

MAGDALENA FLOREK

Wsparcie instytucjonalne i nieformalne osób niepełnosprawnych

Institutional and informal support for disabled people

Streszczenie

Niepełnosprawność to zjawisko społeczne, które sukcesywnie przybiera na rozmiarach w Polsce, jak i wielu innych krajach europejskich. To jednocześnie jeden z najważniejszych aspektów stanu zdrowia. Wśród jego głównych przyczyn znajduje się regresywna struktura społeczna, która wyraża się stopniowym starzeniem się społeczeństw, wynikającym z malejącej liczby urodzeń przy jednoczesnym wydłużaniu się długości życia, a co za tym idzie pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Inne źródła niepełnosprawności to urazy doznane podczas wypadków, a także choroby. Z danych ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego wynika, że w 2002r. co siódma osoba zamieszkująca Polskę była niepełnosprawna, podczas gdy w 1988r. była to co dziesiąta osoba, a w 1978r. co czternasta. Biorąc pod uwagę ogół niepełnosprawnych daje się zauważyć, że w populacji tej dominują kobiety i mieszkańcy wsi.

Populacja osób niepełnosprawnych poza ograniczeniami wynikającymi ze stanu ich zdrowia bardzo często napotyka na szereg innych ograniczeń oraz barier, które w znaczący sposób utrudniają im funkcjonowanie w społeczeństwie. Ze względu na ich istotę zwykle dzieli się je na: społeczne i fizyczne, a te z kolei na fizjograficzne oraz techniczne (w tym architektoniczne, urbanistyczne, komunikacyjne i funkcjonalne).

W celu poprawy jakości życia osób z niepełną sprawnością prowadzone są działania ustawodawcze, powołujące podmioty polityki rehabilitacyjnej. Funkcjonuje też szereg instytucji i organizacji o różnym profilu i zasięgu oddziaływania. Obok tych inicjatyw, równolegle realizowane są inicjatywy niesformalizowane, oparte na bezpośrednich kontaktach międzyludzkich (m.in. grupy samopomocowe, pomoc wolontariuszy).

Zarówno działania instytucjonalne, jak i nieformalne podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych ukierunkowane są na wyrównywanie ich szans życiowych oraz integrację społeczną.

Summary

Disability is a social phenomenon gradually increasing in size both in Poland and in many other European countries. At the same time, it is one of the most important aspects of the health status. Its causes include a regressive social structure manifested in aging of societies due to a decrease in birth rate with a simultaneous increase in the span of life, followed by a deteriorated physical and mental dexterity. Other sources of disability are traumas sustained in accidents, and diseases. According to the recent General National Census, in 2002 every seventh person living in Poland was disabled, while in 1988 – it was every tenth person, and in 1978 – every fourteenth one. Women and rural inhabitants prevail in the total number of the disabled.

The population of disabled people, apart from their health status, experience a number of other limitations and barriers that are significant hindrances for them to function properly in the society. The barriers are usually divided according to their nature into social and physical, and the latter – into physiographic and technical (including architectural, urban, communication and functional).

In order to improve the quality of life of people with disabilities, legislative activities are conducted to establish the actors of rehabilitation policy; there are also institutions and organizations, with varying profiles and range of impact. Along with the institutionalised initiatives, there are also informal ones, based on direct interpersonal contacts (e.g. self-help groups, volunteers assistance).

Both institutional and informal activities undertaken on behalf of the disabled are oriented towards creating equal opportunities for the disabled and social integration.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, wsparcie, instytucje, nieformalna pomoc.

Key words: disability, support, institutions, informal help.

Niepełnosprawność to zjawisko społeczne, które sukcesywnie przybiera na rozmiarach w Polsce, jak i wielu innych krajach europejskich. To jednocześnie jeden z najważniejszych aspektów stanu zdrowia. Wśród jego głównych przyczyn znajduje się regresywna struktura społeczna. Wyraża się stopniowym starzeniem się społeczeństw, wynikającym z malejącej liczby urodzeń przy jednoczesnym wydłużaniu się długości życia, a co za tym idzie pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej populacji. Inne źródła niepełnosprawności to urazy doznane podczas wypadków, a także choroby. Te ostatnie zwykle dzieli się na: choroby nagłe (udar mózgu, zawał serca, schorzenia neurologiczne, uraz psychiczny), choroby dziedziczne i wady wrodzone oraz choroby przewlekłe (m.in. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, schorzenia narządu ruchu, schorzenia neurologiczne, uszkodzenia i choroby narządu słuchu i wzroku) [1].

DEFINICJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I JEJ KATEGORIE

Samo pojęcie niepełnosprawności przechodziło ewolucję. Przez pierwszą część XX wieku w społeczeństwach Zachodu była ona utożsamiana z „wadą” ciała lub umysłu. Ludzie niepełnosprawni kojarzeni byli wyłącznie z osobami „przykutymi” do wózków inwalidzkich, kalekami, „ofiarami” chorób takich jak porażenie mózgowe, niewidzący i nie słyszącymi oraz upośledzonymi psychicznie [2]. Pomimo rozwoju wiedzy dotyczącej sfery niepełnosprawności w rozważaniach na jej temat wciąż brak jest ujednoliconej terminologii.

W literaturze oraz w przepisach prawnych spotkać można różne nazewnictwo określające stan niepełnosprawności, są to: kalectwo, inwalidztwo, ułomność, odchylenie od normy, defekt fizyczny lub psychiczny, upośledzenie [3]. Pewną próbę uporządkowania i ujednolicenia określeń związanych z niepełnosprawnością podjęła Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization - WHO) wyróżniając i definiując trzy pojęcia uwzględniające stan zdrowia człowieka:

- Uszkodzenie (*impairment*) – odnoszące się do dysfunkcji, nieprawidłowości organizmu wyrażonych w kategoriach biomedycznych;
- Niepełnosprawność (*disability*) – oznaczające ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności fizycznych i psychicznych;
- Upośledzenie (*handicap*) – pokazujące, jaki jest zakres ograniczenia sprawności uniemożliwiającej jednostce pełnienie ról społecznych [4].

Zgodnie z polskim prawodawstwem za niepełnosprawnych uważa się „osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności wykonywania pracy zawodowej, jeśli uzyskały orzeczenie: o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności albo orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, a jeżeli nie ukończyły 16 roku życia – orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności” [5]. Wśród wspomnianych trzech stopni niepełnosprawności, zgodnie z ustawą, wyróżnia się stopień: 1) znaczny, 2) umiarkowany, 3) lekki. Znaczny stopień niepełnosprawności odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagają-

cych, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się z kolei osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagających czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Lekki stopień niepełnosprawności dotyczy natomiast osób o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mających ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne [5].

W literaturze przedmiotu oraz w analizach statystycznych charakteryzujących skalę niepełnosprawności stosuje się zwykle podział na dwie podstawowe grupy, tj. osoby niepełnosprawne prawnie (posiadające odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony) oraz osoby niepełnosprawne biologicznie (czyli osoby, które nie posiadają takiego orzeczenia, ale odczuwają ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, takich jak np. praca, zabawa, nauka, samoobsługa).

SKALA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POLSCE

Z danych ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) wynika, że w 2002r. co siódma osoba zamieszkująca Polskę była niepełnosprawna (5 456 700 osób – 14,3% ogółu ludności), podczas gdy w 1988r. była to co dziesiąta osoba, a w 1978r. co czternasta. Biorąc pod uwagę ogół niepełnosprawnych daje się zauważyć, że populacji tej dominowały kobiety (52,9%), udział procentowy mężczyzn wyniósł 47,1%. Niepełnosprawność częściej dotyczyła mieszkańców wsi (15,3%), aniżeli mieszkańców miast (13,6%) [6]. Ostatnie badania stanu zdrowia przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w 2004 pokazały, że w porównaniu do NSP 2002r. nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych o ponad 630 tys. osób, co oznacza, że pod koniec 2004r. w Polsce żyło ponad 6,2 mln osób niepełnosprawnych (z czego 4,8 mln to niepełnosprawni prawnie). Utrzymana została tendencja, z której wynika, że wskaźnik osób niepełnosprawnych jest nieco wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn oraz wśród mieszkańców wsi aniżeli miast [7].

BARIERY NAPOTYKANE PRZEZ OSOBY O NIEPEŁNEJ SPRAWNOŚCI

Populacja osób niepełnosprawnych poza ograniczeniami wynikającymi ze stanu ich zdrowia bardzo często napotyka na szereg innych ograniczeń oraz barier, które w znaczący sposób utrudniają im funkcjonowanie w społeczeństwie.

Ze względu na ich istotę zwykle dzieli się je na: społeczne i fizyczne, a te z kolei na fizjograficzne oraz techniczne (w tym architektoniczne, urbanistyczne, komunikacyjne i funkcjonalne) [8,9]. Biorąc pod uwagę charakter barier można podzielić je na względne (stwarzające utrudnienia i niewygodę, dające się jednak pokonać się poprzez zastosowanie odpowiedniego wyposażenia lub zaopatrzenia w sprzęt

pomocniczy) oraz bezwzględne (te, których niepełnosprawna osoba nie może pokonać samodzielnie, np. zbyt wąskie drzwi nie pozwalające na przemieszczenie się na wózku) [10].

Istotnym i dotkliwym problemem, z jakim borykają się osoby o niepełnej sprawności są bariery społeczne, często wynikające charakterystycznej dla współczesnych społeczeństw skłonności do wartościowania. Niepełnosprawni traktowani są jako nieproduktywni ekonomicznie członkowie społeczeństwa, stanowiący dodatkowe obciążenie dla budżetu państwa. Funkcjonujące stereotypy nie pozwalają na uznanie osób z ograniczoną sprawnością za wartościowych, a jedynie za niezaradnych życiowo i nastawionych roszczeniowo wobec otoczenia [11].

Walka z napotykanymi ograniczeniami przez osoby o niepełnej sprawności często wymaga wsparcia ze strony powołanych do tego instytucji, ale także ze strony ludzi tworzących inicjatywy poza instytucjonalne.

PRAWO WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNYCH I INSTYTUCJE ICH WSPIERAJĄCE

Konstytucja RP w art. 68 ust. 3 nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym, a w art. 69 nakłada obowiązek określenia w ustawie pomocy dla osób niepełnosprawnych w zabezpieczeniu ich egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej [12]. Wejście Polski w struktury Unii Europejskiej obliguje ją do respektowania unijnych aktów prawnych. Jednym z najważniejszych kroków w polityce UE wobec niepełnosprawności było podpisanie w 1997r. Traktatu Amsterdamskiego. Był on pierwszym traktatem, w którym Unia odniosła się bezpośrednio do kwestii niepełnosprawności. Nałożono w nim obowiązek przeciwdziałania dyskryminacji osób niepełnosprawnych, czego efektem było znaczne zwiększenie się też zakresu inicjatyw podejmowanych przez Unię w kierunku prowadzenia spójnej polityki na rzecz osób z niepełnosprawnością. W 2002r. na Europejskim Kongresie na rzecz Osób Niepełnosprawnych w Madrycie uchwalono Deklarację Madrycką, która akcentuje równość osób o niepełnej sprawności wynikającą z Deklaracji Praw Człowieka i nawołuje m.in. do zmiany postaw społecznych wobec niepełnosprawnych, wsparcia ich rodzin, aktywizacji zawodowej, zmiany uregulowań prawnych.

Strategia Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności to przede wszystkim :

- wyrównywanie regionalnych nierówności w sytuacji niepełnosprawnych obywateli Wspólnoty w poszczególnych krajach członkowskich,
- upowszechnianie problematyki niepełnosprawności we wszystkich inicjatywach podejmowanych przez Komisję Europejską,
- wzmacnianie współpracy między krajami członkowskimi, zbieranie i wymiana informacji, danych statystycznych i przykładów dobrej praktyki,
- uwrażliwianie społeczeństwa oraz władz państwowych na prawa i potrzeby osób z niepełnosprawnością,
- ścisła współpraca Komisji Europejskiej z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych [13].

Tworzenie podstaw prawnych mających na celu ochronę i wsparcie osób niepełnosprawnych zajmuje istotne miejsce również w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych

(m.in. Światowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych z 1982r., Wytyczne dla Działań z Rozwoju Zasobów Ludzkich w Dziedzinie Niepełnosprawności z Tallina z 1990r., Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych z 1993r.) [14].

W Polsce osoby niepełnosprawne uzyskują wsparcie od instytucji, organizacji i fundacji. Na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. (o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) [5] powołana została Krajowa Rada Konsultacyjna ds. Osób Niepełnosprawnych. Utworzony został także Rządowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich Integracji ze Społeczeństwem. Wspomniana ustawa określa podmioty polityki rehabilitacyjnej, których celem jest wspieranie osób o niepełnej sprawności. Są to: Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Wojewodowie, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

PFRON jest najbardziej rozpowszechnioną i rozpoznawalną zinstytucjonalizowaną formą działań. Utworzony on został mocą ustawy z dnia 9 maja 1991 r. jest PFRON. Jest to fundusz celowy, którego głównym zadaniem jest finansowe wspomaganie systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Fundusze przeznaczane są m.in. na likwidację barier architektonicznych i komunikacyjnych, zaopatrzenie osób indywidualnych w sprzęt rehabilitacyjny ortopedyczny oraz środki pomocnicze, przystosowanie i wyposażenie nowych i istniejących miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, tworzenie warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej [15].

Na terenie Polski od wielu lat działa też wiele innych instytucji, stowarzyszeń i fundacji o zasięgu krajowym. Wśród nich znajdują się m.in. Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych, Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych «START», Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym w Zamościu, Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Polskie Towarzystwo Walki z Kalem, Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Krajowa Rada Osób Niepełnosprawnych, Fundacja Ochrony Zdrowia Inwalidów, Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Zakładowe Organizacje Związkowe Pracowników Spółdzielczości Inwalidów, Sekcja Krajowa Osób Niepełnosprawnych NSZZ «Solidarność», Federacja Spółdzielczych Związków Zawodowych, Krajowa Izba Gospodarczo – Rehabilitacyjna, Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych [16].

Celem działalności wymienionych instytucji i organizacji, jak też innych, które licznie funkcjonują w Polsce, jest prowadzenie szeroko pojętej rehabilitacji. Pojęcie rehabilitacji osób niepełnosprawnych definiowane jest jako kompleksowy proces zespołowych działań (medycznych, zawodowych i społecznych), które mają na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym [17].

- Rehabilitacja medyczna (lecnicza) – to proces opieki leczniczej, mający na celu zapobieganie, przywracanie i rozwój funkcjonalnych sprawności osoby w celu umożliwienia jej uzyskania samodzielności i prowadzenia ak-

tywnego życia (zmniejszenie lub złagodzenie skutków chorób i urazów oraz skorygowanie wad wrodzonych przy pomocy środków leczniczych).

- Rehabilitacja zawodowa – jest procesem przygotowania osoby niepełnosprawnej do pracy zgodnej z jej psychofizycznymi możliwościami i kwalifikacjami. W procesie tym przestrzegane są 4 etapy: poradnictwo zawodowe, przygotowanie zawodowe, zatrudnienie i opieka rehabilitacyjna oraz socjalna.
- Rehabilitacja społeczna – to część procesu rehabilitacji, która ma na celu integrację człowieka o naruszonej sprawności psychicznej lub fizycznej ze środowiskiem społecznym.
- Rehabilitacja środowiskowa – to system skoordynowanych działań w miejscu zamieszkania, wykorzystujący wszystkie instytucje i organizacje oraz usługi służące rehabilitacji danej osoby, w celu zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych, psychicznych, zawodowych i społecznych [18].

NIEFORMALNE WSPARCIE OSÓB O NIEPEŁNEJ SPRAWNOŚCI

Poza ogromną rolą uporządkowanych prawnie, zinstytucjonalizowanych działań na rzecz osób niepełnosprawnych duże znaczenie odgrywają inicjatywy niesformalizowane, tzw. oddolne, ludzkie. Ich realizacja wymaga pewnego poziomu wiedzy u osób niosących pomoc i znajomości potrzeb konkretnych jednostek dotkniętych niepełnosprawnością.

Należy mieć świadomość, że ludzie pełnosprawni niezbyt często potrafią przezwyciężyć pewne uprzedzenia wobec niepełnosprawnych powstałe na podbudowie funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i przesądów. Ich niwelacji najefektywniej pomagają indywidualne kontakty obydwu stron, a także upowszechnienie wiedzy o możliwościach i ograniczeniach niepełnosprawnych [19]. W trudnych chwilach życia osoba o niepełnej sprawności potrzebuje psychicznego wsparcia, którego jedynym źródłem są bliskie kontakty międzyludzkie. Więzy społeczne chronią taką osobę przed poczuciem osamotnienia i zaspokajają ważną potrzebę przynależności i społecznej integracji, a dodatkowo poczucie bliskości z innymi ludźmi (m.in. członkami rodziny, przyjaciółmi), świadomość zrozumienia i akceptacji z ich strony wzmacniają odporność psychiczną i ułatwiają rozwiązywanie życiowych problemów [20].

Coraz częściej podkreśla się, że wsparcie nieformalne jest komplementarne, a czasami całkowicie zastępujące instytucjonalne działania na rzecz niepełnosprawnych. Wskazuje to na konieczność zmiany podejścia do osób niepełnosprawnych u pracowników realizujących sformalizowane inicjatywy. Nowe spojrzenie na problemy ludzi dotkniętych niepełnosprawnością nakazuje by traktować ich jako osoby z konkretnymi potrzebami, a nie anonimowych pacjentów lub klientów domagających się pomocy.

Takiemu podejściu „hołdują” jednostki wspierające osoby doświadczające niepełnosprawnością w ramach wolontariatu, gdyż wychodzą one z założenia, że oprócz kompetencji zawodowych równie ważna, a może nawet ważniejsza jest ludzka wrażliwość i empatyczne ich rozumienie [21]. Istotną rolę odgrywają też działania wspierające niepełnosprawnych w ramach społeczności lokalnych, w których tworzone są

tzw. grupy samopomocowe. Dzięki uczestnictwu w takich grupach osoby o niepełnej sprawności stają się nie tylko „biorcami” usług i wsparcia ze strony innych, ale też sami pomagają innym, przez co czują się potrzebni i wartościowi.

Podsumowując, należy podkreślić, że na skutek negatywnych zmian strukturze demograficznej naszego społeczeństwa, jak też wielu społeczeństw europejskich (w tym Europy Południowej przede wszystkim), problem niepełnosprawności będzie istotną kwestią społeczną. Wymusza to na rządach wielu krajów podjęcie kroków prawnych w ramach ich polityki społecznej, których celem jest zabezpieczenie społeczne i socjalne osób o niepełnej sprawności.

Wśród pozytywnych zmian, jakie daje się zauważyć w społeczeństwie polskim jest rosnąca tolerancja i akceptacja dla tychże osób, nawet wśród mieszkańców tradycyjnych wsi, w których do niedawna kalectwo było powodem do wstydu i swoistego piętnowania społecznego [22]. Należy przypuszczać, że nie bez znaczenia pozostaje tu wzrost poziomu wiedzy o niepełnosprawności, o problemach osób nią dotkniętych, dzięki prowadzonym akcjom informacyjnym. Wszelkie działania instytucjonalne i nieformalne prowadzone obecnie na rzecz osób niepełnosprawnych ukierunkowane są na wyrównywanie szans, czyli udostępnianie wszystkim ogólnym systemów występujących w społeczeństwie, takich jak: środowisko fizyczne i kulturalne, mieszkania i transport, usługi społeczne i zdrowotne, szansa kształcenia i pracy, życie kulturalne i społeczne, sport i rekreacja. Podejmowane inicjatywy mają też na celu integrację społeczną, która wyraża się włączeniem do społeczeństwa i zaakceptowaniem osób niepełnosprawnych jako równych i pełnoprawnych jego członków, tak, aby mogli korzystać ze wszystkich dóbr kultury i cywilizacji danego społeczeństwa oraz przyczyniać się do ich pomnażania.

REFERENCES:

1. Binczycka-Anholcer M. Zagrożenia zdrowotne, społeczne i socjalne osób niepełnosprawnych i ich implikacje. W: Lewandowski J, Lecewicz-Bartoszewska J, red. Ergonomia niepełnosprawnym. Jakość życia. Politechnika Łódzka, Łódź, 2001.
2. Barnes C, Mercer G. Niepełnosprawność. Warszawa: Wydawnictwo Sic!; 2008.
3. Skrzetuska E, Osik-Chudowska D, Wojnarska A. Poziom życia osób niepełnosprawnych w okresie transformacji ustrojowej. Lublin: UMCS; 2002.
4. Schuntermann MF. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) – results and problems, Int J Rehabil Res 1996; 19 (1):1-11.
5. Ustawa z dnia 27.08.1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U.97.123.776 z późn.zm
6. Rocznik Statystyczny RP. Warszawa: GUS; 2008.
7. Stan zdrowia ludności Polski w 2004r. Warszawa: GUS; 2006.
8. Garbat M. Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność i Rehabilitacja 2003;1: 18-33
9. Kowal E. Problemy życia społecznego osób niepełnosprawnych. W: Ochonczenko H, Nowicka A, red. Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych T.I. Kraków: Oficyna Wyd."Impuls"; 2006.
10. Garbat M. Mieszkanie osoby niepełnosprawnej – jego funkcje oraz bariery w nim występujące. W: Solecki L, ed. Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Lublin: IMW; 2004.
11. Stępiak I, Herdzina M. Wydatkowanie środków ZFRON na indywidualne programy rehabilitacji. Przemysł: OBPON; 2008.
12. Konstytucja RP, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
13. Piasecki M, Stępiak M, eds. Osoby z Niepełnosprawnością w Unii Europejskiej. Szanse i zagrożenia. Lublin: Norbertinum; 2003.
14. Piasecki M, Stępiak M, eds. Osoby z Niepełnosprawnością w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych. Lublin: Norbertinum; 2002.

15. Ustawa z dnia 9.05.1991r. O zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201 z późn.zm.
16. http://www.idn.org.pl/sonnszz/organizacje_ON.htm (06.02.2010)
17. Pomykało W, ed. Encyklopedia pedagogiczna. Warszawa: Fundacja Innowacja; 1993.
18. Mikulski J. Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych W: AK, ed. Polityka społeczna. Warszawa: SGH; 2006.
19. Kirenko J. Oblicza niepełnosprawności. Lublin: WSSP; 2006.
20. Kirenko J. Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością. W: Palak Z, Bartkiewicz Z, red. Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin: UMCS; 2004.
21. Sowa J. Relacje interpersonalne w procesie wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. W: Palak Z, Bartkiewicz Z, red. Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin: UMCS; 2004.
22. Gonciarz B, Ostrowska A, Pańków W. Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich – uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Raport z badań. Warszawa: IFiS PAN; 2008.

Informacje o Autorze:

Dr MAGDALENA FLOREK – adiunkt, Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

Adres do korespondencji:

Dr Magdalena Florek
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Medycyny Wsi
20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2
e-mail: mflorek@galen.imw.lublin.pl