

Obszary i modele badań nad zjawiskami wykluczania i inkluzji osób z ograniczeniami sprawności

Anna I. Brzezińska
Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Radosław Kaczan, Piotr Rycielski
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

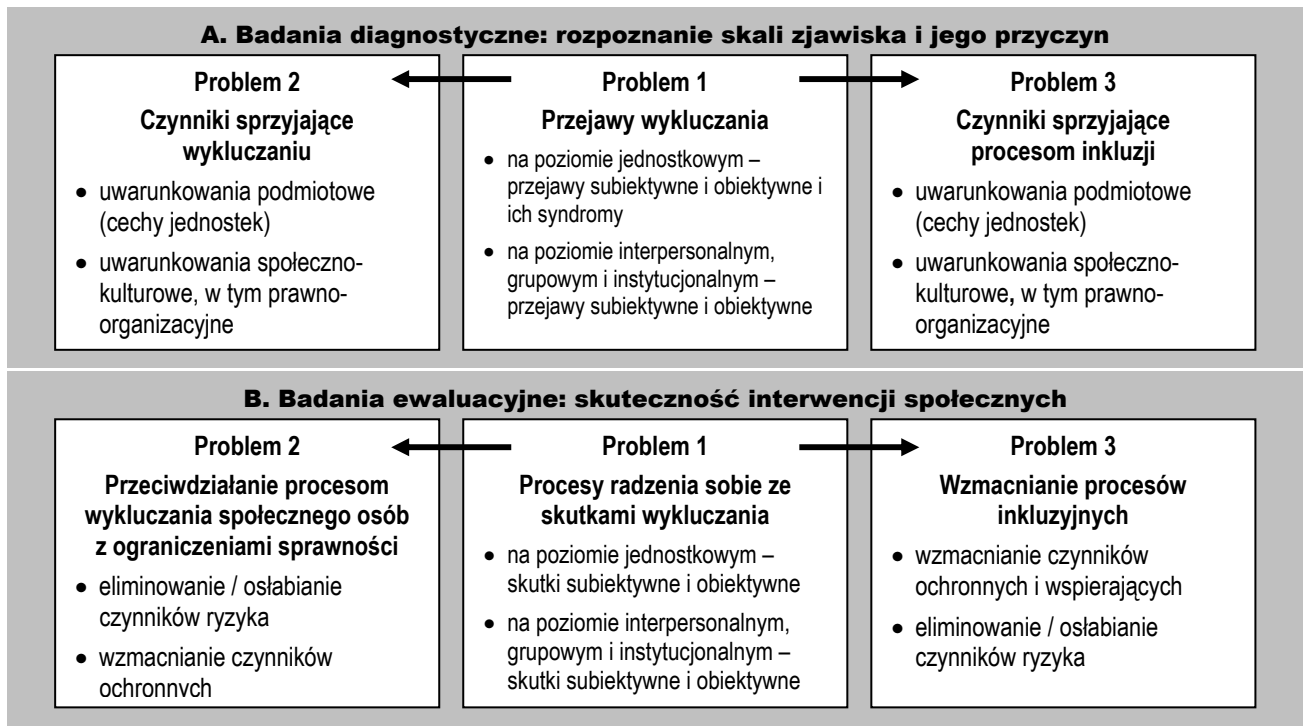
1. Wprowadzenie

Punktem wyjścia do wyodrębnienia obszarów, wymagających badań nad uwarunkowaniami i mechanizmami wykluczania / inkluzji osób doświadczających różnych ograniczeń sprawności, w tym rzadko występujących i sprzężonych oraz o umiarkowanym i znacznym stopniu ograniczenia, były szczególnie analizy wyników badań przeprowadzonych w I etapie projektu, czyli pogłębionych badań indywidualnych, weryfikowane następnie przez dane uzyskane z badań ogólnopolskich prowadzonych w etapie II projektu. Badania indywidualne, zrealizowane w obrębie dziewięciu autonomicznych modułów dostarczyły wielu cennych informacji na temat funkcjonowania dorosłych osób niepełnosprawnych w różnych obszarach¹. Wyniki tych badań zestawione z dostępnymi w literaturze przedmiotu wynikami badań innych autorów były podstawą do wskazania przez nas swoistych „białych plam” i luk w dotychczasowej wiedzy na temat funkcjonowania osób niepełnosprawnych (por. Brzezińska, Kaczan, Smoczyńska (red.), 2010a, 2010b; Brzezińska, Pluta, Rycielski (red.), 2010a, 2010b). Nasze propozycje dotyczą meta-poziomu, a mianowicie badań z jednej strony nad układami czynników ryzyka sprzyjających wykluczeniu osób niepełnosprawnych z różnych obszarów życia społecznego, w tym z rynku pracy, a z drugiej strony nad czynnikami temu wykluczeniu przeciwdziałającymi oraz inicjującymi i ułatwiającymi inkluzję osób wykluczonych lub wykluczeniem zagrożonych.

2. Obszary badań nad uwarunkowania wykluczania i inkluzji osób z ograniczeniami sprawności

Można wyróżnić trzy podstawowe obszary badawcze związane ze zjawiskiem wykluczania / inkluzji osób z ograniczeniami sprawności (por. Rys. 1.): (1) **przejawy** (i ich syndromy) wykluczania / inkluzji, (2) **uwarunkowania** (geneza i mechanizmy) procesu wykluczania / inkluzji i dynamiki jego przebiegu oraz (3) **konsekwencje** wykluczania / inkluzji. Istotne jest, by badaniami i potem analizami objąć zarówno wymiar jednostkowy, jak i społeczny tego zjawiska, tak na poziomie interpersonalnym grupowych i instytucjonalnym, jak i na poziomie lokalnych wspólnot (społeczności) i regionów.

¹ Wyniki badań modułowych prezentujemy szczegółowo w monografiach i artykułach naukowych, upowszechniających efekty projektu – patrz www.aktzywizacja@swps.edu.pl oraz www.scholar.com.pl



Rys. 1. Wykluczanie społeczne / inkluzja osób z ograniczeniami sprawności i jego uwarunkowania: obszary badań
Źródło: opracowanie własne

Badania, zarówno o charakterze rozpoznania problemu (diagnostyczne), jak i towarzyszące projektom podejmującym próby rozwiązania problemu (badania ewaluacyjne, np. typu *action research*) powinny koncentrować się na **podstawowych obszarach funkcjonowania ludzi dorosłych**, tj. na domenie „rodzina i związki z ludźmi”, „nauka, praca, zajęcie” oraz „czas wolny, odpoczynek, rekreacja” (por. Brzezińska, Kaczan, Rycielska, 2010a), a **nie tylko na obszarze aktywności zawodowej**, nawet jeżeli ich głównym celem jest znalezienie odpowiedzi na pytania:

- (1) o przyczyny niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w ogóle, a szczególnie na otwartym rynku pracy,
- (2) o przyczyny nieposzukiwania pracy czyt niskiej psychicznej gotowości do jej podejmowania,
- (3) o przyczyny rezygnowania z pracy czy trudności w jej utrzymaniu.

Nasze badania (Brzezińska, Kaczan, Rycielska, 2010b; Iwański, Owczarek, 2010; Piotrowski, 2010; Smoczyńska, 2010; Wiszejko-Wierzbička, 2010) pokazały, że poziom aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności jest istotnie powiązany nie tylko z takimi czynnikami, jak poziom wykształcenia i posiadane kompetencje, ale także z takimi, jak stan cywilny i posiadanie dzieci, posiadanie znajomych, aktywność społeczna w lokalnej społeczności i w internecie. Generalnie sfera funkcjonowania społecznego i związane z nią kompetencje to istotny zasób w planowaniu polityki społecznej wobec osób z ograniczeniami sprawności – w różnym wieku, z różnych środowisk i o różnym poziomie wykształcenia - zagrożonych wypadaniem nie tylko i nie tyle z rynku pracy, co wypadaniem z naturalnych sieci społecznych. Kompetencje społeczne zdobyte w naturalnych relacjach rodzinnych i

sąsiedzkich oraz w grupach rówieśniczych i towarzyskich stanowią ważny, w jakimś sensie podstawowy i „początkowy”, kapitał osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i pracującej. Jest to jej swoisty wkład (*input*) umożliwiający lub ograniczający budowanie kolejnych relacji i związków społecznych.

Drugi ważny obszar wymagający podejmowania pogłębianych badań – diagnostycznych oraz towarzyszących interwencjom czyli ewaluacyjnych – to problem **dostosowania różnych form wsparcia**, w tym różnych form aktywizacji społecznej czy zawodowej do swoistych potrzeb osoby, wynikających z tego, w jakim aktualnie etapie radzenia sobie z własną niepełnosprawnością się znajduje. Stan psychofizyczny i samopoczucie to ważne czynniki wyznaczające poziom aktywności życiowej, w tym zawodowej. Nasze badania pokazują (Wolski, 2010), że zapotrzebowanie na różne formy wsparcia i pomocy w zakresie poszukiwania i utrzymania pracy jest odmienne u osób znajdujących się w różnych fazach procesu radzenia sobie z własną niepełnosprawnością i o różnym stosunku do upływającego czasu. Za istotny czynnik sprzyjający procesom marginalizowania i wykluczania uznać można tzw. reaktywną orientację temporalną (Brzezińska, Kaczan, Rycielska, 2010b), powiązaną z nadmierną koncentracją na przeszłości i unikaniem podejmowania wyzwań, a więc i unikania ryzyka.

Trzeci ważny obszar dotyczy **osób młodych, wkraczających w dorosłość** czyli w wieku późnej adolescencji oraz tzw. wylaniającej się dorosłości i wczesnej dorosłości – ogólnie w wieku między 18 a 35 rokiem życia. Badania K. Piotrowskiego (2010) pokazały, że okresem krytycznym z punktu widzenia kształtowania się gotowości do podejmowania pracy są lata między 24 a 26 rokiem życia. Wtedy bowiem zwykle kończy się czas kształtowania podstaw dorosłej tożsamości i rozpoczyna czas samodzielnego podejmowania różnych ról społecznych. Badania pokazały, iż w tym okresie zaczynają się różnicować ścieżki życiowe młodych osób z ograniczeniami sprawności i osób sprawnych. Badań wymagałyby przyczyny tego stanu rzeczy – można tu postawić kilka alternatywnych względem siebie pytań:

- (1) czy jest to skutek braku adekwatnych do potrzeb **młodych** osób niepełnosprawnych ofert rynku pracy albo braku wiedzy o nich czy też utrudnionego do nich dostępu?
- (2) czy może jest to efekt braku gotowości (brak odpowiednich kompetencji profesjonalnych) lub braku poczucia gotowości (brak odpowiednich kompetencji osobistych) do podjęcia dorosłych ról społecznych u **młodych** osób niepełnosprawnych?
- (3) czy może jest to problem braku odpowiedniego poziomu rzeczywistej autonomii **młodych** osób niepełnosprawnych w stosunku do swej rodziny pochodzenia, co świadczyłoby o niepowodzeniu rozwojowym w zakresie przebudowania relacji z rodzicami z relacji „dorastający – dorosły” na relacje „dorosły – dorosły”?

To właśnie uzyskiwanie autonomii w stosunku do rodziców czy opiekującego się rodzeństwa bądź innych osób i rozpoczynanie samodzielnego życia wydaje się kluczową kwestią w rozwoju młodych osób niepełnosprawnych. Do chwili osiągnięcia 24-26 roku życia nie jest to kwestia szczególnie istotna z punktu widzenia rozwoju tożsamości, ale w kolejnych latach nabiera dużego znaczenia. Z tego też powodu wszelkie działania mające na celu wspieranie osób niepełnosprawnych w procesie uzyskiwania samodzielności zasługują na jak największe wsparcie. Kwestia ta, jakkolwiek często poruszana, pozostaje w badaniach naukowych na ogół ma poziomie ogólnikowych stwierdzeń, że w przypadku osób niepełnosprawnych osiągnięcie samodzielności stanowi trudność. Brak jest danych, zwłaszcza z badań podłużnych, dzięki którym możliwe byłoby określenie najważniejszych czynników związanych z tym stanem rzeczy.

Czwarty obszar badań, jaki wskazujemy to **sytuacja kobiet** z różnymi ograniczeniami sprawności. Mimo wyższego poziomu wykształcenia niż mężczyźni i wyższego niż u nich poziomu aspiracji ich obecność na rynku pracy jest mniejsza. Jak wskazują nasze badania ogólnopolskie i wykonane analizy (Oleksy-Sanocka, 2010, s. 90): „kobiety mają wysoką motywację, która wyraża się w chęci zdobywania wykształcenia, podjęcia zatrudnienia i raczej ogólnego zadowolenia z relacji z bliskim otoczeniem. Z jakiegoś jednak powodu w mniejszym stopniu niż mężczyźni uczestniczą w rynku pracy. Należałoby się zastanowić, jakie działania aktywizacyjne należałoby podjąć, aby pomóc tej grupie w znalezieniu zatrudnienia oraz wesprzeć w umiejętności radzenia sobie z konkurencją na rynku pracy.”. Tutaj obszarem pogłębionych badań diagnostycznych powinny stać się autostereotypy kobiet niepełnosprawnych w różnym wieku oraz stereotypy na ich temat u osób w ich najbliższym otoczeniu oraz u potencjalnych pracodawców i współpracowników (por. Bedyńska, Rycielski, 2010).

I wreszcie piąty, obszar to szczególna sytuacja psychologiczna, społeczna i zawodowa **osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz z niepełnosprawnością jako skutkiem zaburzeń psychicznych**, kiedy to obniżona w sposób trwały bądź czasowy jest możliwość kontroli własnych procesów umysłowych, emocji i zachowania. W przypadku obu tych grup szczególnie silnie działa mechanizm błędnego koła wykluczający je ze społeczności, a wtórnie ograniczający okazje do nabywania nowych kompetencji i powodujący dystrofię już posiadanych, co w konsekwencji najczęściej uniemożliwia podejmowanie pracy z powodu braku wymaganych kwalifikacji i profesjonalnych kompetencji (por. Brzezińska, Zwolińska, 2010).

Generalnie jednak rekomendujemy prowadzenie **badania podłużnych**, pozwalających na obserwowanie danego zjawiska prawie *in statu nascendi*, a przynajmniej badań wg schematu *ex post facto*, polegającego na rekonstruowaniu historii życia osób badanych. Pozwoli to na odkrycie nie tylko zbioru istotnych dla badanego zjawiska czynników, ale przede wszystkim umożliwi postawienie hipotez, co do

mechanizmów odpowiedzialnych za jego dynamikę, tempo i logikę rozwoju. A dopiero to jest podstawa do projektowania potencjalnie bardziej skutecznych programów interwencji, nastawionych na zmianę – funkcjonowania osoby i/lub jej otoczenia.

Tab. 1 wskazuje te obszary, które naszym zdaniem, wymagałyby pogłębionych badań diagnostycznych, podjęcia odpowiednich interwencji oraz uruchomienia badań ewaluacyjnych czyli tym interwencjom towarzyszącym i je weryfikującym.

Tab. 1. Propozycje kluczowych projektów badań nad uwarunkowaniami i mechanizmami ekskluzji i inkluzji osób z ograniczeniami sprawności

PROBLEM	CEL BADAŃ	GRUPA BADANA	POTENCJALNA UŻYTECZNOŚĆ
Przebieg ścieżek rozwojowych osób z różnymi co do: (1) przyczyn, (2) stopnia, (3) rodzaju, (4) charakteru (rzadkie / powszechne, proste / złożone) ograniczeniami sprawności	<ul style="list-style-type: none"> wskazanie tzw. okresów sensytywnych / krytycznych dla kształtowania się kluczowych dla każdego okresu rozwojowego kompetencji związanych z kształtowaniem się gotowości do pracy i postawą przedsiębiorczości wskazanie objawów odchylenia do „typowej” ścieżki rozwojowej” identyfikacja czynników (determinant i uwarunkowań) związanych z tymi odchyleniami 	<ul style="list-style-type: none"> badania powinny obejmować dzieci w różnym wieku, młodzież i osoby dorosłe osoby z wrodzoną i nabytą w różnych okresach rozwojowych niepełnosprawnością 	<ul style="list-style-type: none"> podstawa dla projektów o charakterze profilaktycznym – związanych z tworzeniem warunków dla nabywania kompetencji kluczowych związanych z budowaniem gotowości do pracy podstawa projektów edukacyjnych dla rodzin, opiekunów i nauczycieli dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności podstawa projektów dotyczących szkoleń dla osób dorosłych przygotowujących ich do pracy podstawa projektów dotyczących szkoleń dla specjalistów – lekarzy orzeczników, lekarzy rodzinnych, psychologów, pedagogów, doradców zawodowych, pracowników socjalnych
Czynniki i mechanizmy kształtowania się systemu negatywnych i nieadaptacyjnych przekonań o sobie, innych ludziach i świecie	<ul style="list-style-type: none"> wskazanie ważnych doświadczeń i indywidualnych uwarunkowań powiązanych z powstawaniem przekonań wskazanie momentów sensytywnych dla nabywania danej grupy przekonań 	<ul style="list-style-type: none"> osoby dorosłe w różnym wieku w grupach różniących się momentem nabycia niepełnosprawności 	<ul style="list-style-type: none"> podstawa do wprowadzania planów pracy, które uwzględniają mechanizmy powstawania negatywnych przekonań podstawa do oceny skuteczności programów, terapeutycznych,

	<ul style="list-style-type: none"> • badanie mechanizmów wrażliwości na zmianę systemu przekonań pod wpływem różnych czynników korygujących np. doświadczeń życiowych, w tym zawodowych, rehabilitacji, terapii 		<p>rehabilitacyjnych i integracyjnych ze względu na ich wpływ na system przekonań</p>
<p>Badanie nad indywidualną i społeczną efektywnością kierowanych do osób z ograniczeniami sprawności form wsparcia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • opracowanie baterii wskaźników i narzędzi do badania efektywności oferowanych / wykorzystywanych form wsparcia • badania nad czynnikami społeczno-kulturowymi, ekonomicznymi i organizacyjnymi związanymi z dostępnością wsparcia, informowaniem o nim oraz sposobami jego dystrybucji na różnych poziomach, m.in. lokalnym, regionalnym, ponadregionalnym • badania nad czynnikami podmiotowymi warunkującymi gotowość do korzystania ze wsparcia, w tym nad motywacją i gotowością do poszukiwania i przyjmowania wsparcia oraz nad systemem przekonań osób z różnymi ograniczeniami sprawności (opracowanie narzędzi do diagnozy zwłaszcza przekonań nieadaptacyjnych, utrudniających aktywne poszukiwanie oraz korzystanie z oferowanego wsparcia bez uzależniania się od formy pomocy) 	<ul style="list-style-type: none"> • wszyscy beneficjenci programów aktywizacji i wsparcia • wykonawcy zatrudnieni przy programach aktywizacji i wsparcia 	<ul style="list-style-type: none"> • podstawa do oceny skuteczności programów aktywizacji • podstawa do wyłaniania najbardziej skutecznych programów aktywizacji • podstawa do budowania programów specyficznych do potrzeb określonych grup beneficjentów
<p>Rola aktywności fizycznej, społecznej i poznawczej w rehabilitacji osób ze znaczną niepełnosprawnością, spowodowaną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaburzeniami psychicznymi • niepełnosprawnością intelektualną • chorobami 	<ul style="list-style-type: none"> • wskazanie na związki każdego z typów aktywności z poprawą funkcjonowania somatycznego i psychicznego • wskazanie na rolę określonych typów aktywności na poszczególnych etapach 	<ul style="list-style-type: none"> • osoby dorosłe, które nabyły niepełnosprawność po okresie dojrzewania lub u których choroba / niepełnosprawność ujawniła się po tym okresie 	<ul style="list-style-type: none"> • opracowanie najbardziej skutecznych metod rehabilitacji w każdej z wymienionych sytuacji • przygotowanie narzędzi i procedur oraz systemu szkoleń dla osób pomagających • wprowadzenie pilotażowych programów

<p>neurologicznymi</p> <ul style="list-style-type: none"> • poważnymi uszkodzeniami narządu ruchu, słuchu i wzroku 	<p>rehabilitacji</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie nad przydatnością różnych form aktywności w aktywizacji społecznej i zawodowej u ludzi z różnych grup wiekowych 		<p>w szpitalach, na turnusach rehabilitacyjnych, placówkach opiekuńczych i leczniczych</p>
<p>Układy czynników sprzyjających podwójnemu wykluczeniu osób z ograniczeniami sprawności czyli dodatkowo ze względu na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • płeć • starszy wiek • nietypowość / rzadkość niepełnosprawności, sprzężenie • widoczność dla otoczenia • przynależność do grup mniejszościowych (religijnych, etnicznych, ze względu na orientację seksualną) 	<ul style="list-style-type: none"> • ustalenie zbioru czynników specyficznych dla określonych grup osób i niespecyficznych (uniwersalnych, wspólnych dla wszystkich grup) i odpowiedzialnych za uruchomienie mechanizmu błędnego koła wykluczania • ustalenie zasobów osób / grup i ich otoczenia poddanych mechanizmom podwójnego wykluczania 	<ul style="list-style-type: none"> • osoby w różnym wieku z wymienionych grup zagrożenia ryzykiem podwójnego wykluczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • możliwość konstruowania projektów interwencji nastawionych na otoczenie w/w osób w celu zmiany mechanizmu spostrzegania tych osób czyli zmiany dotyczącego ich systemu przekonań • konstruowanie projektów dotyczących radzenia sobie ze skutkami doświadczania stygmatyzowania, marginalizowania, dyskryminowania i wykluczania

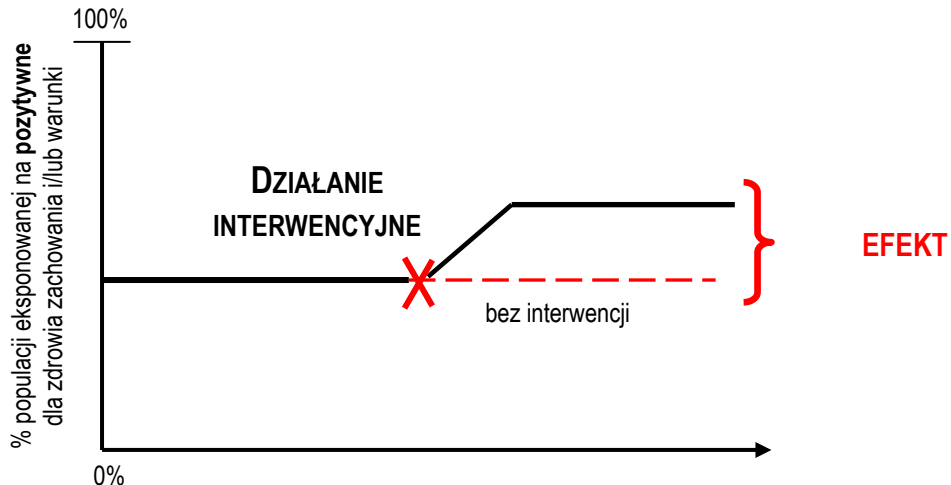
Źródło: opracowanie własne.

3. Modele badań nad uwarunkowania wykluczania i inkluzji osób niepełnosprawnych

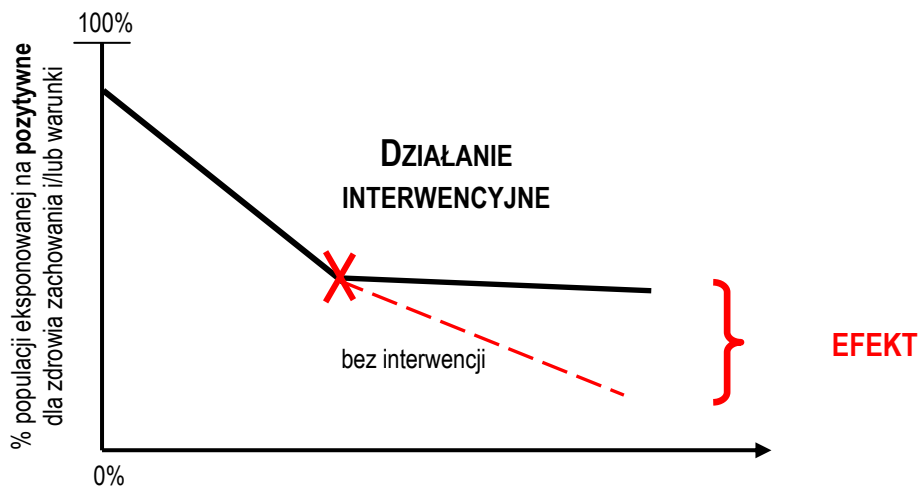
Analiza czynników związanych z mechanizmami wykluczania / inkluzji pozwala na wyróżnienie dwóch klas czynników: działających pozytywnie (czynniki ochronne i wspierające proces wprowadzania zmian) i działających negatywnie (czynniki ryzyka oraz zakłócające proces prowadzenia zmian) Programy działań społecznych kierowanych na osoby niepełnosprawne i/lub ich otoczenie mogą być nastawione z kolei na wzmocnienie lub osłabianie działania owych czynników. Daje to nam cztery możliwe strategie działania (por. Leowski, 2008; por. Brzezińska, 2009):

- (1) strategie nastawione na zainicjowanie lub spowodowanie wzrostu czynników działających pozytywnie,
- (2) strategie nastawione na zapobieganie zmniejszaniu się (osłabianiu) oddziaływania czynników pozytywnych dla danego zjawiska,
- (3) strategie nastawione na eliminowanie, ograniczanie, spowolnianie lub osłabianie działania czynników negatywnych,
- (4) strategie nastawione na zahamowanie lub spowolnienie wzrostu czynników działających negatywnie.

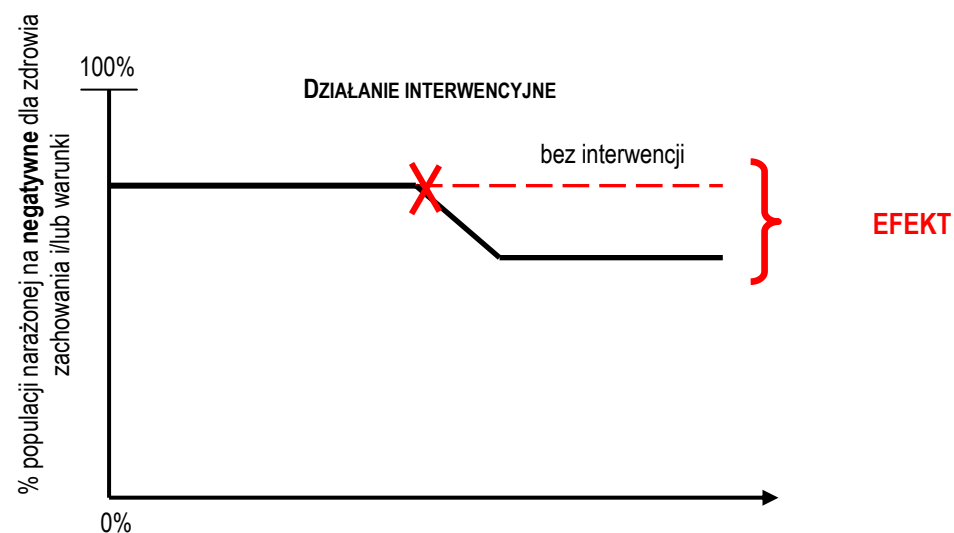
Rys. 2a – 2d prezentują te strategie.



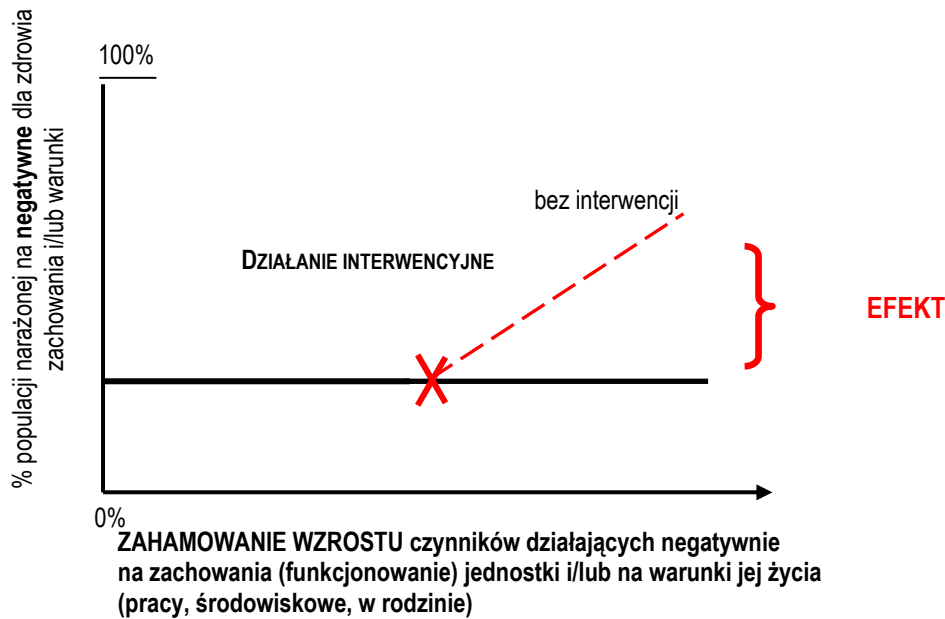
Rys. 2a. SPOWODOWANIE WZROSTU czynników działających pozytywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)



Rys. 2b. ZAPOBIEGANIE ZMNIEJSZANIU SIĘ czynników działających pozytywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)



Rys. 2c. OGRANICZENIE czynników działających negatywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)



Każda ze strategii ma swoje procedury działania, każda też odpowiada na inne zapotrzebowanie społeczne. To od wyników diagnozy zależy to jaki cel zostanie uznany za priorytetowy, a zatem i to, jaką strategię należy wybrać. Tab. 2. podaje ich szczegółową charakterystykę w odniesieniu do problemów wykluczania / inkluzji osób z ograniczeniami sprawności.

Tab. 2. Cztery strategie działania mające na celu zwiększanie aktywności społecznej i zawodowej oraz zapobieganie bierności i wykluczeniu

UKŁAD ZWIĘKSZAJĄCY SZANSE NA AKTYWNOŚĆ ZAWODOWĄ I PARTYCYPACJĘ SPOŁECZNĄ	UKŁAD ZMNIJSZAJĄCY RYZYKO BIERNOŚCI ZAWODOWEJ I WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO
<p>SPOWODOWANIE WZROSTU czynników działających pozytywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)</p> <p>Poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podnoszenie poziomu wykształcenia • oddziaływanie na rodzinę - zmiana sposobu wychowania • podnoszenie świadomości zdrowotnej • podnoszenie świadomości obywatelskiej, w tym prawnej • likwidacja barier i stosowanie pro-inkluzyjnych mechanizmów zatrudniania <p>IDEA: głównym wątkiem są działania edukacyjne, a na poziomie instytucji promowanie i wprowadzanie realnych zachęć</p>	<p>ZAHAMOWANIE WZROSTU czynników działających negatywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)</p> <p>Poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • udzielenie wsparcia psychologicznego (zahamowanie rozwoju nieadaptacyjnych przekonań i negatywnych stereotypów) • psychoterapia i farmakoterapia (zahamowanie wystąpienia zaburzeń nastroju i zaburzeń zachowania) • szybkie dostarczenie „proteż” społecznych i fizycznych (nie dopuszczanie do sytuacji pojawienia się wykluczenia i szczególnie - autowykluczenia) • proponowanie różnych aktywności podejmowanych razem z innymi ludźmi w okresie przed aktywnym powrotem na rynek pracy (nie czekamy aż zakończy się proces leczenia czy rehabilitacji lub zostanie formalnie orzeczone niepełnosprawność) <p>IDEA: głównym wątkiem są działania profilaktyczne i uprzedzające pojawienie się i rozwój / eskalację zjawisk negatywnych</p>

UKŁAD ZWIĘKSZAJĄCY SZANSE NA POWRÓT DO AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ ORAZ INKLUZJĘ SPOŁECZNĄ	UKŁAD OSŁABIAJĄCY (ŁAGODZĄCY) NEGATYWNE SKUTKI BIERNOŚCI ZAWODOWEJ I WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO
<p style="text-align: center;">ZAPOBIEGANIE ZMNIEJSZANIU SIĘ czynników działających pozytywnie na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)</p> <p>Poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostarczenie wsparcia poprzez poradnictwo psychologiczne, życiowe i zawodowe • proponowanie aktywności, dzięki którym można utrzymać poziom dotychczasowych kompetencji (zapobieganie dystrofii / atrofii kompetencji) • proponowanie działań dających możliwość utrzymywania poczucia sprawstwa i wysokiej samooceny • dostarczenie okazji do budowania nowych sieci społecznych i wsparcie w utrzymaniu już posiadanych • wspieranie zachowań prozdrowotnych związanych z całością funkcjonowania fizycznego i psychicznego (w tym dbanie o zdrowie i wygląd) <p>IDEA: głównym wątkiem są działania chroniące zasoby oparte na modelu rehabilitacji społecznej i psychologicznej</p>	<p style="text-align: center;">OGRANICZENIE CZYNNIKÓW DZIAŁAJĄCYCH NEGATYWNIE na zachowania (funkcjonowanie) jednostki i/lub na warunki jej życia (pracy, środowiskowe, w rodzinie)</p> <p>Poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitacja medyczna – zapobieganie dalszej utracie sprawności • właściwa opieka medyczna – zapobieganie na tyle, na ile się da pogarszaniu się stanu zdrowia i pojawianiu się dodatkowych schorzeń (ograniczenia zjawiska sprzężonej niepełnosprawności, ograniczenie pojawiania się objawów wtórnych) • aktywizująca opieka socjalna – zwiększanie dostępności i różnorodności ofert w domach dziennego pobytu, domach pomocy społecznej, klubach, ośrodkach aktywności społecznej <p>IDEA: głównym wątkiem są działania opiekuńcze i zabezpieczające, podejmowane przez instytucje lokalne - samorządowe i pozarządowe, które w zakresie swoich działań muszą włączyć również pomoc medyczną</p>

Źródło: opracowanie Radosław Kaczan i Anna I. Brzezińska

Literatura

- Bedyńska, S., Rycielski, P. (2010). *Kim jestem? Wsparcie funkcjonowania psychospołecznego osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.
- Brzezińska, A. I. (2009). *Rodzaje działań interwencyjnych*. Warszawa: SWPS (materiał niepublikowany).
- Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Rycielska, L. (2010a). *Przekonania o swoim życiu. Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.
- Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Rycielska, L. (2010b). *Czas, plany, cele. Perspektywa czasowa i orientacje temporalne osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.
- Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Smoczyńska, K. (red.). (2010a). *Sytuacja i potrzeby osób z ograniczeniami sprawności rzadkimi i sprzężonymi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Smoczyńska, K. (red.). (2010b). *Oferty i możliwości pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności rzadkimi i sprzężonymi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. I., Pluta, J., Rycielski, P. (red.). (2010a). *Wsparcie i aktywizacja zawodowa specyficznych grup osób niepełnosprawnych w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. I., Pluta, J., Rycielski, P. (red.). (2010b). *Rekomendacje dla działań wspierających integrację społeczną i zawodową osób z ograniczoną sprawnością*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. I., Zwolińska, K. (2010). Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych. *Polityka Społeczna*, 2, 16-22.
- Iwański, J., Owczarek, D. (2010). *Potrzeba bycia rozumianym. Komunikacja społeczna i funkcjonowanie w grupie osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.
- Leowski, J. (2008). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. Warszawa: CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe

Brzezińska, A. I., Kaczan, R., Rycielski, P. (2010). Obszary i modele badań nad zjawiskami wykluczania i inkluzji osób z ograniczeniami sprawności. Numer monograficzny *Polityki Społecznej* pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 58-62.

Oleksy-Sanocka, B. (2010). Problem wielokrotnej dyskryminacji kobiet i dziewcząt w grupie osób niepełnosprawnych. W: Brzezińska, A. I., Pluta, J., Rycielski, P. (red.). (2010). *Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności. Wyniki badań*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar

Piotrowski, K. (2010). *Wkraczanie w dorosłość. Tożsamość i poczucie dorosłości młodych osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.

Smoczyńska, K. (2010). *Przestrzenie relacji społecznych. Osoby z ograniczeniami sprawności w społecznościach lokalnych i wirtualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.

Wiszejko-Wierzbicka, D. (2010). *Niewykorzystana sfera. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.

Wolski, P. (2010). *Utrata sprawności. Radzenie sobie z nabytą niepełnosprawnością a aktywizacja zawodowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar / EFS.