

Indywidualizacja i kompleksowość



RAPORT
podsumowujący realizację projektu pn.
„Centrum Doradztwa Zawodowego
i Wspierania Osób Niepełnosprawnych
Intelektualnie – Centrum DZWONI”

realizowanego w ramach zadania publicznego
*„Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób
z niepełnosprawnością intelektualną”*

w ramach dwunastego konkursu o zlecenie realizacji zadań zleczanych
w okresie od dnia 01.04.2014 r. do dnia 31.03.2015 r.
w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu
osób niepełnosprawnych

Raport opracowany i wydany w ramach projektu

„Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną”.

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.



Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Al. Jana Pawła II 13

00-828 Warszawa

tel. 22 505 55 00

www.pfron.org.pl

Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym

ul. Głogowa 2B

02-639 Warszawa

tel. 22 848 82 60, 22 646 03 14

fax 22 848 61 62

zg@psouu.org.pl

www.psouu.org.pl

Wstęp – Myślenie konwencyjne jako droga do innowacyjności w obszarze aktywności zawodowej	5
1. Zatrudnienie a jakość życia osoby z niepełnosprawnością intelektualną	9
2. Indywidualizacja w procesie doradztwa zawodowego jako niezbędny element skutecznego dopasowania stanowisk pracy	19
3. Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym prekursorem metody zatrudnienia wspomaganego w Polsce	25
4. Centrum DZWONI – wymiar praktyczny	27
5. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) – innowacyjne podejście do opisu funkcjonowania społeczno – zawodowego osób z niepełnosprawnością intelektualną	31
6. ICF w praktyce, czyli... zmiana myślenia i działania – charakterystyka narzędzi ICF stosowanych w projekcie	37
7. Charakterystyka grupy docelowej objętej wsparciem w ramach projektu	43
8. Skuteczność wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną z wykorzystaniem koncepcji ICF – wyniki ewaluacji	49
9. Wpływ czynników środowiskowych na proces aktywizacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną	71
10. Stopień realizacji form organizacyjnych wsparcia	81
11. Wnioski i rekomendacje	87
Spis rysunków, tabel, wykresów	89
Bibliografia	91



Wstęp – Myślenie konwencyjne jako droga do innowacyjności w obszarze aktywności zawodowej

Krystyna Mrugalska

Prezes Honorowa Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym

Model traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną, choć nie bez trudności, od ponad 50 lat ulega przemianom. Od odmawiania im godności i ludzkich potrzeb, pozbawiania wszelkich szans, z jakich mogą korzystać inni, wykluczania z życia społecznego jako „gorszych”, niepasujących do akceptowanych wzorców, przez dopuszczanie podejścia medyczno-opiekuńczego, opartego jednak na bierności życiowej i izolacji (m.in. w zamkniętych instytucjach), aż po – dziś coraz częściej uznawane i wprowadzane w życie – podejście biopsychospołeczne. Jest ono oparte na:

- 1) współczesnej wiedzy o człowieku, również jako członku społeczności, jego potrzebach i możliwościach;
- 2) na koncepcji bariery utrudniającej osobie z niepełnosprawnością uczestnictwo w życiu społecznym, tkwiącej nie w człowieku dotkniętym uszkodzeniem organizmu (z tego powodu też o utrudnionym funkcjonowaniu), ale w środowisku fizycznym, postawach społecznych, w tym również postawach samych osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, źle zorganizowanych, niedostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami instytucjach;
- 3) oraz, i to jest najważniejsze, na prawach człowieka.

Pojęcie praw człowieka dostarcza sposobu myślenia o podstawowych wartościach dotyczących człowieka, przede wszystkim w relacjach państwo – indywidualna osoba oraz społeczeństwo – jednostka ludzka. Zwłaszcza, gdy wchodzi w grę uprawnienia, obowiązki i powinności. W większości przypadków wartości objęte prawami człowieka (godność, wolność, nieograniczony dostęp do praw) mają charakter personalny, indywidualny, osobowy. Człowiek jest podmiotem wartości. Pojęcie praw człowieka jest przede wszystkim, choć nie jedynie, pojęciem prawnym. Jego fundamentem jest, ustanowiona przez społeczność międzynarodową, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 10 grudnia 1948 roku. Deklarację tę traktuje się jako wspólne osiągnięcie społeczności świata, w myśl artykułu 1. „wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw”, i artykułu 2.: „Każdy człowiek posiada wszystkie prawa i wolności zawarte w niniejszej Deklaracji bez względu na jakiegokolwiek różnice rasy, koloru, płci, języka, wyznania, poglądów politycznych i innych, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, urodzenia lub jakiegokolwiek innego stanu.” Deklaracja gwarantuje też m.in.: ochronę przed dyskryminacją, wolność od okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, prawo do uznawania wszędzie jego osobowości prawnej oraz do jednakowej ochrony prawnej. Dalej Deklaracja zapewnia, że każdy człowiek ma prawo do ubezpieczeń społecznych, praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, niezbędnych do jego godności i swobodnego rozwoju jego osobowości. Gwarancją objęte są też: prawo do pracy swobodnie wybranej i „równej płacy za równą pracę”, prawo do świadczeń socjalnych i ubezpieczenia w wypadku niezdolności do pracy oraz prawo do nauki i uczestniczenia w życiu kulturalnym społeczeństwa. Każdy człowiek ma, oprócz praw, również obowiązki wobec społeczeństwa.

ONZ wprowadziła koncepcję praw człowieka do polityki i prawa międzynarodowego. Pierwsze dokumenty dotyczące niepełnosprawności w kontekście praw człowieka wydane zostały w latach 70. ubiegłego wieku i były to: Deklaracja praw osób upośledzonych umysłowo (ONZ 1971), Deklaracja praw osób niepełnosprawnych (ONZ 1975), Konwencja praw dziecka, artykuł 23. (ONZ 1989) i Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych (ONZ 1993).

Unia Europejska w wielu dokumentach również odnosi się do problemów osób niepełnosprawnych. Między innymi w Komunikacie UE z 1996 roku „Nowa strategia wspólnotowa wobec niepełnosprawności”, czytamy: „Komisja Europejska udziela poparcia międzynarodowemu ruchowi w kierunku podejścia opartego na prawach w zakresie polityki dotyczącej niepełnosprawności”. To nowe podejście jest oparte na idei poszanowania praw, w miejsce dobroczynności, a także na koncepcji dostosowania do różnic, zamiast przymusowego dostosowania do norm, będących tworem sztucznym. Takie podejście opowiada się zatem za pełnym pojęciem obywatelstwa osób niepełnosprawnych i włączaniem, w miejsce segregacji i wykluczenia.

Komisja Europejska w dokumencie „Ku Europie bez barier dla osób niepełnosprawnych” (maj 2000) zwraca uwagę, że: „Osoby niepełnosprawne uznawane są za jedną z najdotkliwiej upośledzonych grup naszego społeczeństwa, jako że wciąż istnieją bariery odgradzające ją od życia społecznego we wszystkich jego aspektach”. Bariery systemowe są często główną przyczyną wyłączenia z procesów integracji społecznej. M.in. jest to brak środków transportu dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, ograniczony dostęp do kształcenia i szkolenia, brak mechanizmów wspierania, przy jednoczesnym istnieniu licznych bodźców negatywnych w sferze gospodarczej i społecznej. Bariery środowiskowe uznaje się za większą przeszkodę we włączaniu w życie społeczne, niż ograniczenia funkcjonalne samych osób niepełnosprawnych.

Sumą i syntezą dotychczasowego światowego dorobku filozoficznego, etycznego, prawnego, naukowego, rehabilitacyjnego, technicznego, administracyjnego i dobrych praktyk oraz świadectwa samych osób niepełnosprawnych i ich rodzin, a także ich organizacji, jest Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 2006 roku. Konwencja nie wprowadza nowych praw dla osób niepełnosprawnych. Umacnia natomiast przekonanie, że mają one te same prawa co wszyscy inni ludzie oraz wskazuje, w jaki sposób (ze względu na specjalne potrzeby osób niepełnosprawnych) prawa te powinny być realizowane, aby dostępne były naprawdę i efektywnie dla każdego.

Konwencja jest, jak dotąd, najpełniejszym, kompleksowym, całościowym dokumentem światowym obejmującym całość problematyki niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych zakreślonej prawami człowieka. Potwierdza powszechność, niepodzielność, współzależność i powiązanie ze sobą wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz potrzebę zapewnienia osobom niepełnosprawnym pełnego z nich korzystania, bez dyskryminacji, również osobom potrzebującym intensywnego wsparcia. Żadne prawo, w stosunku do żadnej osoby z niepełnosprawnością, nie powinno być pomijane. Taka sytuacja, jeżeli się zdarzy, oznacza dyskryminację.

Konwencja jest umową międzynarodową. W Polsce jej ratyfikowanie przez Prezydenta Bronisława Komorowskiego na podstawie ustawy sejmowej w roku 2012, oznacza, że nasze Państwo związało się tą umową, a Konwencja weszła do polskiego systemu prawnego¹.

Celem Konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności (art. 1.). W artykule 3. Konwencja wymienia zasady, na których jest oparta. Są to: „poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby, niedyskryminacja, pełny i skuteczny udział i włączenie w społeczeństwo, poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych jako części ludzkiej różnorodności i całej ludzkości, równość szans, dostępność, równość mężczyzn i kobiet, poszanowanie rozwijających się zdolności niepełnosprawnych dzieci”.

¹ *Dziennik Ustaw RP z dnia 25 października 2012, poz. 1169.*

Analiza kolejnych zapisów Konwencji pozwala uzmysłowić sobie, jakiego rodzaju wartości, normy i prawa, które są obowiązujące w stosunku do wszystkich ludzi, oprócz tych wskazanych w art. 1. i 3. Konwencji muszą być przestrzegane na równi wobec osób z niepełnosprawnością. Są to m.in.: wolność od tortur lub okrutnego nieludzkiego albo poniżającego traktowania lub karania (art. 15.), wolność od wykorzystywania, przemocy i nadużyć (art. 16.), ochrona integralności osobistej (art. 17.), niezależne życie i włączenie w społeczeństwo (art. 19.), wolność wypowiedzenia się i wyrażania opinii oraz dostęp do informacji (art. 21.), edukacja (art. 24.), zdrowie (art. 25.), rehabilitacja (art. 26.), praca i zatrudnienie (art. 27.), odpowiednie warunki życia i ochrona socjalna (art. 28.), udział w życiu politycznym i publicznym (art. 29.), udział w życiu kulturalnym, wypoczynku i sporcie (art. 30).

Konsekwencją całościowego i powszechnego charakteru Konwencji jest jej znaczenie dla jakości życia każdej osoby niepełnosprawnej i dla kształtowania polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych przez Państwo. Z tego powodu warto jest, zarówno myślenie strategiczne dla całego Państwa, jak i odnoszące się do społeczności lokalnych, rodzin czy pojedynczych obywateli, czyli w każdym wymiarze problemu, rozważać go i decydować z uwzględnieniem perspektywy zakreślonej przez Konwencję jako całość. W tym celu przydatne może być pojęcie „myślenia konwencyjnego” jako nowej świadomości.

Termin „myślenie konwencyjne” obejmuje taki stan znajomości i rozumienia Konwencji, taki stan świadomości w tej sprawie indywidualnych osób, środowisk naukowych, politycznych, zawodowych (m.in. opieki zdrowotnej, edukacji i pomocy społecznej), medialnych, wspólnot sąsiedzkich, administracji, pracowników infrastruktury, pracodawców, całego społeczeństwa, w tym rodzin i samych osób niepełnosprawnych, który integruje wszystkie treści Konwencji, widzi je w całej wzajemnej zależności i ciągłości. Umożliwia to wnikliwą ocenę potrzeb, poszukiwanie odpowiednich wsparć dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, zgodnie z indywidualnymi potrzebami oraz kształtowanie odpowiedniej polityki społecznej Państwa. „Myślenie konwencyjne” łączy wiedzę, nastawienie emocjonalne i gotowość do ukierunkowanego działania, co w psychologii nosi nazwę postawy. Pozwala ona odchodzić od złych nawyków myślowych, od stereotypów, które hamują i utrudniają, a często nawet uniemożliwiają zmiany podejścia i traktowania osób niepełnosprawnych oraz zmiany działania w kierunku poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, ich włączenia w życie społeczne na równych prawach z innymi.

Najpełniejszą formą uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym oraz samorealizacji osoby jest praca i zatrudnienie (art. 27.). Daje ona możliwość zarabiania pieniędzy na życie, czyli samodzielności, poprzez pracę swobodnie wybraną lub przyjętą na rynku pracy w otwartym, integracyjnym i dostępnym dla osób niepełnosprawnych środowisku pracy, zakaz dyskryminacji w odniesieniu do wszelkich kwestii dotyczących wszystkich form zatrudnienia, a więc warunków rekrutacji, przyjmowania do pracy i zatrudnienia, kontynuacji zatrudnienia, awansu oraz bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, ochrony praw osób niepełnosprawnych i warunków pełnego korzystania z praw, umożliwianie dostępu do ogólnych programów poradnictwa specjalistycznego i zawodowego, usług pośrednictwa pracy, szkolenia zawodowego, kształcenia ustawicznego, popieranie zdobywania doświadczenia zawodowego na otwartym rynku pracy oraz pomocy w znalezieniu, uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia.

Aby praca była możliwa, a osoby z niepełnosprawnościami do niej przygotowane, muszą mieć dostęp do rehabilitacji (art. 26.), edukacji (art. 24.), prowadzenia życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo (art. 19.).

Skuteczność wszystkich wysiłków i oddziaływań zależy od dobrej diagnozy – multidyscyplinarnego rozpoznania potrzeb i potencjału osoby, wyznaczenia trafnych celów, a także wskazania form wsparcia, doboru odpowiednich instrumentów działania i opracowania prawidłowego programu. Ważne jest planowanie i działanie skierowane zarówno do osoby z niepełnosprawnością, jak i jej najbliższego środowiska. Narzędziem wnikliwego, wystandaryzowanego opisu zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem, pomocą w programowaniu działań wobec osób

niepełnosprawnych, jest, nieśmiało jeszcze wprowadzana w Polsce, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Porządkuje ona obszary funkcji i struktur ciała oraz aktywności i uczestniczenia osoby. Włącza też czynniki środowiskowe, wchodzące z nimi w interakcje.

ICF wprowadza do podejścia do niepełnosprawności nową, twórczą, wielce obiecującą perspektywę społeczną: funkcjonowania i aktywności oraz uczestniczenia człowieka w życiu społecznym, w miejsce ograniczania się do deficytów czy uszkodzeń struktur ciała, czyli czysto medycznego podejścia. W ten sposób stosowanie ICF przybliży i umożliwi pełniejszą realizację praw człowieka w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami.

Zatrudnienie wspomagane na otwartym rynku pracy, któremu poświęcone jest niniejsze opracowanie, zarówno jako forma jak i metoda zatrudnienia, odpowiada w pełni wymogom Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Pozwala poznać preferencje i upodobania osoby, wybrać stosownie do nich pracę i stanowisko, a także podjąć samodzielną w tej sprawie decyzję. Pozwala też korzystać z całej różnorodności otwartego rynku pracy i z całego bogactwa życia w integracyjnym środowisku pracy. Jednocześnie walory te są umożliwiane dzięki wystandaryzowanej metodzie wspierania na wszystkich etapach aktywizacji zawodowej osoby z niepełnosprawnością.

Niniejszy raport przedstawia wypracowany przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym system wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną w procesie aktywizacji społeczno - zawodowej, w tym w wejściu i utrzymaniu się na otwartym rynku pracy oraz jego rezultaty osiągnięte w okresie 2 lat realizacji projektu. Wskazuje na zależności jakie zachodzą pomiędzy jakością życia osoby z niepełnosprawnością intelektualną a podjęciem przez nią zatrudnienia. Podkreśla złożoność a zarazem prostotę systemu, który opiera się na indywidualizacji wsparcia i dopasowania stanowiska pracy w procesie rehabilitacji zawodowej. Płynnie przechodząc do części praktycznej pokazuje, jak wykorzystanie Klasyfikacji w procesie zatrudnienia wspomaganego pozwala na udzielanie wsparcia „szytego na miarę”.

Podstawą sformułowanych wszelkich wniosków i rekomendacji oraz opisanych doświadczeń są efekty pracy kadry wielodyscyplinarnej, osiągnięte w ramach projektu *„Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną”*.

Prof. dr hab. Anna Firkowska-Mankiewicz

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

W tak zakreślonym tytule rozdziału mamy do czynienia z trzema ważnymi pojęciami – zatrudnienie, jakość życia i niepełnosprawność intelektualna. Warto zastanowić się pokrótce nad sposobem definiowania każdego z nich i nad ich wzajemnymi relacjami. Zaczniemy od ostatniego pojęcia.

1. Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się „znacznym ograniczeniem zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowań przystosowawczych, które wyrażają się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych” (Lucasson i in., 2002 – za Deutsch Smith, 2009, s. 225). Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza obserwujemy charakterystyczną zmianę paradygmatu, a więc zmianę orientacji w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością intelektualną – z negatywnej, koncentrującej się na deficytach i ograniczeniach, na bardziej pozytywnej, dostrzegającej ich zalety, mocne strony i prawa, a także wzrastające możliwości aktywnego i twórczego funkcjonowania w społeczeństwie (Firkowska-Mankiewicz, 2006).

2. Jakość życia

Zmiana paradygmatu miała daleko idące konsekwencje dla jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zanim do tego przejdziemy – warto zdać sobie sprawę z wielowymiarowości pojęcia jakość życia i zróżnicowanego sposobu jego rozumienia na gruncie różnych dyscyplin naukowych oraz obszarów polityki i praktyki społecznej. I tak np. na terenie filozofii o jakości życia mówi się głównie w kontekście traktowanych normatywnie wartości, które są dla człowieka ważne i o których realizację zabiega. Można tu wyróżnić m.in. wartości hedonistyczne, duchowe, kulturowe (poznawcze, moralne, estetyczne itp.), religijne, cywilizacyjne czy witalne. Miernikiem jakości życia w ujęciu filozoficznym jest to, czy człowiek działa i postępuje w zgodzie z samym sobą, a więc realizuje te wartości, które dom, kultura i społeczeństwo, a zatem i on sam uważa za ważne czy słuszne.

Socjologowie, mówiąc o jakości życia, koncentrują się bardziej na stylu życia, próbując zbadać i zdefiniować specyfikę charakteryzującą sposób funkcjonowania jednostek i zbiorowości ludzkich oraz wykryć reguły, które wyznaczają ową specyfikę. Większość badaczy z obszaru nauk społecznych poszukuje wyznaczników jakości życia w obiektywnych warunkach życia, w tym głównie w ich wymiarach materialnych i stratyfikacyjnych – bogactwie, wykształceniu, pochodzeniu i pozycji społecznej, zakresie władzy – ale także w sytuacji socjodemograficznej: wieku, płci, zdrowiu, miejscu zamieszkania, stanie cywilnym, posiadaniu dzieci itp., wreszcie – w czynnikach cywilizacyjnych, politycznych i kulturowych, wśród których warto odnotować m.in. wpływ religii oraz wydarzeń życiowych.

Na terenie psychologii zajmowano się wprawdzie również analizą związków pomiędzy obiektywnymi warunkami życia, a jego jakością, ale w badaniach psychologicznych dominowało podejście subiektywne, tzn. koncentracja na tym, jak subiektywnie oceniamy i interpretujemy nasze życie, jakie znaczenie przypisujemy obiektywnym faktom w nim zachodzącym i czy jesteśmy z nich zadowoleni. Zależy to w decydującej mierze, po pierwsze, od naszych indywidualnych predyspozycji psychicznych – temperamentu i cech osobowości, uwarunkowanych genetycznie i/bądź socjalizacyjnie. Po drugie i najważniejsze – od mechanizmów psychologicznych odpowiedzialnych za poczucie szczęścia i strategię radzenia sobie z nieszczęściem. Jak pisze Czapiński „każdy człowiek dysponuje wieloma

różnymi mechanizmami psychologicznymi i strategiami działania skierowanymi na osłabienie negatywnych efektów przeciwności losu i zwiększanie poczucia szczęścia osobistego. Wszyscy zatem, wedle tego stanowiska, mamy szansę osiągnięcia lub zachowania poczucia szczęścia – pomimo odmiennych osobowości i różnic w obiektywnych warunkach życia” (Czapiński 1992, s. 8).

Rola subiektywnych wyznaczników jakości życia okazała się, statystycznie rzecz biorąc, znacznie bardziej istotna, niż rola czynników obiektywnych. W niezliczonej liczbie badań tzw. czynniki obiektywne wyjaśniają zaledwie od kilku do najwyżej kilkunastu procent zróżnicowania odpowiedzi w różnych skalach szczęścia, dobrostanu czy zadowolenia (Czapiński 1992, s. 139). Oznacza to, że ocena jakości własnego życia, poczucia, że jest ono „dobre”, „szczęśliwe”, „wartościowe” – lub wręcz przeciwnie „złe”, „nieszczęśliwe”, „pozbawione sensu, wartości” - w niewielkim jedynie stopniu zależy np. od tego, czy jesteśmy bogaci czy biedni, zdrowi czy chorzy, czy żyjemy w kraju mniej czy bardziej cywilizowanym, wreszcie – od tego, czy spotykają nas dobre czy złe rzeczy.

Na terytorium medycyny, opieki i polityki społecznej pojęcie jakości życia zadomowiło się na dobre. Zostało jednak w charakterystyczny sposób zrelatywizowane i powiązane ze stanem zdrowia, co znajduje swój wyraz w angielskim terminie *health related quality of life* – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Chodzi więc o jakość życia człowieka zagrożonego lub już dotkniętego zaburzeniem, chorobą czy niepełnosprawnością.

Najwcześniej pojęcie jakości życia zaczęli na tym polu wykorzystywać gerontolodzy, dokonując przy jego pomocy oceny stanu zdrowia osób w podeszłym wieku oraz opisując warunki ich życia i zajmowaną w społeczeństwie pozycję. Pojęciem tym posługują się również klinicyści, próbując określić konsekwencje najrozmaitszych chorób oraz konsekwencje określonych zabiegów leczniczych dla jakości życia pacjentów. Okazało się ono ważne i dla farmaceutów analizujących efekty stosowania różnych leków.

Niezwykle przydatne okazało się ono także przy ocenie jakości funkcjonowania rozmaitych form opieki medycznej i usług świadczonych przez sektor zdrowia i sektor opieki społecznej – zwłaszcza w odniesieniu do osób niepełnosprawnych.

We wszystkich tych dziedzinach ważne okazały się zarówno wymiary obiektywne, związane z klinicznym obrazem choroby oraz wymienianą wcześniej charakterystyką demograficzną i społeczno-ekonomiczną, jak i wymiary subiektywne – a więc przede wszystkim własna percepcja stanu zdrowia i samopoczucia jednostki.

Rzecz charakterystyczna, że ocena jakości życia oparta na wskaźnikach obiektywnych (np. na ekspertyzach lekarskich) nie zawsze – by nie powiedzieć, że wręcz często – nie pokrywa się z subiektywną oceną tejże jakości, dokonaną przez samych pacjentów. Może być tak, że obiektywnie ciężko chory człowiek ocenia swoje życie jako pełne i wartościowe – i odwrotnie, człowiek bez dających się wychwycić obiektywnie symptomów chorobowych bardzo nisko ocenia jakość swego życia. Obserwacja tego rodzaju zjawisk doprowadziła do przesunięcia akcentów w kierunku większego doceniania znaczenia czynników subiektywnych jako wyznaczników jakości życia oraz do uwzględniania roli indywidualnego światopoglądu i systemu wartości.

Wychodząc naprzeciw tym tendencjom, Światowa Organizacja Zdrowia powołała specjalną grupę do badań nad jakością życia. WHOQOL Group² wypracowała definicję jakości życia, opierającą się na indywidualnym sposobie postrzegania przez człowieka własnej sytuacji i pozycji życiowej na tle kultury, w której żyje oraz w powiązaniu z wyznawanym systemem wartości, a także zadaniami, oczekiwaniami i standardami środowiskowymi. Oceniając

² WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life – grupa Światowej Organizacji Zdrowia do spraw jakości życia

jakość życia, Światowa Organizacja Zdrowia proponuje uwzględnienie następujących czynników:

- a) stan fizyczny,
- b) stan psychiczny,
- c) stopień niezależności,
- d) relacje społeczne,
- e) relacje ze środowiskiem,
- f) religia, wierzenia, przekonania, poglądy (WHOQOL 1995 – za Tobiasz-Adamczyk, 1999).

Koncepcja ta wywodzi się z wielowymiarowej definicji stanu zdrowia, określającej zdrowie jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (a nie tylko brak choroby lub niesprawności), do której w ostatnich latach dołączono wymiar autonomii oraz aktywności i uczestnictwa (Üstün 1998). Tak więc sama medycyna uznała (przynajmniej w teorii) konieczność ujmowania zdrowia człowieka nie wyłącznie w kategoriach medycznych, ale w sposób holistyczny – tzn. z uwzględnieniem jego psychiki oraz relacji ze środowiskiem społecznym i kulturowym, w którym żyje i funkcjonuje. Ujmując pojęcie jakości życia w sposób holistyczny zaliczymy więc do jego wyznaczników zarówno wskaźniki obiektywne, charakteryzujące jego stan zdrowia i sytuację demograficzno-społeczno-ekonomiczną (w tym ważny wymiar wsparcia społecznego i integracji społecznej) jak i subiektywne wymiary mówiące o własnej percepcji i zadowoleniu z tegoż stanu zdrowia oraz własnej sytuacji życiowej, o niezależnym funkcjonowaniu w rolach społecznych i w życiu społecznym, o umiejętności sprawowania kontroli nad własnym życiem, pokonywania przeciwności i przystosowywania się do zdarzeń nieuniknionych, wreszcie o umiejętności cieszenia się życiem i czerpania z niego satysfakcji.

Jak widać z tego pobieżnego przeglądu, pojęcie jakości życia jest konceptem złożonym i wielowymiarowym. Warto przyrzeć się teraz, jak pojęcie to wykorzystywane jest w badaniach i polityce społecznej dotyczącej osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Podstawowym założeniem podejścia do niepełnosprawności intelektualnej, koncentrującego się na jakości życia, jest prawo każdej osoby z niepełnosprawnością intelektualną do doświadczania wartościowego życia (Brown, 1997). Podejście takie jest niezwykle aktualne i przydatne na terenie polityki społecznej oraz systemu służb i usług świadczonych osobom niepełnosprawnym – nie tylko intelektualnie. Jest ono logiczną konsekwencją zasad ukształtowanych w ostatnich latach, a dotyczących życia w otwartym środowisku, normalizacji, integracji i włączania osób niepełnosprawnych w życie społeczne, niezależności, możliwości sprawowania kontroli nad własnym życiem oraz egzekwowania swych ludzkich i obywatelskich praw.

Pojęcie jakości życia, promowane w tym podejściu, umożliwia nam skoncentrowanie się na autentycznej roli powyższych zasad, a więc na tym, czy i w jakiej mierze rzeczywiście wzbogacają one ludzkie życie. Dostarcza nam również narzędzia, które pozwala na badanie, wpływanie na i ocenianie zarówno polityki społecznej jak i jakości służb i usług świadczonych osobom niepełnosprawnym. Podejście promujące jakość życia:

- jest podejściem holistycznym, obejmującym całokształt doświadczeń osób z niepełnosprawnością intelektualną, w tym zarówno ich potrzeby jak i możliwości;
- ustanawia poprawę jakości życia ludzi jako nadrzędny cel polityki społecznej;
- zwraca uwagę na znaczenie środowiska, które może przyczynić się do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Dotyczy to działań na poziomie legislacji i polityki społecznej (kształtowania prawa i ogólnych wytycznych), na poziomie kultury i świadomości społecznej (kształtowanie odpowiednich wartości, postaw i zachowań w społeczeństwie), wreszcie na poziomie konkretnych służb i usług (świadczenie wsparcia dla poszczególnych osób i grup ludzi).

Próbując podsumować w najogólniejszy sposób różnorodne definicje jakości życia można powiedzieć, że w ich skład zaliczane są najczęściej z jednej strony – obiektywne warunki życia, a z drugiej – subiektywna ich ocena,

as także samopoczucie czy precyzyjniej dobrostan jednostki oraz jej pogląd na świat i system wartości. Wszystkie te elementy odnaleźć można w definicji jakości życia Felce'a i Perry'ego. Ujmują ją oni jako „całościowy, ogólny dobrostan, na który składają się obiektywne i subiektywne oceny w zakresie samopoczucia fizycznego, materialnego, społecznego i emocjonalnego oraz poziomu rozwoju osobowego i celowej aktywności, przy czym wszystko to przeważone jest przez indywidualny system wartości„ (Felce, Perry 1996. s. 52).

Czynniki obiektywne to przede wszystkim warunki życia i bytowania uzależnione m.in. od stanu zdrowia, wykształcenia, sytuacji zawodowej i materialnej, miejsca zamieszkania i warunków mieszkaniowych. Nie można przy tym zapominać, że ten mikrospołeczny, dotyczący warunków bytu i życia jednostek i rodzin wymiar uzależniony jest w wielkiej mierze od czynników zewnętrznych w stosunku do jednostki i rodziny. Mam tu na myśli uwarunkowania mezostrukturalne – czyli funkcjonowanie instytucji społecznych (oświaty, służby zdrowia, służb administracyjnych i komunalnych, itp.) oraz uwarunkowania makrostrukturalne - a więc system polityczny, prawny i ekonomiczny państwa i realizowana przez nie polityka społeczna względem obywateli.

Z kolei na czynniki o charakterze subiektywnym, psychospołecznym, składają się m.in. oceny i samopoczucie jednostek w zakresie własnego stanu fizycznego, psychicznego i materialnego, więzi i stosunki z innymi ludźmi oraz poczucie oparcia jakie w nich znajdują, a także przede wszystkim – system wyznawanych wartości i światopogląd człowieka, a więc przekonanie o tym, co rządzi światem i co jest w życiu ważne i warte zabiegów. System wartości i światopogląd zdaje się być tym najważniejszym kluczem pozwalającym zrozumieć, dlaczego ludzie różnią się w ocenach jakości własnego życia, dlaczego jedni są z niego niezadowoleni – inni zaś – pomimo nie lepszych, a często wręcz gorszych warunków obiektywnych i subiektywnych – potrafią znaleźć w nim szczęście i satysfakcję. Warto przy tym pamiętać, że zarówno system wartości jak i światopogląd mogą ulegać w ciągu życia człowieka modyfikacjom i przemianom pod wpływem wydarzeń i doświadczeń, które stają się jego udziałem.

Jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnością, a zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną, analizę jakości ich życia należy uzupełnić o jeszcze jeden istotny wymiar, jakim jest percepcja, czyli postrzeganie osób niepełnosprawnych przez innych, a więc zarówno przez najbliższe osoby znaczące, jak i służby powołane do wspierania niepełnosprawnych oraz ogół społeczeństwa.

Uwzględniając to uzupełnienie, chcę przedstawić Państwu nieco zmodyfikowany przeze mnie model analizy jakości życia. Model ten, w pierwotnym swym kształcie, zaprezentowali w roku 1990 badacze amerykańscy Schalock, Keith i Hoffman (1990), autorzy Kwestionariusza Jakości Życia – stosowanego szeroko w świecie narzędzia do analizy jakości życia osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Model jakości życia

A.	Czynniki obiektywne: <ul style="list-style-type: none"> ■ Cechy środowiska zewnętrznego ■ Warunki życia ■ Indywidualne cechy jednostki 	Czynniki subiektywne: <ul style="list-style-type: none"> ■ Subiektywna ocena obiektywnych warunków życia ■ Zadowolenie z życia
B.	Percepcja osób niepełnosprawnych w społeczeństwie	
C.	Światopogląd i system wartości	
D.	Postrzegana jakość życia	
E.	Mierzona jakość życia	

Omówmy pokrótce poszczególne składowe modelu.

A. Jak wynika z wielu badań, ogólne poczucie dobrostanu jest wypadkową obiektywnych warunków życiowych oraz subiektywnego poczucia zadowolenia z życia. Różni autorzy podają bardzo zróżnicowane listy elementów i zjawisk zaliczanych do czynników subiektywnych i obiektywnych. I tak np. wśród czynników decydujących o zadowoleniu z życia i jego jakości w amerykańskim społeczeństwie wymieniane jest zdrowie, poziom wykształcenia, praca i zarobki, warunki mieszkaniowe i standard materialny, małżeństwo i życie rodzinne, sąsiedztwo i życie towarzyskie oraz udział w organizacjach i stowarzyszeniach. W badaniach przeprowadzonych wśród osób niepełnosprawnych wymienia się zarówno indywidualne cechy jednostki, takie jak m.in. poziom umysłowy i zakres niepełnosprawności oraz obiektywne warunki, takie jak życie i praca w normalnym środowisku, dochód i więzi rodzinne. Jeszcze inni badacze dodają do cech obiektywnych poziom opieki społecznej i bezpieczeństwa publicznego oraz szanse na życie w otwartym środowisku (zarówno pod kątem odpowiednio dostosowanych form mieszkalnictwa, jak i dostępności i możliwości korzystania z różnych form życia społecznego – instytucji, służb, mediów, placówek kulturalnych i religijnych itp.).

Jeżeli chodzi o czynniki subiektywne – badacze uwzględniają tu najczęściej osobistą ocenę warunków obiektywnych – tzn. zadowolenie bądź niezadowolenie ze stanu zdrowia, edukacji, pracy, warunków materialnych i mieszkaniowych, kontaktów z ludźmi, funkcjonowania służb i instytucji społecznych, możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym itd.

B. Jak już wspominałam, w ostatnich latach dają się zauważyć znaczące zmiany w postawach społecznych wobec osób niepełnosprawnych i prezentowanych przez nie możliwości. Stąd tak ważnym wymiarem w modelu jakości życia osób niepełnosprawnych jest stosunek zarówno osób znaczących (a więc rodziców, kolegów i przyjaciół) jak i personelu różnorodnych służb i placówek środowiskowych dla nich przeznaczonych oraz postawy społeczeństwa jako całości. Percepcja osób niepełnosprawnych i postawy wobec nich demonstrowane wpływają, zdaniem Schalocka i in. (1990, s.4) na ukształtowanie zarówno wewnętrznych standardów stosowanych do oceny doświadczeń życiowych i jakości życia, jak i osobistych poglądów, dotyczących tego, co jest w życiu ważne i jakie zasady rządzą światem i życiem społecznym (chodzi więc o system wartości i światopogląd). Ostatnie zmiany sprawiły, że osoby z niepełnosprawnością włączane są coraz częściej w normalne życie społeczne – co na ogół wpływa pozytywnie na sygnalizowaną przez nich ocenę jakości życia. Tak więc wewnętrzne standardy, wedle których dokonują one tych ocen, ulegają modyfikacji pod wpływem zmian sytuacji życiowej związanej ze zmianą postaw i oczekiwań społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych.

C. Światopogląd i system wartości, a więc system przekonań co do zasad rządzących światem oraz tego, co jest w nim ważne i warte zabiegów, kształtuje się w konfrontacji indywidualnych doświadczeń jednostki (związanych z jej cechami i obiektywnymi warunkami życia) z dominującymi w społeczeństwie poglądami na temat reguł jego funkcjonowania oraz obowiązujących norm i wartości. Jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnościami – w pewnych społeczeństwach akceptuje się je i wspiera, w innych odrzuca i wyłącza. Tak więc indywidualne przekonania tych osób na temat zasad funkcjonowania społeczeństwa i wynikająca stąd ocena jakości ich życia uzależniona jest od stwarzanych przez to społeczeństwo szans i możliwości skorzystania z nich.

D. Postrzegana jakość życia jest pojęciem z gruntu subiektywnym i nie da się jej wywieść wyłącznie z obiektywnych warunków życiowych. Jak wspominałam wcześniej, z badań wynika, iż subiektywne i obiektywne wskaźniki jakości życia nie korelują ze sobą szczególnie wysoko – co wynika m.in. zapewne z interweniującej roli własnego systemu wartości i światopoglądu. Dlatego tak ważne jest, by sama jednostka dokonała subiektywnej oceny swojej ogólnej sytuacji życiowej.

E. Proponowany przez autorów empiryczny pomiar jakości życia osób niepełnosprawnych intelektualnie stanowi więc wypadkową doświadczeń życiowych wynikających z obiektywnych warunków życiowych i subiektywnej ich oceny oraz postrzegania tych osób i prezentowanych wobec nich postaw społecznych; jest dalej wypadkową systemu wartości i przekonań na temat tego, jak funkcjonuje świat oraz globalnej, postrzeganej przez nich, oceny jakości własnego życia.

W każdym z wymienionych elementów modelu jakości życia warto wyróżnić szczególnie nas tu interesujące zjawisko, jakim jest zatrudnienie, czyli aktywność zawodowa. Ma ona swój wymiar obiektywny i subiektywny, ma znaczenie dla sposobu postrzegania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, ma też swoje miejsce w systemie wartości oraz postrzeganej i mierzonej jakości życia.

3. Zatrudnienie

Praca stanowi jeden z najważniejszych wymiarów ludzkiego życia – i to życia każdego z nas, niezależnie od tego czy jesteśmy sprawni, czy niepełnosprawni. „To powód, żeby rano wstać, żeby robić coś pożytecznego i dostawać za to pieniądze” – jak powiedział kiedyś Loyd Page, niepełnosprawny intelektualnie przedstawiciel angielskiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych i ich Rodzin MENCAP i jednocześnie wiceprezydent Inclusion Europe – Związku Stowarzyszeń Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną i ich Rodzin z 36 krajów Europy.

Ta dość oczywista, w odniesieniu do każdego z tzw. normalnych ludzi, argumentacja nie zawsze i nie wszędzie uważana jest za równie oczywistą w stosunku do osób dotkniętych niepełnosprawnością, a szczególnie niepełnosprawnością intelektualną. Wystarczy przyrzeć się statystykom (tam, gdzie one istnieją) by przekonać się, że pracujące osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią nikły odsetek wśród ogółu tych osób (w Polsce mamy np. zaledwie około 7% pracujących wśród ogółu osób z niepełnosprawnością intelektualną – w porównaniu z około 16% pracujących wśród wszystkich niepełnosprawnych i blisko 50% pracujących w całej populacji – dane GUS z r. 1996).

Tymczasem niepełnosprawni w znakomitej większości chcą i mogliby pracować, gdyby zapewniono im odpowiednie formy wsparcia i zadbano o systemowe, nowoczesne rozwiązania na rynku pracy. Naprzeciw takiemu właśnie myśleniu, które acz z trudem i powoli, ale jednak coraz konsekwentniej dochodzi do głosu w wielu krajach, wychodzą kolejne inicjatywy i dokumenty Unii Europejskiej i Narodów Zjednoczonych. Ich cechą szczególną jest zmiana optyki, polegająca na tym, iż coraz częściej patrzy się na osoby z niepełnosprawnościami przez pryzmat ich ludzkich i obywatelskich praw, a nie przez pryzmat ich defektów. Tytułem przykładu warto tu wymienić m.in. takie dokumenty, jak:

- Europejska Karta Socjalna z r. 1961 (uzupełniona w roku 1988 dodatkowym protokołem), mówiąca o prawie osób niepełnosprawnych do szkolenia zawodowego, rehabilitacji i adaptacji zawodowej i społecznej oraz prawa do równych szans i równego traktowania w kwestii zatrudnienia i wyboru zawodu;
- ustanowione przez Narody Zjednoczone w r. 1993 Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, domagające się m.in. zapewnienia im równych szans wykonywania pożytecznego i satysfakcjonującego zawodowo zajęcia – przede wszystkim na otwartym rynku pracy;
- obowiązujący prawnie dokument – Dyrektywa Rady Europy nr 2000/78/EC w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnianiu i wykonywaniu zawodu z r. 2000 (zob. E. Wapiennik, R. Piotrowicz, Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy, UKIE 2002);
- kluczowa – najważniejsza jak dotąd – omawiana w rozdziale wprowadzającym Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych;
- dokument Unii Europejskiej odzwierciedlający zalecenia Konwencji – Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010 – 2020: odnowione zobowiązania do budowy Europy bez barier, w którym potwierdzono, że dostęp do zatrudnienia i wdrażanie zasady równych szans w zatrudnieniu to istotne cele i zalecenia dla polityk publicznych w UE (Giermanowska, 2014, s.16).

Dokumenty te stanowią z pewnością istotne bodźce w kierunku poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Czas pokaże, w jakiej mierze poprawę tę odczują także osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jak dotąd, stanowią one nadal we wszystkich krajach najbardziej dyskryminowaną przy zatrudnianiu grupę osób. Wynika to z wielu przyczyn, wśród których najbardziej chyba krzywdzące są bariery mentalne – obok barier prawnych i instytucjonalnych. Bariery mentalne tkwią w świadomości nas wszystkich, a szczególnie potencjalnych pracodawców, którzy nie wyobrażają sobie, by osoby z niepełnosprawnością intelektualną były w stanie poradzić sobie na otwartym rynku pracy. Co najwyżej dopuszcza się możliwość ich zatrudnienia w izolowanych warunkach pracy chronionej. I taki właśnie system zakładów pracy chronionej (wspierany dotacjami ze specjalnych funduszy, tworzonych z obligatoryjnych kar nakładanych na pracodawców nie zatrudniających określonego odsetka osób niepełnosprawnych – tzw. system kwotowy) dominował przez lata w wielu krajach – w tym również w Polsce. Stopniowo jednak okazuje się on coraz bardziej niewydolny – tak finansowo, jak i z punktu widzenia realizacji praw osób niepełnosprawnych do równego traktowania na rynku pracy.

W niektórych krajach Europy Zachodniej – zwłaszcza w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii i Irlandii – zaczynają się coraz aktywniej rozwijać nowe formy i oferty pracy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Opierają się one z jednej strony – na uznaniu prawa do pracy i zakazie dyskryminacji osób niepełnosprawnych, z drugiej – na dokładnym rozeznaniu i dopasowaniu do siebie możliwości osób niepełnosprawnych i konkretnych potrzeb pracodawcy.

Specyfika funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną polega najczęściej na tym, iż – tak, jak osoba niewidząca potrzebuje do pracy odpowiedniego oprzyrządowania komputerowego – tak człowiek niepełnosprawny intelektualnie potrzebuje osoby wspierającej. Jej rola polega przede wszystkim na tym, by pomóc zrozumieć, czego się od niego oczekuje, nauczyć określonych czynności, wprowadzić w nowe środowisko i zapoznać z regułami współżycia w nim obowiązującymi i jednocześnie pomóc pracodawcy i współpracownikom zrozumieć i zaakceptować niepełnosprawnego kolegę.

Idea ta, określana mianem zatrudnienia wspomaganego, na które składa się także, a może przede wszystkim, system poszukiwania odpowiedniej pracy i pracodawcy dla określonej osoby z niepełnosprawnością intelektualną i szkolenia na stanowisku pracy (bez wieloletnich przygotowań, które w efekcie mogą się okazać czasem straconym, bo nie trafiają w oczekiwania i potrzeby aktualnego rynku pracy), zaczyna znajdować coraz więcej zwolenników i okazywać się efektywnym sposobem zatrudniania osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Istnieje coraz więcej dowodów wskazujących na to, że jeśli uda się znaleźć odpowiednie zajęcie i umiejętnie wesprzeć taką osobę w trakcie przyuczania i późniejszego nadzorowania jej pracy – okazuje się ona świetnym pracownikiem, stanowiącym prawdziwy zysk dla firmy. Bo trzeba tu dodać, że trudno znaleźć bardziej oddanych, ofiarnych i lojalnych pracowników, niż osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Dowody na to znaleźć można np. w serii poradników MENCAPu „Praca dla osób niepełnosprawnych”³, wydanych staraniem Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, oraz w raportach z realizacji działań Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelektualnie – Centrum DZWONI, w tym:

1. Raport podsumowujący działalność Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelektualnie, PSOUU, Warszawa 2008.
2. „Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną (osoby z zespołem Downa oraz z upośledzeniem w stopniu głębokim)” – Raport, PSOUU, Warszawa 2010.

³ Publikacje znajdują się na stronie: www.psouu.org.pl/publikacje-ksiazki, dostęp: 5.05.2015 r.

3. „Niepubliczna agencja doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” – Raport z realizacji projektu Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie Centrum DZWONI w Warszawie, PSOUU, Warszawa 2012.
4. Raport podsumowujący realizację projektu pn. „Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie” realizowanego w ramach zadania publicznego „Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną, PSOUU, Warszawa, 2014.

Szereg takich dowodów, świadczących o wielkim, niewykorzystanym – jak dotąd – potencjale osób niepełnosprawnych intelektualnie znaleźć można w rosnącej liczbie publikacji na ten temat, wśród których napotykamy na niezwykle interesujące przykłady zatrudniania na otwartym rynku pracy osób głębiej niepełnosprawnych. Okazuje się, że nawet takie osoby są w stanie pracować, a co więcej – praca wpływa dobroczynnie na poziom ich funkcjonowania.

Co więcej, im bardziej różnorodne i bogate doświadczenia zawodowe, tym większe zadowolenie osób niepełnosprawnych intelektualnie z własnego życia. Dokumentują to m.in. w pewnej (ograniczonej mierze) badania polskie (Otrębski, 2007), w których porównywano jakość życia (mierzoną przy pomocy Kwestionariusza Jakości Życia Schalocka) w grupie 360 młodych osób z lekkim (180 osób) i umiarkowanym (180 osób) stopniem niepełnosprawności intelektualnej o zróżnicowanych doświadczeniach quasi-zawodowych: były to mianowicie osoby uczęszczające do warsztatów terapii zawodowej (WTZ), osoby uczęszczające do zasadniczej szkoły zawodowej lub do klasy przysposabiającej do zawodu (SZS/KPZ) i osoby bez żadnej aktywności zawodowej przebywające w domach (BRZ). Osoby z dwu pierwszych grup nie miały więc na swym koncie aktywności stricte zawodowych, a jedynie przygotowywane były do ewentualnego jej podjęcia w przyszłości.

Okazało się, że zarówno wśród osób z lekkim jak i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej najwyższą jakość życia stwierdzono u osób z WTZ-ów (średnia 89,25 dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną i 84,67 dla osób z umiarkowaną niepełnosprawnością), następnie u uczniów SZS/KPZ (odpowiednio średnia 80,92 i 74,58), najniższą zaś jakość życia odnotowano u osób przebywających w domu, pozbawionych jakiegokolwiek rehabilitacji zawodowej (odpowiednio średnia 75, 37 i 72, 53).

Jakkolwiek trudno uznać, że trzy porównywane „środowiska rehabilitacji”, jak mówi o nich autor, dostarczyły badanym doświadczeń zawodowych, to jednak widać wyraźnie, iż poczucie jakości życia było zdecydowanie zróżnicowane – i w grupie o lekkim i o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności intelektualnej – im więcej i bardziej różnorodnych doświadczeń posiadały te osoby, tym bardziej były zadowolone z własnego życia, przy czym jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim była wyższa, niż w przypadku niepełnosprawności umiarkowanej (Otrębski, 2007 s. 71).

Wniosek ten znajduje znacznie lepiej podbudowaną i przekonującą dokumentację w książce „Życie w integracji – stargardzki model lokalnego systemu rehabilitacji i wsparcia społeczno-zawodowego osób z niepełnosprawnością intelektualną” (Anasz, Mrugańska, Wojtyńska, Ferenc, 2012, 2014). W książce tej, inspirowanej koncepcją i miarami jakości życia zaproponowanymi przez Schalocka, dokonano porównania jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną zamieszkujących w dwu regionach Polski (Stargardzie Szczecińskim i regionie porównawczym), skonstruowanych ze względu na dostępną ofertę służb środowiskowych (ZAZ, WTZ, ŚDS, mieszkalnictwo wspomagane). Znacznie bogatsza oferta, wypracowana przez Koło Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym w Stargardzie Szczecińskim sprawiła, iż syntetyczny wskaźnik jakości życia, o wartościach od 1 do 5, (na który złożyły się cząstkowe oceny dobrostanu fizycznego i materialnego, potencjału osobistego, zakresu samodzielności, podstawowej aktywności życiowej, aktywności w czasie wolnym, relacji interpersonalnych samostanowienia, integracji i partycypacji oraz dobrostanu emocjonalnego) wyniósł w Stargardzie 3,82, co oznacza ocenę dobrą, zaś w regionie porównawczym 2,66, co przełożyło się na ocenę dostateczną minus.

Co ciekawe, 75-osobowa grupa badanych ze Stargardu reprezentowała w zdecydowanej większości znaczny stopień niepełnosprawności intelektualnej (w 88%), natomiast w 57-osobowej grupie z regionu porównawczego osób z tak niskim stopniem niepełnosprawności było niemal dwukrotnie mniej (47%). Można by więc oczekiwać, choćby na podstawie cytowanych wyżej badań Otrębskiego, ale i szeregu innych (zob. Firkowska-Mankiewicz 1999), że jakość życia osób w Stargardzie będzie generalnie niższa, niż w regionie porównawczym. Tymczasem stało się odwrotnie, a głównym kluczem pozwalającym zrozumieć tę różnicę, okazało się właśnie zatrudnienie. Bo oto dzięki istnieniu w Stargardzie prężnego Zakładu Aktywności Zawodowej ponad 50% badanych miało stałą pracę zarobkową, natomiast w regionie porównawczym blisko 60% ani nie pracowało, ani nie uczęszczało do żadnej placówki rehabilitacyjnej typu WTZ czy ŚDS.

Dlatego tak ważne dla jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną jest poszerzanie oferty zatrudnienia dla nich, nie ograniczającego się do pracy chronionej. Chodzi o tworzenie jak najszerszych możliwości zatrudnienia nie tylko w zakładach aktywności zawodowej, ale przede wszystkim na otwartym rynku pracy w systemie zatrudnienia wspomaganego. Taką właśnie ofertę tworzą Centra DZWONI, które będą zaprezentowane w dalszej części raportu.



dr hab. prof. APS Mariola Wolan-Nowakowska
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Praca jako wartość w życiu osoby z niepełnosprawnością

Proces rozwoju zawodowego dotyczy wszystkich osób, zarówno osób sprawnych, jak i osób z niepełnosprawnością. Bez względu na okres wystąpienia niepełnosprawności, czy jest to dysfunkcja, która pojawiła się od urodzenia czy w późniejszym okresie życia rozwój zawodowy jest procesem, który towarzyszy każdej osobie na etapie dzieciństwa, dorastania oraz dorosłości. Dla dzieci podstawową formą aktywności jest zabawa, dla młodzieży nauka, natomiast dla dorosłego człowieka praca. Poprzez zabawę i naukę dzieci oraz młodzież przygotowują się do pełnienia ról zawodowych w dorosłym życiu, nie tylko zdobywają wiedzę ogólną, kształtują umiejętności oraz uczą się zawodu, kształtują również cechy charakteru przydatne w środowisku pracy. Aktywność zawodowa zazwyczaj pojawia się jako bezpośrednia forma działania w okresie dorosłości, natomiast praca jako element życia i konstrukt psychiczny, pojawia się znacznie wcześniej. Tak jak praca kształtuje jakość życia każdego człowieka, tak brak pracy determinuje obniżony poziom funkcjonowania psychicznego, społecznego oraz egzystencji nie tylko osoby z niepełnosprawnością, ale całej rodziny.

W tym miejscu należy podkreślić szczególne znaczenie, jakie praca oraz aktywność zawodowa pełni w życiu osób z niepełnosprawnością. W okresie dorosłości każdy człowiek dąży ku rozwijaniu siebie poprzez realizację zadań rozwojowych, które przede wszystkim związane są z funkcjonowaniem w dwóch środowiskach: środowisko rodziny i środowisko pracy. Praca jest jedną z najważniejszych wartości dla osób z niepełnosprawnością. Wiele osób z niepełnosprawnością żyje w rodzinach pochodzenia, nie wchodzi w związki, nie tworzą nuklearnych rodzin. Aktywność zawodowa jest szansą dla nich na rozwijanie relacji interpersonalnych oraz spostrzeganie siebie w kategoriach wykraczających poza niepełnosprawność. Praca dla osób z niepełnosprawnością pełni zasadniczo następujące funkcje:

- rehabilitacyjną (wpływa pozytywnie na kształtowanie samodzielności i niezależności życiowej, rozwój umiejętności życiowych);
- dochodową (daje możliwość zaspakajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych);
- socjalizacyjną (zaspakaja potrzebę przynależności do określonej grupy, daje możliwość budowania poczucia tożsamości, pozwala na kształtowanie relacji interpersonalnych);
- samorealizacyjną (praca jest źródłem budowania poczucia podmiotowości, sprawczości, rozwijania talentów, poszerzania możliwości oraz ustawicznego rozwoju osobistego potencjału osoby).

Rodzaj i zakres niepełnosprawności bezpośrednio wyznaczają ograniczenia i możliwości zawodowe jednostki. W wielu przypadkach osoba o ograniczonej sprawności nie jest zdolna samodzielnie, w sposób świadomy i trafny ocenić własnych możliwości zawodowych i szans na rynku pracy. Również samodzielne poruszanie się po rynku pracy wymaga szeregu kompetencji, których nie posiada wiele osób poszukujących pracy zarówno pełnosprawnych, jak i osób o ograniczonej sprawności. Jednakże w przypadku osób z niepełnosprawnością im bardziej widoczna niepełnosprawność oraz im więcej występuje ograniczeń psychofizycznych związanych z wykonywaniem pracy, tym mniejsze szanse na samodzielne znalezienie zatrudnienia. Osoby z niepełnosprawnością wymagają specjalistycznego pośrednictwa pracy, natomiast pracodawcy specjalistycznego wsparcia w zakresie zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością. Istotną rolę w procesie aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością pełni rehabilitacja zawodowa. Indywidualizacja w procesie rehabilitacji zawodowej oznacza dopasowanie do indywidualnych

potrzeb i możliwości psychofizycznych osoby z niepełnosprawnością form i metod wsparcia profesjonalistów oraz organizacji procesu rehabilitacji.

Pojęcie, zasady, założenia rehabilitacji zawodowej

Analiza znaczenia rehabilitacji wskazuje na pochodzenie pojęcia od słowa łacińskiego *habilitas*, które oznacza przydatność, zdatność oraz przedrostka *re* – na nowo (Ossowski R. 1999). Pojęcie rehabilitacji wiąże się zatem z procesem odzyskiwania utraconych sprawności, zdolności, przywrócenia osobie z niepełnosprawnością w możliwie maksymalnym stopniu sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej (Zabłocki K. J., 1995). Zasadniczym celem procesu kompleksowej rehabilitacji jest uzyskanie przez osobę z niepełnosprawnością maksymalnego poziomu niezależności i samodzielności w odniesieniu do możliwości psychofizycznych osoby. Według twórcy polskiej szkoły rehabilitacji A. Hulka (1969), rehabilitacja jest procesem polegającym na rozwijaniu u osoby trwale poszkodowanej na zdrowiu maksymalnych zdolności do samodzielnego życia i pracy zawodowej, które umożliwiają włączenie w czynne życie społeczne. Założeniem procesu rehabilitacji jest osiągnięcie przez osobę z niepełnosprawnością optymalnego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Polski model rehabilitacji zawodowej, przyjęty już w latach 70. XX wieku, wskazywał na znaczenie następujących cech procesu rehabilitacji:

- powszechność (dostępność);
- wczesność (uczestnictwo w procesie rehabilitacji możliwie od momentu jej powstania);
- ciągłość (proces rehabilitacji przebiega od powstania niepełnosprawności aż do pełnego usamodzielnienia się życiowego i pracy);
- kompleksowość (uwzględnienie wszystkich aspektów rehabilitacji) (Dega W., 1974).

Kompleksowość procesu rehabilitacji wiąże się z dążeniem do zaspakajania wszystkich potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w związku z powyższym wyróżniamy rehabilitację medyczną, psychologiczną, społeczną oraz zawodową. Celem rehabilitacji zawodowej jest przygotowanie osoby z niepełnosprawnością do pracy oraz zapewnienie zatrudnienia zgodnie z jej możliwościami psychofizycznymi oraz kwalifikacjami zawodowymi (Majewski T., 1999, s. 23).

U podstaw procesu rehabilitacji zawodowej leżą następujące założenia:

1. Każda osoba z niepełnosprawnością pomimo ograniczeń w funkcjonowaniu zachowuje określone sprawności i dyspozycje, które po ich zidentyfikowaniu, ukierunkowaniu i usprawnieniu stają się podstawą umożliwiającą podjęcie szkolenia zawodowego, a później pracy zawodowej.
2. Żadna praca nie wymaga od osoby, która ją wykonuje zaangażowania wszystkich sprawności zarówno fizycznych, psychicznych (w tym intelektualnych i innych), jak i społecznych (Zabłocki K. 1999, s. 25).

W procesie rehabilitacji zawodowej wyodrębnia się zasadniczo trzy etapy:

- poradnictwo zawodowe,
- kształcenie zawodowe,
- zatrudnienie.

Zasada indywidualizacji w procesie rehabilitacji zawodowej oznacza, że zakres podejmowanych działań oraz czas ich trwania na każdym etapie ściśle związany jest z potrzebami osoby z niepełnosprawnością oraz specyfiką sytuacji, w jakiej się ona znajduje. Każda osoba jest niepowtarzalną jednostką, z własnymi potrzebami, przekonaniami, możliwościami psychofizycznymi oraz preferencjami i zainteresowaniami zawodowymi. Podejście indywidualne do osoby z niepełnosprawnością rozpoczyna się na pierwszym etapie procesu rehabilitacji zawodowej, który obejmuje poradnictwo zawodowe. Od prawidłowego przeprowadzenia procesu poradnictwa zawodowego zależy

powodzenie kolejnych etapów rehabilitacji zawodowej. W przypadku wielu osób z niepełnosprawnością konsekwencją braku możliwości skorzystania z porady zawodowej jest bierność zawodowa (Majewski T. 2011).

Celem przygotowania do pracy osoby z niepełnosprawnością jest wyposażenie w wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne niezbędne do wykonywania zadań zawodowych w określonym zawodzie. Bardzo ważnym elementem procesu rehabilitacji zawodowej jest dobór odpowiedniego środowiska pracy oraz stanowiska pracy, które musi odpowiadać psychofizycznym sprawnościom osoby z niepełnosprawnością,

W procesie rehabilitacji zawodowej stawiamy dwa zasadnicze pytania:

- *Jaki zakres aktywności zawodowych może wykonać osoba niepełnosprawna?*
- *Jakie warunki powinny być stworzone, żeby proces zakończył się sukcesem?*

W przypadku osób z niepełnosprawnością, które mają szczególne trudności nie tylko z określeniem własnych możliwości zawodowych, ale również doświadczają problemów ze znalezieniem i utrzymaniem zatrudnienia szansą na aktywizację zawodową jest zatrudnienie wspomagane. Proces zatrudnienia wspomaganego jest formą rehabilitacji zawodowej, która umożliwia w pełnym zakresie indywidualizację wsparcia osoby z niepełnosprawnością w aktywizacji zawodowej na etapie poradnictwa zawodowego, kształcenia zawodowego, zatrudnienia oraz utrzymania pracy zawodowej. Indywidualizacja jest wpisana w podstawowe założenia, wartości i zasady zatrudnienia wspomaganego: indywidualne podejście, szacunek, samostanowienie, świadomy wybór, upodmiotowienie, poufność, elastyczność i dostępność (PFON, 2013).

Poradnictwo zawodowe dla osób z niepełnosprawnością

Osoby z niepełnosprawnością, mając specyficzne ograniczenia i możliwości zawodowe, posiadają zróżnicowane potrzeby w zakresie aktywizacji zawodowej. Indywidualizacja na etapie prowadzenia poradnictwa zawodowego daje szansę na ocenę konsekwencji niepełnosprawności w sferze życia codziennego, edukacji oraz w odniesieniu do pracy zawodowej osoby o ograniczonej sprawności (Ostrowska A., Szczepankowska B., 1999). W procesie poradnictwa zawodowego doradca ocenia zdolności do pracy osoby z niepełnosprawnością oraz wraz z klientem ustala ścieżkę rozwoju zawodowego. Zasadniczym celem procesu poradnictwa zawodowego jest wsparcie osoby z niepełnosprawnością w podjęciu świadomej i trafnej decyzji o wyborze obszaru realizacji kariery zawodowej.

W zależności od sytuacji klienta decyzje mogą dotyczyć:

- wyboru zawodu/czynności zawodowych, stanowiska pracy;
- decyzji o kształceniu zawodowym w szkolnych lub pozaszkolnych formach kształcenia;
- decyzji o formie zatrudnienia (otwarty/chroniony rynek pracy).

Rzetelna porada zawodowa skierowana do osoby z niepełnosprawnością powinna opierać się na szczegółowym procesie oceny aktualnych i potencjalnych możliwości osoby o ograniczonej sprawności, tak aby realnie określić profil zawodowy klienta. W procesie zatrudnienia wspomaganego podkreśla się znaczenie stosowania na tym etapie podejścia skoncentrowanego na osobie (PFON, 2013). Potencjał zawodowy pracownika można określić wyodrębiając następujące kategorie zmiennych:

- wiek,
- płeć,
- stan zdrowia,
- konstytucja fizyczna: siła i sprawność fizyczna,
- zdolności i uzdolnienia, które są podstawą do kształtowania konkretnych umiejętności zawodowych,
- zainteresowania zawodowe,
- kompetencje zawodowe: poziom wiedzy i umiejętności,

- kwalifikacje zawodowe (kompetencje formalne),
- cechy osobowości i motywacja do pracy (Wolan-Nowakowska M., 2009).

Badania dotyczące problematyki rozwoju zawodowego młodzieży z niepełnosprawnością jednoznacznie wskazują, że zasadniczą trudnością wielu osób o ograniczonej sprawności jest nieadekwatny obraz własnej osoby. Brak zdolności do realnej oceny własnych ograniczeń i możliwości zawodowych stanowi istotną barierę w procesie aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością. Osoby z niepełnosprawnościami deklarują chęć korzystania z profesjonalnego wsparcia w zakresie planowania kariery edukacyjno-zawodowej, szczególnie w odniesieniu do indywidualnego wsparcia doradcy zawodowego. Wyniki badań na poziomie istotnym statystycznie pokazują niższy poziom informacji edukacyjno-zawodowej uczniów z niepełnosprawnościami, w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami (por. Wolan-Nowakowska M. 2013).

Odnosząc zasady kompleksowej rehabilitacji do procesu poradnictwa zawodowego należy podkreślić konieczność dostępności specjalistycznego wsparcia dla wszystkich osób z niepełnosprawnościami. Kolejne zasady to wczesność oraz ciągłość procesu rehabilitacji. Zasady te pełnią również kluczową rolę w procesie poradnictwa zawodowego. Z poradnictwa zawodowego korzystają uczniowie z niepełnosprawnościami oraz dorosłe osoby. Zasada dostępności oraz wczesności procesu rehabilitacji w odniesieniu do poradnictwa zawodowego oznacza, że każdy uczeń z niepełnosprawnością powinien mieć możliwość korzystania z porady doradcy zawodowego. Dostępność wsparcia doradcy zwiększa szansę młodych osób z naruszoną sprawnością na podejmowanie trafnych, świadomych decyzji edukacyjno-zawodowych, które w przyszłości dadzą im szansę na aktywizację zawodową. Błędne decyzje narażają osoby z niepełnosprawnością na wysiłek związany ze zdobywaniem nieodpowiednich kwalifikacji zawodowych, czego konsekwencją jest poczucie frustracji, porażki oraz rezygnacja z uczestniczenia w procesie rehabilitacji zawodowej.

Doradca zawodowy powinien wspierać:

- młode osoby z niepełnosprawnością w wyborze zawodu oraz odpowiedniej szkoły zawodowej czy innej formy przygotowania do pracy zawodowej;
- dorosłe osoby z niepełnosprawnością, które nie mają przygotowania zawodowego, w zakresie wyboru odpowiedniej ścieżki kształcenia zawodowego oraz odpowiedniej formy zatrudnienia;
- dorosłe osoby z niepełnosprawnością, które nabyły niepełnosprawność w okresie aktywności zawodowej i wymagają wsparcia w zakresie reorientacji zawodowej.

Decyzje dotyczące rozwoju zawodowego osoby z niepełnosprawnością muszą odpowiadać możliwościom psychofizycznym, zdolnościom, zainteresowaniom i aspiracjom zawodowym osoby. W związku z powyższym kluczowym elementem procesu poradnictwa zawodowego dla osób z niepełnosprawnościami jest indywidualna diagnoza potencjału zawodowego osoby. Należy podkreślić, że diagnoza możliwości i ograniczeń zawodowych osoby z niepełnosprawnością jest procesem diagnozy wielospecjalistycznej. Punktem wyjścia jest diagnoza medyczna skoncentrowana wokół obiektywnie stwierdzanych problemów zdrowotnych. Diagnoza medyczna ma charakter nozologiczny, wskazuje na rodzaj i zakres niepełnosprawności. Poza oceną przeciwwskazań do wykonywania zawodu ważnym aspektem diagnozy medycznej w odniesieniu do procesu poradnictwa zawodowego jest również określenie przewidywanej dynamiki dalszego rozwoju procesu chorobowego bądź remisji (Ossowski R. 1999).

W procesie rehabilitacji zawodowej istotne jest określenie poziomu samodzielności życiowej osoby z niepełnosprawnością. W powyższym zakresie informacji dostarcza diagnoza funkcjonalna, która pozwala określić poziom umiejętności życiowych osoby. W odniesieniu do samodzielności życiowej możemy wyróżnić określa dwa zasadnicze aspekty funkcjonowania:

- poziom i zakres umiejętności wykonywania tzw. czynności dnia codziennego;
- zdolność kierowania własnym działaniem i postępowaniem, stawianie celów i samodzielne lub z niewielką pomocą innych wybieranie sposobów ich realizacji, podejmowanie decyzji oraz ponoszenie konsekwencji własnych działań (Muszyńska, 2005 za: Loska 2009b, s. 11).

Zakres samodzielności osoby z niepełnosprawnością jest istotnym kryterium zarówno wyboru zawodu bądź czynności zawodowych, jak i decyzji o formie zatrudnienia na otwartym bądź chronionym rynku pracy. Ponieważ wykonywanie zawodu wiąże się z podejmowaniem w procesie pracy określonych czynności zawodowych istotnym elementem analizy możliwości zawodowych osoby z niepełnosprawnością jest określenie zakresu wykonywania czynności typowych oraz analiza stopnia ukształtowania czynności nietypowych, które mogą zastępować utracone funkcje. W związku z powyższym zadaniem doradcy zawodowego jest określenie:

- Jakie czynności typowe zastały utracone lub bezpowrotnie zniekształcone na skutek wystąpienia niepełnosprawności?
- Jakie zachowania ukształtowała osoba, bądź w jakim zakresie zachowania można ukształtować w procesie rehabilitacji zawodowej wykorzystując zachowane możliwości osoby np. poprzez proces kompensacji? (por. Ossowski R. 1999, s. 88-91).

Proces kształtowania czynności nietypowych ma kluczowe znaczenie w odniesieniu do funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w środowisku pracy. Indywidualna diagnoza potencjału zawodowego osoby z niepełnosprawnością jest szansą na dopasowanie stanowiska pracy i miejsca pracy do potrzeb osoby o naruszonej sprawności. Wykonywanie czynności zawodowych wymaga posiadania umiejętności regulowania stosunków z otoczeniem. Brak zdolności do podmiotowego kształtowania relacji z innymi jest dla osób z niepełnosprawnością źródłem frustracji, dyskomfortu, poczucia zależności od innych. Deficyty w zakresie wykonywania czynności typowych mogą ograniczać możliwości podmiotowego kierowania własnym życiem. Jak podaje R. Ossowski (1999) w procesie kompleksowej rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością istotną rolę zatem pełni kształtowanie umiejętności nietypowych, których przykładem są:

- nauczanie osób niewidomych orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się (techniki ochraniające; ustalanie kierunku marszu; systematyczne poznawanie otoczenia; odnajdowanie upuszczonych przedmiotów; korzystanie z pomocy przewodnika; techniki posługiwanie się laską; techniki chodzenia po mieście i korzystania ze środków komunikacji miejskiej);
- porozumiewanie się przez osoby niesłyszące (mowa oralna, metoda migania);
- poruszanie się osób z dysfunkcją narządu ruchu (rehabilitacja w ortopedii i traumatologii narządów ruchu).

Osoby ze znacznymi deficytami w funkcjonowaniu nie mają możliwości uzyskania kwalifikacji zawodowych uprawniających do wykonywania określonego zawodu. Zadaniem doradcy zawodowego jest ocena potencjału zawodowego osoby pod kątem wykonywania określonych czynności zawodowych na danym stanowisku. W takim przypadku skuteczną metodą diagnozy są próbki pracy. W oparciu o ocenę praktycznych zadań możliwa jest ocena umiejętności i zdolności zawodowych osoby z niepełnosprawnością.

Kolejnym istotnym aspektem diagnozy w poradnictwie zawodowym dla osób z niepełnosprawnością jest ocena umiejętności komunikacyjnych. W środowisku pracy każda osoba musi wchodzić w interakcje z innymi pracownikami. Niektóre zawody czy czynności zawodowe wymagają również interakcji z odbiorcami usług czy produktów. Poziom umiejętności komunikacyjnych i społecznych jest bardzo ważnym wyznacznikiem skuteczności człowieka w pracy. W procesie poradnictwa zawodowego równie istotne znaczenie ma wzmacnianie motywacji do aktywizacji zawodowej osoby z niepełnosprawnością, poznanie wartości i potrzeb osoby oraz jej sytuacji życiowej, w odniesieniu do warunków rodzinnych, społecznych oraz egzystencjalnych. Powyższa charakterystyka wskazuje na znaczny

zakres oddziaływań doradczych w procesie poradnictwa zawodowego. W przypadku osób z niepełnosprawnością, szczególnie w odniesieniu do osób o głębokich deficytach, bardzo często o skuteczności procesu rehabilitacji zawodowej decyduje zakres współpracy specjalistów: lekarza, psychologa, doradcy zawodowego, trenera pracy czy pracownika socjalnego. Sytuacja każdej osoby z niepełnosprawnością jest inna, zatem wymaga indywidualnego podejścia specjalistów, dostępności różnych form wsparcia i pomocy. W każdym przypadku jednak punktem wyjścia do określenia potencjału zawodowego jest kształtowanie u osoby z niepełnosprawnością świadomości własnych ograniczeń i możliwości. Realizując proces rehabilitacji zawodowej należy pamiętać, że przede wszystkim praca zawodowa nie może pogłębiać istniejących dysfunkcji. W związku z powyższym istotnym elementem jest dostosowanie środowiska pracy do potrzeb i możliwości osoby z niepełnosprawnością. Przystosowanie i adaptacja stanowiska oraz miejsca pracy jest dla wielu osób z niepełnosprawnością warunkiem koniecznym aktywizacji zawodowej. Adaptacja pozwala na dopasowanie miejsca pracy do specjalnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w wyniku czego zostają skompensowane ograniczenia funkcjonalne pracownika. Adaptacja miejsca pracy obejmuje:

1. fizyczną adaptację miejsca pracy, która dotyczy dokonania zmian lub modyfikacji w wyposażeniu stanowiska pracy na przykład poprzez zamontowanie dodatkowych elementów sygnalizacji świetlnej w miejscu dźwiękowej na stanowisku przeznaczonym dla pracownika głuchego, zastosowanie specjalnego siedziska dla osoby z uszkodzonym narządem ruchu czy zamontowanie punktowego oświetlenia na stanowisku przeznaczonym dla osoby słabowidzącej. Fizyczna adaptacja może również dotyczyć likwidacji barier architektonicznych występujących w miejscu pracy.
2. wyposażenie niepełnosprawnego pracownika w odpowiedni, specjalistyczny sprzęt, który dopasowany do potrzeb osoby z niepełnosprawnością umożliwia wykonywanie zadań zawodowych na odpowiednim poziomie. Przykładem wyposażenia pracownika z niepełnosprawnością w sprzęt rehabilitacyjny jest wyposażenie osoby niewidomej posługującej się komputerem w syntezytor mowy czytający głosem tekst z monitora (Majewski T., 1999, 30).

Ukształtowanie odpowiedniej struktury przestrzennej stanowiska pracy oraz zapewnienie odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego umożliwia osobie z niepełnosprawnością efektywnie wykonywanie zadań zawodowych, wspomaga lub kompensuje uszkodzone funkcje, przenosi utracone funkcje poprzez zmianę sposobu odczytywania bodźców.

Podsumowanie

Indywidualizacja w poradnictwie zawodowym jest warunkiem koniecznym efektywnego procesu rehabilitacji zawodowej. Indywidualne podejście doradcy zawodowego do osoby z niepełnosprawnością daje możliwość wyznaczenia realnych ścieżek kształcenia zawodowego, przygotowania do pracy, określenia rodzaju i form zatrudnienia oraz ustalenia strategii wsparcia osoby o ograniczonej sprawności w środowisku pracy, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Indywidualizacja jest podstawą do podejmowania przez osobę z niepełnosprawnością decyzji dotyczących rozwoju zawodowego zgodnie ze własnymi preferencjami oraz możliwościami psychofizycznymi. W procesie poradnictwa zawodowego zostaje wyznaczony indywidualny plan działania, który ukierunkowuje dalsze etapy rehabilitacji zawodowej. Celem poradnictwa zawodowego jest osiągnięcie jak najlepszego dopasowania potencjału zawodowego osoby poszukującej zatrudnienia do wymagań pracodawcy oraz dopasowanie stanowiska pracy do potrzeb osoby o ograniczonej sprawności. Indywidualny kontakt doradcy zawodowego z osobą niepełnosprawną daje możliwość lepszego zrozumienia siebie, poznania własnych ograniczeń i możliwości w zakresie funkcjonowania zawodowego. Indywidualizacja w procesie rehabilitacji zawodowej jest najważniejszym czynnikiem trwałej integracji osoby z niepełnosprawnością na rynku pracy.

Działalność Centrów DZWONI jest przykładem stosowania indywidualnego podejścia w zakresie diagnozy i realizacji wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Monika Zakrzewska

Koordynator projektu Centrum DZWONI

Marzena Bałtowska-Jucha

Koordynator merytoryczny Centrum DZWONI

Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (PSOUU) to najstarsza i największa organizacja pozarządowa w kraju, działająca na rzecz wyrównywania szans Polaków z niepełnosprawnością intelektualną, tworząca warunki przestrzegania wobec nich praw człowieka, prowadząca ich ku aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym oraz wspierająca ich rodziny.

Stowarzyszenie działa od 1963 r. Zrzesza ok. 11 tys. członków, w tym: rodziców, opiekunów i przyjaciół osób z niepełnosprawnością intelektualną, same osoby z tym rodzajem niepełnosprawności oraz specjalistów – pedagogów specjalnych, psychologów, terapeutów itp. Jednostkami organizacyjnymi PSOUU są Koła terenowe. Poprzez Koła stowarzyszenie prowadzi ponad 400 różnych, specjalistycznych placówek i form terapeutycznych, edukacyjnych i wspierających. Umożliwiają one aktywne życie 25 tysiącom dzieci, młodzieży i dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Praktyczna realizacja prawa do zatrudnienia i do pomocy ze strony państwa w przypadku nie podjęcia pracy przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną była, i wciąż pozostaje, jednym z głównych obszarów działalności PSOUU. Bez Stowarzyszenia nie byłoby w Polsce m.in. renty socjalnej, zasiłku pielęgnacyjnego, miejsc pracy w spółdzielniach inwalidów dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz wydłużonego urlopu wychowawczego i prawa do wcześniejszej emerytury dla ich rodziców.

Dzięki konsekwentnym, wytrwałym działaniom PSOUU udało się wprowadzić: zakłady aktywności zawodowej w zakres ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a nowy rodzaj szkół specjalnych – przysposabiających do pracy dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną – do narodowego systemu oświaty. To PSOUU jako pierwsze zaczęło mówić o tym, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą pracować także na tzw. otwartym rynku pracy, czyli w instytucjach publicznych, organizacjach pozarządowych i przedsiębiorstwach komercyjnych bez statusu zakładów pracy chronionej. To PSOUU sprowadziło do Polski i rozpoczęło skuteczną realizację metody zatrudnienia wspomaganego w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Na początku XXI w., na fali zmian dokonujących się w narodowej gospodarce i systemie opieki społecznej, stowarzyszenie przeprowadziło ogólnonarodową analizę potrzeb Polaków z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin. Wniosek, jaki z niej wysnuto, był następujący: polski rynek pracy nie oferuje osobom z niepełnosprawnością intelektualną żadnego kompleksowego, wielospecjalistycznego wsparcia w działaniach aktywizujących zawodowo, poszukiwaniach pracy i jej długookresowemu utrzymaniu.

Mając na uwadze zdiagnozowane potrzeby, w latach 2004 i 2005, PSOUU przeprowadziło małe projekty pilotażowe finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – program

PARTNER, ukierunkowane na zwiększenie aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stowarzyszenie realizowało również projekty mające na celu podnoszenie kompetencji kadry zatrudnionej w strukturach PSOUU. W latach 2005-2007 zorganizowało cykl szkoleń przeprowadzonych przez międzynarodowego eksperta w dziedzinie zatrudnienia wspomaganego Christy Lyncha, w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich (SPO RZL) – Działanie 1.4 – „Z WTZ na otwarty rynek pracy przy wykorzystaniu doświadczeń europejskich”, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Wsparcie merytoryczne w tym projekcie uzyskało 207 instytucji (w tym 93 Koła terenowe PSOUU) oraz 578 osób – pracowników tych instytucji (głównie: warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy).

W 2006 r. Stowarzyszenie rozpoczęło realizację kolejnych dwóch projektów pn. „Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie (Centrum DZWONI)” w ramach SPO RZL – Działanie 1.4, na lata 2004-2006. W efekcie realizacji tych projektów powstało dziesięć Centrów DZWONI na terenie ośmiu województw Polski. W centrach zatrudniono wyspecjalizowaną kadrę pracowników, tj. psychologów, doradców zawodowych i trenerów pracy, których zadaniem było wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną w wyborze drogi zawodowej, w planowaniu kariery, poszukiwaniu miejsca zatrudnienia, aplikowaniu o pracę, a także w szkoleniu stanowiskowym oraz w utrzymaniu pracy – właśnie, na wymienianym wcześniej, otwartym rynku pracy.

Kolejne działania PSOUU z zakresu aktywizacji społeczno – zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną realizowane były w ramach następujących projektów:

- 2008-2010 – PFRON – „Trener pracy – zatrudnienie wspomaganie osób niepełnosprawnych” – wsparciem objęto 620 osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- 2009-2010 – Program Operacyjny Kapitał Ludzki (POKL), Priorytet I, Działanie 1.3, Poddziałanie 1.3 – „Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym (w tym z zespołem Downa i/lub niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz głębokim stopniem upośledzenia umysłowego” - pilotażowy projekt systemowy w partnerstwie z PFRON – wsparcia udzielono 600 osobom z niepełnosprawnością intelektualną;
- 2010-2012 – POKL, Priorytet VI, Działanie 6.1, Poddziałanie 6.1.1 – „Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie – Centrum DZWONI” – 200 osób objętych wsparciem;
- 2010-2012 – POKL, Priorytet I, Działanie 1.3, Poddziałanie 1.3.6 – „Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym (w tym z zespołem Downa i/lub niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz głębokim stopniem upośledzenia umysłowego II” – projekt systemowy w partnerstwie z PFRON – wsparciem objęto 620 osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Inicjatywa Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie wielokrotnie była nagradzana i rekomendowana jako dobra praktyka do szerokiego stosowania. Największym wyróżnieniem jest opisanie projektu Centrum DZWONI w publikacji „Zero Project Report 2013” będącej studium porównawczym form, metod, osiągnięć we wprowadzaniu założeń Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych w ponad 80 krajach świata. Centrum DZWONI zostało uznane przez autorów raportu za jedną z najlepszych, światowych praktyk w realizacji art. 27 Konwencji dotyczącego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami, a także jako jeden z najskuteczniejszych projektów wprowadzających osoby z niepełnosprawnością intelektualną na otwarty rynek pracy, promujących ich zatrudnienie oraz strzegących ich praw obywatelskich.

Centrum DZWONI nie jest strukturą organizacyjną, której zapewnia się stałe finansowanie. Środki finansowe na działalność każdorazowo pozyskiwane są od grantodawców, zarówno krajowych, jak i europejskich. Od stycznia 2013 r. Stowarzyszenie prowadzi Centrum DZWONI w ramach zadania publicznego „Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną” - 12 konkurs o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, finansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Monika Zakrzewska*Koordynator projektu Centrum DZWONI*

Centrum DZWONI jest pierwszą ogólnopolską agencją pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, agencją doradztwa personalnego oraz agencją poradnictwa zawodowego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, wprowadzającą światowe standardy zatrudnienia wspomaganego. Dzięki współpracy z zaprzyjaźnionymi organizacjami działającymi na polu aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną na terenie Europy Zachodniej (Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych KARE w Irlandii oraz Europejską Unią Zatrudnienia Wspomaganego – European Union of Supported Employment) PSOUU dostosowało model zatrudnienia wspomaganego do potrzeb Polaków z niepełnosprawnością intelektualną oraz przepisów prawnych obowiązujących na polskim rynku pracy.

Przez 9 lat swojej działalności ponad 2 500 osób z niepełnosprawnością intelektualną skorzystało ze wsparcia jakie oferuje Centrum DZWONI, a blisko 850 podjęło zatrudnienie na otwartym rynku pracy.

Liczne pozytywne przykłady zatrudnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną pokazują, że osoby te pod wpływem pracy i relacji w pracy zmieniają się, dojrzewają społecznie, wchodzą w nowe role, lepiej i bardziej świadomie funkcjonują jako prawdziwi pracownicy, są coraz bardziej samodzielni. Doświadczenia Centrum pokazują jak w praktyce skoncentrowanie się na indywidualnym potencjale osoby, przynosi wymierne korzyści w tworzeniu różnych możliwości w podejmowania indywidualnych wyborów w zakresie zatrudnienia.

W jaki sposób wspieramy osobę, aby mogła podjąć i utrzymać pracę zgodnie ze swoimi indywidualnymi preferencjami, w przyjaznym dla siebie środowisku?

Ważna jest metoda

Nasze wieloletnie doświadczenia pokazują, że najskuteczniejszą metodą pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, jest zatrudnienie wspomaganie. Istnieje wiele definicji zatrudnienia wspomaganego, natomiast niezależnie od drobnych różnic definicyjnych, trzy elementy są w niej fundamentalne i niezmiennie: praca za wynagrodzeniem, praca na otwartym rynku pracy, gdzie osoby niepełnosprawne są zwykłymi pracownikami, z takim samym uposażeniem i zatrudnionymi na takich samych.

Nasze wieloletnie doświadczenia pokazują, że najskuteczniejszą metodą pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, jest zatrudnienie wspomaganie. Istnieje wiele definicji zatrudnienia wspomaganego, natomiast niezależnie od drobnych różnic definicyjnych, trzy elementy są w niej fundamentalne i niezmiennie:

- praca za wynagrodzeniem,
- praca na otwartym rynku pracy, gdzie osoby z niepełnosprawnością są zwykłymi pracownikami, z takim samym uposażeniem i zatrudnionymi na takich samych warunkach jak każdy inny pracownik na takim samym stanowisku, choć dopasowanym do możliwości konkretnej osoby, warunkach jak każdy inny pracownik na takim samym stanowisku, choć dopasowanym do możliwości konkretnej osoby,
- ciągłe wsparcie – indywidualne, z uwzględnieniem potrzeb osoby pracującej, jak i jej pracodawcy.

Ważne są wartości i zasady

Jedną z kluczowych wartości leżących u podstaw zatrudnienia wspomaganego jest zasada **normalizacji**. W normalizacji nie chodzi o sprawienie, by wszyscy byli „normalni” (czyli tacy sami). Ta idea uznaje fakt, że ludzie są różni i to, że bycie odmiennym nie może być powodem wyłączenia, dyskryminacji. Zatrudnienie wspomaganego jest całkowicie spójne z koncepcjami przekazywania kompetencji (*empowerment*), **włączenia społecznego, godności i poszanowania człowieka**. Oparte jest ono na podstawowym założeniu, że każda osoba z niepełnosprawnością, bez względu na jej stopień, może uzyskać pracę w zwyczajnym środowisku pracy - pod warunkiem dostosowania dla niej stanowiska, rodzaju i warunków pracy, a także zapewnienia odpowiedniego wsparcia. Innymi kluczowymi założeniami filozofii zatrudnienia wspomaganego są: **zindywidualizowane podejście** do znajdowania zatrudnienia, szkolenie w konkretnych umiejętnościach zawodowych oraz społecznych w miejscu pracy oraz zapewnienie ciągłości wsparcia i usług.

Samostanowienie, dokonywanie świadomych wyborów to ważne zasady, które pomagają osobom z niepełnosprawnością w pełni zrozumieć własne możliwości, by mogły świadomie dokonywać wyborów zgodnych z własnymi preferencjami, z przewidywaniem konsekwencji własnych decyzji. Zarówno w samoocenie jak i przeżywaniu porażek i satysfakcji.

Dodatkowo, model zatrudnienia wspomaganego opiera się **na zasadzie „zero odrzucenia”**, co znaczy, że nikomu kto chce i ma motywację nie można odmówić udziału w usłudze, a szczególnie tym osobom, które będą wymagały więcej wsparcia, niż pozostałe. „Zero odrzucenia” jest moralnym zobowiązaniem dla osób wspierających.

Najważniejsi są ludzie

W celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobie z niepełnosprawnością w Centrum DZWONI realizujemy proces zatrudnienia wspomaganego zgodnie z pięcioma etapami:

1. Zaangażowanie (zawarcie kontraktu pomiędzy osobą z niepełnosprawnością intelektualną a Centrum DZWONI):

Już etap zaangażowania stwarza osobie z niepełnosprawnością intelektualną możliwość dokonywania wyboru czy chce korzystać z usługi zatrudnienia wspomaganego, czy też nie, w oparciu o jej własną wiedzę i motywację. Ważne jest, aby na tym etapie, zarówno osoba z niepełnosprawnością, jak i włączone w proces najbliższe otoczenie (jeśli w nim uczestniczy) mieli dostęp do wszelkich informacji, niezbędnych do podjęcia świadomych decyzji.

2. Profil zawodowy:

Profilowanie zawodowe, podobnie jak cały proces zatrudnienia, jest skoncentrowane na danej osobie, która ma kontrolę nad całym procesem i możliwość dokonywania samodzielnego wyboru stanowiska pracy oraz strategii wsparcia w zatrudnieniu. W naszej praktyce, przy profilowaniu zawodowym pracują zespoły interdyscyplinarne: psycholog, doradca zawodowy, trenerzy pracy. Koncentrują się one na indywidualnych zasobach, przede wszystkim na mocnych stronach osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jest to swoisty kapitał tej osoby. Takie cechy jak wysoka motywacja, zaangażowanie, wytrwałość w działaniu stanowią podstawę, na której w dalszej fazie procesu aktywizacji buduje się zestaw pożądanych na danym stanowisku pracy kompetencji. W naszej pracy ważne jest to, co osoba potrafi i czego jeszcze może się nauczyć. Oczywiście pracując z osobą z niepełnosprawnością intelektualną nie sposób ignorować jej deficytów, ale mając ich świadomość można tak dobrać stanowisko pracy i czynności oraz sposób i zakres szkolenia, że istniejące deficyty nie będą przeszkodą w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia. Bazowanie wyłącznie na negatywnych cechach i odmiennościach mogłoby prowadzić do podejmowania decyzji o zatrudnieniu w warunkach segregacji i izolacji jako tym preferowanym. Brak odpowiedzialnego planowania oraz pełnego zaangażowania klienta - osoby z niepełnosprawnością intelektualną w proces profilowania może prowadzić do nieodpowiedniego dopasowania stanowiska pracy i wynikających z tego niesatysfakcjonujących rezultatów.

3. Poszukiwanie pracy:

W pracy Centrum DZWONI podkreślamy, że atutem prowadzonych działań jest niestosowanie jednego standardowego podejścia. Tutaj kluczową sprawą jest odpowiednie dopasowanie stanowiska pracy do poziomu umiejętności i możliwości każdej osoby, zgodnie z jej indywidualnymi preferencjami. Następnie, szkolenie na stanowisku pracy, które zapewni trwałość tego dopasowania.

Celem naszych działań nie jest przyuczenie grupy osób charakteryzujących się daną niepełnosprawnością do wykonywania określonych czynności, w konkretnym sektorze, bo mogłoby to być przejawem dyskryminacji w dostępie do różnorodnej oferty jaką stwarza rynek pracy. Dla nas ważne jest, aby znaleźć indywidualne stanowisko pracy, dopasowane do możliwości i potencjału konkretnej osoby. Musimy również pamiętać, aby proponowane stanowisko było autentycznym stanowiskiem pracy, wynikającym z faktycznych potrzeb pracodawcy (a nie miejscem do „miłego towarzyszenia”), z jasno określonymi zadaniami. A wydajność i jakość pracy powinna podlegać takiemu przeglądowi i ocenie, jakie mają miejsce w przypadku innych pracowników na tym samym stanowisku pracy.

Na tym etapie nie możemy zapominać o pracodawcach, bo bez nich nie ma miejsc pracy. Musimy więc zbierać równocześnie informacje na temat ich potrzeb i preferencji, nawiązywać kontakty i zachęcać pracodawców do podjęcia współpracy.

4. Współpraca z pracodawcą:

Doświadczenia pokazują, że pracodawcy chętniej podejmują współpracę w zakresie zatrudniania, gdy po prostu wpasujemy się w ich potrzeby rekrutacyjne. Dlatego musimy gromadzić i posiadać taką wiedzę. Współpracując od wielu lat z pracodawcami widzimy, że wysoko cenią sobie profesjonalizm w oferowanej usłudze. Wskazują, że ważne dla nich jest wsparcie trenera pracy na każdym etapie zatrudnienia, począwszy od szkolenia na stanowisku pracy, jak również informowanie o sytuacjach problematycznych czy kryzysowych.

Jednym z kluczowych elementów powodzenia w zatrudnieniu w przedsiębiorstwie jest pełne włączenie osoby z niepełnosprawnością intelektualną do zespołu pracowniczego, bez zbędnego jej stygmatyzowania. Tylko wówczas, gdy stanie się ona jego częścią, akceptowanym, szanowanym za swoje zaangażowanie pracownikiem, możemy mówić o sukcesie całego procesu. I tak się dzieje. Jeszcze przed wprowadzeniem osoby do zakładu pracy, trener pracy przeprowadza rozmowę z jej przyszłymi współpracownikami na temat specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną i konkretnie na temat danej osoby, by przygotować zespół pracowniczy na „spotkanie z nieznanym”. To daje znakomite efekty. Przypadki dyskryminacji czy naruszania czyjejś godności można policzyć na palcach jednej ręki i zazwyczaj wynikają one z charakteru danej osoby, a nie z niechęci do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Regułą jest, że „sprawni” pracownicy widząc zwłaszcza zaangażowanie i wysoką motywację do odnalezienia się na stanowiskach pracy, zapominają o trudnościach wynikających z ich niepełnosprawności, czy wizualnej odmienności, np. w przypadku osób z zespołem Downa czy porażeniem mózgowym, traktując ich tak, jak każdą inną osobę, z którą przyszło im współpracować w zespole.

5. Wsparcie w miejscu pracy i poza nim:

Skuteczne, zindywidualizowane wsparcie jest filarem zatrudnienia wspomaganego. Wsparcie to powinno mieć charakter ciągły, czyli być dostępne zawsze wtedy, gdy potrzebuje go pracownik i pracodawca. A skuteczne wsparcie, nie ogranicza się tylko do wizyt w miejscu pracy. Obejmuje ono bieżące informowanie, wsparcie emocjonalne i zbieranie informacji zwrotnych. Zarówno rodzaj jak i zakres wsparcia koniecznego w danym miejscu pracy i w danej sytuacji zależy od potrzeb indywidualnych osoby pracującej oraz specyfiki konkretnej firmy.

Dzięki takiemu postępowaniu firma ma wymierne korzyści, ponieważ ma szansę zadbania o różnorodność w miejscu pracy i skuteczne włączenie w dane środowisko osób z różnym poziomem sprawności i odmiennymi potrzebami.

Należy jednak przy tym pamiętać, aby zachęcać także współpracowników osoby z niepełnosprawnością do zapewnienia jej naturalnego wsparcia w dalszym etapie zatrudnienia. Umacnia to rolę osoby jako członka zespołu pracowniczego i promuje **pełne włączenie społeczne**.

Zatrudnienie wspomagane rozwija się obecnie w większości krajów Europy. W Polsce istnieje kilka organizacji, które mają nieoceniony wpływ w dostosowaniu tego modelu do polskich realiów. Jedną z tych organizacji jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, które od kilku lat realizuje projekty bazujące na modelu zatrudnienia wspomaganego. Projekt realizowany w ramach zadania „*Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*” opiera się na wieloletnich doświadczeniach Stowarzyszenia. Prowadzona działalność pokazuje, że wraz ze wzrostem doświadczeń uzupełniany jest system wsparcia o kolejne metody pozwalające na jeszcze bardziej efektywne osiągnięcie założonych celów.

Marzena Bałtowska-Jucha

Koordynator merytoryczny Centrum DZWONI

Marzena Głaz-Skirzyńska

Specjalista ds. zatrudnienia wspomaganego

Podstawą sukcesu zatrudnienia wspomaganego jest właściwe określenie profilu osoby korzystającej ze wsparcia, czyli dogłębna, wieloprofilowa diagnoza funkcjonalna jej potencjału i preferencji. Innowacyjną metodą pozwalającą na indywidualne podejście w procesie diagnozy jest zastosowanie elementów Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) do opisu funkcjonowania osoby. Koncepcja Klasyfikacji ICF zakłada postrzeganie człowieka w kontekście całościowym i wielowymiarowym, z uwzględnieniem środowiska, w którym dany człowiek funkcjonuje. Ta wielowymiarowość daje szansę każdej osobie, w tym osobie z niepełnosprawnością na określenie indywidualnego potencjału oraz czynników mających wpływ na jego ograniczanie bądź rozwój. Dodatkowo pozwala na zastosowanie pewnych wspólnych uniwersalnych mierników, które oceniają stopień ograniczenia bądź trudności zarówno osoby jak i otoczenia, pozwala na ustalenie priorytetów w planowanym działaniu oraz ocenie wyników zastosowanych interwencji. Filozofia koncepcji oraz jej uniwersalizm daje szansę na wprowadzenie jednolitego standardu diagnozy funkcjonowania oraz kategoryzowania niezbędnych rodzajów wsparcia.

Wdrożenie koncepcji Klasyfikacji ICF do praktyki programów aktywizacyjnych jest ogromnym krokiem w kierunku personalizacji działań oraz ich ewaluacji. Funkcjonalna diagnoza jest punktem wyjścia do kolejnych działań zmierzających do aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną.

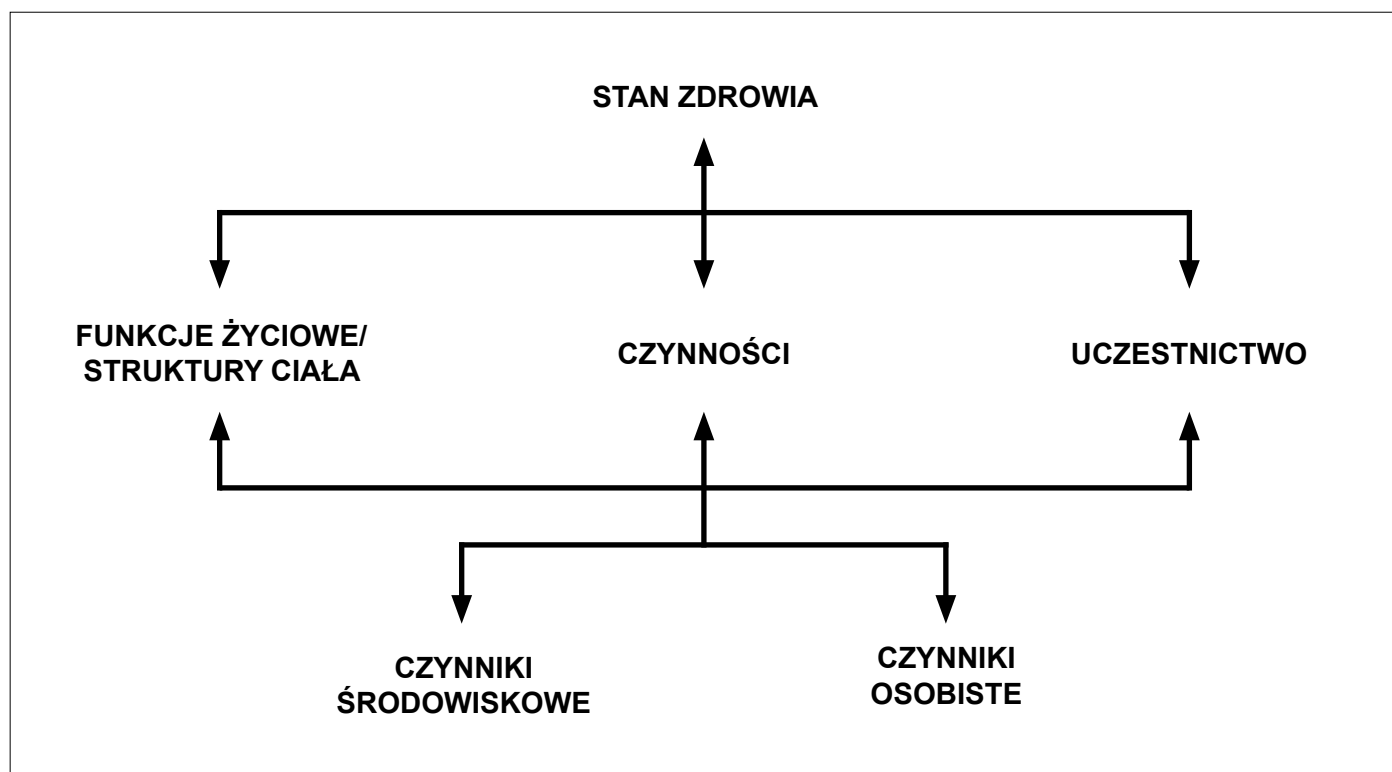
Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w skrócie ICF, należy do „rodziny” międzynarodowych klasyfikacji opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia i stosowaną do opisu różnych aspektów zdrowia i związanych ze zdrowiem. ICF to model uniwersalny, który odnosi się do wszystkich ludzi, niezależnie od kultury, schorzenia, płci czy wieku. Nie tworzy z niepełnosprawności cechy wyróżniającej mniejszość, lecz opisuje wszystkie dziedziny funkcjonowania i niepełnosprawności, które dotyczą każdego człowieka.

ICF dostarcza obszernego i wystandardyzowanego schematu opisu funkcjonowania człowieka i jego ograniczeń oraz służy jako narzędzie do organizacji tych informacji. Tworzy strukturę porządkującą informacje w sensowny, logicznie i łatwo dostępny sposób.

Funkcjonowanie jest szerokim terminem obejmującym funkcje ciała ludzkiego, struktury ciała ludzkiego oraz aktywności i uczestniczenie. Niepełnosprawność odnosi się do upośledzeń funkcji i struktur ciała ludzkiego, ograniczenia aktywności oraz ograniczenia uczestniczenia. Co ważne, funkcjonowanie jest wprawdzie związane ze stanami chorobowymi (chorobami, zaburzeniami i urazami), lecz nie określa się go jako bezpośredniej konsekwencji stanu chorobowego, ale raczej jako skutek interakcji pomiędzy stanem chorobowym a czynnikami kontekstowymi (czynnikami środowiskowymi i osobowymi). Interakcja pomiędzy tymi elementami składowymi jest dynamiczna

i dwukierunkowa, dlatego zmiany w obrębie jednego składnika mogą mieć wpływ na jeden lub kilka innych składników. Znaczenie powyższej interakcji przedstawione zostało w integracyjnym modelu biopsychospołecznym ICF na rysunku 1. Model ICF przedstawiony na rysunku 1 ukazuje istotny wpływ roli czynników środowiskowych i osobowych na poziom funkcjonowania lub niepełnosprawności danej osoby. Czynniki środowiskowe mogą stanowić **barierę** (powodując lub wzmagając niepełnosprawność) lub **ułatwienie** (redukując lub nawet eliminując niepełnosprawność). Dlatego oceniając poziom funkcjonowania danej osoby, zawsze należy brać pod uwagę czynniki środowiskowe.

Rysunek 1 – Zależności między składnikami ICF (model biopsychospołeczny)



Klasyfikacja ICF jest zorganizowana hierarchicznie. Składa się z dwóch części w skład których wchodzi dwa elementy składowe:

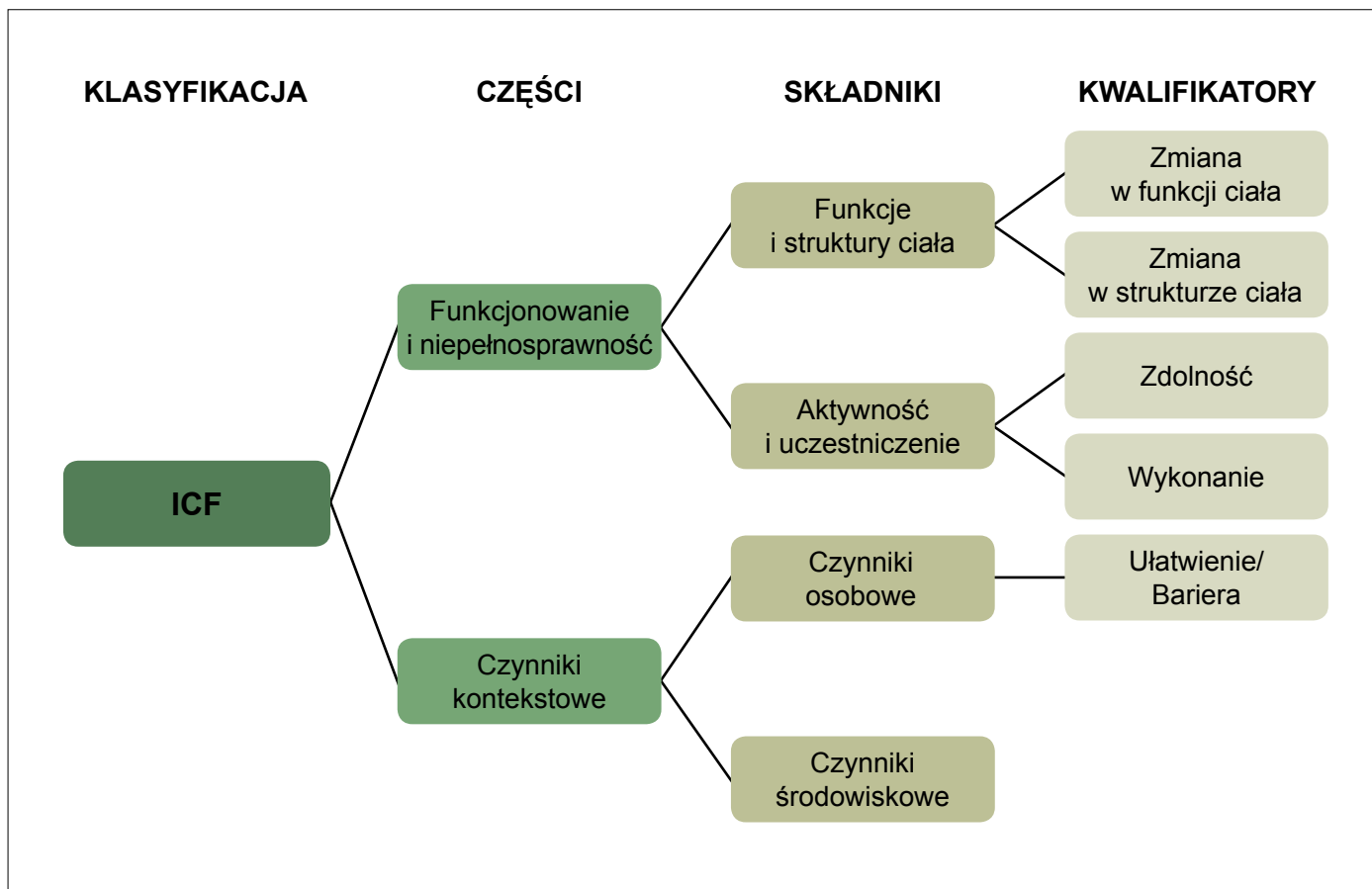
1) Funkcjonowanie i niepełnosprawność

- a) Funkcje ciała ludzkiego (oznaczone kodem b) i Struktury ciała ludzkiego (oznaczone kodem s),
- b) Aktywność i uczestniczenie (oznaczone kodem d).

2) Czynniki kontekstowe

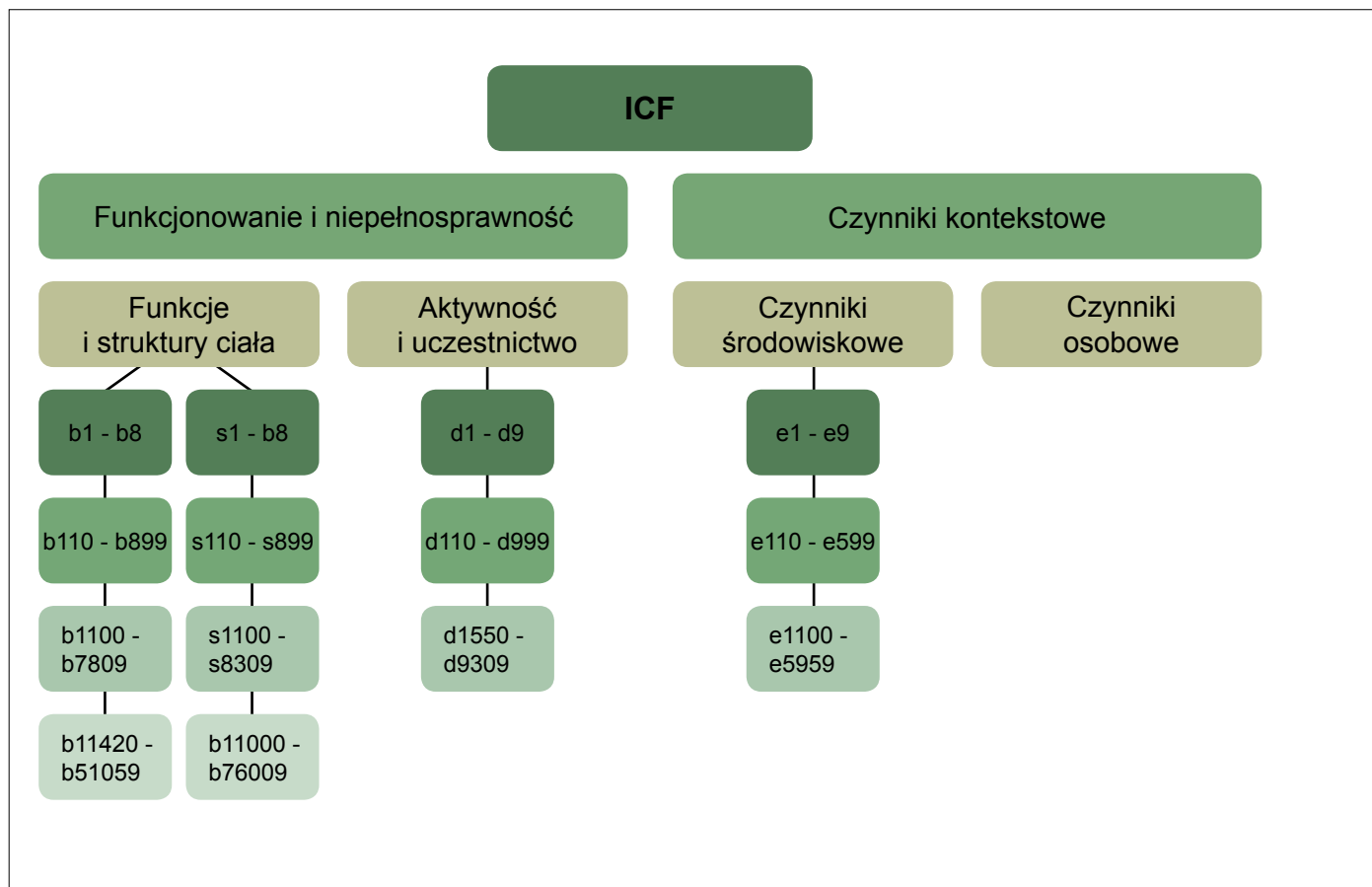
- a) Czynniki środowiskowe (kod e),
- b) Czynniki osobowych – nie zostały jeszcze sklasyfikowane w ICF.

Rysunek 2 – Schemat ICF



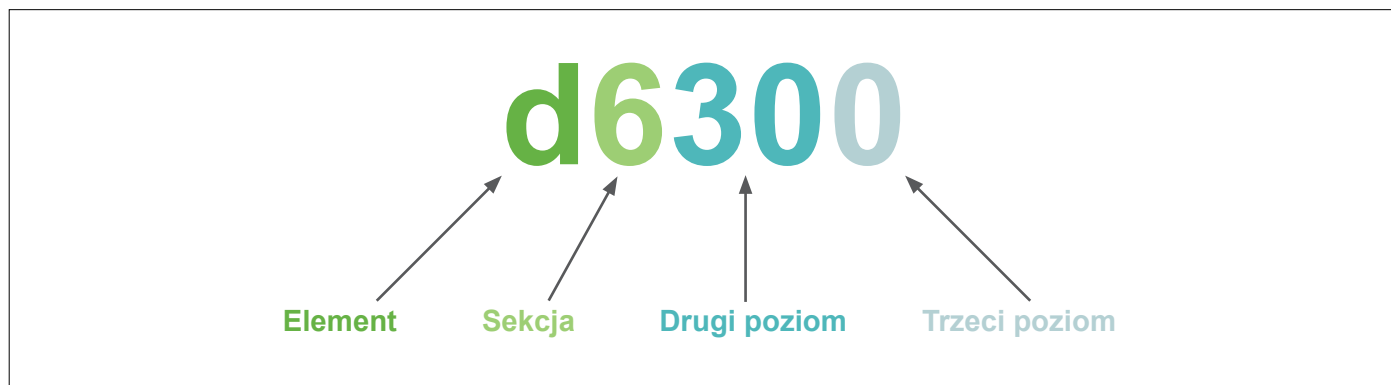
Każdy składnik klasyfikacji złożony jest z różnych dziedzin (rozdziałów, bloków tematycznych) np. ogólne funkcje psychiczne (Funkcje ciała – rozdział 1), dbanie o siebie (Aktywność i uczestniczenie – rozdział 5), produkty i technologia (Czynniki środowiskowe – rozdział 1). Każda dziedzina składa się natomiast z kategorii np. Funkcje orientacji (b114), Mycie się (d510), które stanowią jednostki klasyfikacji. W obrębie każdego składnika kategorie rozmieszczone są hierarchicznie wg schematu pień-gałęź-liść, tak, że kategoria niższego poziomu posiada cechy wspólne z kategoriami wyższego poziomu, do których należy.

Rysunek 3 – Hierarchiczna struktura ICF



W celu opisanego zakresu funkcjonowania lub stopnia albo wielkości niepełnosprawności oraz stopnia, w jakim dany czynnik środowiskowy stanowi ułatwienie lub ograniczenie, do klasyfikacji wprowadzono kwalifikatory – kody numeryczne (np. **d6300 przygotowywanie prostych posiłków**). Stanowią one wspólny język, który pozwala na porównanie zdrowia populacji na poziomie jednostki w różnych regionach kraju i międzynarodowym, w tych samych oraz różnych okresach. Litera oznacza miejsce w klasyfikacji, dalej jest kod numeryczny, który rozpoczyna się od numeru rozdziału (jedna cyfra), po którym następuje drugi poziom (2 cyfry) oraz trzeci i czwarty poziom (każdy po jednej cyfrze). Liczba cyfr wskazuje poziom szczegółowości kategorii.

Rysunek 4 – Struktura i kody klasyfikacji



W przypadku wszystkich składników funkcjonowania (funkcji ciała, struktur ciała, aktywności i uczestniczenia) pierwszy kwalifikator opisuje zakres problemu z funkcjonowaniem – czyli, posługuje się skalą od pełnego funkcjonowania (brak problemu) do całkowitej niepełnosprawności (problem całkowity), biorąc też pod uwagę poziomy pośrednie: nieznaczną, umiarkowaną i ciężką niepełnosprawność.



Pełne funkcjonowanie

Całkowita niepełnosprawność

Sformułowania „brak problemu” z funkcjonowaniem używa się do opisu sytuacji, w której problemu nie ma, i w której funkcjonowanie jest optymalne, pełne lub nawet znakomite. W przypadku czynników środowiskowych pierwszy kwalifikator sygnalizuje wielkość pozytywnego wpływu (ułatwienia) lub negatywnego wpływu (bariery) czynników środowiskowych na funkcjonowanie. Czynniki środowiskowe jest oceniany jako bariera ze względu na negatywny wpływ na funkcjonowanie (np. wpływ złej jakości powietrza na oddychanie) lub brak wpływu w ogóle (np. wpływ braku wsparcia na wykonywanie prac domowych). W niektórych sytuacjach opis funkcjonowania, poziomów niepełnosprawności czy wpływu środowiska jest niemożliwy, ponieważ nie ma informacji na dany temat lub dana kategoria ICF nie dotyczy opisywanego problemu. Wówczas stosuje się kody .8 i .9. Zastosowaniu kodu powinien towarzyszyć przynajmniej jeden kwalifikator. Bez kwalifikatorów kod nie ma właściwego znaczenia. Dlatego też do kodu ICF (złożonego z litery i kodu numerycznego) dodaje się co najmniej pierwszy kwalifikator, który należy umieścić po kropce za kodem numerycznym, np. b1301.3 (znaczny problem w zakresie motywacji). W przypadku czynników środowiskowych kropka oznacza barierę, a znak plus (+) oznacza ułatwienie, np. e310+4 (pełne ułatwienie w obszarze najbliższej rodziny).

Aktywność i uczestniczenie kodowane są za pomocą dwóch kwalifikatorów. Pierwszy kwalifikator rejestruje wykonanie czynności z obszaru aktywności i uczestniczenia, zaś drugi – zdolność danej osoby. Kwalifikator „wykonanie” opisuje, co dana osoba robi (wykonuje) w swoim obecnym środowisku w świetle pozytywnego lub negatywnego wpływu czynników środowiskowych (łącznie ze wszystkimi aspektami świata fizycznego, społecznego i dotyczącego postaw). Kwalifikator „zdolność” opisuje zaś wrodzoną umiejętność wykonania przez daną osobę zadania lub podjęcia jakiegoś działania. Aby opisać prawdziwą zdolność danej osoby, drugi kwalifikator rejestruje zdolność, wrodzoną umiejętność danej osoby, która nie jest zwiększona przez urządzenia wspomagające, pomoc innych osób czy jakiegokolwiek inne czynniki środowiskowe stanowiące ułatwienie bądź barierę. Najlepszym środowiskiem do uzyskiwania informacji o zdolności jest prawdopodobnie środowisko zneutralizowane, np. warunki testowe. Różnica między wykonaniem a zdolnością odzwierciedla wpływ czynników środowiskowych na funkcjonowanie danej osoby w swoim środowisku. Dla wszystkich kategorii stosowana jest następująca skala ogólna kwalifikatorów:

0	BRAK problemu	(żaden, nieobecny, nieistotny ...)	0-4%
1	NIEZNACZNY problem	(niewielki, mały ...)	5-24%
2	UMIARKOWANY problem	(średni, spory ...)	25-49%
3	ZNACZNY problem	(wielki, silny ...)	50-95%
4	SKRAJNIE DUŻY problem	(zupełny ...)	96-100%
8	NIE OKREŚLONY		
9	NIE DOTYCZY		

Czynniki środowiskowe są określane ilościowo za pomocą tylko jednego kwalifikatora. Wpływ funkcjonowania lub poziomów niepełnosprawności może być pozytywny, jeśli dany czynnik jest ułatwieniem lub negatywny, jeśli jest barierą. W celu zasygnalizowania tej różnicy ułatwienie oznacza się znakiem plus zamiast kropki (+X), a bariera oznaczana jest po kropce (.X). I tak e310+2 oznacza umiarkowane ułatwienie w postaci „Najbliższej rodziny”, a e310.2 – umiarkowaną barierę w postaci „Najbliższej rodziny”.

Poniżej skala kwalifikatorów dla czynników środowiskowych:

xxx.0 BRAK barier

xxx.1 NIEZNACZNE bariery

xxx.2 UMIARKOWANE bariery

xxx.3 ZNACZNE bariery

xxx.4 SKRAJNIE DUŻE bariery

xxx+0 BRAK ułatwień

xxx+1 NIEZNACZNE ułatwienia

xxx+2 UMIARKOWANE ułatwienia

xxx+3 ZNACZNE ułatwienia

xxx+4 PEŁNE ułatwienia

Marzena Bałtowska-Jucha

Koordinator merytoryczny Centrum DZWONI

Marzena Głaz-Skirzyńska

Specjalista ds. zatrudnienia wspomaganego

Zmiana myślenia – nowa filozofia

Człowiek ma zawsze jakieś ograniczenia. Każdy człowiek. W zależności od tego w jakim środowisku żyje te ograniczenia mogą być niezauważalne, ale również te same ograniczenia mogą znacznie utrudniać bądź wręcz uniemożliwiać funkcjonowanie. Każda niepełnosprawność ma właśnie taką osobową perspektywę, konkretny wymiar, zakres i poziom, odwołuje się do tej, a nie innej osoby, stąd wymaga indywidualnego podejścia i indywidualnej pomocy. Co zatem należy zrobić, aby umożliwić osobie pełne włączenie w życie społeczne?

Przede wszystkim zidentyfikować problem, czyli określić co jest tym ograniczeniem. Jeśli to już wiemy to musimy się zastanowić w jaki sposób możemy zorganizować środowisko zewnętrzne, aby ograniczenie przestało być ograniczeniem. Co to znaczy? Jeśli człowiek nie może samodzielnie chodzić to zaopatrmy go w odpowiedni wózek, jeśli nie potrafi czytać przygotujmy dla niego tekst z obrazkami, jeśli ma problem ze skupieniem uwagi nie uczmy go w sztucznych warunkach jak tę uwagę skupiać, ale wyeliminujmy ze środowiska bodźce, które go rozpraszają. Takich prostych przykładów można podać wiele.

Niepełnosprawność nie tkwi tylko w człowieku. To środowisko czyni człowieka bardziej niepełnosprawnym niż jest on w rzeczywistości. Niepełnosprawność traktowana jest dynamicznie, nie jako pewien brak po stronie jednostki, ale jako interakcja między osobą z niepełnosprawnością a środowiskiem, podlegająca ciągłym zmianom. Idea wyrównywania szans jest centralnym pojęciem, wokół którego tworzy się indywidualne rozwiązania.

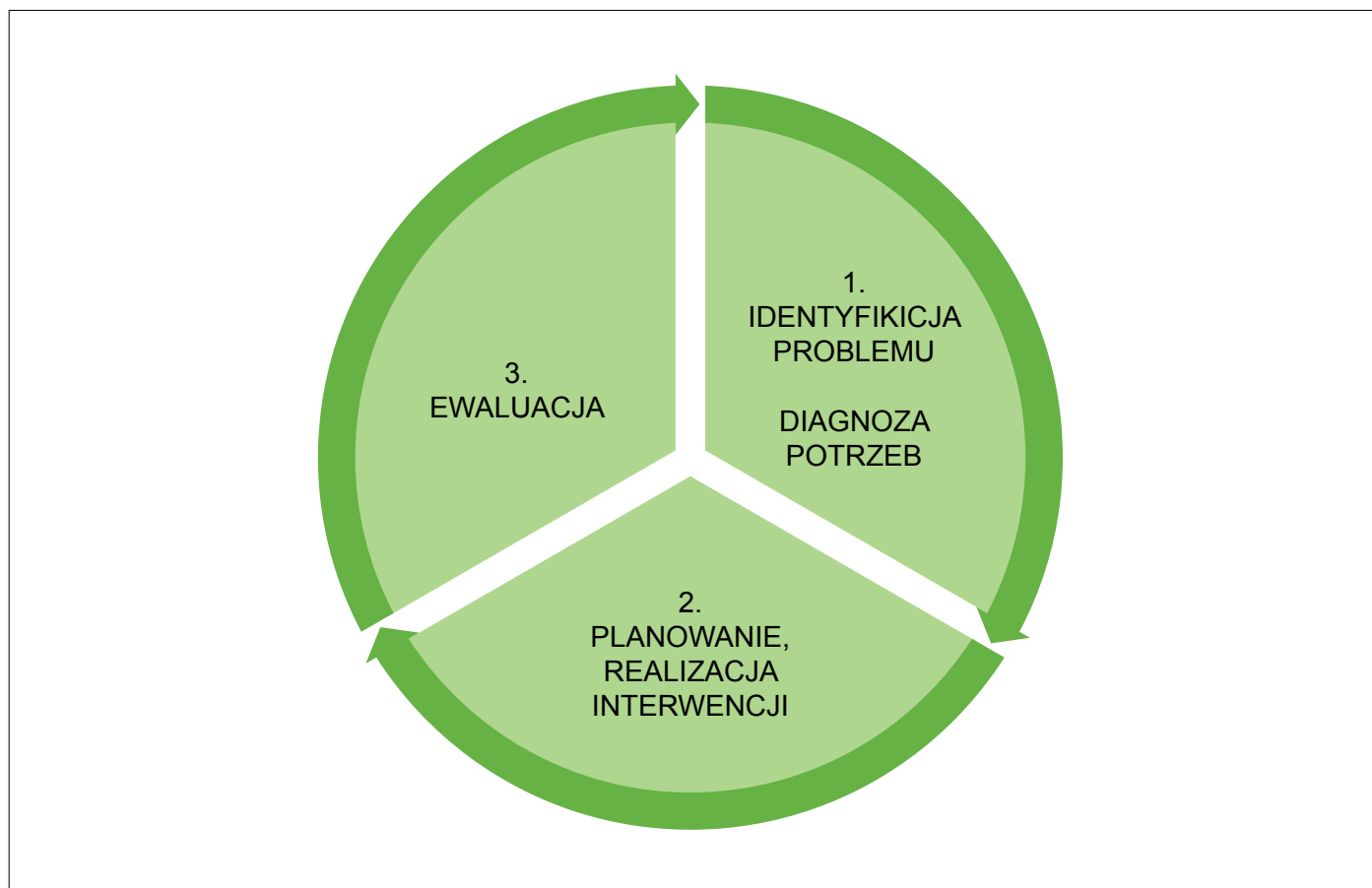
Jeśli zmienimy w naszych głowach myślenie o osobie z niepełnosprawnością, jeśli przestaniemy o niej myśleć jak o przedmiocie naszych specjalistycznych oddziaływań i otworzymy się na jej potrzeby, możliwości i cele, dając maksimum autonomii i wspierając samodzielność mamy szansę na sukces. Tym sukcesem będzie człowiek funkcjonujący w pełni sprawnie w społeczeństwie. **Zmiana myślenia to pierwszy krok.** Najtrudniejszy, jak wynika z naszych doświadczeń.

Zmiana działania – Co? Gdzie? W jaki sposób? Jaki efekt?

To podstawowe pytania jakie zadawaliśmy sobie w procesie działań aktywizujących osobę z niepełnosprawnością intelektualną. Nierzadko mieliśmy trudność już przy pierwszym punkcie procesu, czyli diagnozie potrzeb i identyfikacji problemów. Brak jasno określonego obszaru, w którym „patrzmy” na osobę z niepełnosprawnością utrudniał trafną diagnozę. Niekiedy koncentrowaliśmy się na wyszukiwaniu tych trudności, które z punktu widzenia procesu aktywizacji były nieistotne. Planowanie to jeszcze trudniejsza sprawa. Operacjonalizacja celów, na dodatek z udziałem osoby z niepełnosprawnością wymaga skupienia się na konkretności, w odniesieniu do zdiagnozowanej potrzeby. Przecież wszyscy wiemy co chcemy osiągnąć, więc po co formułować cele? Jak się przekonaliśmy po wielu miesiącach, określenie konkretnego celu pozwala nam, specjalistom koncentrować się na jego osiągnięciu i poszukiwaniu takich rozwiązań, które pozwolą go zrealizować. Osobę niepełnosprawną zaś czyni współodpowiedzialną za działanie,

które ma służyć pełnej realizacji celu. Ostatni krok pozwala nam na ocenę podejmowanych działań. Ewaluacja jest niezbędna do tego, aby określić czy to co zaplanowaliśmy zostało zrealizowane. Jeśli się nie udało to możemy zidentyfikować słabe punkty, zaproponować modyfikacje metody, formy bądź nawet całego działania.

Rysunek 5 – Proces



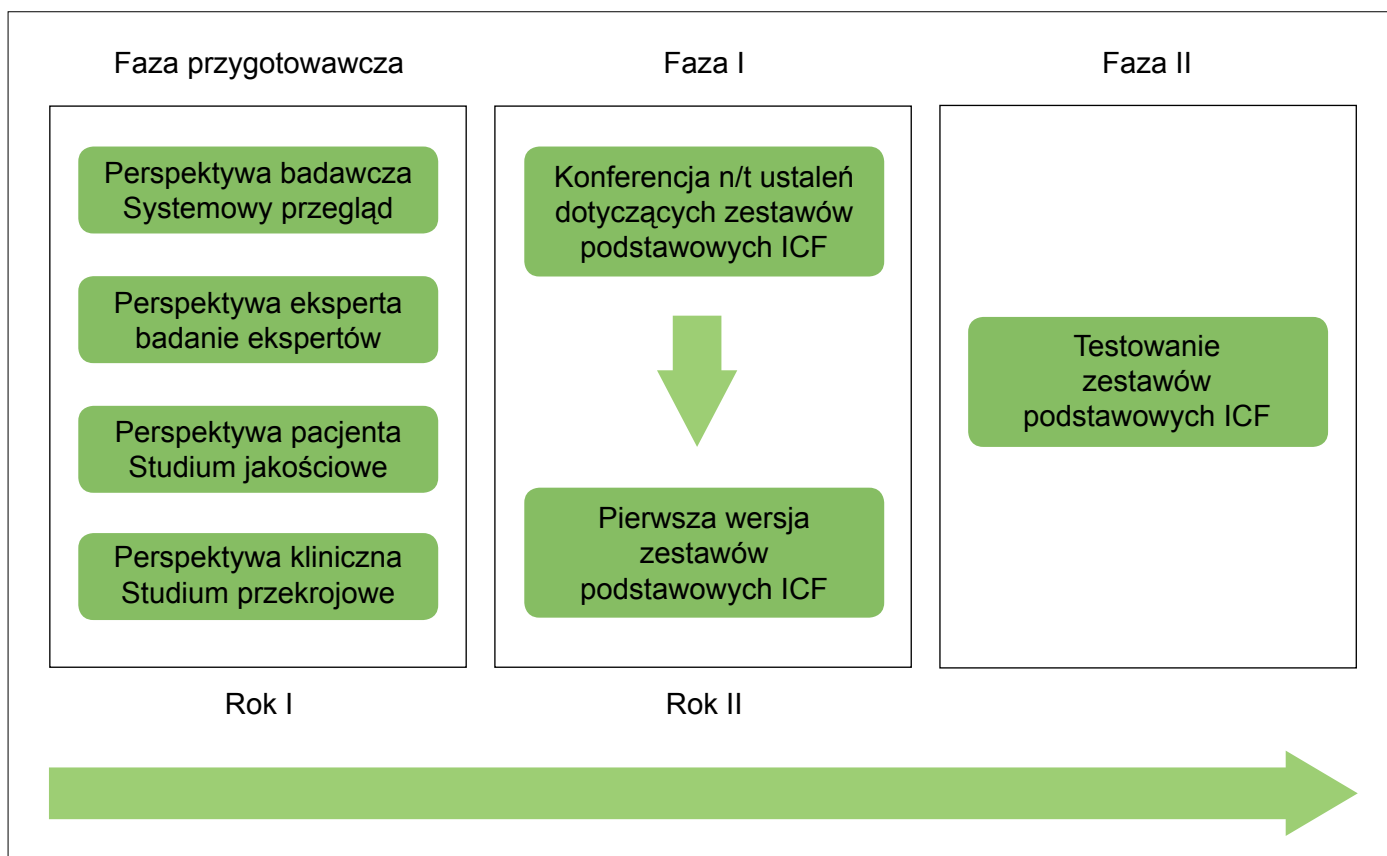
Praktyczne zastosowanie ICF w procesie – z doświadczeń projektu

ICF jako wyczerpująca klasyfikacja (zawiera ponad 1400 kategorii) nie może być oczywiście stosowana bezpośrednio jako narzędzie praktyczne, gdyż w codziennej praktyce do opisu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie zawodowym potrzebna jest jedynie części kategorii ustanowionych przez ICF.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rekomenduje tworzenie tzw. zestawów podstawowych ICF. „Zestaw podstawowy ICF to wybór kategorii z pełnej klasyfikacji ICF, który zapewnia narzędzia do opisywania funkcjonowania i niepełnosprawności dostosowane do potrzeb użytkownika i opracowane na drodze procesu naukowego”⁴. Zestawy podstawowe ICF opracowano już na potrzeby różnych kontekstów opieki zdrowotnej (opieki doraźnej, przejściowej i długofalowej) oraz różnych stanów chorobowych i grup stanów chorób. Zestawy podstawowe ICF opracowano za pomocą rygorystycznego procesu naukowego, przy wykorzystaniu wielu metod. Poszczególne etapy tego procesu przedstawione zostały na rysunku 6. Zestaw podstawowy ICF nie odpowiada na pytanie „jak mierzyć” kategorie ICF w nim zawarte, lecz wskazuje tylko „co mierzyć”.

⁴ „Zestawy podstawowe ICF. Podręcznik do praktyki klinicznej” pod redakcją Jerome Bickenbach, Alarcos Cieza, Alexandra Rauch, Gerold Stucki, 2012 Hogrefe Publishing

Rysunek 6 – Etapy tworzenia zestawu podstawowego



Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym w projekcie Centrum DZWONI, w którym wdraża praktycznie Klasyfikację ICF, aktualnie znajduje się w fazie „wstępnej” do fazy przygotowawczej. Brak doświadczeń ogólnoswiatowych w zakresie wykorzystania Klasyfikacji ICF w procesie aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną zmusił poniekąd PSOUU do próby wypracowania własnych doświadczeń.

Na podstawie wieloletniej praktyki związanej z aktywizacją społeczno-zawodową tej grupy osób przygotowaliśmy wstępny profil kategorialny zawierający kategorie ICF istotne naszym zdaniem z punktu widzenia procesu aktywizacji. Ponadto przygotowaliśmy rozszerzony zestaw ICF – narzędzie pozwalające na dokonywanie opisu funkcjonowania osoby w ramach danej kategorii ICF zgodnie z określonym kwalifikatorem. Kolejnym narzędziem, które zostało wypracowane, pozwalającym na pełne ujęcie zakresu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz służące do planowania wartości celów indywidualnych w procesie aktywizacji jest Indywidualny Plan Aktywizacji.

Mamy świadomość, że narzędzia te, szczególnie profil kategorialny i zestaw rozszerzony ICF nie spełniają norm przyjętych przez WHO, ale dla nas stanowią próbę „oswojenia” się z Klasyfikacją. Dwuletnie już doświadczenia pokazują, że pomimo braku standaryzacji zastosowanie filozofii zmieniło nasz „nawyk myślowy”, a opisywanie funkcjonowania osoby przy pomocy przyjętego profilu uporządkowało gromadzenie informacji o człowieku i jego problemach/ograniczeniach.

Profil kategorialny

Profil kategorialny na przestrzeni tych dwóch lat ewoluował. Na początku zawierał 62 kategorie ICF, aktualnie po konsultacjach zawiera już tylko 48 kategorii ICF opisujących konkretne umiejętności w aspekcie zawodowym. Kategorie zostały podzielone zgodnie ze schematem podziału składników i dziedzin ICF, tj.

- **Funkcje ciała** – 6 kategorii (w I okresie realizacji 12), m.in. funkcje orientacji, kontrolowanie emocji, motywacja,

- **Aktywność i Uczestniczenie** – 30 kategorii (w I okresie realizacji 39), m.in. skupienie uwagi, podejmowanie decyzji, radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi, rozmowa, dbanie o siebie, poszukiwanie pracy, wykonywanie pracy, krytyka we wzajemnych kontaktach,
- **Czynniki środowiskowe** – 12 kategorii (w I okresie realizacji 11), m.in. leki, postawy członków najbliższej rodziny, przyjaciele, osoby obce, usługi w zakresie pracy i zatrudnienia.

Nie wybrano do zestawu podstawowego kategorii z dziedziny „struktury ciała” z uwagi na fakt, iż ograniczenia w tym zakresie w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną nie są jednorodne. Indywidualne ograniczenia wynikające ze sprzężenia niepełnosprawności intelektualnej z różnymi chorobami nie były możliwe do określenia na etapie konstruowania narzędzia. W związku z tym stosowana praktyka pozwala na indywidualne uzupełnianie profilu kategoryalnego zgodnie z występującym u danej osoby schorzeniem/ograniczeniem.

Zestaw rozszerzony

Zestaw rozszerzony ICF został utworzony w oparciu o profil kategoryalny. Celem tego narzędzia jest szczegółowe, opisowe określenie kwalifikatora (poziomu zdrowia lub wielkości problemu) dla danej kategorii. W celu określenia poziomu funkcjonowania w danej kategorii prowadzone są badania według metod i z wykorzystaniem narzędzi pozwalających na uzyskanie wiedzy w danym zakresie. Podstawową metodą badawczą są wywiad oraz obserwacja. Wywiad przeprowadzany jest bezpośrednio z osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Obserwacja zaś prowadzona jest podczas realizacji poszczególnych form wsparcia bądź też podczas aranżowanych odpowiednio sytuacjach niezbędnych do zaobserwowania danego zachowania/umiejętności. Do prowadzenia badań udostępniony jest także zestaw narzędzi (tzw. „Kwestionariusz do badania poziomu funkcjonowania dorosłej osoby z niepełnosprawnością intelektualną w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej”) wypracowanych przez zespół merytoryczny oraz ekspertów projektu, który jest na bieżąco uzupełniany o kolejne narzędzia wypracowywane w toku wspólnej realizacji działań projektowych.

Indywidualny Plan Aktywizacji

Indywidualny Plan Aktywizacji (IPA) to osobisty program aktywizacji społeczno – zawodowej przygotowany przy współpracy zespołu merytorycznego (doradcy zawodowego, psychologa i trenera pracy) z osobą z niepełnosprawnością intelektualną. IPA polega na ustaleniu z osobą niepełnosprawną pozostającą bez pracy szeregu działań dostosowanych do jej sytuacji osobistej i lokalnego rynku pracy. Najważniejszym założeniem IPA jest indywidualne podejście do osoby oraz koncentracja na jej możliwościach, umiejętnościach, predyspozycjach, preferencjach i potrzebach. Efektem podjętych działań określonych w IPA jest zatrudnienie osoby na wybranym stanowisku pracy. IPA jest zawsze wyrażony w formie pisemnej, stanowi rodzaj kontraktu pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a Centrum DZWONI.

Schemat IPA, stosowany w projekcie jest podzielony na kilka części:

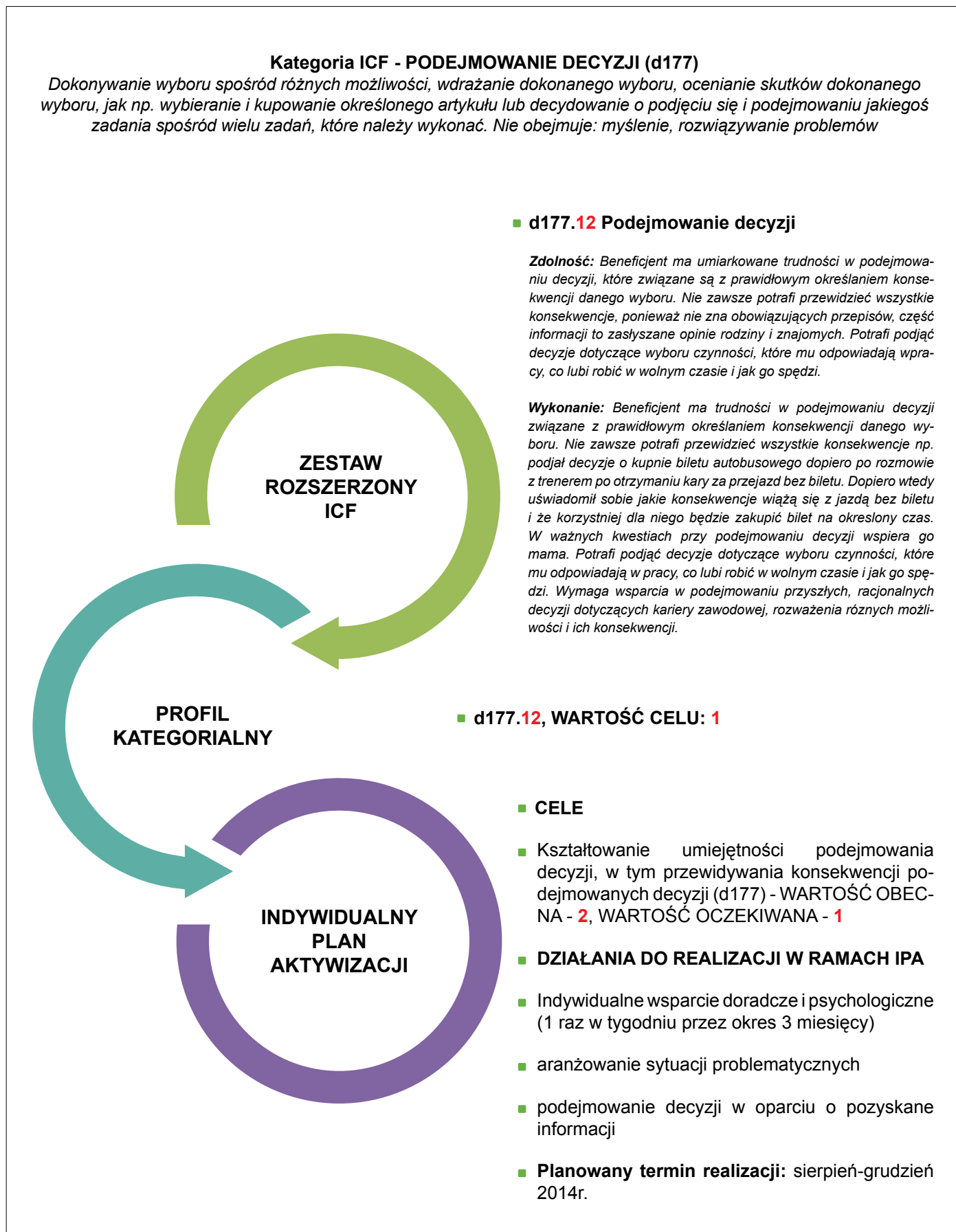
- 1) Pierwszą część stanowią dane osobowe osoby uczestniczącej w procesie.
- 2) Drugą część stanowi profil osoby. W tej części zawarte są wszystkie informacje uzyskane w procesie diagnozy z wykorzystaniem rozszerzonego zestawu ICF, diagnozy preferencji i predyspozycji zawodowych oraz diagnozy kompetencji społecznych. Profil podzielony jest na trzy części – sferę poznawczą, społeczną oraz profil zawodowy. W trzeciej części profilu – profilu zawodowym uwzględnione są wszystkie informacje dotyczące kwalifikacji formalnych osoby (w tym wykształcenie, dodatkowe kursy, etc.), doświadczenia zawodowego, oczekiwań zawodowych BO (plany, marzenia zawodowe), praktycznych umiejętności (określonych np. w wyniku realizacji warsztatów praktycznych), rekomendacji wynikających z diagnozy doradczej (w tym alternatyw zawodowych) a także informacje dotyczące zidentyfikowanych deficytów w obszarze zawodowym. Wszelkie informacje zawarte w profilu służą do sformułowania celów IPA. Z profilu zawodowego wynika nadrzędny cel zawodowy, czyli sprecyzowanie oczekiwań osoby z niepełnosprawnością w kontekście podjęcia zatrudnienia.

- 3) W trzeciej części IPA znajdują się cele, podzielone na trzy grupy.
- a) Pierwszą stanowi nadrzędny cel zawodowy. Jest to cel główny dotyczący całego procesu aktywizacji i prowadzący do zatrudnienia. Wspólnie z osobą planowane jest na jakim stanowisku/w jakim zawodzie chce on/ona uzyskać zatrudnienie. W przypadku osób już zatrudnionych celem nadrzędnym jest np. utrzymanie wysokiej jakości pracy i motywacji do pracy bądź zmiana miejsca pracy, stanowiska pracy lub zakresu obowiązków.
 - b) Druga grupa to cele związane z nabyciem/poprawą bądź utrzymaniem umiejętności diagnozowanych z wykorzystaniem Klasyfikacji ICF. Dla każdej z umiejętności określana jest wartość obecna oraz ta, którą planujemy osiągnąć w wyniku realizacji IPA.
 - c) W trzeciej grupie znajdują się cele dodatkowe. W tej części bierzemy pod uwagę wszystkie inne cele określone w wyniku identyfikacji potrzeb osoby. Wszystkie cele formułowane są z wykorzystaniem techniki SMART.
- 4) Czwarta część IPA zawiera określone terminy (globalne) realizacji.
- 5) Ostatnią częścią IPA jest tabela działań. W tabeli tej zaprezentowany jest cały planowany proces aktywizacji danej osoby, czyli wszystkie małe kroki, które należy wykonać, aby zrealizować zaplanowane cele. W tej części są również uwzględnione wszystkie konkretne terminy wykonania poszczególnych działań oraz osoby odpowiedzialne za wsparcie.

Podstawową wartością zastosowania zestawu rozszerzonego ICF jest szczegółowy opis funkcjonowania osoby w aspekcie zawodowym oraz możliwość zidentyfikowania ograniczeń i trudności w zakresie tego funkcjonowania, co z kolei pozwala na trafne zaplanowanie zakresu interwencji koniecznej do osiągnięcia zaplanowanych dla jednostki celów.

Fundamentalną zasadą stosowania narzędzi jest spójność i korelacja pomiędzy nimi. Po przeniesieniu oceny danej kategorii ICF z zestawu rozszerzonego do profilu kategorialnego określana jest wartość celu dla danej kategorii. Następnie kategorie, dla których określona została wartość celu są przenoszone do IPA. Na rysunku 7 przedstawiono graficzne ujęcie spójności narzędzi wykorzystywanych w projekcie.

Rysunek 7 – Schemat wykorzystania klasyfikacji ICF w procesie planowania działań dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną



Monika Zakrzewska

Koordynator projektu Centrum DZWONI

Marzena Bałtowska-Jucha

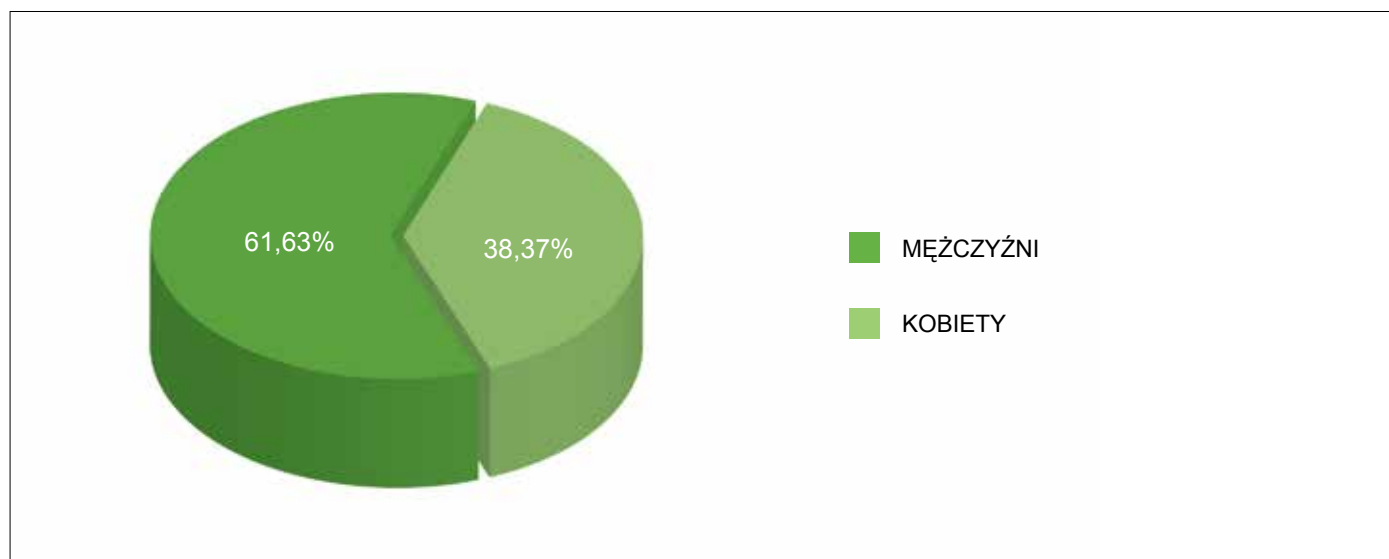
Koordynator merytoryczny Centrum DZWONI

Grupę docelową projektu „Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intelaktualnie – Centrum DZWONI” realizowanego w ramach zadania publicznego pn. „Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną” stanowią osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które ukończyły 18 lat.

Grupa objęta wsparciem w ramach projektu była zróżnicowana ze względu na płeć, status na rynku pracy, wiek, stopień niepełnosprawności, wykształcenie, a także uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej.

W II okresie finansowania projektu, tj. 01.04.2014 r. - 31.03.2015 r. w projekcie uczestniczyło łącznie 331 osób, w tym 127 kobiet (co stanowi 38,37 % grupy) oraz 204 mężczyzn (co stanowi 61,63% grupy).

Wykres 1 – Ogólna liczba uczestników projektu w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na płeć



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną prowadzone było na terenie pięciu województw, w których realizowano działania, tj.: łódzkim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim i śląskim. Najliczniejsze grupy uczestników były przyjęte i wspierane w Centrach DZWONI w Bytomiu i w Warszawie. Wynika to ze specyfiki miejsc funkcjonowania tych biur w obszarze aglomeracji, a tym samym większej liczby osób wymagających wsparcia w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.

Tabela 1 – Grupa docelowa – podział ze względu na miejsca funkcjonowania biur Centrum DZWONI

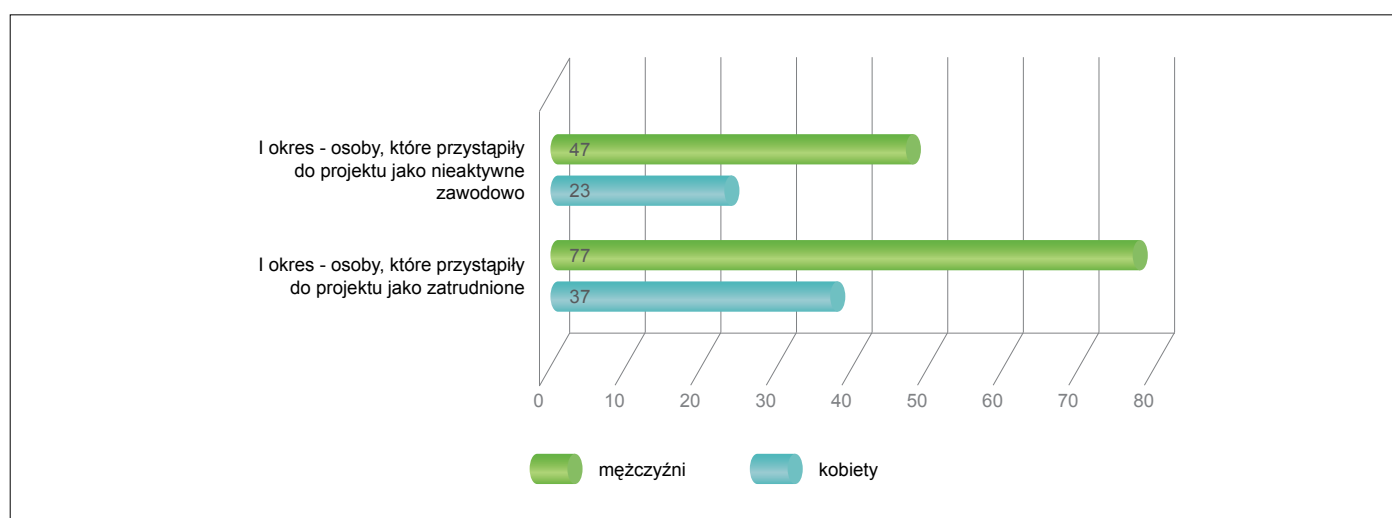
płeć/miasto	Bytom	Gdańsk	Jarosław	Warszawa	Zgierz
kobiety	31	23	19	30	24
mężczyźni	49	36	36	48	35
łącznie	80	59	55	78	59

WW II okresie realizacji projektu uczestniczyły osoby, które kontynuowały wsparcie rozpoczęte w I okresie realizacji (tj. od 01.01.2013r. do 31.03.2014r.) oraz osoby, które przystąpiły do projektu po 1 kwietnia 2014r.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które charakteryzuje obniżona sprawność intelektualna przede wszystkim w zakresie uczenia się, rozumienia i przyswajania informacji, potrzebują wsparcia w trybie ciągłym oraz powtarzalności działań do nich kierowanych. Aktywizowana osoba z niepełnosprawnością intelektualną zawsze potrzebuje zróżnicowanego wsparcia udzielanego z różną częstotliwością, ale systematycznie. Stąd też w grupie osób korzystających ze wsparcia w II okresie realizacji projektu uczestniczyły osoby, które w I okresie nie osiągnęły zaplanowanych celów zawodowych oraz osoby zatrudnione, które bez wsparcia nie byłyby zdolne do utrzymania pracy.

Osoby kontynuujące wsparcie w II okresie rehabilitacji stanowiły większą część grupy (184 osoby – 55,59% ogółu grupy, w tym 60 kobiet i 124 mężczyzn). Wśród nich znajdowały się osoby, które zostały przyjęte w I okresie realizacji projektu jako osoby zatrudnione na otwartym rynku pracy, potrzebujące wsparcia w uzyskaniu zatrudnienia oraz osoby nieaktywne zawodowo, które uzyskały zatrudnienie lub też przygotowywały się do podjęcia zatrudnienia. Zdecydowanie licniejszą grupę stanowiły osoby, które były zatrudnione w momencie przystąpienia do projektu (114 osób – 61,96% ogółu grupy, w tym 37 kobiet i 77 mężczyzn. Drugą grupę stanowiły osoby przyjęte do projektu jako nieaktywne zawodowo – 70 osób – 38,04% ogółu grupy, w tym 23 kobiety i 47 mężczyzn.

Wykres 2 – Uczestnicy kontynuujący wsparcie w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na status, w chwili przystąpienia do projektu

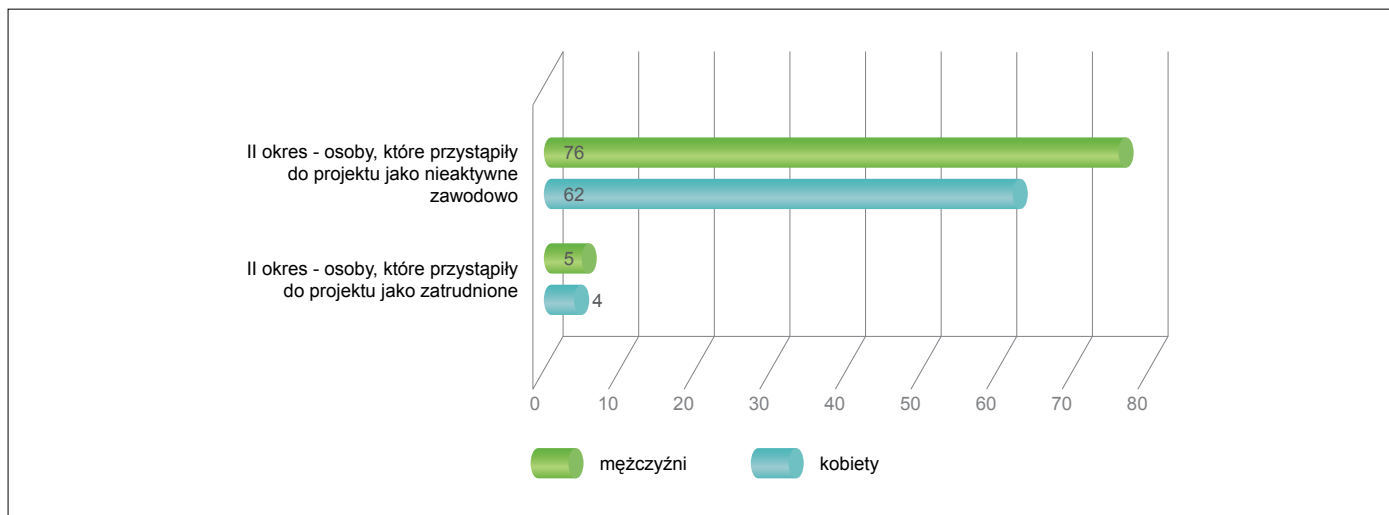


Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Prowadzona była również rekrutacja dla osób, które dotychczas nie uczestniczyły w działaniach aktywizacyjnych zawodowo bądź też były osobami, które uzyskały zatrudnienie i potrzebowały wsparcia w jego utrzymaniu. W wyniku rekrutacji do udziału w projekcie w II okresie realizacji przystąpiło 147 osób – 44,41% ogółu grupy obejmowanej

wsparciem, w tym 67 kobiet i 80 mężczyzn. Wśród nowo przyjętych osób przeważająca grupa to osoby nieaktywne zawodowo – 138 osób – 93,88% tej grupy. Pozostałe 6,12% grupy stanowiły osoby posiadające zatrudnienie i potrzebujące wsparcia w jego utrzymaniu.

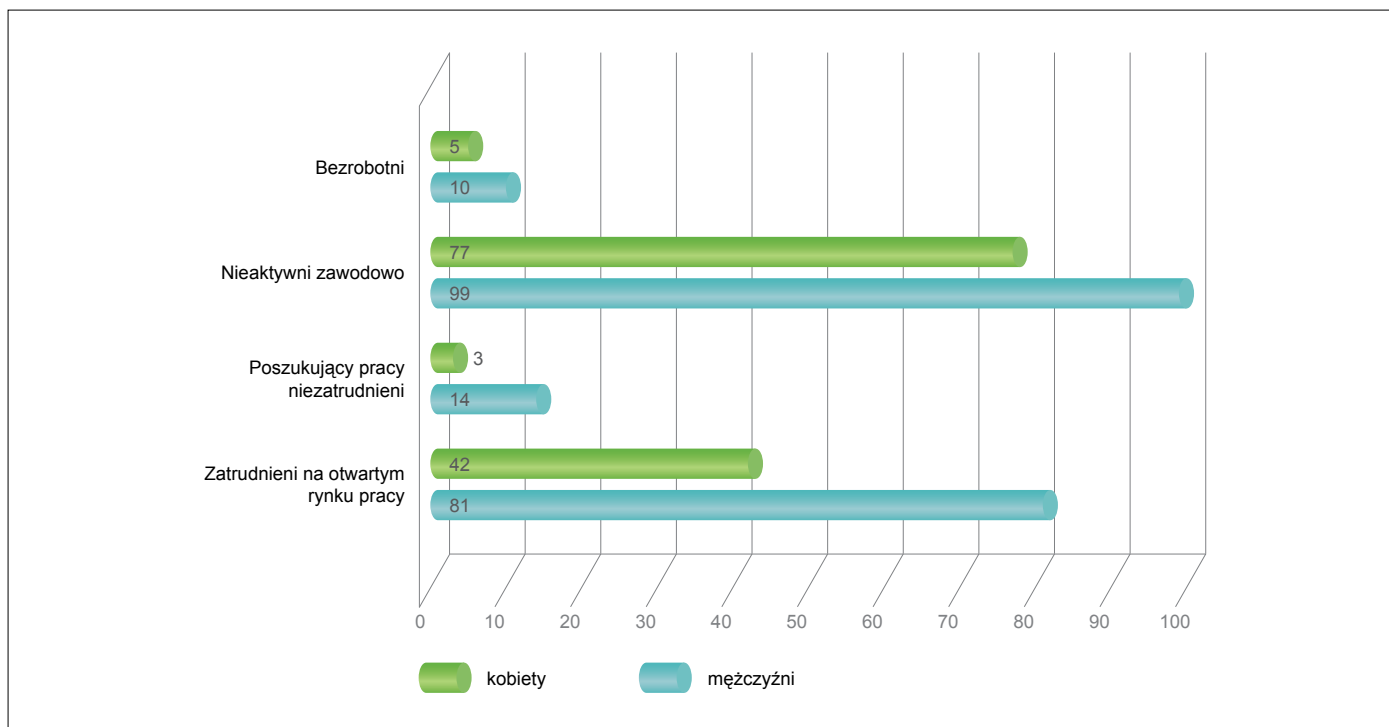
Wykres 3 – Uczestnicy nowo przyjęci w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na status, w chwili przystąpienia do projektu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Spośród osób zrekrutowanych do projektu jako pozostające bez zatrudnienia w chwili wejścia do projektu, zdecydowana większość, tj. 176 osób, co stanowi 84,62% ogółu, posiadała status osób nieaktywnych zawodowo. Natomiast 17 osób było zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy jako poszukujący pracy niezatrudnieni (osoby pobierające świadczenia w postaci renty socjalnej lub rodzinnej)- 8,17% ogółu oraz bezrobotni – 15 osób (7,21% ogółu). Ponadto do projektu przystąpiły łącznie 123 osoby zatrudnione na otwartym rynku pracy.

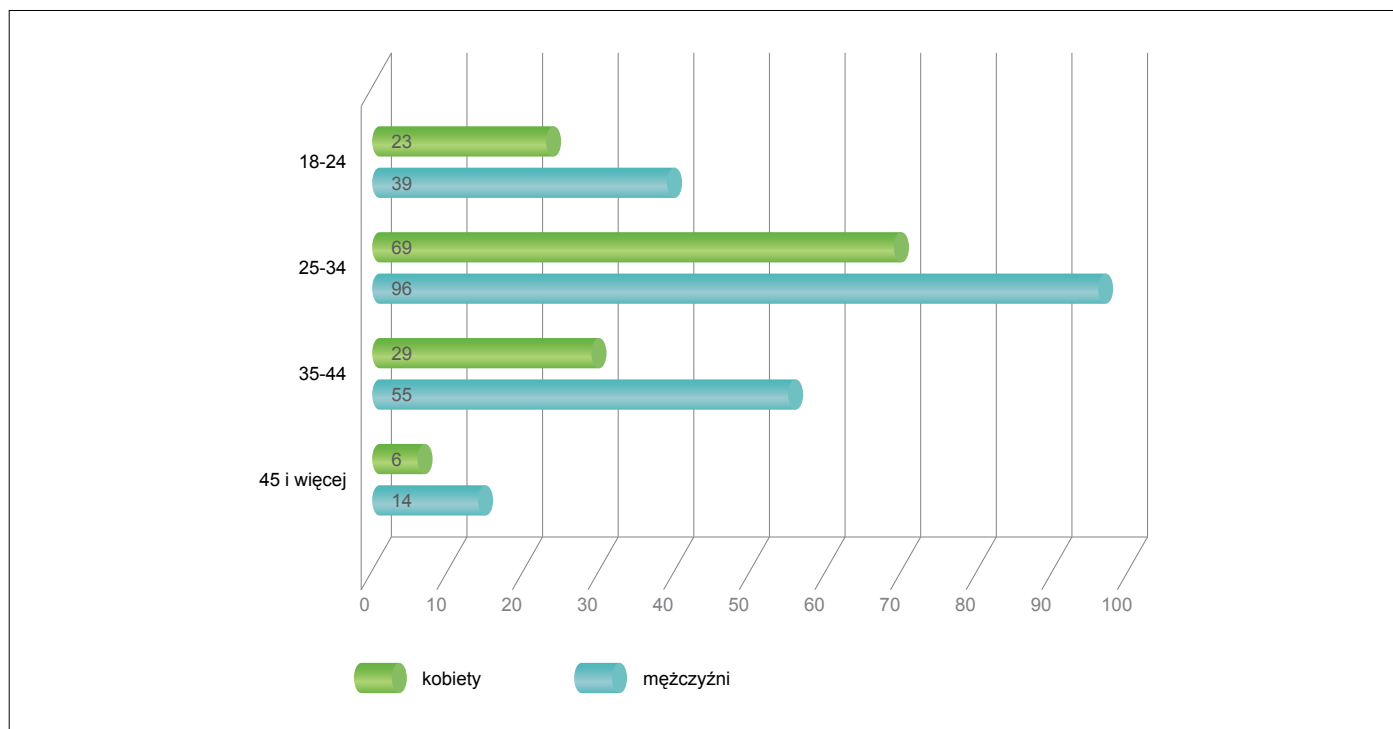
Wykres 4 – Status uczestników projektu na rynku pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Najbardziej liczną grupę uczestników stanowiły osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 25-34 lata – 165 osób (49,85 % ogółu). Mniej liczne były kolejne grupy wiekowe: 84 osoby w wieku 35-44 lata (25,38% ogółu) oraz 62 osoby było w wieku 18-24 lata (18,73% ogółu). Najmniej uczestników miało 45 lat i więcej – 20 osób (6,04% ogółu uczestników).

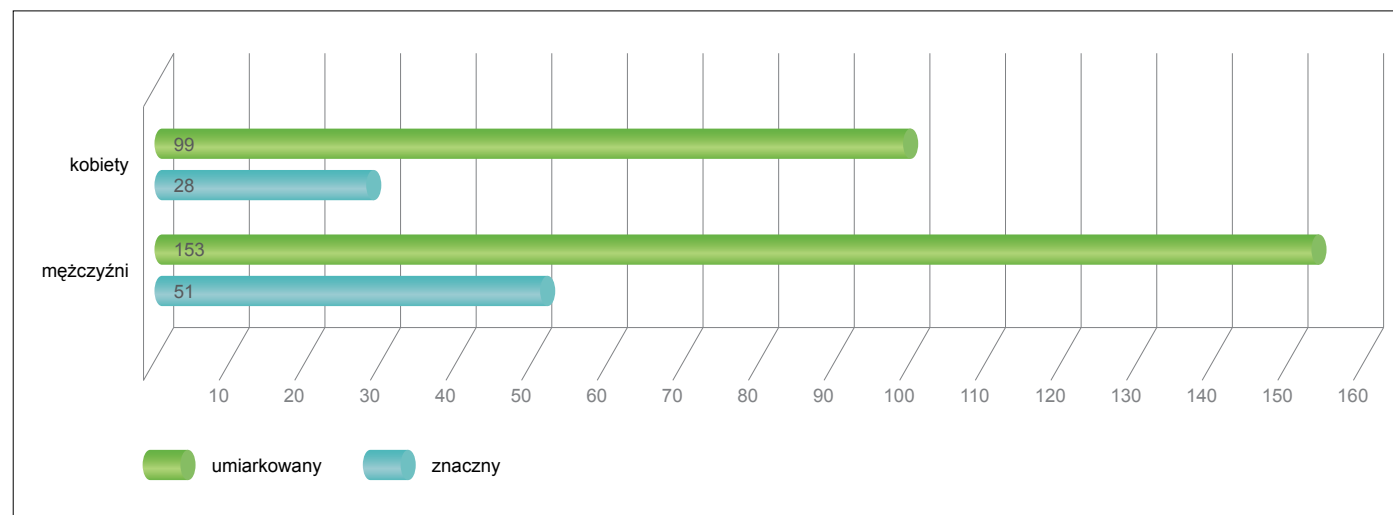
Wykres 5 – Grupa docelowa – podział ze względu na wiek



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Wszyscy uczestnicy projektu posiadali orzeczonego stopień niepełnosprawności. Legitymowali się orzeczeniami wydanymi przez Powiatowe i Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Obwodowe/Wojewódzkie Komisje Lekarskie ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia oraz lekarzy-orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Zdecydowaną większość stanowiły osoby posiadające orzeczonego umiarkowany stopień niepełnosprawności – 252 osoby, czyli 76,13% ogółu uczestników. Pozostałe 79 osób – 23,87% ogółu, miało znaczny stopień niepełnosprawności. U wszystkich osób z niepełnosprawnością intelektualną objętych wsparciem w ramach projektu podstawową przyczyną niepełnosprawności było upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, umiarkowanym bądź znacznym.

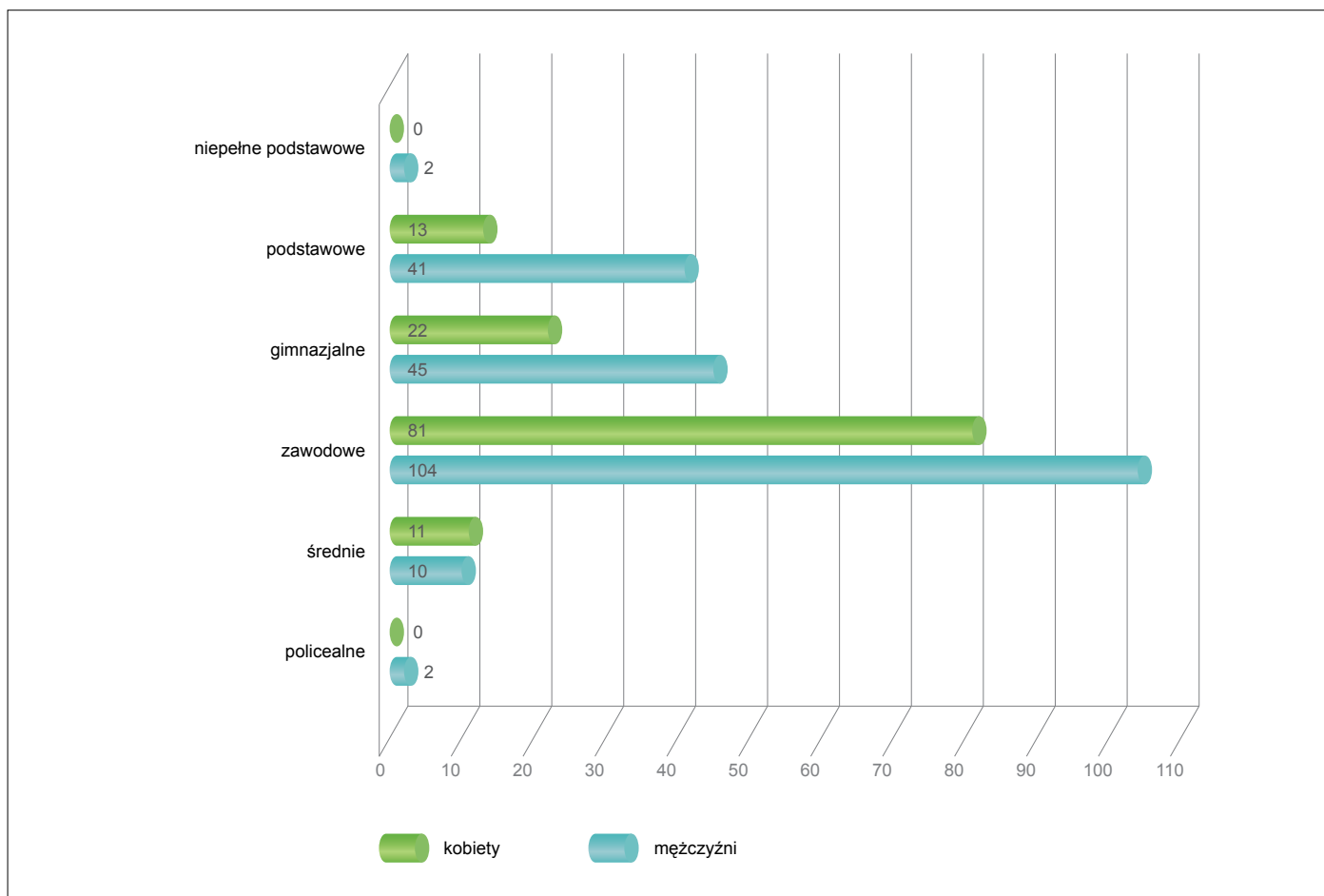
Wykres 6 – Grupa docelowa – podział ze względu na stopień niepełnosprawności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Ponad połowa uczestników projektu, tj. 185 osób (co stanowi 55,89% ogółu) w tym 81 kobiet i 104 mężczyzn posiadało wykształcenie zawodowe specjalne. Kolejną grupę, już mniej liczną stanowiły osoby z wykształceniem gimnazjalnym – 67 osób (co stanowi 20,24% ogółu), w tym 22 kobiety i 45 mężczyzn. Następnie osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym – 54 uczestników (16,31% ogółu), średnim – 21 osób (6,34% ogółu) oraz po 2 osoby posiadające wykształcenie policealne oraz niepełne podstawowe (0,60% ogółu).

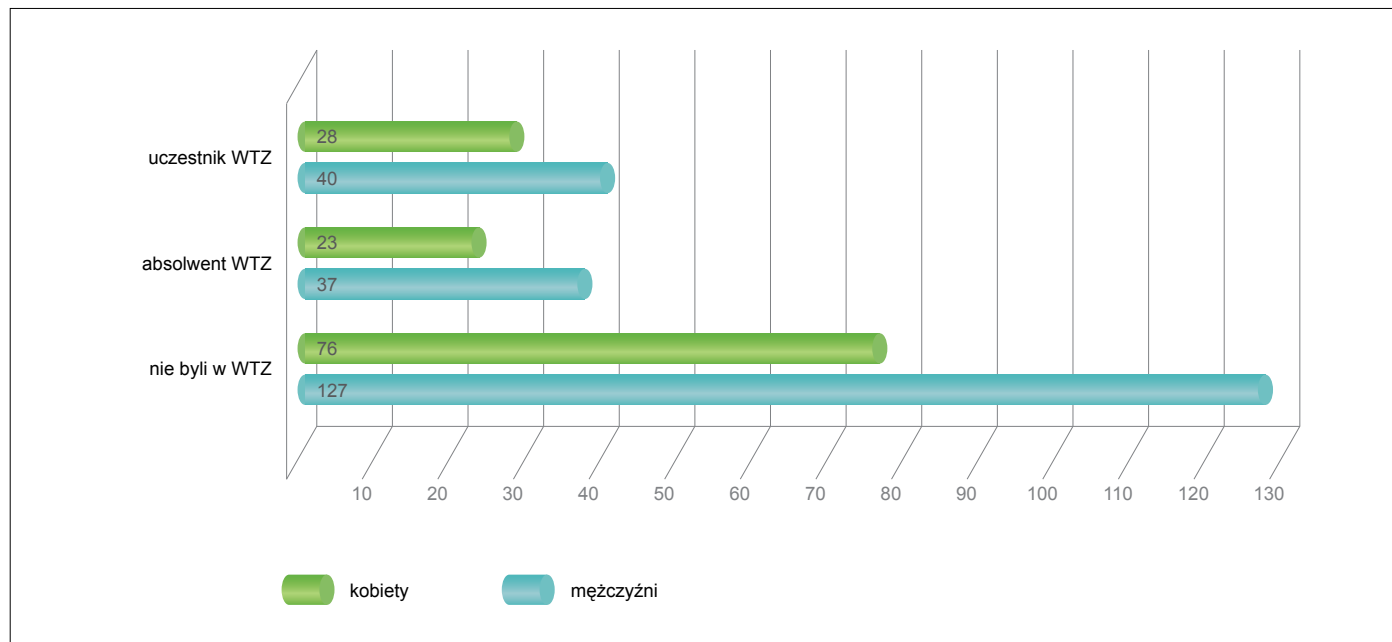
Wykres 7– Grupa docelowa – podział ze względu na wykształcenie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Zdecydowana większość tj. 61,33% osób objętych wsparciem w projekcie nigdy nie była uczestnikami Warsztatów Terapii Zajęciowej – 203 osoby, w tym 76 kobiet i 127 mężczyzn. 18,13% grupy docelowej stanowią absolwenci Warsztatów – 60 osób, w tym 23 kobiety i 37 mężczyzn. Natomiast tylko 20,54% ogółu grupy to osoby, które w chwili przystąpienia do projektu były uczestnikami Warsztatów – 68 osób, w tym 28 kobiet i 40 mężczyzn.

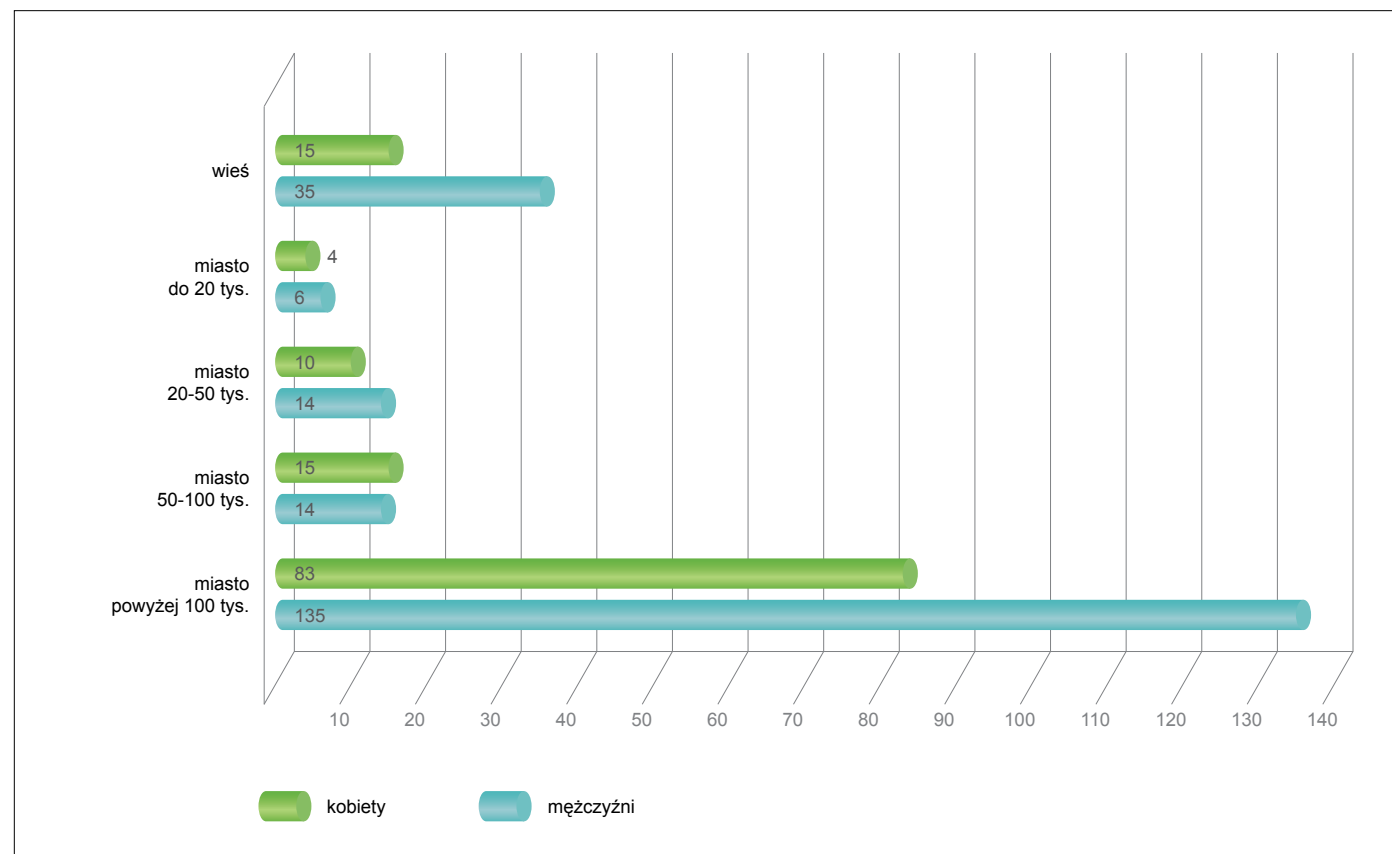
Wykres 8 – Grupa docelowa – podział ze względu na uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Ze względu na lokalizację biur Centrum DZWONI uczestnikami projektu byli w znacznej większości mieszkańcy miast powyżej 100 tys. osób – 65,86% ogółu grupy (218 osób, w tym 83 kobiety i 135 mężczyzn). W drugiej kolejności była grupa osób zamieszkująca tereny wiejskie – 15,11% ogółu (50 osób, w tym 15 kobiet i 35 mężczyzn), dwie kolejne grupy o podobnej liczebności zamieszkiwały tereny mniejszych miast: od 20 do 50 tys. mieszkańców – 7,25 % grupy i od 50 do 100 tys. mieszkańców – 8,76% grupy. Najmniej liczna grupa uczestników (3,02 %) pochodziła z małych miast do 20 tys. mieszkańców.

Wykres 9 – Grupa docelowa – podział ze względu na miejsce zamieszkania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej

Zespół merytoryczny projektu

Programowanie wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które uwzględniać będzie aspekt indywidualizacji, autonomii, poszanowania wolności i godności tej osoby jest wyzwaniem. Zidentyfikowanie problemu, potrzeb, możliwości – czyli trafna diagnoza funkcjonalna jest pierwszym punktem w procesie planowania ścieżki wsparcia. Uznanie prawa osoby z niepełnosprawnością do dokonywania wyborów opartych na dostępie do informacji zobowiązuje profesjonalistów do poszukiwania takich metod i form wspierania, które będą wpływały na wzrost motywacji osoby do podejmowania aktywności. Niezwykle istotnym aspektem jest również identyfikacja trafności i skuteczności udzielonego wsparcia oraz bieżące monitorowanie. Ewaluacja pozwala na zidentyfikowanie słabych i mocnych stron podejmowanych działań, może sygnalizować pojawiające się problemy, jest narzędziem określenia stopnia zgodności realizacji działań z przyjętymi założeniami.

W przedmiotowym projekcie wykorzystano koncepcję ICF do procesu programowania wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. ICF pozwolił na wypracowanie standardu wspierania beneficjentów projektu w tzw. cyklach rehabilitacyjnych. Jeden pełny cykl składa się z 4 kroków:

- 1) diagnoza funkcjonalna,
- 2) wyznaczenie wartości celów, planowanie działań (form wsparcia),
- 3) realizacja zaplanowanych działań i bieżące monitorowanie,
- 4) ewaluacja – identyfikacja osiągniętej wartości celów.

Powtarzalność form organizacyjnych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w cyklach rehabilitacyjnych wynika ze specyfiki tego rodzaju niepełnosprawności, która polega na ograniczeniach w myśleniu, uczeniu się, kierowaniu swoim postępowaniem i znajdowaniu się w nowych sytuacjach. Ten rodzaj ograniczeń nie daje się zlikwidować poprzez rehabilitację. Poprawie może ulec funkcjonowanie, ale nie główne ograniczenia. Wobec tego wspieranie, choć w zróżnicowanym stopniu i formie, musiało obejmować całość aktywności z jednoczesną systematyczną ewaluacją oraz dostosowaniem intensywności i form do aktualnych potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ewaluacja na koniec cyklu pozwala na dokonanie oceny udzielonego wsparcia, wskazanie mocnych i słabych stron oraz zakwalifikowanie bądź nie do kontynuacji wsparcia w kolejnym cyklu rehabilitacyjnym.

Jak przedstawiono w charakterystyce grupy docelowej objętej wsparciem w ramach projektu, jest ona różnorodna pod kątem płci, wielu, wykształcenia, statusu na rynku pracy czy miejsca zamieszkania. Te zmienne różnicujące stanowią zgodnie z terminologią ICF czynniki osobowe, których ICF nie klasyfikuje. Natomiast poziom funkcjonowania uczestników projektu w zakresie funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia został określony za pomocą wspólnych, uniwersalnych mierników, jakimi są kwalifikatory ICF. Tabela 2 przedstawia poziom funkcjonowania 297 osób z niepełnosprawnością intelektualną uczestniczących w projekcie. Analizując tabelę, w łatwy sposób możemy zidentyfikować, ilu uczestników i w których kategoriach posiada trudności i ograniczenia oraz poznamy zakres tych trudności i ograniczeń.

Tabela 1 – Poziom funkcjonowania beneficjentów projektu (opis ICF ogółem)

Kod ICF	Kategorie ICF	Liczba osób, których poziom funkcjonowania znajduje się na poziomie poszczególnych kwalifikatorów						
		0	1	2	3	4	8	9
b114	Funkcje orientacji	136	96	46	19	0	0	0
b1264	Otwartość na doświadczenie	44	107	88	53	5	0	0
b1301	Motywacja	57	100	90	49	1	0	0
b1440	Pamięć krótkotrwała	120	65	79	33	0	0	0
b1441	Pamięć długotrwała	30	84	129	54	0	0	0
b1521	Kontrolowanie emocji	28	91	106	71	1	0	0
d1550	Nabywanie umiejętności podstawowych	134	115	36	11	0	1	0
d1551	Nabywanie umiejętności złożonych	37	116	103	40	0	1	0
d160	Skupienie uwagi	46	125	98	28	0	0	0
d1750	Rozwiązywanie problemów prostych	117	113	48	19	0	0	0
d177	Podejmowanie decyzji	13	114	104	64	2	0	0
d230	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	133	98	44	22	0	0	0
d240	Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi	5	74	106	111	1	0	0
d310	Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości ustne	74	120	75	22	6	0	0
d315	Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości niewerbalne	55	106	87	46	3	0	0
d3152	Porozumiewanie się - odbieranie - rysunki i fotografie	59	81	71	78	8	0	0
d350	Rozmowa	55	89	92	60	1	0	0
d4702	Używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu	69	70	83	50	7	0	0
d598	Dbanie o siebie, inne określone	108	109	57	23	0	0	0
d7103	Krytyka we wzajemnych relacjach	19	83	108	83	3	1	0
d7202	Kontrolowanie zachowań we wzajemnych kontaktach	58	91	93	53	2	0	0
d7203	Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych	87	97	72	39	2	0	0
d7204	Zachowanie dystansu społecznego	112	64	77	40	3	1	0
d730	Nawiązywanie kontaktów z nieznanymi	80	98	59	52	8	0	0
d7400	Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem	77	91	83	35	6	5	0
d840	Przyuczenie do zawodu	82	91	63	13	0	48	0
d8450	Poszukiwanie pracy	8	48	90	94	11	46	0
d8451	Wykonywanie pracy	45	100	62	27	2	61	0
d850	Zatrudnienie za wynagrodzeniem	52	75	55	22	2	91	0
d920	Rekreacja i organizacja czasu wolnego	137	71	57	30	1	1	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategoryalnych

W indywidualnych profilach kategoryalnych, uwzględniających opis funkcjonowania danej osoby zaplanowano wartość celu dla każdej kategorii ICF, która wymagała interwencji. Następnie wartości te przeniesione zostały do Indywidualnego Planu Aktywizacji, gdzie cele poddano operacjonalizacji, zaplanowano odpowiednie działania, czyli formy wsparcia i określono terminy ich realizacji. Zaplanowane cele były na bieżąco monitorowane i dokonywano modyfikacji i zmian, w sytuacjach gdy zaistniała potrzeba. Na koniec cyklu rehabilitacyjnego, który wyznacza koniec okresu finansowania przeprowadzono ewaluację w celu określenia skuteczności prowadzonych interwencji.

Przedstawione w niniejszym rozdziale wyniki z prowadzonej ewaluacji uwzględniają wybrane kategorie ICF, w których nastąpiła istotna zmiana mająca wpływ na poziom aktywności społeczno – zawodowej beneficjentów.

W badaniu wzięło udział 297 osób, wśród których 147 zostało zrekrutowanych do projektu jako osoby niezatrudnione (I etap aktywizacji), a 150 osób w momencie rekrutacji posiadało zatrudnienie (II etap aktywizacji). Podczas trwania projektu, osoba, która podejmowała zatrudnienie kontynuowała wsparcie na II etapie aktywizacji, natomiast osoba która w wyniku różnych czynników utraciła pracę była kwalifikowana do udziału w formach wsparcia zaplanowanych na I etapie aktywizacji, celem powtórnego podjęcia zatrudnienia.

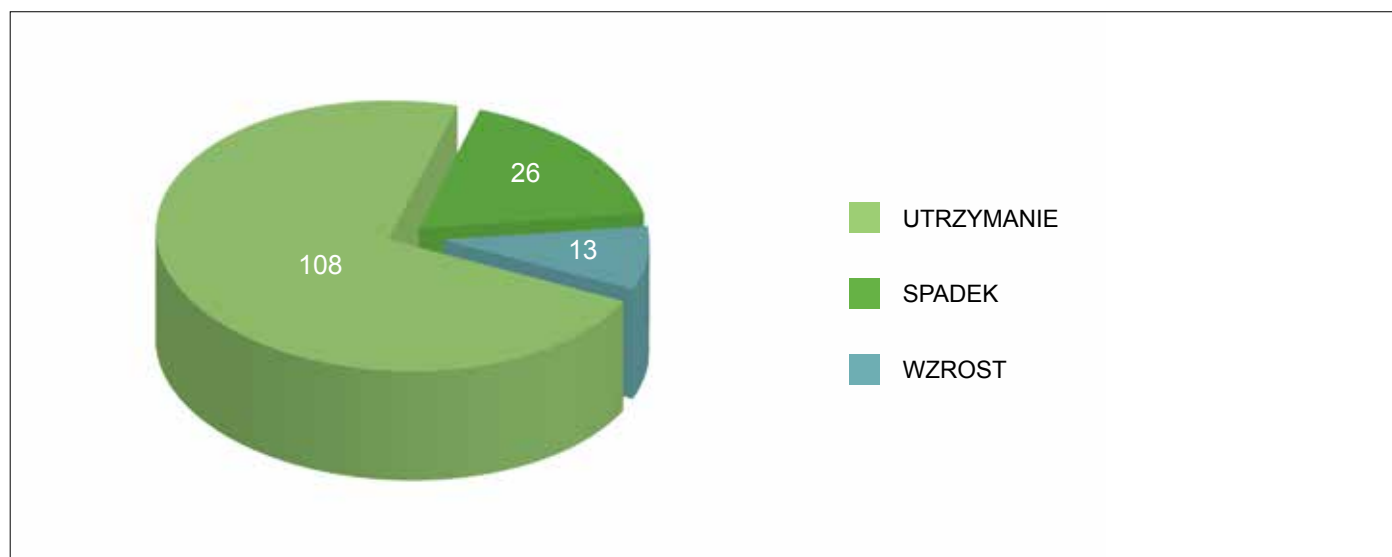
Na potrzeby niniejszego badania przyjęto podział beneficjentów według etapów aktywizacji (inaczej statusu na rynku pracy) w chwili przystąpienia do udziału w projekcie. Ewaluacji poddane zostały profile kategoryalne uczestników pod kątem liczby osób, u których nastąpił wzrost lub spadek poziomu funkcjonowania wobec stanu wyjściowego, lub które utrzymały ten sam poziom.

W rzeczywistości należy spojrzeć pod szerszym kątem na utrzymanie danej wartości, z uwagi na to, że procentowy zakres przypisywany jednej wartości jest szeroki. Na przykład dla kwalifikatora 2 zakres procentowy to 25-49%, a dla kwalifikatora 3 zakres obejmuje wartości 50-95%. Z uwagi na to, kwalifikatory ICF często nie ulegały zmianie i utrzymywały się na poziomie wyjściowym, jednak bardziej szczegółowa ocena, w której uwzględnilibyśmy wartości procentowe poziomu danej kategorii, w zdecydowanej większości przypadków ulegną zwiększeniu. Każdy spadek poziomu funkcjonowania został opisany, dzięki czemu istnieje obecnie możliwość wypracowania metod zapobiegawczych takim sytuacjom w przyszłości. Liczba utrzymań, wzrostów i spadków badane były dwustopniowo: pomiędzy kwalifikatorami ICF (które przypisywane są w skali od 0 do 4) oraz w obrębie kwalifikatorów (w tym przypadku mógł nastąpić wzrost, spadek lub utrzymanie w skali procentowej, objętej przez dany kwalifikator, który nie uległ zmianie).

Ewaluacja profili kategoryalnych – I etap aktywizacji

Na wstępie warto zwrócić uwagę na to, że u dość licznej grupy uczestników zaobserwowano spadek poziomu funkcjonowania w zakresie kategorii należących do funkcjonowania psychicznego, takich jak „motywacja”, „radzenie sobie ze stresem” czy kategorie obejmujące relacje z innymi ludźmi. U osób z niepełnosprawnością intelektualną często następuje zjawisko wycofania, obejmujące wymienione kategorie. Wynika to z niższego poziomu umiejętności „wglądu w siebie”, co przekłada się na funkcjonowanie z zakresu cech osobowości. Może to oznaczać, że zaobserwowany spadek funkcjonowania danego uczestnika nie wynika z obniżenia poziomu kompetencji zawodowych, ale jest wynikiem obniżenia funkcji psychicznych, które z kolei stanowią normę w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Wykres 10 – **Motywacja** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

W badanej kategorii – „*motywacja*” (kod ICF b1301) zaobserwowano spadek poziomu funkcjonowania u blisko 18% uczestników (26 osób). Jak opisano wyżej, spadek motywacji jest następstwem obniżenia poziomu funkcjonowania psychicznego, które często pojawia się u osób z niepełnosprawnością intelektualną, jeśli są one pozbawione odpowiedniego, specjalistycznego wsparcia psychicznego. Przyczyny takiego stanu rzeczy, zaobserwowane przez personel merytoryczny udzielający wsparcia, były następujące:

- nasilenie objawów chorobowych, skutkujące wycofaniem (3 os.);
- zwiększenie intensywności zajęć w zewnętrznych placówkach (3 os.);
- wahania nastroju, niestabilność emocjonalna, tym samym wahania poziomu motywacji (3 os.);
- demotywacja ze strony rodziny (2 os.);
- wpływ osób trzecich (2 os.);
- brak satysfakcji i zaangażowania w pracy, wynikający z cech charakterologicznych (1 os.);
- strach przed podjęciem zatrudnienia, błędne wcześniejsze wyobrażenia na temat pracy (1 os.);
- problem ze zaangażowaniem z powodu braku gratyfikacji finansowej (1 os.);
- brak zainteresowania dodatkowymi zajęciami w ramach aktywizacji zawodowej (1 os.);
- duże trudności w znalezieniu pracy – niepełnosprawność sprzężona (1 os.);
- utrata pracy (1 os.);
- otrzymanie umowy o pracę, skutkujące poczuciem, że pozycja zawodowa beneficjenta jest niezachwiana (1 os.);
- podjęcie stażu, konieczność dostosowania się do środowiska współpracowników, wymóg większej samodzielności w działaniu (1 os.);
- podjęcie zatrudnienia, brak przyzwyczajenia do codziennych obowiązków zawodowych, zniechęcenie (1 os.);
- błędna pierwotna ocena ICF (1 os.).

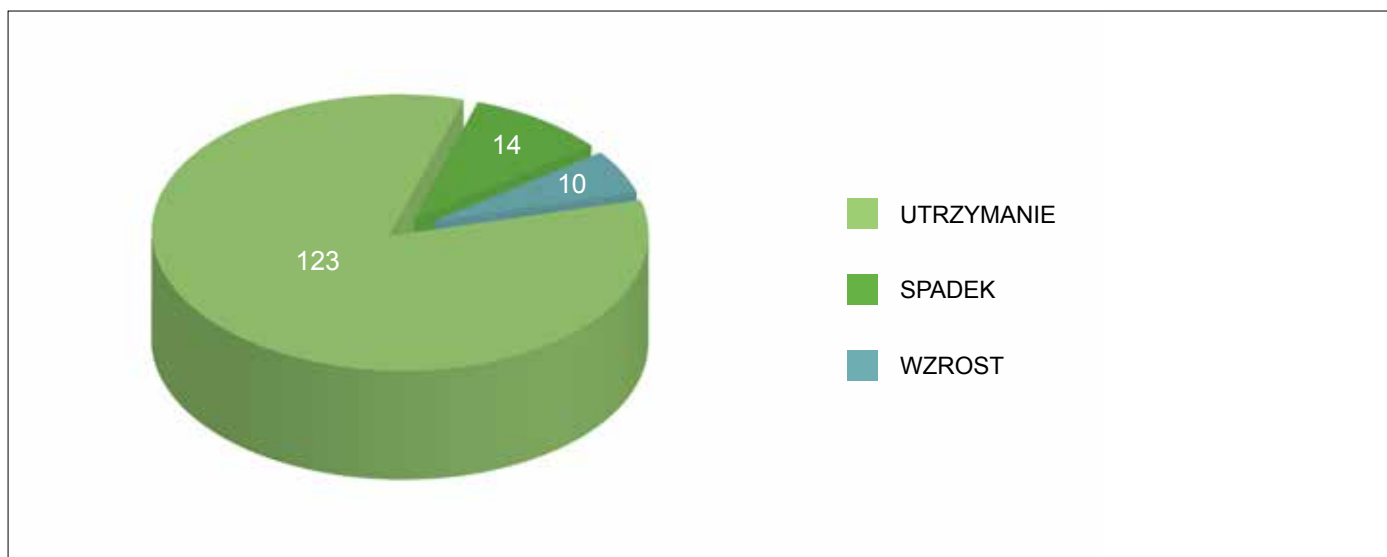
73% uczestników (108 osób) utrzymało motywację na poziomie określonym w procesie diagnozy. Natomiast aż u blisko 9% grupy nastąpił wzrost w zakresie motywacji.

Wśród 108 osób, u których motywacja została utrzymana na poziomie danego kwalifikatora, znalazło się 50 uczestników (45% ze 108-osobowej grupy), u których również na poziomie procentowym zaobserwowano utrzymanie poziomu funkcjonowania w zakresie motywacji. U kolejnych 50 osób nastąpił procentowy wzrost, a u 8 osób (10%) zauważono procentowy spadek. Poziom „*radzenia sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi*” (kod ICF

d240) spadł u 14 uczestników z I etapu (wykres 11). Kategoria ta stanowi jedną z najliczniej reprezentowanych w zakresie spadku poziomu funkcjonowania badanych osób. Osoby wykazujące spadek pomiędzy kwalifikatorami stanowią 9% grupy. Przyczyny, zaobserwowane przez personel merytoryczny udzielający wsparcia, były następujące:

- pierwsze w życiu próby pracy – rozpoczęcie życia zawodowego, większa ilość obowiązków (4 os.);
- wzrost liczby sytuacji stresowych w rodzinie, co spowodowało spadek umiejętności radzenia sobie ze stresem (3 os.);
- utrata zatrudnienia – stres z tym związany (3 os.);
- stosowanie nieefektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem (2 os.);
- pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, wpływające na spadek umiejętności radzenia sobie ze stresem, emocjonalne reakcje na stres oraz brak umiejętności rozładowania napięcia (1 os.);
- pogorszenie stanu zdrowia, co wpłynęło na słabszy poziom kontroli nad emocjami, tym samym na niższą pewność siebie i samoocenę, wycofanie (1 os.);

Wykres 11 – Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

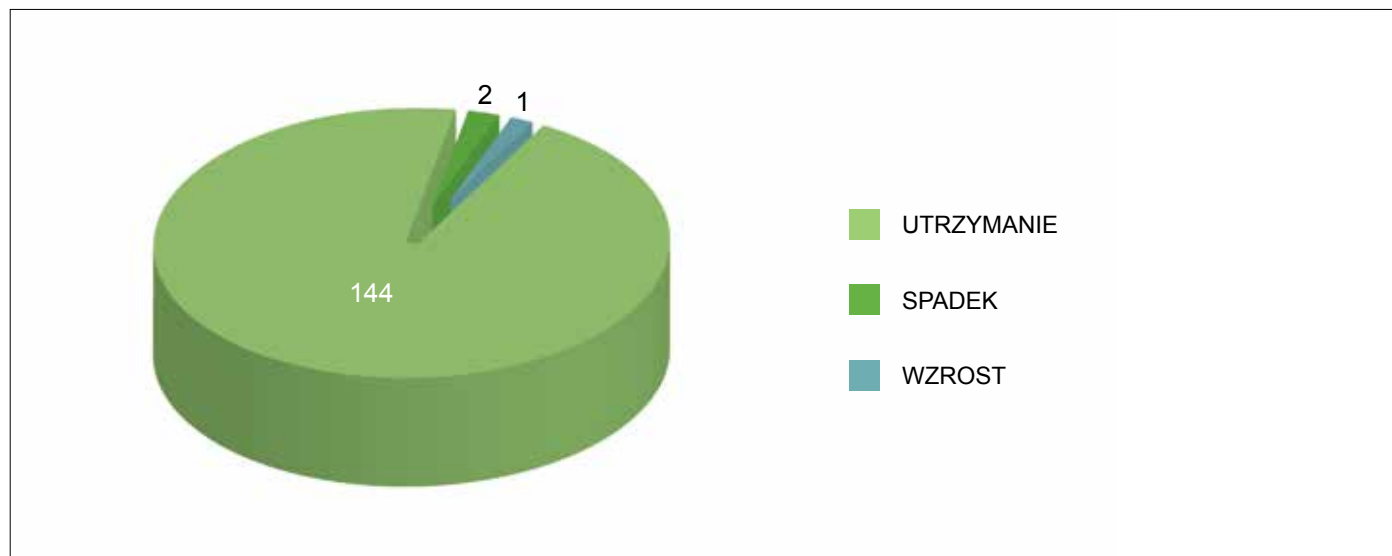


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

W obrębie kwalifikatora kategorii „radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi” 73 osoby utrzymały poziom funkcjonowania: 44 wykazało poprawę (aż 36,5%), a u 6 osób nastąpił spadek.

W grupie 147 badanych osób, poziom funkcjonowania w zakresie kategorii „funkcja orientacji” (kod ICF b114), u prawie wszystkich osób utrzymał się na poziomie wyjściowym, u 1 osoby nastąpił wzrost, a u 2 osób spadek zaobserwowano spadek (wykres 12). W obu przypadkach spadek wynikał z braku ujawnienia deficytów z tego zakresu w momencie pierwotnej diagnozy. Również w przypadku badań w obrębie kwalifikatorów, dominującą grupę stanowią osoby, u których procentowy poziom funkcjonowania został utrzymany. Grupa, u której nastąpił wzrost (15 osób), stanowi 10% grupy 2. U nikogo nie zaobserwowano spadku poziomu funkcjonowania w obrębie kwalifikatorów.

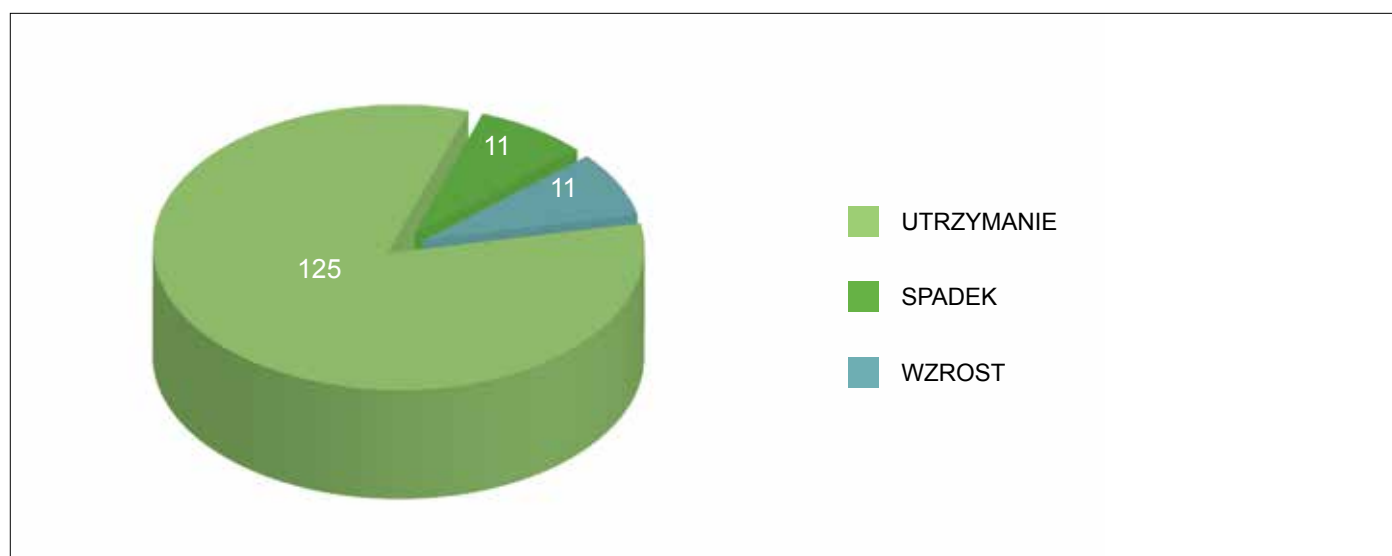
Wykres 12 – **Funkcje orientacji** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Jak widzimy na wykresie 13, 125 osób, co stanowi 85% badanych osób z I etapu, utrzymało wyjściowy poziom w zakresie kategorii „podejmowania decyzji” (kod ICF d177). U 11 osób zaobserwowano wzrost (7,5%), a kolejne 11 osób wykazały się spadkiem funkcjonowania w zakresie tej kategorii. U 2 osób przyczyną spadku było pogorszenie stanu zdrowia, co wpłynęło na przyjęcie biernej postawy. Bierność i uległość wobec rodziny i otoczenia były przyczyną spadku umiejętności w podejmowaniu decyzji u 5 osób. 4 osoby wykazywały spadek umiejętności w zakresie trudności w przewidywaniu konsekwencji działań, co skutkowało obniżeniem poziomu funkcjonowania w zakresie podejmowania decyzji. W grupie 125 osób, które utrzymały umiejętność podejmowania decyzji na poziomie kwalifikatora, u 76 osób (61%) ów poziom nie spadł również przy ocenie procentowej. Aż 46 osób (37%) wykazało wzrost procentowy w obrębie kwalifikatora, a u 3 osób nastąpił spadek. Był on spowodowany dużym wpływem rodziców, którzy decydują za uczestnika (1 os.), pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego (1 os.) oraz długotrwałym wyłączeniem z życia zawodowego spowodowanym chorobą (1 os.).

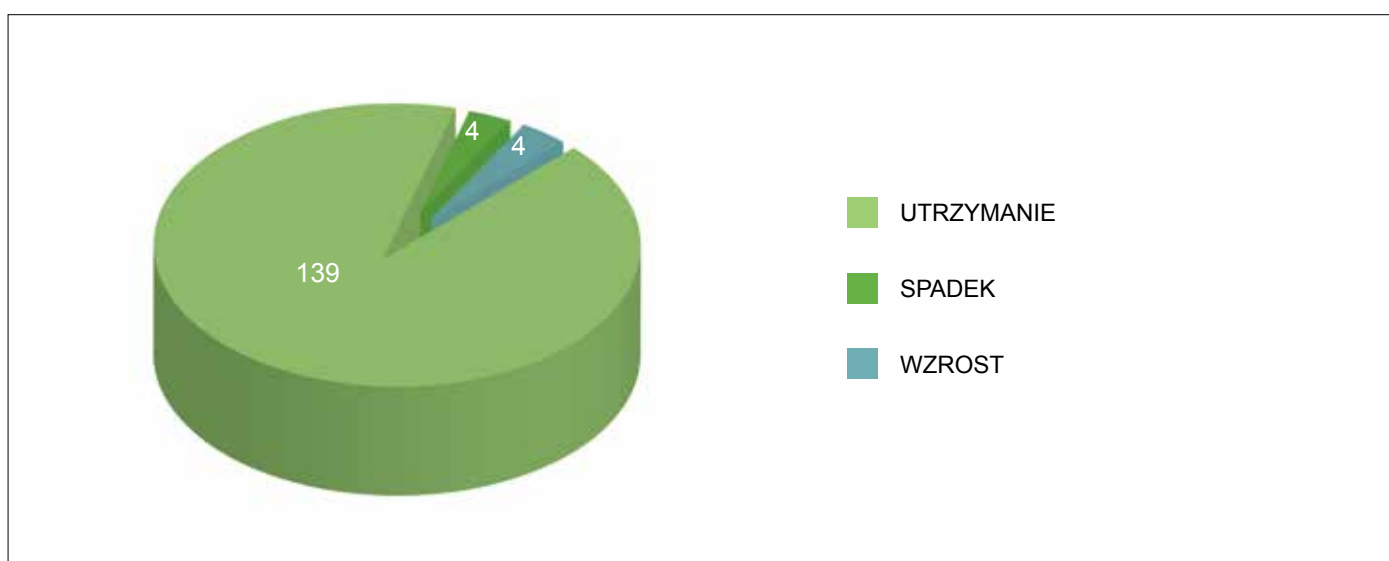
Wykres 13 – **Podejmowanie decyzji** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Kolejna kategoria – „realizowanie dziennego rozkładu zajęć” (kod ICF d230) – nie uległa zmianie pomiędzy kwalifikatorami u 139 osób, czyli u niemal 95% całej grupy. Wzrost wykazały 4 osoby, a u kolejnych 4 zaobserwowano spadek (wykres 14). U jednej osoby był on spowodowany pogorszeniem stanu zdrowia, a tym samym trudnościami w poruszaniu się, które wpłynęły na brak punktualności. U dwóch osób utrata zatrudnienia spowodowała brak stałych obowiązków i jasnego planu dnia, a u jednej osoby pogorszenie stanu psychicznego wywołało spadek umiejętności planowania i realizowania dziennego rozkładu zajęć. Wśród 139 osób, u których nie nastąpiła zmiana kwalifikatora odnoszącego się do kategorii „realizowanie dziennego rozkładu zajęć”, u 2 osób nastąpił procentowy spadek w obrębie kwalifikatora. U jednej osoby na spadek umiejętności planowania i realizowania dziennego rozkładu zajęć wpłynęło pogorszenie zdrowia psychicznego, a u drugiej przyczyną była mała motywacja do pracy i brak poczucia odpowiedzialności za podejmowanie decyzji. Większość grupy osób z niezmienionym kwalifikatorem w obrębie tej kategorii zachowała również tę samą procentową ocenę (126 osób – 91%), a 11 osób wykazało procentowy wzrost.

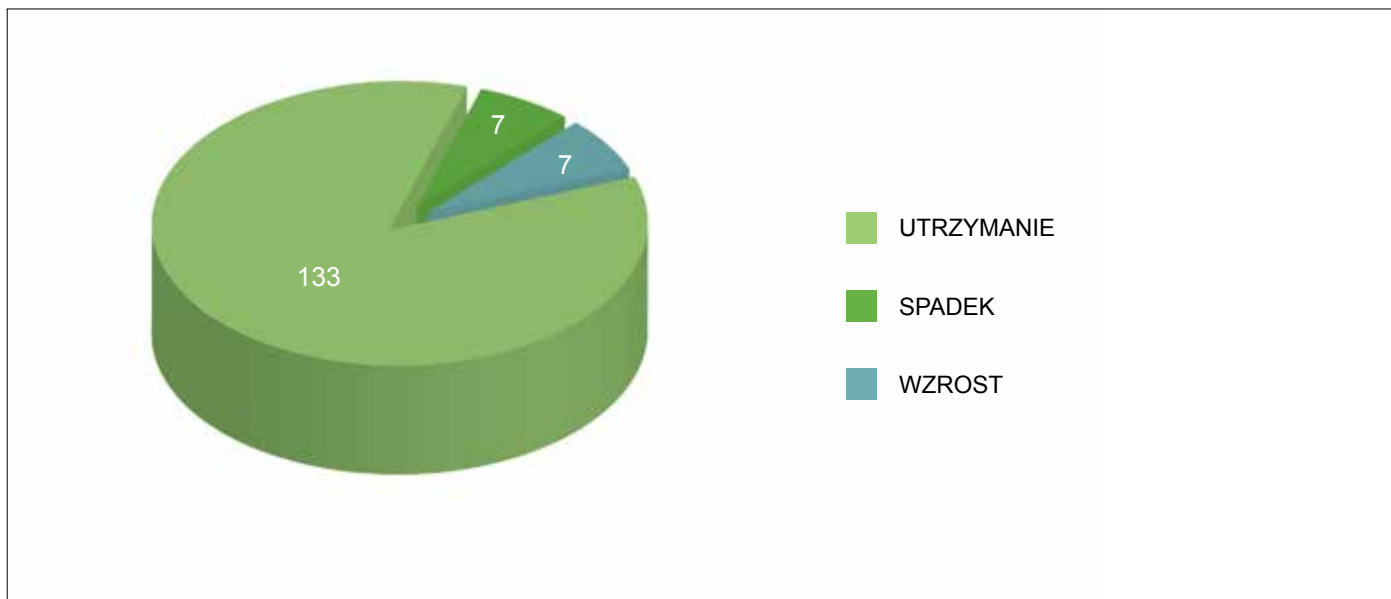
Wykres 14 – Realizowanie dziennego rozkładu zajęć (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategoryalnych

Na wykresie 15 obserwujemy ilość utrzymań, wzrostów i spadków poziomu funkcjonowania z zakresu umiejętności prowadzenia „rozmowy” (kod ICF d350). Po 7 osób wykazało zmiany, a 133 osoby zachowały poziom funkcjonowania w obrębie pierwotnie przypisanego kwalifikatora. Spadki wynikały ze stresu, który pojawił się wraz z podjęciem praktyk/stażu i zetknięciem się z nowym środowiskiem (5 os.) oraz w wyniku rezygnacji z pracy (1 os.). U jednej osoby na spadek wpłynęło pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Warto zwrócić uwagę na liczbę osób, które wykazały wzrost poziomu umiejętności prowadzenia rozmowy w obrębie kwalifikatora. Jest to grupa licząca aż 46 osób, co stanowi 35% osób, które zachowały ten sam kwalifikator (wykres 12.). U 3 osób nastąpił spadek: pogorszenie stanu zdrowia psychicznego było przyczyną spadku u 2 osób, a jedna osoba zaczęła wykazywać zniechęcenie do rozmowy w sprawie jakości wykonywanej przez nią pracy.

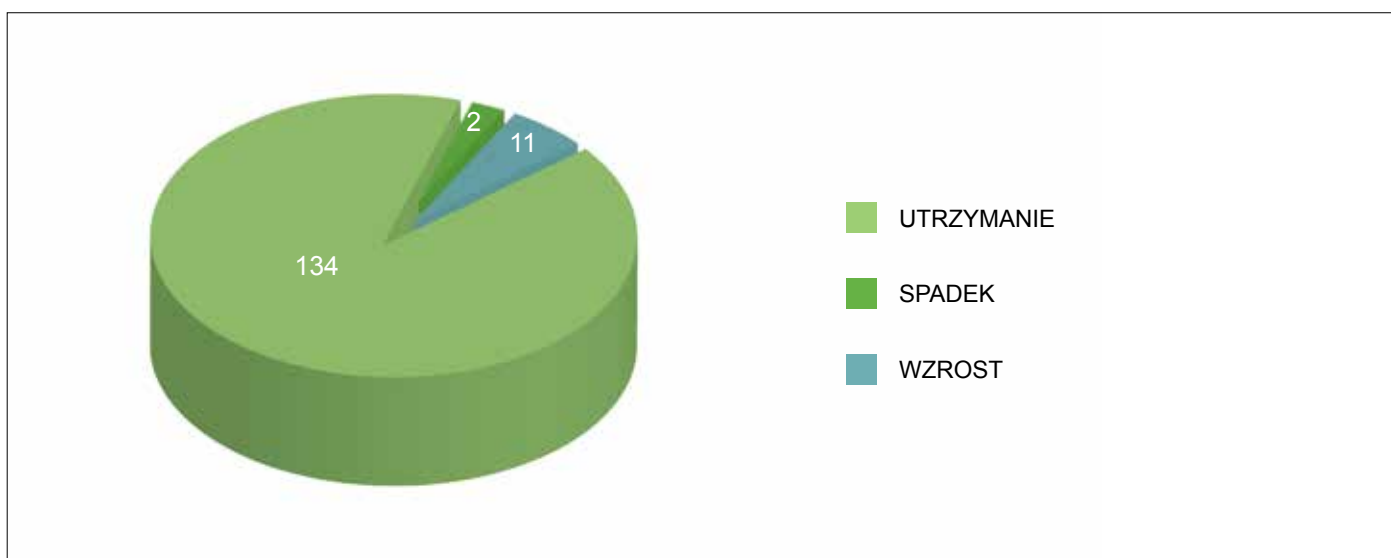
Wykres 15 – **Rozmowa** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Podczas kolejnych etapów aktywizacji zawodowej, 11 uczestników zwiększyło swoje umiejętności poruszania się komunikacją publiczną („używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu”, kod ICF – d4702) na poziomie między kwalifikatorami. 135 osób utrzymało pierwotny kwalifikator, a 2 osoby wykazały spadek (wykres 16). U jednej osoby przyczynę stanowiło pogorszenie zdrowia psychicznego, a u drugiej pogorszenie zdrowia fizycznego. W obrębie kwalifikatorów nie nastąpił ani jeden spadek w zakresie omawianej kategorii. 34 osoby wykazały procentowy wzrost (25%), a 100 osób (75%) utrzymało pierwotny poziom.

Wykres 16 – **Używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



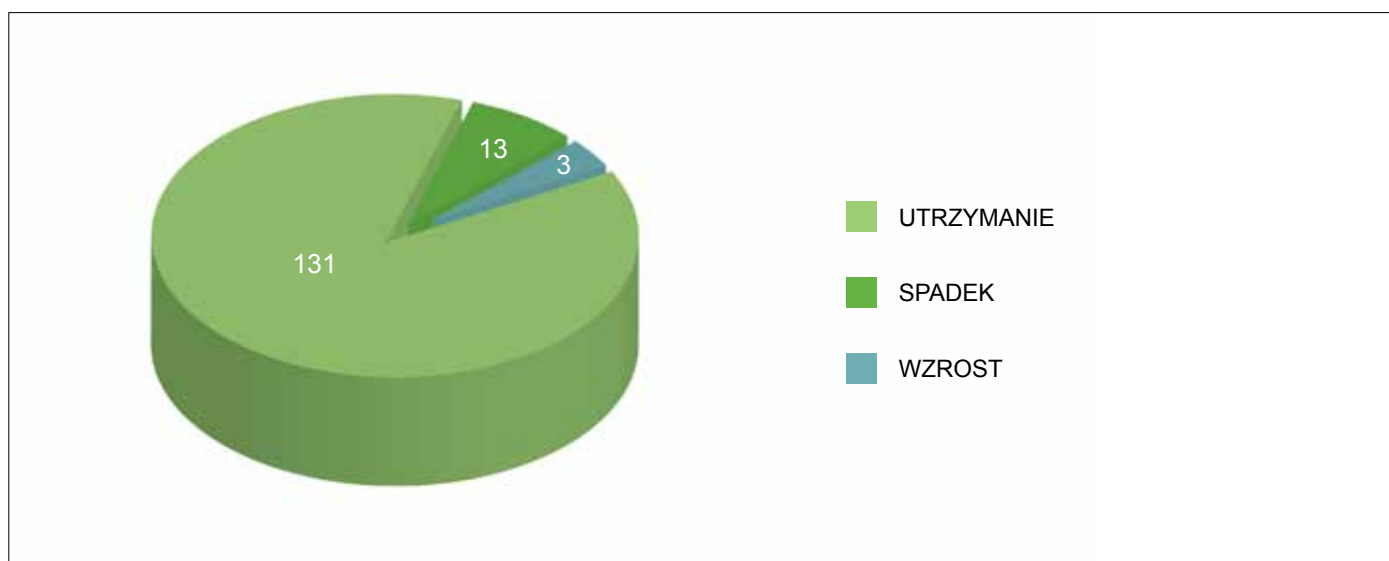
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

„Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych” (kod ICF d7203) stanowi jedną z najliczniej reprezentowanych kategorii w zakresie spadków pomiędzy kwalifikatorami. Spadki wykazało 13 osób, co stanowi 9% grupy badanych (wykres 17). Przyczyny spadków, zaobserwowane przez osoby udzielające wsparcia były następujące:

- niezaspokojona potrzeba kontaktów z innymi (4 os.);
- pogorszenie stanu zdrowia psychicznego (3 os.);
- trudność z zachowaniem dystansu społecznego, rozpoznaniem ról społecznych (2 os.); brak nauki w miejscu zamieszkania (DPS) (2 os.);
- cechy charakterologiczne – kierowanie się własnymi upodobaniami, niezależnymi od pełnionej roli społecznej przez drugą osobę (1 os.);
- błędna pierwotna diagnoza (1 os.).

Analogicznie do omówionych wyżej kategorii, wzrost poziomu funkcjonowania w zakresie „nawiązywania wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych” był w większym stopniu obserwowany w obrębie kwalifikatorów, niż pomiędzy kwalifikatorami. W grupie 131 osób, które utrzymało poziom kwalifikatora, procentowy wzrost nastąpił u aż 19% (25 osób). Procentowy spadek nastąpił u 5 osób.

Wykres 17 – Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych (utrzymanie/ wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



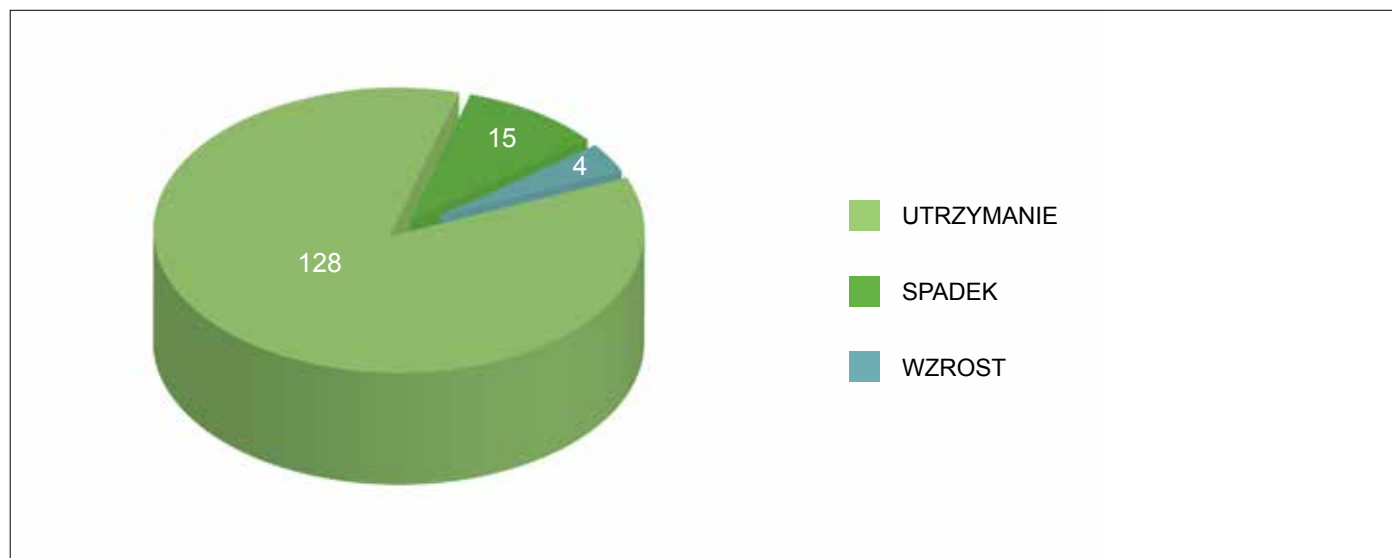
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Podobnie do powyżej opisanej kategorii, w ramach „Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem” (kod ICF d7400) zaobserwowano spadek u 15 uczestników (wykres 18). Przyczyny, opisane przez specjalistów, były następujące:

- pogorszenie stanu psychicznego, upór, zamknięcie w sobie (6 os.);
- lęk przed kontaktem ze zwierzchnikiem (3 os.)
- cechy charakterologiczne, nawiązywanie relacji ze zwierzchnikiem uzależnione od upodobań i sympatii uczestnika (1 os.);
- zbyt przyjazna atmosfera w pracy, niesprzyjająca nauce poprawnego zachowania (1 os.)
- bardzo niska samoświadomość adekwatności zachowania (1 os.);
- niestabilność psychiczna (1 os.);
- trudność w podporządkowaniu się poleceniom pracodawcy, co wynika z niezrozumienia ról (1 os.);
- wzrost pewności siebie i przekonanie o doskonałym radzeniu sobie z obowiązkami (1 os.).

W obrębie kwalifikatorów nie zaobserwowano spadków dotyczących kategorii „nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem”. 25% osób spośród tych, które zachowały pierwotny kwalifikator, wykazało wzrost procentowy.

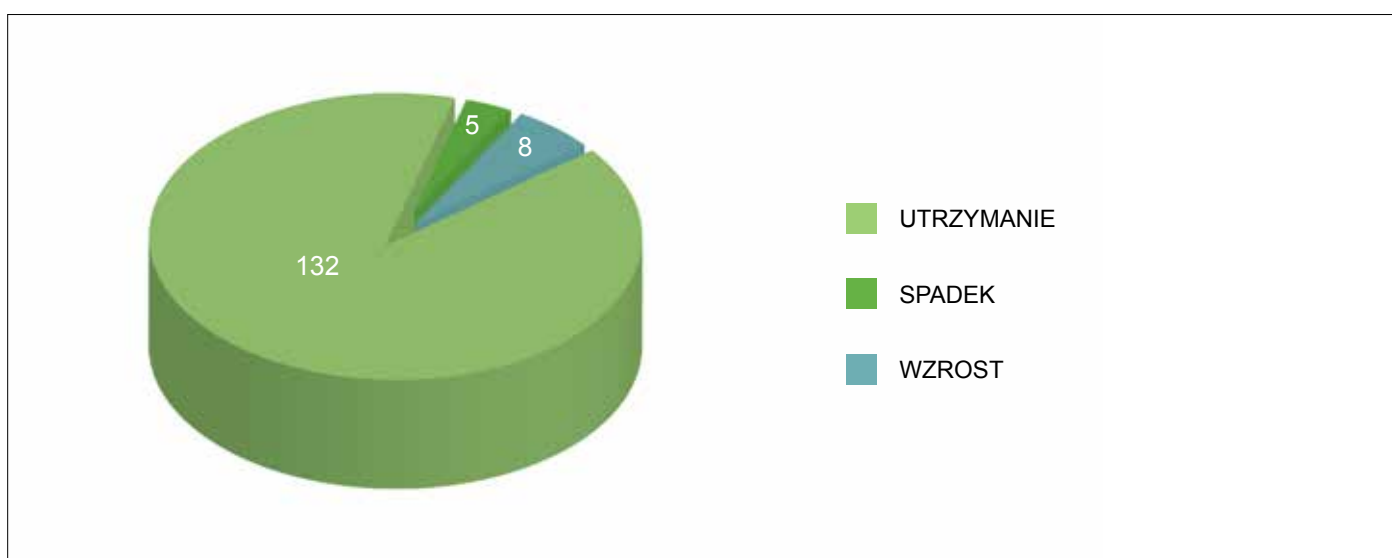
Wykres 18 – Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Kolejny wykres (wykres 19) odnosi się do kategorii „przyuczenie do zawodu” (kod ICF d840). Grupa osób badanych liczyła 145 osób, a zatem 2 osoby nie zostały tu uwzględnione. Wynika to z przypisania kwalifikatora „8” do tej kategorii w ich profilach kategorialnych. W grupie osób badanych spadki pomiędzy kwalifikatorami zostały zaobserwowane u 5 osób. U 2 osób przyczynę stanowił brak chęci współpracy z trenerem podczas nauki wykonywania czynności; u jednej osoby większa liczba obowiązków i czynności do opanowania wpłynęła na spadek poziomu funkcjonowania w obrębie tej kategorii; u kolejnej osoby przyczynę stanowiły wyższe wymagania podczas zatrudnienia względem wymagań poznanych podczas zajęć praktycznych, a u jednej osoby spadek wynikał z większego poziomu samodzielności na stanowisku pracy. W obrębie kwalifikatorów nie został zaobserwowany spadek. 9 osób wykazało wzrost poziomu funkcjonowania w obrębie kategorii „przyuczenie do zawodu”.

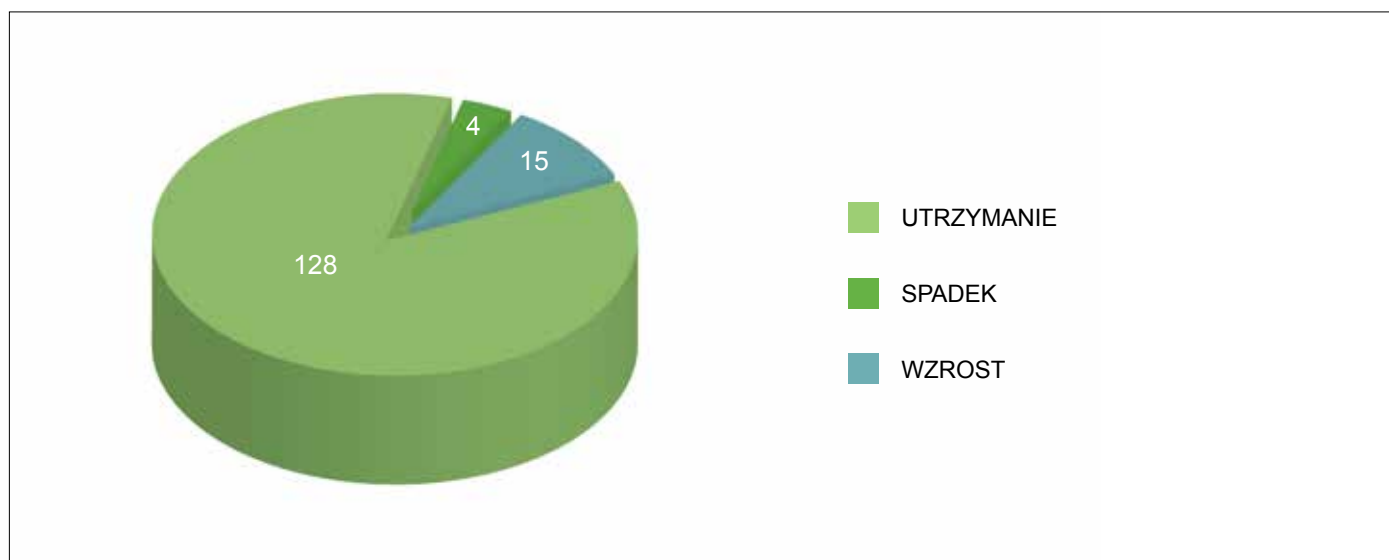
Wykres 19 – Przyuczenie do zawodu (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Jak obserwujemy na wykresie 20, wzrost poziomu funkcjonowania w zakresie kategorii „poszukiwanie pracy” wykazało 15 uczestników. Stanowi to 10% badanych uczestników z I etapu. 4 osoby wykazały spadek funkcjonowania. U dwóch osób było to następstwo spadku motywacji do podjęcia pracy, u jednej osoby przyczynę stanowiło pogorszenie zdrowia psychicznego, a u jednej ogólny poziom pogorszenia zdrowia. Bardzo duży wzrost poziomu „poszukiwania pracy” nastąpił w obrębie kwalifikatorów: aż 53 uczestników wykazało procentowe wzrosty, co stanowi 41 % grupy osób, u których nastąpiła zmiana wewnątrz kwalifikatora. U jednej osoby zauważono spadek, a jego przyczynę stanowiła błędna początkowa diagnoza.

Wykres 20 – Poszukiwanie pracy (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



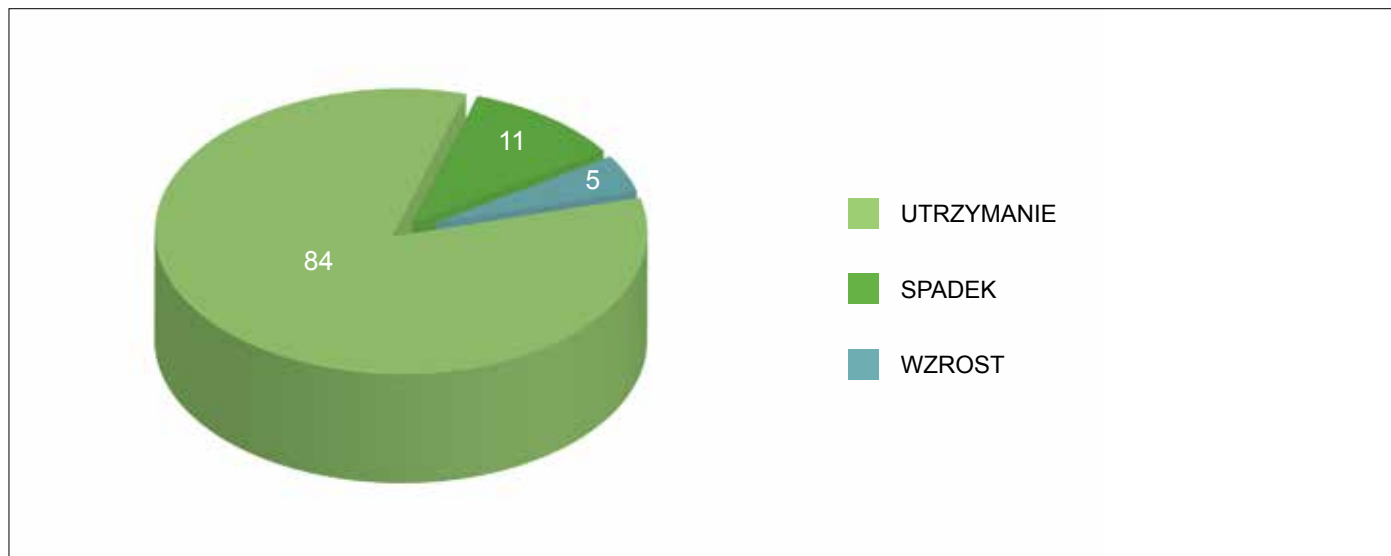
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Kategoria „wykonywanie pracy” (kod d8451) została poddana ewaluacji w grupie 100 osób. Wynika to z faktu, że nie wszyscy uczestnicy z I etapu znaleźli zatrudnienie. W profilach tych osób, przy kategoriach „wykonywanie pracy” i „zatrudnienie za wynagrodzeniem” (wykresy 21 i 22) użyto kwalifikatora 8, który oznacza „nie określono”. Tym samym grupa tych osób nie została tu wzięta pod uwagę. 11 osób spośród badanych wykazało spadek w „wykonywaniu pracy”. Przyczyny były następujące:

- spadek motywacji wpłynął na jakość wykonywanej pracy (4 os.);
- pogorszenie stanu zdrowia, co uniemożliwiało im poprawne wykonywanie zleczanych im zadań (2 os.);
- niechęć do współpracy z trenerem, znużenie monotonią pracy (2 os.);
- zbyt duża koncentracja na współpracownikach (próby zaprzyjaźniania się), niechętna współpraca z trenerem (1 os.);
- naganne zachowanie w pracy, próba kradzieży w pracy (1 os.);
- otrzymanie umowy o pracę spowodowało, że beneficjent poczuł, że jego pozycja zawodowa jest niezachwiana, co wpłynęło na obniżenie poziomu wykonywanej pracy (1 os.).

Wśród 81 osób, które utrzymały poziom pierwotnego kwalifikatora, nie zaobserwowano również zmian procentowych. Jedynie 2 osoby wykazały wzrost, a u jednej osoby wygaśnięcie umowy o pracę spowodowało spadek poziomu funkcjonowania w zakresie wykonywania pracy.

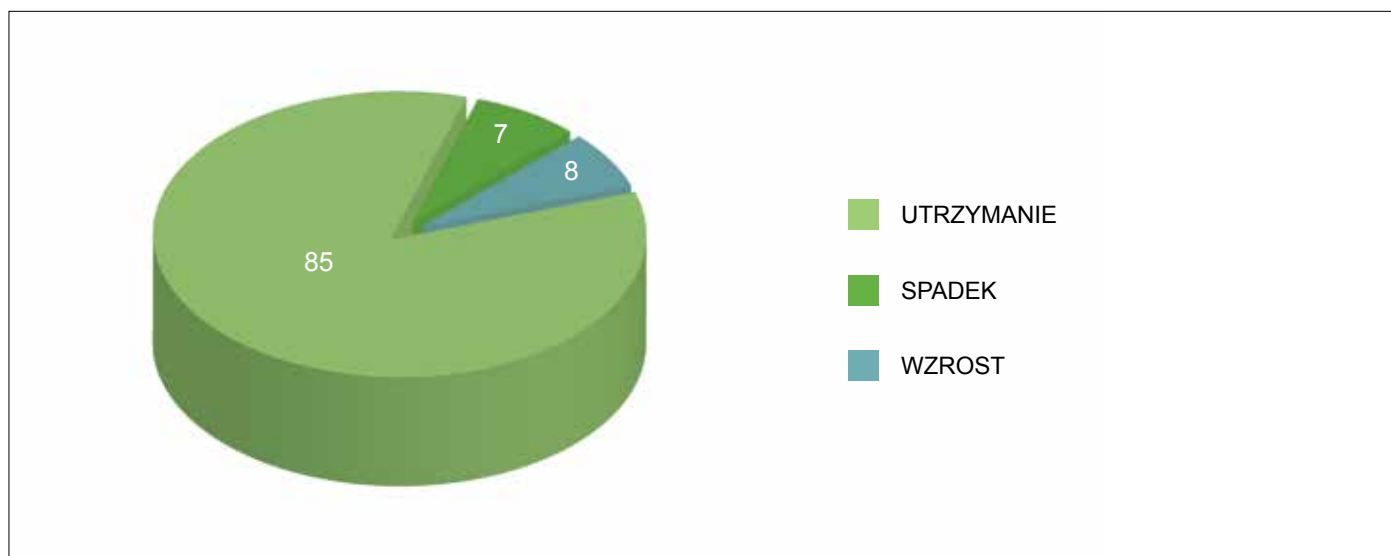
Wykres 21 – **Wykonywanie pracy** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Kategoria „zatrudnienie za wynagrodzeniem” (kod ICF d850) została opisana na grupie 100 osób (patrz wyżej). U 8 uczestników zaobserwowano wzrost pomiędzy kwalifikatorami, natomiast u 7 spadek (wykres 22). U jednej osoby spadek wynikał z nie przestrzegania zasad i norm obowiązujących na stanowisku pracy, co było spowodowane brakiem satysfakcji z wykonywanej pracy. U 3 osób spadek wynikał z wypowiedzenia umowy o pracę z powodów osobistych. Jedna osoba wykazała spadek z powodu wygaśnięcia umowy, jedna z powodu zwolnienia na skutek restrukturyzacji firmy, a jedna z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, uniemożliwiającego prawidłowe wykonywanie obowiązków. W grupie 85 osób, u których poziom funkcjonowania nie uległ wzrostowi lub spadkowi pomiędzy kwalifikatorami w ramach kategorii „zatrudnienie za wynagrodzeniem”, nastąpiły 2 spadki w obrębie kwalifikatora. U jednej osoby przyczynę stanowiło wygaśnięcie umowy o pracę, a u drugiej odwrotnie: otrzymanie umowy o pracę spowodowało, że beneficjent poczuł niezachwianą pozycję zawodową, co wpłynęło na zaniedbywanie obowiązków pracowniczych.

Wykres 22 – **Zatrudnienie za wynagrodzeniem** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

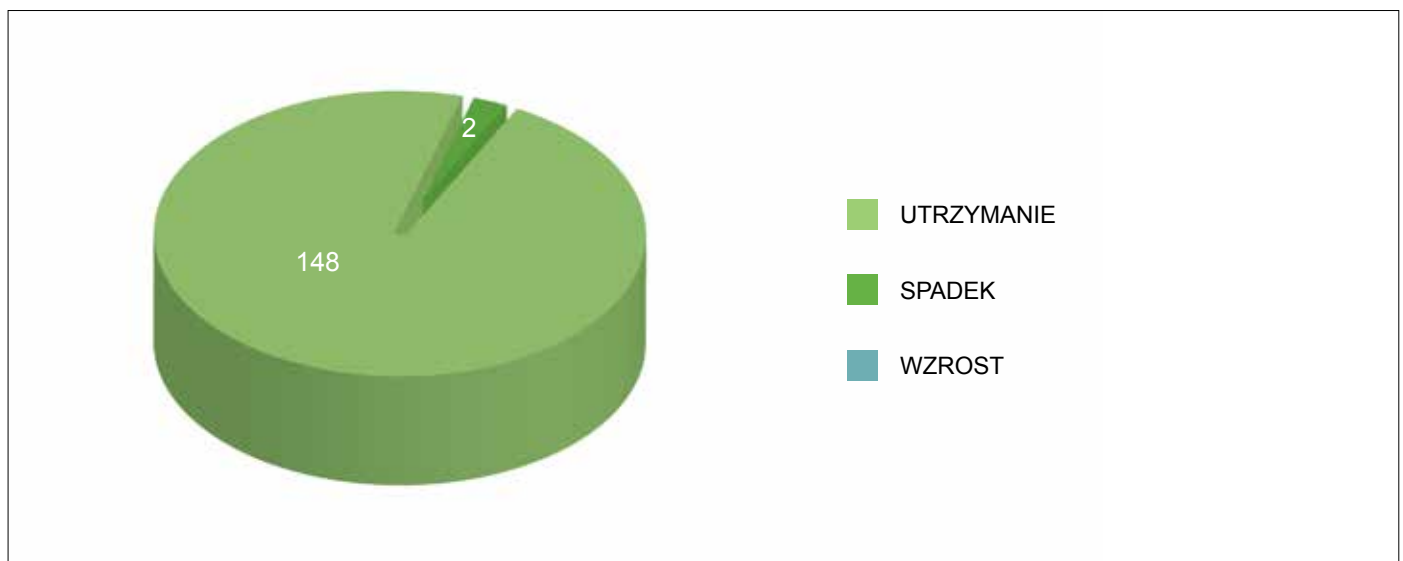


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Ewaluacja profili kategorialnych osób przystępujących do projektu jako zatrudnione

W grupie 150 badanych osób z II etapu, poziom funkcjonowania w zakresie kategorii „funkcja orientacji” u niemal wszystkich został utrzymany, jedynie u 2 osób zaobserwowano spadek. U jednej z osób problemy z orientacją wynikały z ogólnie niskiego poziomu funkcjonowania, a u drugiej pojawiały się trudności z określeniem miejsca realizacji różnych zajęć, w które była zaangażowana. Wśród 148 osób, u których nie nastąpiła zmiana pomiędzy kwalifikatorami w zakresie „funkcji orientacji”, u żadnej nie zaobserwowano procentowego spadku w obrębie kwalifikatorów. U 8 osób nastąpiła poprawa w obrębie kwalifikatora, pozostałe osoby utrzymały wyjściowy poziom.

Wykres 23 – **Funkcje orientacji** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



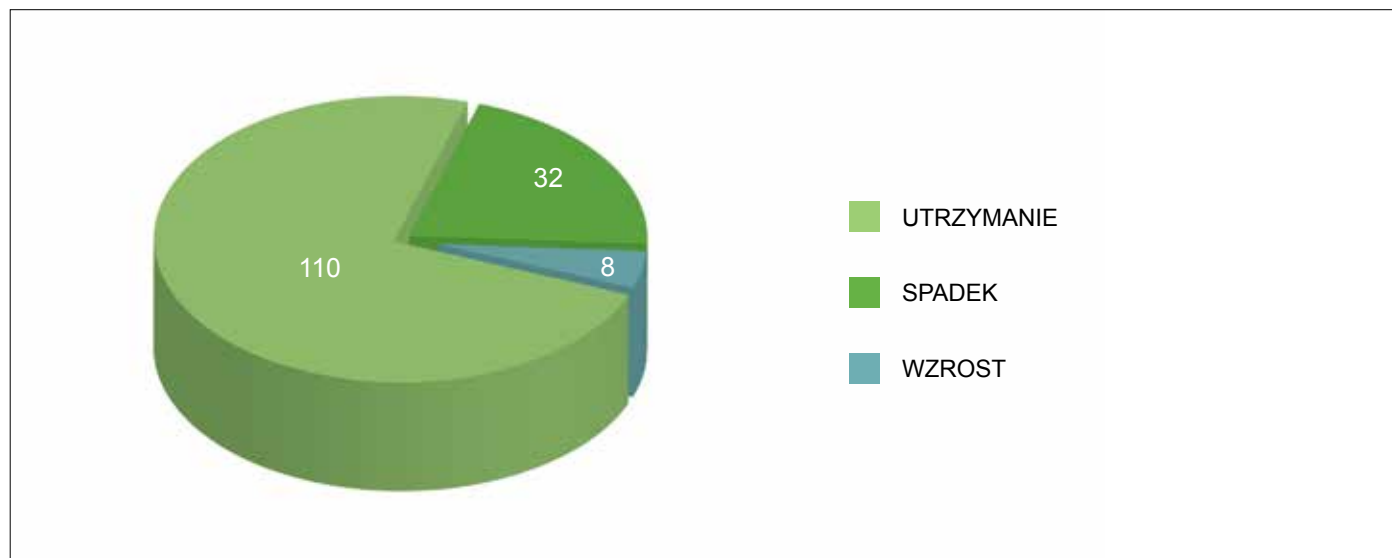
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Analogicznie do badanej grupy z I etapu, uczestnicy zatrudnieni licznie wykazywali spadki motywacji pomiędzy kwalifikatorami (wykres 24). Co istotne, spadki w obrębie kwalifikatorów są nieliczne – zaledwie 3 osoby. Spadki pomiędzy kwalifikatorami dotyczą 32 osób. Przyczyny, zaobserwowane przez specjalistów udzielających wsparcia są następujące:

- monotonia wykonywanych obowiązków (6 os.);
- pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego lub/i fizycznego (4 os.);
- cechy charakterologiczne i niechęć do nawiązywania pozytywnych relacji społecznych, co odbija się negatywnie na atmosferze w pracy (4 os.);
- zmiana sytuacji w rodzinie (choroby najbliższych, przeprowadzki itd.), co skutkuje mniejszą motywacją do pracy (3 os.);
- nieradzenie sobie z emocjami, wahania nastrojów skutkujące niestałością w motywacji (3 os.);
- sytuacja życiowa uczestnika, która niekorzystnie wpłynęła na kondycję psychofizyczną, a ta z kolei skutkowałą wahaniami motywacji do pracy (2 os.);
- duże poczucie bezpieczeństwa w pracy, przekonanie, że zwolnienie nie jest możliwe (2 os.);
- zmiana miejsca wykonywania pracy, niepokój przed nowym, nieznanym środowiskiem (2 os.);
- przenoszenie problemów osobistych na grunt zawodowy, problemy finansowe (2 os.);
- pogorszenie relacji ze współpracownikami – konflikty w pracy (1 os.);
- wyciągnięcie konsekwencji finansowych przez przełożonego za niedostateczne wywiązanie się z powierzonych obowiązków (1 os.);
- czynniki osobiste (1 os.);
- konieczność nabywania nowych umiejętności w pracy (1 os.);

Jak wspomniano wcześniej, wśród osób, które utrzymały motywację na poziomie wyjściowego kwalifikatora, spadki procentowe zaobserwowano jedynie u 3 osób, natomiast u aż 35 osób (32%) nastąpił wzrost.

Wykres 24 – Motywacja (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



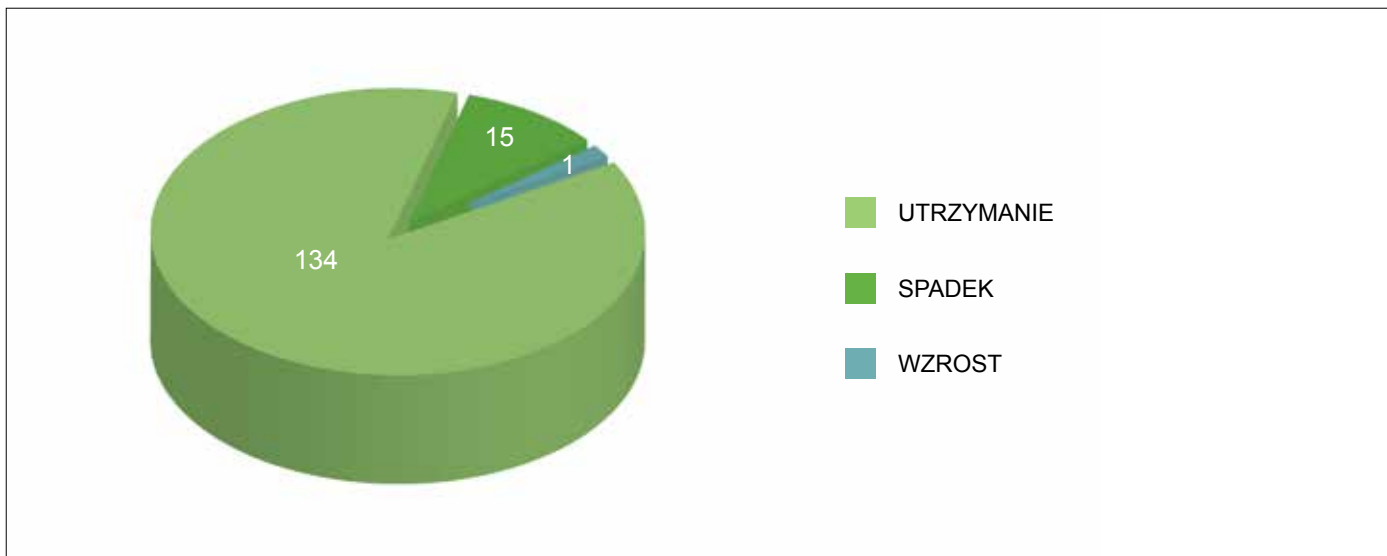
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 25 odnosi się do kategorii „podejmowanie decyzji”. Przedstawia on sytuację spadku poziomu funkcjonowania w ramach tej kategorii u 15 osób, stanowiących 10% wszystkich badanych z II etapu. Opisane przez specjalistów przyczyny spadków są następujące:

- zbyt silna więź z rodziną połączona z trudną sytuacją rodzinną, co skutkuje brakiem umiejętności racjonalnego podejmowania decyzji (5 os.);
- problemy z kontrolowaniem emocji oraz radzeniem sobie ze stresem (4 os.);
- nieumiejętność dokonania wyboru, np. między pracą a pasją, między pracą a zdrowiem (2 os.);
- pogorszenie się stanu zdrowia, w szczególności funkcjonowania poznawczego (2 os.);
- problemy z przewidywaniem skutków swoich decyzji (1 os.);
- obecność innych osób, u których beneficjent szuka potwierdzenia decyzji, obniża samodzielność ich wdrożenia (1 os.);

Wśród uczestników, u których nie nastąpiła zmiana kwalifikatora odnoszącego się do podejmowania decyzji, 2 osoby nie były w stanie przewidzieć skutków podejmowanych działań, co wpłynęło na procentowe obniżenie poziomu ich funkcjonowania w ramach tej kategorii (wykres 6.). Aż 36 osób (27%) wykazało się wzrostem poziomu podejmowania decyzji w obrębie kwalifikatorów.

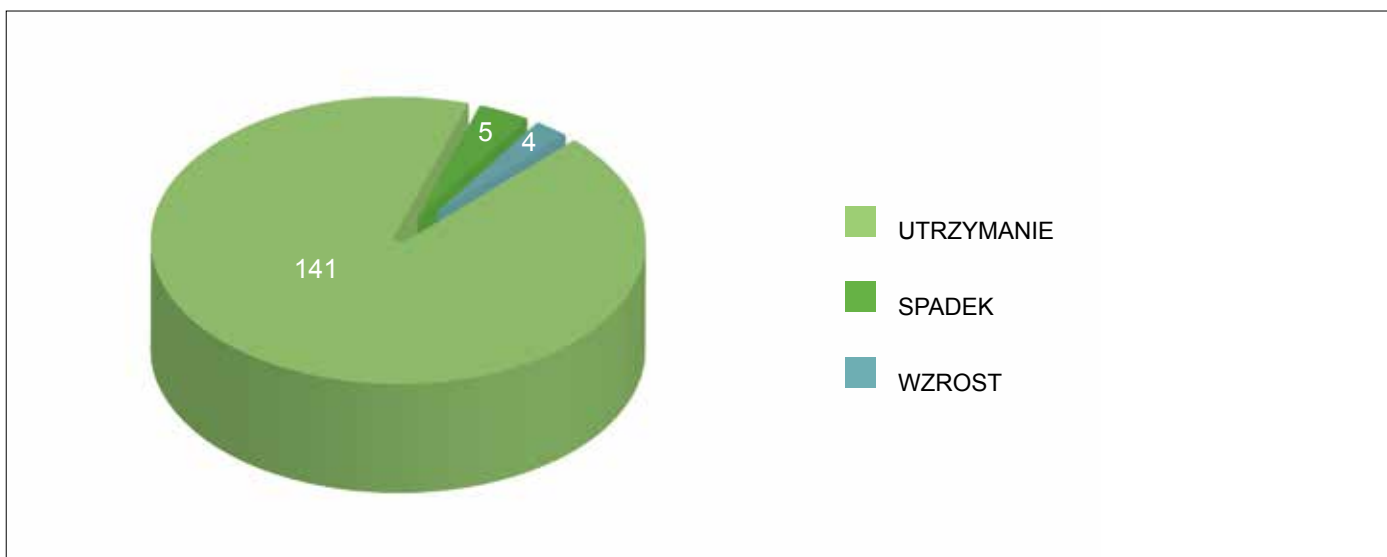
Wykres 25 – **Podejmowanie decyzji** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

„Realizowanie dziennego rozkładu zajęć” stanowi kolejną badaną kategorię. U 141 osób (94%) kwalifikator nie uległ zmianie – jest to wynik bardzo zbliżony do badania tej kategorii w grupie osób z I etapu. U 5 osób nastąpił spadek. Na taki stan rzeczy wpłynęła zbyt duża liczba obowiązków po podjęciu zatrudnienia (1 os.), zbyt duża kontrola ze strony rodziny (1 os.), ogólny niski poziom funkcjonowania (1 os.), trudna sytuacja rodzinna (1 os.). W jednym przypadku podejmowanie zbyt dużej ilości obowiązków wynikało z niechęci uczestnika do powrotu do DPS. Wśród 141 osób, które utrzymały funkcję „realizowania dziennego rozkładu zajęć” na poziomie wyjściowego kwalifikatora, u żadnej nie zaobserwowano spadku procentowego, natomiast u 6 osób nastąpił wzrost.

Wykres 26 – **Realizowanie dziennego rozkładu zajęć** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

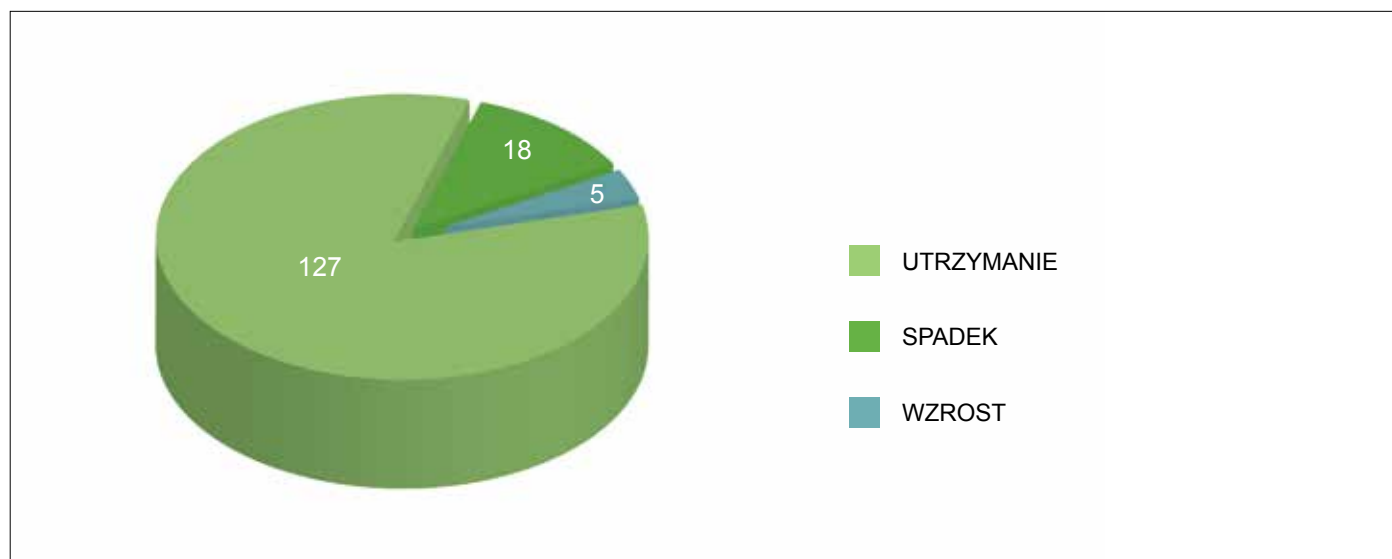
Poziom „radzenia sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi” spadł u 18 uczestników z II etapu (wykres 27). Kategoria ta stanowi jedną z najliczniej reprezentowanych w zakresie spadku poziomu funkcjonowania badanych

osób, analogicznie do grupy z I etapu. Osoby wykazujące spadek pomiędzy kwalifikatorami stanowią 12% grupy. Przyczyny spadków, zaobserwowane przez specjalistów, były dość jednolite:

- większa liczba sytuacji stresujących w pracy (konflikty ze współpracownikami, nowe obowiązki, zmiany grafików, zmiany kadrowe w miejscu pracy) oraz w domu (choroby, śmierć najbliższych, planowane przeprowadzki), co skutkowało nieradzeniem sobie ze stresem (7 os.)
- nieumiejętność zastosowania sposobów radzenia sobie ze stresem (6 os.);
- wpływ problemów osobistych (5 os.).

Bardzo liczną grupę osób stanowią uczestnicy z II etapu, którzy podnieśli poziom „radzenia sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi” w obrębie kwalifikatora. Grupa ta liczy 51 osób i stanowi 40% ogółu uczestników, u których nie nastąpiła zmiana pomiędzy kwalifikatorami w ramach tej kategorii. U 6 osób nastąpił procentowy spadek.

Wykres 27 – Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



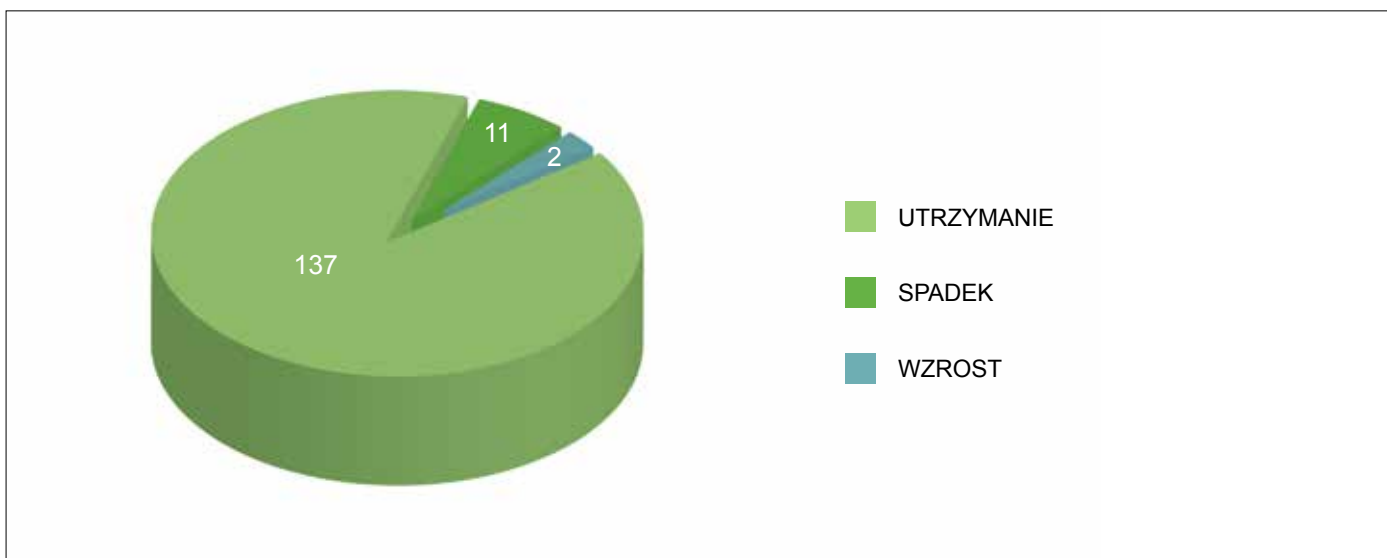
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Na wykresie 28 obserwujemy ilość utrzymań, wzrostów i spadków poziomu funkcjonowania z zakresu umiejętności prowadzenia „rozmowy”. 137 osób zachowało poziom funkcjonowania w obrębie pierwotnie przypisanego kwalifikatora. Nastąpiły również 2 wzrosty i 11 spadków, które wynikały z:

- trudności w przestrzeganiu obowiązujących zasad (4 os.);
- wrogiego nastawienia do trenera pracy w sytuacjach stresujących (3 os.);
- problemów z aktywnym słuchaniem w przypadku niedostrzeżenia korzyści (1 os.);
- pojawienia się wielu nowych współpracowników, co spowodowało wycofanie i problemy z inicjowaniem rozmów (1 os.);
- pogorszenia się wyglądu zewnętrznego (1 os.);
- zwiększeniem się sytuacji stresujących i nieumiejętnością przyjmowania krytyki (1 os.).

W obrębie kwalifikatorów nastąpił liczny wzrost dotyczący umiejętności prowadzenia rozmowy. Wzrost nastąpił u 42 osób, co stanowi 31% grupy przedstawionej na wykresie 28. Spadek nastąpił u 2 osób i był spowodowany pojawieniem się w miejscu pracy nowych współpracowników (1 os.), skutkującym wycofywaniem się z konwersacji oraz problemami z artykulacją (1 os.)

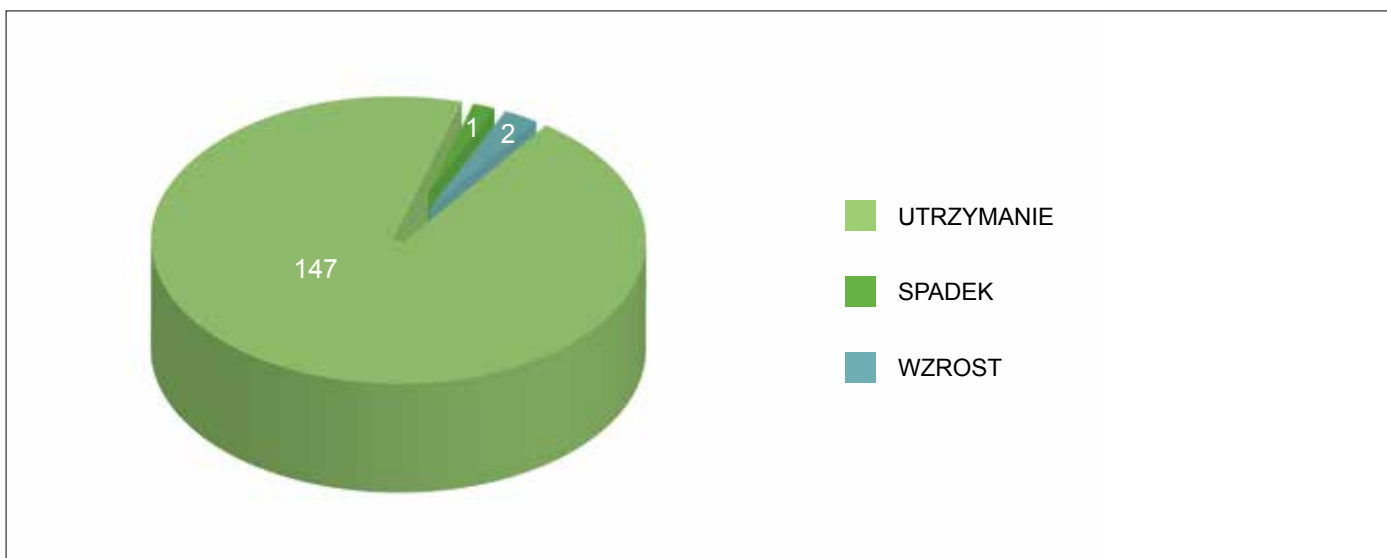
Wykres 28 – **Rozmowa** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Podczas kolejnych etapów aktywizacji zawodowej, 2 uczestników zwiększyło swoje umiejętności „używania publicznych zmotoryzowanych środków transportu”, na poziomie pomiędzy kwalifikatorami. 147 osób utrzymało pierwotny kwalifikator, a 1 osoba wykazała spadek (wykres 29). Przyczyną spadku było pogorszenie stanu zdrowia – zmiany neurologiczne. W obrębie kwalifikatorów nie nastąpił ani jeden spadek w zakresie kategorii „używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu”. 8 osób wykazało procentowy wzrost (5%), a 139 osób (95%) utrzymało pierwotny poziom.

Wykres 29 – **Używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



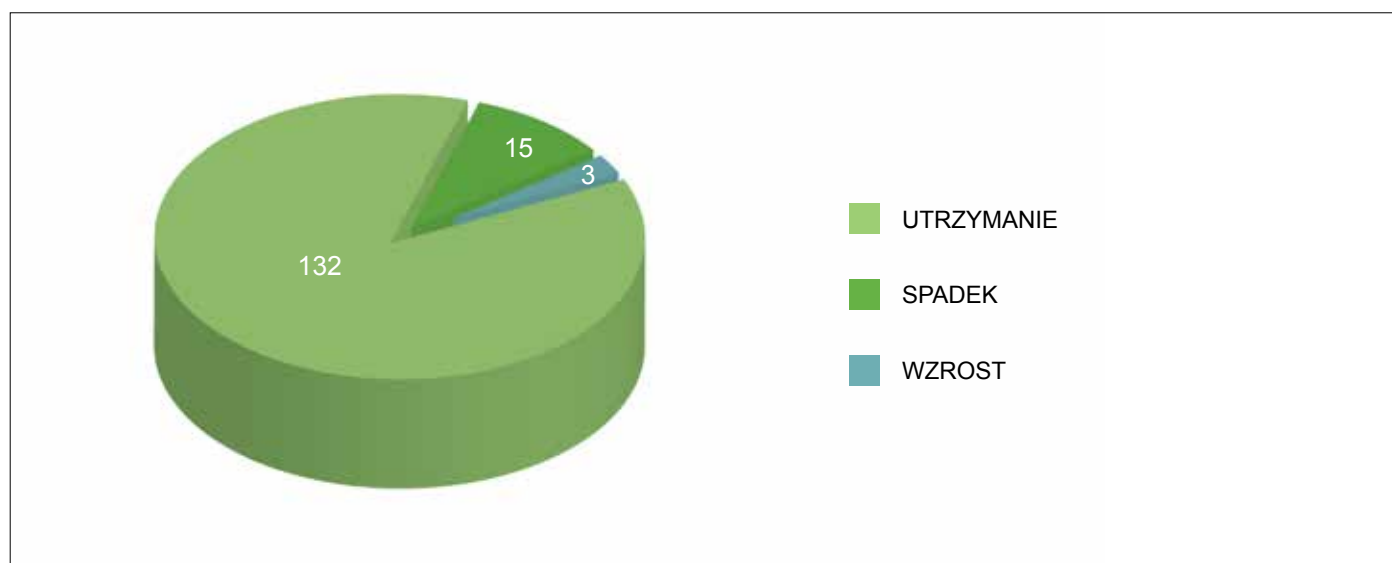
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

„Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych” stanowi jedną z najliczniej reprezentowanych kategorii w zakresie spadków pomiędzy kwalifikatorami, zarówno na II, jak i na I etapie (patrz wyżej). Spadki wykazało 15 osób, co stanowi 10% grupy badanych osób z II etapu (wykres 30.). Przyczyny spadków, zaobserwowane przez specjalistów, były następujące:

- trudności w relacjach z pracownikami Centrum DZWONI - traktowanie ich jak kolegów, znajomych, przyjaciół; nie stosowanie się do wyznaczonych zasad, stawianych granic (4 os.);
- próby spoufalania się ze współpracownikami lub zwierzchnikiem, związane z potrzebą posiadania kolegów (4 os.);
- pogorszenie stanu zdrowia (2 os.);
- zbyt duża pewność siebie w miejscu pracy (2 os.);
- nieumiejętność rozróżniania ról społecznych, brak kultury osobistej (1 os.);
- zmiana miejsca wykonywania pracy oraz zmiana przełożonego z mężczyzny na kobietę (1 os.);
- podjęcie zatrudnienia, wejście w środowisko, w którym widoczny jest podział ról ze względu na zajmowane stanowisko (1 os.).

Wśród osób z II etapu, które utrzymały wyjściowe kwalifikatory przy opisie kategorii „nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych”, znalazło się 19 osób (15%), u których nastąpił procentowy wzrost w obrębie kwalifikatora. U trzech osób zaobserwowano procentowy spadek, spowodowany zbyt dużym poczuciem bezpieczeństwa w miejscu pracy (1 os.), zwiększoną potrzebą akceptacji (1 os.) oraz sytuacją nagłej utraty zatrudnienia, skutkującą dużym obciążeniem psychicznym, a tym samym trudnościami z nawiązywaniem wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych w środowisku pracy (wybuchy złości i gniewu) (1 os.).

Wykres 30 – Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych
(utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



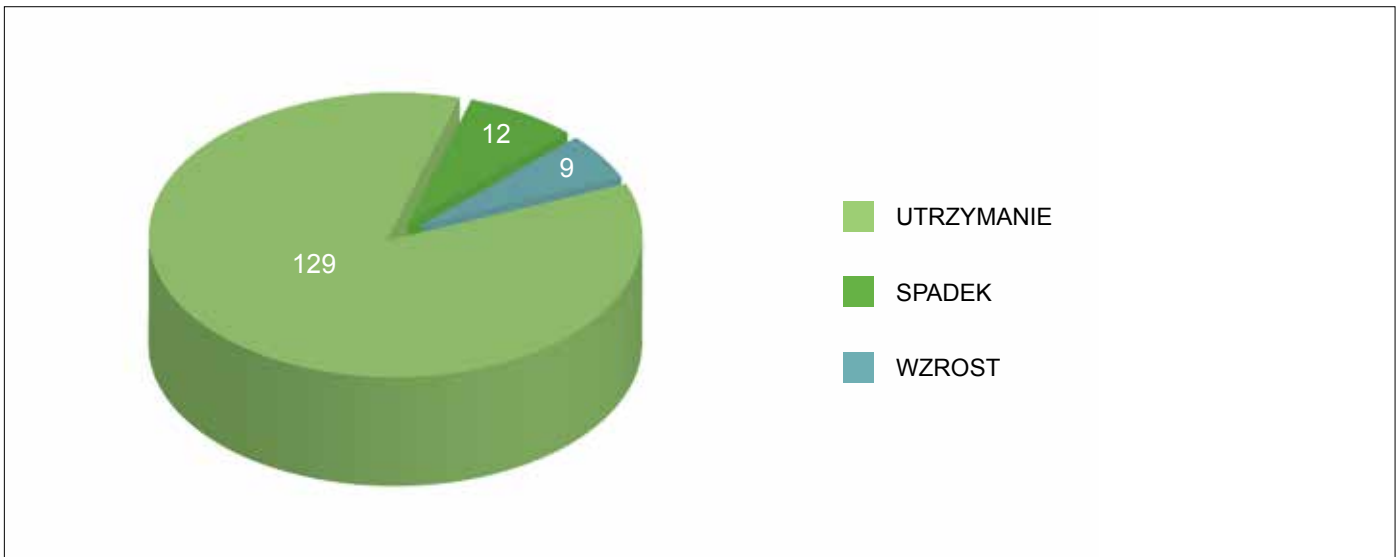
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

W ramach „Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem” zaobserwowano spadek pomiędzy kwalifikatorami u 12 uczestników z II etapu (wykres 31). Przyczyny, opisane przez specjalistów, były następujące:

- nieznanostwo ról społecznych i brak chęci dostosowania się (4 os.)
- zmiana zwierzchnika (3 os.)
- bezpieczeństwo i przyjazna atmosfera w pracy wpłynęły na zbyt mały dystans wobec przełożonych (3 os.);
- pogorszenie się stanu zdrowia beneficjenta (1 os.);
- sytuacja nagłej utraty zatrudnienia, skutkująca obciążeniem psychicznym (wybuchy złości i gniewu względem pracodawcy) (1 os.);

W grupie 129 osób, u których nie nastąpiła zmiana kwalifikatora w zakresie kategorii „nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem”, u 13 osób (10%) zaobserwowano wzrost procentowy, a u 6 osób (5%) procentowy spadek.

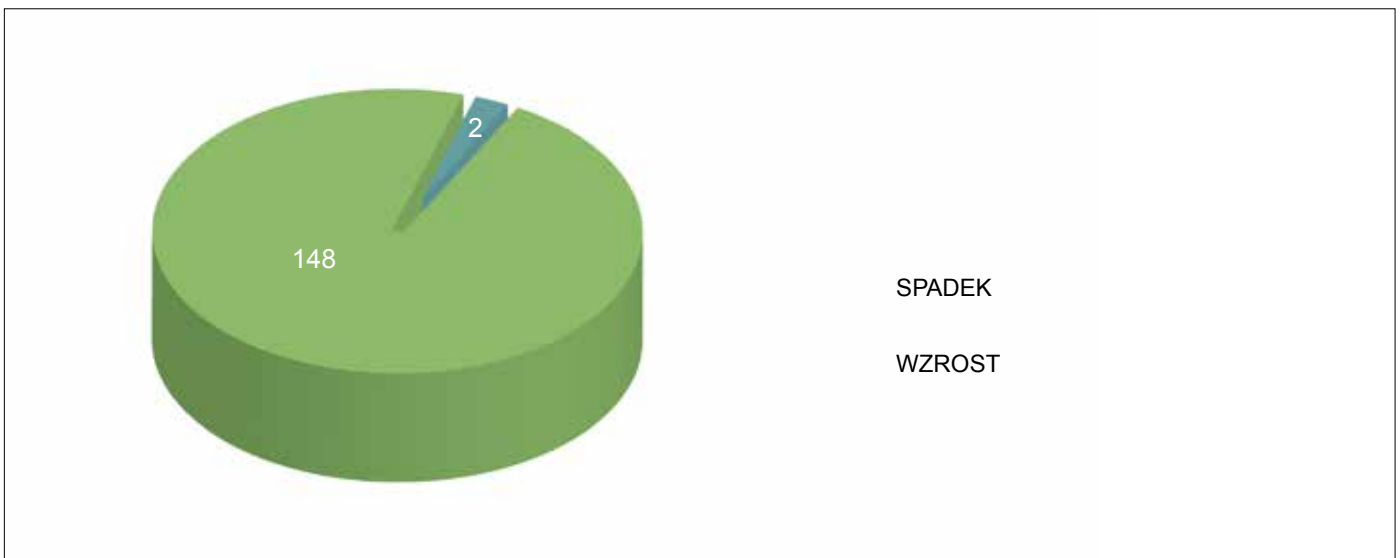
Wykres 31 – **Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Kategoria „przyuczenie do zawodu” w grupie osób z II etapu była wyjątkowo stabilna. Jedynie 2 osoby wykazały wzrost pomiędzy kwalifikatorami (wykres 32) oraz 2 osoby w obrębie kwalifikatorów. Pozostali uczestnicy utrzymali wyjściowy poziom.

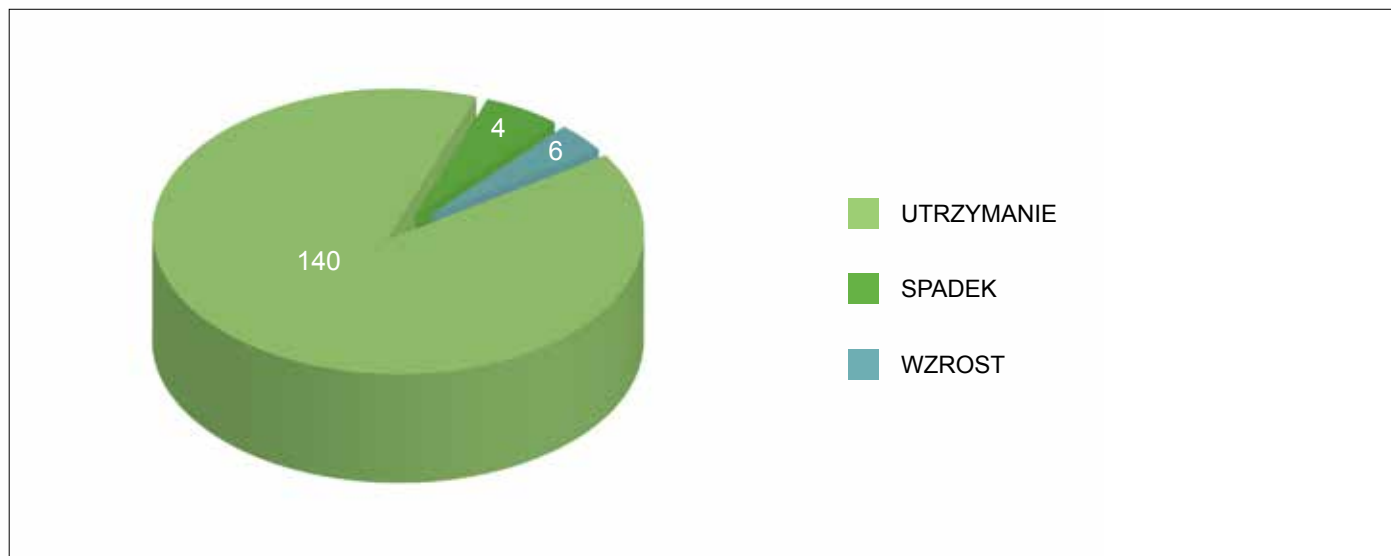
Wykres 32 – **Przyuczenie do zawodu** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Jak widzimy na wykresie 33, wzrost poziomu funkcjonowania w zakresie kategorii „poszukiwanie pracy” wykazało 6 uczestników (4%), utrzymanie 140 uczestników (93%), a spadek 4 uczestników (3%) z II etapu. U dwóch uczestników chcących zmienić miejsce pracy obniżyła się zdolność weryfikacji ogłoszeń oraz racjonalnego odniesienia posiadanych umiejętności i doświadczenia zawodowego do oczekiwań zamieszczonych w ogłoszeniach. U jednej osoby przyczyną spadku był brak formy wsparcia w zakresie tej kategorii po utracie zatrudnienia, a u kolejnej zaobserwowano niski potencjał w tym zakresie. W obrębie kwalifikatorów nastąpił wzrost poziomu „poszukiwania pracy” u 6 osób (4%), a u jednej zaobserwowano spadek (wykres 22.). Przyczyną spadku była wysoka chęć zarabiania pieniędzy, skutkująca wyszukiwaniem nieadekwatnych ofert pracy.

Wykres 33 – **Poszukiwanie pracy** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



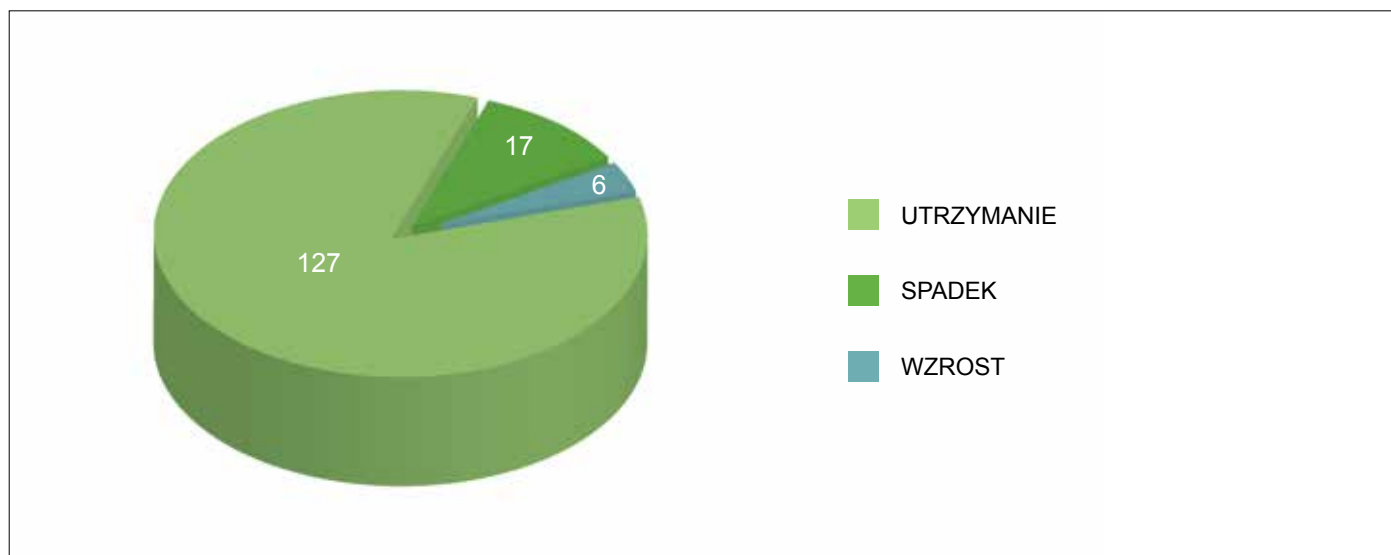
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Na wykresie 34 obserwujemy spadek poziomu funkcjonowania w zakresie „wykonywania pracy” u 17 uczestników z II etapu (11% badanych). Przyczyny spadków zostały opisane przez specjalistów w następujący sposób:

- trudna sytuacja rodzinna, która przenosi się na jakość wykonywanych obowiązków w miejscu pracy (5 os.);
- problemy z motywacją w miejscu pracy (4 os.);
- pogorszenie się stanu zdrowia (3 os.);
- trudności we wdrożeniu się w nowe czynności (2 os.);
- konflikty w pracy (2os.);
- monotonia wykonywanych czynności, brak zmian (1os.);

Liczny wzrost poziomu „wykonywania pracy” obserwujemy w obrębie kwalifikatorów. Nastąpił on u 25 uczestników, stanowiących 20% osób, u których nie zmienił się kwalifikator w zakresie „wykonywania pracy”. Spadek zaobserwowano u dwójki uczestników. Przyczyną było znużenie pracą, co skutkowało negatywnym podejściem do rozwoju zawodowego (1 os.) oraz problemy osobiste, wpływające na niższy rozwój umiejętności zawodowych (1 os.).

Wykres 34 – **Wykonywanie pracy** (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

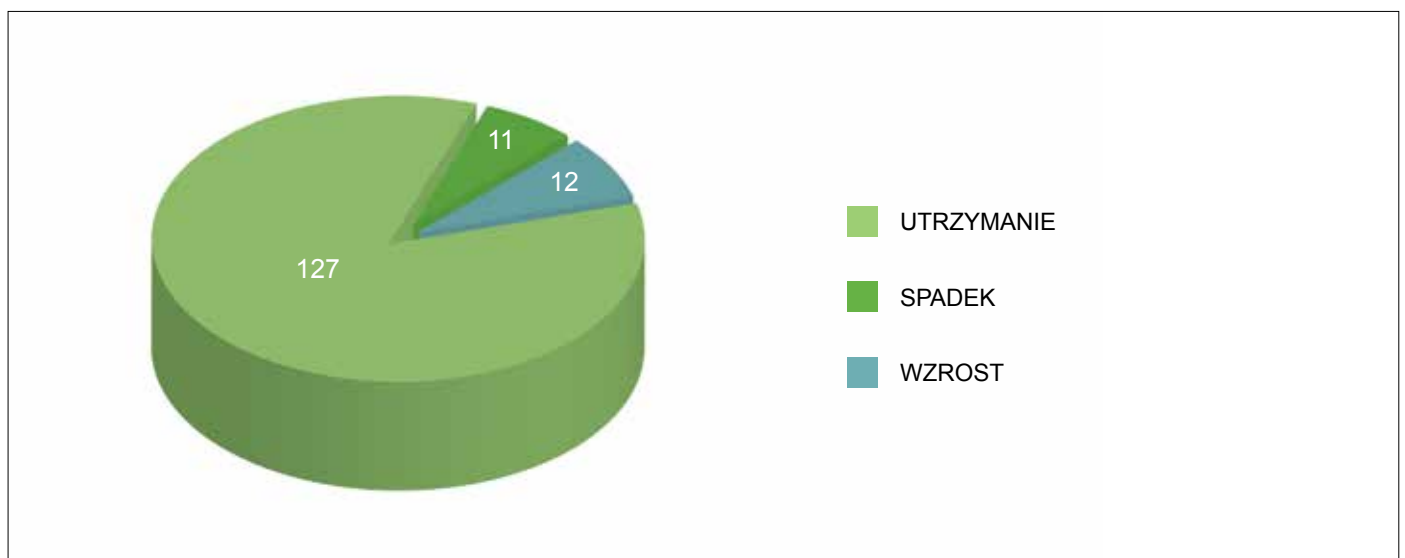
W ramach kategorii „zatrudnienie za wynagrodzeniem” u 12 uczestników z II etapu nastąpił wzrost kwalifikatora, a 11 osób zmniejszyło swoje umiejętności (wykres 35). Przyczyny spadku były następujące:

- trudna sytuacja rodzinną, która przenosi się na jakość wykonywanej pracy i przestrzegania zasad (4 os.);
- negatywne wzorce środowiska pracy związane z zachowaniem i przestrzeganiem zasad w miejscu pracy (2 os.);
- pogorszenie się stanu zdrowia (częste zwolnienia) (2 os.);
- pogorszenie się relacji ze współpracownikami – atmosfera w pracy (1 os.);
- monotonia pracy (1 os.);
- brak zainteresowania pracą (1 os.).

W grupie 127 osób z II etapu, u których poziom funkcjonowania nie uległ wzrostowi lub spadkowi pomiędzy kwalifikatorami w ramach kategorii „zatrudnienie za wynagrodzeniem”, nastąpiły aż 32 wzrosty (25%) oraz 4 spadki (3%) w obrębie kwalifikatorów. U jednej osoby przyczynę stanowiła zmiana miejsca pracy i trudności z wdrożeniem się. U innej przyczyna leżała w sprawach osobistych, a dwie kolejne osoby nie przestrzegały zasad obowiązujących w pracy, nie były zaangażowane ani zmotywowane do samodzielnej pracy.

Analiza przedstawiona w niniejszym rozdziale pozwala czytelnikowi poznać praktyczny wymiar stosowania

Wykres 35 – Zatrudnienie za wynagrodzeniem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

ICF w programach wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Identyfikacja czynników mających wpływ na poziom funkcjonowania osób w trakcie trwania cyklu rehabilitacyjnego pozwala na bieżąco dopasowywać poziom i zakres form wsparcia do potrzeb i możliwości osoby. O skuteczności wsparcia udzielanego beneficjentom może świadczyć fakt, iż w tak trudnej grupie osób, jakimi są osoby z niepełnosprawnością intelektualną, posiadającej wiele trudności i ograniczeń w funkcjonowaniu, zarówno w zakresie funkcji, jak i aktywności i uczestniczenia odnotowano stosunkowo niewiele „spadków” funkcjonowania w prezentowanych kategoriach. Wartością dodaną jest fakt, iż przy każdym zidentyfikowanym obniżeniu funkcjonowania wskazano na przyczyny, jakie wpłynęły na ten stan rzeczy.



Zespół merytoryczny projektu

„Niesprawność można scharakteryzować jako skutek lub wynik złożonych wzajemnych związków pomiędzy kondycją fizyczną i psychiczną jednostki i czynnikami osobowościowymi a czynnikami zewnętrznymi, czyli warunkami, w jakich jednostka żyje. Z uwagi na ten związek, różne środowiska mogą wywierać odmienny wpływ na tę samą osobę w określonym stanie zdrowia. Środowisko z barierami lub bez ułatwień może ograniczać działanie człowieka. Inne środowiska, które stwarzają więcej ułatwień, mogą to działanie zwiększać. Społeczeństwo może utrudniać działanie jednostki, ponieważ stwarza bariery (np. trudno dostępne budynki) czy nie zapewnia ułatwień (np. brak urządzeń wspomagających) lub ułatwiać, likwidując istniejące bariery.”⁵. Czynniki środowiskowe należy oceniać/analizować z perspektywy indywidualnej osoby, której sytuacja jest opisana.

Czynniki środowiskowe, opatrzone symbolem „e”, są składnikiem Części 2. Klasyfikacji ICF, zatytułowanej „Czynniki kontekstowe”. Termin „czynniki środowiskowe” odnosi się do szeroko pojętego otoczenia - fizycznego, społecznego, światopoglądowego, związanego z codziennym życiem oraz przyjmowaniem postaw społecznych. Czynniki środowiskowe dzielą się na rozdziały: „Produkty i technologia”, „Środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane działalnością człowieka”, „Wsparcie i wzajemne powiązanie”, „Postawy”, „Usługi, systemy i polityka”.

Uwzględnienie czynników środowiskowych jest niezwykle ważne przy całościowym opisie funkcjonowania z uwagi na ich nieodłączny charakter wobec codziennych aktywności, podejmowanych przez uczestników. Na przykład nie sposób opisać poziom „realizacji dziennego rozkładu zajęć” przez daną osobę z niepełnosprawnością intelektualną, bez uwzględnienia wpływu przyjmowanych przez nią leków, w sytuacji, gdy osoba stale je powinna przyjmować („leki” stanowią jeden z czynników środowiskowych opisywanych w profilach kategorialnych). W profilu kategorialnym ujęto 12 kategorii z zakresu Czynników środowiskowych. Przeanalizowano 297 profili kategorialnych w celu identyfikacji czynników mających pozytywny, negatywny lub neutralny wpływ na funkcjonowanie tej grupy osób. Poniżej przedstawiono wyniki tej analizy.

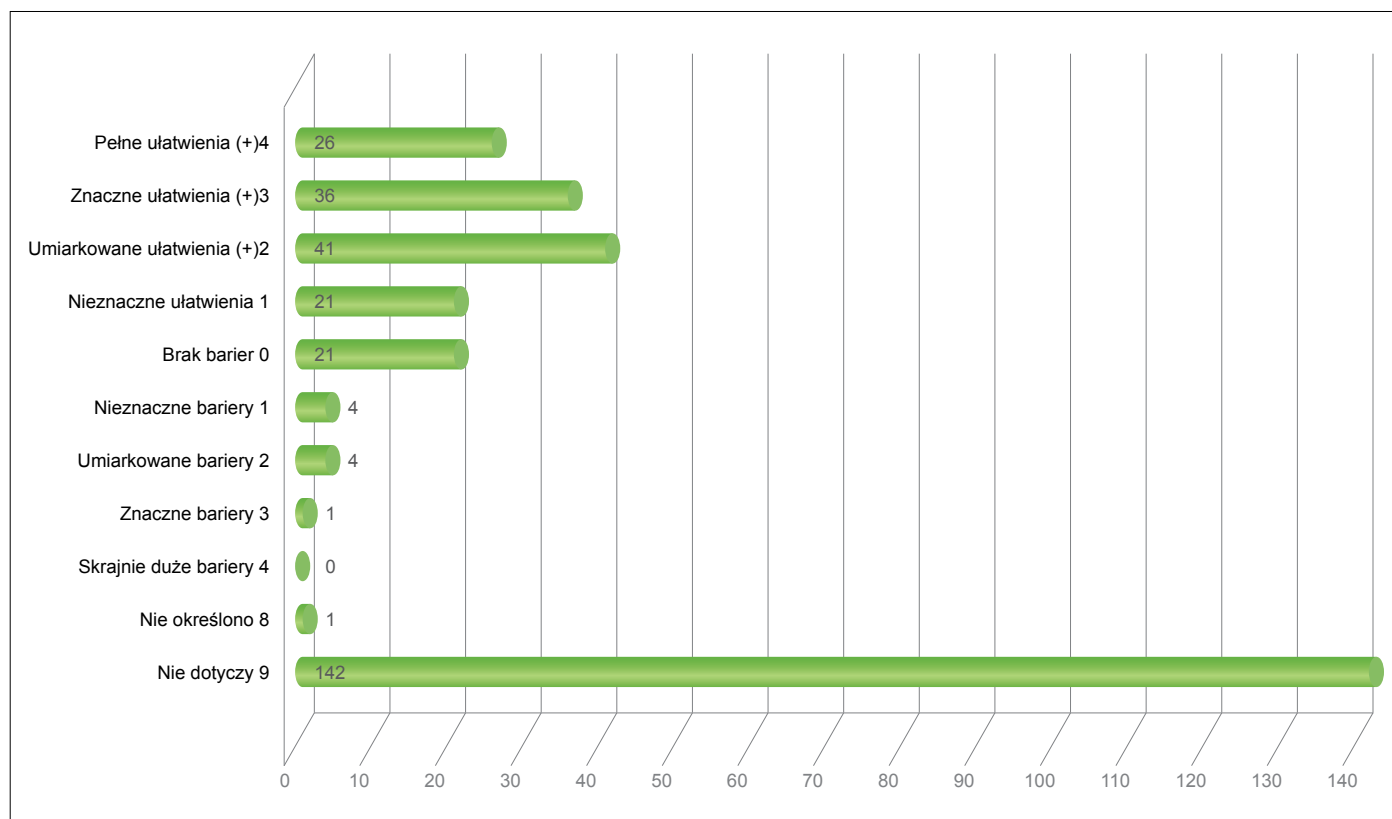
Wykres 36 odnosi się do czynnika środowiskowego „Leki” (kod ICF e1101). Kategoria ta, zgodnie z klasyfikacją ICF, oznacza „każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancję, gromadzone, przetwarzane lub produkowane w celach leczniczych”. U zdecydowanej większości osób badanych jest to czynnik neutralny - dla 142 osób (48%) użyto kwalifikatora 9 (nie dotyczy). Dla 26 osób (9%) leki stanowią pełne ułatwienie w funkcjonowaniu, dla 36 osób (12%) znaczne, dla 41 osób (14%) umiarkowane, a dla 21 osób (7%) nieznaczne. Ogółem, u 42% badanych osób czynnik „leki” ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie. Dla 4 badanych leki stanowią nieznaczną i umiarkowaną barierę (kwalifikatory 1 i 2), a u jednej osoby leki znacznie obniżają funkcjonowanie (kwalifikator 3).

Na wykresie 37 obserwujemy wpływ czynnika „produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym” (kod ICF e115) na funkcjonowanie uczestników. U zdecydowanej większości – 196 osób, stanowiących 66% badanej grupy – czynnik ten nie występuje (kwalifikator 9). Negatywny wpływ został zaobserwowany u 4 osób – u 3 osób czynnik nieznacznie ogranicza funkcjonowanie (kwalifikator 1), a u jednej osoby stanowi skrajnie dużą barierę (kwalifikator 4). U 9 osób (3%) użyto kwalifikatora 0 – brak barier. Pozostałe 30% badanych wynosi korzyści z obecności

⁵ Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7)

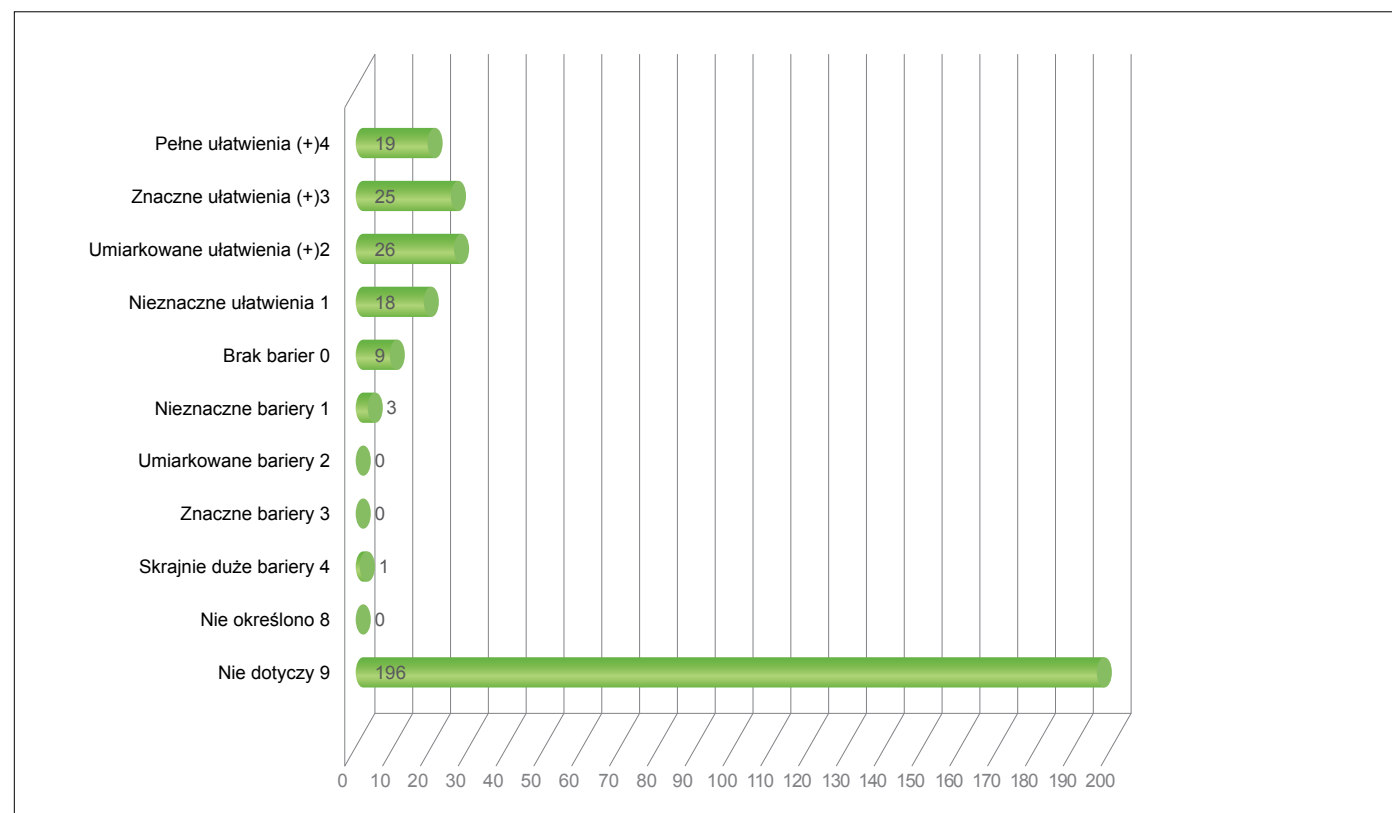
tego czynnika w życiu codziennym: dla 18 osób (6%) stanowią nieznaczne ułatwienie, dla 26 umiarkowane (9%), dla 25 znaczne (9%), a dla 19 osób (6%) obecność tego czynnika decyduje o prawidłowym funkcjonowaniu.

Wykres 36 – **Leki** (czynniki środowiskowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

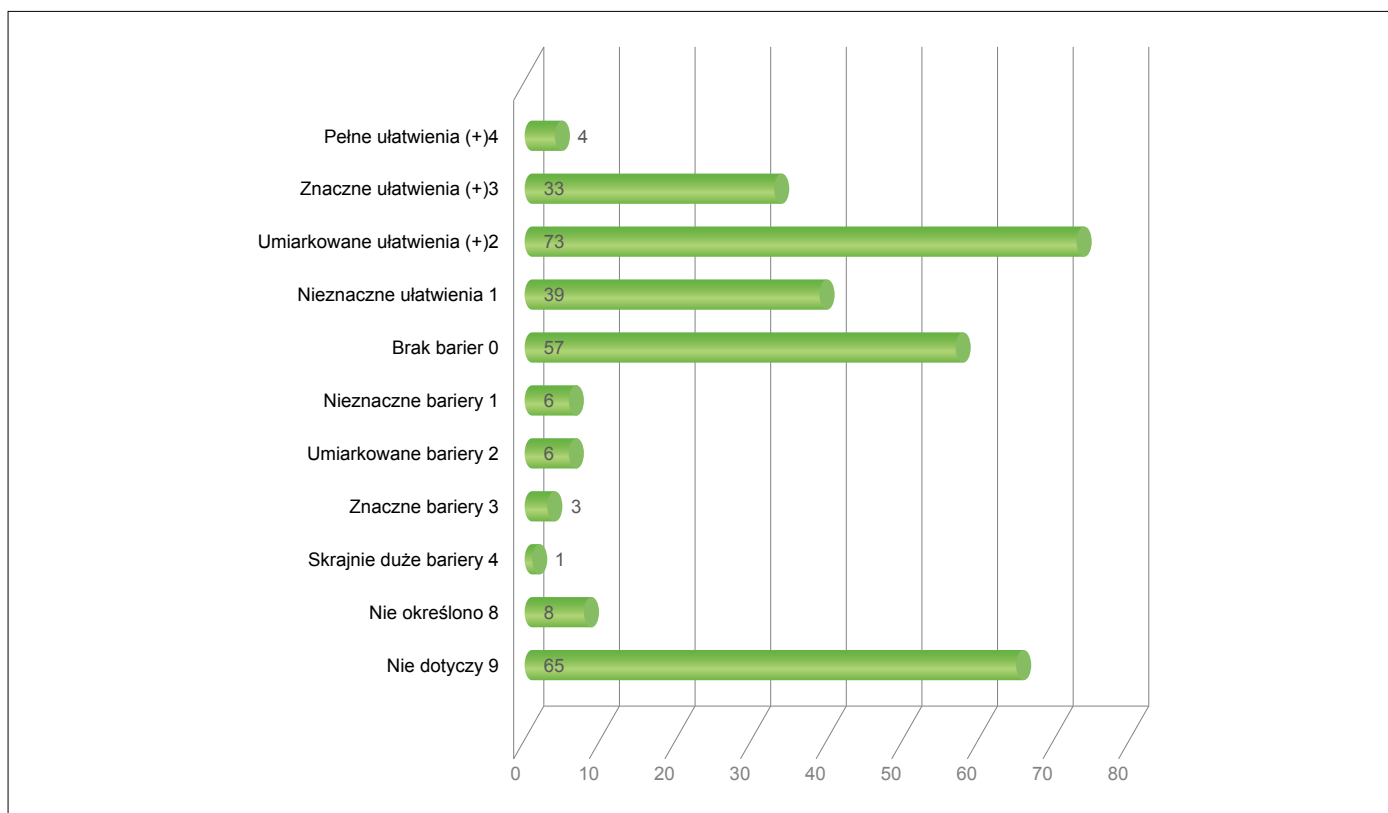
Wykres 37 – **Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym** (czynniki środowiskowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 38 odnosi się do czynnika środowiskowego „przyjaciele”, noszącego kod ICF e320. Jak widzimy na wykresie, jest to bardzo zróżnicowana kategoria. 65 badanych (22%) nie posiada przyjaciół (kwalifikator 9), dla 8 osób (3%) jest to czynnik nieokreślony, a dla 57 osób (19%) neutralny. Przyjaciele mają negatywny wpływ na funkcjonowanie 16 osób (5%): u 6 osób wpływają negatywnie w sposób nieznaczny i umiarkowany, u 3 osób w sposób znaczny, a dla jednej osoby przyjaciele stanowią skrajnie dużą barierę w prawidłowym funkcjonowaniu. Liczna grupa badanych uczestników wykazuje pozytywny wpływ obecności przyjaciół na ich funkcjonowanie. Ogółem osoby te stanowią 51% badanych: dla 4 osób przyjaciele stanowią pełne ułatwienie, dla 33 osób znaczne, dla 73 umiarkowane, a dla 39 przyjaciół są nieznacznym ułatwieniem.

Wykres 38 – Przyjaciele (czynniki środowiskowe)

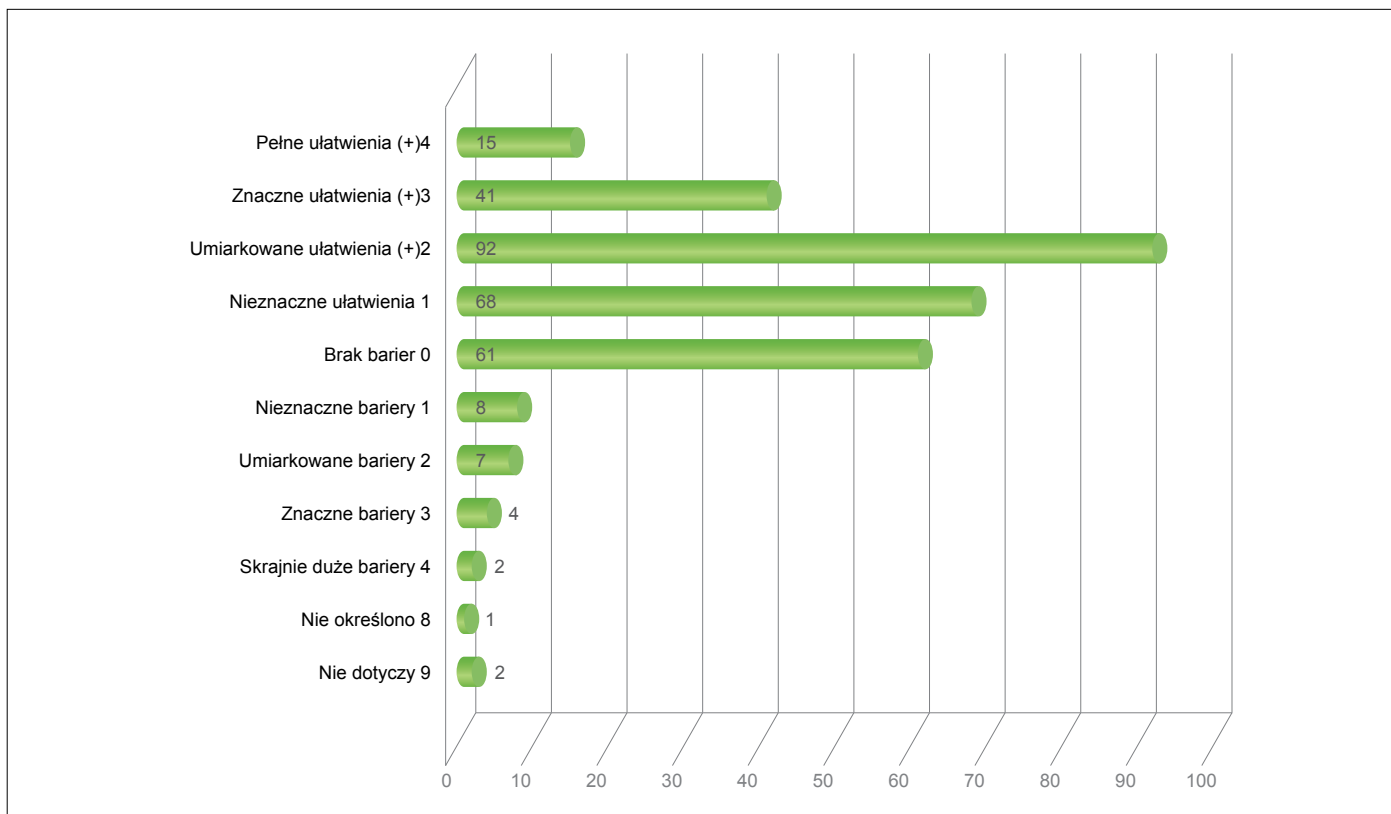


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategoryalnych

Na wykresie 39 przedstawiono sytuację związaną z relacjami badanych osób z członkami tej samej, lokalnej społeczności (z wyłączeniem rodziny i przyjaciół). Czynnik został opatrzony kodem e325. Osoby, u których czynnik ten ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie, stanowią zdecydowaną większość. Ogółem jest to 72% badanych: dla 68 uczestników osoby z otoczenia stanowią nieznaczne ułatwienie w funkcjonowaniu, dla aż 92 osób umiarkowaną, dla 41 osób znaczną, a 15 osób funkcjonuje dzięki obecności innych osób z lokalnej społeczności. Dla 61 osób (20%) czynnik występuje, ale ma neutralny wpływ (kwalifikator 0). Stosunkowo mało – 21 osób (7%) – wykazuje negatywny wpływ osób z otoczenia na ich poziom funkcjonowania.

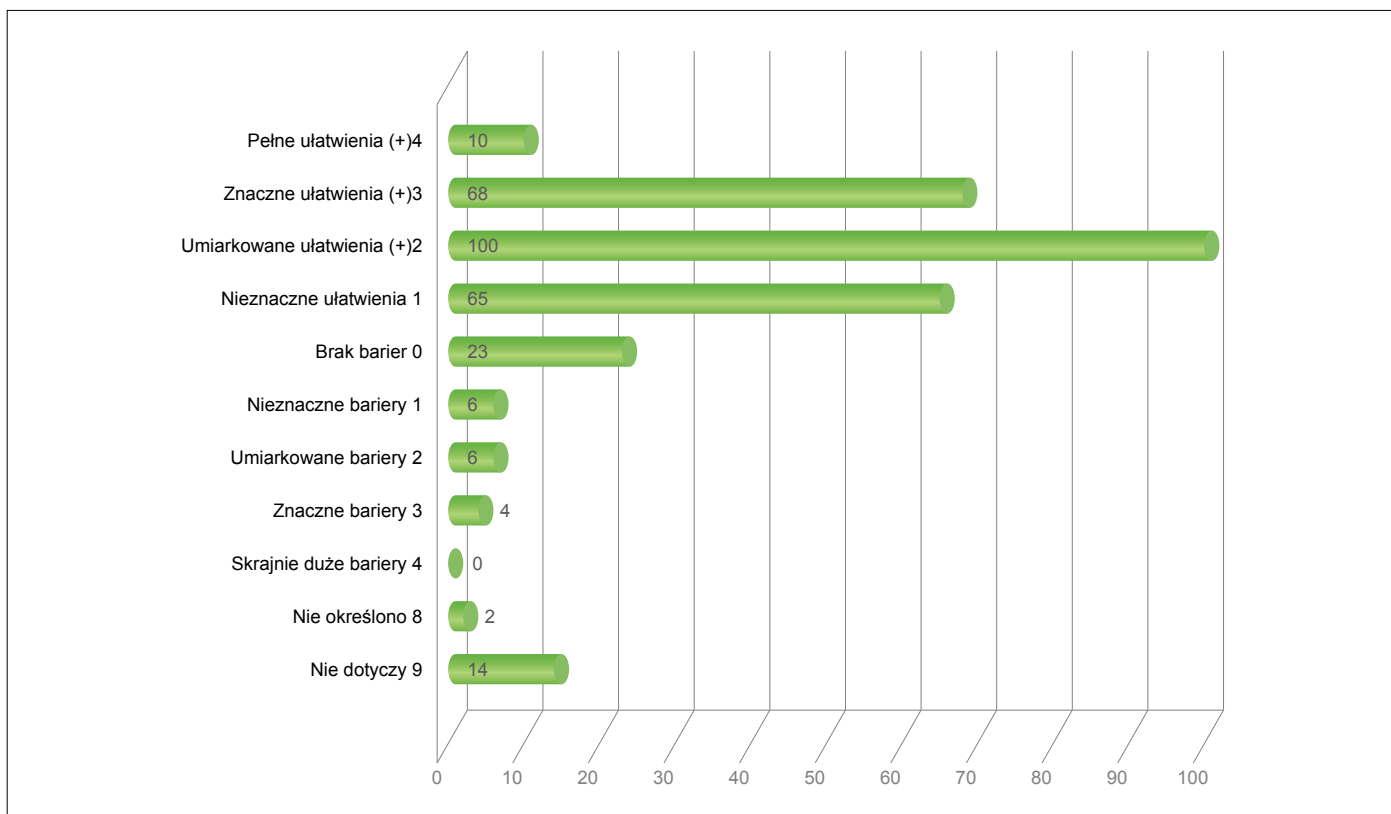
Kolejną kategorię należącą do czynników środowiskowych stanowią „ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)” (kod ICF e330). W zdecydowanej większości przypadków relacja ta została określona jako pozytywna: 22% badanych osób wykazuje nieznaczne ułatwienie w funkcjonowaniu dzięki jej istnieniu, 33% umiarkowane, 23% znaczne, a dla 3% zwierzchnicy stanowią pełne ułatwienie w funkcjonowaniu. Ogółem stanowi to 81% badanych (243 osoby). U nielicznych badanych pojawia się bariera związana z obecnością tej kategorii. Dla 6 osób jest to bariera nieznaczną i umiarkowaną, a dla 4 znaczną. Dla 23 osób (8%) obecność zwierzchników jest czynnikiem neutralnym, a u 16 (6%) osób kategoria nie została określona lub nie występuje.

Wykres 39 – **Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności (czynniki środowiskowe)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

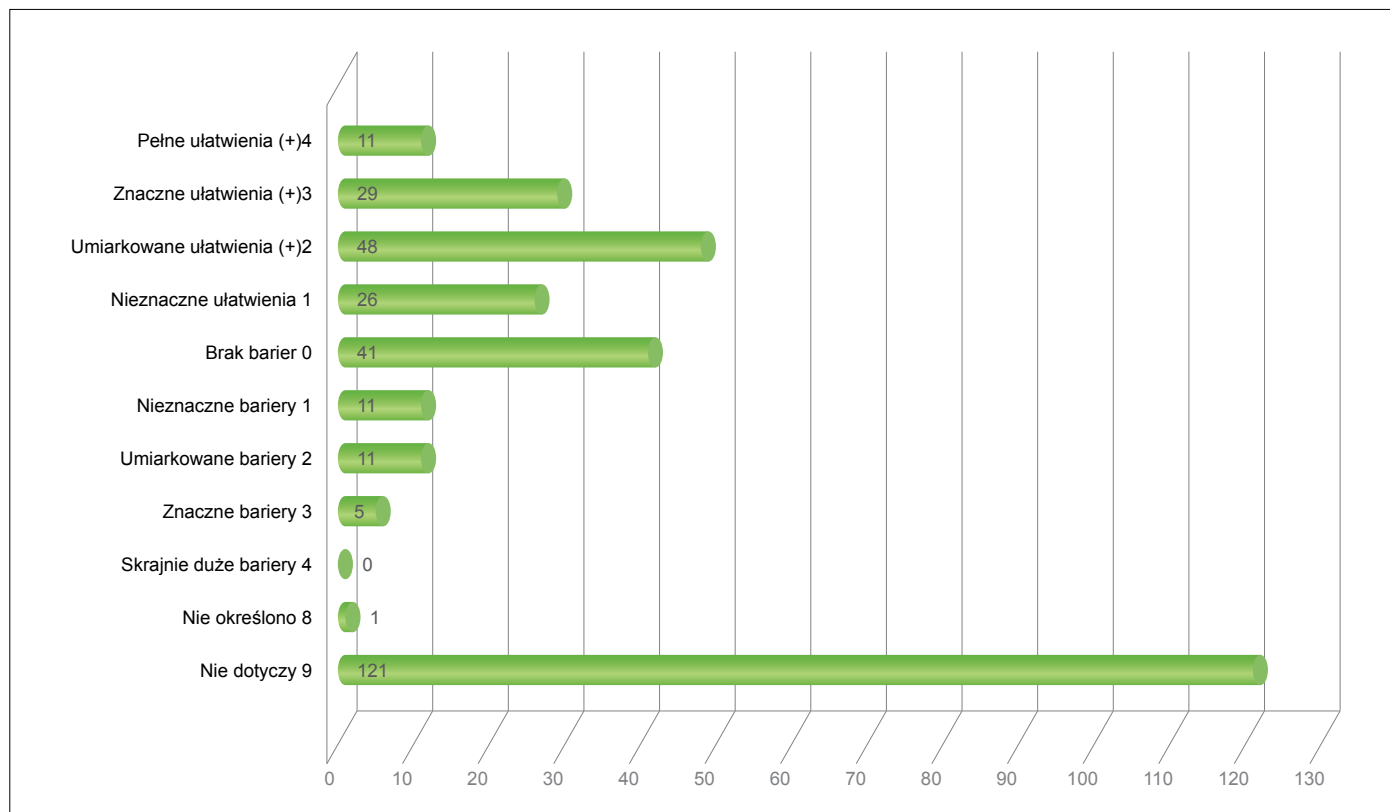
Wykres 40 – **Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)(czynniki środowiskowe)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 41 obrazuje wpływ „opiekunów i asystentów osobistych” (kod ICF e340) na funkcjonowanie badanych uczestników. Dla 40% osób kategoria ta nie występuje lub została nieokreślona (121 osób „nie dotyczy”, 1 osoba „nie określono”). Wśród pozostałych osób zdecydowana większość (37% ogółu) odnosi korzyści z obecności asystentów lub osobistych opiekunów. Dla 11 osób (4%) ich obecność jest kluczowa w prawidłowym funkcjonowaniu. 29 osób (9%) odczuwa znaczne ułatwienie, 48 osób (16%) umiarkowane, a 26 osób (8%) nieznaczne. Dla 13% osób badanych obecność asystenta/opiekuna ma charakter neutralny.

Wykres 41 – Opiekunowie i asystenci osobiści (czynniki środowiskowe)

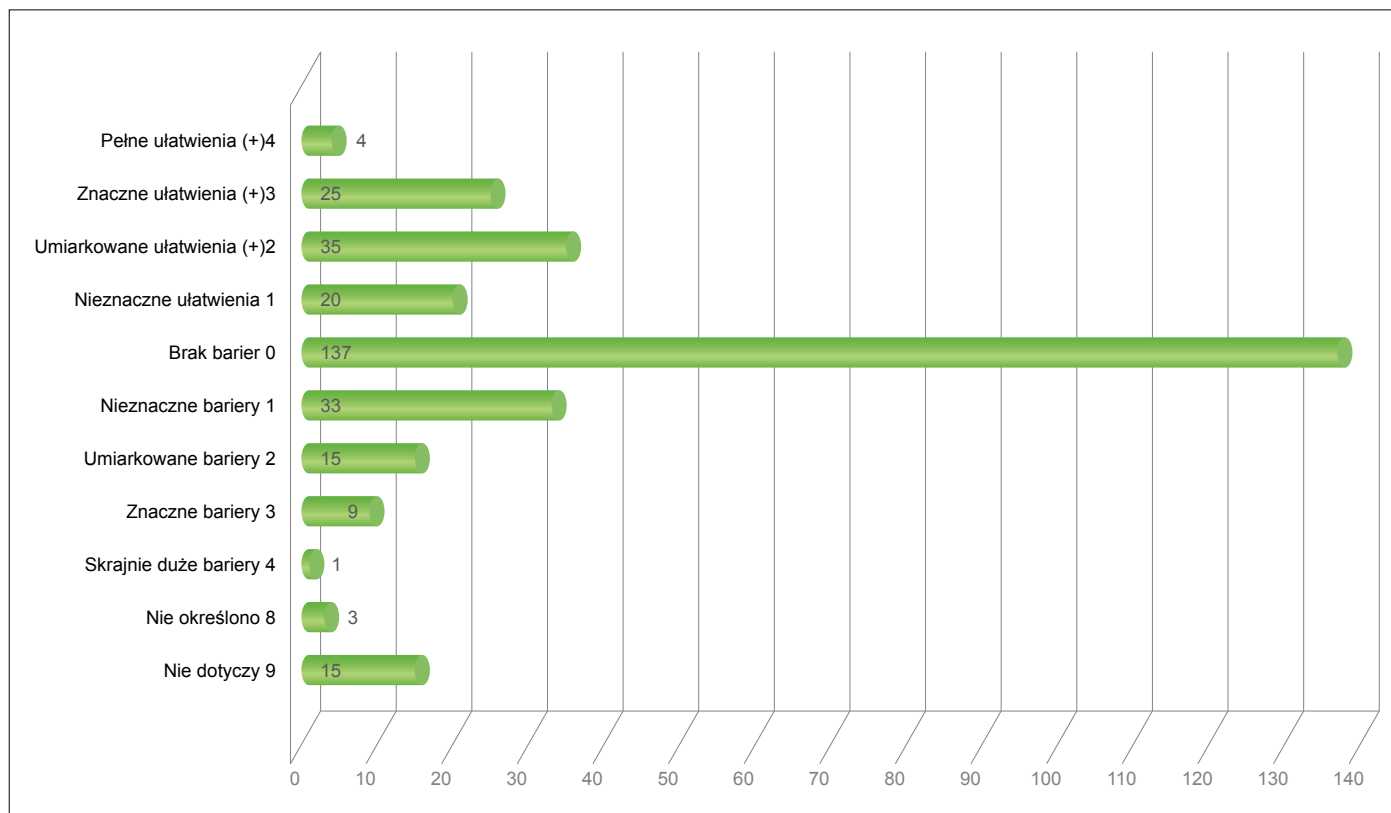


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Jak obserwujemy na wykresie 42, niemal połowa badanych osób nie odczuwa pozytywnego lub negatywnego wpływu „osób obcych” (kod ICF e345) na codzienne funkcjonowanie. Jest to grupa 137 osób, stanowiąca 46% ogółu. Wśród pozostałych osób dominują kategorie nieznaczne i umiarkowane, zarówno po pozytywnej, jak i negatywnej stronie: dla 35 osób (12%) obce osoby stanowią umiarkowane ułatwienie, dla 20 osób (7%) ułatwienie nieznaczne, dla 33 osób (11%) nieznaczną barierę, a dla 15 osób (5%) barierę umiarkowaną. Kolejne 15 osób nie ma kontaktu z obcymi osobami, a u 3 osób kategoria nie została zidentyfikowana.

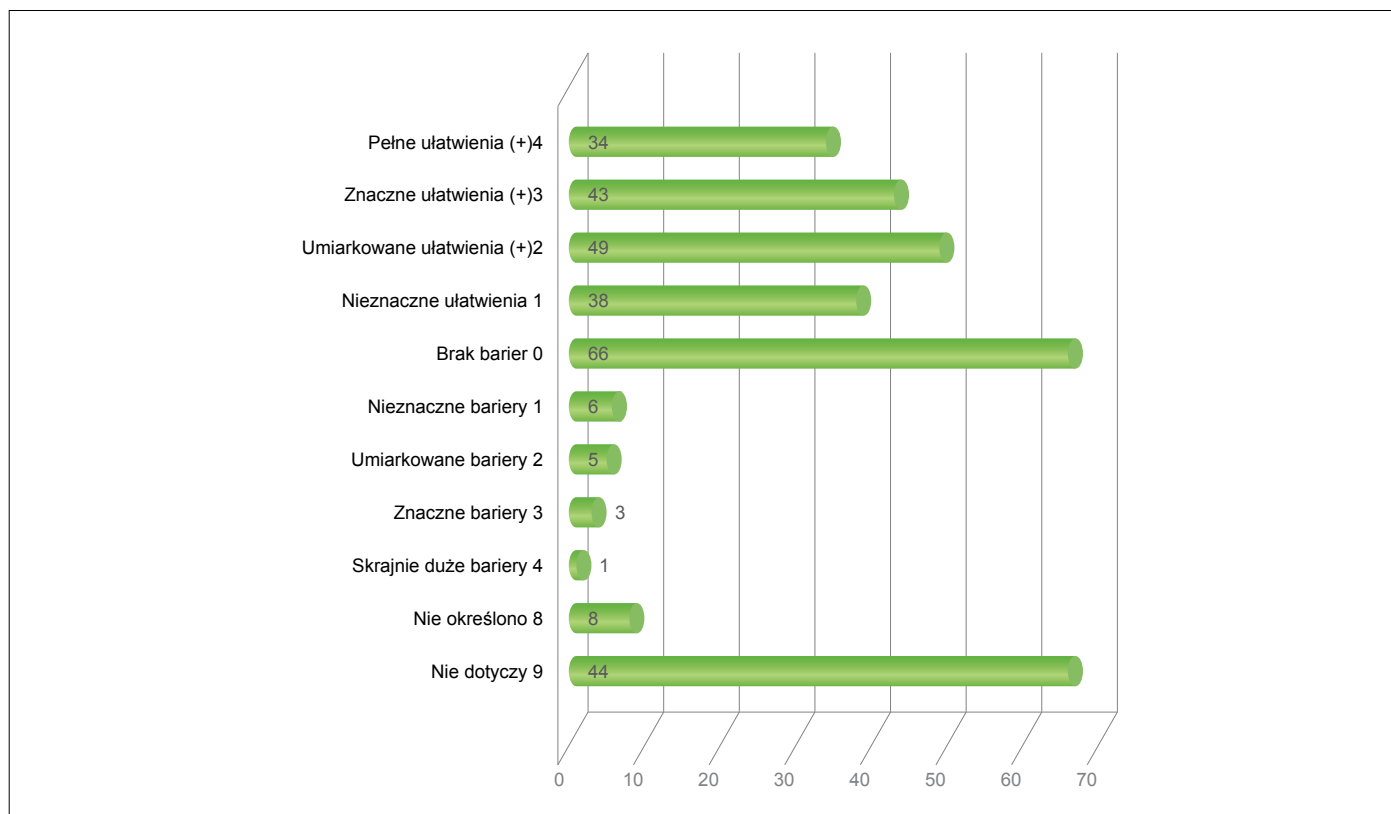
Wykres 43 odnosi się do czynnika „pracownicy fachowi w ochronie zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)”, noszącego symbol e355. 55% osób badanych wymaga fachowej opieki w ochronie zdrowia i korzysta z niej ze skutkiem pozytywnym: dla 34 osób (11%) opieka jest niezbędna w codziennym funkcjonowaniu, dla 43 osób (14%) w znacznym stopniu wspomaga funkcjonowanie, dla 49 osób (17%) w stopniu umiarkowanym, a dla 38 osób (13%) w stopniu niewielkim. 66 osób (22%) odczuwa neutralny wpływ na swoje funkcjonowanie w związku z opieką lekarską. U jednej osoby opieka w ochronie zdrowia stanowi skrajnie dużą barierę w funkcjonowaniu. Dla 15 osób (5%) opieka lekarska ma nieznacznie, umiarkowanie lub znacznie negatywny wpływ: odpowiednio 6, 5 i 3 osoby.

Wykres 42 – **Osoby obce (czynniki środowiskowe)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 43 – **Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)(czynniki środowiskowe)**

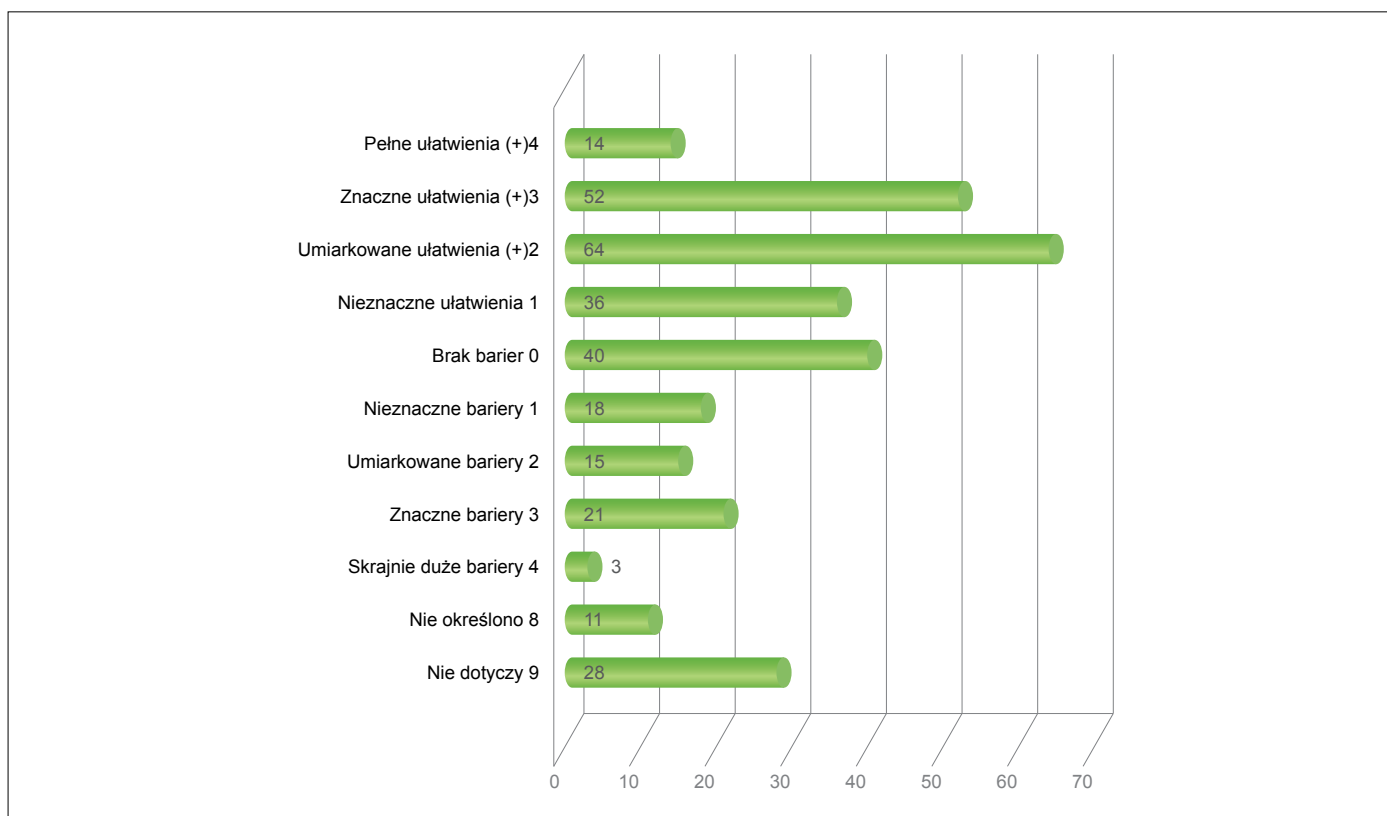


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 44 pokazuje, w jakim stopniu obecność i postawa najbliższej rodziny może wpływać pozytywnie lub negatywnie na funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kategoria „*postawy członków najbliższej rodziny*” jest opatrzona kodem e410.

U większości badanych osób obecność najbliższej rodziny wspomaga funkcjonowanie, jednak widzimy również liczną grupę osób, dla której rodzina stanowi barierę – od nieznacznej, do bardzo poważnej. Ogółem negatywny wpływ rodziny odczuwa aż 57 uczestników (19%): 18 osób (6%) nieznaczny, 15 osób (5%) umiarkowany, 21 osób (7%) znaczny, a u 3 osób rodzina w sposób absolutny uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie. Dla 40 osób (13%) najbliższa rodzina ma wpływ neutralny, a u kolejnych 39 osób nie stwierdzono obecności tego czynnika (nie dotyczy lub nie określono). Pozytywny wpływ rodziny odczuwa 166 osób (55%) – stosunkowo dużo względem 57 osób, odczuwających negatywny wpływ rodziny. Dla 14 osób (5%) rodzina stanowi pełne ułatwienie w funkcjonowaniu. 52 osoby (17%) odczuwają znaczne ułatwienie, 64 osoby (21%) umiarkowane, a 36 osób (12%) nieznaczne.

Wykres 44 – Postawy członków najbliższej rodziny (czynniki środowiskowe)

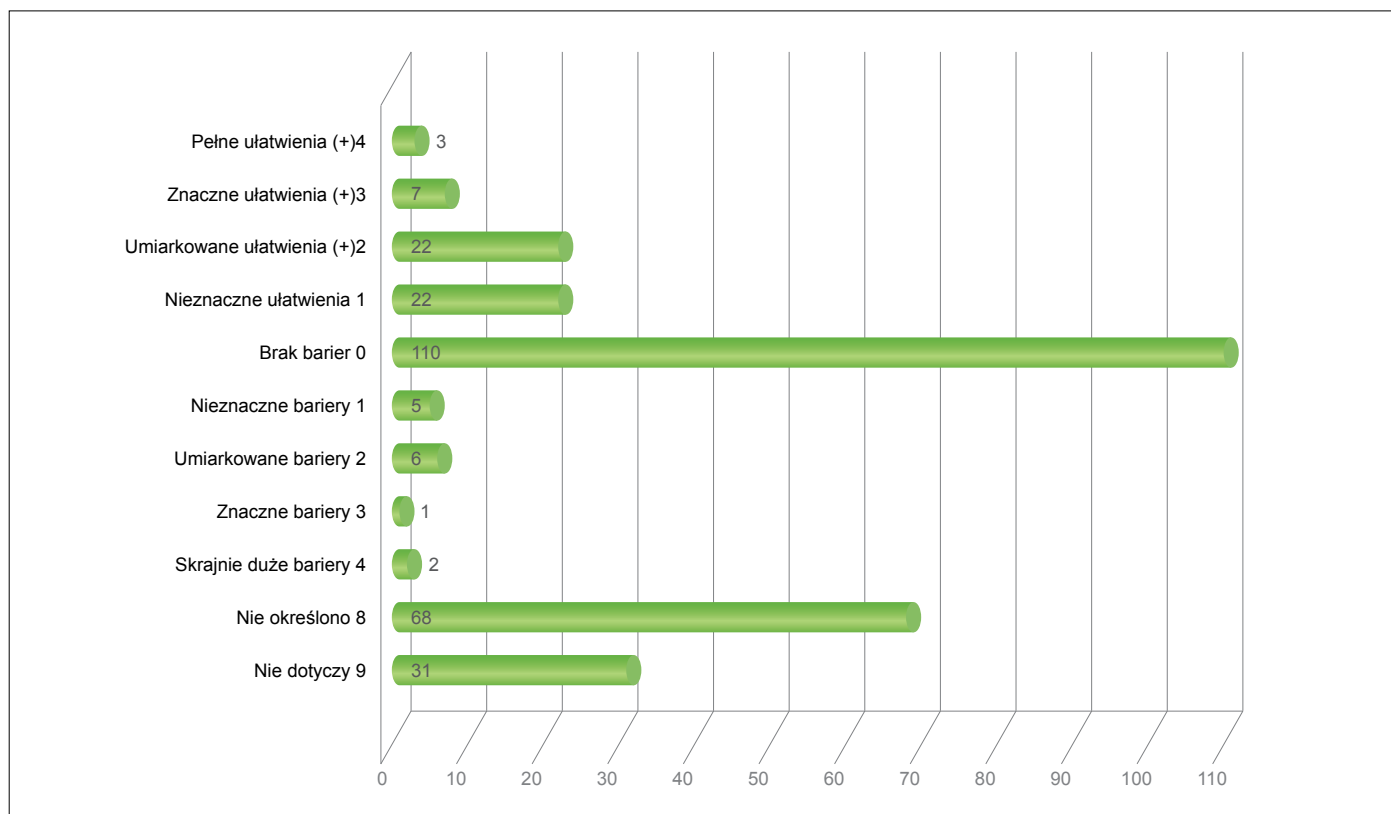


Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Na wykresie 45 przedstawiono wpływ członków dalszej rodziny na funkcjonowanie uczestników („*postawy członków dalszej rodziny*”, kod ICF e415). Porównując te dane z wykresem 44 widzimy, że dalsza rodzina w znacznie mniejszym stopniu wpływa na poziom funkcjonowania badanych osób niż członkowie najbliższej rodziny. Dla 110 (40%) osób określono neutralny wpływ dalszej rodziny, a u 99 osób (36%) kategoria nie występuje lub nie została określona. Wśród 297 przebadanych osób, jedynie 68 (24%) odczuwa jakikolwiek wpływ członków dalszej rodziny na poziom funkcjonowania. Dla 3 osób dalsza rodzina stanowi pełne ułatwienie, a dla 2 osób całkowitą barierę. Znaczne ułatwienie dzięki obecności dalszej rodziny jest obserwowane u 7 osób (2%), a znaczna bariera u 2 osób. Nieznaczny i umiarkowany wpływ dalszej rodziny u zdecydowanej większości ma charakter pozytywny: dla 44 osób

(16%) dalsza rodzina stanowi nieznaczne i umiarkowane ułatwienie, podczas gdy jedynie 11 osób (4%) odczuwa nieznaczną i umiarkowaną barierę ze strony członków dalszej rodziny.

Wykres 45 – Postawy członków dalszej rodziny (czynniki środowiskowe)



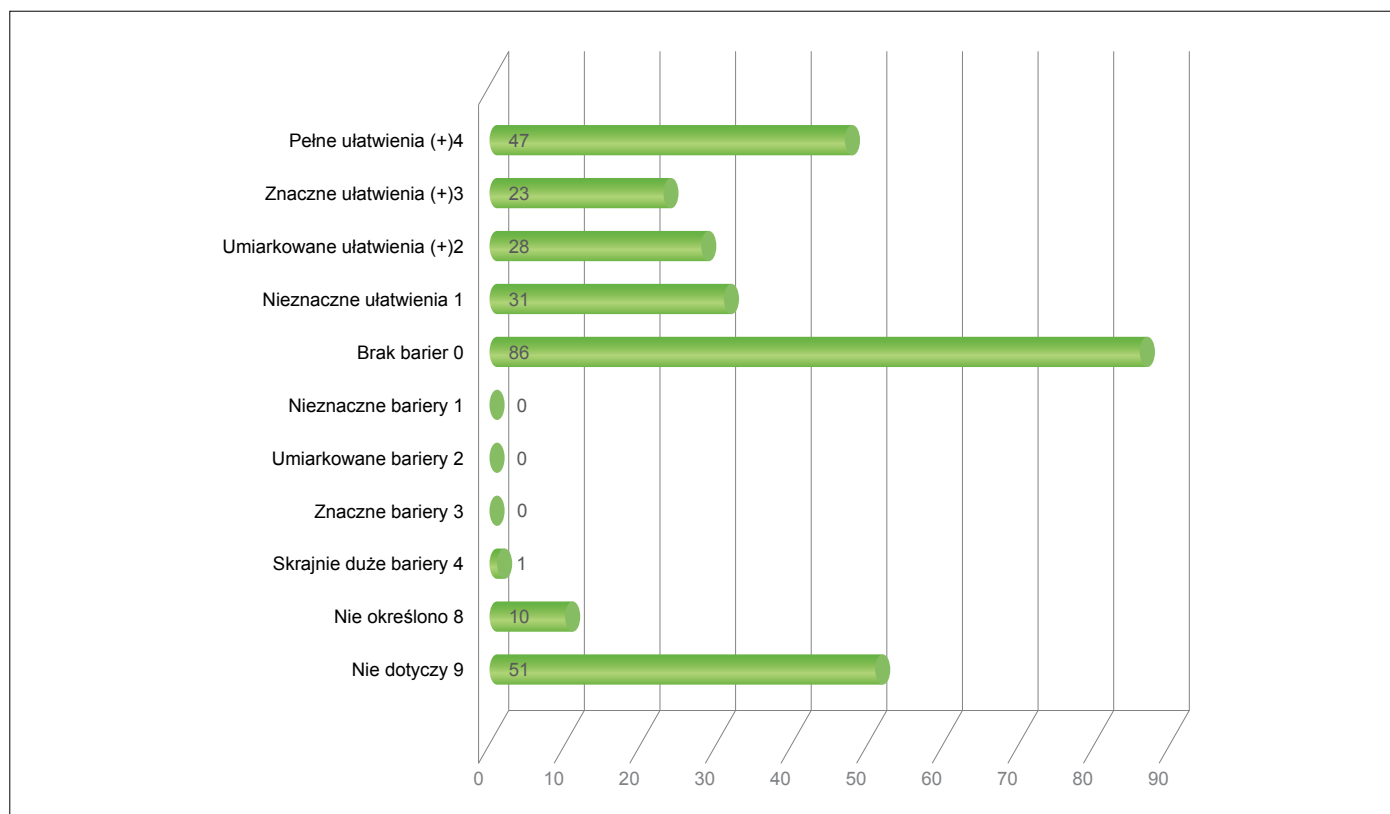
Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 46 odnosi się do czynnika „usługi w zakresie ochrony zdrowia” (kod ICF e5800). Rozkład danych jest tutaj bardzo zbliżony do wykresu 43., gdzie przedstawiono czynnik „pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)”.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby, dla których usługi z zakresu ochrony zdrowia mają neutralny wpływ na funkcjonowanie – 86 osób (31%). U 61 osób (23%) czynnik nie występuje lub nie został określony. Negatywny wpływ został zaobserwowany tylko u jednej osoby – usługi z zakresu ochrony zdrowia stanowią dla niej pełną barierę w funkcjonowaniu. Pozostałe osoby – 129 (46%) – funkcjonują pozytywnie dzięki omawianemu czynnikowi. Jego wpływ jest nieznaczny w 31 przypadkach (11%), w 28 przypadkach (10%) jest umiarkowany, u 23 osób (8%) stanowi znaczne ułatwienie, a u 47 osób (17%) jest kluczowy dla poprawnego funkcjonowania.

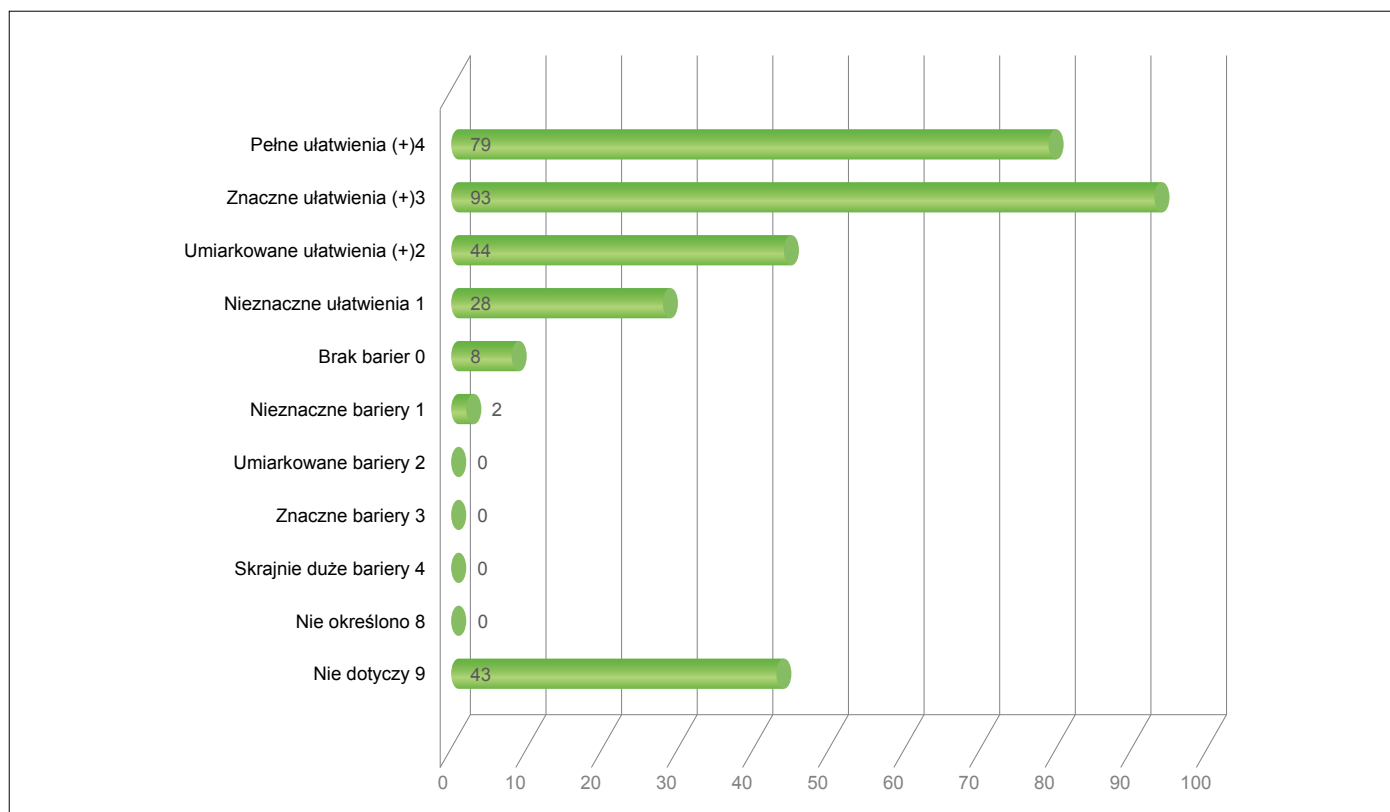
Jak obserwujemy na wykresie 47, „usługi w zakresie pracy i zatrudnienia” (kod ICF e5900) są czynnikiem wspierającym poprawne funkcjonowanie u niemal wszystkich badanych osób. Oczywiście nie należy tu brać pod uwagę osób niezatrudnionych – został im przypisany kwalifikator 9 (43 osoby, 14%). Wśród osób zatrudnionych, jedynie 8 odczuwa neutralny wpływ „usług w zakresie pracy i zatrudnienia” na poziom funkcjonowania, a dla 2 osób czynnik ten stanowi nieznaczną barierę. Dla pozostałych 244 osób korzystanie z usług w zakresie pracy i zatrudnienia to czynnik ułatwiający funkcjonowanie. Czynnik ten jest pełnym ułatwieniem dla aż 79 osób (27% badanych, 31% zatrudnionych), znacznym dla 93 osób (37% zatrudnionych), umiarkowanym dla 44 osób (17% zatrudnionych) i nieznacznym dla 28 osób (11% zatrudnionych). Warto zwrócić uwagę na to, że w znacznie większej grupie osób przypisano kwalifikatory +4 i +3 niż +2 i +1. Oznacza to, że posiadanie korzystanie z tego rodzaju usług stanowi kluczowy czynnik dla poprawnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Wykres 46 – Usługi w zakresie ochrony zdrowia (czynniki środowiskowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Wykres 47 – Usługi w zakresie pracy i zatrudnienia (czynniki środowiskowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie profili kategorialnych

Podsumowując powyższą analizę nasuwa się wniosek, iż najbardziej „wspierającymi” czynnikami są „postawy najbliższej rodziny” oraz „usługi w zakresie pracy i zatrudnienia”. Potwierdza się doświadczenie Stowarzyszenia w tym zakresie. Rodzina jest dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną autorytetem. Bez informowania rodziny, często też konsultacji osoba rzadko podejmuje samodzielne decyzje. Niezwykle istotnym jest utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną osoby z niepełnosprawnością intelektualną, informowanie członków rodziny o działaniach podejmowanych w procesie aktywizacji osoby z niepełnosprawnością, budowanie postawy wspierającej u członków najbliższego otoczenia osoby, obniżanie poczucia lęku spowodowanego zmianą, jaka następuje w życiu ich dziecka/podopiecznego w sytuacji podejmowania aktywności zawodowej.

Kolejnym wspierającym czynnikiem są usługi w zakresie pracy i zatrudnienia, czyli działania, jakie realizuje Centrum DZWONI. W badaniu satysfakcji wśród interesariuszy projektu, skierowano do osób z niepełnosprawnością intelektualną pytanie „*Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze wsparcia uzyskanego w Centrum DZWONI?*”. Uczestnicy zostali poproszeni o wyrażenie poziomu zadowolenia z udziału w projekcie w skali 1-5, gdzie ocena „1” odpowiadała zdecydowanemu niezadowoleniu, a ocena „5” zdecydowanemu zadowoleniu. Aż 95% ankietowanych udzieliło odpowiedzi pozytywnej: 78% (212 osób) odpowiedziało „tak”, a 17% (47 osób) raczej tak. Nie pojawiła się żadna negatywna odpowiedź, jedynie 10 osób (niecałe 4%) udzieliło odpowiedzi „nie wiem”, a 4 osoby (1%) pozostawiło to pytanie puste.

W ankiecie badania satysfakcji uczestników projektu znalazło się również pytanie otwarte „Co zmieniło się w Pana/ Pani życiu dzięki wsparciu Centrum DZWONI?” Spośród 273 pytanych osób, aż 228 udzieliło odpowiedzi na to pytanie, wskazując na pozytywy wyniesione ze współpracy z Centrum DZWONI. Uczestnicy wskazywali takie zmiany, jak: znalezienie pracy, przygotowanie do podjęcia zatrudnienia, posiadanie własnych pieniędzy, samodzielność, poznanie nowych ludzi, wyjście z domu i otwarcie się na nowe doświadczenia, zmiany postaw (np. mniejsza nerwowość). Niektóre osoby wskazywały na poznanie nowej pasji.

Zespół merytoryczny projektu

Diagnoza funkcjonalna z zastosowaniem ICF jest nowatorską metodą, którą stosujemy w jednym z etapów zatrudnienia wspomaganego. Projekt „Kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną” – jak nazwa wskazuje – zawiera działania pełne, kompleksowe, będące odpowiedzią na potrzeby beneficjentów oraz zgodne z metodologią zatrudnienia wspomaganego. Poniżej przedstawiamy opis form wsparcia realizowanych w projekcie, na każdym z pięciu etapów zatrudnienia wspomaganego.

Planowanie kariery to ustalanie celów, poszukiwanie rozwiązań i podejmowanie decyzji w odniesieniu do pracy jaką chcemy wykonywać w przyszłości. Należy w nim uwzględnić szereg czynników, jak: kompetencje, zainteresowania, marzenia, aspiracje, oczekiwania, rodzinne tradycje oraz przypadek. Każdy z nas sam odpowiada za ukształtowanie własnej drogi zawodowej, co wymaga poświęcenia czasu oraz potraktowania tego zajęcia jako pracy pełnoetatowej. Nagrodą jest satysfakcja z wykonywanej pracy. W obecnych czasach szybkiego tempa zmian i wysokiego poziomu nieprzewidywalności, istotne jest strategiczne podejście do planowania kariery. Poza tym należy pamiętać, że kreowanie drogi zawodowej to trwający przez całe życie proces nauki i rozwoju. Z pewnością konieczne będzie jego wielokrotne korygowanie, elastyczne dostosowanie do aktualnej sytuacji. Dorosła osoba z niepełnosprawnością intelektualną często potrzebuje intensywnego wsparcia w wyborze i rozwoju kariery – wsparcia, które pełnosprawni rówieśnicy otrzymali naturalnie w ramach procesu dorastania. Osoby z niepełnosprawnością uczą się, że z pracą związane są obowiązki, konieczność codziennego wstawania, punktualność, wykonywanie poleceń. Często także potrzebują szerokiego zakresu doświadczeń związanych z pracą, by móc podjąć decyzję o rodzaju pracy, która im odpowiada. Chcą wreszcie, tak jak wszyscy inni, być w stanie zmieniać pracę i realizować się zawodowo. Wsparcie w wyborze kariery i podejmowaniu decyzji o zatrudnieniu to proces skoncentrowany na jednostce; osobę wspiera się, by zidentyfikować jej zainteresowania, umiejętności i preferencje, a następnie by mogła ona dokonywać świadomych wyborów dotyczących kariery i wszystkich jej etapów.

Rodzaj wsparcia zaplanowanego w stosunku do Beneficjentów/ Beneficjentek ostatecznych został podzielony na etapy aktywizacji uwzględniające poziom ich zaawansowania, czyli na Etap I – osoby nieaktywne zawodowo i Etap II – dla osób zatrudnionych. Wsparcie zaplanowane w ramach projektu udzielane było z uwzględnieniem zasady indywidualizacji.

Grupa osób nieaktywnych zawodowo – Etap I

Działania skierowane do każdego uczestnika I etapu rozpoczynały się od organizacji grupowych **warsztatów integracyjno-motywacyjno-szkoleniowych** (wyjazdowych), których celem było wzmocnienie motywacji osób z niepełnosprawnością intelektualną do podjęcia zatrudnienia oraz minimalizacja lęków z tym związanych, a także stworzenie sytuacji w miarę samodzielnego funkcjonowania poza domem - bez wyręczających postaw rodzin. Doświadczenia wynikające z przeżywania samodzielności (jaką dla osób z niepełnosprawnością intelektualną jest funkcjonowanie bez rodziny) wzmacnia oraz rozwija niezależność. Zdobyte w ten sposób doświadczenia i umiejętności przekładają się na większą swobodę we wchodzeniu na rynek pracy. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie **kompleksowej funkcjonalnej diagnozy potencjału BO** mającej na celu określenie poziomu kompetencji społecz-

nych, preferencji, predyspozycji zawodowych, mocnych i słabych stron osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz określenie strategii wsparcia w obszarach problematycznych. Diagnoza prowadzona była przez interdyscyplinarny zespół w różnorodnych formach, tj. w trakcie spotkań indywidualnych z psychologiem (**diagnoza kompetencji społecznych**) i doradcą zawodowym (**diagnoza preferencji, predyspozycji zawodowych, mocnych i słabych stron**), a także **warsztatów praktycznych** w przedsiębiorstwach (średnio 1-3 warsztaty/osobę), podczas których BO przy wsparciu trenera pracy mógł zweryfikować w praktyce swoje preferencje/predyspozycje zawodowe. Beneficjenci mieli także możliwość uczestniczenia **w warsztatach grupowych z zakresu kompetencji społecznych i aktywnego poruszania się po rynku pracy**. Obejmowały one następujące zagadnienia: komunikacja interpersonalna, samoocena (odkrywanie własnych możliwości i umiejętności); instrumenty i segmenty rynku pracy, szanse i zagrożenia wynikające z podjęcia zatrudnienia, metody aktywnego poszukiwania pracy, a także kreowanie wizerunku, autoprezentacja, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej, przygotowanie dokumentów aplikacyjnych, współpraca w zespole, asertywność, radzenie sobie w sytuacjach trudnych. Warsztaty te służyły ocenie poziomu umiejętności społecznych, obserwacja uczestników w naturalnych warunkach współpracy, zaaranżowanych sytuacjach zadaniowych pozwalała na uzupełnienie profilu beneficjenta w procesie diagnozy. Warsztaty prowadzone były przez 2-osobowe zespoły specjalistów (doradca zawodowy i psycholog). Zaangażowanie 2 osób było niezbędne dla uzyskania odpowiedniej efektywności prowadzonych zajęć warsztatowych. Warsztaty prowadzone były w cyklu 7-dniowym (po 5 godzin jednego dnia). Uczestnicy zajęć otrzymali materiały warsztatowe dopasowane do ich poziomu percepcji (przygotowane w tekście łatwym do czytania i zrozumienia).

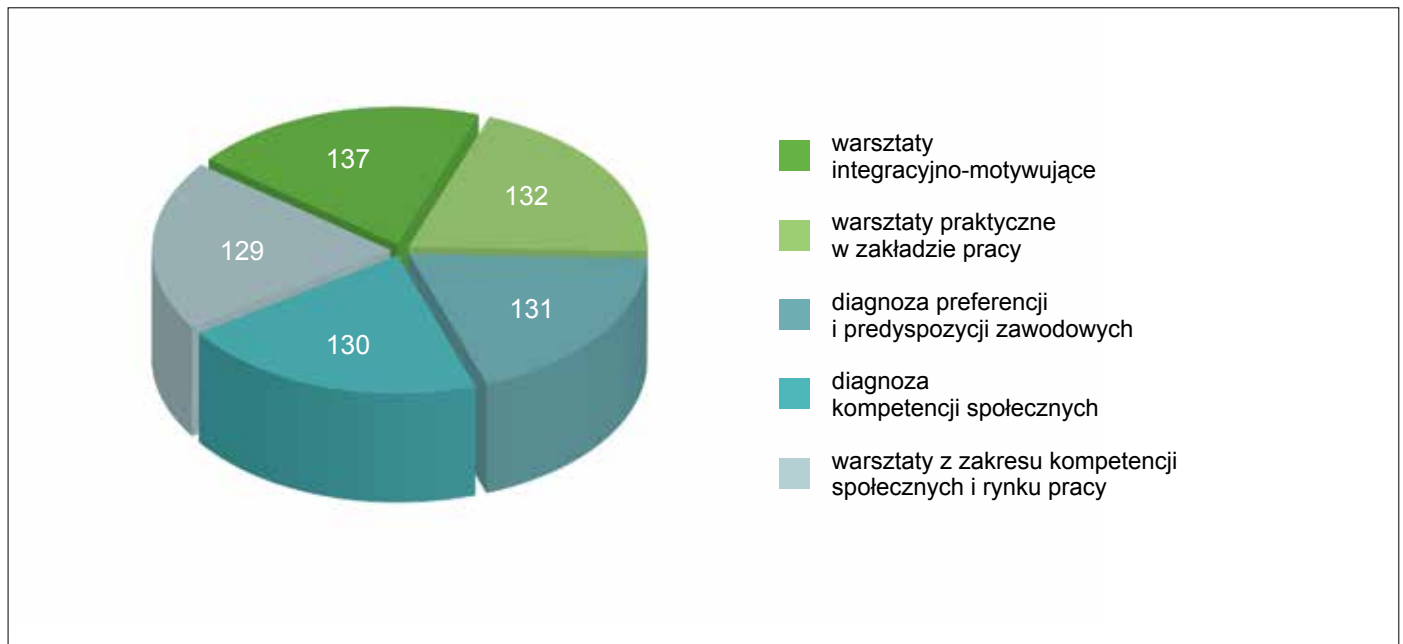
Współpraca specjalistów na etapie diagnozy pozwoliła na pełne i rzetelne określenie potrzeb i możliwości każdej osoby niepełnosprawnej. Funkcjonalność diagnozy polegała na koncentracji na możliwościach wykonawczych osoby oraz na aktywnym jej udziale w każdym etapie procesu aktywizacji i świadomym uczestnictwie w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru drogi zawodowej.

Cały proces diagnozy opierał się na wykorzystaniu profilu kategoryjnego ICF, który stanowi pewnego rodzaju mapę, według której opisywany jest poziom funkcjonowania każdej osoby uczestniczącej w projekcie. Określone w profilu kategorie ICF pozwoliły na zidentyfikowanie mocnych i słabych stron w zakresie funkcji, głównie poznawczych i emocjonalnych oraz poziomu zdolności i wykonania poszczególnych aktywności niezbędnych z punktu widzenia przygotowania do pracy a następnie podjęcia zatrudnienia.

Dodatkowo prowadzona była diagnoza preferencji i predyspozycji zawodowych beneficjentów/ beneficjentek projektu. Z uwagi na częsty brak doświadczeń osób z niepełnosprawnością intelektualną dotyczących możliwości na rynku pracy a niekiedy również brak wyobrażenia o czynnościach zawodowych wykonywanych na poszczególnych stanowiskach czy wymaganiach niezbędnych do wykonywania danego rodzaju pracy diagnoza była poprzedzona zajęciami z zakresu informacji zawodowej. Doradcy zawodowi wykorzystywali do tego szereg materiałów dostosowanych do poziomu percepcyjnego osób z niepełnosprawnością intelektualną, w tym m.in. „Katalog czynności zawodowych”, filmy obrazujące pracę na różnych stanowiskach i inne materiały dotyczące rynku pracy. Następnie deklarowane przez beneficjentów/beneficjentki preferencje były weryfikowane w praktyce podczas tzw. warsztatów praktycznych w zakładzie pracy. Ta forma wsparcia ma dwójaką rolę. Przede wszystkim spełnia funkcję diagnostyczną dla specjalisty, który wspiera osobę z niepełnosprawnością w wykonywaniu czynności na stanowisku pracy – możliwość obserwowania w naturalnych warunkach pracy jaki jest poziom umiejętności danej osoby i jej zaangażowania. Dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest doskonałą sytuacją, w której może ona dokonać realistycznego wyboru odnośnie swojej przyszłej ścieżki zawodowej. Podczas kilku warsztatów na różnych stanowiskach pracy osoba może zweryfikować swoje wyobrażenia, oczekiwania i możliwości, i podjąć decyzję opartą na doświadczeniu.

W trakcie realizacji projektu dokonano diagnozy potencjału 137 osób. W zależności od indywidualnych potrzeb, nie wszystkie osoby skorzystały z każdej formy wsparcia, na co wskazuje poniższy wykres nr 48

Wykres 48 – Kompleksowa funkcjonalna diagnoza potencjału beneficjentów/ beneficjentek



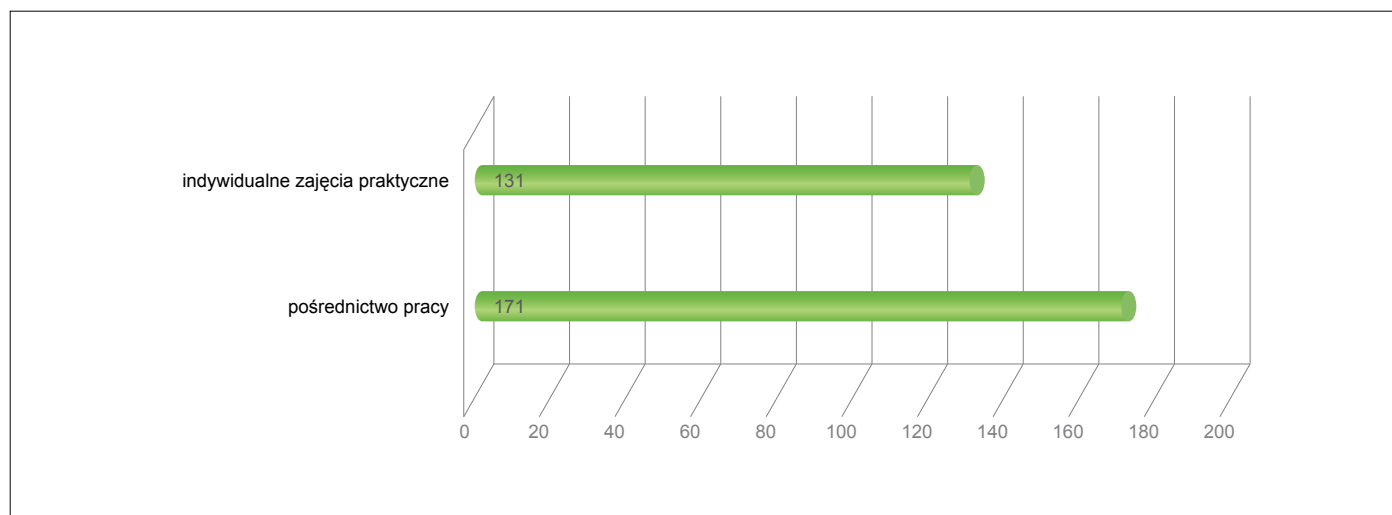
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych EGW

Efektom przeprowadzonej diagnozy było utworzenie **Indywidualnego Planu Aktywizacji (IPA)** dla każdej osoby z niepełnosprawnością. W IPA uwzględniano profil BO, w tym opis sfery poznawczej, społecznej i zawodowej ze wskazaniem kategorii ICF istotnych z punktu widzenia planowania kariery zawodowej każdego/każdej Beneficjenta/ Beneficjentki. Informacje zawarte w profilu BO służyły do sformułowania celów IPA, czyli sprecyzowania oczekiwań BO w kontekście podjęcia zatrudnienia oraz zaplanowania konkretnych działań.

Oferowane w projekcie wsparcie przygotowującego do zatrudnienia miało na celu wyposażenie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w umiejętności praktyczne związane z wykonywaniem obowiązków pracowniczych (tj. np. obowiązkowość, konieczność codziennego wstawania, punktualność, wykonywanie poleceń) oraz stworzenie warunków do zdobywania doświadczeń związanych z pracą, aby osoba z niepełnosprawnością intelektualną mogła podjąć świadomą decyzję o rodzaju pracy, która jej odpowiada. Uczestnicy projektu mieli możliwość odbycia **indywidualnych zajęć praktycznych** (średnio 40-godzinnych) w trybie ciągłym na otwartym rynku pracy. Zajęcia praktyczne były realizowane przy wsparciu trenera pracy, zarówno podczas załatwiania wszelkich formalności związanych z organizacją tej formy, jak i szkolenia stanowiskowego czy monitorowania jakości wykonywanych czynności w zakładzie pracy. W II okresie realizacji projektu 131 osób odbyło indywidualne zajęcia praktyczne.

Podczas udziału w projekcie, uczestnicy mogli również skorzystać z **pośrednictwa pracy**, którego celem było zaangażowanie beneficjentów/beneficjentki w proces poszukiwania pracy oraz nauczenie korzystania z instrumentów rynku pracy. W ramach pośrednictwa pracy osoba z niepełnosprawnością nabywała umiejętności analizowania ofert pracy pod kątem własnych możliwości i predyspozycji, właściwego kontaktowania się z pracodawcą i przygotowania się do rozmowy kwalifikacyjnej, skompletowania dokumentów aplikacyjnych czy dokumentów niezbędnych do zarejestrowania w powiatowym urzędzie pracy oraz dokonania rejestracji. Pośrednictwo pracy było prowadzone w formie indywidualnej. Łącznie z tej formy wsparcia skorzystało 171 osób.

Wykres 49 – Wsparcie przygotowujące do zatrudnienia

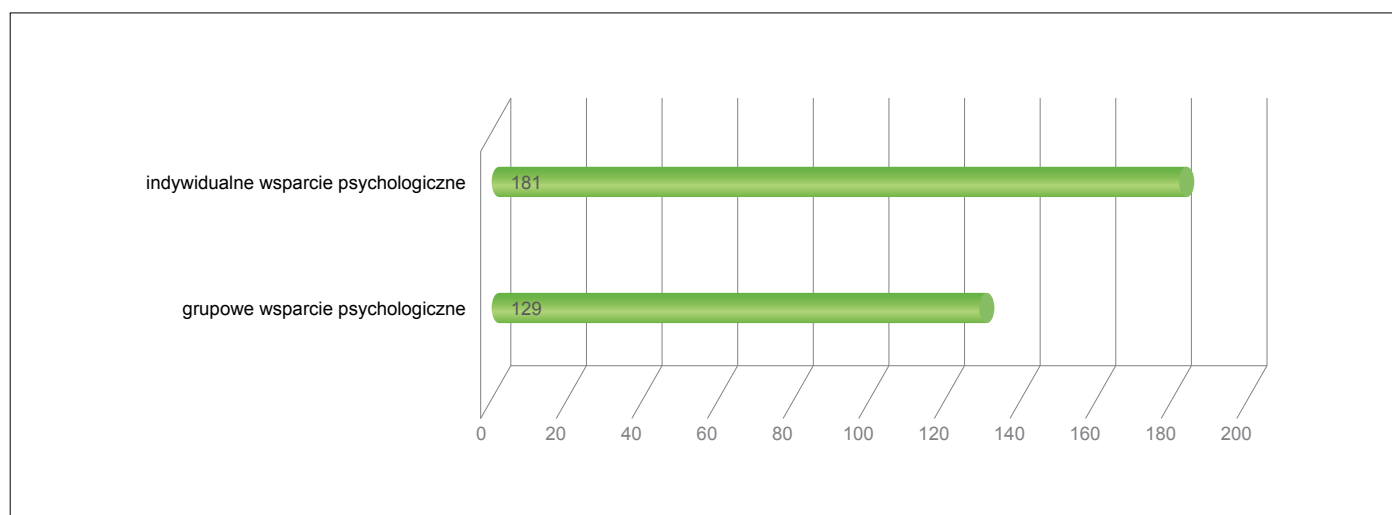


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych EGW

Kolejną formą organizacyjną wsparcia oferowaną w projekcie był **trening umiejętności samodzielnego poruszania się w przestrzeni miejsko-wiejskiej**. Ta forma wsparcia polegała na wyuczeniu osoby z niepełnosprawnością intelektualną samodzielnego poruszania się w określonym terenie, np. drogi z domu do Centrum DZWONI, do zakładu pracy i z powrotem. Trener pracy uczył osobę z niepełnosprawnością w jaki sposób odczytywać rozkład jazdy, jak i gdzie kupić bilet (jednorazowy, miesięczny), w jaki sposób zapytać o drogę, jakie są zasady bezpiecznego zachowania się na ulicy oraz w środkach komunikacji publicznej. Poza tym często przez kilka pierwszych dni trwania np. indywidualnych zajęć praktycznych bądź nawet już zatrudnienia, trener pracy towarzyszył beneficjentowi na określonej trasie. Z treningu komunikacyjnego skorzystały 134 osoby.

Nieodłączną formą wsparcia w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej było także **wsparcie motywacyjne**. Z uwagi na rodzaj niepełnosprawności beneficjentów/beneficjentek motywacja może być u nich bardzo labilna. Celem tego rodzaju wsparcia było utrzymanie motywacji na poziomie pozwalającym na aktywne uczestnictwo w kreowaniu ścieżki zawodowej. Wsparcie to pozwoliło również na eliminowanie pojawiających się trudności oraz szukanie rozwiązań w sytuacjach trudnych. Wsparcie motywacyjne odbywało się podczas indywidualnych spotkań z psychologiem, z których skorzystały 181 osób oraz podczas grupowego wsparcia psychologicznego, w którym uczestniczyło 129 osób. Zdecydowanie więcej osób korzystało z indywidualnej formy spotkań z psychologiem (Wykres 50), podczas których mogli na bieżąco rozwiązywać pojawiające się problemy i trudności bądź też pracować nad danym problemem w formie cyklicznych sesji.

Wykres 50 – Wsparcie motywacyjne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych EGW

Każdy uczestnik, który osiągnął swój cel nadrzędny, czyli podjął zatrudnienie na indywidualnie dopasowanym stanowisku pracy otrzymał **indywidualne wsparcie w procesie zatrudnienia**. W zakres tej formy wsparcia wchodził szereg różnych działań. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną przy wsparciu trenera pracy uczestniczyła w negocjacjach z pracodawcą dotyczących stanowiska pracy, zakresu obowiązków, grafiku zadań, godzin pracy, wynagrodzenia, etc. Poza tym, trener pracy wspierał uczestnika podczas badań u lekarza medycyny pracy i podczas szkolenia BHP. Trener pracy organizował także w zakładzie pracy spotkanie z zespołem pracowniczym mające na celu poinformowanie pracowników o specyfice współpracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W spotkaniu tym uczestniczyła również osoba z niepełnosprawnością intelektualną, która została zatrudniona w danym zakładzie pracy. Trener wspólnie z tą osobą przedstawiał jej zakres obowiązków, rolę w zakładzie pracy oraz wyjaśniał kontrowersyjne kwestie. Następnie trener pracy prowadził intensywne szkolenie osoby z niepełnosprawnością intelektualną na stanowisku pracy. Podczas intensywnego szkolenia trener pracy był z beneficjentem/beneficjentką przez cały czas, stopniowo wycofując się ze wsparcia w miarę usamodzielniania się osoby. Trener pracy pracował wspólnie z osobą z niepełnosprawnością zatrudnioną w miejscu pracy, stosując indywidualnie dobrane metody uczenia i wsparcia.

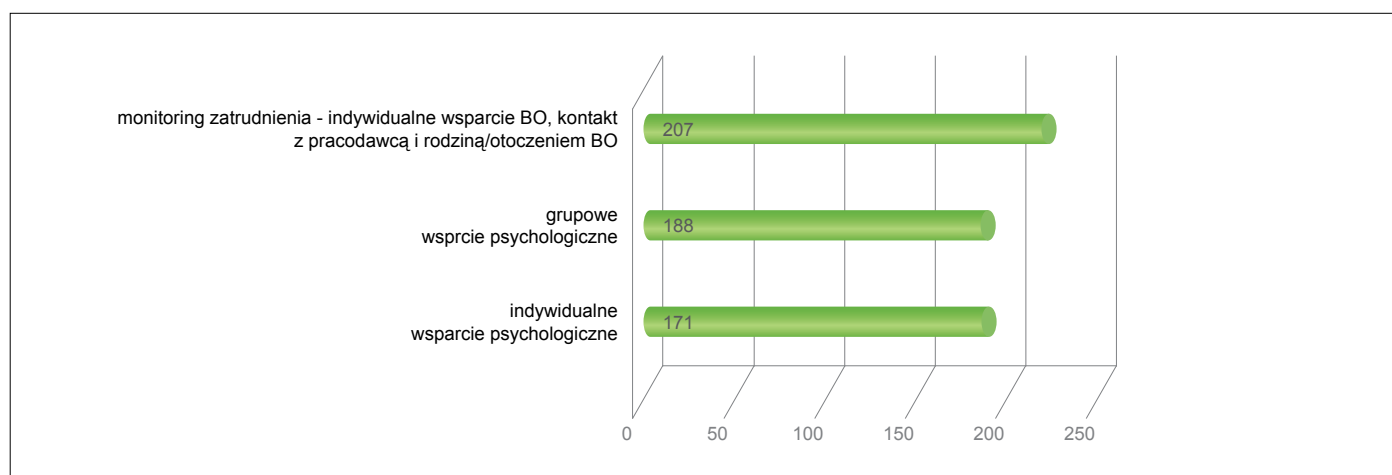
W rezultacie działań podejmowanych w ramach projektu w II okresie finansowania, **69 osób podjęło zatrudnienie** na otwartym rynku pracy, z czego 10 osób utraciło zatrudnienie po 1-3 miesiącach. Natomiast 59 osób kontynuowało zatrudnienie na dzień 31.03.2015 roku. Reasumując, skuteczność działań w zakresie wprowadzania na otwarty rynek pracy w II okresie realizacji projektu wyniosła 45,39%, natomiast skuteczność w utrzymaniu zatrudnienia – 85,51%.

Grupa osób aktywnych zawodowo – ETAP II **Indywidualne wsparcie trenera pracy. Monitoring zatrudnienia**

Przez cały okres uczestnictwa w projekcie osoby zatrudnionej, trener pracy prowadził monitoring jej zatrudnienia w zakładzie pracy i poza nim. Podejmowane działania miały na celu wsparcie uczestnika w utrzymaniu zatrudnienia (w tym: niwelowanie zachowań trudnych, szkolenia wyrównawcze, podtrzymywanie motywacji i poziomu jakości wykonywanej pracy). Monitoring był prowadzony wielokierunkowo. Był to kontakt z beneficjentami/beneficjentkami w miejscu pracy bądź poza miejscem pracy, kontakt z pracodawcą oraz kontakt z rodziną danej osoby z niepełnosprawnością. Trener pracy przez cały okres uczestnictwa beneficjenta/beneficjentki w projekcie prowadził bieżący monitoring jego pracy. Monitoring - kontakt z beneficjentem/beneficjentką - polegał na regularnych wizytach na stanowisku pracy beneficjenta. Wizyty miały na celu rozmowę z beneficjentem/beneficjentką na temat jego/jej pracy (w tym problemów i trudności związanych z wykonywaniem obowiązków, relacjami w grupie współpracowników, poziomem motywacji, etc.). Podczas wizyt trener pracy monitorował również sposób wykonywania czynności zawodowych przez beneficjenta. Monitoring - kontakt z pracodawcą - polegał na regularnych wizytach na stanowisku pracy beneficjenta. Trener pracy przez cały okres zatrudnienia beneficjenta utrzymywał stały kontakt z pracodawcą lub bezpośrednim przełożonym zatrudnionego beneficjenta. Monitoring polegał na prowadzeniu rozmów w celu budowania kontaktu, wymiany spostrzeżeń na temat pracy i postępów beneficjenta lub pojawiających się trudności. Dzięki stałym kontaktom obydwie strony miały możliwość podjęcia właściwych działań w sytuacjach trudnych. Trener pracy przez cały okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej utrzymywał również kontakt z rodziną /opiekunem prawnym osoby niepełnosprawnej. Kontakt ten miał na celu omówienie postępów, trudności, problemów etc. w pracy beneficjenta/beneficjentki, jak również zidentyfikowanie czynników środowiskowych mających wpływ na motywację i jakość wykonywanej przez niego/nią pracy.

Monitoring zatrudnienia był elastyczny i dopasowany do indywidualnych potrzeb zarówno samej osoby niepełnosprawnej zatrudnionej jak i pracodawcy, który zatrudnia daną osobę. Zatrudniona osoba niepełnosprawna mogła także korzystać ze wsparcia motywacyjnego w postaci **indywidualnych lub grupowych spotkań z psychologiem**. Forma spotkań dobierana była elastycznie do potrzeb danej osoby. Spotkania grupowe miały charakter grupy samopomocowej. Podczas spotkań osoby niepełnosprawne mogły wymienić się doświadczeniami z pracy, rozwiązać swoje problemy i trudności, uzyskać porady od grupy oraz od psychologa czy doradcy. Spotkania indywidualne organizowane były z inicjatywy beneficjenta/beneficjentki, który zgłaszał taką potrzebę bądź na wniosek trenera pracy, który wskazywał konieczność takiego rodzaju wsparcia. Wykres 51 przedstawia liczbę osób korzystających z poszczególnych form wsparcia oferowanych osobom zatrudnionym.

Wykres 51 – Wsparcie osób zatrudnionych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych EGW

Zespół merytoryczny projektu

Realizacja projektów oferujących usługi wielospecjalistycznego, kompleksowego modelu pracy i doradztwa zawodowego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, mających na celu pomoc w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia oraz prowadzących poradnictwo dla pracodawców przyczynia się do zwiększenia efektywności w zakresie zatrudnienia jednej z najbardziej wykluczonych grup społecznych.

Realizacja projektu „Centrum DZWONI” w II okresie finansowania potwierdza, że właściwie zdiagnozowane potrzeby i odpowiednio zaplanowane rodzaje interwencji przynoszą wymierne efekty. Skuteczność wykorzystywanych w projekcie form wsparcia beneficjentów ostatecznych potwierdza fakt, iż wszystkie rezultaty projektu zostały osiągnięte. Szczególnie istotny jest tutaj wskaźnik zatrudnienia osiągnięty na poziomie ponad dwukrotnie wyższym niż zakładany (blisko 240%). Jest to niezwykle cenna wartość, mając na uwadze fakt, iż grupa ta ma specjalne potrzeby edukacyjne, które uniemożliwiają jej korzystanie z form aktywności proponowanych np. przez publiczne służby zatrudnienia.

Biorąc pod uwagę fakt, iż beneficjentami projektu są osoby z różnymi ograniczeniami utrudniającymi aktywność w życiu społecznym i zawodowym pożądanym jest identyfikowanie poziomu ich funkcjonowania w celu określenia możliwych obszarów wsparcia ukierunkowanego na rozwijanie mechanizmów kompensacyjnych oraz koncentrację na mocnych stronach. Koncepcja Klasyfikacji ICF zastosowana w projekcie zakłada postrzeganie człowieka w kontekście całościowym i wielowymiarowym, z uwzględnieniem środowiska, w którym dany człowiek funkcjonuje. Ta wielowymiarowość daje szansę każdej osobie, w tym osobie z niepełnosprawnością na określenie indywidualnego potencjału oraz czynników mających wpływ na jego ograniczanie bądź rozwój. Dodatkowo, pozwala na zastosowanie pewnych wspólnych uniwersalnych mierników, które oceniają stopień ograniczenia bądź trudności zarówno osoby jak i otoczenia, pozwala na ustalenie priorytetów w planowanym działaniu oraz ocenie wyników zastosowanych interwencji. Filozofia koncepcji oraz jej uniwersalizm daje szansę na wprowadzenie jednolitego standardu diagnozy funkcjonowania oraz kategoryzowania niezbędnych rodzajów wsparcia. Wdrożenie koncepcji Klasyfikacji ICF do praktyki działań z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej jest ogromnym krokiem w kierunku personalizacji działań oraz ich ewaluacji. Funkcjonalna diagnoza jest punktem wyjścia do kolejnych działań zmierzających do aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Podstawową wartością narzędzi merytorycznych opracowanych i stosowanych w projekcie było uszczegółowienie opisu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie zawodowym i społecznym, zidentyfikowanie ograniczeń i trudności ale też mocnych stron i potencjału osoby w zakresie tego funkcjonowania, co z kolei miało wpływ na bardziej trafne zaplanowanie zakresu interwencji koniecznej do osiągnięcia zaplanowanych dla jednostki celów.

Ewaluacja działań podejmowanych w II okresie realizacji projektu potwierdziła znaczenie wpływu czynników środowiskowych na efektywność procesu aktywizacji. Szczególną rolę miała najbliższa rodzina oraz usługi w zakresie pracy i zatrudnienia oferowane przez Centra DZWONI. Rodzina jest dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną autorytetem, bez wsparcia rodziny osoba rzadko podejmuje samodzielne decyzje. Często pierwszy kontakt specjalistów Centrum DZWONI był podejmowany właśnie z rodziną, a w następnej kolejności było spotkanie z osobą

z niepełnosprawnością. Rodzina motywuje, wspiera uczestnika na każdym etapie aktywizacji. Dlatego niezwykle istotne jest utrzymywanie stałego kontaktu z osobami najbliższymi uczestnikowi projektu. Równie wysokie znaczenie w procesie aktywizacji mają odpowiednio skonstruowane programy wsparcia oferowane osobom z niepełnosprawnością intelektualną, takie jak kompleksowa usługa zatrudnienia wspomaganego.

Najważniejszymi wartościami wynikającymi z realizowanego projektu, wymagającymi kontynuacji i dalszego rozwoju są:

1. Potwierdzenie skuteczności metodologii zatrudnienia wspomaganego w procesie aktywizacji osób z niepełnosprawnością intelektualną.
2. Wypracowanie i wystadaryzowanie narzędzi pozwalających na określenie poziomu funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w odniesieniu do bardzo szerokiej skali kwalifikatorów ICF.
3. Wypracowanie schematu skutecznej diagnozy funkcjonalnej, pozwalającej na identyfikację indywidualnego potencjału osoby z niepełnosprawnością intelektualną, ograniczeń i czynników środowiskowych mających wpływ na funkcjonowanie jednostki. Dzięki wieloprofilowej diagnozie możliwe jest efektywne planowanie działań uwzględniających odpowiednie strategie wsparcia.
4. Uwzględnianie czynników środowiskowych w planowaniu działań skierowanych do indywidualnej osoby.
5. Uzupelnienie form wsparcia o działania skierowane do najbliższego otoczenia aktywnych i nieaktywnych osób z niepełnosprawnością intelektualną.
6. Podjęcie długotrwałych i kompleksowych działań skierowanych do rodziców/opiekunów dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, w celu zmiany postaw z opiekuńczych na wspierające rozwój, samodzielność i autonomię osób z niepełnosprawnością.
7. Podjęcie działań w kierunku wzrostu świadomości otoczenia na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną, ich możliwości i potencjału. Rozpoczęcie poszukiwania źródeł finansowania projektów/programów kreujących nowy wizerunek tej grupy osób jako pełnoprawnych członków społeczności i uczestników życia społecznego.
8. Wskazane jest kontynuowanie prac grupy eksperckiej oraz bieżąca wymiana informacji pomiędzy specjalistami merytorycznymi i ewaluacja podejmowanych przez nich działań z obszaru diagnozy.

Spis rysunków, tabel, wykresów:

Rysunek 1 – Zależności między składnikami ICF (model biopsychospołeczny)

Rysunek 2 – Schemat ICF

Rysunek 3 – Hierarchiczna struktura ICF

Rysunek 4 – Struktura i kody klasyfikacji

Rysunek 5 – Proces

Rysunek 6 – Etapy tworzenia zestawu podstawowego

Rysunek 7 – Schemat wykorzystania klasyfikacji ICF w procesie planowania działań dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Tabela 1 – Grupa docelowa – podział ze względu na miejsca funkcjonowania biur Centrum DZWONI

Tabela 2 – Poziom funkcjonowania beneficjentów projektu (opis ICF ogółem)

Wykres 1 – Ogólna liczba uczestników projektu w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na płeć

Wykres 2 – Uczestnicy kontynuujący wsparcie w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na status, w chwili przystąpienia do projektu

Wykres 3 – Uczestnicy nowo przyjęci w II okresie realizacji projektu – podział ze względu na status, w chwili przystąpienia do projektu

Wykres 4 – Status uczestników projektu na rynku pracy

Wykres 5 – Grupa docelowa – podział ze względu na wiek

Wykres 6 – Grupa docelowa – podział ze względu na stopień niepełnosprawności

Wykres 7 – Grupa docelowa – podział ze względu na wykształcenie

Wykres 8 – Grupa docelowa – podział ze względu na uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej

Wykres 9 – Grupa docelowa – podział ze względu na miejsce zamieszkania

Wykres 10 – Motywacja (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami)

Wykres 11 – Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami)

Wykres 12 – Funkcje orientacji (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 13 – Podejmowanie decyzji (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 14 – Realizowanie dziennego rozkładu zajęć (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 15 – Rozmowa (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 16 – Używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu (utrzymanie/ wzrost/ spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 17 – Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych (utrzymanie/ wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 18 – Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

Wykres 19 – Przyuczenie do zawodu (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)

- Wykres 20** – Poszukiwanie pracy (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)
- Wykres 21** – Wykonywanie pracy (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)
- Wykres 22** – Zatrudnienie za wynagrodzeniem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; I etap)
- Wykres 23** – Funkcje orientacji (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 24** – Motywacja (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 25** – Podejmowanie decyzji (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 26** – Realizowanie dziennego rozkładu zajęć (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 27** – Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi (utrzymanie/ wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 28** – Rozmowa (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 29** – Używanie publicznych zmotoryzowanych środków transportu (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 30** – Nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych (utrzymanie/ wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 31** – Nawiązywanie kontaktów ze zwierzchnikiem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 32** – Przyuczenie do zawodu (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 33** – Poszukiwanie pracy (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 34** – Wykonywanie pracy (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 35** – Zatrudnienie za wynagrodzeniem (utrzymanie/wzrost/spadek poziomu funkcjonowania pomiędzy kwalifikatorami; II etap)
- Wykres 36** – Leki (czynniki środowiskowe)
- Wykres 37** – Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym (czynniki środowiskowe)
- Wykres 38** – Przyjaciele (czynniki środowiskowe)
- Wykres 39** – Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności (czynniki środowiskowe)
- Wykres 40** – Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy) (czynniki środowiskowe)
- Wykres 41** – Opiekunowie i asystenci osobiści (czynniki środowiskowe)
- Wykres 42** – Osoby obce (czynniki środowiskowe)
- Wykres 43** – Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia) (czynniki środowiskowe)
- Wykres 44** – Postawy członków najbliższej rodziny (czynniki środowiskowe)
- Wykres 45** – Postawy członków dalszej rodziny (czynniki środowiskowe)
- Wykres 46** – Usługi w zakresie ochrony zdrowia (czynniki środowiskowe)
- Wykres 47** – Usługi w zakresie pracy i zatrudnienia (czynniki środowiskowe)
- Wykres 48** – Kompleksowa funkcjonalna diagnoza potencjału beneficjentów/ beneficjentek
- Wykres 49** – Wsparcie przygotowujące do zatrudnienia
- Wykres 50** – Wsparcie motywacyjne
- Wykres 51** – Wsparcie osób zatrudnionych

Bibliografia

- 1) Anasz M., Mrugalska K., Wojtyńska J., Ferenc M. (2012). *Życie w integracji. Stargardzki model lokalnego systemu rehabilitacji i wsparcia społeczno-zawodowego osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Barnes C., Mercer G. (2008). *Niepełnosprawność*. Warszawa: Wyd. Sic!
- 3) Bickenbach J., Cieza A., Rauch A., Stucki G. (2012), *Zestawy Podstawowe ICF, Podręcznik do praktyki klinicznej*, ICF Research Branch.
- 4) Brown I. (1997). *What is a quality of life approach*. Toronto: Centre for Health Promotion.
- 5) Czapiński J. (1992). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Akademos.
- 6) Dega W. (1974). *Drogi rozwoju i stan obecny rehabilitacji leczniczej w Polsce*. W: Hulek A. (red.) *Rehabilitacja inwalidów w PRL*. Warszawa: PZWL.
- 7) Deutsch Smith D. (2009). *Pedagogika specjalna*. Warszawa: Wyd. APS i PWN.
- 8) Doose S., (2007). *Unterstützte Beschäftigung – Berufliche Integration auf lange Sicht*. Marburg.
- 9) Felce D., Perry J. (1996). *Exploring Current Conceptions of Quality of Life*. W: Renwick R., Brown J., Nagler H. (eds.). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*. London: Sage.
- 10) Firkowska-Mankiewicz A. (1999). *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie. Prezentacja QOL – Kwestionariusza Jakości Życia*. *Sztuka Leczenia*, vol. 5, nr.3, s.15-21.
- 11) Firkowska-Mankiewicz A. (2006). *Zmiana paradygmatu w postrzeganiu osoby z niepełnosprawnością intelektualną – z podopiecznego na pełnoprawnego i niezależnego uczestnika życia społecznego*. W: Abramowska B. (red.), *Z Warsztatów Terapii Zajęciowej do pracy – rozwiązania systemowe*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 12) Gajda M., Zakrzewska M. (2011). *Pracownik z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Warszawskie Koło Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 13) Giermanowska E. (red.) (2014). *Zatrudniając niepełnosprawnych. Dobre praktyki pracodawców w Polsce i innych krajach Europy*. Kraków: Akademia Górniczo-Hutnicza im. S. Staszica.
- 14) Hamond van B., Haccou R. (2007). *Zdobywanie oraz Ewaluacja Kompetencji Społecznych*. Tłum: Tomasz Korybski. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 15) Hulek A. (1969). *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL.
- 16) *Karta Różnorodności w Polsce* (2012). Warszawa. <http://www.kartaroznorodnosc.pl> [dostęp na dzień 25.11.2014].
- 17) Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnością. Dz.U. 2012, poz. 1169.
- 18) Loska M. (2009). *Psychofizyczne możliwości i społeczne wyznaczniki funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo*. W: Wolan-Nowakowska M. (red.), *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych – ku możliwościom przeciw ograniczeniom*. (s. 45-57). Kraków: Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.
- 19) Majewski T. (2006). *Zatrudnienie wspomagane osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna.
- 20) Majewski T. (2011). *Rozwój rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce do roku 1990*. Warszawa: TWK.
- 21) Majewski T., Szczepankowska B. (1999). *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. W: *Zeszyty Informacyjno Metodyczne Doradcy Zawodowego* (10), 23-37.
- 22) Ossowski R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne odstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy.

- 23) Ostrowska A., Szczepankowska B. (1999). *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych – stan i potrzeby*. W: *Zeszyty Informacyjno Metodyczne Doradcy Zawodowego* (10), s. 13-21.
- 24) Otrębski W. (2007). *Zakres i jakość doświadczeń zawodowych a poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną* W: Zasępa E., Ślaski S. (red.). *Jakość życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wyd. Naukowe Akapit.
- 25) Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych (2013). *Europejska Unia Zatrudnienia Wspomaganege - broszura informacyjna i standardy jakości*. Tłum. T. Korybski. Warszawa: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych.
- 26) Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych (2013). *Europejska Unia Zatrudnienia Wspomaganege - zbiór praktycznych wskazówek*. Tłum. T. Korybski. Warszawa: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych.
- 27) Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (2012). *Niepubliczna agencja doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Raport z realizacji projektu Centrum Doradztwa Zawodowego i Wspierania Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie w okresie od 01.10.2010 - 31.10.2012*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 28) Schalock R.L., Keith K.D., Hoffman K. (1990), *Quality of Life Questionnaire. Standardization Manual*. Hastings: Mid-Nebraska Mental Retardation Services Inc.
- 29) Światowa Organizacja Zdrowia (2001). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2009. http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf [dostęp: 10.03.2015].
- 30) Tobiasz-Adamczyk B. (1999). *Jakość życia: zakres badań w perspektywie socjologicznej*. *Sztuka Leczenia*, nr 3, s.9-13.
- 31) Üstün T.B.(1998), *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Aktywności i Uczestnictwa, ICIDH-2*. Warszawa: Zarząd Główny Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 32) Wolan-Nowakowska, M. (2005). *Możliwości i nowe wyzwania rozwoju zawodowego młodzieży niepełnosprawnej*. W: Szczupał B. (red.). *Młodzież niepełnosprawna – szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe: AKAPIT, 171 – 177.
- 33) Wolan-Nowakowska M. (2006). *Doradztwo zawodowe jako proces wspierania rozwoju*. W: Głodkowska J., Giryński A. (red.), *Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną – od bierności do aktywności*. (s. 81 – 87). Warszawa Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.
- 34) Wolan-Nowakowska M. (2012). *Specyfika diagnozy w pracy doradcy zawodowego z osobami niepełnosprawnymi*. W: Wojtasiak E., Wolan-Nowakowska M. (red.), *Poradnictwo zawodowe w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. (s. 62-77). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- 35) WHOQOL (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment*. *Social Science & Medicine* no 41 (10). s. 1403-1409.
- 36) Wilmowska-Pietruszyńska A., Biłski D. (2013). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. W: Skiba W., Perchli-Włosik A. (red.) *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr II/2013(7). Warszawa: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 37) Wolan-Nowakowska M. (2013). *Młodzież w sytuacji planowania kariery zawodowej. Badania porównawcze uczniów z dysfunkcją narządu ruchu i pełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- 38) Wołowicz-Ruszkowska A. i in. (2014). *Wpływ ruchu rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną na rozwój nauki i życie społeczne. Raport z badań*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- 39) Zabłocki K. (1995). *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.



Projekt finansowany ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych