



Savoir - vivre wobec osób ze szczególnymi potrzebami

Skrypt szkoleniowy



Spis treści

Savoir - vivre wobec osób ze szczególnymi potrzebami.....	1
Wstęp do skryptu - ogólne informacje o niepełnosprawności.....	4
Niepełnosprawność wzroku.....	14
Klasyfikacja.....	14
Konsekwencje uszkodzenia wzroku.....	14
Komunikacja z osobami z niepełnosprawnością wzroku.....	15
Prowadzenie osoby niewidomej.....	16
Wsparcie edukacyjne studentów z niepełnosprawnością wzrokową.....	17
Występujące trudności.....	17
Spektrum autyzmu.....	19
Cechy charakterystyczne.....	19
Komunikacja z osobami w spektrum autyzmu.....	20
Wsparcie edukacyjne osób w spektrum autyzmu.....	21
Kryzys zdrowia psychicznego.....	22
Zaburzenia psychiczne, a zaburzenia rozwojowe - podział.....	22
Kontekst edukacyjny – zaburzenia nastroju.....	23
Zburzenia lękowe.....	24
Zaburzenia Psychotyczne.....	25
Komunikacja z osobą agresywną werbalnie i fizycznie.....	26
Komunikacja z osobą w lęku.....	27
Komunikacja z osobą psychotyczną.....	27
Komunikacja z osobą w manii.....	28
Komunikacja z osobą w kryzysie samobójczym.....	29
Komunikacja z osobą z niepełnosprawnością słuchu.....	32
Wsparcie edukacyjne studentów z niepełnosprawnością słuchową	33
Niepełnosprawność ze względu na narząd ruchu.....	34
Bariery.....	34
Występujące trudności.....	35
Komunikacja z osobą z niepełnosprawnością ruchową.....	35
Niepełnosprawności niewidoczne.....	38
Komunikacja z osobami z niepełnosprawnościami niewidocznymi.....	38
Występujące trudności.....	39

Wstęp do skryptu - ogólne informacje o niepełnosprawności

Kim jest osoba z niepełnosprawnością polskie prawo

Zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Systemy orzecznicze

W Polsce mamy stosunkowo skomplikowany system orzeczniczy. Najczęściej możemy spotkać orzeczenia wydawane przez dwa rodzaje podmiotów.

- Powiatowe Zespoły Orzekające o Niepełnosprawności i/lub w II instancji czyli Wojewódzkie Zespoły Orzekające o Niepełnosprawności – orzeczenie do celów poza rentowych, dalszej rehabilitacji;
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych – orzecznictwo do celów rentowych.

Poza tymi orzeczeniami można jeszcze spotkać tzw. orzeczenia resortowe wydawane przez

KRUS, MON, MSWiA dla celów rentowych.

Wszystkie organy wydają orzeczenia w skali trzystopniowej. Jednak jest ona zróżnicowana pod względem brzmienia. Stopniowanie prezentuje się jak w poniższej tabeli:

Dawny system Orzeczenia Komisji Lekarskich ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia	Powiatowe Zespoły ds. Orzekania (obecny)	ZUS i KRUS orzecznictwo do celów rentowych (obecny)
I grupa	Znaczny	Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji
II grupa	Umiarkowany	Całkowita niezdolność do pracy
III grupa	Lekki	Częściowa niezdolność do pracy

Ważnym jest fakt, że wszystkie orzeczenia są równoważne. Jedna osoba może mieć różny stopień na orzeczeniu wydanym przez Powiatowe Zespoły ds. Orzekania lub ZUS i KRUS orzecznictwo do celów rentowych. W takiej sytuacji może posługiwać się tym, które jest dla niej w danej sytuacji korzystniejsze.

Orzeczenia wydawane przez Powiatowe Zespoły ds. Orzekania poza stopniem zawierają jeszcze symbol określający rodzaj niepełnosprawności:

- **01-U** – niepełnosprawność intelektualna;
- **02-P** – kryzys zdrowia psychicznego;
- **03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;
- **04-O** – choroby narządu wzroku;
- **05-R** – niepełnosprawność narządu ruchu;
- **06-E** – epilepsja w postaci nawracających napadów padaczkowych spowodowanych różnymi czynnikami etiologicznymi lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi;
- **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 schorzenia, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, choroby układu krwiotwórczego i inne.
- **12-C** – całościowe zaburzenia rozwojowe, powstałe przed 16. rokiem życia, z utrwalonymi zaburzeniami interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz stereotypiami zachowań, zainteresowań i aktywności o co najmniej umiarkowanym stopniu nasilenia.

Warto zauważyć, że system taki nie opisuje funkcjonalnych następstw niepełnosprawności a jedynie wąsko klasyfikuje zgodnie z medycznymi objawami powód niepełnosprawności.

Inne spojrzenie na definiowanie niepełnosprawności

Takie podejście do orzekania wynika z przyjętego kiedyś modelu medycznego niepełnosprawności. Upatruje on problem w osobie z niepełnosprawnością. Żeby zobaczyć szerzej ten problem warto przejść do modelu funkcjonalnego / interaktywnego. Różnice pomiędzy oboma podejściami obrazuje tabela poniżej:

Model medyczny	Model prawocząłowieczy
Niepełnosprawność to niedobór anormalność	Niepełnosprawność to różnica
Fakt bycia niepełnosprawnym jest negatywny.	Fakt bycia Osobą z Niepełnosprawnością sam w sobie jest neutralny.
Niepełnosprawność lokuje się w danej osobie.	Niepełnosprawność wywodzi się ze wzajemnego oddziaływania danej osoby i społeczeństwa.
Usuwanie problemów związanych z niepełnosprawnością polega na leczeniu danej osoby lub dostosowywaniu jej do normy.	Usuwanie problemów związanych z niepełnosprawnością polega na dostosowaniu środowiska do potrzeb danej osoby. Dostosowanie to jest zagwarantowane prawnie.
Czynnikiem sprawczym poprawy jest specjalista. Osoba z Niepełnosprawnością jest biernym odbiorcą wsparcia (jest pacjentem lub podopiecznym).	Czynnikiem sprawczym poprawy powinna być dana Osoba z Niepełnosprawnością, zgodnie z zasadą podmiotowości (nic o nas bez nas) i niezależnego życia.

Model prawocząłowieczy bardziej stawia nacisk na faktyczne bariery funkcjonalne występujące w związku z daną niepełnosprawnością. Upatrując ich występowania na styku pomiędzy osobą z niepełnosprawnością, a ogółem społeczeństwa.

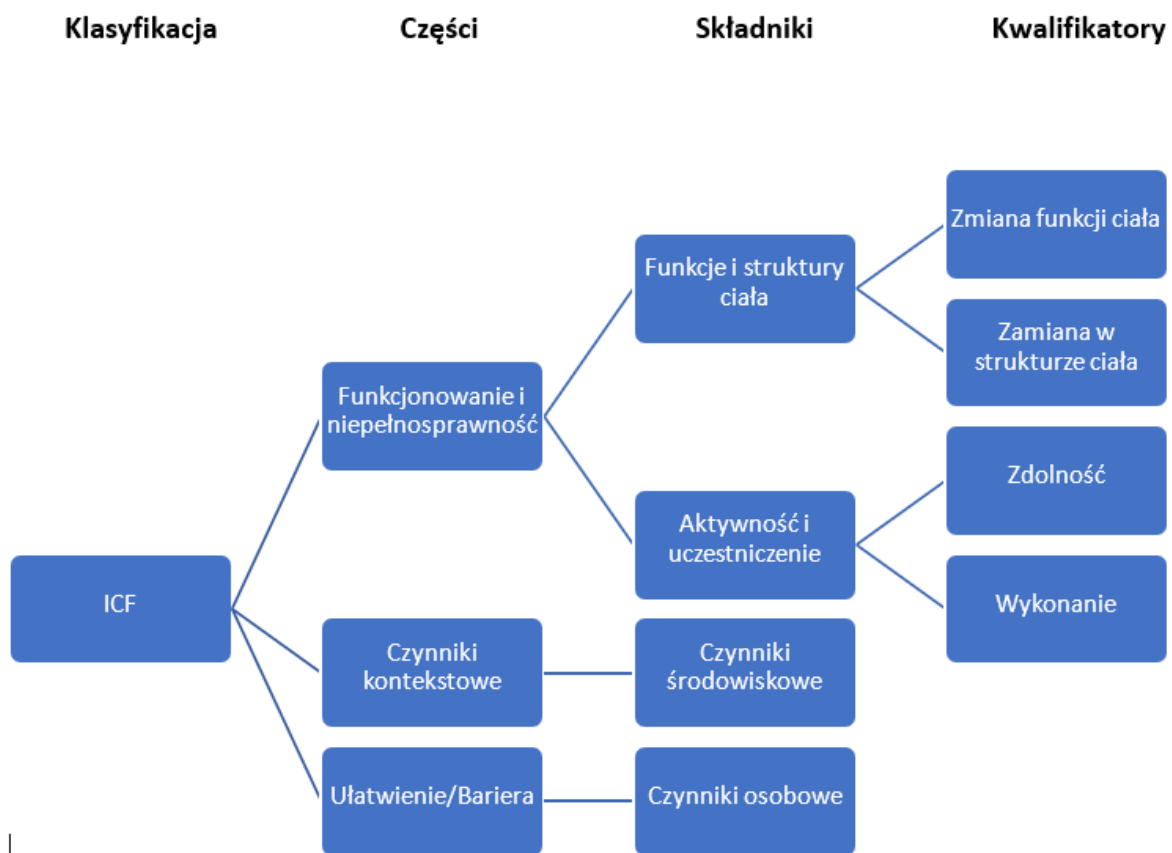
Inne podejście do klasyfikowania i opisywania niepełnosprawności

Sposobem opisanie i sklasyfikowania rodzajów niepoprawności z punktu widzenia funkcjonalnego podejmuje Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF - International Classification of Functioning Disability and Health)

We wstępie do opracowania klasyfikacji możemy przeczytać:

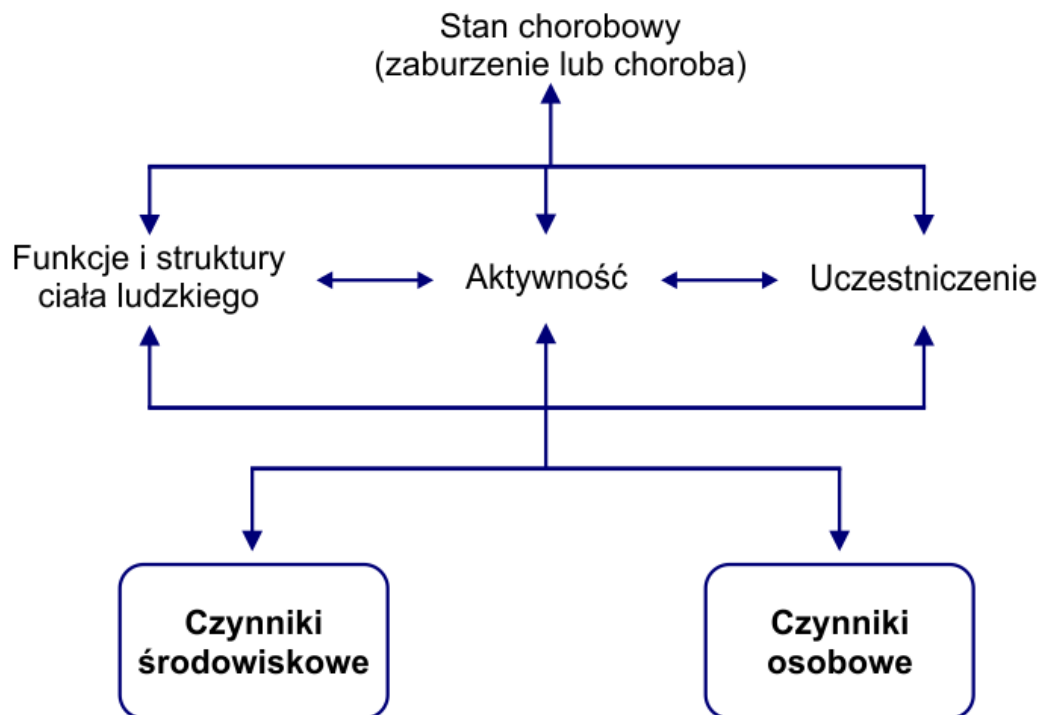
„Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znaną jako ICF. Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. ICF określa składniki zdrowia i niektóre powiązane ze zdrowiem warunki dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia (takie jak np. wykształcenie i praca). Dlatego dziedziny przedstawione w ICF można podzielić na: dziedziny dotyczące zdrowia i dziedziny związane ze zdrowiem. Dziedziny te są opisane z perspektywy ciała ludzkiego, pojedynczej osoby i społeczeństwa i umieszczone na dwóch listach: (1) „Funkcje i struktury ciała ludzkiego” i (2) „Aktywność i uczestniczenie.” Jako klasyfikacja ICF w sposób usystematyzowany grupuje różne dziedziny dotyczące człowieka w powiązaniu z jego stanem zdrowia (np. określa co robi lub może robić człowiek chory na daną chorobę lub cierpiący z powodu zaburzenia zdrowia). Funkcjonowanie jest szerokim terminem obejmującym wszystkie funkcje ciała ludzkiego, aktywności jednostki i uczestniczenie człowieka w różnych sytuacjach życiowych; podobnie niepełnosprawność służy jako szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia. ICF wymienia także czynniki środowiskowe, które wchodzi w interakcje z wyżej wymienionymi dziedzinami. Dzięki temu użytkownik klasyfikacji może tworzyć odpowiednie dla danego przypadku profile funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia w różnych dziedzinach.”

Struktura klasyfikacji prezentuje się jak na schemacie poniżej:



Klasyfikacja zakłada, iż poszczególne obszary na siebie wpływają i w połączeniu dają pełny obraz funkcjonowania danej osoby. Schemat powiązań obrazuje poniższa grafika:

Zależności między składnikami Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)



Główną zaletą takiego opisu jest jego interdyscyplinarność. Klasyfikacja dzięki temu może służyć do przekazywania informacji o sposobie funkcjonowania danej osoby specjalistom w różnych dziedzinach: lekarzom, fizjoterapeutom, pracownikom socjalnym, doradcom zawodowym, psychologom, terapeutom zajęciowym itp.

Rehabilitacja jako proces wieloaspektowy

Byśmy mogli mówić o kompleksowej rehabilitacji musimy uświadomić sobie, że mamy trzy rodzaje rehabilitacji:

- leczniczą;
- społeczną;
- zawodową.

Każda z nich jest równie istotna i musi być włączana w kolejnych jednostkach czasu, a zasadniczym celem powinna być maksymalna samodzielność w każdym aspekcie życia. Nie można stwierdzić, że któryś z rodzajów rehabilitacji jest ważniejszy. Chociaż zapewne poszczególni specjaliści będą twierdzili, że ich dziedzina jest najważniejsza, ale to spór z cyklu co było pierwsze jajko czy kura.



W idealnym modelu specjaliści z zakresu każdej z wyżej wymienionych rehabilitacji współpracują posługując się uniwersalnym językiem jakim jest wcześniej wspomniany ICF.

Stereotypy i język

W historii sposób nazywania osób z niepełnosprawnością mocno ewoluował. Możemy przytoczyć kilka z nich: kaleka, inwalida, chromy, garbaty, kulawy, ułomny. Później pojawiło się określenie osoba niepełnosprawna. Jednak nadal takie przymiotnikowe określenie lokuje niepełnosprawność w człowieku. Obecnie przyjmuje się określenie osoba z niepełnosprawnością. Ta pozornie kosmetyczna zmiana „wyciąga” niepełnosprawność z człowieka i sprawia, że jest to jedna z cech niedefiniująca danej osoby. Można by powiedzieć, że to tylko nazewnictwo. Musimy jednak pamiętać, że język kształtuje sposób naszego myślenia. Zwłaszcza,

środowiska o charakterze opiniotwórczym a takim niewątpliwie jest środowisko akademickie, powinny zwrócić uwagę na język jakim się posługuje.

Osoba z niepełnosprawnością, czyli kto? W pierwszym momencie często pojawiają się nam pewne skojarzenia:

- wymagający opieki i pomocy?
- Niesamodzielny? Niesprawny?
- Słabszy? Gorszy? Bezradny?
- Gorzej wykształcony? Głupszy?
- Nieszczęśliwy? Biedny? Smutny?
- Inny? Obcy? Dziwny?

To co może warunkować naszą postawę wobec osób z niepełnosprawnością to:

- samoocena i samoakceptacja osób niepełnosprawnych;
- postrzeganie niepełnosprawności (rodzaj i stopień niepełnosprawności, oraz widoczność i niewidoczność niepełnosprawności);
- czynniki kulturowe;
- wcześniejsze indywidualne doświadczenia (zawodowe, rodzinne);
- uwarunkowanie osobowościowe;
- warunki ekonomiczne, polityka społeczna, pozytywne wzorce.

Nasze ostateczne przekonanie zależy od tego co ze skojarzeniem czy funkcjonującym stereotypem zrobimy. Czy przyjmiemy go jak dogmat czy przepracujemy i dostrzeżemy indywidualne cechy osoby z którą akurat mamy kontakt.

W historii na każdym etapie pojawiały się wybitne jednostki, które były jednocześnie osobami z niepełnosprawnością:

- Homer – grecki pieśniarz wędrowny, epik (niewidomy);
- Frida Kahlo – meksykańska malarka (wypadek);
- Ludwig van Beethoven – niemiecki kompozytor i pianista (Głuchy);

- Franklin Delano Roosevelt – prezydent USA (wypadek, niedowład, choroba Heinego – Medina);
- Vincent Willem van Gogh – holenderski malarz (choroba psychiczna);
- Fiodor Dostojewski – rosyjski pisarz (epilepsja);
- Stephen William Hawking – brytyjski astrofizyk (stwardnienie zanikowe boczne);
- Natalia Partyka – polska tenisistka stołowa (brak ręki);
- Monika Kuszyńska – polska piosenkarka (wypadek, porusza się na wózku);
- Aimee Mullins – modelka (hemimelia; amputacja obu nóg poniżej kolan)

Najważniejsze byśmy stosowali dwie główne zasady:

- **nie naznaczaj, nie etykietuj** – nie używaj słów uważanych za obraźliwe (kaleka, ślepy, opóźniony umysłowo, debil, cierpiący na ..., skazany na wózek ..., wózkowicz);
- **nie uogólniaj** – każda osoba ma swoją godność, podmiotowość, osobowość i chce być traktowana z szacunkiem i indywidualnie

Kilka zasad:

- zanim pomożesz – zapytaj.
- bądź taktowny inicjując kontakt fizyczny.
- pomyśl zanim coś powiesz.
- nie rób żadnych założeń.
- reaguj uprzejmie na prośby.
- nie stój nad głową osobie siedzącej na wózku.
- witając się z osobą, która ma amputowaną rękę, śmiało uściśnij drugą.
- pamiętaj o odśnieżaniu podjazdów.
- zwracaj się bezpośrednio do osoby z niepełnosprawnością a nie do osoby towarzyszącej.
- jeśli nie rozumiesz co mówi osoba niepełnosprawna, poproś o powtórzenie.

Niepełnosprawność wzroku

Klasyfikacja

Osoba całkowicie niewidoma – to osoba, która całkowicie nie odbiera wrażeń wzrokowych. W czynnościach dnia codziennego posługuje się technikami bezwzrokowymi, porusza się w dużej przestrzeni z pomocą drugiej osoby (przewodnika) lub za pomocą białej laski.

Osoba niewidoma od urodzenia – to osoba, która urodziła się niewidoma lub straciła wzrok w wyniku schorzenia czy urazu w pierwszych 5 latach życia. W życiu dorosłym osoby niewidome od urodzenia nie zachowują wrażeń wzrokowych z dzieciństwa. Osoba ta funkcjonuje jak całkowicie niewidoma.

Osoby ociemniałe – to osoby, które straciły wzrok w wieku powyżej 5-6 roku życia. Poziom funkcjonowania powyższych osób jest różny i zależy od wieku, w którym nastąpiła utrata wzroku, tzn. zależy od sumy doświadczeń nabytych z latami życia.

Osoby słabowidzące mają ostrość widzenia między 0,02 a 0,3 według Snellena. Ich funkcjonowanie zależy od tego, czy słaba wzroczność nie jest sprzężona z inną niepełnosprawnością. W czytaniu i pisaniu posługują się wzrokiem wspomaganym szklami korekcyjnymi, pomocami optycznymi (np. lupa) lub powiększalnikiem.

Osoby z „poczuciem światła” – to osoby, które odróżniają dzień od nocy. Po wejściu do pokoju mogą określić, gdzie są okna (bez podania ich kształtu, często liczby), powiedzieć, czy jest zapalona lampa, wskazać kierunek, z którego dochodzi światło, wskazać duże bryły budynków (bez szczegółów), „zauważyć” cień przechodzącej osoby, dużego zwierzęcia, ale ich nie rozpoznają.

Konsekwencje uszkodzenia wzroku

- Trudności w poruszaniu się lub bez specjalnego szkolenia nieumiejętność poruszania się.
- Trudności w technikach codziennego życia (gotowanie, prasowanie, posługiwanie się pieniędzmi).
- Trudności w korzystaniu z dóbr kultury (kino, telewizja, rozwiązywanie krzyżówek).
- Trudności w zdobywaniu informacji i komunikacji (odczytywanie mowy ciała).

- Nierzadko utrata anonimowości.
- Utrata niezależności finansowej.

Komunikacja z osobami z niepełnosprawnością wzroku

- Przy nawiązaniu kontaktu nie dotykaj niewidomej osoby znienacka, niech pierwszy będzie głos.
- Przedstaw się (nawet, jeśli już się znacie).
- nie bój się powiedzieć niewidomemu „do widzenia”, „do zobaczenia”.
- Jeśli stoimy z osobą niewidomą na środku pomieszczenia, zanim odejdziemy od niej, należy podprowadzić ją do mebla lub parapetu, tak, aby miała kontakt dotykowy z jakimś obiektem w otoczeniu.
- W trakcie rozmowy z osobą niewidomą nie odchodź nagle bez poinformowania go.
- Zwracaj się bezpośrednio do osoby niewidomej, a nie przewodnika.
- Nigdy nie dotykaj laski, nie przekładaj i nie przestawiaj jej – stanowi ona integralną część przestrzeni osobistej osoby niewidomej. Możesz jedynie poprosić, by sama ją przeniosła w inne miejsce.
- Nie głaszcz psa przewodnika, nie zaczepiaj go i nie karm smakołykami. Gdy prowadzi osobę niewidomą, pracuje, a do tego musi być w pełni skupiony.
- Gdy wchodzisz do pomieszczenia, w którym jest osoba niewidoma, przywitaj się głośno, by dać jej możliwość zauważenia twojej obecności. Zasygnalizuj również sytuację, gdy będziesz już wychodził.
- Jeśli chcesz przywitać się lub pożegnać z osobą niewidomą przez podanie ręki, powiedz zwyczajnie: „chcę uścisnąć twoją dłoń”.
- Jeśli jesteście w większym gronie i zwracasz się do osoby niewidomej, zaznacz, że mówisz właśnie do niej, używając jej imienia.
- Gdy chcesz pomóc osobie niewidomej dostać się do jakiegoś miejsca, pozwól, by złapała twoje ramię na wysokości łokcia. Nie bierz jej pod ramię albo za rękę, nie popychaj przed sobą. Jeśli nie wiesz, jak iść z osobą niewidomą, powiedz jej o tym, a uzyskasz najlepsze wskazówki.

- Jeżeli pomagasz osobie niewidomej dotrzeć do krzesła, połóż jej dłoń na oparciu i określ położenie mebla, na przykład mówiąc: „krzesło jest po twojej prawej stronie”.
- Podając osobie niewidomej posiłek, nie ozdabiaj go niczym, co nie jest jadalne.
- Opisz, co znajduje się na talerzu, używając do tego wyobrażenia tarczy zegarowej. Składniki, które są najdalej od osoby niewidomej, wedle tej orientacji są „na godzinie 12”.
- Możesz zapytać, czy osoba niewidoma życzy sobie, by pokroić jej potrawę, którą podałeś.

Prowadzenie osoby niewidomej

Porozumiewanie się z osobą niewidomą winno przebiegać jak najbardziej naturalnie.

Nie należy unikać słów: widzieć, zobaczyć, do widzenia, patrzeć, oglądać.

Osoby niewidome od razu wyczują sztuczność, a poza tym same nierzadko używają tych słów.

Osoba niewidoma zawsze jest za przewodnikiem, trzyma się jego łokcia lub ramienia (w zależności od różnicy wzrostu i indywidualnych preferencji), odwrotną ręką, niż przewodnika (czyli jeśli po prawej stronie przewodnika, to lewą ręką). Jest to bezpieczny sposób prowadzenia osoby niewidomej, ponieważ to przewodnik pokonuje pierwszy wszystkie przeszkody i może o nich poinformować. W ten sposób stanowimy 1,5 osoby w kontekście szerokości – to także trzeba wziąć pod uwagę w pokonywaniu przeszkód.

Należy pamiętać o wzroście osoby, którą prowadzimy, zwłaszcza jeżeli jest wyższa od nas. W sytuacji, gdy przechodzimy przez drzwi, które są niskie, ale my się mieścimy należy poprosić osobę prowadzoną o schylenie głowy.

Ruch łokcia w górę – komunikujemy w ten sposób, że będą schody w górę / próg / krawężnik etc.

Ruch łokcia w dół – komunikujemy w ten sposób, że będą schody w dół lub że schodzimy z krawężnika etc.

Schowanie łokcia za siebie – komunikujemy w ten sposób, że będzie „wąskie przejście” i osoba powinna iść dokładnie za nami.

Ruch łokcia do tyłu – informujemy w ten sposób o potrzebie zmiany stron – osoba prowadzona zmienia w tej sytuacji łokieć przewodnika, którego się trzyma.

Jeśli nie wiesz, co zrobić, jak pomóc - zapytaj.

Osoba z niepełnosprawnością jest ekspertem od swoich potrzeb i możliwości i z pewnością wszystko wytłumaczy.

Wsparcie edukacyjne studentów z niepełnosprawnością wzrokową

Grupę osób z niepełnosprawnością wzrokową stanowią osoby niewidome i osoby słabowidzące. Różnią się one między sobą możliwościami korzystania z takich funkcji wzrokowych jak: ostrość widzenia, pole widzenia, wrażliwość na światło i kontrast, widzeniem barw oraz percepcją ruchu i kształtu. W poszukiwaniu skutecznych metod wsparcia najważniejsza jest ocena posiadanych możliwości uczenia się oraz uczestniczenia w zajęciach tej grupy studentów z uwzględnieniem nowoczesnych technologii wspierających ich proces edukacji.

Studenci niewidomi i słabowidzący powinni otrzymać takie same informacje jak studenci widzący. Prowadzący zajęcia powinien głośno czytać to samo, co zapisuje na tablicy. Jeżeli jest to możliwe, warto dostarczyć materiały w postaci plików elektronicznych. Prezentacji rysunków, wykresów, diagramów powinien towarzyszyć ich słowny opis. W przypadku przedstawiania eksponatów, makiet, modeli student powinien mieć możliwość zapoznania się z obiektem za pomocą dotyku (jeśli jest to możliwe) lub obejrzeć go z bliska (student słabowidzący).

Informacje o wymaganej literaturze należy podawać ze znacznym wyprzedzeniem, ponieważ dla osób niewidomych dotarcie do niej jest bardziej skomplikowane i czasochłonne niż dla osób widzących

Występujące trudności

W procesie studiowania najwięcej trudności osobom z niepełnosprawnością wzrokową sprawiają:

- Konieczność bazowania na materiałach wizualnych.
- Podczas zajęć: prezentacje, zapisy na tablicy, instrukcje.
- Podczas nauki z podręczników i innych materiałów drukowanych, szczególnie zawierających treści przedstawione w formie graficznej.

W trakcie rozwiązywania zadań:

- Czasochłonność w przygotowaniu adaptacji materiałów dydaktycznych do formy elektronicznej lub brajlowskiej, w niektórych przypadkach brak możliwości samodzielnej adaptacji (np. ilustracji, wykresów, schematów).
- Uczestniczenie w zajęciach wymagających wykonywania precyzyjnych czynności manualnych.
- Zdawanie egzaminów i kolokwii w formie pisemnej.

Spektrum autyzmu

Spektrum autyzmu obejmuje dwa obszary:

- A. Deficyt społeczno / komunikacyjny.
- B. Uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania.

Cechy charakterystyczne

Trudności w komunikacji społecznej

Osobom w spektrum czasami trudno jest wypowiadać się emocjonalnie i społecznie:

- mają trudności w zrozumieniu gestów, mimiki twarzy lub tonu głosu.
- Mają trudności z określeniem, kiedy rozpocząć lub zakończyć rozmowę i wybrać nowy temat do rozmowy.
- Używają złożonych słów i fraz.
- Są bardzo dosłowni w tym co mówią i mogą mieć trudności ze zrozumieniem żartów, metafor i sarkazmów.

Problemy z interakcją społeczną

Osoby ze spektrum mogą być towarzyskie, ale mają trudności z budowaniem i utrzymywaniem relacji społecznych, co czyni je bardzo niespokojnymi z tego powodu. W takiej sytuacji mogą:

- Nie rozumieć niepisanych „norm społecznych”, które większość z nas zna bez zastanowienia. Na przykład, mogą stać zbyt blisko innej osoby lub rozpoczynać niewłaściwy temat rozmowy.
- Odbierać inne osoby jako nieprzewidywalne i mylące.
- Zamykać się w sobie i wydawać się obojętnymi na innych ludzi, znajdując się niemal na uboczu.
- Zachowywać się niewłaściwie w odbiorze społecznym.

Trudności w wyobraźni społecznej

Osoby ze spektrum mogą być obdarzone wyobraźnią w tradycyjnym tego słowa znaczeniu. Na przykład, wielu realizuje się jako pisarze, artyści, muzycy. Ale mogą mieć trudności w wyobraźni społecznej, jak np.:

- wyobrazić sobie inny wynik sytuacji w jakiej się znaleźli i trudno im jest przewidzieć, co będzie dalej.
- Zrozumieć lub zinterpretować myśli, uczucia i działania innych ludzi. Subtelne wiadomości, które są wysyłane przez wyraz twarzy i język ciała są często przez nich pomijane.
- Mają ograniczony zakres wyobraźni dla działań, które mogą być realizowane sztywno i powtarzalnie np. układać zabawki w rzędy lub zbierać i organizować rzeczy związane ze sferą własnych zainteresowań.

Komunikacja z osobami w spektrum autyzmu

- Posługuj się komunikatami precyzyjnymi pozbawionymi domysłów, przenośni, anegdot i ukrytych sensów, ponieważ osoby w spektrum odbierają wszelkie komunikaty dosłownie.
- Student ze spektrum autyzmu ma trudność z odczytywaniem niewerbalnych komunikatów: mowa ciała, ton głosu, gestykulacja, mimika za pomocą, których wyrażamy emocje.
- Uprzedzaj o zmianach, przerwach, przejściu do kolejnego punktu. Osoby w spektrum najczęściej lubią przewidywalność i schemat.
- Bądź przygotowany na to, że osoby w spektrum są do bólu szczere np. gdy przeszkadza im zapach perfum danej osoby mogą powiedzieć jej wprost, że śmierdzi.
- Nie oczekuj od osoby w spektrum autyzmu kontaktu wzrokowego. Nie interpretuj brak kontaktu wzrokowego jako nieuprzejmości czy braku szacunku.
- Staraj się nie dotykać studenta.
- Minimalizując bodźce np. hałas, mocne światło zwiększasz komfort osoby w spektrum..
- Warto w trakcie rozmowy / zajęć podkreślać najważniejsze kwestie.
- W przypadku zajęć ćwiczeniowych, warto dyskretnie sprawdzić, czy polecenie zostało zrozumiane. Można też przedstawić je w formie pisemnej bądź podzielone na etapy.
- Nie oceniaj sposobu mówienia, ruchów, ekspresji osoby w spektrum jeśli nie są one problemem dla bezpieczeństwa lub przebiegu spotkania.

- Bądź świadomy, że niektóre osoby w spektrum będą preferowały pisemną formę komunikacji zamiast bezpośredniego kontaktu.

Wsparcie edukacyjne osób w spektrum autyzmu

1. Przed zajęciami udostępniamy studentowi materiały (prezentacje, konspekt).
2. Na pierwszych zajęciach podajemy bibliografię potrzebną do opanowania materiału.
3. W materiałach nie posługujemy się ilustracjami metaforycznie obrazującymi temat. Dla ułatwienia przyswajania wiedzy można za to posługiwać schematami, diagramami obrazującymi relacje pomiędzy poszczególnymi elementami.
4. Zajęcia prowadzimy według z góry ustalonego planu (można umieścić go na początku prezentacji, lub dostarczyć w formie pisemnej studentom).
Ograniczamy dygresje i nie odbiegamy od tematu. Warto o tym pamiętać ze względu na zamykanie do rutyny osób ze spektrum autyzmu.
5. Mamy świadomość, iż zaburzenie porządku może wywołać frustrację danej osoby. W takiej sytuacji pozwalamy na wyrażenie swoich emocji. Uspokajanie i przywoływanie do porządku mogą zwiększyć ich intensywność.

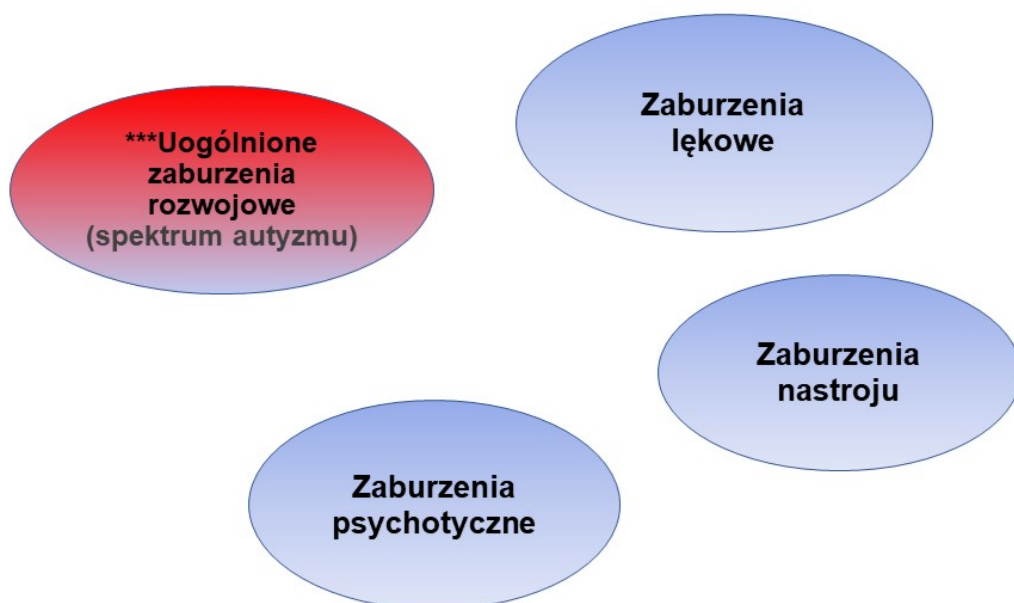
Kryzys zdrowia psychicznego

W zależności od rodzaju choroby bądź zaburzenia psychicznego student może mieć następujące trudności:

- Opóźnienia powstałe w wyniku hospitalizacji.
- Liczne nieobecności na skutek nasileń objawów choroby.
- Zaburzenia koncentracji, pamięci, utrzymania odpowiedniego poziomu motywacji, problemy z radzeniem sobie ze stresem.
- W organizacji pracy, określaniu celów i zadań priorytetowych, zwłaszcza pod presją czasu.
- Skutki uboczne przyjmowanych leków (np. osowienie, wolniejsze tempo pracy).
- W pracy z grupą, strach przed wystąpieniami publicznymi.

Zaburzenia psychiczne, a zaburzenia rozwojowe - podział

Pamiętajmy, że uogólnione zaburzenia rozwojowe (np. spektrum autyzmu nie jest zaburzeniem zdrowia psychicznego).



1. Zaburzenia nastroju:
 - a. depresja,
 - b. Manie.
2. Zaburzenia psychiatryczne:
 - a. schizofrenia;
 - b. zaburzenia schizoaffective.
 - c. psychozy.
3. Zaburzenia lękowe:
 - a. lęk uogólniony;
 - b. lęk napadowy;
 - c. fobie.

Kontekst edukacyjny – zaburzenia nastroju

Mania	Depresja
• Problem wytrzymania w jednym miejscu podczas zajęć. • Potrzeba koncentrowania na sobie uwagi, trudności w robieniu notatek, wykonywaniu zadań, częste spóźnienia. • Nadmierne zabieranie głosu, duża dygresyjność, nadmiernie rozbudowane prace. • Skłonność do zachowań konfrontacyjnych. Od uwodzenia po seksualizujących wypowiedzi bądź zachowania.	• Nienadążanie, trudności w skupieniu się. • Problem z terminowością zaliczeniami, apatyczność i brak zaangażowania. • Niechęć do eksponowania, zabierania głosu, unikanie zadań wymagających ekspozycji lub dłuższego zainteresowania. • Skłonność do unikania, odwlekania. • Luki pamięciowe - problemy z przyswajaniem treści.

Zburzenia lękowe

Lęk napadowy

Charakteryzuje się nawracającymi napadami intensywnego lęku pojawiającymi się bez uchwytnej dla pacjenta przyczyny (lęk antycypacyjny).

Objawy napadu paniki:

- Uczucie silnego, nierównego lub przyspieszonego bicia serca.
- Pocenie się.
- Drżenie lub trzęsienie się.
- Uczucie spłycenia oddechu lub duszności.
- Wrażenie dławienia się.
- Ból lub dyskomfort w klatce piersiowej.
- Nudności lub ból brzucha, zawroty głowy, niepewność, poczucie zbliżającego się omdlenia, zasłabnięcia.
- Dreszcze lub uczucie gorąca.
- Poczucie odrętwienia lub mrowienia.
- Poczucie odrealnienia lub poczucie bycia obok siebie samego.
- Obawa przed utratą kontroli, przed „szaleństwem”.
- Poczucie nadchodzącej śmierci.

Lęk uogólniony

Uciążliwy, stale utrzymujący się i nieadekwatny niepokój, związany z zamartwianiem się codziennymi sprawami. Lęk, obawy i objawy fizyczne powodują znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach.

Fobie

Uporczywy lęk przed określonymi sytuacjami, zjawiskami lub przedmiotami, które w praktyce nie są niebezpieczne, związany z unikaniem przyczyn go wywołujących i utrudniający funkcjonowanie w społeczeństwie.

Konsekwencje edukacyjne zaburzeń lękowych

- Trudność skupienia się w sytuacji, gdy osoba zagrożona jest kontaktem z obiektem lub sytuacją lękową.

- Unikanie konfrontacji z obiektem fobijnym np. przez unikanie ekspozycji; izolowanie się, chowanie, unikanie kontaktu wzrokowego, spadek aktywności.
- Niemożność przyswajania treści, luki pamięciowe.

Zaburzenia Psychotyczne

Zaburzenia, w których doznaje się silnych zakłóceń w percepcji rzeczywistości.

Objawiają się w obszarach świadomości, myślenia, postrzegania i zachowania.

Do typowych objawów zaburzeń psychotycznych należą:

- Objawy pozytywne
 - **Urojenia** - fałszywe przekonania na temat rzeczywistości, mimo dowodów przemawiających za tezą przeciwną lub opinii innych osób, osoby chorej nie można przekonać do weryfikacji przekonania.
 - **Omamy / halucynacje** - fałszywe spostrzeżenia zmysłowe, które występują pod nieobecność odpowiedniego bodźca zmysłowego. Mogą dotyczyć wszystkich 5 zmysłów.

- Objawy negatywne

obniżenie nastroju, brak motywacji do aktywności, osłabienie funkcji poznawczych, brak introspekcji, nieadekwatna / słaba mimika, słabsze odczuwanie emocji, nie wyrażanie emocji, brak kontaktu wzrokowego, wycofywanie się z kontaktów, lęk, mniej siły, problemy ze snem, z koncentracją, z higieną, problemy z pamięcią, wykonywaniem kilku rzeczy na raz, zaczynanie i niekończenie zadań.

- Objawy zdezorganizowane
 - **Mowa zdezorganizowana** - mowa, w której skojarzenia umysłowe nie opierają się na logice, ale na rymach, grze słów, innych regułach niewidocznych dla obserwatora lub bez żadnej reguły).

„Mówi mi coś przed południem i za coś innego”, „Lepszy rydz niż cały naleśnik”,

W odpowiedzi na pytanie „Jak długo mieszkałeś we Wrocławiu?” odpowiada „Nawet mrówkojady lubią się całować po francusku”

- **Nieprawidłowe zachowania** - zachowania zdezorganizowane, czyli czynności fizyczne, które nie wydają się ukierunkowane na cel - rozbieranie się w miejscu publicznym, wielokrotne robienie znaku krzyża, przyjmowanie i utrzymywanie niewygodnych póz.

Komunikacja z osobą agresywną werbalnie i fizycznie

Agresja może przejawiać się w różnych formach od zastraszania, słownych gróźb lub wyzwisk do agresji fizycznej skierowanej przeciw przedmiotom lub osobom. Jej przejawem mogą być również maile, telefony lub listy z pogróżkami.

W kontakcie z osobą należy:

- Zadbać o bezpieczeństwo swoje i innych – w sytuacji bezpośredniego zagrożenia (np. atak fizyczny na osoby lub bezpośrednio groźby jego dokonania, rozbijanie przedmiotów, inne formy niszczenia mienia), nakazać opuszczenie pomieszczenia innym osobom oraz niezwłocznie wezwać ochronę budynku oraz Policję (997).
- Pozostając z osobą do czasu przyjazdu służb porządkowych zapewnić sobie drogę ucieczki.
- Poprosić o asystę kogoś z personelu.
- Zachować spokój (może on korzystnie wpłynąć na osobę agresywną).
- Wyrażać się jasno.
- Obiecać rozmowę, gdy będzie spokojniejsza.
- Podczas rozmowy postawą ciała wyrażać pewność siebie (kontakt wzrokowy, wyprostowana postawa).

Czego należy unikać:

- Pozostawania w sytuacji zagrożenia.
- Samotnego rozmawiania z osobą agresywną.
- Reagowania złością, gniewem lub agresją.
- Dotykania osoby, wkraczania w jej sferę intymną.
- Krytykowania osoby.

- Wykonywania nagłych ruchów.

Komunikacja z osobą w lęku

W kontakcie ze studentem należy:

- Rozmawiać na osobności.
- Pozwolić mu opowiedzieć o swoich odczuciach i myślach związanych z lękiem, to często pomaga zmniejszyć objawy.
- Pozostać spokojnym.
- Mówić w sposób jasny.
- Zapewnić studenta, że potrzebuje profesjonalnej pomocy.
- Zapewnić mu spokojne miejsce, dopóki objawy nie ustąpią.

Czego należy unikać:

- Kwestionowania irracjonalnych lęków studenta np. „to głupie bać się szczurów, one nic panu nie zrobią”.
- Minimalizowania usłysanych od studenta informacji na temat lęku np. „nie martw się, będzie dobrze”.
- Zarzucania nadmiarem pomysłów dotyczących rozwiązania jego sytuacji.
- Przejmowania odpowiedzialności za samopoczucie studenta.
- Odczuwania lęku i przerażenia razem z nim.

Komunikacja z osobą psychiczną

Zalecane zachowanie:

- Jeśli student nie ma kontaktu z rzeczywistością, ma urojenia, omamy, mówi w sposób nielogiczny, zachowuje się w skrajnie dziwnie, **należy wezwać pogotowie.**
- Jeśli student nie ma kontaktu z rzeczywistością, ma urojenia, omamy, mówi w sposób nielogiczny, zachowuje się w skrajnie dziwnie, jednocześnie zagraża życiu lub zdrowiu swojemu lub otoczenia, **należy wezwać policję oraz pogotowie**

- Należy rozmawiać ze studentem spokojnie i konkretnie.
- Poinformować go, że potrzebuje pomocy.
- Zwracać uwagę na uczucia osoby, ale nie potwierdzać jego urojeniowych przekonań („rozumiem, że boi się pan teraz i nie czuje się pan bezpiecznie”).
- Ograniczyć stymulację zmysłową osoby.
- Koncentrować się jedynie na tym, co dzieje się w chwili obecnej.
- Poczekać do przyjazdu wezwanych służb.

Zachowanie, którego należy unikać:

- Wkraczania w sferę intymną osoby.
- Niepokojenia jej np. niepotrzebnymi pytaniami o sytuację.
- Dyskutowania z jej myślami urojeniowymi.
- Braku elastyczności w postępowaniu.
- Zalecania innym osobom (np. studentom), by zajęli się kolegą / koleżanką.

Komunikacja z osobą w manii

Zalecane zachowanie:

- Rozmawiać spokojnie i konkretnie.
- Zachowywać uprzejmy, rzeczowy ton.
- Ograniczyć bodźce np. porozmawiać ze studentem w cichym, spokojnym miejscu.
- Skupić się na tu i teraz.
- Wyznaczać granice w sposób spokojny oraz zachować dystans.

Zachowanie którego należy unikać:

- Kłótni i eskalowania emocji, nie próbuj „wygrać” ze studentem podczas konfrontacji.
- Oceniania i krytykowania.

- Przytłaczania pytaniami.
- Dotykania bez potrzeby.
- Zachowań chaotycznych lub prowokujących.

Komunikacja z osobą w kryzysie samobójczym

Myśli samobójcze są często związane z zaburzeniami psychicznymi (depresją, mieszanymi zaburzeniami lękowo depresyjnymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, chorobą afektywną dwubiegunową albo schizofrenią), a osoby zagrożone samobójstwem w 80% przypadków sygnalizują swoje plany.

Czynniki ryzyka samobójstwa:

- Wcześniejsze próby samobójcze.
- Myśli samobójcze.
- Intensywne poczucie braku nadziei i bezradności, szczególnie w połączeniu z lękiem.
- Poczucie izolacji i wyobcowania.
- Wyobrażenie śmierci jako ucieczki przed trudnościami.
- Występowanie depresji i samobójstwa w rodzinie.
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych.
- Samouszkodzenia.
- Dokładny plan samobójstwa.

W kontakcie ze studentem zagrożonym samobójstwem należy:

- Wezwać pogotowie ratunkowe i pozostać ze studentem do jego przyjazdu.
- Rozmawiać ze studentem na osobności.
- Zachować spokój i stanowczość.
- Traktować wyznanie studenta dotyczące myśli samobójczych lub jego próbę samobójczą jako wołanie o pomoc.

- Pytać studenta otwarcie o uczucia i plany związane z samobójstwem „czy myśli pan/pani o popełnieniu samobójstwa?”, „czy ma pan / pani jakiś konkretny plan?” - zapytanie studenta o myśli samobójcze nie spowoduje, że student zacznie mieć takie myśli, studenci wyrażający myśli samobójcze zazwyczaj są ambiwalentni wobec planu samobójstwa i dobrze reagują na okazaną pomoc i zainteresowanie.
- Wyrażać swoje zainteresowanie i troskę o studenta, wysłuchać go, wyrazić przekonanie, że potrzebuje profesjonalnej pomocy i zapewnić o chęci pomocy w jej znalezieniu.
- Upewnić się, że student taką opiekę uzyskał.
- Poradzić studentowi, gdzie w przyszłości może uzyskać pomoc: Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Telefon Zaufania.
- Wszystkie groźby samobójcze traktować jako potencjalnie śmiertelne.

Czego należy unikać:

- Minimalizowania sytuacji „tak naprawdę wcale nie chce pan/pani się zabić”.
- Kłótni ze studentem na temat bezsensowności odbierania sobie życia „ma pan / pani świetne stopnie.
- zabijanie się w takiej sytuacji jest bez sensu” lub aspektów moralnych samobójstwa „samobójstwo to grzech”.
- Zalecania innym studentom, by zajęli się kolegą / koleżanką.
- Ignorowania swoich ograniczeń w umiejętności udzielenia profesjonalnej pomocy.

Niepełnosprawność słuchu

Jak podaje U. Eckert¹ możemy dokonywać różnych klasyfikacji osób z wadą słuchu. Decydujące znaczenie ma czas, charakter czynnika oraz lokalizacja.

Ze względu na czas pojawienia się czynnika uszkadzającego możemy podzielić na wadę:

- Prelingwalną- gdy uszkodzenie nastąpiło przed okresem nabycia mowy ustnej,
- Interlingwalną- gdy dziecko zaczęło uczyć się mowy, ale nie opanowało jeszcze całego systemu symboli słownych i związków międzywyrazowych, tworzących strukturę gramatyczną języka,
- Postlingualną- gdy uszkodzenie nastąpiło po opanowaniu mowy.

Z kolei ze względu na **charakter czynnika**, wadę dzielimy na wrodzoną i nabytą. Wrodzona występuje w wyniku przyczyn dziedzicznych, genetycznych, chorób matki podczas ciąży, środków farmakologicznych, konfliktu serologicznego, promieniowania rentgenowskiego. Nabyte, czyli powstałe po urodzeniu, na skutek chorób, urazów mechanicznych w obrębie głowy, urazów akustycznych, środków farmakologicznych.

Ze względu na **lokalizację** – miejsce uszkodzenia możemy wyróżnić:

- Ubytki słyszenia o charakterze przewodzeniowym polegające na uszkodzeniu tej części narządu słuchu, która przewodzi dźwięk tj. przewód słuchowy zewnętrzny, ucho środkowe i część ucha wewnętrznego z płynami ucha wewnętrznego. Na skutek uszkodzenia następuje pogorszenie słyszalności tonów niskich w wyniku, czego jest gorsza słyszalność głosek mających formanty niskie. Mowa tych osób jest cicha, ponieważ odbierają oni dźwięki słabe słyszane przez przewodnictwo kostne. Osoby z tego typu uszkodzeniem mają obniżoną wrażliwość na natężenie dźwięków, która powoduje zakłócenia w zdolności różnicowania rozpoznawania sylab nieakceptowanych, spółników czy końcówek fleksyjnych.
- Ubytki o charakterze odbiorczym – uszkodzenie dotyczy narządu przewodzącego drgania dźwiękowe na impulsy nerwowe. Ten typ głuchoty charakteryzuje się gorszą słyszalnością drgań o dużej częstotliwości, gorzej

¹ *Wybrane zagadnienia z surdopedagogiki: praca zbiorowa*, pod red. U. Eckert, Warszawa 1998, s. 150.

są słyszane głoski mające wysokie formanty, czyli głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe

Ubytki o charakterze mieszanym – złożonym przewodzeniowo - odbiorczym

Ze względu na głębokość- klasyfikacja wg BIAP (Międzynarodowego Biura Audiofonologii)²

1. Lekki - 20 - 40 db- szept oraz mowa cicha nie są słyszalne,
2. Umiarkowany - 40 - 70 db umiarkowanie głośna mowa jest niesłyszalna,
3. Znaczny - 70 - 90 db głośna mowa a nawet krzyk nie jest słyszalny,
4. Głęboki - powyżej 90 db bardzo głośny krzyk nie jest słyszalny.

Komunikacja z osobą z niepełnosprawnością słuchu

- Upewnij się, że osoba słabosłysząca Cię słyszy. Jeśli nie zareagowała na Twoje pytanie, podejdź bliżej tak, by mogła Cię zauważyć lub zawołaj ją po imieniu.
- Jeżeli jest skupiona na czymś np. czyta lub coś ogląda i nie zareaguje na Twój głos – zwróć na siebie uwagę, delikatnie ją dotykając.
- Pamiętaj, by w czasie rozmowy nie odwracać się i nie zasłaniać twarzy. Osoba słabosłysząca powinna widzieć Twoje usta.
- Mów wyraźnie, naturalnie i w miarę możliwości – starannie (nie za szybko, nie za wolno).
- Upewnij się, że Twoje wypowiedzi są zrozumiałe. Jeśli widzisz, że rozmówca się gdzieś zgubił, powtórz komunikat lub wyraż go nieco innymi słowami.
- Nazwy własne lub trudniejsze terminy zapisz na kartce – jeśli istnieje taka potrzeba.
- Nie krzycz – **aparaty lub implanty słuchowe wystarczająco wzmacniają dźwięki** i osoba słabosłysząca Twój podniesiony głos może odebrać jako... brak wychowania lub agresywne nastawienie, mogą ją też po prostu zboleć uszy.

² <http://www.halas.wortale.net/art.php?art=106>

Wsparcie edukacyjne studentów z niepełnosprawnością słuchową ³

Grupa osób z niepełnosprawnością słuchową jest zróżnicowana. Stanowią ją osoby słabosłyszące oraz głuche / Głuche⁴. Zapewnienie im skutecznego wsparcia edukacyjnego polega na doborze właściwych strategii edukacyjnych bazujących na preferowanym przez danego studenta sposobie porozumiewania się. Może on opierać się na wykorzystaniu mowy ustnej, języka migowego, czy strategii dwujęzyczności⁵. Warto dodać, iż w pierwszej ze strategii wszelkie informacje są przekazywane za pomocą języka mówionego, dostępne przez aparat słuchowy lub implant ślimakowy studenta oraz zintegrowane z odczytywaniem przez niego mowy z ruchu warg. Wiele z tych osób preferuje posługiwanie się mową ustną.

³ [3] U. Eckert *Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących- surdopedagogika*, [w:] *Pedagogika specjalna*, pod red. W. Dykcik, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997, s. 269-27.

Źródło: FAZON

⁴ Osoby Głuche to te, dla których język migowy jest językiem pierwszym i pozwala im na identyfikację językowo-kulturową w obrębie kultury Głuchych. (Najczęściej są to osoby, które urodziły się głuche lub te, które miały głuchych rodziców).

⁵ Strategia ta polega na uczeniu dzieci głuchych języka migowego jako pierwszego oraz języka polskiego (najczęściej w piśmie) jako drugiego. W Polsce podejmowane są dopiero pierwsze próby kształcenia osób głuchych tą metodą, która jest już stosowana z powodzeniem w wielu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych.

Niepełnosprawność ze względu na narząd ruchu

Należy mieć świadomość, że z punktu widzenia orzecznictwa niepełnosprawność, która funkcjonalnie objawia się w postaci trudności w poruszaniu się nie zawsze jest oznaczana jako niepełnosprawność ruchowa (05- R – schorzenia narządu ruchu). Na orzeczeniu jako symbol podawane jest najczęściej źródło niepełnosprawności. Dla przykładu osoba poruszająca się na wózku po urazie rdzenia kręgowego najczęściej na orzeczeniu będzie miała oznaczenie 10- N (choroby neurologiczne).

Patrząc od strony medycznej przyczyny trudności w poruszaniu się mogą być:

- Pochodzenia mózgowego (np. mózgowie porażenie dziecięce, udar mózgu).
- Pochodzenia rdzeniowego (np. uraz rdzenia kręgowego, przepuklina oponowo-rdzeniowa).
- Schorzenia układ kostno-stawowego.
- Amputacje.

Bariery

Czy osoba mające problemy w poruszaniu się mają inne utrudnienia niż bariery architektoniczne?

Niestety nie, większość osób poza samymi trudnościami w poruszaniu się (rozumianymi szeroko) ma wiele ograniczeń będących następstwem towarzyszących schorzeń.

Jakie są to bariery?

- Możliwe są problemy urologiczne i konieczność stosowania zabezpieczeń urologicznych.
- Upośledzenie czucia skórniego – odleżyny.
- Spastyczność.
- Wygląd / estetyka ciała.
- Zaburzenia termoregulacji.
- Inne – indywidualnie, w tym psychologiczne.

Występujące trudności

W procesie studiowania największą trudnością osobom z niepełnosprawnością ruchową sprawiać mogą:

- konieczność funkcjonowania w budynkach uczelni niedostosowanych architektonicznie.
- Konieczność szybkiego przemieszczania się między salami / budynkami uczelni na poszczególne zajęcia.
- Ryzyko wystąpienia dolegliwości bólowych na skutek konieczności przebywania zbyt długo w jednej pozycji (np. podczas wielogodzinnych zajęć w przypadku osób z chorobami kręgosłupa).
- W sytuacji niepełnosprawności rąk - wykonywanie czynności manualnych, wymagających precyzji (odręcznego pisanie, przeprowadzania doświadczeń podczas zajęć w laboratoriach).
- Trudności wynikające z zaburzeń fizjologii, stosowania zabezpieczeń urologicznych.
- Trudności wynikające ze spastyczności (nadmiernego napięcia mięśni).
- Niedostosowane stanowiska pracy: blaty biur, lady laboratoryjne itp.

Komunikacja z osobą z niepełnosprawnością ruchową

Najważniejsze co powinniśmy pamiętać, jeżeli chodzi o kontakt z osobami z niepełnosprawnością to fakt, że postępujemy naturalnie i spontanicznie jak w każdym innym kontakcie. Jeżeli nie wiem, jak coś zrobić po prostu zapytajmy. To zdecydowanie najprostsza metoda.

- W trakcie porozumiewania się ze studentem na wózku przyjmuj pozycję umożliwiającą kontakt wzrokowy, unikaj prowadzenia konwersacji z pozycji stojącej, patrząc na rozmówcę z góry.
- Nie kucaj przed osobą na wózku chcąc nawiązać kontakt. Osoba może poczuć się infantylnie potraktowana.
- Należy pamiętać, by nie narzucać się z pomocą, nie pchać wózka bez zgody jego użytkownika, gdyż może to naruszać jego przestrzeń osobistą.
- Nie dotykaj wózka, kul, chodzika bez wyraźnej zgody, sprzęt pomagający w przemieszczaniu się jest sferą osobistą osoby z niepełnosprawnością ruchu.

- Zachowaj cierpliwość i elastyczność wobec osoby z trudnościami w poruszaniu się gdy zbliża się do Ciebie lub musicie wspólnie dotrzeć do określonego miejsca.
- Jeśli to możliwe, zadbaj o dostępność miejsce, przejścia i swobodę manewru.
- Nie obawiaj się używać naturalnych zwrotów do osoby na wózku jak:
„chodźmy”, „podejdź do mnie”

W sytuacji, gdy wydaje nam się, że nasza pomoc może być takiej osobie potrzebna kluczowe jest zapytanie jej o to.

Poniżej zostały umieszczone obrazy zaczerpnięte z publikacji „Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością” Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji pod redakcją Agnieszka Jędrzejczak-Sprycha.



Na pytanie dzieci o niepełnosprawność odpowiadaj w sposób naturalny, np. powiedz, że pan ma chore nogi i nie może chodzić, dlatego porusza się na wózku.



Szczególnie zimą pamiętaj o odśnieżeniu podjazdów i przejazdów.



Nie stój nad głową osobie siedzącej na wózku – cofnij się dwa kroki lub usiądź.



Jeśli chcesz pomóc osobie na wózku wsiąść lub wysiąść np. z tramwaju, najpierw zapytaj ją, jak to zrobić.

Niepełnosprawności niewidoczne

Pod nazwą niepełnosprawności niewidocznych kryje się wiele różnych schorzeń. Można rozróżnić kilka rodzajów niepełnosprawności niewidocznych ze względu na przyczyny jej powstania. Te rodzaje opisują konkretne symbole, które można znaleźć na orzeczeniu o niepełnosprawności (orzeczenie może być wystawione jako tymczasowe lub na stałe, w zależności od tego czy choroba lub stan z nią związany mija, nie zmienia się lub pogłębia)

- 06-E – Epilepsja.
- 07- S - Choroby układu oddechowego i krążenia (np. zakaźne choroby płuc, nowotwory płuc i opłucnej, miażdżycy).
- 08-T - Choroby układu pokarmowego (np. choroby przełyku, stany po resekcji żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, nowotwory układu pokarmowego).
- 09-M - Choroby układu moczowo – płciowego (zaburzenia czynności dróg moczowych prowadzące do niewydolności nerek, choroby nerek o różnej etiologii, nowotwory układu moczowo – płciowego).
- 10-N - Choroby neurologiczne (np. udar mózgu, guzy centralnego układu nerwowego, pourazowa cerebropatia i encefalopatia, choroby rdzenia kręgowego, choroby układu pozapiramidowego, choroby zapalne ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego).
- 11-I – Inne (np. choroby narządów wydzielania wewnętrznego o różnej etiologii, wywołane nadmiernym wydzielaniem lub niedoborem hormonów w zależności od stopnia wyrównania lub obecności powikłań narządowych, choroby zakaźne lub zespoły nabytego upośledzenia odporności w zależności od fazy zakażenia, przewlekłe wielonarządowe choroby odzwierzęce).

Komunikacja z osobami z niepełnosprawnościami niewidocznymi

Bądźmy otwarci i wrażliwi na szczególne potrzeby, nawet jeśli na pierwszy rzut oka nie widać przyczyny. Może się wydawać, że osoba jest zdrowa, a w rzeczywistości przyjmuje regularnie leki i na co dzień zmaga się z bólami czy brakiem sił.

Przykładowo Osoba z Niepełnosprawnością niewidoczną może korzystać z toalety dla Osób z Niepełnosprawnościami np. gdy ma założoną stomię lub zmaga się z nietrzymaniem moczu, ponieważ taka toaleta zapewnia większą intymność i dostęp do czystej wody w kabinie.

- Nie zakładaj na podstawie wyglądu, że ktoś wygląda na zdrowego.
- Zapytaj wprost, ale dyskretnie „czy mogę jakoś pomóc?” lub „czy jest coś, co ułatwiło by Pani / Panu udział w zajęciach?” i daj przestrzeń na samodzielne określenie potrzeb, zamiast dopytywać o prywatne szczegóły.
- Nie podważaj i nie bagatelizuj szczególnych potrzeb nawet jeżeli nie widać ich na pierwszy rzut oka.

Występujące trudności

W procesie studiowania może wystąpić wiele trudności dla Osób z

Niepełnosprawnościami niewidocznymi w zależności od ich rodzaju np.:

- Brak zgody na zjedzenie posiłku o określonej godzinie w trakcie zajęć (osoba z cukrzycą lub przyjmująca leki).
- Brak możliwości częstego wychodzenia do toalety (osoby z nietrzymaniem moczu).
- Brak odpowiedniej wentylacji pomieszczenia (choroby płuc).
- Zbyt krótki czas pisania egzaminu (osoby przyjmujące leki, które utrudniają koncentrację)
- Długa kolejka do dziekanatu bez możliwości zajęcia miejsca siedzącego (osoby mające problem z kręgosłupem np. zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa).

Bibliografia:

- D. Nowak-Adamczyk, M. Perdeus-Białek, U. Szczocarz (red.), *Wyrównywanie szans. Osoby niepełnosprawne na studiach przyrodniczych*, Kraków 2011.
- Materiały edukacyjne dla nauczycieli akademickich opracowane w ramach projektu DARE 2 (www.DareProject.eu) koordynowanego przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ.
- Opracowania własne
- D. Nowak-Adamczyk, M. Perdeus-Białek, U. Szczocarz (red.), *Wyrównywanie szans. Osoby niepełnosprawne na studiach przyrodniczych*, Kraków 2011
- Materiały edukacyjne dla nauczycieli akademickich opracowane w ramach projektu DARE 2, koordynowanego przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Autor: Stowarzyszenie na Rzecz Równego Dostępu do Kształcenia „Twoje Nowe Możliwości”
ul. Grabiszyńska 163, lok.210-215, 53-439 Wrocław

© Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, 2026.

Niniejszy utwór został opracowany w ramach projektu współfinansowanego z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS).

Utwór jest udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0).

Treść licencji dostępna jest pod adresem:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pl>