

Katarzyna Maria Król\*

## AKTYWNA REHABILITACJA FORMĄ WSPARCIA W PROCESIE AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

**Abstrakt.** Pojawienie się dysfunkcji wpływa w określony sposób na funkcjonowanie człowieka, jego środowisko, relacje z innymi. Osoba z niepełnosprawnością ruchową potrzebuje umiejętności, które pozwolą jej odzyskać samodzielność, poczucie własnej wartości. Działanie wielu instytucji nakierowane jest na wyrównywanie szans, przeciwdziałanie dyskryminacji społecznej i zawodowej. Mimo wielotorowych działań, nadal zauważa się wykluczenie społeczne osób z różnorodnymi dysfunkcjami. Jedną z ciekawszych inicjatyw, wychodzącą naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom osób niepełnosprawnych ruchowo, zwłaszcza po urazie rdzenia kręgowego, jest idea rehabilitacji środowiskowej, mająca swój rodowód w USA, a rozwinięta w Szwecji jako ruch Aktywnej Rehabilitacji. W Polsce propagowaniem i realizacją aktywnej rehabilitacji zajmuje się organizacja pozarządowa – Fundacja Aktywnej Rehabilitacji (FAR), która powstała z inicjatywy „wózkowiczów dla wózkowiczów”. W niniejszym artykule zostały zaprezentowane wyniki badań efektów działań Aktywnej Rehabilitacji, wspierających proces aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo, a mających na celu aktywne włączanie tych osób w nurt życia społecznego, zwiększanie ich niezależności życiowej. Szczególny nacisk został położony na rolę wzorca osobowego w Aktywnej Rehabilitacji.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność ruchowa, Aktywna Rehabilitacja, wzorzec osobowy, wsparcie, aktywizacja społeczna.

### 1. Wprowadzenie

Osoby niepełnosprawne ruchowo, zwłaszcza te po urazach rdzenia kręgowego, nagle znajdują się w sytuacji diametralnie różniącej się od rzeczywistości, w której dotychczas funkcjonowały. Nie tylko one, ale też ich rodziny, przyjaciele, znajomi, doświadczają traumy, bezradności, dominującego poczucia bezsilności, braku perspektyw. Wieloetapowe leczenie medyczne ratuje życie osobom po urazie rdzenia kręgowego. Jednak sprawność fizyczna pozostaje w mniejszym lub

\* Katedra Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Narutowicza 68, 90-136 Łódź, e-mail: krol\_kasia@wp.pl.

większym stopniu ograniczona. Mimo że rehabilitacja medyczna jest wdrażana praktycznie od pierwszej doby po zabiegu ratującym życie, to niestety w większości przypadków wrodzona lub nabyta niepełnosprawność ruchowa wymusza konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim. Ten fakt zmienia codzienne funkcjonowanie, ogranicza samodzielność, uzależnia od pomocy i wsparcia rodziny, a także innych osób oraz instytucji. Osoby niepełnosprawne po zakończeniu postępowania medycznego i rehabilitacji w warunkach szpitalnych zostają wypisane do swoich domów i często pozostawione bez pomocy. Można by nawet powiedzieć, że pozostają „uwięzione” w swoich domach – odgrudzone barierami architektonicznymi są izolowane społecznie. „Bycie niepełnosprawnym oznacza nieustanną konfrontację z problemami w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie, w pracy, w urzędzie, na ulicy. Bycie niepełnosprawnym to częste zmaganie się z życiem w izolacji i na marginesie społeczeństwa. To napotykanie barier” (Ostrowska, Sikorska 1996: 187).

Niepełnosprawność jest pojęciem wieloznacznym i wielopłaszczyznowym. Zakres pojęcia „niepełnosprawność” zależy od przyjętych kryteriów. Według J. Kirenko wspólną cechą jest „eksponowanie konsekwencji wrodzonych lub nabytych deficytów zdrowotnych” (Kirenko 2006: 17). Zaś A. Hulek uważa, że osobą niepełnosprawną jest taka „osoba, która na skutek ograniczeń pod względem fizycznym (motorycznym, sensorycznym), somatycznym lub psychicznym ma znaczne trudności w wywiązywaniu się z zadań, jakie stawia przed nią życie codzienne, szkoła, praca zawodowa i czas wolny” (Hulek 1980: 79). Przedstawione w niniejszym artykule wybrane działania wspierające aktywizację społeczną w zakresie programu Aktywnej Rehabilitacji, realizowane w Polsce głównie przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji, obejmują swoim zasięgiem osoby niepełnosprawne ruchowo, przede wszystkim poruszające się na wózkach inwalidzkich. Przedmiotem dalszych rozważań jest więc niepełnosprawność ruchowa, czyli stan człowieka znajdującego się w sytuacji obniżonych możliwości motorycznych ciała. Zaburzenia czynności ruchowej są bardzo zróżnicowane ze względu na rodzaj, zakres uszkodzenia oraz obniżenie sprawności czynności motorycznych. Podział osób z niepełnosprawnością ruchową zaproponowany przez I. Kaiser-Gorodecką uwzględnia niepełnosprawność: pochodzenia mózgowego, rdzeniowego, kostno-stawowego oraz spowodowaną brakiem kończyn (Kirenko 2007: 26).

Następstwa niepełnosprawności ruchowej, w tym związanej z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, są bardzo szerokie i dotyczą zarówno fizycznego, jak i psychospołecznego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Człowiek różnie odczuwa swoje upośledzenie w zależności od tego, jakie miejsce w systemie przyjętych przez niego wartości zajmowało to, co stracił wskutek choroby lub kalectwa oraz jak odbierają to inni ludzie. Na zachowanie osób niepełnosprawnych „wpływa zazwyczaj nie samo upośledzenie funkcji organizmu, lecz świadomość i doświadczenie jego społecznych skutków” (Kirenko 1995, za: Larkowa 1987: 32).

W Polsce wypadkom powodującym uszkodzenie rdzenia kręgowego ulega 3–4 osoby dziennie. Najczęściej są to ludzie młodzi, mający od 15 do 30 lat. Trudno im wyobrazić sobie dalsze życie na wózku inwalidzkim. W szpitalu, po wypadku, osoba z ciężkim uszkodzeniem rdzenia kręgowego znajduje się pod stałą opieką personelu. Po powrocie do domu nie potrafi wykonać samodzielnie najprostszych codziennych czynności.

Rodzina jest bezradna. Osoba z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego potrzebuje umiejętności, które pozwolą jej być samodzielną w ramach warunków psychofizycznych, jakimi dysponuje oraz jej potencjału i możliwości. Właśnie w tym obszarze rozpoczynają się wieloaspektowe działania programu Aktywnej Rehabilitacji, których rodzaj i zakres były przedmiotem badań. Celem analiz było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki ma wpływ na beneficjentów i jakie przynosi efekty program Aktywnej Rehabilitacji w zakresie przeciwdziałania marginalizacji społecznej, działań wspierających i aktywizujących do włączania się w aktywne życie społeczne. Program ten – skierowany przede wszystkim do ludzi niepełnosprawnych ruchowo z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – uświadamia, jak poruszając się na wózku można prowadzić normalne życie, realizować marzenia i osiągać zamierzone cele.

Na program Aktywnej Rehabilitacji składają się działania aktywizujące i stymulujące do zmian w różnych aspektach życia osób niepełnosprawnych ruchowo. Jak podaje Tomasz Tasiemski, Aktywna Rehabilitacja jest definiowana jako „zintegrowany system działań w obrębie rehabilitacji środowiskowej, zmierzający do maksymalnego usprawniania osób po urazach rdzenia kręgowego, za pomocą środków fizycznych i wiedzy, w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, a poprzez to umożliwienie im jak najbardziej godnego, pełnego i dającego zadowolenie funkcjonowania w społeczeństwie” (Tasiemski [red.] 2012: 9).

Opisane działania mają na celu zminimalizowanie takich zjawisk, jak alienacja, nietolerancja, wykluczenie społeczne, stygmatyzacja. Należy podkreślić, że istotnym, a zarazem wyróżniającym się aspektem działań Aktywnej Rehabilitacji jest to, że opierają się one na koncepcji wzorca osobowego. W przyjętym za Barbierem (2006) znaczeniu to struktura wyabstrahowana, która stanowi ogół wyobrażeń tego, co pożądane i wpisuje się w proces tworzenia nowych wyobrażeń finalizujących. Wzór osobowy to model idealnego członka danej grupy społecznej, wyznaczony przez zespół norm i wyobrażeń związanych z pełnieniem określonych ról społecznych. Samodzielni, uspołecznieni, zaktywizowani i aktywni „wózkowicze”, pracując jako instruktorzy, stanowią przykład, wzór, jak może funkcjonować osoba po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, jak prowadzić normalne życie mimo urazu. Właśnie to oparcie na koncepcji wzorca osobowego oraz kierowanego wsparcia aktywizującego społecznie osoby niepełnosprawne ruchowo jest podstawą działań ruchu Aktywnej Rehabilitacji.

Maria Grzegorzewska pisała, że nie ma niepełnosprawnego, a jest człowiek. On ma tylko trudności w poruszaniu się, w wypowiedzeniu swoich myśli. Należy

więc go wspierać, aby „wychowywać każdego do takiej pełni życia, jaką on może osiągnąć, a więc jak najgłębiej uspołeczniać” (Grzegorzewska 1968: 7). Jej słowa są nadal aktualne. Niepełnosprawność społeczna wynika bowiem z interakcji osoby niepełnosprawnej ze społeczeństwem. Osobą stygmatyzowaną, marginalizowaną, wykluczoną staje się, napotykając niezrozumienie, bariery stawiane przez tzw. zdrowe społeczeństwo.

## **2. Od wykluczenia poprzez wsparcie procesu aktywizacji do aktywności**

W wyniku urazu ulega zmianie cała sytuacja życiowa jednostki, dochodzi do dezorientacji osobowości, zmiany celów, zamierzeń i wartości. Człowiek niepełnosprawny musi na nowo nauczyć się wielu czynności i zachowań, przyswoić nowe reakcje i wejść ponownie do świata ludzi zdrowych. Tylko niektórym udaje się dokonać tego samodzielnie. Większości potrzebna jest pomoc, wsparcie, zrozumienie, a także akceptacja środowiska społecznego (Kirenko 1995). Właściwe ukierunkowanie udzielanego wsparcia przyczynia się w znaczącym stopniu do aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo, a co za tym idzie – umożliwia podjęcie samodzielnej aktywności w życiu codziennym.

Osoba niepełnosprawna ruchowo staje przed trudnym zadaniem, jakim jest uzyskanie pełnej sprawności. Wiąże się to z podejmowaniem prób nie tylko na drodze rehabilitacji medycznej, lecz także jak najszerszego uczestnictwa społecznego. Niestety, napotyka na wiele barier różnego rodzaju. Niepełnosprawność ruchowa jest źródłem wielu trudności w codziennym funkcjonowaniu. Osoby niepełnosprawne ruchowo w swoich relacjach z otoczeniem społecznym doświadczają zarówno reakcji pozytywnych, jak i negatywnych. Reakcje pozytywne sprzyjają aktywności, rozwojowi człowieka i zwiększają szansę na normalne życie mimo ograniczeń. Natomiast reakcje negatywne nie pomagają w wyrównywaniu szans na w miarę samodzielne, aktywne i twórcze życie (Kawczyńska-Butrym 1998: 57–59). Czasami poczucie krzywdy, bezradności osób niepełnosprawnych wywołuje ich gniew, wrogość, a to prowadzi do niepożądanych zachowań i przybierania ról obronnych. Może to być bierność, alienacja lub agresja, powodowanie konfliktów jako reakcja na problematyczne relacje społeczne. Życie z niepełnosprawnością jest źródłem wielu stresów. Jak podkreślają A. Ostrowska, J. Sikorska i B. Gąciarz (2001: 114), problemów dostarcza akceptacja kalectwa, konieczność kompensacji uszkodzonych funkcji, skutki niezaspokojenia wielu potrzeb – zarówno zdrowotnych, materialnych, jak i psychicznych, często bardzo osobistych i intymnych. A zwłaszcza te ostanie wymagają bliskich i zaufanych przyjaciół. Jak podkreślają autorki, ta sfera osobistych przeżyć, doznań, relacji jest bardzo ważna, natomiast w Polsce jest pozostawiona wyłącznie osobie niepełnosprawnej lub jej bliskim. Nie ma w naszym kraju poradnictwa

psychologicznego i systemu profesjonalnej pomocy nakierowanej na osobiste problemy niepełnosprawnych. W takiej sytuacji znaczenie kontaktów interpersonalnych nabiera niezwyklej wagi. Autorki stwierdzają, że przebywanie z innymi ludźmi, a więc odwiedzanie ich, przyjmowanie u siebie, spotkania, rozmowy są codziennością tylko co piątej osoby niepełnosprawnej. Osoby te nie tylko doświadczają utraty zdrowia, ale też utraty kontaktów społecznych. Badania Dawida Halperna pokazują, że osoby z ograniczoną sprawnością doświadczają redukcji kontaktów społecznych (Halpern 2005). Powstaje swoisty ciąg zdarzeń: niepełnosprawność, deficyt kontaktów, wzajemne niezrozumienie i izolacja. Takie zależności pogłębiają wykluczenie osób niepełnosprawnych z życia społecznego. Autorzy *Diagnozy społecznej 2005...* podkreślają, że

podłożem marginalizacji i wykluczenia społecznego jest zrywanie więzi społecznych mających fundamentalne znaczenie dla społecznej aktywności, zdolności do samorealizacji społecznej, kształtowania demokratycznego ładu społecznego. Przy czym utrwalający się w ten sposób stan bierności jest stanem samotrwalającym się i prowadzi do społecznej katastrofy (Czapieński, Panek [red.] 2006: 239).

Mimo wielotorowych działań instytucjonalnych pojawia się orientacja w stronę modelu separacyjnego; często osoby te żyją we własnym, wyizolowanym świecie. Społeczny brak akceptacji wpływa na niemożność uczestnictwa w życiu społecznym, prowadzi w końcowym efekcie do wykluczenia, samotności społecznej.

Osoba niepełnosprawna, znajdująca się w tak trudnym dla siebie okresie życia, często izolująca się lub izolowana z dotychczasowego środowiska, potrzebuje wsparcia. W koncepcji Z. Kawczyńskiej-Butrym (1998: 30–37) nieodłącznym działaniem, mającym na celu ograniczenie rozpowszechnienia skutków niepełnosprawności jest rehabilitacja. Działania rehabilitacyjne podejmuje się na wielu polach. Jednym z ważnych, a nie zawsze docenianych obszarów jest rehabilitacja społeczna, zakładająca działania zmierzające do eliminowania ograniczeń związanych z funkcjonowaniem społecznym osoby niepełnosprawnej. Działania te podejmowane są w różnych sferach życia społecznego: edukacji, pracy, rodzinie, środowisku rówieśniczym itp. Codzienne życie osoby niepełnosprawnej, jej funkcjonowanie w społeczeństwie jest nieustającą rehabilitacją, wspieraną oddziaływaniami rodziny, przyjaciół, znajomych czy instytucji, które umożliwiają i wspomagają przystosowanie się do życia osoby z dysfunkcją ruchową.

Zofia Kawczyńska-Butrym podkreśla, że wspieranie jest szczególnym rodzajem pomocy udzielanej rodzinie, osobom i grupom, głównie w celu mobilizowania ich sił i potencjału, które zachowały, aby osiągnąć zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów (Kawczyńska-Butrym 1998). W zależności od rodzaju wsparcia udzielanego osobom niepełnosprawnym autorka dzieli je na: informacyjne, emocjonalne, materialne (rzeczowe, finansowe) oraz przez świadczenie usług w rozwoju.

Jak podaje Z. Kawczyńska-Butrym, osoby niepełnosprawne lub członkowie rodziny przeżywają kryzys emocjonalny, który towarzyszy utracie sprawności czy urodzeniu niepełnosprawnego dziecka. W takich chwilach często potrzebują oni wsparcia ze strony tych osób, które były w podobnej sytuacji. Osoby, które uzyskały i nadal doświadczają wsparcia emocjonalnego, mają grono przyjaciół, lepiej radzą sobie w codziennym życiu, pomagają też innym (Kawczyńska-Butrym 1998).

Szczególną uwagę Z. Kawczyńska-Butrym poświęca wsparciu w rozwoju. Jak podaje E. Marynowicz-Hetka, kategorię pomocy w rozwoju należy rozumieć jako pewien typ działania społecznego, jako „włączanie w życie społeczne poprzez ułatwianie »wchodzenia« w relacje z samym sobą i z innymi” (Marynowicz-Hetka 2009: 133). Ta pomoc w rozwoju pozwala osobie niepełnosprawnej przezwyciężyć brak wiedzy, kryzys psychologiczny, trudności materialne, bezradność. Można mówić też o wspieraniu bezpośrednio ukierunkowanym na rozwój osoby niepełnosprawnej – na przykład na wyrównywanie szans związanych z nauką, w zakresie wycieczek, aktywności ruchowej, promujących integrację. Bardzo ważnym elementem wsparcia jest wspieranie rozwoju społecznego, odpowiedzialności za innych i pomocy na rzecz innych. Z czasem „biorca”, bazując na własnych sukcesach i porażkach, wspiera osoby, które tego wsparcia potrzebują. Jak się więc wydaje, największe możliwości osoby niepełnosprawnej tkwią w jej osobistym rozwoju, w wykorzystaniu jej zdolności, predyspozycji. Bliskie relacje interpersonalne stanowią źródło wsparcia emocjonalnego, podtrzymania na duchu, poczucia bezpieczeństwa (Marynowicz-Hetka 2009).

Funkcjonalne właściwości wsparcia społecznego stały się podstawą podziału na wsparcie spostrzegane i wsparcie otrzymywane (Sęk, Cieślak 2006: 20–21). Wsparcie spostrzegane wynika z wiedzy i przekonań człowieka o tym, gdzie, od kogo, w jakim wymiarze może uzyskać pomoc. W tym wymiarze wsparcia ważne jest też przekonanie o dostępności sieci wsparcia, poczucia przynależności do pomocnej grupy czy posiadania przyjaciół. Ten rodzaj wsparcia może wiązać się z antycypacją pomocy w potrzebie, ma charakter prospektywny (Sęk, Cieślak 2006). Natomiast wsparcie otrzymywane to faktycznie otrzymywany rodzaj i ilość wsparcia, które jest oceniane obiektywnie lub relacjonowane subiektywnie przez odbiorcę. Odbiorca ocenia poziom adekwatności i trafności wsparcia. Ten rodzaj wsparcia wiąże się pomocą uzyskaną w danym przedziale czasowym i ma charakter retrospektywny (ibidem). Ważny jest też kontekst działania wsparcia, który różnicuje nie tylko trafność dopasowania rodzajów wsparcia, lecz także źródła wsparcia (Sęk 2006: 61–66). Na ogół osoby w sytuacjach trudnych, kryzysowych, starają się nawiązać więzi z innymi osobami.

Wyodrębniono w związku z tym zdolności do mobilizacji sieci wsparcia społecznego. Wiąże się to z umiejętnościami tworzenia i kultywowania wzajemnych sieci wsparcia w rodzinach, grupach koleżeńskich, grupach zawodowych. Jak wskazują badania, jest to powiązane z dobrze rozwiniętymi kompetencjami

społecznymi komunikowania się i tworzenia bliskich więzi (Sęk, Cieślak 2006). Samo istnienie wsparcia społecznego, sieci mogącej nas wspomóc w sytuacji trudnej, wpływa na nasz rozwój, historię, scenariusz naszego życia (scenariusz biograficzny) (Modrzewski 2010).

Jednymi z ważnych pojęć w naukach społecznych są aktywność i aktywizacja społeczna. Aktywność najczęściej kojarzona jest z działalnością, zdolnością lub skłonnością do działania. Aktywizacja oznacza wzmacnianie, wzmaganie się aktywności, pobudzanie, ożywianie (Kantowicz 2001: 133). Aktywizacja jako działanie socjalno-wychowawcze ma w istocie prowadzić do podniesienia poziomu aktywności osób zmarginalizowanych, zwiększenia ich udziału w życiu społecznym, również poprzez intencjonalne wywoływanie zmian w postawach, poglądach, wzorach, stylach i sposobie życia tych grup społecznych (Kantowicz 2001: 134). Często pojęcie aktywizacji społecznej jest nierozzerwalnie kojarzone z pojęciem aktywizacji zawodowej. Należy jednak podkreślić, że to właściwie wspierana aktywizacja społeczna stwarza warunki do aktywności zawodowej. Największe możliwości działania tkwią w samej osobie niepełnosprawnej, w jej postawie życiowej, w akceptacji swojej niepełnej sprawności. Jak podaje A. Nowak, szczególnie ważne są umiejętności społeczne osób niepełnosprawnych. Do najważniejszych z nich, a wpływających na postawy innych osób w stosunku do osób niepełnosprawnych, autor ten zalicza: umiejętność konwersacji, spędzania wolnego czasu, empatii i adekwatnego interpretowania zachowań innych ludzi (Nowak 2009: 12). Równie ważna jest też pozytywna relacja społeczna, a więc różnego rodzaju wsparcie świadczone osobom z ograniczoną sprawnością, mające na celu mobilizowanie sił, potencjałów i zasobów osób niepełnosprawnych, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami. Aktywizacja społeczna jest zewnętrznym działaniem mobilizującym do podjęcia aktywności przez osoby niepełnosprawne, do wykorzystania własnych możliwości, zdolności, do uruchomienia procesu aktywnego włączania się w życie społeczne. O rozwoju osób niepełnosprawnych i kształcie ich przestrzeni życiowej decydują zasadniczo te same prawidłowości i mechanizmy, co w przypadku reszty populacji.

Pojawienie się dysfunkcji wpływa w określony sposób na funkcjonowanie człowieka, środowisko, w którym żyje, relacje z innymi. W przypadku zaburzeń rozwojowych oczywista wydaje się większa potrzeba stymulacji ze strony otoczenia (rodziny, szkoły, społeczności lokalnych, instytucji) poprzez kompensacje, korygowanie i usprawnianie (Sowa 2005). Osoba niepełnosprawna ruchowo, zwłaszcza z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, nie potrzebuje stałej opieki do końca życia i zwolnienia z jakichkolwiek obowiązków. Potrzebuje umiejętności, które pozwolą jej odzyskać samodzielność, poczucie własnej wartości oraz godne miejsce w społeczeństwie. Osoby niepełnosprawne, zwłaszcza młode, chciałyby mieć możliwość pełnej partycypacji w życiu społecznym. Wzrasta więc aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń samych osób niepełnosprawnych, tworzą się sieci wsparcia społecznego. Zaczyna to przynosić widoczne efekty.

Również wiele instytucji państwowych i organizacji pozarządowych, udzielając wsparcia w różnych obszarach życia osób niepełnosprawnych, pomaga im wyjść z izolacji, samowykluczenia. Łamanych jest wiele barier, zwłaszcza tych architektonicznych. Jednak wciąż pozostają najtrudniejsze do przewyciężenia barier: relacji interpersonalnych, mentalne oraz dotyczące komunikacji.

### **3. Działania wspierające ruchu Aktywnej Rehabilitacji w procesie aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo**

Fundacja Aktywnej Rehabilitacji (FAR) jest największą w Polsce organizacją pozarządową, która od 1988 r. zajmuje się specjalistyczną rehabilitacją osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Powstała z inicjatywy „wózkowiczów dla wózkowiczów”, bowiem to oni najlepiej rozumieją możliwości i potrzeby innych osób niepełnosprawnych.

Działania programu Aktywnej Rehabilitacji opierają się na modelu biopsychosocjalnym. Do osób niepełnosprawnych zalicza się w nim osoby z długotrwałe obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych... 2006). Ponadto od 2011 r. FAR wprowadził ICF (International Classification of Functioning) do programu aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością ruchową. ICF proponuje bowiem odejście od postrzegania stanu chorobowego jedynie z perspektywy medycznej, dotyczącej zaburzeń struktur i funkcji ciała. Upośledzenia funkcji i struktury ciała w codziennym doświadczeniu danej osoby przekładają się na ograniczenia w wykonywaniu czynności o różnym poziomie skomplikowania, co w efekcie powoduje wykluczenie ze społecznego wymiaru życia. ICF prezentuje zintegrowany biopsychosocjalny model funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia. Ukazuje niepełnosprawność jako ograniczenie w funkcjonowaniu, kładąc akcent na to, jak człowiek osobiście doświadcza własnych ograniczeń ([www.far.org.pl](http://www.far.org.pl)). Podejmowane działania Aktywnej Rehabilitacji wpisują się w model rehabilitacji środowiskowej. Rehabilitacja taka jest bowiem częścią procesu kompleksowej rehabilitacji, polegającą na udzielaniu pomocy osobom niepełnosprawnym w ich środowisku naturalnym. Istotą rehabilitacji środowiskowej jest włączanie w proces rehabilitacji całego środowiska lokalnego, zwłaszcza rodziny, organizacji pozarządowych, osób indywidualnych i samej osoby niepełnosprawnej. Rehabilitacja środowiskowa może być bowiem realizowana nie tylko przez formalne instytucje, mające na celu zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb osób niepełnosprawnych. Może być też realizowana np. przez niespecjalistów, osoby poświęcające swój czas, wiedzę i umiejętności na niesienie pomocy innym (P a s z k o w i c z 2009: 144–146).



Ideą Aktywnej Rehabilitacji jest pokazanie możliwości zmiany, której hasło przewodnie brzmi: „Przywracamy niezależność – możesz działać razem z nami”. Skąd się wzięła w Polsce? W latach 80. XX w. myśl, że powrót do społeczeństwa jest kwestią woli osoby niepełnosprawnej, a ludziom z uszkodzonym rdzeniem kręgowym trzeba stworzyć warunki do samodzielnego decydowania o sobie, dotarła również do naszego kraju. U nas problemem była nie nadmierna opieka, lecz jej brak. Fundacja Aktywnej Rehabilitacji powstała w Polsce w 1988 r. Jej celem było i jest bezpośrednie dotarcie do osób, które są uzależnione od wózka inwalidzkiego, w tym w wyniku uszkodzenia rdzenia kręgowego oraz osób z wadą wrodzoną (przepukliną oponowo-rdzeniową). Do Polski założenia grup aktywnej rehabilitacji dotarły ze Szwecji. Niepełnosprawni sportowcy ze Szwecji na Igrzyskach Paraolimpijskich w Kanadzie w 1976 r. zauważyli, że ich koledzy ze Stanów Zjednoczonych, mimo że są podobnie dysfunkcjonalni, są sprawniejsi i bardziej samodzielni od nich dzięki specjalnym treningom sportowym. Postanowili więc wprowadzić takie treningi sportowe w swoim kraju. Zaczęli organizować obozy. Pierwszy odbył się w 1978 r. Natomiast w 1981 r. powstała formalna organizacja pozarządowa – stowarzyszenie Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering – grupa rekrutująca do aktywnej rehabilitacji. Szwedzi, realizując cel propagowania idei Aktywnej Rehabilitacji, przekazali osobom niepełnosprawnym w Polsce swoje metody i pomogli we wprowadzaniu ich w życie ([www.far.org.pl](http://www.far.org.pl)). Polski Ruch Aktywnej Rehabilitacji należy do Active Rehabilitation International, zrzeszającej organizacje realizujące wspólny program wprowadzania i upowszechniania najefektywniejszych systemów pomocy i rehabilitacji osób po urazach rdzenia kręgowego. Program ten oparty jest na doświadczeniach wiodących ośrodków medycznych oraz systemów prawno-organizacyjnych takich państw, jak Szwecja, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Szwajcaria ([www.far.org.pl](http://www.far.org.pl)).

U podstaw Aktywnej Rehabilitacji leży przekonanie, że w każdym człowieku drzemią siły, potencjał pozwalający na przezwycięzenie następstw niepełnosprawności, na podjęcie aktywności społecznej i zawodowej. Jest to wzięcie odpowiedzialności za siebie, za swój rozwój osobisty, rozwój społeczny. Podstawowa zasada polega na tym, by nic nikomu nie narzucać, do niczego nie zmuszać. Osoba niepełnosprawna sama musi dokonać wyboru. Rolą ludzi zaangażowanych w działania jest nawiązanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi, udzielenie wsparcia, oferowanie wszechstronnej pomocy, pokazanie możliwości wypełniania różnorodnych ról społecznych.

Program AR opiera się na trzech filarach: wczesna interwencja/rekrutacja; wprowadzenie/obozy, szkolenia; kontynuacja/zajęcia regionalne, kursy, programy ([www.far.org.pl](http://www.far.org.pl)). Charakterystycznymi punktami Aktywnej Rehabilitacji, mającymi na celu budzenie sił społecznych i chęci do zmian, są takie elementy, jak: działanie poprzez wzorzec osobowy, działania instruktorów pierwszego kontaktu będące formą wczesnej interwencji, aktywny wózek, aktywizacja poprzez sport, aktywizacja zawodowa i społeczna. Należy podkreślić, że istotnym, a zarazem

wyróżniającym aspektem działań Aktywnej Rehabilitacji jest fakt, że opierają się one na koncepcji wzorca osobowego.

Uspołecznieni „wózkowicze”, którzy na sobie doświadczyli działań wspierających proces aktywizacji, obecnie pracując jako instruktorzy, stanowią przykład, wzór, jak może funkcjonować osoba po uszkodzeniu rdzenia kręgowego i prowadzić normalne życie mimo urazu. Właśnie to oparcie na koncepcji wzorca osobowego stanowi podstawę działań ruchu Aktywnej Rehabilitacji. FAR w regionie łódzkim, tak jak i w całym kraju, prowadzi działania wspierające osoby niepełnosprawne ruchowo. W każdym regionie Polski Fundacja Aktywnej Rehabilitacji ma stały kontakt z ośrodkami oraz szpitalami, do których trafiają osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Personel medyczny – lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci pracujący w szpitalach – informują osobę po urazie o istnieniu Fundacji, w której chorzy mogą znaleźć pomoc. Instruktorzy tzw. pierwszego kontaktu odwiedzają szpitalne oddziały neurochirurgii, neurologii, ortopedii, rehabilitacji klinicznej oraz inne placówki, takie jak domy pomocy społecznej, placówki opiekuńcze, rehabilitacyjne, celem sprawdzenia, czy nie przebywa tam osoba z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Spotkanie z instruktorem traktowane jest często jako jeden z elementów wieloaspektowego procesu leczenia. Jest to forma wczesnej interwencji, poprzez udzielenie jak najszybszego wsparcia osobie po urazie rdzenia kręgowego, jak również jej rodzinie czy osobom z najbliższego otoczenia. Tę wczesną interwencję przeprowadzają instruktorzy „pierwszego kontaktu”, sami będący najczęściej osobami niepełnosprawnymi, poruszającymi się na wózkach. Są to osoby samodzielne i bardzo dobrze zrehabilitowane. Stanowią one pozytywny wzorzec osobowy. Poprzez swoją postawę i doświadczenie, funkcjonowanie w codziennym życiu, są wiarygodni, udzielając wsparcia w wymiarze funkcjonalnym i psychospołecznym osobom po urazie rdzenia. Wczesna interwencja zakłada pomoc skierowaną również do rodziny i najbliższego otoczenia.

Ponadto należy podkreślić, że ważnym elementem programu Aktywnej Rehabilitacji jest upowszechnianie różnych form aktywności ruchowej. Dla wielu niepełnosprawnych FAR jest jedyną organizacją umożliwiającą taką aktywność. Dzięki uprawianiu sportu uzyskiwana jest samodzielność, niezależność i samo-realizacja. Sport pomaga pokonać zniechęcenie i niepewność, daje satysfakcję z pokonywania swoich słabości, pozwala zachować dobrą formę fizyczną i psychiczną, a rywalizacja wyzwala siłę do pracy. Jak podkreśla Robert Jagodziński, uczestnictwo w obozie stwarza okazje do nawiązywania nowych kontaktów, wchodzenia w nowe relacje społeczne, tak często ograniczone przez powstałą niepełnosprawność. Możliwość poznania innych osób niepełnosprawnych, ich zainteresowań, pasji, sukcesów w pracy zawodowej, osiągnięć sportowych czy innych życiowych dokonań, daje szansę na dostrzeżenie w sobie potencjału do rozwoju, do kształtowania w sobie wielowymiarowości własnego wizerunku, nie tylko ograniczającego się do stereotypu osoby niepełnosprawnej (Jagodziński 2012: 68).

## 4. Badania własne

Celem poznawczym było zbadanie działań wspierających procesy aktywizacji społecznej osób po urazach rdzenia kręgowego, prowadzących do ich włączenia w aktywne życie społeczne, a podejmowanych w ramach programu Aktywnej Rehabilitacji.

Na podstawie określonego przedmiotu i celu badań zostały sformułowane problemy badawcze. Problem główny brzmiał: w jakim zakresie i jakie formy działalności podejmuje ruch Aktywnej Rehabilitacji w obszarze wsparcia społecznego przeciwdziałające ekskluzji osób niepełnosprawnych ruchowo po urazie rdzenia kręgowego? Jak przebiegają procesy aktywizacji? Jak działania aktywizujące wpłynęły na podjęcie aktywności społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo?

Terenem badań była Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, region łódzki, realizująca program Aktywnej Rehabilitacji. Czas badań obejmował lata 2013–2014. Grupę badawczą stanowili dobrani drogą losową pełnoletni beneficjenci FAR oraz wybrani celowo pracownicy etatowi i instruktorzy Fundacji Aktywnej Rehabilitacji, Oddział Regionalny w Łodzi. Grupa badawcza respondentów liczyła 74 osoby, w tym 60 osób to beneficjenci Fundacji, natomiast 14 osób to pracownicy i instruktorzy. Taki wybór próby badawczej nie był przypadkowy. Skupiono się bowiem na grupie pełnoletnich podopiecznych Fundacji. Wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety, dyspozycje do wywiadu niestandardyzowanego, dyspozycje do analizy dokumentów. Respondenci, do których były kierowane pytania, zostali podzieleni na dwie grupy: beneficjentów Fundacji, którzy korzystają z jej pomocy oraz pracowników i instruktorów FAR. Podopieczni wypełniali kwestionariusz ankiety, natomiast pracownicy i instruktorzy odpowiadali na pytania zawarte w dyspozycji do wywiadu swobodnego. W obydwu przypadkach pytania skierowane do badanych podzielono na dwie części: ogólne, dotyczące danych osobowych (tzw. metryczka) oraz bezpośrednio odnoszące się do działań programowych Aktywnej Rehabilitacji. Ankieta była rozsyłana do beneficjentów programu drogą mailową lub rozdawana (osobisty kontakt). Natomiast wywiady niestandardyzowane z pracownikami i instruktorami Fundacji Aktywnej Rehabilitacji zostały przeprowadzone osobiście przez prowadzącą badania. Dokumenty związane z działalnością aktywizującą programu AR pozyskano z biura Fundacji w Łodzi, jak też z głównego biura Fundacji w Warszawie. Ponadto została przeprowadzona analiza dokumentów zamieszczanych na stronie internetowej FAR.

Z uzyskanych dokumentów, wywiadów swobodnych oraz ankiet uzyskano informacje dotyczące programów aktywizujących społecznie i zawodowo, np. projektu „Kompleksowa aktywizacja społeczna osób poruszających się na wózkach inwalidzkich”. Ponadto w ramach programów aktywizujących organizowane były ogólnopolskie obozy Aktywnej Rehabilitacji, takie jak np. obozy dla kobiet, młodzieży i dzieci, szkolenia dla personelu medycznego, terapeutów, opiekunów

i wolontariuszy oraz kursy komputerowe. Szczególny nacisk położony był na aktywizację poprzez sport. Działania ruchu Aktywnej Rehabilitacji zmierzały do tego, by osoby wykorzystywały własne możliwości, zdolności i umiejętności w skutecznym działaniu. Uświadamiały ponadto, że osoby z niepełnosprawnością ruchową muszą aktywnie kształtować swoje perspektywy życiowe, wykorzystując wsparcie innych. W ramach ruchu Aktywnej Rehabilitacji prowadzona była działalność konsultacyjna i poradnicza. Na bieżąco wspierane były rodziny i opiekunowie osób niepełnosprawnych poprzez szkolenia wyjazdowe i stacjonarne, warsztaty oraz specjalistyczne poradnictwo. Organizowane były liczne wystawy, prezentacje, pokazy, jak również spotkania integracyjne. Tak najogólniej przedstawiały się działania w ramach programu Aktywnej Rehabilitacji, mające na celu wsparcie aktywizacji osób niepełnosprawnych ruchowo, by te mogły i chciały podejmować aktywność w różnych obszarach życia społecznego.

W badaniach starano się dowiedzieć, jak beneficjenci oceniali swoją aktywność w działaniach proponowanych przez Fundację, w jakim zakresie i jakie formy wsparcia wpłynęły na ich uspołecznienie, jakie mają potrzeby. Ankiety dla podopiecznych Fundacji uzupełniło 60 osób – 26 mężczyzn i 34 kobiety. Rozkład wieku ankietowanych osób został pogrupowany w określone przedziały wiekowe. Najmłodszy z badanych miał 18 lat, natomiast najstarszy 55. Najlicniejsza grupa podopiecznych mieściła się w przedziale wiekowym 18–29 lat. W takim wieku były 43 osoby, co stanowiło około 2/3 badanej zbiorowości. Poziom edukacji badanych osób kształtował się następująco: najwięcej osób (32 respondentów) wskazało wykształcenie średnie, podstawowe wymieniło 12 osób, natomiast wyższe – 16. Poziomy wykształcenia średniego i wyższego były równomiernie rozłożone, jeżeli chodzi o płeć. Więcej było jedynie kobiet z wykształceniem podstawowym aniżeli mężczyzn. Z odpowiedzi w sprawie miejsca zamieszkania wynikało, że prawie połowa ankietowanych, bo aż 28 osób, mieszkała w dużym mieście – na co wskazywała odpowiedź „powyżej 500 tys.”. W następnej kolejności znalazły się miejscowości „od 50 do 200 tys.”, które zamieszkiwało 16 respondentów. Po kilku podopiecznych wybrało miejscowości „do 50 tys.” mieszkańców (9 respondentów) oraz miejscowości w granicach „od 200 tys. do 500 tys.” mieszkańców (7 respondentów). Badaniami została też objęta grupa 14 osób będących pracownikami i instruktorami Fundacji Aktywnej Rehabilitacji w regionie łódzkim. Pracownicy byli zatrudnieni albo na umowę o pracę, albo na umowę zlecenie. Przedział wiekowy kadry Fundacji w regionie łódzkim (osoby prowadzące projekty i instruktorzy) kształtował się pomiędzy 18. a 55. rokiem życia. Posiadali oni wykształcenie średnie albo wyższe. Zamieszkiwali zarówno w miejscowościach do 50 tys., jak i powyżej 500 tys. mieszkańców.

Odnosząc się do zmiany sytuacji życiowej i rodzinnej w następstwie pojawienia się niepełnosprawności, 24 ankietowanych uznało, że ich sytuacja rodzinna nie zmieniła się, natomiast 6 respondentów stwierdziło, że ich sytuacja życiowa zmieniła się w stopniu średnim, a 30 ankietowanych – w stopniu znacznym.

Ankietowani podawali różne dziedziny życia, które uległy zmianie: utrata pracy przez osoby, które doznały urazu kręgosłupa (7 osób), rezygnacja z pracy przez jednego z rodziców po urodzeniu dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową (7 osób), rozpad małżeństwa (3 osoby), ograniczenia w życiu towarzyskim i społecznym, m.in. zmiana statusu zawodowego (22 osoby), zależność od innych osób (25 osób), zmiana pozycji w rodzinie (3 osoby). Zmianę na gorsze we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego, towarzyskiego i społecznego podkreśliły 3 osoby. Prawie wszyscy ankietowani (56 osób) odpowiedzieli, że wśród ich znajomych są zarówno osoby sprawne, jak i niepełnosprawne. Ankietowani podkreślali również zmiany w życiu zawodowym. Z grupy 43 osób, które zakończyły edukację na różnych poziomach, 25 osób było nieaktywnych zawodowo, natomiast 18 osób pracowało.

Respondenci pytani o źródła informacji dotyczące ruchu Aktywnej Rehabilitacji najczęściej wymieniali inne osoby niepełnosprawne (32 osoby), natomiast 18 osób jako źródło podało „pierwszy kontakt” – przedstawiciela Fundacji. Podobna liczba osób (17) uzyskała informacje od rehabilitanta. Mniej ankietowanych jako źródło podało: znajomych (12 osób), media typu telewizja, radio, prasa (10 osób), Internet (10 osób), inne źródła, np. osoby spotkane w szpitalu, na turnusach rehabilitacyjnych (6 osób). Niektórzy respondenci wskazywali różne źródła informacji, nie ograniczając się tylko do jednego. W związku z tym w dalszej części ankiety padły pytania o czas oraz charakter współpracy z Fundacją Aktywnej Rehabilitacji. Najczęstszą odpowiedzią, jaką wybierali respondenci w pytaniu o to, od jak dawna są podopiecznymi Fundacji, była: „od kilku lat”. Taki wariant zaznaczyło 45 osób. Od roku z FAR współpracowały 4 osoby, od kilkunastu lat – 5 osób. Odpowiedź „nie pamiętam” zaznaczyło 6 osób. Charakter kontaktów z Fundacją przez większość ankietowanych został określony jako stały – taką odpowiedź wybrało 26 osób. Dość duża część, tj. 18 podopiecznych, zdefiniowała swoją współpracę jako częstą, natomiast 16 – jako okazjonalną. Respondenci pytani o wpływ Aktywnej Rehabilitacji na ich życie zadeklarowali, iż ma wpływ „duży” oraz „bardzo duży” (odpowiednio – bardzo duży: 26%, duży: 35%, średni: 17%, bardzo mały: 22%). Na podstawie udzielonych odpowiedzi można było stwierdzić, że w przypadku większości respondentów Fundacja oddziałuje na ich życie w stopniu dużym lub bardzo dużym, co potwierdzały dane wynikające z porównania długości współpracy (trwającej co najmniej kilka lat) i charakteru kontaktów (stały lub częsty).

W zakresie działań aktywizujących, w których uczestniczyli beneficjenci Fundacji (52 osoby), najczęściej wymieniali oni: imprezy integracyjne (46 osób), zajęcia regionalne (52 osoby – z różną częstotliwością), szkolenia (23 osoby), obozy (25 osób), warsztaty (28 osób), imprezy sportowe (16 osób), uczestniczenie w różnych projektach aktywizacji społecznej i zawodowej (38 osób).

Interesujące okazały się wypowiedzi respondentów o zakresie zmian, jakie zaszły w ich usamodzielnieniu przed i po pierwszym obozie Aktywnej Rehabilitacji.

Osoby, które deklarowały udział w obozach, poproszone o ocenę poziomu swoich umiejętności w dwóch momentach w czasie (przed ich pierwszym obozem, a następnie po), deklarowały poprawę umiejętności w samoobsłudze, samodzielności w poruszaniu się, nabraniu pewności. Większość zaznaczała poprawę samodzielności o dwa poziomy – 38 osób. Progres o jeden poziom zadeklarowało 12 osób, natomiast o trzy – 6 osób. Taki sam poziom umiejętności przed i po pierwszym obozie zaznaczyły tylko 4 osoby. Wnioski, jakie można było wysnuć w wyniku analizy odpowiedzi wskazują, iż obozy organizowane przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji są bardzo przydatne dla podopiecznych, uczą bowiem nowych umiejętności, zwiększają poziom samodzielności i poprawiają samoocenę uczestników.

Motywacje korzystania z pomocy FAR przez podopiecznych były bardzo różne, czasem trudno było wskazać jednoznaczny powód. Najczęstszą przyczyną współpracy z FAR była chęć zdobywania nowych umiejętności (53 osoby). Wiele osób wymieniało także pragnienie spotkania ludzi z podobnymi problemami (33 osoby) oraz poszerzenie swojej wiedzy (25 osób). Jako inne motywacje respondenci wymieniali: chęć spędzenia ciekawie wolnego czasu, kontakt z ludźmi, wzajemna wymiana wiedzy, udzielanie porad, poszukiwanie pracy, wyjście z domu. Uczestnicy badań ponadto stwierdzili, że bez wiedzy i umiejętności zdobytych dzięki uczestnictwu w programach aktywizujących AR gorzej radziłyby sobie w życiu codziennym: 27 osób zaznaczyło odpowiedź „trochę gorzej”, 18 osób – „znacznie gorzej”, 10 osób – „gorzej”, dwie osoby w ogóle nie poradziłyby sobie. Tylko trzech respondentów stwierdziło, iż wiedza, którą zdobyli, nie miała wpływu na ich umiejętności. Interesujące okazały się też odpowiedzi ankietowanych na temat niepowtarzalności informacji, jakie uzyskali dzięki uczestnictwu w programach AR. Aż 23 ankietowanych odpowiedziało przecząco, że mogliby interesujące ich informacje uzyskać z innych źródeł. Natomiast 19 osób stwierdziło, iż mogłoby pozyskać je w inny sposób (od innych osób niepełnosprawnych, lekarza, rehabilitanta, z Internetu czy na podstawie literatury).

Ponadto respondenci stwierdzili, że uczestnictwu w programie Aktywnej Rehabilitacji zawdzięczają: podniesienie sprawności ogólnej (43 osoby), poprawę poziomu samoobsługi (50 osób), poprawę umiejętności jazdy na wózku (38 osób), dowiedzenie się ważnych lub interesujących rzeczy (20 osób), zawarcie znajomości/przyjaźni (39 osób), zdobycie motywacji do pracy nad sobą (8 osób), zdobycie cennego doświadczenia, jakim jest spotkanie osób z podobnym problemem (35 osób), odprężenie psychiczne (20 osób). Wszyscy respondenci określili zgodnie, że otrzymywane wsparcie spełniło ich oczekiwania. Najczęściej pojawiającymi się odpowiedziami dotyczącymi efektów udzielanego wsparcia były: nawiązanie nowych kontaktów, uczestnictwo w życiu towarzyskim, imprezach integracyjnych, wchodzenie w nowe relacje społeczne, szkolenie techniki jazdy na wózku, nauka pokonywania barier architektonicznych, większe usamodzielnienie, podniesienie wiary we własne siły, samoakceptacja niepełnosprawności,

nabywanie nowych umiejętności, poprawa sprawności, ciekawa forma spędzania wolnego czasu, pomoc w znalezieniu pracy, dzielenie się doświadczeniem z innymi, wymiana informacji, porad.

Jak wynika z odpowiedzi na pytania postawione w ankiecie, program Aktywnej Rehabilitacji odgrywa istotną rolę w życiu osób niepełnosprawnych ruchowo. Uczą się oni, jak radzić sobie w codziennym życiu. Poszerzają wiedzę poprzez szkolenia i treningi. Tworzą się nowe sieci wsparcia, których uczestnicy są też wsparciem sami dla siebie. Dzięki temu widzą, że nie oni jedni muszą mierzyć się z problemami, jakie stawia przed nimi rzeczywistość. Stosowana w praktyce koncepcja wzorca osobowego przynosi wymierne efekty. Możliwość nawiązania nowych znajomości, poznania innych niepełnosprawnych osób, ich zainteresowań, sposobów radzenia sobie w życiu społecznym – zwiększa samoakceptację niepełnosprawności, pokazuje potencjał do rozwoju, zmniejsza poczucie alienacji. Działania Aktywnej Rehabilitacji wspierające procesy aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo są wysoko oceniane przez samych zainteresowanych. Okazuje się bowiem, że dorosłe osoby niepełnosprawne ruchowo mają możliwość rozwoju, nabycia nowych umiejętności, poszerzenia kręgu znajomych, wyjścia z izolacji, jaką stwarzają różnorakie bariery.

## 5. Podsumowanie

W koncepcji Z. Kawczyńskiej-Butrym nieodłącznym działaniem mającym na celu ograniczenie skutków niepełnosprawności jest rehabilitacja. Jednym z obszarów jest rehabilitacja społeczna, która polega na podejmowaniu działań zmierzających do eliminowania ograniczeń związanych z funkcjonowaniem społecznym osoby niepełnosprawnej. Jak już wspomniano, codzienne życie osoby niepełnosprawnej, jej funkcjonowanie w społeczeństwie to nieustająca rehabilitacja, wspierana oddziaływaniami rodziny, przyjaciół, znajomych czy instytucji, które umożliwiają i wspomagają przystosowanie się do życia osoby z dysfunkcją ruchową. Działania te są mniej lub bardziej profesjonalne. Dużo zależy również od samej osoby niepełnosprawnej – od tego, czy chce oraz czy potrafi skorzystać ze wsparcia i włączyć się w nurt życia społecznego, zawodowego, czy chce podjąć wysiłek pokonywania barier, korzystając ze swych możliwości i predyspozycji.

Jak podaje Z. Kawczyńska-Butrym, wsparcie społeczne jest określane jako mobilizowanie sił, potencjałów i zasobów. Analogicznie wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym polega na stosowaniu takich form pomocy, aby wskazać im najbardziej optymalną możliwość samodzielnego, aktywnego i twórczego życia. Jak wykazały badania, różnorodne działania wspierające programu Aktywnej Rehabilitacji pomagają osobom niepełnosprawnym po urazie rdzenia dostrzec możliwości samodzielnego rozwiązywania problemów, pokonywania trudności przy wsparciu lub bez pomocy innych osób. Działania aktywizujące

ruchu Aktywnej Rehabilitacji, wykorzystujące koncepcję wzorca osobowego, zmierzają do tego, by osoby niepełnosprawne ruchowo wykorzystywały własne możliwości, zdolności, umiejętności w skutecznym działaniu, by znajdowały w sobie możliwości do podejmowania nowych wyzwań, bycia aktywnym członkiem społeczeństwa. Dzięki programowi Aktywnej Rehabilitacji „wózkowicze” mają możliwość poznania nowych ludzi, zawiązania sieci wsparcia, zmniejszenia poczucia samotności emocjonalnej i społecznej. Również łatwiej następuje reintegracja społeczna.

Z badań Hanny Świdy-Ziemby wynika, że gdyby osoby zdrowe znalazły się w sytuacji osoby niepełnosprawnej, to mogłyby okazać się zbyt słabe, by takiemu wyzwaniu sprostać. Respondenci autorki wyrażali przekonanie, że mogliby

nie znaleźć w sobie samych dość mocy wewnętrznej, by zdać tak trudny życiowy egzamin. Aby sytuacji podołać, potrzebują społecznego wsparcia. Według autorki w świadomości młodego pokolenia Polaków niepełnosprawność nie kojarzy się z brakiem możliwości osiągnięć, jakie są dostępne dla ludzi zdrowych. Kalectwo to nieszczęście, ale zarazem szczególnie rodzaj sytuacji granicznej, w której następuje sprawdzenie wartości człowieka. [...] Jeśli potrafią ten dramat egzystencji przewyciężyć, stanowi to świadectwo ich prawdziwego człowieczeństwa (Ś w i d a - Z i e m b a 1997).

## Bibliografia

- Barbier J.-M. (2006), *Działanie w kształceniu i pracy socjalnej. Analiza podejść*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa, s. 7–27.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2006), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa.
- Gąciarz B., Ostrowska A., Pańków W. (2008), *Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich – uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Raport z badań*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1968), *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*, Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Halpern D. S. (2005), *Social Capital*, Polity Press, Cambridge–Malden.
- Hulek A. (1980), *Badania naukowe nad osobami niepełnosprawnymi i ich znaczenie dla systemu oświatowego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Jagodziński R. (2012), *Idea i założenia systemu Aktywnej Rehabilitacji*, [w:] T. Tasiemski (red.), *Aktywna rehabilitacja. Zwiększanie samodzielności i niezależności życiowej osób po urazie rdzenia kręgowego*, Wydawnictwo Jeden Świat, Warszawa.
- Kantowicz E. (2001), *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1998), *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- Kirenko J. (1995), *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.



- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza, Lublin.
- Kirenko J. (2007), *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Larkowa H. (1987), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa.
- Marynowicz-Hetka E. (2009), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Modrzewski J. (2010), *Wsparcie społeczne jako czynnik wzorujący współczesne scenariusze biograficzne*, [w:] M. Piórunek (red.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Nowak A. (2009), *Bariery w rehabilitacji społecznej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – wybrane konteksty*, [w:] J. Rottermund (red.), *Zagadnienia funkcjonowania z ograniczoną sprawnością*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Ostrowska A., Sikorska J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Ostrowska A., Sikorska J., Gąciarz B. (2001), *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Paszkowicz M. (2009), *Rehabilitacja środowiskowa*, [w:] M. Paszkowicz (red.), *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami*, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra, s. 144–146.
- Pełnoprawni i aktywni* (2012), broszura, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Warszawa.
- Sęk H. (2006), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 61–66.
- Sęk H., Cieślak R. (2006), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 20–21.
- Sowa J. (2005), *Bezradność osoby niepełnosprawnej na tle przestrzeni życiowej*, [w:] Z. Gajdzica, M. Rembierz (red.), *Bezradność. Interdyscyplinarne studium zjawiska w kontekście zmiany społecznej i edukacyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 138–139.
- Świda-Ziemia H. (1997), *Kalectwo – próba charakteru*, [w:] A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Wydawnictwo Żak, Warszawa.
- Tasiemski T. (red.) (2012), *Aktywna rehabilitacja. Zwiększanie samodzielności i niezależności życiowej osób po urazie rdzenia kręgowego*, Wydawnictwo Jeden Świat, Warszawa.

### Akty prawne

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. rezolucją A/RES/61/106 (Dz. U. 2012, poz. 1169).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz. U. 2016, poz. 2046.

Katarzyna Maria Król

**THE ACTIVE REHABILITATION AS A FORM OF A SUPPORT  
FOR A SOCIAL ACTIVATION OF PHYSICALLY DISABLED  
(HANDICAPPED) PEOPLE**

**Abstract.** The appearance of the dysfunction affects in a specific way the functioning of the human, his environment, the relationships with others. A physically disabled person needs skills that allow him/her to regain self-reliance, self-esteem. The activities of many institutions aim at providing equal opportunities, working against all of the many forms of discrimination, social and professional included, against physically disabled/handicapped. However, despite the multiple actions undertaken, the social alienation of the people with various motor dysfunctions can be observed. One of the most interesting initiative that meets the needs and expectations of the handicapped/physically disabled people, especially those after spinal cord injury, is the idea of community/environmental rehabilitation that originated in the United States, and then developed in Sweden as an Active Rehabilitation movement. In Poland, Foundation for Active Rehabilitation (FAR) is an organization that promotes and implements the ideas of an active rehabilitation. It is a non-governmental organization, established on the initiative of "wheelchair users for wheelchair users". In this paper we present the results of research of the effects of various forms of Active Rehabilitation supporting the process of the social activation of the physically disabled, aiming at their inclusion in the mainstream of social life, and the increase of their independence in life. Particular emphasis is placed on the role of personality model in the Active Rehabilitation.

**Keywords:** physical disability, Active Rehabilitation, support, social mobilization, activity.