



Róża Serafin, Anna Łuczak, Bożena Kurkus-Rozowska,  
Maria Konarska, Joanna Bugajska

# **Poradnik dla wolontariusza spółdzielni socjalnej**

Warszawa 2007

Przygotowano w ramach realizacji projektu „Kluczowa rola gminy w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych”, realizowanego w ramach programu operacyjnego – Program Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL dla Polski 2004-2006 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem opracowania jest przekazanie istotnych informacji o osobach niepełnosprawnych i o współpracy z nimi wolontariuszom, którzy będą pośredniczyć w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w SSON.

### **Autorzy**

Róża Serafin, dr Anna Łuczak, dr med. Bożena Kurkus-Rozowska, dr hab. Maria Konarska, dr med. Joanna Bugajska – Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

### **Projekt okładki**

Jolanta Maj

© Copyright by Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy  
Warszawa 2007



Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy  
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa  
tel. (48-22) 623 36 98, fax (48-22) 623 36 93  
www.ciop.pl, e-mail: bokur@ciop.pl, kancelaria@ciop.pl

# Spis treści

---

<b>1. Wstęp</b> .....	5
<b>2. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych</b> .....	6
<b>3. Wolontariat</b> .....	9
<b>3.1.</b> Co to jest wolontariat i kto może zostać wolontariuszem .....	9
<b>3.2.</b> Gdzie mogą pracować wolontariusze .....	9
<b>3.3.</b> Jakie kwalifikacje powinni mieć wolontariusze .....	10
<b>3.4.</b> Obowiązki placówek wobec wolontariuszy .....	10
<b>3.5.</b> Ubezpieczenia wolontariuszy .....	11
<b>3.6.</b> Porozumienie z wolontariuszem czy umowa na papierze .....	12
<b>4. Zagadnienia związane z niepełnosprawnością</b> .....	13
<b>4.1.</b> Kto to jest osoba niepełnosprawna .....	13
<b>4.1.1.</b> Klasyfikacja niepełnosprawności .....	14
<b>4.1.2.</b> Stopnie niepełnosprawności .....	14
<b>4.1.3.</b> Rodzaje niepełnosprawności – symbole przyczyn niepełnosprawności .....	15
<b>4.2.</b> Bariery utrudniające funkcjonowanie osób niepełnosprawnych .....	17
<b>4.3.</b> Etapy przystosowania do niepełnosprawności .....	18
<b>4.4.</b> Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie człowieka i jego ograniczenia .....	20
<b>5. Komunikacja z osobami niepełnosprawnymi</b> .....	20
<b>6. Problematyka niepełnosprawności w kontekście wykonywania pracy zawodowej</b> .....	23
<b>6.1.</b> Psychologiczna analiza pracy .....	23
<b>6.2.</b> Zdolność do pracy różnych grup osób niepełnosprawnych .....	25
<b>6.2.1.</b> Osoby z uszkodzeniem narządu ruchu .....	25
<b>6.2.2.</b> Osoby z uszkodzeniem narządu wzroku .....	29
<b>6.2.3.</b> Osoby z uszkodzeniem narządu słuchu .....	31
<b>6.2.4.</b> Osoby z uszkodzeniem narządów wewnętrznych .....	34
<b>6.2.5.</b> Osoby z upośledzeniem umysłowym .....	35
<b>6.2.6.</b> Osoby chore psychicznie .....	37
<b>6.2.7.</b> Osoby cierpiące na padaczkę .....	37
<b>6.2.8.</b> Osoby z niepełnosprawnością złożoną .....	39
<b>6.3.</b> Szczególne uprawnienia pracownicze przysługujące wszystkim osobom niepełnosprawnym .....	40
<b>6.3.1.</b> Ograniczenie czasu pracy .....	40
<b>6.3.2.</b> Zakaz zatrudniania osób niepełnosprawnych w porze nocnej i w nadgodzinach .....	40
<b>6.3.3.</b> Dodatkowa przerwa w pracy .....	40
<b>6.3.4.</b> Uprawnienia pracownicze przysługujące dodatkowo osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności .....	41
<b>7. Słowniczek</b> .....	42
<b>8. Piśmiennictwo</b> .....	43

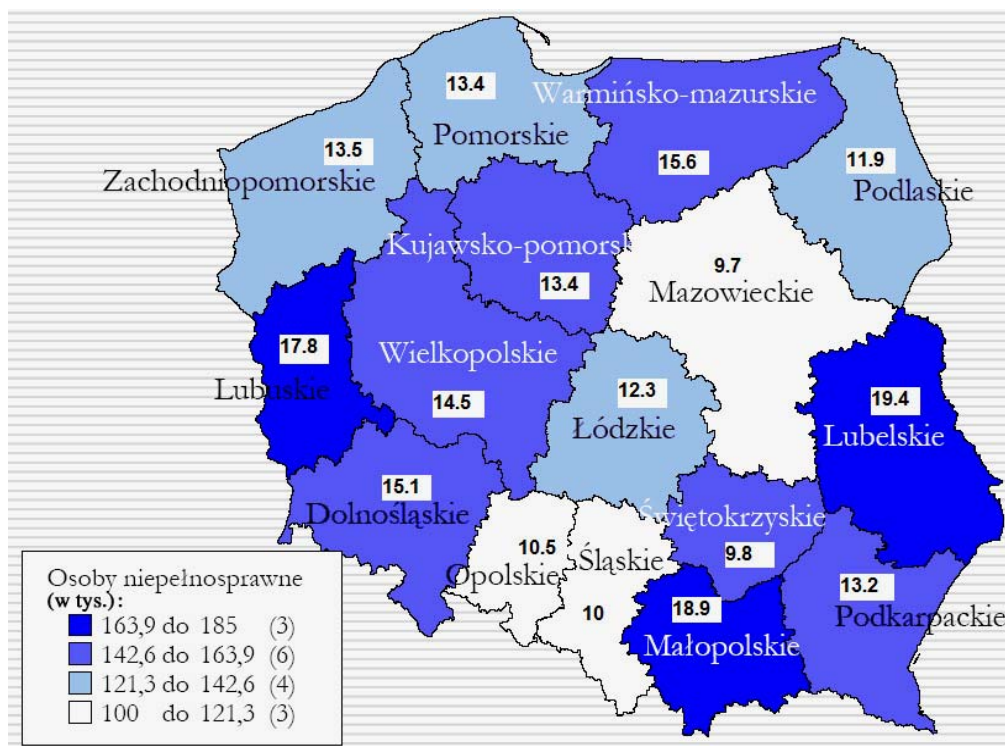


# 1. Wstęp

Na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia szacuje się, że 10% ludności świata, tj. około 610 mln osób, to osoby niepełnosprawne\*, z czego ponad połowę (ok. 386 mln) stanowią osoby w wieku 15–64 lat<sup>1</sup>. Poziom bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych jest istotnie wyższy w porównaniu z pozostałą częścią populacji osób w wieku produkcyjnym.

W Polsce żyje ok. 5,5 mln osób niepełnosprawnych, w tym 4,167 mln z niepełnosprawnością prawną, w wieku 15 lat i więcej<sup>2</sup> (dane z BAEL GUS 2004). Udział osób niepełnosprawnych prawnie na 100 osób w wieku 15 lat i więcej wynosi 13,4%. Najmniejszy udział tej grupy jest notowany w województwach: mazowieckim (9,7%), świętokrzyskim (9,8%), śląskim (10%) i opolskim (10,5%), największy zaś w lubelskim (19,4%), małopolskim (18,9%) i lubuskim (17,8%).

Częstość występowania niepełnosprawności w poszczególnych województwach w Polsce przedstawiono na rysunku.



Udział osób niepełnosprawnych na 100 osób ludności w wieku 15 lat i więcej oraz liczba takich osób w poszczególnych województwach w 2004 r. w Polsce

\* Wybrane terminy dotyczące omawianej tematyki wyjaśniono w *Słowniczku* (rozdz. 7).

<sup>1</sup> Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: *Kodeks Postępowania. Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy*. [www.mps.gov.pl](http://www.mps.gov.pl).

<sup>2</sup> A. Iwanek: *Wybrane informacje dotyczące sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy w Polsce w latach 2003 i 2004*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Pełnomocnik Rządu do spraw osób niepełnosprawnych. [www.mps.gov.pl](http://www.mps.gov.pl).

Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych prawnie jest mały. W IV kwartale 2005 r. wyniósł zaledwie 16%, podczas gdy w odniesieniu do osób sprawnych – 60,7%. Od wielu lat stopniowo zwiększa się grupa osób niepełnosprawnych prawnie biernych zawodowo. To zjawisko przekłada się na spadające w ostatnich latach wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych (2003 r. – **13,7%**; 2004 r. – **13,1%**; 2005 r. – **12,8%**) oraz wzrost stopy bezrobocia w tej grupie (2003 r. – **16,8%**; 2004 r. – **19,6%**; 2005 r. – **19,8%**). Powodem znacznej bierności zawodowej osób niepełnosprawnych jest stosunkowo niski poziom wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. W grupie osób w wieku produkcyjnym przeważająca większość niepełnosprawnych (68,4%) posiada wykształcenie poniżej średniego, a nieliczni mają wykształcenie policealne i średnie zawodowe (20,5%) oraz wyższe (4,3%). Nieliczna grupa (16,5%) pracuje w zawodach wymagających szczególnych kwalifikacji, np. jako technicy, specjaliści w różnych dziedzinach, kierownicy, wysocy urzędnicy. Zwraca się też uwagę na słabą motywację do poszukiwania i podejmowania pracy oraz liczne bariery: społeczne, instytucjonalne czy architektoniczne, jako przyczyny słabej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.

Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych prawnie jest znacznie większa wśród mieszkańców wsi (16,9% pracujących) w porównaniu z miastami (10,5% pracujących), co wiąże się m.in. z możliwością podejmowania pracy we własnym gospodarstwie rolnym. Najliczniejszą grupę osób pracujących wśród niepełnosprawnych prawnie stanowią rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy (41,6%). Występuje także zróżnicowanie ze względu na płeć: więcej jest pracujących mężczyzn (16,5%) niż kobiet (9,9%), choć niepełnosprawność prawna jest orzekana w podobnym procencie w wypadku obu płci (mężczyźni – 13,7%; kobiety – 13,1%).

## **2. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych**

---

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. **o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**, w zależności od stopnia uszkodzenia organizmu i przygotowania do pracy, osoby niepełnosprawne mogą być zatrudniane w zwykłych zakładach pracy, czyli na otwartym rynku pracy:

- na warunkach konkurencyjnych – osoba niepełnosprawna jest przyjmowana do pracy i pracuje na takich samych zasadach i warunkach jak osoby pełnosprawne, z takim samym zakresem obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień

- na stanowiskach pracy specjalnie dobranych i przystosowanych do psychofizycznych potrzeb i możliwości pracownika niepełnosprawnego, wyposażonych w odpowiedni sprzęt rehabilitacji zawodowej (pomoce techniczne), tj. narzędzia, urządzenia czy elementy stanowiska w zależności od rodzaju i zakresu niepełnosprawności, wraz z prawem do korzystania ze specjalnych uprawnień przysługujących pracownikom niepełnosprawnym
- w formie zatrudnienia wspomaganego polegającego na zatrudnieniu osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na dobranym i przystosowanym stanowisku pracy z pomocą tzw. zawodowego asystenta lub instruktora wspomagającego, który pomaga osobie niepełnosprawnej przystosować się do fizycznego i społecznego środowiska, opanować niezbędne umiejętności, a także wykonywać zadania zawodowe do czasu uzyskania całkowitej samodzielności i odpowiedniej wydajności, zgodnie z oczekiwaniami.

Osoby niepełnosprawne, które ze względu na naruszenie sprawności organizmu nie mogą podjąć zatrudnienia na otwartym rynku pracy, mogą być kierowane do zakładów pracy chronionej oraz zakładów aktywności zawodowej. Niepełnosprawni mogą być także zatrudniani w systemie pracy nakładczej. Jest to praca bez specjalnych rygorów co do czasu i miejsca jej wykonywania i zwykle jest wykonywana poza zakładem pracy, na ogół we własnym mieszkaniu, często z pomocą członków rodziny. Istnieje również możliwość zatrudniania osób niepełnosprawnych w systemie telepracy, którą pracownik wykonuje poza zakładem pracy na stanowisku (najczęściej) komputerowym zorganizowanym w jego mieszkaniu i odpowiednio przystosowanym do potrzeb i możliwości psychofizycznych osoby niepełnosprawnej.

Aby ułatwić stworzenie nowych możliwości zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych i osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w środowiskach lokalnych małych miasteczek i wsi, opracowano i ustanowiono ustawę z dnia 27 kwietnia 2006 r. **o spółdzielniach socjalnych** (DzU 2006, nr 94, poz. 651), która zawiera wymienione dalej postanowienia.

**Art. 1.** 1. *Ustawa określa zasady zakładania, prowadzenia działalności, łączenia oraz likwidacji spółdzielni socjalnej.*

2. *W sprawach nieuregulowanych w niniejszej ustawie do spółdzielni socjalnej stosuje się przepisy ustawy z dnia 16 września 1982 r. – Prawo spółdzielcze (Dz. U. z 2003 r. Nr 188, poz. 1848, z 2004 r. Nr 99, poz. 1001 oraz z 2005 r. Nr 122, poz. 1024).*

**Art. 2.** 1. *Przedmiotem działalności spółdzielni socjalnej jest prowadzenie wspólnego przedsiębiorstwa w oparciu o osobistą pracę członków.*

2. *Spółdzielnia socjalna działa na rzecz:*

1) *społecznej reintegracji jej członków, przez co należy rozumieć działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu,*

2) zawodowej reintegracji jej członków, przez co należy rozumieć działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy

– a działania te nie są wykonywane w ramach prowadzonej przez spółdzielnię socjalną działalności gospodarczej.

3. Spółdzielnia socjalna może prowadzić działalność społeczną i oświatowo-kulturalną na rzecz swoich członków oraz ich środowiska lokalnego, a także działalność społecznie użyteczną w sferze zadań publicznych określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

**Art. 3.** Nazwa spółdzielni zawiera oznaczenie „Spółdzielnia Socjalna”.

**Art. 4.** Spółdzielnię socjalną mogą założyć:

1) osoby bezrobotne, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99, poz. 1001, z późn. zm.<sup>3)</sup>),

2) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1-4, 6 i 7 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 122, poz. 1143, z późn. zm.<sup>4)</sup>),

3) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.<sup>5)</sup>)

- posiadające pełną zdolność do czynności prawnych.

**Art. 5. 1.** Liczba założycieli spółdzielni socjalnej nie może być mniejsza niż pięć.

2. Spółdzielnia socjalna liczy nie mniej niż pięciu i nie więcej niż pięćdziesięciu członków, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Spółdzielnia socjalna, która powstała w wyniku przekształcenia spółdzielni inwalidów lub spółdzielni niewidomych, może liczyć więcej niż pięćdziesięciu członków.

4. Członkostwo w spółdzielni socjalnej mogą nabyć osoby, o których mowa w art. 4, także posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych.

5. Członkostwo w spółdzielni socjalnej mogą nabyć także inne osoby niż wskazane w art. 4, jeżeli ich praca na rzecz spółdzielni socjalnej wymaga szczególnych kwalifikacji, których nie posiadają pozostali członkowie tej spółdzielni.

6. Liczba osób, o których mowa w ust. 5, nie może być większa niż 20% ogólnej liczby członków spółdzielni socjalnej. Przekroczenie tego limitu, trwające nieprzerwanie przez okres 3 miesięcy, stanowi podstawę do postawienia spółdzielni socjalnej w stan likwidacji.

7. O ile statut spółdzielni nie stanowi inaczej, członkostwo w spółdzielni socjalnej mogą nabyć organizacje pozarządowe w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz gminne osoby prawne, których statutowym zadaniem jest działanie na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej mieszkańców gminy. W takim przypadku art. 182 § 1 ustawy z dnia 16 września 1982 r. – Prawo spółdzielcze nie stosuje się.

## 3. Wolontariat

---

### 3.1. Co to jest wolontariat i kto może zostać wolontariuszem

Pierwsza definicja „współczesnego” wolontariatu, opracowana przez Centrum Wolontariatu w Warszawie, brzmiała: wolontariat to bezpłatne, świadome i bezinteresowne działanie na rzecz innych, wykraczające poza obowiązki rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie. Ta definicja jest aktualna także dziś.

W ustawie z czerwca 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, wolontariat został zdefiniowany bardzo podobnie. Wprawdzie nie mówi się tam wprost o wolontariacie jako zjawisku, a definiowana jest osoba wolontariusza, jednak istota jest taka sama. Według ustawy **wolontariusz to osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na rzecz placówek i w zakresie określonym w ustawie**. Ustawa ta porządkuje wolontariat, który w Polsce jest coraz popularniejszą formą aktywności obywatelskiej.

### 3.2. Gdzie mogą pracować wolontariusze

Coraz większa popularność aktywności obywatelskiej, jaką jest wolontariat, sprawia, że pomoc ochotników chętnie sięgają różne organizacje pozarządowe i placówki publiczne. Do niedawna, ze względu na stereotypy funkcjonujące w myśleniu o obszarach pracy ochotników, jednym tchem wymieniane były domy dziecka, hospicja, szpitale. Ogromna liczba wolontariuszy (ponad 22% dorosłych Polaków deklaruje, że w 2005 r. było wolontariuszami) sprzyja nieustannemu poszerzaniu się obszarów życia społecznego, w których działają ochotnicy.

Wraz z wejściem w życie ustawy zostały określone dziedziny, w których możliwe jest angażowanie do pomocy wolontariuszy. Są to organizacje pozarządowe, organy administracji publicznej oraz jednostki organizacyjne podległe tym organom. Również organizacje kościelne są z mocy ustawy uprawnione do korzystania z ich pomocy. Tak więc powszechny jest widok wolontariuszy współpracujących z placówkami kultury, organizacjami ekologicznymi, sportowymi, w instytucjach publicznej służby zdrowia, szkołach. Wielu ochotników pomaga organizacjom świadczącym pomoc bezdomnym, niepełnosprawnym, osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym i wielu innym.

Z zapisów ustawy jasno wynika, że praktycznie jedynym obszarem, gdzie nie można angażować wolontariuszy, jest sektor biznesu.

Pomoc osobom indywidualnym podejmowana przez wolontariuszy powinna być organizowana z udziałem placówki/organizacji pozarządowej. Ma to istotne znaczenie ze względu na obowiązki, jakie należy wypełnić wobec wolontariusza: ubezpieczenie, zawarcie z nim porozumienia, zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. W praktyce instytucjami pośredniczącymi są tu ośrodki pomocy społecznej czy organizacje pozarządowe świadczące pomoc wybranym grupom klientów.

### **3.3. Jakie kwalifikacje powinni mieć wolontariusze**

Przepisy ustawy nie określają poziomu wykształcenia, statusu majątkowego potencjalnych wolontariuszy ani ich predyspozycji. Wolontariuszem może być każdy, ale oczywiście nie każdy wszędzie. Przepisy wskazują na obowiązek posiadania przez wolontariuszy kwalifikacji niezbędnych do wykonywania danych świadczeń oraz spełniania, jeśli takie istnieją, innych warunków wymaganych w określonym miejscu pracy, np. wykonanie odpowiednich badań lekarskich, ukończenie kursu, a nawet wiek.

W praktyce kwalifikacje wolontariusza określa osoba kierująca placówką. Nie jest niezbędne np. posiadanie dyplomu ukończenia studiów pedagogicznych przez wolontariusza organizującego zajęcia sportowe w domu dziecka. To kierownik placówki może ocenić jego kwalifikacje. Należy pamiętać, aby podczas oceny kwalifikacji kierować się zdrowym rozsądkiem!

Nie zapomnijmy też, że placówka angażująca wolontariuszy może kierować się w swojej działalności określonymi szczegółowymi przepisami, a także może mieć regulamin określający specyficzne wymagania. Jeśli tak jest, to wolontariusze w takiej placówce muszą się tym wymaganiom poddać – przykładem może być szpital.

Zdarza się, że warunki angażowania i kwalifikacje wolontariuszy określają specyficzne przepisy obowiązujące w określonych placówkach. Do takich miejsc należą np. placówki opiekuńczo-wychowawcze czy poradnie psychologiczno-pedagogiczne.

### **3.4. Obowiązki placówek wobec wolontariuszy**

Do podstawowych obowiązków placówek względem wolontariuszy należą:

- zawieranie porozumienia o współpracy – umowy z wolontariuszem
- poinformowanie o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanych z wykonywaniem świadczeń i o zasadach ochrony przed zagrożeniem
- zapewnienie, na takich samych zasadach jak pracownikom, bezpiecznych i higienicznych warunków pracy

- zapewnienie wymaganych środków ochrony indywidualnej
- poinformowanie o prawach i obowiązkach
- zapewnienie pokrycia poniesionych kosztów podróży służbowych i diet, związanych ze świadczeniem
- przedstawienie treści porozumienia w formie pisemnej
- wystawienie zaświadczeń o wykonywaniu świadczeń
- zapewnienie pokrycia kosztów ogólnie przyjętych, wynikających z umów międzynarodowych, gdy porozumienie z korzystającym mówi o oddelegowaniu wolontariusza na terytorium innego państwa
- przeprowadzenie procedury wypadkowej
- zapewnienie wolontariuszowi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli korzystający współpracuje z wolontariuszem przez okres nie dłuższy niż 30 dni.

### **3.5. Ubezpieczenia wolontariuszy**

Z chwilą wejścia w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na tych, którzy korzystają ze świadczeń wolontariuszy, został nałożony obowiązek zapewnienia im stosownego ubezpieczenia. Ustawa wskazuje na obowiązek zapewnienia ochotnikowi polisy ubezpieczeniowej od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz określa zasady, według których można (uwaga: ale nie ma takiego obowiązku!) opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne.

- **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)**  
 Jeśli porozumienie z wolontariuszem jest zawarte na czas przekraczający 30 dni, to zostaje on objęty ubezpieczeniem z tytułu nieszczęśliwych wypadków na mocy znowelizowanej ustawy zaopatrzeniu z tytułu wypadku i chorób zawodowych nabytych w szczególnych okolicznościach. Nowelizacja tej ustawy sprawiła, że ubezpieczenie w zakresie NNW w tej sytuacji gwarantuje państwo przez swoje wyspecjalizowane organy, czyli Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).  
 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków pokrywa organizacja, gdy umowa (porozumienie) z wolontariuszem została zawarta na czas krótszy niż 30 dni. W takim wypadku organizacja musi wykupić dla swoich wolontariuszy ubezpieczenie NNW w wybranej firmie komercyjnej.
- **Ubezpieczenie zdrowotne**  
 Ustawa stwarza możliwość opłacania wolontariuszowi składek ubezpieczenia zdrowotnego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, ale nie obliuguje do tego. W praktyce większość osób podejmujących się wolontariatu ma takie składki odprowa-

dzane lub zapewnione, np. studenci, uczniowie, emeryci, renciści czy osoby związane stosunkiem pracy.

Jeśli korzystający zdecyduje się opłacać składkę ubezpieczenia zdrowotnego, to jej wysokość wynosi 8,5% minimalnego wynagrodzenia (w 2006 r. wysokość składki wynosiła 77,80 zł).

- Ubezpieczenie OC – odpowiedzialności cywilnej  
Jakkolwiek przepisy ustawy nie nakazują ubezpieczenia wolontariuszy w zakresie odpowiedzialności cywilnej, to warto nad wykupieniem takiej polisy się zastanowić. Polisa OC chroni bowiem ubezpieczonego przed roszczeniami osób lub placówek, na rzecz których świadczył on pomoc. Jeśli np. wolontariusz wyrządzi szkodę – zniszczy komputer, czy wybiję szybę, lub dziecko, którym się zajmuje, spadnie z huśtawki, organizacja korzystająca z jego pomocy jest chroniona polisą OC i wszystkie roszczenia finansowe są kierowane do towarzystwa ubezpieczeniowego wystawiającego polisę.

### **3.6. Porozumienie z wolontariuszem czy umowa na papierze**

Obowiązujące przepisy ustawy wymagają od korzystających ze świadczeń wolontariusza, aby zawarli z nim porozumienie o współpracy w zakresie powierzonych mu zadań. Gdy okres współpracy wolontariusza z placówką jest dłuższy niż 30 dni, porozumienie takie musi być sformułowane i zawarte na piśmie. Jeśli okres współpracy jest krótszy niż 30 dni i dotyczy np. zbiórki żywności czy zabawy choinkowej dla dzieci, porozumienie może mieć formę ustną. Warto również pamiętać, że jeśli wolontariusz wyrazi życzenie, aby zawrzeć z nim porozumienie na piśmie pomimo czasu współpracy krótszego niż 30 dni, to istnieje obowiązek podpisania takiego porozumienia. Podpisując porozumienie z wolontariuszem, należy pamiętać, że nie zawiera się z nim umowy o pracę. Porozumienie o współpracy jest umową cywilną i określa sposób oraz warunki jej realizacji. Powinno zawierać następujące elementy:

- zakres, sposób i czas wykonywania świadczeń
- wskazanie możliwości rozwiązania porozumienia
- jeżeli jest to niezbędne (wynika z innych przepisów lub specyfiki świadczeń), określenie konieczności wykonywania świadczeń osobiście.

**Wolontariusze angażowani w proces organizowania, a następnie funkcjonowania spółdzielni socjalnych (SSON) w gminach będą rekrutowani przez lokalne organizacje pozarządowe zrzeszone w Polskim Forum Osób Niepełnosprawnych (PFON).**

## 4. Zagadnienia związane z niepełnosprawnością

---

### 4.1. Kto to jest osoba niepełnosprawna

Istnieje wiele definicji osoby niepełnosprawnej. Różnice w podejściu do tego zagadnienia wynikają z mnogości kryteriów, na podstawie których osoby są kwalifikowane do tej grupy. Najważniejsze kryteria to:

- konsekwencje niepełnosprawności dla różnych sfer życia (społecznego czy zawodowego), np.:  
*Osoba niepełnosprawna to osoba o naruszonej sprawności funkcjonalnej lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie ról społecznych.*

(Światowa Organizacja Zdrowia – WHO)

*Osoba niepełnosprawna to taka osoba, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych*

(T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa 1995)

*Osoba niepełnosprawna – osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).*

(Główny Urząd Statystyczny)

*Osoba niepełnosprawna to taka osoba, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolność do wykonywania pracy zawodowej.*

(Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)

- rokowania odzyskania określonych sprawności, np.:  
*Osoba niepełnosprawna to osoba, której perspektywy uzyskania, powrotu, pozostania i awansowania w odpowiedniej pracy są w poważnym stopniu ograniczone w wyniku właściwie rozpoznanej fizycznej, sensorycznej, intelektualnej lub psychicznej niepełnosprawności.*

(Międzynarodowa Organizacja Pracy – Kodeks postępowania)

- zakres utraty określonych sprawności, np.:  
*Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu*

(Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym).

Należy podkreślić, że organizacje międzynarodowe działające na rzecz osób niepełnosprawnych szczególną uwagę poświęcają zagadnieniu równości praw wszystkich ludzi, niezależnie od ich problemów zdrowotnych. Przykładem jest definicja Europejskiego Forum Niepełnosprawności w Parlamencie Europejskim, określająca osobę niepełnosprawną jako: *jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyższać w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa.* W związku z tym warto także poddać pod rozwagę sugestię sformułowaną w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICIDH-2 *International Classification of Functioning, Disability and Health*) zachęcającą do stosowania terminu *osoba z niepełnosprawnościami* zamiast *osoba niepełnosprawna*, ponieważ ten drugi termin stygmatyzuje określoną grupę, wprowadzając podział na pełnosprawnych i niepełnosprawnych.

Grupa osób niepełnosprawnych nie jest jednolita. Różne są bowiem rodzaje niepełnosprawności (fizyczna, sensoryczna, intelektualna, psychiczna), czas nabycia niepełnosprawności (od urodzenia, dzieciństwo, wczesna młodość, wiek dojrzały), okres aktywności (czas nauki, czas pracy zawodowej) oraz konsekwencje dla funkcjonowania człowieka.

#### **4.1.1. Klasyfikacja niepełnosprawności**

Zbiorowość osób niepełnosprawnych dzieli się zazwyczaj na dwie grupy:

- osoby niepełnosprawne prawnie – posiadające odpowiednie aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony
- osoby niepełnosprawne biologicznie – nieposiadające orzeczenia, ale mające (odczuwające) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

#### **4.1.2. Stopnie niepełnosprawności**

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla osób w wieku 16 lat i więcej ustalono trzy stopnie niepełnosprawności. **Zmieniona definicja stopni niepełnosprawności jest zamieszczona w DzU z 2003 r., nr 7, poz. 79.**

Obecnie art. 4 wspomnianej ustawy ma następujące brzmienie:

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

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

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

#### **4.1.3. Rodzaje niepełnosprawności – symbole przyczyn niepełnosprawności**

Od 2003 r. obowiązują następujące kody niepełnosprawności, zgodne z europejską klasyfikacją rodzajów niepełnosprawności opracowaną według kryterium przyczyn niepełnosprawności:

**01-U** – upośledzenie umysłowe

**02-P** – choroby psychiczne

**03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

**04-O** – choroby narządu wzroku

**05-R** – upośledzenie narządu ruchu

**06-E** – epilepsja

**07-S** – choroby układu oddechowego i krążenia

**08-T** – choroby układu pokarmowego

**09-M** – choroby układu moczowo-płciowego

**10-N** – choroby neurologiczne

**11-I** – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego.

#### **Przeciwwskazania do pracy**

Wymienione wyżej kody niepełnosprawności decydują m.in. o następujących przeciwwskazaniach do pracy:

**01-U** – upośledzenie umysłowe

przeciwwskazania: praca w stałym stresie<sup>3</sup>  
prace szczególnie skomplikowane lub wymagające nauki<sup>4</sup>  
prace samodzielne

**02-P** – choroby psychiczne

przeciwwskazania: praca w stałym stresie

<sup>3</sup> Praca w stałym stresie – gdy procesy decyzyjne przekraczają 60% czasu pracy.

<sup>4</sup> Prace wymagające przygotowania zawodowego, określonych umiejętności.

**03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

przeciwwskazania: praca wymagająca posługiwania się tym narządem  
praca wymagająca bezpośredniego kontaktu z ludźmi  
praca w narażeniu na hałas<sup>5</sup>  
praca w narażeniu na drgania i wibracje<sup>5</sup>  
praca na wysokości (dotyczy osób z jednoczesnym uszkodzeniem błędnika)  
przy obsłudze maszyn będących w ruchu (dotyczy osób z jednoczesnym uszkodzeniem błędnika)  
nie ma przeciwwskazania do pracy w stałym stresie!

**04-O** – choroby narządu wzroku

przeciwwskazania: praca wymagająca oceny odległości  
praca wymagająca precyzji narządu wzroku  
prace na wysokości  
prace przy obsłudze maszyn będących w ruchu  
prace przy maszynach pod wysokim napięciem elektrycznym

**05-R** – upośledzenie narządu ruchu (zaburzenia naturalnej ruchomości człowieka, wynikające z dysfunkcji kończyn dolnych, górnych, kręgosłupa, mięśni i stawów)

przeciwwskazania: ciężka praca fizyczna  
praca wymagająca ciągłego chodzenia lub stania (w przypadku schorzeń kończyn dolnych)  
praca wymagająca pełnej sprawności manualnej (w przypadku schorzeń kończyn górnych)  
praca w pozycji wymuszonej

**6-E** – epilepsja

przeciwwskazania: praca przy obsłudze maszyn będących w ruchu  
praca na wysokości  
praca przy maszynach pod wysokim napięciem elektrycznym  
praca samodzielna w porze nocnej

**07-S** – choroby układu oddechowego i krążenia

przeciwwskazania:

- choroby układu krążenia
- ciężka praca fizyczna
- praca w stałym stresie
- choroby układu oddechowego
- praca związana z kontaktem z substancjami drażniącymi drogi oddechowe

**08-T** – choroby układu pokarmowego

przeciwwskazania: praca uniemożliwiająca regularne przyjmowanie leków i posiłków

**09-M** – choroby układu moczowo-płciowego

przeciwwskazania: praca w narażeniu na radykalne zmiany temperatury otoczenia  
praca w zimnie  
praca w warunkach, które mogą nasilić dolegliwości związane z chorobą

---

<sup>5</sup> Jeżeli przekroczone są dopuszczalne wartości graniczne.

**10-N** – choroby neurologiczne

przeciwwskazania: nie ma przeciwwskazań uniwersalnych; przeciwwskazania można określić w konkretnym przypadku na bardzo krótki okres

**11-I** – inne

przeciwwskazania: określa się indywidualnie dla konkretnej choroby i osoby, w zależności np. od formy leku (tabletki czy zastrzyk) lub narządu, którego schorzenie dotyczy.

## 4.2. Bariery utrudniające funkcjonowanie osób niepełnosprawnych

Liczba i rodzaj różnorodnych barier i przeszkód do pokonania, które napotyka na swojej drodze każdy człowiek, także osoba pełnosprawna, zależy w znacznej mierze od motywacji do ich pokonywania i skutecznego wykorzystywania wszystkich posiadanych zdolności i umiejętności. Rzeczywistość pokazuje, że pełnosprawni zapominają o ludziach z różnego typu niepełnosprawnościami i stąd wynika wiele problemów.

Podstawowym utrudnieniem dla osób z niepełnosprawnościami są **bariery architektoniczne**. Składają się na nie różnego typu utrudnienia występujące w budynkach: urzędach, szkołach, przychodniach zdrowia i innych miejscach użyteczności publicznej. Brak wind, podjazdów, odpowiednio szerokich przejść i korytarzy uniemożliwia dotarcie do wielu miejsc, gdzie toczy się życie. Bariery architektoniczne są szczególnie dotkliwe dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i dla osób niewidomych.

Istotnym problemem dla osób z wszelkiego rodzaju niepełnosprawnościami są też **bariery w komunikowaniu** się, czyli ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji, np. utrudniony dostęp do nowoczesnych urządzeń typu dyktafon, notatnik brajlowski, Internet, telefon. Bariery w komunikowaniu się mają wpływ na znaczne ograniczenie dostępu osób z niepełnosprawnościami do różnego typu informacji.

Kolejną barierą utrudniającą ludziom niepełnosprawnym podejmowanie różnych form aktywności jest **brak środków materialnych**. Podstawowym źródłem dochodów tej grupy osób są renty lub środki pochodzące z pomocy społecznej, niewystarczające do zapewnienia odpowiednich warunków życia. Ponadto niskie fundusze instytucjonalne nie pozwalają na pełną refundację zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. Trudna sytuacja finansowa osób niepełnosprawnych wynika przede wszystkim z **niskiego poziomu ich wykształcenia** oraz – najczęściej – **braku kwalifikacji zawodowych**. Taka sytuacja ogranicza dostęp do pracy oraz zdobycie niezależności finansowej.

Osoby niepełnosprawne szczególnie dotkliwe odczuwają **bariery społeczne**, które wynikają z charakterystycznej skłonności współczesnego społeczeństwa do wartościowania ludzi

wedle ich zdolności produkcyjnych i umiejętności wytwarzania dóbr materialnych. Dlatego osoby niepełnosprawne często traktuje się jako grupę ekonomicznie nieproduktywną, a jej obecność w społeczeństwie jak obciążenie. Zapomina się o tym, że ograniczenie możliwości prowadzenia aktywnego życia, także zawodowego, przez osoby niepełnosprawne to skutek dostosowania świata do możliwości i potrzeb ludzi zdrowych i sprawnych. Funkcjonujące stereotypy powodują, że ludzie z różnego rodzaju dysfunkcjami są postrzegani jako niezaradni życiowo, nastawieni do świata roszczeniowo, sprawiający kłopoty w codziennym komunikowaniu się i niezdolni do podjęcia pracy. Z tego względu niezwykle ważne jest krzewienie idei integracji osób z niepełnosprawnościami ze społeczeństwem, która wywodzi się z podstawowych praw człowieka i ma na celu umożliwienie ludziom niepełnosprawnym prowadzenia normalnego życia w warunkach, jakie stworzono dla innych członków społeczeństwa.

### 4.3. Etapy przystosowania do niepełnosprawności

Przechodzenie przez kolejne etapy przystosowywania się do niepełnosprawności jest problemem, przed jakim stają osoby, które utraciły pełną sprawność w pewnym okresie życia na skutek choroby lub wypadku. Reakcja na własną niepełnosprawność, sposoby radzenia sobie z nią oraz czas dochodzenia do stadium przystosowania do niepełnosprawności mają charakter indywidualny. Zależą bowiem od cech temperamentu i osobowości, relacji z otoczeniem i osobami najbliższymi, także od warunków ekonomicznych. Wolontariusz, z racji swoich obowiązków, rozpoczyna współpracę z osobą niepełnosprawną najczęściej w fazie jej przystosowania do niepełnosprawności, kiedy posiada już ona w znacznym stopniu umiejętność życia z własnym kalectwem. Jednak świadomość, jaką drogę musiała przejść osoba niepełnosprawna, aby osiągnąć etap gotowości do podjęcia aktywności zawodowej jest niezbędna wolontariuszowi do podjęcia współpracy efektywnej i satysfakcjonującej wszystkie strony.

Na model przystosowania się do niepełnosprawności składają się następujące etapy:

- **faza szoku** – jest wynikiem nagłego doznania niepełnosprawności i obejmuje okres od poznania diagnozy do momentu uświadomienia jej sobie. Zagrożone zostaje poczucie bezpieczeństwa, co jest wynikiem pobytu w szpitalu, procesu leczenia oraz rozłąki z rodziną. W tej fazie chory nie przyjmuje do wiadomości, że stało się coś nieodwracalnego, pojawia się zaprzeczanie chorobie i jej skutkom. Chory przeżywa wiele negatywnych emocji, takich jak gniew, irytacja, złość, rozpacz i żal. Emocjom negatywnym często towarzyszy ból fizyczny związany z urazami mechanicznymi. W tej fazie ulegają zmianie relacje społeczne. Kontakt emocjonalny z osobami bliskimi i z członkami rodziny opiera się na

współodczuwaniu tego, co się wydarzyło. Rodzina przyjmuje postawę opiekuńczą, często nadopiekuńczą.

- **faza oczekiwania poprawy stanu zdrowia** – w tym okresie fakt bycia chorym nie jest już odrzucany, ale chory usilnie trzyma się myśli, że „na pewno wyzdrowieje”, „wszystko wróci do normy”. Występuje koncentracja na sygnałach płynących z ciała, świadczących o poprawie stanu zdrowia i szukaniu nowych metod leczenia. Aktywność i energia są ukierunkowane na odzyskanie pełnego zdrowia.
- **faza lamentu** – jest to etap, kiedy chory zaczyna uświadamiać sobie, co się naprawdę stało. Porównuje swój stan poprzedni z aktualnym, analizuje straty. Następuje zmiana hierarchii wartości: to co przed wypadkiem nie miało znaczenia, teraz okazuje się bezcenne, np. możliwość samodzielnego poruszania się. Obserwuje się gwałtowne obniżenie poczucia własnej wartości na skutek bezpośredniego doświadczania wszystkich ograniczeń związanych z utratą zdrowia i określonych sprawności. Niepełnosprawni zaczynają dostrzegać w sytuacji zewnętrznej same ograniczenia i przeszkody. Swoją nową sytuację postrzegają jako beznadziejną. Odwracają się od ludzi, odczuwają wobec innych wrogość, zaczynają być bierni i apatyczni, często odczuwają agresję i mają myśli samobójcze.
- **faza obrony prawidłowej** – w tej fazie zmienia się perspektywa myślenia z tzw. „zablokowania czasu teraźniejszego” oraz „koncentracji na przeszłości” – typowych dla wcześniejszych etapów – na ukierunkowanie na teraźniejszość i bieżące problemy. Chory zaczyna podejmować małe kroki w celu radzenia sobie w nowej dla siebie i trudnej sytuacji. Stawia sobie cele i powoli je realizuje, aby zaspokoić podstawowe potrzeby związane z samodzielnością. Postępy osiągnane w tej fazie zależą w ogromnej mierze od postaw i motywacji osoby niepełnosprawnej, podbudowywanych przez wsparcie emocjonalne rodziny i bliskich. W tej fazie mogą pojawiać się pozytywne mechanizmy obronne, polegające na kompensowaniu dysfunkcji dążeniem do osiągnięcia sukcesów w dziedzinach nie dotkniętych ograniczeniami. Inny mechanizm typowy dla tej fazy to nadkompensacja, polegająca na dążeniu za wszelką cenę do zdobycia sukcesu w dziedzinie, w obszarze, gdzie niepełnosprawność jest największa i najbardziej dotkliwa. Przykładem nadkompensacji są dokonania akrobatyczne osób z niepełnosprawnością ruchową.
- **faza obrony neurotycznej** – polega na wyznaczaniu sobie celów nadmiarowych, których osiągnięcie na tym etapie radzenia sobie z niepełnosprawnością przekracza możliwości chorego. Działania mające doprowadzić do tych celów kończą się najczęściej porażką i człowiek niepełnosprawny boleśnie przekonuje się, że jeszcze niezupełnie jest przystosowany do swej niepełnosprawności. Faza obrony neurotycznej nie występuje w przypadku każdej osoby dotkniętej niepełnosprawnością. Jeśli jednak chory jej doświadczy, to cofa się zazwyczaj w osiąganiu przystosowania do faz wcześniejszych.

- **faza przystosowania** – wejście w etap przystosowania do niepełnosprawności następuje wtedy, kiedy człowiek postrzega niepełnosprawność jak każdą inną swoją cechę, np. kolor włosów, skóry, płeć, wiek itp., a świadomość bycia osobą niepełnosprawną nie wywołuje negatywnych emocji. Przystosowanie do niepełnosprawności oznacza umiejętność życia z nią. Zmienia się system wartości: te, które stały się nieosiągalne ze względu na niepełnosprawność, nie mają już tak istotnego znaczenia jak wówczas, gdy było się zdrowym. W tej fazie osoba niepełnosprawna opanowuje zastępcze mechanizmy działań, które prowadzą do osiągania większego poziomu samodzielności. Podjęcie pracy zawodowej na tym etapie samorozwoju osoby niepełnosprawnej pozwala na odbudowanie samooceny, obniżonej w początkowych fazach przystosowania do nowej sytuacji. Praca daje możliwość zaspokojenia potrzeby niezależności, także finansowej, oraz potrzeby kontaktów społecznych.

#### **4.4. Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie człowieka i jego ograniczenia**

Fakt bycia lub stania się osobą niepełnosprawną nie powinien przesądzać o ograniczeniu możliwości aktywnego uczestnictwa w życiu: rodzinnym, społecznym, zawodowym. Badania socjologiczne pokazują jednak, że istnieją znaczne różnice w ocenie jakości własnego życia przez osoby pełnosprawne i niepełnosprawne (niezależnie od rodzaju niepełnosprawności). Różnice te wynikają z różnorodnych trudności i przeszkód, z jakimi spotykają się na co dzień osoby niepełnosprawne. Problemy dotyczą czterech sfer: sfery osobowościowej, rodzinnej, społecznej i zajęciowej. Pokonywanie problemów polega na nauczeniu się życia z niepełnosprawnością i osiągnięciu samodzielności fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej.

## **5. Komunikacja z osobami niepełnosprawnymi**

---

Komunikowanie się z osobami niepełnosprawnymi może sprawiać trudności. Niektóre z nich wynikają z fizycznych ograniczeń będących skutkiem choroby, jak niedosłyszenie, niewyraźna mowa. To jest problem zarówno dla osoby niepełnosprawnej, niemogącej w pełni przekazać swoich emocji, myśli i przeżyć, jak i dla osoby sprawnej, która może mieć kłopot ze zrozu-

mieniem wypowiedzi osoby niepełnosprawnej. Inne problemy w komunikacji wynikają z odmiennych systemów wartości, jakie mają różni ludzie. Aby komunikacja i współpraca z osobą niepełnosprawną była skuteczna, ważne jest m.in. poznanie punktu widzenia osoby niepełnosprawnej na własną niepełnosprawność. Nie zawsze bowiem to co osobie sprawnej wydaje się trudne, jest rzeczywiście trudne dla osoby z określoną niepełnosprawnością.

Porozumiewanie się ludzi może mieć formę komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Komunikacja werbalna dotyczy treści, które przekazujemy za pomocą mowy dźwiękowej, czyli wypowiedzianych słów. Ogólna zasada mówi, że komunikat werbalny powinien być prosty, jasny i zwięzły, co ma szczególne znaczenie w przypadku osób niepełnosprawnych. Z tego powodu nie należy na przykład zadawać pytań niejednoznacznych, typu: *Czy chcesz teraz odpocząć, czy jeszcze popracować? Czy chcesz już iść, czy zaczekasz na mnie?*

W kontaktach z osobą niepełnosprawną należy też zwracać uwagę na spójność, czyli zgodność komunikatów przekazywanych różnymi kanałami, np. za pomocą wypowiedzi słownej i gestykulacji. Braku spójności może na przykład wystąpić w sytuacji, gdy proponuje się osobie niepełnosprawnej spotkanie z szefem, aby porozmawiać o wynikach jej pracy w pierwszym miesiącu zatrudnienia. Niepełnosprawny pracownik zgadza się i mówi: *no dobrze*. Równocześnie jednak pochrząkuje, kręci się na wózku inwalidzkim, pociera dłonie. Reakcje osoby niepełnosprawnej tworzą zatem obraz niespójny i można mieć wątpliwości, czy zrozumiała ona propozycję i świadomie zgodziła się na nią. Wtedy można spróbować wyjaśnić sytuację, stosując wzór wypowiedzi zwany „być może”, np. *być może wolisz odłożyć to spotkanie?; może sądzisz, że nie jest to teraz potrzebne?; może nie jesteś gotowy(a) na to spotkanie* itp. Gdy któraś z sugestii okazuje się trafna, wówczas następuje wyraźna reakcja, np. przytaknięcie i wyraźne odprężenie, uśmiech, zadowolenie.

Okazuje się jednak, że nieporównanie więcej informacji niż w słowie znajduje się w przekazach innego rodzaju: w tonie głosu, geście, mimice, w postawie ciała, które niejednokrotnie mówią więcej o stanie człowieka niż przekaz konwencjonalny. Stan, w jakim znajduje się rozmówca, można odczytać dzięki utrzymywaniu z nim kontaktu wzrokowego. Podtrzymywanie go świadczy o zainteresowaniu i o przychylnym nastawieniu. O stanie osoby świadczy też mimika twarzy, odzwierciedlająca zarówno temperament jak i bezpośrednie reakcje, pierwsze wrażenia wywoływane przez sytuację lub czyjąś wypowiedź, podobnie jak napięcie mięśni wskazujące na napięcie emocjonalne.

Dla skuteczności komunikacji niewerbalnej istotna jest tzw. synchronizacja, czyli dostrojenie się do drugiej osoby. Może ona polegać na dostosowaniu ubrania, sposobu i tempa mówienia, słownictwa, a nawet stylu gestykulacji do osoby, z którą się porozumiewamy.

Oto kilka ogólnych wskazówek ułatwiających komunikowanie się z osobami niepełnosprawnymi, sprawiających, że wzajemne porozumienie jest efektywniejsze i bardziej satysfakcjonujące.

W trakcie porozumiewania się z **osobami niepełnosprawnymi na wózku** zaleca się przyjmowanie pozycji umożliwiającej kontakt wzrokowy. W związku z tym nie powinno się prowadzić rozmowy stojąc i patrząc na rozmówcę z góry. Ponadto, wózek należy traktować jako przestrzeń osobistą osoby niepełnosprawnej. Nie należy zatem opierać się na nim w trakcie rozmowy, dotykać go ani popychać.

W kontaktach z osobami mającymi **problemy z poruszaniem się** oraz z **mówieniem** trzeba pozwolić na ustalenie własnego tempa działania. Warto też wziąć pod uwagę, że osoby z tego typu problemami muszą mieć więcej czasu na własną wypowiedź.

W komunikowaniu się z osobami **głuchymi i niedosłyszącymi** konieczne jest zapewnienie stałej widoczności twarzy osoby mówiącej, ponieważ podstawową, a często jedyną drogą odbioru języka jest kanał wzrokowy. W związku z tym zbyt duża odległość od osoby mówiącej, trzymanie dłoni przy twarzy w trakcie mówienia, a nawet broda lub wąsy mówiącego mogą zakłócić komunikację. Podczas rozmowy nie należy chodzić, odwracać się plecami. Istotne jest utrzymywanie stałego kontaktu wzrokowego, w przeciwnym bowiem razie, gdy mówiący skieruje wzrok w inne miejsce, wzrok osoby głuchej lub niedosłyszącej podąży w tym samym kierunku i tok rozmowy zostanie przerwany. Źródło światła (np. okno, słońce) nie powinno znajdować się za plecami mówiącego, ponieważ może oślepić i uniemożliwić odczytywanie mowy z ruchu ust. Należy unikać przesadnego artykułowania dźwięków, wskazane jest natomiast nieznaczne zwolnienie tempa wypowiedzi. Nie ma też potrzeby mówienia szczególnie głośno, ponieważ nie wpływa to na jakość przekazu. Osoby głuche często mają zniekształconą artykulację, dlatego należy wykazywać szczególną cierpliwość w trakcie słuchania ich wypowiedzi. Warto też pamiętać, że jeśli chce się zwrócić na siebie uwagę osoby z dysfunkcją narządu słuchu, można w tym celu dotknąć jej ramienia lub przedramienia. W żadnym wypadku nie należy dotykać głowy, dłoni, nóg ani żadnej części klatki piersiowej. Osoby głuche i niedosłyszące lepiej radzą sobie w sytuacji rozmowy „jeden na jednego” niż w dużej grupie, ponieważ mogą mieć problem z nadążaniem za tempem kolejnych wypowiedzi. Warto też upewnić się na początku rozmowy, że wybrany sposób komunikowania się jest odpowiedni.

W kontakcie z osobami **niewidomymi** lub **słabowidzącymi** ważne jest, aby sygnalizować swoją obecność (np. wejście do pomieszczenia) mówiąc: *dzień dobry* lub *już wróciłem(am)*. Podobnie, jeśli rozmówca zamierza się oddalić, powinien o tym poinformować osobę niepełnosprawną, ponieważ przykro jest uświadomić sobie, że przez jakiś czas mówiło się w próżnię. Jeśli prowadzi się osobę niewidomą, nie należy trzymać jej pod rękę ani popychać przed sobą. Lepiej pozwolić jej trzymać się za ramię tuż powyżej łokcia, gdyż taki sposób trzymania się daje poczucie bezpieczeństwa.

## 6. Problematyka niepełnosprawności w kontekście wykonywania pracy zawodowej

---

Zasadniczą przesłanką **rehabilitacji zawodowej**, czyli umożliwienia osobom niepełnosprawnym wykonywania pracy zawodowej, jest fakt, że żadna praca nie wymaga od człowieka, który ma ją wykonywać, pełnej sprawności. Do wykonywania niektórych prac konieczna jest duża sprawność fizyczna, inne wymagają wyjątkowej sprawności intelektualnej, a jeszcze inne specjalnych zdolności i umiejętności czy określonych cech osobowości.

Osoby niepełnosprawne na skutek uszkodzenia organizmu nie tracą w większości przypadków wszelkich sprawności. Przeciwnie, zachowują umiejętność wykonywania wielu czynności. Umiejętności te, po ich zidentyfikowaniu i wytrenowaniu, mogą stanowić podstawę do podjęcia szkolenia lub kształcenia, a następnie pracy zawodowej. Niepełnosprawni w wyniku odpowiednich działań usprawniających mogą uruchomić pewne mechanizmy kompensujące, polegające na zastąpieniu uszkodzonych lub zaburzonych funkcji (czynności) organizmu innymi, ponieważ organizm ludzki charakteryzuje się pewną dynamiką i zdolnością adaptacji do zaistniałych zmian. Osoby niepełnosprawne mogą więc nauczyć się celowego i efektywnego wykonywania różnych czynności, stosując nieco inną technikę niż osoby w pełni sprawne. Dotyczy to także czynności zawodowych, które przykładowo mogą być wykonywane jedną ręką zamiast dwiema. Ponadto w środowisku pracy można się orientować za pomocą bodźców słuchowych zamiast wzrokowych. Istnieją też możliwości **przystosowania (adaptacji)** stanowiska i miejsca pracy stosownie do potrzeb i możliwości osoby niepełnosprawnej. Wyjątek stanowią osoby o całkowitej niezdolności do pracy na skutek poważnego uszkodzenia i znacznego zmniejszenia sprawności organizmu.

Rozpatrując możliwości wykonywania pracy zawodowej przez osobę niepełnosprawną na konkretnym stanowisku, należy przede wszystkim określić przeciwwskazania zdrowotne (sprecyzowane w zaleceniach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej). Powinien to wykonać lekarz specjalista medycyny pracy. Następnie należy ocenić możliwości psychofizyczne niepełnosprawnego, jego kwalifikacje przez predyspozycje fizyczne i psychiczne. W ostatniej fazie analizuje się możliwości przystosowania stanowiska pracy do potrzeb przyszłego zatrudnionego, zgodnie z zasadami ergonomii i organizacji pracy.

### 6.1. Psychologiczna analiza pracy

Podczas wykonywania pracy, zarówno umysłowej jak i fizycznej, człowiek odbiera różne informacje (proces orientacji), które stanowią podstawę podejmowania takiej czy innej decyzji

(proces podejmowania decyzji). Ta decyzja z kolei jest podstawą do określonego działania (proces wykonawstwa). W toku pracy poszczególne rodzaje procesów przeplatają się, ale nie w każdej pracy występują w równym nasileniu i mają takie samo znaczenie. W pracy fizycznej czy produkcyjnej na pierwszy plan wysuwają się procesy orientacyjne, związane zwłaszcza z procesem wykonawstwa, a udział procesów decyzyjnych jest stosunkowo niewielki. Im praca jest bardziej mechaniczna i automatyczna, tym procesów decyzyjnych jest mniej i mają mniejsze znaczenie. Odwrotnie jest w pracach o charakterze umysłowym, zwłaszcza na stanowiskach kierowniczych. Wówczas przeważają procesy podejmowania decyzji i ich znaczenie jest duże, a udział wykonawstwa niewielki.

### **Proces orientacji**

Praca ludzka, jako działanie celowe, odbywa się w określonej przestrzeni i określonym czasie. Jeśli się weźmie pod uwagę przestrzeń, w jakiej odbywa się praca, rozmieszczenie w niej urządzeń i przedmiotów pracy oraz samo działanie (wykonywanie ruchów i czynności), w procesie orientacji można wyróżnić:

- orientację ogólną w miejscu pracy dotyczącą wielkości pomieszczenia oraz rozlokowania w nim urządzeń i przedmiotów
- orientację na stanowisku pracy dotyczącą wielkości stanowiska, rozmieszczenia narzędzi i materiałów, ich kształtu, wielkości, cech charakterystycznych i położenia, oraz zmian zachodzących podczas procesu pracy
- orientację w przebiegu samego wykonawstwa dotyczącą doboru właściwego materiału i narzędzi, skutków działania (wykonywania) czynności dla osiągnięcia przewidywanego efektu, kontroli wykonywania zadania i zamierzonego celu.

Informacje tego rodzaju uzyskuje pracownik dzięki bodźcom-sygnałom odbieranym za pośrednictwem poszczególnych zmysłów, zwłaszcza wzroku, słuchu, dotyku i ruchu (zmysłu kinestetycznego). Nasilenie odbieranych informacji jest różne w zależności od rodzaju pracy – czasem przeważają informacje wzrokowe, innym razem słuchowe, dotykowe lub kinestetyczne.

Można więc powiedzieć, że w procesach orientacji przeważają czynności sensoryczne, czyli czynności narządów zmysłów.

### **Proces podejmowania decyzji**

W zasadzie decyzje są podejmowane podczas wykonywania każdej pracy, ale im bardziej złożona jest praca i dotyczy wykonywania bardziej odpowiedzialnych zadań, tym większe znaczenie ma podejmowanie decyzji. Mogą się one wiązać z przebiegiem całego procesu, jego organizacji, zastosowania materiałów i narzędzi, metod (sposobów) wykonywania zadania itp. Często konieczność podejmowania decyzji pojawia się nagle, niespodziewanie. Wówczas decydujące znaczenie dla niedopuszczenia do niepożądanego stanu ma czynnik czasu. Właściwa

decyzja zależy nie tylko od informacji płynących ze stanowiska i miejsca pracy, lecz również od informacji, jakie pracownik zdobył w czasie kształcenia zawodowego, a więc od jego kwalifikacji. Decyzje mogą być poprawne, błędne lub może ich nie być w sytuacjach, kiedy należało je podjąć. Dzieje się tak z powodu braku informacji lub posiadania informacji niepełnych bądź błędnych, lecz również na skutek braku potrzebnych sprawności intelektualnych. Podejmowanie decyzji jest bowiem procesem umysłowym. Zwłaszcza do podjęcia decyzji trudnych i złożonych wymagana jest duża sprawność intelektualna.

### **Proces działania – wykonawstwo**

Kolejny rodzaj procesów występujących w pracy to działania oparte na orientacji i podejmowaniu decyzji. W pracy fizycznej (produkcyjnej) do działania wykorzystywane są zdolności motoryczne organizmu, czyli narząd ruchu. Wykonawstwo jest procesem złożonym, składającym się z różnych ruchów tworzących czynności, które z kolei wchodzi w skład zabiegów i operacji. Reakcje ruchowe powstają w wyniku odbioru określonych informacji lub bodźców przez centralny układ nerwowy. W wypadku ruchów roboczych na stanowisku pracy najistotniejsze są informacje odbierane wzrokowo, zwłaszcza przy ruchach docelowych. Ale również zmysł kinestetyczny informuje wykonującego ruchy np. o przemieszczaniu się poszczególnych elementów narządu ruchu. Zatem procesy działania, wykonywania podjętych decyzji, wymagają nie tylko sprawności motorycznej na normalnym poziomie, lecz również udziału innych zmysłów, a zwłaszcza wzroku, który ma szczególny udział podczas wykonywania czynności, spełnia bowiem dodatkowo funkcję orientacyjną, kierującą i kontrolną.

## **6.2. Zdolność do pracy różnych grup osób niepełnosprawnych**

### **6.2.1. Osoby z uszkodzeniem narządu ruchu**

#### **Narząd ruchu i jego uszkodzenia**

Anatomiczny układ narządu ruchu obejmuje struktury kostne i mięśniowe kręgosłupa oraz kończyn i charakteryzuje się wysokim stopniem integracji z innymi ważnymi dla życia układami. Należy go traktować jak złożony zespół elementów podporczych i ruchowych, sterowany, koordynowany i kontrolowany przez ośrodkowy układ nerwowy, a zależny energetycznie od wydolności układu krążeniowo-oddechowego. Reakcje ruchowe następują w wyniku pobudzenia mięśni określonym bodźcem płynącym z ośrodkowego układu nerwowego. Wysyłanie bodźca wywołującego ruch następuje z reguły pod wpływem sygnałów – informacji odbieranych z otoczenia. Człowiek, za pomocą narządu ruchu, wykonuje w zasadzie dwa rodzaje ruchów:

- manipulacyjne – za pomocą kończyn górnych
- lokomocyjne – za pomocą kończyn dolnych.

**Ruchy manipulacyjne** mogą być wykonywane za pomocą: tylko palców, palców i ręki, przedramienia, ramienia (całej kończyny górnej) i ramienia wspomaganego ruchem tułowia. Różnią się one od siebie zasięgiem przestrzennym (wielkością) i kierunkiem. Inne możliwości dają ruchy wykonywane tylko palcami, a inne całą kończyną. Wykonywane ruchy łączą się w zespoły ruchów, tworząc czynności, czyli ruchy o różnym zasięgu, kierunku i tempie wykonywania, w zależności od tego, czy są to czynności życia codziennego, czynności robocze, czy czynności występujące w innych sferach życia człowieka.

**Ruchy lokomocyjne**, wykonywane przede wszystkim za pomocą kończyn dolnych, stanowią bardzo złożone zespoły ruchów mających na celu przemieszczanie całego organizmu, to znaczy: chodzenie, bieganie, siadanie, wstawanie itp. Możliwość poruszania się w przestrzeni jest potrzebna człowiekowi praktycznie stale, z wyjątkiem chwil biernego wypoczynku.

Czynności składające się z ruchów manipulacyjnych i lokomocyjnych są nazywane czynnościami motorycznymi – ruchowymi. Niesprawności narządu ruchu będące wynikiem uszkodzenia lub choroby jednego lub wielu elementów tego układu są więc **niesprawnościami motorycznymi**.

Niezależnie od przyczyn, które spowodowały dysfunkcję, ze względu na podobieństwo skutków w grupie niesprawności narządu ruchu można wyodrębnić:

- porażenia – całkowity brak ruchów czynnych
- niedowłady – częściowe upośledzenie siły mięśniowej
- dysfunkcje stawów
- deformacje
- braki kończyn lub ich części.

Niesprawności mogą obejmować cały narząd, np. w tetraplegii, czyli porażeniu czterokończynowym, lub tylko niektóre jego fragmenty, np. palce dłoni, staw kolanowy, biodrowy czy barkowy.

Tak więc osoby z uszkodzeniem narządu ruchu nie stanowią jednolitej grupy pod względem rodzaju i zakresu uszkodzenia, a zatem i pod względem sprawności motorycznych. Są wśród nich osoby, u których zmniejszenie tych sprawności jest niewielkie, u innych jest ono znaczne i niezbędny jest sprzęt ortopedyczny (np. w wypadku niedowładów czy porażenia spastycznego lub głębokiej amputacji z wyluszczeniem w stawie biodrowym). Osoby te, zwłaszcza przy przemieszczaniu się, wydają znacznie więcej energii niż osoby sprawne.

Niesprawności narządu ruchu w postaci niedowładów czy porażań mogą być spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i wówczas mogą im towarzyszyć również zaburzenia psychiczne i psychoruchowe, a nawet zmniejszona sprawność umysłowa (intelektu-

alna). Tego rodzaju niepełnosprawność złożona dotyczy jednak minimalnego procentu populacji niepełnosprawnych i jest bardzo trudna do rehabilitacji zawodowej.

### **Zdolność do pracy osób z dysfunkcją narządu ruchu**

Istnieje ścisła współzależność między rodzajem niepełnosprawności i wynikającymi z niej ograniczeniami fizycznymi a możliwością wykonywania określonych czynności. Wyodrębniono następujące grupy osób trwale lub okresowo niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu:

- z dysfunkcją kończyn górnych
- z dysfunkcją kończyn dolnych:
  - poruszające się na wózku inwalidzkim
  - nieużywające wózka inwalidzkiego, ale posługujące się stale lub okresowo sprzętem ortopedycznym (kule, laski, stabilizatory, protezy)
- z dysfunkcją w obrębie kręgosłupa, pasa biodrowego.

Jak wynika z przedstawionego wcześniej podziału na trzy podstawowe rodzaje procesów występujących w przebiegu pracy, osoby z dysfunkcją narządu ruchu (z wyjątkiem niepełnosprawności złożonej) nie mają większych trudności i ograniczeń w realizacji procesów orientacji i podejmowania decyzji. System zmysłów funkcjonuje u nich na normalnym poziomie, podobnie rozwój umysłowy osiąga normę. Najważniejszym problemem dla tych osób jest trzeci rodzaj procesów, tj. działanie – wykonywanie różnych ruchów i czynności występujących w pracy zawodowej, a zwłaszcza pracy fizycznej.

### **Zdolność do pracy osób z dysfunkcją kończyn górnych**

Ruchy robocze bazują na naturalnych ruchach organizmu i mogą przyjmować różne formy. Są to na przykład ruchy sięgające, chwytające, przenoszące, skrętne, rozłączające czy ruch statyczny, który w zasadzie jest bezruchem i polega na utrzymywaniu ciała lub jego części w określonym położeniu przez określony czas. Ruchy robocze mogą więc być bardzo różnorodne i złożone, zarówno pod względem wielkości (zasięgu), kierunku, jak i siły potrzebnej do ich wykonania. Składają się one na czynności, zabiegi i operacje występujące w trakcie wykonywania różnych prac i zawodów. Do ich realizacji potrzebna jest często znaczna sprawność motoryczna, a więc dokładne, płynne, precyzyjne i szybkie wykonywanie ruchów jedną ręką lub obiema, co wiąże się z koniecznością ich koordynacji. Tak więc ograniczenia zawodowe osób niepełnosprawnych z dysfunkcją kończyn górnych zależą przede wszystkim od zakresu i stopnia ich uszkodzenia. Najtrudniej jest w wypadku uszkodzenia obu kończyn górnych, gdy czynności manualne są całkowicie zniesione. Taki stan negatywnie wpływa na uczestnictwo osób niepełnosprawnych w procesie wykonawstwa. W wypadku niesprawności tylko jednej kończyny górnej, np. na skutek amputacji, porażenia, niedowładu czy deformacji, pojawiają się – w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności – zróżnicowane ograniczenia i trudności

w wykonywaniu ruchów roboczych i czynności występujących w różnych zawodach. W wypadku braku palców, a zwłaszcza kciuka, zostają zniesione całkowicie lub częściowo ruchy chwytne. Amputacja całej ręki, przedramienia lub ramienia powoduje całkowite lub częściowe zniesienie ruchów kończyny górnej. Jednak, w zależności od wielkości amputacji, istnieje możliwość zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w odpowiednią protezę z różnego rodzaju końcówkami funkcjonalnymi, które mogą wręcz umożliwić lub ułatwić wykonywanie niektórych czynności roboczych. Niedowład lub porażenie kończyny stanowi problem trudniejszy, gdyż wykonywanie ruchów roboczych tą kończyną jest praktycznie niemożliwe lub bardzo ograniczone. Deformacje kończyn mogą także w różnym stopniu (zależnym od ich rodzaju i wielkości) ograniczać wykonywanie ruchów roboczych. Ponadto do wykonywania niektórych czynności niezbędne jest także przemieszczanie się (chodzenie, stanie, pochylanie się), a to z kolei wymaga sprawności lokomocyjnej. Dlatego właśnie **największe możliwości zatrudnienia osób z dysfunkcją kończyn górnych wiążą się z wykonywaniem pracy o charakterze umysłowym**, np. pracownika administracji, ekonomisty, prawnika, informatyka itp. Jednak warunkiem podjęcia pracy w tych zawodach są odpowiednie kwalifikacje i przystosowanie stanowiska pracy, np. umożliwienie takim osobom posługiwania się komputerem. Natomiast rodzaj pracy fizycznej musi być bardzo starannie dobrany pod kątem możliwości wykonywania jej przez daną osobę oraz możliwości odpowiedniej adaptacji stanowiska pracy. Osoby niepełnosprawne w wyniku działań usprawniających i szkolenia są w stanie uruchomić pewne mechanizmy kompensacyjne i nauczyć się efektywnie wykonywać różne czynności z zastosowaniem własnych technik, innych niż te, które stosują osoby sprawne, z wykorzystaniem sprawności własnego organizmu, a także odpowiedniego oprzyrządowania stanowiska pracy.

### **Zdolność do pracy osób z dysfunkcją kończyn dolnych**

Osoby z dysfunkcją kończyn dolnych mają dużo większe możliwości pracy w grupie zawodów produkcyjnych niż osoby z dysfunkcją kończyn górnych. Jeśli mają sprawne kończyny górne, to mogą wykonywać w zasadzie wszystkie czynności manipulacyjne, tradycyjnie wykonywane w pozycji siedzącej, ale niewymagające częstego przemieszczania się, przenoszenia przedmiotów lub wykonywania czynności w pozycji stojącej. Dysfunkcja, czyli „zaburzenie sprawności” kończyn dolnych człowieka, ogranicza, utrudnia, a nawet uniemożliwia mu samodzielne przemieszczanie się. Może to mieć istotny wpływ na wykonywanie wielu czynności życiowych i zawodowych. Większość osób z dysfunkcją kończyn dolnych posługuje się pomocami technicznymi w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego, takimi jak: laski, kule, aparaty stabilizujące, protezy, balkoniki do chodzenia czy wózki inwalidzkie. Dlatego też warunkiem zatrudnienia tych osób w zakładzie pracy jest odpowiednie przystosowanie zarówno miejsca pracy jak i samego stanowiska pracy. Należy również pamiętać, że osoby z trudnościami lokomocyjnymi zużywają więcej energii przy poruszaniu się niż osoby sprawne, co powoduje stany nadmierne-

go przeciążenia i częstego przemęczenia. Szczególnego podkreślenia wymaga więc właściwy dobór pracy pod kątem wydatku energetycznego – osoby z niesprawnością kończyn dolnych nie mogą wykonywać tzw. prac ciężkich wymagających dużego wysiłku fizycznego. Stopień tolerancji na wysiłek fizyczny u tych osób jest z reguły niewielki.

Do grupy osób z dysfunkcją narządu ruchu należy zaliczyć również osoby karłowate, które mają pewne trudności ruchowe wynikające z niskiego wzrostu oraz nieco innych proporcji kończyn górnych i dolnych. Dla tych osób należy indywidualnie przystosować gabaryty poszczególnych elementów stanowiska pracy.

## **6.2.2. Osoby z uszkodzeniem narządu wzroku**

### **Czynności i uszkodzenia narządu wzroku**

Narząd wzroku ma bardzo złożoną i delikatną strukturę (budowę anatomiczną), dlatego łatwo ulega uszkodzeniu. Składa się z gałek ocznych o bardzo złożonej budowie, wraz z mięśniami umożliwiającymi ich ruch, i nerwów wzrokowych łączących gałki oczne z odpowiednią partią komórek nerwowych w płacie potylicznym kory mózgowej, zwaną ośrodkiem wzrokowym. Zakończenia nerwowe znajdujące się w siatkówce na dnie oka stanowią receptory wzrokowe, tzw. czopki i pręciki. Są to komórki światłoczułe, reagujące na bodźce wzrokowe, którymi są fale elektromagnetyczne, czyli światło.

W funkcjonowaniu narządu wzroku można wyodrębnić aspekt fizjologiczny, czyli widzenie, i aspekt psychologiczny, czyli percepcję wzrokową, na które składają się:

- czynności motoryczne(ruchowe) gałek ocznych
- czynności optyczne to znaczy sterowanie promieni światła poprzez aparat optyczny na tzw. plamkę żółtą
- czynności wzrokowe, których zadaniem jest reagowanie na bodźce świetlne oraz przekazywanie pobudzeń nerwowych poprzez nerwy wzrokowe do ośrodka wzrokowego, gdzie powstają obrazy oglądanych przedmiotów czy zjawisk
- czynności percepcyjne, stanowiące element psychologiczny narządu wzroku, których zadaniem jest analiza, synteza i interpretacja obrazów przekazywanych od receptorów wzrokowych (siatkówki) poprzez nerwy wzrokowe do ośrodka wzrokowego w korze mózgowej.

Każdy rodzaj czynności narządu wzroku może ulec uszkodzeniu na skutek zadziałania negatywnych czynników wewnętrznych (genetycznych, wrodzonych, chorobowych) lub zewnętrznych (urazów) zwanych przyczynami uszkodzenia wzroku. Uszkodzenie wzroku jest to stan nieprawidłowości lub wada jego struktury anatomicznej i/lub czynności w stosunku do stanu normalnego. Uszkodzenie może mieć różny zakres i stopień, tzn. może dotyczyć niektórych lub wszystkich czynności narządu wzroku, w różnym stopniu. Każde uszkodzenie powodu-

je zmniejszenie sprawności jego funkcjonowania, a w sytuacji ekstremalnej całkowite zniesienie czynności wzrokowych, czyli całkowitą ślepotę.

Ze względu na możliwość wykonywania pracy przyjęto następujące definicje funkcjonalne oparte na praktycznych kryteriach wykorzystania narządu wzroku:

- **osoby niewidome** to osoby, które w pracy zawodowej wykorzystują głównie pozostałe zmysły, a więc są to osoby całkowicie niewidome lub te, u których zachowana sprawność wzroku jest zbyt mała do wypełniania funkcji orientacyjnej na stanowisku i w miejscu pracy oraz funkcji kierującej i kontrolującej w trakcie wykonywania pracy. Są to osoby zawodowo niewidome
- **osoby słabowidzące** to osoby, które pomimo znacznego uszkodzenia czynności wzrokowych wykorzystują je do orientacji, kierowania i kontrolowania przebiegu pracy.

Przy takim funkcjonalnym podejściu o zakwalifikowaniu kogoś do grupy osób niewidomych, z punktu widzenia zawodowego, decyduje raczej rodzaj wykonywanej pracy niż stopień uszkodzenia wzroku. Często stosunkowo niewielka sprawność wzroku wystarcza, aby wypełniał on swoje funkcje w przebiegu procesu pracy, zwłaszcza w połączeniu ze sprawnością manualną i intelektualną danej osoby oraz odpowiednim oprzyrządowaniem stanowiska pracy.

## **Zdolność do pracy osób z dysfunkcją narządu wzroku**

### ***Zdolność do pracy osób niewidomych***

W przebiegu pracy, o czym już była mowa, wyróżniane są trzy rodzaje procesów: orientacji, podejmowania decyzji i działania. Osoby niewidome w trakcie wykonywania pracy są pozbawione wszelkich informacji płynących kanałem wzrokowym, które umożliwiłyby im pełną orientację na stanowisku pracy i w miejscu pracy. Tu właśnie leży przyczyna ograniczenia możliwości wykonywania wielu zawodów przez osoby dotknięte ślepotą. Dlatego w procesie orientacji pojawia się konieczność wykorzystania możliwości kompensacyjnych (zastępczych) zmysłów oraz dostosowanie całego procesu pracy do możliwości poznawczych osób niewidomych. Dotyczy to zwłaszcza sygnałów postrzeganych za pomocą zmysłów dotyku, słuchu i węchu, które w wypadku pracowników widzących schodzą na plan dalszy, dla niewidomych zaś mogą zawierać cenne informacje. Zmysł wzroku ma tę zaletę, że pozwala na stałą i całkowitą orientację na stanowisku i w miejscu pracy, a inne zmysły cechy tej nie mają. Dlatego pracownicy niewidomi mogą mieć pewne trudności w podejmowaniu decyzji koniecznych w procesie pracy. Kolejny element pracy – działanie – oparty na orientacji i podjętej decyzji, angażuje aparat motoryczny wykonujący ruchy robocze. U ludzi niewidomych, u których mechanizm koordynacji wzrokowo-ruchowej został zniesiony, ruchy te można podzielić na dwie kategorie:

- ruchy robocze, dla których podstawę stanowią ruchy palców, ręki (palców i dłoni) oraz przedramienia, a ich wykonywanie nie sprawia osobom niewidomym większych trudności, ponieważ mechanizm tych ruchów jest zdeterminowany strukturą narządu ru-

chu oraz opiera się na sygnałach (bodźcach) dotykowych i kinestetycznych. Obejmują one przede wszystkim wszelkiego rodzaju ruchy związane z chwytaniem przedmiotów i ruchy przemieszczania o stosunkowo niewielkim zasięgu oraz ruchy manipulacyjne palcami i dłońią

- ruchy wykonywane za pomocą całej kończyny górnej, a nawet z równoczesnymi ruchami tułowia, a także ruchy za pomocą kończyn dolnych, związane z przemieszczaniem całego organizmu. Są to ruchy, które wymagają poza orientacją wzrokową również funkcji kierunkującej i kontrolującej wzroku, a więc ścisłego współdziałania zmysłu wzroku i zmysłu kinestetycznego. Stanowią one podstawę zdecydowanej większości ruchów roboczych, co jest przyczyną znacznych ograniczeń zawodowych.

Tak więc osoby niewidome mogą wykonywać:

- prace o charakterze fizycznym, np. montażowe, wymagające precyzji ruchów bez konieczności posługiwania się wzrokiem (montaż elementów metalowych elektronicznych czy z tworzyw sztucznych), konfekcjonowanie, obsługę maszyn dziewiarskich itp.
- prace o charakterze umysłowym, wymagające przede wszystkim sprawności intelektualnej, jak tłumacz, informatyk czy pracownik naukowy, przy odpowiednim oprzyrządowaniu stanowiska pracy. Szybki postęp w dziedzinie elektroniki, a zwłaszcza komputerów osobistych, bardzo zwiększył możliwości pracy dla osób niewidomych.

### ***Zdolność do pracy osób słabowidzących***

Osoby słabowidzące mają podobne problemy w procesie wykonywania pracy jak osoby niewidome. Różnice zależą od stopnia i jakości niedowidzenia. Niedowidzący mogą wykonywać wszystkie prace dostępne dla niewidomych, a także wiele prac dostępnych dla osób normalnie widzących, z uwzględnieniem odpowiedniego przystosowania stanowiska i warunków pracy. Przy organizowaniu pracy dla osób niedowidzących należy pamiętać, że:

- pracownicy słabowidzący powinni pracować razem z pracownikami normalnie widzącymi, którzy mogą im przyjść z pomocą, np. w razie awarii
- osoby słabowidzące powinny wykonywać prace, w których mogłyby wykorzystać zachowaną zdolność widzenia, ale niewpływające na pogorszenie ich stopnia widzenia
- na stanowisku pracy osoby słabowidzącej przepisy BHP powinny być szczególnie dokładnie przestrzegane, a nawet zastrzone, ze względu na większe prawdopodobieństwo wypadków i możliwość uszkodzenia innych narządów zmysłów.

### **6.2.3. Osoby z uszkodzeniem narządu słuchu**

Narząd słuchu, podobnie jak narząd wzroku, ma bardzo złożoną budowę, ale jego działanie jest nieco prostsze. Słyszenie polega na odbiorze bodźców akustycznych (słuchowych) znajdujących się w otaczającej rzeczywistości oraz przekazaniu ich do odpowiedniej partii ko-

mórek nerwowych w płacie skroniowym kory mózgowej, zwanym ośrodkiem słuchowym, gdzie powstają wrażenia i spostrzeżenia słuchowe. Bodźce akustyczne, zwane dźwiękami, są tworzone przez fale powietrza wywołane przez przedmioty drgające. Receptory słuchowe znajdujące się w wewnętrznej części ucha reagują na bodźce, w wyniku czego powstają słabe impulsy elektryczne przenoszone do ośrodka słuchowego poprzez nerwy słuchowe. Ucho jest elementem odbiorczym narządu słuchu i składa się z trzech części: ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Najważniejsze jest ucho wewnętrzne, gdzie znajdują się receptory słuchowe, z których poprzez nerwy słuchowe pobudzenie zostaje przekazane do ośrodka słuchowego. Tam, na skutek procesów analizy, syntezy i interpretacji, powstają wrażenia i spostrzeżenia słuchowe. W uchu wewnętrznym znajdują się też receptory zmysłu równowagi, który współdziała ze zmysłem kinestetycznym (ruchu).

Znaczenie narządu słuchu w życiu człowieka jest bardzo duże. Otaczające środowisko jest pełne różnorodnych dźwięków o różnej sile (głośności), wysokości, barwie i rytmie. Najbardziej charakterystyczną cechą środowiska akustycznego jest to, że występujące w nim dźwięki podlegają permanentnym zmianom pod względem poziomu, siły czy barwy. Te różnice stanowią dla człowieka źródło informacji o znajdujących się w otoczeniu przedmiotach, osobach oraz o zachodzących w nim zjawiskach. Słuch informuje człowieka, że coś się dzieje poza polem percepcji wzrokowej, wzrok zaś dopiero bodźce te identyfikuje, spełnia więc rolę polegającą na kontrolowaniu otoczenia i ostrzeganiu przed ewentualnymi niebezpiecznymi zjawiskami, co jest istotne dla poczucia bezpieczeństwa. Ponadto, a w zasadzie przede wszystkim, słuch ma szczególne znaczenie w odbiorze mowy dźwiękowej, która jest istotnym elementem porozumiewania się ludzi. W zależności od stopnia uszkodzenia narządu słuchu rozróżnia się głuchotę i niedosłuch:

- **głuchotę** definiuje się jako całkowite zniesienie czynności narządu słuchu (słyszenia) lub głębokie ich uszkodzenie, które pomimo korekcji za pomocą aparatów wzmacniających dźwięki (słuchowych), utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia orientację w otoczeniu i porozumiewanie się z osobami słyszającymi
- **niedosłuch** definiuje się jako uszkodzenie słuchu, które można skorygować za pomocą aparatu (słuchowego) wzmacniającego, niepowodujące większych trudności i ograniczeń w orientacji w otoczeniu i porozumiewaniu się z osobami słyszającymi. Osoby z niedosłuchem to osoby z lekkim i umiarkowanym uszkodzeniem słuchu.

### **Zdolność do pracy osób głuchych**

Jak wcześniej wyjaśniono, z punktu widzenia pracownika w przebiegu pracy występują wzajemnie warunkujące się trzy procesy, a mianowicie: proces orientacji, proces podejmowania decyzji i proces działania.

Osoby głuche mają pewne trudności i ograniczenia występujące w dwóch pierwszych procesach. W procesie orientacji niewątpliwie dominującą rolę odgrywa narząd wzroku, jednak zmysł słuchu ma w nim również swój udział. W środowisku pracy, w przebiegu różnych czynności i operacji, podczas pracy maszyn występuje wiele dźwięków, które są nośnikami określonych informacji, ważnych dla przebiegu całego procesu pracy. Można je podzielić na sygnały dźwiękowe pochodzące od przedmiotów, czynności, narzędzi, maszyn oraz sygnały dźwiękowe pochodzące od ludzi, a więc współpracowników, czyli mowa dźwiękowa, dzięki której przekazywane są określone informacje, instrukcje, polecenia, ostrzeżenia itp. Oczywiście dla pracownika głuchego te wszystkie sygnały dźwiękowe są niedostępne, nie ma więc on pełnej orientacji na stanowisku pracy i w środowisku pracy. Brak lub niepełność informacji może powodować niepodjęcie decyzji lub podjęcie niewłaściwej decyzji.

Z trzecim rodzajem procesów pracy, czyli działaniem, osoby głuche nie mają większych trudności i ograniczeń, ponieważ wykonawstwo opiera się na narzędzie ruchu, który w przypadku głuchoty jest sprawny. Wyjątek mogą stanowić osoby z zaburzeniem zmysłu równowagi, u których mogą również wystąpić zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Przy doborze pracy dla osób głuchych należy się kierować określonymi zasadami. Powinna to być praca:

- niezwiązana z występowaniem zbyt wielu istotnych sygnałów dźwiękowych – ważnych w przebiegu jej wykonywania
- niestanowiąca zagrożenia dla pozostałych zmysłów, zwłaszcza wzroku oraz ewentualnych resztek słuchu (jak np. praca w hałasie)
- dobrze zorganizowana z punktu widzenia potrzeb i możliwości osoby głuchej, a więc z uwzględnieniem zastąpienia sygnałów dźwiękowych sygnałami wzrokowymi lub dotykowymi
- dostosowana do możliwości fizycznych i intelektualnych osoby głuchej.

Szybki postęp w dziedzinie elektroniki, a zwłaszcza komputerów osobistych i telekomunikacji, bardzo zwiększył możliwości pracy dla osób z uszkodzeniem narządu słuchu.

### **Zdolność do pracy osób słabosłyszących**

Sytuacja zawodowa osób słabosłyszących jest o wiele korzystniejsza niż osób głuchych, ponieważ po zastosowaniu odpowiedniego aparatu słuchowego mogą one osiągnąć poziom czynności słuchowych (słyszenia) zbliżony do normalnego. Mogą także opanować mowę na zadowalającym poziomie. Dlatego nie mają większych trudności i ograniczeń w procesach orientacji, podejmowania decyzji i wykonawstwa. A zatem możliwości zawodowe osób słabosłyszących są nieograniczone, zależą oczywiście od zdolności intelektualnych, postawy i realnej akceptacji niepełnosprawności słuchowej oraz wysiłków podejmowanych w kierunku doskonalenia umiejętności komunikowania się z otoczeniem.

#### 6.2.4. Osoby z uszkodzeniem narządów wewnętrznych

Organizm ludzki składa się również z wielu narządów określanych jako narządy wewnętrzne. Należą do nich przede wszystkim: układ krążenia, układ oddechowy, układ trawienny. Mają one bardzo złożoną budowę, składają się z wielu narządów współdziałających i spełniających wiele istotnych dla organizmu czynności. Zaopatrują go w składniki niezbędne do rozwoju i utrzymania przy życiu oraz energię potrzebną do funkcjonowania i działania.

Narządy wewnętrzne również mogą ulec uszkodzeniu, co pociąga za sobą zmniejszenie ich sprawności. W każdym kraju istnieje znaczny procent osób oficjalnie uznanych za niepełnosprawne z powodu uszkodzenia narządów wewnętrznych, choć ich niepełnosprawności nie widać na zewnątrz. Jak wynika z danych statystycznych ZUS, blisko 40% rent inwalidzkich przyznaje się corocznie z powodu chorób układu krążenia. Podobnie choroby układu oddechowego zalicza się do najpoważniejszych problemów medyczno-społecznych w rozwiniętych społeczeństwach. Osoby z uszkodzeniem narządów wewnętrznych stanowią więc dość liczną grupę i nie zawsze dostrzega się ich problemy zawodowe. Na ogół traktuje się je jak osoby pełnosprawne, w odróżnieniu od osób z widocznymi uszkodzeniami organizmu.

Wśród osób z uszkodzonymi narządami wewnętrznymi można wyróżnić dwie grupy:

- **osoby z trwałym uszkodzeniem anatomicznej struktury narządów wewnętrznych**, jak: wrodzone wady serca, usunięcie jednego płuca, resekcja (częściowe usunięcie) żołądka, uszkodzenie mięśnia sercowego po zawale itp.
- **osoby z chorobami przewlekłymi**, czyli chorobami o długotrwałym przebiegu, bez perspektywy na szybkie i pomyślne wyleczenie. Takie choroby objawiają się długotrwałymi zaburzeniami funkcjonowania organizmu, z przemiennymi okresami pogorszenia stanu zdrowia. Są to: astma, choroba nadciśnieniowa, choroba wrzodowa itp. Wiele z nich ma charakter chorób zawodowych, czyli spowodowanych rodzajem wykonywanej pracy (zawodem) lub warunkami, w jakich jest ona wykonywana, np. pylica węglowa u górników czy zylaki i płaskostopie u osób wykonujących pracę w pozycji stojącej.

Wspólną cechą uszkodzeń i chorób przewlekłych jest zmniejszenie sprawności funkcjonowania całego organizmu.

#### Zdolność do pracy osób z uszkodzeniem narządów wewnętrznych

Zmniejszona sprawność funkcjonowania narządów wewnętrznych ma zasadniczy wpływ na wydolność fizyczną wysiłkową organizmu, która jest biologiczną właściwością organizmu charakteryzującą jego zdolność do długotrwałej lub ciężkiej pracy fizycznej bez objawów zmęczenia oraz do szybkiego powrotu do stanu równowagi w razie zmęczenia. W pojęciu wydolności fizycznej mieści się także tolerancja na zmiany środowiska zewnętrznego, w jakim praca jest wykonywana (warunki pracy). Jej poziom zależy od wydajności energetycznej organizmu, która

jest uwarunkowana zdolnością pochłaniania tlenu, zdolnościami transportowymi krwi przynoszącej go do tkanek, sprawnym funkcjonowaniem mechanizmów warunkujących wykorzystanie tlenu przez tkanki, zdolnościami metabolicznymi i energetycznymi itp., czyli czynnościami narządów wewnętrznych, a więc układu oddechowego, układu krążenia, układu trawiennego i innych. W razie ich uszkodzenia lub niepełnosprawności maleje wydolność fizyczna wysiłkowa organizmu, a więc także zdolność do pracy.

Tak więc osoby z uszkodzeniem narządów wewnętrznych mają trudności i ograniczenia w wykonywaniu pracy. Przede wszystkim nie mogą wykonywać pracy fizycznej wysiłkowej, a więc prac ciężkich, wymagających znacznego wydatku energetycznego. W zależności od nasilenia objawów chorobowych i obniżenia wydolności wysiłkowej, zakres dostępnych dla nich prac jest znacznie ograniczony, zwłaszcza jeśli chodzi o pracę z dużym nakładem wykonawstwa. Osoby te łatwo się męczą ze względu na słabą tolerancję wysiłku, a okres regeneracji jest u nich znacznie wydłużony. Są też wrażliwe na zmianę zewnętrznych warunków pracy (zimno, wilgoć, kurz, brak świeżego powietrza), co może okresowo pogłębiać objawy choroby, a w konsekwencji prowadzić do pogłębienia niepełnosprawności. Dlatego takie osoby powinny pracować w warunkach dostosowanych do rodzaju ich schorzeń. Należy również wspomnieć, że niektóre schorzenia kardiologiczne stanowią przeciwwskazanie także do wysiłku psychicznego. Chodzi mianowicie o procesy stresogenne, powodujące nadmierny wysiłek emocjonalny i napięcie psychiczne.

### **6.2.5. Osoby z upośledzeniem umysłowym**

Upośledzenie umysłowe, zwane także niedorozwojem umysłowym lub oligofrenią, jest pojęciem szerokim i różnie definiowanym. Ogólnie przyjmuje się, że jest to stan zmniejszonej sprawności umysłowej w stosunku do stanu normalnego, charakteryzujący się niedorozwojem lub zaburzeniem procesów percepcyjnych, uwagi, pamięci i myślenia w wyniku procesów patologicznych. Niektóre definicje upośledzenia umysłowego dołączają do tego także zaburzenia w przystosowaniu społecznym. Upośledzenie umysłowe jest spowodowane pewnymi ograniczeniami i funkcjonalnymi zmianami w mózgu, zwłaszcza w korze mózgowej, a jego przyczyny mogą być pierwotne lub wtórne. Przyczyny pierwotne wynikają z czynników genetycznych i jest to najczęstsza przyczyna upośledzenia umysłowego dzieci. Przyczyny wtórne to czynniki, które mają wpływ na korę mózgową dziecka: przed jego urodzeniem, podczas porodu i po urodzeniu. Brak normalnego rozwoju umysłowego może być także spowodowany czynnikami środowiskowymi i kulturowymi polegającymi na braku odpowiednich warunków rozwojowych – odpowiedniej stymulacji.

Osoby upośledzone umysłowo, w zależności od stopnia upośledzenia, dzieli się na:

- lekko upośledzone umysłowo o ilorazie inteligencji (I.I.) od 52 do 67
- upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym o I.I. od 36 do 51

- znacznie upośledzone umysłowo o I.I. od 20 do 35
- głęboko upośledzone umysłowo o I.I. od 0 do 19.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby upośledzone w stopniu lekkim (75%), następnie osoby w stopniu umiarkowanym i znacznym (20%) oraz głębokim (5%). Należy także wspomnieć o stosunkowo dużej grupie osób znajdujących się na pograniczu normy umysłowej i upośledzenia umysłowego z I.I. od 68 do 83. (wg skali Wechslera).

Iloraz inteligencji, I.I. lub IQ, to termin wprowadzony przez Alfreda Bineta. Pierwotnie określał on stosunek (iloraz) „wieku umysłowego” dziecka (W.R.), obliczonego na podstawie wyniku testów, do jego rzeczywistego wieku życia (W.Ż.):  $I.I. = \frac{W.R.}{W.Ż.} \cdot 100$  albo, ściślej, stosunek wyniku testu uzyskanego przez badane dziecko do przeciętnego wyniku dla dziecka w tym samym wieku. Normalnie wiek psychologiczny odpowiada wiekowi chronologicznemu (dla przeciętnego człowieka I.I. = 100). Uważa się, że upośledzenie umysłowe zaczyna się dla I.I. poniżej 70, a wysoka inteligencja powyżej 100. Normy te należy odnosić jedynie do osób należących do danej grupy społecznej. Interpretacje testów IQ mogą różnić się od siebie ze względu na rodzaj stosowanych pytań powiązanych z przyjętą w teście skalą.

### **Zdolność do pracy osób lekko upośledzonych umysłowo**

U osób lekko upośledzonych umysłowo zdolność do pracy jest stosunkowo najmniej ograniczona. Występują jednak znaczne ograniczenia w zakresie orientacji na stanowisku i w miejscu pracy, a przede wszystkim w procesach decyzyjnych. U podstaw tych ograniczeń leżą: niska organizacja procesów percepcyjnych i niedorozwój czynności umysłowych istotnych przy podejmowaniu decyzji. Dlatego takie osoby nie mogą wykonywać zawodów wymagających pełnej sprawności umysłowej i samodzielności. Dotyczy to głównie pracy umysłowej, w której przeważają procesy orientacyjne i decyzyjne. Natomiast osoby takie są zdolne do wykonywania zawodów i prac polegających głównie na wykonawstwie, niewymagających wiele pomysłowości, inicjatywy i podejmowania decyzji. Największe możliwości oferowania tego rodzaju prac mają zakłady produkcyjne czy rzemieślnicze. Niewątpliwie duże możliwości pracy dla osób upośledzonych umysłowo stwarzają zakłady pracy chronionej, a poza tym rolnictwo, ogrodnictwo czy hodowla zwierząt.

Osoby te mogą napotykać pewne trudności w społecznej adaptacji do środowiska pracy, chociaż wykazują silną potrzebę normalnych kontaktów społecznych.

### **Zdolność do pracy osób umiarkowanie i znacznie upośledzonych umysłowo**

Możliwości zawodowe osób umiarkowanie i znacznie upośledzonych są stosunkowo niewielkie. Mogą one pracować tylko w specjalnych warunkach, pod nadzorem innych osób. Z tego powodu najczęściej są przygotowywane do pracy, a następnie zatrudniane w zakładach

pracy chronionej, głównie spółdzielniach inwalidów. Przeznaczona dla nich praca powinna się składać z niewielu czynności zawodowych, powtarzających się i niezmiennych się często.

Osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym nie są zdolne do żadnej pracy.

### **6.2.6. Osoby chore psychicznie**

Choroby psychiczne łączą się z pojęciem zdrowia psychicznego i jego zaburzeniami. Zdrowie psychiczne charakteryzuje się prawidłowym przebiegiem procesów psychicznych i zachowań przyjętych w danym środowisku społecznym. Przebieg ten może być zaburzony na skutek okresowych lub trwałych niekorzystnych zmian procesów psychicznych określanych jako zaburzenia psychiczne. Mogą one przyjąć charakter: psychopatii, nerwic, umysłowego upośledzenia i chorób psychicznych.

### **Zdolność do pracy osób psychicznie chorych**

Choroby psychiczne mają charakter dynamiczny, podlegają różnym i częstym zmianom i nasileniom, dlatego trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie dotyczące ograniczenia zdolności do pracy osób psychicznie chorych. Ogólnie można powiedzieć, że większość z nich ma trudności w procesach orientacyjnych: ocenie sytuacji występujących w przebiegu pracy, podejmowaniu decyzji, a przede wszystkim w normalnym funkcjonowaniu i zachowaniu się w sytuacjach pracy.

Rehabilitacja zawodowa, zatrudnienie i utrzymanie w zatrudnieniu osób psychicznie chorych jest sprawą bardzo trudną. Jak wykazuje doświadczenie, liczba zatrudnionych z tej grupy jest stosunkowo niewielka, a ponadto osoby te często zmieniają pracę. Rezygnują same lub pracodawcy z nich rezygnują. Przyczyny są bardzo różne, nie wykluczając również samej choroby.

Postęp w dziedzinie farmakoterapii stworzył w ostatnich latach całkiem nowe możliwości dla osób chorych psychicznie.

### **6.2.7. Osoby cierpiące na padaczkę**

Padaczka lub epilepsja jest to choroba objawiająca się ogólnymi nawracającymi napadami drgawkowymi na skutek nieprawidłowych, nadmiernych wyładowań w neuronach mózgu. Występują one niespodziewanie lub są sygnalizowane przez tzw. aurę (zwiastuna) wskazującą, że zbliża się napad. Napad rozpoczyna się upadkiem na ziemię i wystąpieniem drgawek kończyn, tułowia i głowy oraz kurczem części szczękowych (co często powodujące przygryzienie języka). W cięższych stanach napadowi towarzyszy całkowita utrata przytomności. Napad trwa kilka minut. Po ustaniu drgawek chory leży jeszcze przez pewien czas nieprzytomny, następnie odzyskuje świadomość. Z reguły nie pamięta on napadu. Etiologia postaci padaczki jest nieznana (ok. 60-70%). Przyczyną wystąpienia choroby mogą być urazy mózgu, zapalenie opon mózgowych,

guzy mózgu, choroby naczyniowe, czynniki metaboliczne i toksyczne, choroby wrodzone, wczesnie nabyte i dziedziczne. Poza opisanymi tu dużymi napadami (*grand mal*) spotyka się także małe napady padaczkowe (*petit mal*), które objawiają się chwilową utratą świadomości bez upadku na ziemię. Chory może np. upuścić przedmiot trzymany w ręku. Takie napady mogą występować nawet kilkakrotnie w ciągu dnia i nie zawsze są zauważane przez otoczenie.

Padaczka to choroba zasadnicza lub choroba towarzysząca upośledzeniu umysłowemu, chorobom neurologicznym lub psychicznym.

### **Zdolność do pracy osób cierpiących na padaczkę**

Zdolność do pracy osób cierpiących na padaczkę zależy od wielu czynników, a mianowicie:

- rodzaju napadów padaczkowych (intensywności objawów)
- częstotliwości ich występowania
- pory występowania napadów (w dzień czy w nocy)
- samopoczucia po napadzie (jak długo chory musi odpoczywać)
- zmiany osobowości spowodowanych chorobą (charakteropatia padaczkowa).

Większość osób cierpiących na padaczkę jest czynnych zawodowo. Dotyczy to oczywiście osób, u których napady padaczkowe są rzadkie, występują głównie w okresach poza pracą i nie towarzyszą im inne objawy, takie jak charakteropatia. Osoby te powinny mieć odpowiednio dobraną pracę i warunki pracy, a kierownictwo zakładu i załoga powinny charakteryzować się pozytywnym i serdecznym stosunkiem do nich.

Osoby z częstszymi napadami padaczkowymi (więcej niż 2-3 razy w miesiącu) oraz towarzyszącymi im zaburzeniami osobowości powinny być zatrudnione w warunkach chronionych, tzn. w zakładach pracy chronionej, na stanowiskach pracy chronionej lub w systemie pracy nakładczej, ewentualnie przy telepracy pod opieką domowników.

Bezwzględnie przeciwwskazane dla osób cierpiących na padaczkę są następujące prace:

- przy maszynach z elementami wirującymi (np. przy obrabiarkach, wiertarkach itp.)
- wymagające używania ostrych i ciężkich narzędzi lub przedmiotów
- na wysokości (np. przy pracach elewacyjnych)
- mające związek z wytwarzaniem wyrobów alkoholowych (alkohol, nawet w małych dawkach, jest dla nich niezwykle szkodliwy)
- wykonywane w warunkach nagłych zmian temperatury czy w skrajnie wysokiej temperaturze (np. praca hutnika czy palacza)
- przy obsłudze zbiorników wodnych
- wykonywane w bardzo szybkim tempie
- oraz prace, których wykonywanie przez osoby z padaczką mogłyby narazić na niebezpieczeństwo inne osoby.

Wśród cierpiących na padaczkę istnieje pewien niewielki procent osób, które w ogóle nie są zdolne do wykonywania pracy.

### **6.2.8. Osoby z niepełnosprawnością złożoną**

Istnieje pewien procent osób niepełnosprawnych, u których uszkodzeniu uległy dwa narządy lub nawet więcej. Wówczas mamy do czynienia z niepełnosprawnością złożoną lub sprzężoną, tzn. uszkodzeniem różnych układów i narządów oraz zmniejszeniem różnych sprawności – fizycznych, sensorycznych bądź psychicznych. Oto przykłady osób z niesprawnością złożoną:

- osoby głuchoniewidome, u których zmysł wzroku i słuchu są całkowicie lub częściowo niesprawne
- osoby niewidome upośledzone umysłowo; wśród tych osób można spotkać jednostki dodatkowo dotknięte padaczką
- osoby ociemniałe z powodu cukrzycy
- osoby głuche upośledzone umysłowo
- osoby z uszkodzeniem narządu ruchu i zaburzeniami psychicznymi (upośledzenie umysłowe, charakteropatja)
- osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych, w wyniku których zmniejszyła się u nich sprawność kilku układów, jak układu oddechowego, krążenia, trawienia itp.

Uszkodzenie równocześnie dwóch lub kilku narządów powoduje poważne następstwa praktycznie we wszystkich sferach życia oraz w znacznym stopniu ogranicza możliwości wykonywania zadań życiowych i wypełnianie ról społecznych przez człowieka.

### **Zdolność do pracy osób z niepełnosprawnością złożoną**

Niepełnosprawność złożona szczególnie negatywnie odbija się na zdolności do pracy i możliwości podjęcia zatrudnienia. Praktycznie trudności i ograniczenia zdarzają się we wszystkich procesach występujących w przebiegu pracy, a mianowicie: w procesach orientacyjnych, decyzyjnych i wykonawczych. Jest to problem bardzo skomplikowany, dlatego każdą osobę należy oceniać indywidualnie. Niewątpliwie wiele osób z niepełnosprawnością złożoną ma możliwość pracy nie tylko w warunkach chronionych (specjalnych), lecz także na otwartym rynku pracy. Przed podjęciem decyzji zawodowych osoby ze złożoną niesprawnością powinny przejść bardzo dokładną ocenę zdolności do pracy, aby nie ryzykować wielkiego wysiłku, który mógłby zakończyć się niepowodzeniem.

Podczas zatrudniania osób z niepełnosprawnością złożoną obowiązują dwie podstawowe zasady:

- bardzo dokładne określenie czynności zawodowych z uwzględnieniem faktycznych możliwości psychofizycznych danej osoby
- konieczność odpowiedniego przystosowania stanowiska pracy do psychofizycznych ograniczeń.

### **6.3. Szczególne uprawnienia pracownicze przysługujące wszystkim osobom niepełnosprawnym**

#### **6.3.1. Ograniczenie czasu pracy**

Czas pracy osoby niepełnosprawnej został określony w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zależy on od stopnia niepełnosprawności i wynosi:

- w stosunku do osób z lekkim stopniem niepełnosprawności – 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo (art. 15 ust. 1 ustawy)
- w stosunku do osób o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo (art. 15 ust. 2 ustawy)

Takich norm czasu pracy nie stosuje się do osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz gdy – na wniosek osoby zatrudnionej – lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub, w razie jego braku, lekarz sprawujący opiekę nad daną osobą niepełnosprawną wyrazi na to zgodę. Określony w ustawie wymiar czasu pracy obowiązuje od dnia następującego po przedstawieniu pracodawcy orzeczenia o niepełnosprawności.

#### **6.3.2. Zakaz zatrudniania osób niepełnosprawnych w porze nocnej i w nadgodzinach (art. 15 ust. 3 ustawy)**

Zakazu zatrudniania osób niepełnosprawnych w porze nocnej i w nadgodzinach nie stosuje się, gdy – na wniosek osoby zatrudnionej – lekarz prowadzący badania profilaktyczne pracowników lub lekarz sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną wyrazi na to zgodę.

Jeśli w orzeczeniu lekarskim jest bezwzględny zakaz wykonywania pracy w porze nocnej, to pracodawca nie może od tego zakazu odstąpić.

#### **6.3.3. Dodatkowa przerwa w pracy (art. 17 ustawy)**

Czas dodatkowej przerwy w pracy przeznaczonej na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek wynosi 15 minut i jest wliczany do czasu pracy.

#### **6.3.4. Uprawnienia pracownicze przysługujące dodatkowo osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności**

- Dodatkowy urlop wypoczynkowy (art. 19 ust. 1 ustawy)

Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Prawo do pierwszego dodatkowego urlopu nabywa się po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia osoby do jednego z wymienionych stopni niepełnosprawności.

Dodatkowy urlop wypoczynkowy nie przysługuje osobie niepełnosprawnej uprawnionej do urlopu wypoczynkowego w wymiarze przekraczającym 26 dni roboczych (np. nauczyciele) lub do urlopu dodatkowego na podstawie odrębnych przepisów (np. dodatkowe urlopy dla sędziów). Jeśli jednak wymiar urlopu dodatkowego przysługującego na podstawie odrębnych przepisów jest krótszy niż 10 dni roboczych, to zamiast niego przysługuje urlop dodatkowy w wymiarze wskazanym w ustawie, czyli 10 dni roboczych.

- Prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia

1. W celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym (art. 20 ust. 1 ustawy)

Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności przysługuje prawo do zwolnienia z pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, w wymiarze do 21 dni roboczych, nie częściej niż 1 raz w roku.

Na turnus rehabilitacyjny osoby niepełnosprawne są kierowane wyłącznie na wniosek lekarza sprawującego opiekę nad daną osobą. Ponadto, lekarz ten musi dokładnie określić rodzaj i czas trwania turnusu. Podstawą wypłaty wynagrodzenia za czas zwolnienia jest dokument potwierdzający pobyt na turnusie, wystawiony przez organizatora będącego jednocześnie instytucją uprawnioną do organizowania turnusów rehabilitacyjnych.

2. W celu:

- wykonania badań specjalistycznych
- wykonania zabiegów leczniczych lub usprawniających
- uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy

jeśli na wymienione badania i zabiegi kieruje lekarz oraz jeśli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy (art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy). Łączny wymiar urlopu określonego w art. 19 ust. 1 i zwolnienia od pracy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym, czyli 21 dni łącznie z dodatkowym urlopem (10 dni).

## 7. Słowniczek<sup>6</sup>

---

**Niepełnosprawność** – oznacza trwałą lub okresową niezdolność do pełnienia ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

**Osoba niepełnosprawna prawnie** – osoba posiadająca odpowiednie aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony.

**Osoba niepełnosprawna biologicznie** – która nie ma orzeczenia, ale miała (odczuwała) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

### **Osoby aktywne zawodowo:**

- **pracujący** – wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej, które:
  - wykonywały przez co najmniej godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód, tzn. były zatrudnione w charakterze pracownika najemnego, pracowały we własnym (lub dzierżawionym) gospodarstwie rolnym, lub prowadziły własną działalność gospodarczą poza rolnictwem, pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem
  - nie wykonywały pracy (np. z powodu choroby, urlopu, przerwy w działalności zakładu, trudnych warunków atmosferycznych, strajku), ale formalnie miały pracę jako pracownicy najemni bądź pracujący na własny rachunek
  - uczniowie, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy, jeżeli otrzymywali wynagrodzenie
- **bezrobotni** – osoby w wieku 15-74 lat, które jednocześnie spełniły trzy warunki:
  - nie były osobami pracującymi
  - aktywnie poszukiwały pracy, tzn. podjęły konkretne działania w ciągu 4 tygodni, aby znaleźć pracę
  - były gotowe (zdolne) podjąć pracę od razu.

Za bezrobotne uznano też osoby, które nie poszukiwały pracy, ponieważ miały pracę załatwioną i oczekiwały na jej rozpoczęcie.

**Osoby bierne zawodowo** – osoby w wieku 15 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, tzn. osoby, które:

- nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały
- nie pracowały, poszukiwały pracy, ale nie były zdolne (gotowe) do jej podjęcia.

**Organizacja pożytku publicznego** – taka, która działa na rzecz „pożytku publicznego”.

**Organizacja pozarządowa** – jest to każda instytucja, która nie jest jednostką sektora finansów publicznych oraz która działa w celu innym niż osiągnięcie zysku.

**SSON** – spółdzielnia socjalna osób niepełnosprawnych.

**Wiek produkcyjny** – mężczyźni w wieku 18-64 lata, kobiety 18-59 lat.

**Wolontariusz** – osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na rzecz placówek i w zakresie określonym w ustawie.

---

<sup>6</sup> *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I: Osoby niepełnosprawne.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003. [www.mps.gov.pl](http://www.mps.gov.pl).

## 8. Piśmiennictwo

---

Sillamy N., *Słownik psychologii*. Książnica 1994.

Poradnik Centrum Wolontariatu *Na prawo patrz*. Red. D. Pietrowski. Warszawa, Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu 2006.

Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym. DzU 1996, nr 100, poz. 461.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. DzU 1997, nr 123, poz. 776, z późn. zm.

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. DzU 2003, nr 96, poz. 873, z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych. DzU 2006, nr 94, poz. 651.