysunek 27 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – wsparcie ocenione jako relatywnie mniej ważne	64
Rysunek 28 Wykorzystanie różnych form wsparcia dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie.....	65
Rysunek 29 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla ogółu osób niepełnosprawnych	66
Rysunek 30 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z upośledzeniem umysłowym.....	67
Rysunek 31 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby chorujące psychicznie	68
Rysunek 32 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją słuchu.....	69
Rysunek 33 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją wzroku.....	70
Rysunek 34 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Osoby z dysfunkcją ruchu	71
Rysunek 35 Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb, a rodzajem niepełnosprawności	75
Rysunek 36 Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych w odniesieniu do hierarchii potrzeb w/g Masłowa ...	79
Rysunek 37 Odsetek rodzin osób niepełnosprawnych potrzebujących wsparcia w związku z niepełnosprawnością	80
Rysunek 38 Wsparcie potrzebne osobom niepełnosprawnym – wskazania spontaniczne	81
Rysunek 39 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla rodzin osób niepełnosprawnych ...	81
Rysunek 40 Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla rodzin osób niepełnosprawnych według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)	82
Rysunek 41 Wykorzystanie różnych form wsparcia dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie.....	82
Rysunek 42 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego wsparcia dla rodzin osób niepełnosprawnych	83
Rysunek 43: Wskaźnik jakości życia – ogółem oraz dla poszczególnych grup ON	87
Rysunek 44: Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia.....	87
Rysunek 45: Wskaźnik jakości życia– wyróżnione segmenty.....	88
Rysunek 46: Wskaźnik jakości życia oraz wskaźniki cząstkowe - wyróżnione segmenty	89
Rysunek 47: Wskaźnik jakości życia – średnia.....	90
Rysunek 48: Wskaźnik jakości życia oraz wskaźniki cząstkowe – ogółem i ze względu na poszczególne niepełnosprawności	91
Rysunek 49 Zróżnicowanie dochodów ekwiwalentnych wśród osób niepełnosprawnych w odniesieniu do ogółu ludności	92
Rysunek 50 Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego	93
Rysunek 51 Ogólna ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego	96
Rysunek 52 Dochód na 1 osobę w gospodarstwie domowym	99
Rysunek 53 Możliwości wydatkowania pieniędzy przez gospodarstwa osób niepełnosprawnych	102

Rysunek 54 Na ile ważne byłoby dla osoby niepełnosprawnej otrzymanie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia.....	103
Rysunek 55 Wykorzystanie pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia – kiedykolwiek oraz obecnie	103
Rysunek 56 Sytuacja mieszkaniowa według rodzaju niepełnosprawności i wieku	104
Rysunek 57 Wielkość gospodarstwa domowego według rodzaju niepełnosprawności	105
Rysunek 58 Stan cywilny według rodzaju niepełnosprawności	105
Rysunek 59 Odsetek osób, które mieszkają z rodzicami/ opiekunami, a chciałyby mieszkać samodzielnie oraz odsetek osób, które wierzą, że samodzielne mieszkanie jest możliwe.....	106
Rysunek 60 Ocena warunków mieszkaniowych według rodzaju niepełnosprawności	107
Rysunek 61 Odsetek osób potrzebujących specjalnych dostosowań lub udogodnień mieszkaniowych w związku ze swoją niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności.....	107
Rysunek 62 Ocena obecnego przystosowania mieszkania do potrzeb podopiecznego według rodzaju niepełnosprawności	108
Rysunek 63 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze mieszkalnictwa – powszechność występowania a stopień zaspokojenia.....	109
Rysunek 64 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie sytuacji mieszkaniowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej.....	113
Rysunek 65 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie mieszkalnictwa pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)	114
Rysunek 66 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie sytuacji mieszkaniowej dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie.....	116
Rysunek 67 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w sytuacji mieszkaniowej.....	117
Rysunek 68 Ocena usług wsparcia w zakresie rehabilitacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności.....	121
Rysunek 69 Ocena wsparcia polegającego na dofinansowaniu w zakresie rehabilitacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności	122
Rysunek 70 Zadowolenie z życia według rodzaju niepełnosprawności	131
Rysunek 71 Poczucie bycia kochanym i darzonym zaufaniem według rodzaju niepełnosprawności	132
Rysunek 72 Posiadanie w najbliższym otoczeniu osoby, która może pomóc, udzielić wsparcia, wysłuchać w potrzebie.....	132
Rysunek 73 Ocena swojego życia towarzyskiego, kontaktów ze znajomymi, przyjaciółmi według rodzaju niepełnosprawności	133
Rysunek 74 Częstotliwość odczuwania samotności według rodzaju niepełnosprawności	133
Rysunek 75 Wielkość grona najbliższych przyjaciół, znajomych według rodzaju niepełnosprawności.	134
Rysunek 76 Częstotliwość spotkania się ze znajomymi w celach towarzyskich według rodzaju niepełnosprawności	135
Rysunek 77 Skala partycypacji obywatelskiej według rodzaju niepełnosprawności.....	136
Rysunek 78 Ocena usług wsparcia w zakresie pomocy prawnej i psychologicznej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności	147
Rysunek 79 Ocena usług wsparcia w zakresie integracji społecznej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności.....	149
Rysunek 80 Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób niewidomych i niedowidzących	154

Rysunek 81 Ocena dostosowania przestrzeni publicznej oraz stron internetowych urzędów do potrzeb osób niewidomych i niedowidzących	155
Rysunek 82 Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób z dysfunkcją słuchu	157
Rysunek 83 Ocena dostosowania przestrzeni publicznej oraz stron internetowych urzędów do potrzeb osób z dysfunkcją słuchu	158
Rysunek 84 Ocena znajomości języka polskiego wśród osób posługujących się językiem migowym.....	159
Rysunek 85 Możliwości i ułatwienia w codziennym funkcjonowaniu osób z dysfunkcją ruchu	161
Rysunek 86 Obecność barier architektonicznych w przestrzeni publicznej w ocenie osób z dysfunkcją ruchu .	162
Rysunek 87 Ocena wsparcia w zakresie dostępu do informacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności.....	167
Rysunek 88 Ocena wsparcia w zakresie komunikacji i transportu pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej, według rodzaju niepełnosprawności.....	168
Rysunek 89 Zadowolenie z posiadanego wykształcenia, kwalifikacji, według rodzaju niepełnosprawności oraz wykształcenia	171
Rysunek 90 Struktura wykształcenia według rodzaju niepełnosprawności	172
Rysunek 91 Uczestnictwo w szkoleniach lub kursach w ciągu ostatnich 5 lat według rodzaju niepełnosprawności	174
Rysunek 92 Plany podjęcia nauki lub szkolenia w ciągu najbliższych 12 miesięcy oraz chęć podjęcia szkolenia zawodowego według rodzaju niepełnosprawności	175
Rysunek 93 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby lub udogodnienia związane z nauką.....	177
Rysunek 94 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze edukacji – powszechność występowania a stopień zaspokojenia.....	179
Rysunek 95 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie nauki/ edukacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej	180
Rysunek 96 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie nauki/ edukacji pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna)	182
Rysunek 97 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie nauki/ edukacji dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie.....	183
Rysunek 98 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w zakresie edukacji.....	184
Rysunek 99 Czy respondent lubi/ lubił chodzić do szkoły?	185
Rysunek 100 Liczba miesięcy pozostawania bez pracy w ciągu ostatnich 3 lat według rodzaju niepełnosprawności	196
Rysunek 101 Liczba miejsc pracy w trakcie całej kariery zawodowej według rodzaju niepełnosprawności	197
Rysunek 102 Rodzaj wykonywanej obecnie pracy według rodzaju niepełnosprawności	198
Rysunek 103 Sektor zatrudnienia według rodzaju niepełnosprawności.....	198
Rysunek 104 Wysokość miesięcznego wynagrodzenia w obecnej pracy według rodzaju niepełnosprawności .	200
Rysunek 105 Gotowość do podjęcia pracy wśród osób obecnie niepracujących według rodzaju niepełnosprawności	201
Rysunek 106 Ocena posiadanej wiedzy na temat zasad wstrzymania renty w przypadku pracy zarobkowej osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności.....	203
Rysunek 107 Wysokość zarobków osoby niepełnosprawnej, do której nie zostaje wstrzymana jej renta, według rodzaju niepełnosprawności	204

Rysunek 108 Działania podejmowane na rynku pracy według rodzaju niepełnosprawności	205
Rysunek 109 Ocena posiadanych kwalifikacji w odniesieniu do wykonywanej pracy według rodzaju niepełnosprawności	205
Rysunek 110 Zadowolenie z obecnej sytuacji zawodowej według rodzaju niepełnosprawności oraz sytuacji zawodowej	209
Rysunek 111 Odsetek osób posiadających w związku z niepełnosprawnością specjalne potrzeby dotyczące pracy zawodowej, które powinny zostać zaspokojone dla optymalnego funkcjonowania	210
Rysunek 112 Mapa potrzeb związanych z niepełnosprawnością w obszarze pracy zawodowej – powszechność występowania a stopień zaspokojenia.....	213
Rysunek 113 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej.....	214
Rysunek 114 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – wyżej ocenione wsparcie	215
Rysunek 115 Ocena różnego rodzaju wsparcia w zakresie pracy zawodowej pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby niepełnosprawnej według rodzaju niepełnosprawności (średnia arytmetyczna) – niżej ocenione wsparcie	216
Rysunek 116 Wykorzystanie różnych form wsparcia w zakresie pracy zawodowej dostępnych dla osób niepełnosprawnych – kiedykolwiek oraz obecnie.....	217
Rysunek 117 Mapa znaczenia i wykorzystania dostępnego dla osób niepełnosprawnych wsparcia w zakresie pracy zawodowej	218
Tabela 1 Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej według stopnia niepełnosprawności w III kwartale 2016 r. w odniesieniu do aktywności ekonomicznej ogółu ludności	27
Tabela 2 Wsparcie dla osób niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r. – liczba placówek i odbiorców usług...	35
Tabela 3 Instytucje i organizacje, do których zwrócono by się o pomoc w związku z niepełnosprawnością	40
Tabela 4 Specjalne potrzeby w związku z niepełnosprawnością - ogółem oraz według rodzaju niepełnosprawności	49
Tabela 5: Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych – % wskazań na I pozycji, % wskazań na pierwszych 3 pozycjach, % wskazań na 5 pozycjach	76
Tabela 6: Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych – wartość wskaźnika oraz miejsce w hierarchii	77
Tabela 7 Przyporządkowanie obszarów potrzeb do szczebli piramidy Masłowa.....	78
Tabela 8: Kompozycja wskaźników cząstkowych	85
Tabela 9 Wyposażenie gospodarstw domowych w niektóre przedmioty trwałego użytkowania	93
Tabela 10 Dochody i wydatki gospodarstw domowych, wybrane kategorie – okres miesięczny, kwoty w przeliczeniu na 1 osobę.....	94
Tabela 11 Źródła dochodów gospodarstw domowych – wszystkie oraz główne źródło utrzymania gospodarstwa	98
Tabela 12 Udogodnienia i przystosowania potrzebne w mieszkaniu w związku z niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności	110
Tabela 13 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie mieszkalnictwa – podsumowanie	118
Tabela 14 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie rehabilitacji fizycznej – podsumowanie	129
Tabela 15 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie integracji – podsumowanie.....	151
Tabela 16 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie komunikacji i informacji – podsumowanie...	169

Tabela 17 Wyuczony zawód według rodzaju niepełnosprawności	173
Tabela 18 Specjalne potrzeby i udogodnienia w zakresie nauki w związku z posiadaną niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności	177
Tabela 19 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie edukacji – podsumowanie.....	193
Tabela 20 Forma obecnego zatrudnienia oraz charakterystyka obecnego zakładu pracy według rodzaju niepełnosprawności	199
Tabela 21 Powody braku gotowości do podjęcia pracy zawodowej według rodzaju niepełnosprawności	202
Tabela 22 Liczba potrzeb związanych z niepełnosprawnością w zakresie pracy zgłoszonych przez osoby niepełnosprawne	210
Tabela 23 Udogodnienia i przystosowania związane z pracą zawodową potrzebne w związku z niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności	211
Tabela 24 Potrzeby i kluczowe instrumenty wsparcia w zakresie pracy – podsumowanie	224

9. BIBLIOGRAFIA

- Adamiak Piotr, Charycka Beata, Gumkowska Marta, Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2015, Raport z badań, 2016, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa
- Bartkowski Jerzy, Położenie społeczno-ekonomiczne i jakość życia osób niepełnosprawnych w Polsce, 2014, w: Gąciarz Barbara, Rudnicki Seweryn (red.), 2014, Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej, Wydawnictwa AGH, Kraków
- Brzezińska Izabela Anna, Pluta Jacek, Rycielski Piotr (red.), Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności, wyniki badań, 2010, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa
 - Publikacja na podstawie danych zebranych w projekcie „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych na próbie 100 000 ON” zleconym przez PFRON, którego wykonawcą był instytut Millward Brown SMG/KRC. Badanie zrealizowano w roku 2009.
- Badanie potrzeb i satysfakcji z wybranych usług skierowanych do rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością w wieku 8-16 lat, Raport końcowy, 2015, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi
- Badanie realizacji przez samorządy powiatowe zadań ustawowych na rzecz osób niepełnosprawnych, Raport końcowy, 2016, PFRON
- Czapiński Janusz, Panek Tomasz (red.), Diagnoza społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków, 2015, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa
- Dejnaka Agnieszka, Internet bez barier – accessibility oraz usability a potrzeby osób niepełnosprawnych, 2012, w: Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2012(3), PFRON
- Diagnoza systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej na Mazowszu, 2011, Mazowieckie Obserwatorium Integracji Społecznej
- Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-społecznego i Komitetu Regionów, 2010, Bruksela
- Gąciarz Barbara, Kubicki Paweł, Rudnicki Seweryn, System Instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji, 2014, w: Gąciarz Barbara, Rudnicki Seweryn (red.), 2014, Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej, Wydawnictwa AGH, Kraków
- Giermanowska Ewa (red.), Zatrudniając niepełnosprawnych – Dobre praktyki pracodawców w Polsce i w innych krajach Europy, 2014, Akademia Górniczo-Hutnicza, Kraków
- Giermanowska Ewa, Kulturowe uwarunkowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy, 2016a, w: Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr IV/2016(21), PFRON
- Giermanowska Ewa, Niepełnosprawny jako pracownik i pracodawca, 2016b, w: Zakrzewska-Manterys Elżbieta, Niedbalski Jakub (red.), Samodzielni – zaradni – niezależni, Ludzie niepełnosprawni w systemie polityki, pracy i edukacji, 2016, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, 2006, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.
- Otrębski Wojciech i in., Wspieranie rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem wyzwaniem dla pracy socjalnej. Badania rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi w województwie lubelskim, 2011, Lublin



- Pieńkosz Julita, Matejczuk Anna (red.), Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce, Raport podsumowujący wyniki badań terenowych, 2015, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa
- Potrzeby osób niepełnosprawnych i ich otoczenia w powiecie chełmińskim, Badanie pilotażowe, 2014, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmnie, Chełmno
- Raport z badań „Analiza potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie usług asystenckich”, w ramach projektu „CENTRUM ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ CAS) – model wsparcia zadań OPS/PCPR w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”, 2012
- Realizacja przez podmioty wykonujące zadania publiczne obowiązku dostosowania ich stron internetowych do potrzeb osób niepełnosprawnych, informacja o wynikach kontroli, 2015, Departament Administracji Publicznej, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2008 r. w sprawie rodzajów zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zleczanych fundacjom o raz organizacjom pozarządowym. Dz. U Nr 29, Poz. 172)
- Rymśa Marek, Niepełnosprawny jako aktywny obywatel – problematyka integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce, w: Zakrzewska-Manterys Elżbieta, Niedbalski Jakub (red.), Samodzielni – zaradni – niezależni, Ludzie niepełnosprawni w systemie polityki, pracy i edukacji, 2016, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Sochańska-Kawiecka Marzena, Morysińska Agnieszka i in., Badanie sytuacji warsztatów terapii zajęciowej, raport końcowy z badania, 2014, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa Sochańska-Kawiecka Marzena i in., Włączający system edukacji i rynku pracy – rekomendacje dla polityki publicznej, Raport końcowy, 2015, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa
- Sytuacja zawodowa absolwentów różnych form edukacji na poziomie wyższym, którzy ukończyli wybrany przez siebie poziom nauki w latach 2013-2015 i korzystali ze wsparcia finansowego PFRON udzielonego w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, Raport końcowy z badania, 2016, PFRON, Warszawa
- Sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych – mieszkańców Gdańska, raport z badań, 2013, Urząd Miejski w Gdańsku, Gdańsk
- Świadczenie usług publicznych osobom posługującym się językiem migowym, informacja o wynikach kontroli, 2015, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa
- Sztobryn-Giercuskiewicz Joanna, Alter idem – student z niepełnosprawnością w systemie szkolnictwa wyższego, 2016, w: Zakrzewska-Manterys Elżbieta, Niedbalski Jakub (red.), Samodzielni – zaradni – niezależni, Ludzie niepełnosprawni w systemie polityki, pracy i edukacji, 2016, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jednolity, Dz.U. 2016 poz. 2046 do ustawy Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776
- World report on disability, 2011, WHO
- Wsparcie dla niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r., prezentacja, 2016, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (<https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/inne/art,7907,wsparcie-dla-niepelnosprawnych.html> dostęp 27-02-2017)
- Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, 2015, Studia i analizy statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa