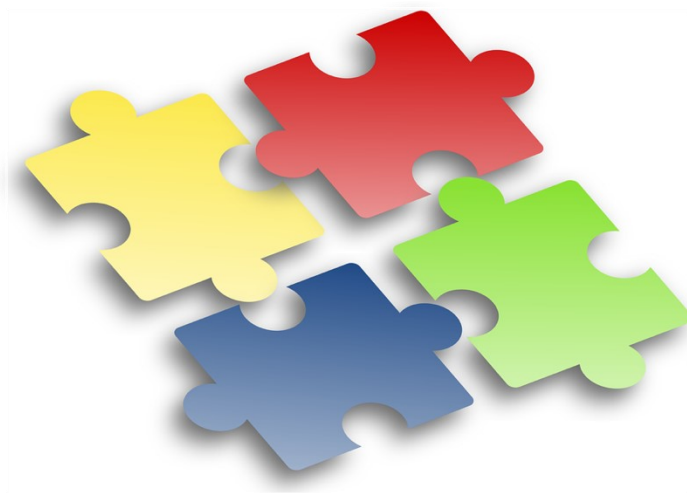




Kompleksowy program szkoleniowy dla nieformalnych doradców
rodziców dzieci z niepełnosprawnościami

MODUŁ I

WPROWADZENIE DO WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

ROLA DORADCY NIEFORMALNEGO

2024-1-TR01-KA220-ADU-000250033

**INNOWACYJNE WSPARCIE I EDUKACJA DLA RODZICÓW DZIECI Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI POPRZECZ NIEFORMALNE DORADZTWO**

IPAR



Co-funded by the
European Union

Spis treści

1. Wprowadzenie
2. Podstawowe informacje o rodzajach niepełnosprawności
 - 2.1. Niepełnosprawność fizyczna
 - 2.2. Niepełnosprawność intelektualna
 - 2.3. Niepełnosprawność wzrokowa
 - 2.4. Niepełnosprawność słuchowa
 - 2.5. Autyzm i spektrum autyzmu (ASD)
 - 2.6. Niepełnosprawność sprzężona i inne formy zaburzeń rozwojowych
3. Znaczenie wczesnej diagnozy i interwencji
 - 3.1. Wczesne wykrywanie niepełnosprawności
 - 3.2. Wczesna interwencja – definicja i cele
 - 3.3. Skutki zaniechania wczesnej diagnozy
4. Prawa osób z niepełnosprawnością
 - 4.1. Podstawy prawne
 - 4.2. Prawo do edukacji
 - 4.3. Prawo do wsparcia społecznego i pomocy państwa
 - 4.4. Prawo do niezależnego życia i uczestnictwa w życiu społecznym
5. Osobowość i kompetencje doradcy nieformalnego
 - 5.1. Kim jest doradca nieformalny?
 - 5.2. Umiejętności zawodowe i metodyczne
 - 5.3. Kompetencje osobiste
 - 5.4. Kompetencje społeczne i komunikacyjne
 - 5.5. Postawa etyczna i refleksyjna
6. Zakończenie
7. Bibliografia

1. Wprowadzenie

1.1. Pojęcie niepełnosprawności – definicje i konteksty

Niepełnosprawność jest zjawiskiem złożonym, obejmującym zarówno wymiar biologiczny, jak i psychologiczny, społeczny oraz kulturowy. W literaturze naukowej funkcjonuje wiele definicji tego pojęcia, różniących się akcentami i sposobem ujmowania relacji między jednostką a środowiskiem. Zgodnie z definicją **Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)** zawartą w *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, 2001)*, niepełnosprawność to pojęcie parasolowe, które obejmuje wszelkie ograniczenia aktywności i uczestnictwa, wynikające z interakcji między stanem zdrowia człowieka a czynnikami środowiskowymi. W ujęciu tym niepełnosprawność nie jest wyłącznie skutkiem uszkodzenia organizmu, lecz konsekwencją dynamicznego oddziaływania między indywidualnymi cechami jednostki a warunkami, w jakich żyje.

Z kolei **Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (2006)**, ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku, definiuje osoby niepełnosprawne jako te, które „mają długotrwałe fizyczne, umysłowe, intelektualne lub sensoryczne uszkodzenia, które w interakcji z różnymi barierami mogą ograniczać ich pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi osobami”. W definicji tej akcent przesunięty został z medycznego opisu deficytów na społeczne mechanizmy wykluczenia, podkreślając znaczenie środowiska i jego dostępności.

Niepełnosprawność można zatem rozumieć **w trzech komplementarnych kontekstach**:

- **Medycznym**, który koncentruje się na diagnozie i leczeniu uszkodzeń organizmu, postrzegając osobę z niepełnosprawnością jako pacjenta wymagającego interwencji terapeutycznej;
- **Społecznym**, w którym niepełnosprawność jest efektem niedostosowania środowiska i braku dostępności, a nie cechą osoby;
- **Kulturowym**, który dostrzega niepełnosprawność jako element różnorodności ludzkiego doświadczenia i tożsamości, wymagający akceptacji i reprezentacji w przestrzeni publicznej.

Na przestrzeni ostatnich dekad obserwujemy wyraźną **zmianę paradygmatu** w postrzeganiu niepełnosprawności – od tzw. **modelu medycznego** do **modelu społecznego**. W modelu medycznym osoba z niepełnosprawnością była przede wszystkim obiektem opieki, terapii i działań naprawczych. Koncentrowano się na ograniczeniach funkcjonalnych i sposobach ich kompensacji. Natomiast model społeczny, rozwinięty w latach 70. XX wieku pod wpływem ruchów emancypacyjnych i organizacji pozarządowych, zakłada, że źródłem niepełnosprawności są bariery – architektoniczne, komunikacyjne, prawne, społeczne i mentalne – które uniemożliwiają pełne uczestnictwo osób z różnymi ograniczeniami w życiu społecznym. W tym podejściu odpowiedzialność za włączenie społeczne przenosi się z jednostki na społeczeństwo i jego instytucje.

Współcześnie, zgodnie z ideą **inkluzji społecznej** oraz z koncepcją „społeczeństwa dla wszystkich”, niepełnosprawność traktowana jest nie jako odchylenie od normy, lecz jako jeden z naturalnych wariantów ludzkiej kondycji. Celem polityki i praktyki społecznej staje się nie tyle rehabilitacja „braku”, ile tworzenie środowiska, które umożliwia każdej osobie funkcjonowanie zgodnie z jej potencjałem i aspiracjami.

1.2. Cel i znaczenie wsparcia osób z niepełnosprawnościami

Wspieranie osób z niepełnosprawnościami stanowi jeden z fundamentów nowoczesnych systemów społecznych, opartych na zasadach równości, solidarności i poszanowania godności człowieka. Wsparcie to obejmuje zarówno działania instytucjonalne (np. system edukacji, pomocy społecznej,

rehabilitacji, zatrudnienia wspomaganego), jak i inicjatywy nieformalne – realizowane przez rodziny, środowiska lokalne, wolontariuszy i doradców nieformalnych.

Podstawowym celem wsparcia jest **umożliwienie osobie z niepełnosprawnością możliwie największej samodzielności i aktywności w życiu społecznym**, przy jednoczesnym poszanowaniu jej indywidualnych potrzeb, ograniczeń i wyborów. Samodzielność w tym kontekście nie oznacza pełnej niezależności od innych, lecz zdolność do podejmowania decyzji, wyrażania opinii, realizowania ról społecznych i korzystania z praw obywatelskich w sposób adekwatny do możliwości jednostki.

Drugim kluczowym celem jest **integracja społeczna**, rozumiana jako proces wzajemnego dostosowania jednostki i środowiska. Oznacza to nie tylko dostarczanie osobom z niepełnosprawnościami narzędzi i usług wspierających, ale również eliminację barier architektonicznych, informacyjnych i mentalnych, które utrudniają im uczestnictwo w życiu publicznym. Integracja nie jest procesem jednostronnym – wymaga otwartości, edukacji i empatii całego społeczeństwa.

Nie można przy tym przecenić **roli otoczenia społecznego** w procesie rehabilitacji i włączania osób z niepełnosprawnościami. To właśnie w codziennych interakcjach z rodziną, sąsiadami, współpracownikami czy lokalną społecznością osoba z niepełnosprawnością doświadcza realnego wsparcia lub – przeciwnie – wykluczenia. Dlatego współczesne koncepcje rehabilitacji społecznej podkreślają znaczenie **środowiska naturalnego jednostki** – miejsca, w którym żyje, uczy się i pracuje – jako kluczowego czynnika rozwoju kompetencji społecznych i poczucia przynależności.

W tym kontekście istotne znaczenie zyskuje **doradztwo nieformalne**, będące formą wsparcia świadczoną przez osoby spoza systemu instytucjonalnego – członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy czy liderów społecznych. Doradca nieformalny nie pełni roli terapeuty ani urzędnika, lecz towarzysza i rzecznika osoby z niepełnosprawnością. Pomaga jej w orientacji w systemie pomocy, wspiera emocjonalnie, ułatwia kontakt z instytucjami, a często również reprezentuje jej interesy w sytuacjach społecznych. Jego rola ma charakter **relacyjny i humanistyczny** – opiera się na empatii, zrozumieniu, zaufaniu i akceptacji.

Doradztwo nieformalne stanowi więc ważne ogniwo pomiędzy systemem wsparcia formalnego a indywidualnym doświadczeniem osoby z niepełnosprawnością. W dobie transformacji w kierunku społeczeństwa inkluzyjnego, gdzie nacisk kładziony jest na partycypację i podmiotowość każdego człowieka, doradcy nieformalni stają się nieodzownymi partnerami w budowaniu kultury zrozumienia, otwartości i wzajemnego szacunku.

2. Podstawowe informacje o rodzajach niepełnosprawności

Niepełnosprawność, niezależnie od jej charakteru i stopnia, zawsze wpływa na sposób funkcjonowania jednostki w środowisku społecznym, edukacyjnym i zawodowym. Jej konsekwencje nie ograniczają się jedynie do obszaru fizycznego czy poznawczego – obejmują również sferę emocjonalną, relacyjną i tożsamościową. Dlatego współczesne podejście do opisu rodzajów niepełnosprawności wymaga uwzględnienia zarówno aspektów medycznych, jak i psychospołecznych.

2.1. Niepełnosprawność fizyczna

Niepełnosprawność fizyczna (ruchowa) obejmuje wszelkie trwałe lub czasowe ograniczenia w zakresie sprawności motorycznej, wynikające z uszkodzeń układu kostno-mięśniowego, nerwowego lub narządów ruchu. Może być następstwem wad wrodzonych, chorób (np. mózgowego porażenia dziecięcego, dystrofii mięśniowej, stwardnienia rozsianego, reumatoidalnego zapalenia stawów), urazów, amputacji czy schorzeń układu nerwowego.

Z perspektywy funkcjonalnej oznacza to trudności w poruszaniu się, wykonywaniu codziennych czynności samoobsługowych, utrzymaniu równowagi czy manipulowaniu przedmiotami. Skala i charakter ograniczeń są zróżnicowane – od lekkich trudności motorycznych po całkowitą zależność od wózka inwalidzkiego lub opiekuna.

Współczesne podejście do osób z niepełnosprawnością ruchową podkreśla znaczenie **kompensacji i adaptacji środowiska**. Nowoczesne technologie wspierające (np. wózki elektryczne, egzoszkielety, systemy sterowania głosem) pozwalają znacznie zwiększyć samodzielność, a przystosowanie przestrzeni publicznej – poprzez likwidację barier architektonicznych – umożliwia pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym. Istotnym elementem wsparcia jest również rehabilitacja ruchowa i terapia zajęciowa, które przyczyniają się do utrzymania sprawności fizycznej, ale też do odbudowy poczucia podmiotowości i kompetencji społecznych.

2.2. Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność intelektualna, określana dawniej jako upośledzenie umysłowe, jest stanem obniżonego funkcjonowania intelektualnego i adaptacyjnego, który ujawnia się w okresie rozwojowym. Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) obejmuje ona trzy obszary: funkcjonowanie intelektualne (rozumowanie, uczenie się, rozwiązywanie problemów), funkcjonowanie adaptacyjne (umiejętności społeczne, komunikacyjne, praktyczne) oraz wiek wystąpienia (przed 18. rokiem życia).

Wyróżnia się cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej: lekką, umiarkowaną, znaczną i głęboką. Każdy z nich wymaga odmiennego podejścia edukacyjnego i opiekuńczego. Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną często potrafią funkcjonować samodzielnie, wykonywać pracę zawodową i tworzyć relacje społeczne przy odpowiednim wsparciu. W przypadku znacznego lub głębokiego stopnia niezbędna jest systematyczna pomoc w codziennym życiu oraz opieka specjalistyczna.

W pedagogice specjalnej podkreśla się znaczenie **indywidualizacji nauczania, prostoty przekazu, powtarzalności i wzmacniania pozytywnego**. Niezbędne jest także kształtowanie umiejętności społecznych, samoobsługowych i komunikacyjnych. Wsparcie powinno mieć charakter wielowymiarowy – obejmować zarówno działania edukacyjne, jak i emocjonalne oraz terapeutyczne, przy czym nadrzędnym celem jest podtrzymywanie i rozwijanie potencjału osoby, a nie wyłącznie kompensacja deficytów.

2.3. Niepełnosprawność wzrokowa

Niepełnosprawność wzrokowa obejmuje zarówno osoby **niewidome**, jak i **słabowidzące**, u których występuje trwałe lub postępujące ograniczenie funkcji wzrokowych, niemożliwe do pełnej korekcji za pomocą okularów czy soczewek. W zależności od stopnia utraty wzroku różne są możliwości percepcji bodźców wzrokowych oraz strategie kompensacyjne.

Utrata wzroku wpływa na sposób poznawania świata, orientację przestrzenną i rozwój mowy. Dlatego w pracy z osobami z niepełnosprawnością wzrokową istotne jest **wspieranie procesów kompensacyjnych poprzez rozwijanie zmysłów dotyku, słuchu i kinestezji**. Osoby niewidome posługują się alfabetem Braille’a, urządzeniami dźwiękowymi, nawigacją głosową, a w edukacji korzystają z materiałów w formatach dostępnych cyfrowo.

Niepełnosprawność wzrokowa często prowadzi do wtórnych trudności emocjonalnych i społecznych – obniżonego poczucia bezpieczeństwa, lęku przed samodzielnym poruszaniem się czy izolacji. Wsparcie powinno zatem obejmować nie tylko rehabilitację wzroku, ale również **trening samodzielności i**

orientacji przestrzennej oraz działania integrujące ze środowiskiem. Współczesne technologie – takie jak aplikacje lokalizacyjne, rozpoznawanie tekstu i obrazu, czy asystenci głosowi – znacząco zwiększają poziom samodzielności osób z dysfunkcją wzroku, a zarazem wymagają odpowiedniego przygotowania edukacyjnego i technologicznego.

2.4. Niepełnosprawność słuchowa

Niepełnosprawność słuchowa obejmuje osoby **głuche** i **niedosłyszające**, które doświadczają ograniczonego odbioru bodźców akustycznych w różnym stopniu – od częściowej utraty słuchu po całkowitą głuchotę. Przyczyny mogą być wrodzone lub nabyte (np. infekcje, urazy, choroby ucha środkowego, hałas, czynniki genetyczne).

Utrata słuchu wpływa nie tylko na odbiór bodźców akustycznych, ale w sposób wielowymiarowy oddziałuje na **rozwój języka, komunikację społeczną, edukację i tożsamość jednostki**. W przypadku dzieci głuchych od urodzenia konsekwencje braku dostępu do języka dźwiękowego mogą ujawniać się już we wczesnym dzieciństwie w postaci opóźnień rozwojowych w zakresie mowy, rozumienia pojęć abstrakcyjnych i funkcjonowania emocjonalnego. Dlatego tak istotne jest zapewnienie **wczesnej diagnozy i interwencji słuchowej**, a także umożliwienie dziecku kontaktu z pełnowartościowym systemem językowym – najczęściej narodowym językiem migowym.

W Polsce rolę tę pełni **Polski Język Migowy (PJM)** – autonomiczny system językowy o własnej gramatyce i składni, różniący się od języka polskiego. Podobne sytuacje występują w innych krajach europejskich: **na Słowacji** funkcjonuje **Slovenský posunkový jazyk (SPJ)**, który w 1995 roku uzyskał status oficjalnego języka społeczności głuchych i został uznany za część dziedzictwa kulturowego kraju. Słowacja prowadzi także aktywną politykę wspierania dwujęzyczności w edukacji dzieci głuchych – poprzez rozwój programów nauczania w języku migowym równoległe z językiem słowackim. Mimo to nadal obserwuje się ograniczoną liczbę tłumaczy certyfikowanych oraz niewystarczające wsparcie technologiczne w mniejszych miejscowościach.

W **Turcji** sytuacja jest bardziej złożona. Choć **Turecki Język Migowy (TİD)** posiada bogatą tradycję i od 2005 roku jest oficjalnie uznawany przez państwo, jego obecność w systemie edukacyjnym i administracji publicznej pozostaje fragmentaryczna. Wiele szkół dla osób niesłyszących nadal stosuje tzw. podejście oralistyczne – koncentrujące się na nauce mowy i odczytywaniu z ruchu warg, przy ograniczonym użyciu języka migowego. W ostatnich latach, m.in. dzięki współpracy z organizacjami europejskimi (np. European Union of the Deaf), rozwija się jednak ruch na rzecz **pełnej dostępności komunikacyjnej**, obejmujący tłumaczenia w mediach publicznych, rozwój napisów telewizyjnych i aplikacji wspomagających komunikację. Nadal jednak w Turcji brakuje spójnych regulacji gwarantujących dostępność usług publicznych dla osób głuchych w całym kraju, szczególnie w regionach wiejskich i wschodnich.

W całej Europie coraz większy nacisk kładzie się na **kompleksowe podejście do niepełnosprawności słuchowej**. Oznacza to nie tylko inwestycje w technologię (aparaty słuchowe, implanty ślimakowe, systemy FM, pętle indukcyjne), ale także uznanie **głuchoty jako fenomenu kulturowego i tożsamościowego**, a nie wyłącznie medycznego. Współczesne podejście biopsychospołeczne promuje integrację dwóch paradygmatów: **rehabilitacyjnego**, który koncentruje się na poprawie funkcji słuchowych, i **kulturowego**, który podkreśla prawo do używania języka migowego i uczestnictwa w społeczności Głuchych (ang. *Deaf culture*).

Współcześnie coraz większy nacisk kładzie się na **dostępność komunikacyjną** – tłumaczenia na język migowy w mediach, napisów w materiałach wideo, dostępnych infolinii czy usług asystenckich. Edukacja osób z niepełnosprawnością słuchu powinna bazować na metodach wizualnych,

angażujących wzrok, gest i ruch, a proces kształcenia winien sprzyjać rozwijaniu kompetencji społecznych, emocjonalnych i kulturowych.

2.5. Autyzm i spektrum autyzmu (ASD)

Spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorder – ASD) obejmuje grupę zaburzeń neurorozwojowych, charakteryzujących się trudnościami w komunikacji społecznej, ograniczonymi wzorcami zachowań oraz specyficznym sposobem postrzegania i przetwarzania bodźców sensorycznych. Zgodnie z najnowszymi klasyfikacjami diagnostycznymi (DSM-5, ICD-11) autyzm traktowany jest jako kontinuum funkcjonowania, a nie jednolita jednostka chorobowa.

Osoby w spektrum autyzmu często przejawiają nadwrażliwość lub niedowrażliwość sensoryczną, potrzebę przewidywalności, powtarzalnych rytuałów oraz trudności w rozumieniu intencji i emocji innych ludzi. Jednocześnie wiele z nich wykazuje **ponadprzeciętne zdolności w określonych dziedzinach** – matematyce, muzyce, analizie danych czy wizualnym przetwarzaniu informacji.

Wspieranie osób z ASD wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniającego ich profil sensoryczny, tempo uczenia się i preferowany sposób komunikacji. Stosowane są różnorodne metody, m.in. **TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)**, **ABA (Applied Behavior Analysis)** czy **model SCERTS**, które kładą nacisk na rozwój komunikacji, samoregulacji emocji i umiejętności społecznych.

Niezwykle istotna jest także **edukacja społeczeństwa w zakresie akceptacji neuroatypowości** – odejście od postrzegania autyzmu jako deficytu na rzecz różnorodności neurologicznej. Dzięki temu osoby ze spektrum mogą funkcjonować w środowisku wspierającym ich potencjał, a nie ograniczającym ich odmiennność.

2.6. Niepełnosprawność sprzężona i inne zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność sprzężona występuje wówczas, gdy u jednej osoby współwystępują dwa lub więcej rodzajów niepełnosprawności, np. intelektualna i ruchowa, słuchowa i wzrokowa, lub autyzm i niepełnosprawność intelektualna. Taki złożony charakter zaburzeń sprawia, że potrzeby edukacyjne, terapeutyczne i opiekuńcze są znacznie bardziej skomplikowane, a proces wspierania wymaga **współpracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów**: pedagogów specjalnych, logopedów, terapeutów integracji sensorycznej, psychologów i lekarzy.

W przypadku osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi priorytetem staje się **utrzymanie funkcji życiowych, rozwój komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)** oraz zapewnienie jak największego komfortu życia. Kluczową rolę odgrywa także środowisko rodzinne, które potrzebuje kompleksowego wsparcia – psychologicznego, informacyjnego i materialnego.

Zrozumienie różnorodności rodzajów niepełnosprawności stanowi podstawę skutecznego i empatycznego wsparcia. Każda z nich wymaga nieco innego podejścia, jednak wszystkie łączy wspólny cel – **zapewnienie osobom z ograniczeniami możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym**. Współczesne koncepcje pedagogiczne i społeczne podkreślają, że niepełnosprawność nie definiuje człowieka, lecz jest jednym z aspektów jego funkcjonowania. Odpowiedzialnością społeczeństwa jest tworzenie takich warunków, które pozwolą każdej osobie realizować swoje prawa, potencjał i potrzeby w duchu równości i szacunku.

3. Znaczenie wczesnej diagnozy i interwencji

Wczesne rozpoznanie i odpowiednio dobrane działania wspierające stanowią kluczowy element systemu pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Współczesne badania z zakresu neuropsychologii

rozwojowej, pedagogiki specjalnej i terapii zajęciowej jednoznacznie wskazują, że **okres wczesnego dzieciństwa jest czasem największej plastyczności układu nerwowego i najbardziej efektywnego uczenia się**. Z tego względu właściwa diagnoza i interwencja podjęta już w pierwszych latach życia może w sposób znaczący wpłynąć na dalszy rozwój, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne dziecka.

3.1. Wczesne wykrywanie niepełnosprawności

Proces diagnozy w obszarze niepełnosprawności ma charakter wieloetapowy i interdyscyplinarny. Obejmuje zarówno **obserwację kliniczną i pedagogiczną**, jak i **badania psychologiczne, logopedyczne, lekarskie oraz neurofizjologiczne**. Pierwszymi osobami, które mogą zauważyć niepokojące symptomy rozwojowe, są najczęściej rodzice lub opiekunowie. Ich obserwacje, dotyczące np. opóźnień w rozwoju mowy, motoryki, kontaktu wzrokowego czy reakcji emocjonalnych, stanowią cenny punkt wyjścia do dalszej diagnozy specjalistycznej.

Kluczową rolę w systemie wczesnego wykrywania odgrywają także **lekarze pediatrzy, położne środowiskowe, nauczyciele przedszkolni oraz psycholodzy w poradniach psychologiczno-pedagogicznych**. Ich zadaniem jest nie tylko wstępna identyfikacja trudności, lecz także odpowiednie pokierowanie rodziny do placówek diagnostycznych. W tym kontekście niezwykle istotne jest budowanie świadomości społecznej w zakresie wczesnych objawów niepełnosprawności oraz kształtowanie postaw otwartości wobec procesu diagnozowania.

Nowoczesne systemy edukacji i ochrony zdrowia zakładają **profilaktyczne badania przesiewowe**, realizowane w określonych etapach rozwoju dziecka – np. w 2., 4. i 6. roku życia. Ich celem jest wychwycenie nawet subtelnych odchyłeń od normy rozwojowej. Wczesna diagnoza nie jest etykietowaniem dziecka, lecz **narzędziem umożliwiającym precyzyjne zaplanowanie wsparcia**, które pozwala maksymalnie wykorzystać jego potencjał.

3.2. Wczesna interwencja – definicja i cele

Pojęcie **wczesnej interwencji** odnosi się do zintegrowanych działań terapeutycznych, edukacyjnych i wychowawczych, podejmowanych wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzin w okresie od urodzenia do około 7. roku życia. Celem tych działań jest nie tylko usprawnianie funkcji zaburzonych, lecz także **zapobieganie dalszym opóźnieniom rozwojowym i wspieranie kompetencji rodziców w zakresie opieki i wychowania dziecka**.

Wczesna interwencja realizowana jest w różnych formach – od zajęć indywidualnych z terapeutami (np. logopedą, fizjoterapeutą, psychologiem, pedagogiem specjalnym), po kompleksowe programy środowiskowe, angażujące rodzinę, szkołę i lokalne instytucje. Jej skuteczność wynika z holistycznego podejścia – obejmującego nie tylko dziecko, ale i całe jego otoczenie.

Podstawowymi zasadami wczesnej interwencji są:

- **indywidualizacja** – dostosowanie metod i celów pracy do możliwości i tempa rozwoju dziecka;
- **kompleksowość** – łączenie różnych form oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych;
- **kontynuacja** – systematyczność działań i monitorowanie postępów;
- **włączenie rodziny** – aktywne uczestnictwo rodziców w procesie terapii.

W praktyce oznacza to, że interwencja nie może ograniczać się do pracy specjalistów z dzieckiem, ale musi obejmować także **edukację rodziców**, wzmacnianie ich kompetencji wychowawczych, budowanie więzi emocjonalnej i zaufania wobec systemu wsparcia.

Badania empiryczne potwierdzają, że dzieci, u których wczesna interwencja została wdrożona, **osiągają wyższy poziom funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego** w porównaniu z dziećmi, które zostały objęte pomocą dopiero w wieku szkolnym. Efektywność tych działań zależy jednak od dostępności specjalistów, współpracy międzysektorowej oraz świadomości rodziców i nauczycieli.

3.3. Skutki zaniechania wczesnej diagnozy

Brak wczesnej diagnozy lub jej opóźnienie prowadzi często do **pogłębiania się trudności rozwojowych**, które z czasem obejmują kolejne sfery funkcjonowania dziecka. Nierozpoznane deficyty poznawcze, sensoryczne czy emocjonalne mogą powodować wtórne zaburzenia zachowania, trudności edukacyjne i społeczne, a w konsekwencji – wykluczenie z grupy rówieśniczej i niską samoocenę.

W perspektywie systemowej opóźniona interwencja generuje także **większe koszty społeczne i ekonomiczne**, związane z koniecznością późniejszego wprowadzania długofalowych działań kompensacyjnych i opiekuńczych. Z tego powodu współczesne polityki edukacyjne i zdrowotne opierają się na zasadzie „**im wcześniej, tym lepiej**”, co stanowi fundament skutecznej rehabilitacji społecznej i zawodowej w dorosłym życiu.

Warto podkreślić, że wczesna diagnoza to nie tylko kwestia medyczna, ale także **etyczna i społeczna**. Umożliwia ona bowiem rodzinom podjęcie świadomych decyzji dotyczących dalszej opieki, terapii i edukacji, a dzieciom – zapewnienie dostępu do równych szans rozwojowych. Opóźnienie w rozpoznaniu problemów rozwojowych często wynika z braku wiedzy, tabu lub lęku rodziców przed stygmatyzacją. Dlatego ważnym elementem systemu wsparcia jest **edukacja społeczna i psychoprophylaktyka**, które przełamują stereotypy i promują postawę wczesnej reakcji na niepokojące symptomy.

3.4. Współpraca specjalistów i środowiska rodzinnego

Skuteczność wczesnej diagnozy i interwencji w dużej mierze zależy od jakości współpracy między różnymi ogniwami systemu wsparcia: służbą zdrowia, edukacją, pomocą społeczną i organizacjami pozarządowymi. Niezwykle istotne jest tworzenie **zespołów interdyscyplinarnych**, które łączą kompetencje medyczne, psychologiczne i pedagogiczne.

Rodzina dziecka z niepełnosprawnością powinna być traktowana jako **równorzędny partner** w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. To właśnie rodzice są najważniejszym źródłem informacji o zachowaniach dziecka, jego postępach, trudnościach i emocjach. Włączenie rodziców w proces planowania terapii zwiększa efektywność działań, redukuje poczucie bezradności i wzmacnia ich sprawczość.

Warto podkreślić, że wczesna interwencja powinna obejmować także **wsparcie emocjonalne dla rodziny** – pomoc psychologiczną, grupy wsparcia, konsultacje doradcze. Wczesny etap diagnozy to często czas silnego stresu, niepewności i poczucia straty u rodziców. Właściwie prowadzona pomoc psychologiczna pozwala im stopniowo zaakceptować sytuację, zrozumieć potrzeby dziecka i zaangażować się w jego rozwój.

3.5. Znaczenie doradztwa nieformalnego w procesie wczesnego wsparcia

Doradcy nieformalni – osoby bliskie, wolontariusze, liderzy społeczności lokalnych – mogą odgrywać niezwykle ważną rolę w procesie wczesnego wsparcia dziecka i jego rodziny. Często to właśnie oni, dzięki codziennemu kontaktowi, dostrzegają pierwsze symptomy trudności rozwojowych i zachęcają

rodziców do konsultacji ze specjalistami. Ich empatyczna obecność, wsparcie emocjonalne i pomoc w kontaktach z instytucjami mogą znacząco obniżyć poziom stresu rodziców i ułatwić im podjęcie działań.

Włączenie doradztwa nieformalnego do systemu wczesnej interwencji poszerza jego zasięg i czyni go bardziej **humanistycznym, bliskim i zrozumiałym** dla rodzin. Doradcy nieformalni pełnią rolę ogniwa między specjalistami a środowiskiem życia dziecka, przyczyniając się do budowania **społeczności wspierającej rozwój** – opartej na zaufaniu, empatii i współodpowiedzialności.

Podsumowanie

Znaczenie wczesnej diagnozy i interwencji jest nie do przecenienia – stanowi fundament skutecznej pomocy, integracji i rozwoju osób z niepełnosprawnościami. Wczesne wykrycie trudności rozwojowych pozwala nie tylko zminimalizować skutki deficytów, ale przede wszystkim **zapobiegać wtórnym skutkom psychicznym i społecznym**. Wczesna interwencja, prowadzona w duchu współpracy między specjalistami, rodziną i środowiskiem, staje się pierwszym krokiem ku inkluzji, równości i pełnemu uczestnictwu w życiu społecznym.

4. Prawa osób z niepełnosprawnością

Współczesne społeczeństwa demokratyczne opierają się na zasadach równości, godności i sprawiedliwości społecznej. Jednym z ich fundamentalnych obowiązków jest zagwarantowanie osobom z niepełnosprawnościami takich samych praw i możliwości uczestnictwa w życiu społecznym, jakie przysługują wszystkim obywatelom. Prawo do niezależnego, godnego życia, do edukacji, pracy i uczestnictwa w kulturze nie jest przywilejem – stanowi **elementarny wymiar praw człowieka**. W tym kontekście prawo pełni funkcję nie tylko regulacyjną, ale także **emancypacyjną i ochronną** – zapewniając osobom z niepełnosprawnościami narzędzia do egzekwowania ich podmiotowości i przeciwdziałania dyskryminacji.

4.1. Podstawy prawne

Prawa osób z niepełnosprawnościami w Europie

Współczesne społeczeństwa demokratyczne oparte są na wartościach równości, wolności i sprawiedliwości społecznej, które stanowią fundament dla tworzenia systemów ochrony praw człowieka. W tym kontekście prawa osób z niepełnosprawnościami nie stanowią odrębnej kategorii przywilejów, lecz integralną część katalogu praw człowieka. Ich istotą jest zapewnienie każdej osobie – niezależnie od stopnia sprawności – możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, edukacyjnym, zawodowym i kulturalnym.

Prawo pełni tu podwójną funkcję: regulacyjną, porządkującą relacje pomiędzy jednostką a instytucjami publicznymi, oraz emancypacyjną, która umożliwia osobom z niepełnosprawnościami korzystanie z narzędzi prawnych w celu egzekwowania swoich uprawnień, przeciwdziałania dyskryminacji oraz wzmacniania podmiotowości w życiu społecznym.

Międzynarodowe podstawy prawne i ich znaczenie

Najważniejszym dokumentem międzynarodowym w zakresie ochrony praw osób z niepełnosprawnościami jest Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD), przyjęta w 2006 roku, a obowiązująca od roku 2008. Konwencja wprowadziła zasadniczą zmianę paradygmatu: od modelu medycznego postrzegającego niepełnosprawność jako problem jednostkowy – ku modelowi społecznemu, który podkreśla znaczenie barier środowiskowych, społecznych i instytucjonalnych jako źródeł wykluczenia.

W preambule Konwencji wskazano, że niepełnosprawność jest wynikiem interakcji pomiędzy osobami z długotrwałymi ograniczeniami a barierami postaw, środowiska i komunikacji, które uniemożliwiają im pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Państwa-strony zobowiązały się do zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami równych szans, dostępności edukacyjnej, zatrudnienia oraz pełnego uczestnictwa w kulturze i życiu publicznym.

W Europie niemal wszystkie państwa ratyfikowały CRPD, zobowiązując się do wdrażania jej postanowień na gruncie prawa krajowego. Proces ten przebiega jednak z różną dynamiką i skutecznością.

Sytuacja w Polsce

W Polsce Konwencję ratyfikowano w roku 2012, co zapoczątkowało proces harmonizacji przepisów krajowych z jej założeniami. Najważniejsze akty prawne w tym zakresie to:

- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (1997), która reguluje kwestie aktywizacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wsparcia finansowego,
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (1997) – akt o charakterze deklaratorywnym, stanowiący podstawę dla polityki równościowej,
- Ustawa Prawo oświatowe (2016), gwarantująca prawo do edukacji włączającej i dostosowania środowiska szkolnego do potrzeb uczniów z niepełnosprawnościami.

Polski system wyróżnia się również funkcjonowaniem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), który pełni kluczową rolę finansową i operacyjną w zakresie likwidacji barier, wspierania zatrudnienia, dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych i działalności organizacji pozarządowych.

Kontekst europejski – zróżnicowanie modeli i praktyk

W krajach Unii Europejskiej standardem staje się wdrażanie zasady „pełnego uczestnictwa i równości szans” poprzez polityki dostępności (ang. accessibility policies), integracji edukacyjnej oraz wspierania zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Strategiczne kierunki wyznacza Europejska Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, przyjęta przez Komisję Europejską, której nadrzędnym celem jest stworzenie „Unii równości” – przestrzeni, w której osoby z niepełnosprawnościami mogą korzystać ze wszystkich praw obywatelskich na równi z innymi.

Strategia ta wskazuje trzy filary działania:

- Prawa podstawowe – ochrona przed dyskryminacją i przemocą,
- Niezależne życie i autonomia – rozwój usług wspierających samodzielność,
- Równe szanse w zatrudnieniu i edukacji – poprzez likwidację barier infrastrukturalnych i komunikacyjnych.

W praktyce wdrażanie tych zasad różni się w zależności od uwarunkowań społecznych i politycznych poszczególnych państw.

Słowacja

Na Słowacji ochrona praw osób z niepełnosprawnościami jest gwarantowana konstytucyjnie (art. 12 i 38 Konstytucji Republiki Słowackiej), a rozwinięta w ustawach sektorowych, w tym w Ustawie o usługach socjalnych (2008) i Ustawie o edukacji (2008). Słowacja ratyfikowała Konwencję ONZ w 2010 roku i prowadzi działania zmierzające do pełnego wdrożenia modelu inkluzji społecznej i edukacyjnej.

Istotnym elementem słowackiego systemu jest Narodowy Program Rozwoju Osób z Niepełnosprawnościami, który koncentruje się na wyrównywaniu szans w zatrudnieniu, wsparciu rodzin oraz dostępności przestrzeni publicznej. W ostatnich latach Słowacja zainwestowała znaczące środki z funduszy UE w modernizację szkół i wprowadzenie technologii wspomagających edukację uczniów z niepełnosprawnościami.

Jednym z wyzwań pozostaje jednak regionalne zróżnicowanie dostępu do usług oraz ograniczona liczba specjalistów (psychologów, terapeutów, asystentów). Mimo to w porównaniu z krajami Europy Środkowo-Wschodniej Słowacja jest uznawana za przykład państwa, które w sposób konsekwentny buduje systemowy model wsparcia opartego na prawach człowieka.

Turcja

W Turcji kwestie praw osób z niepełnosprawnościami regulowane są przez Ustawę o Osobach z Niepełnosprawnościami (2005), a kraj ten ratyfikował Konwencję ONZ w 2009 roku. Choć formalnie przyjął jej założenia, w praktyce proces wdrażania jest zróżnicowany regionalnie i silnie uzależniony od dostępności zasobów.

W ciągu ostatnich lat Turcja przyjęła szereg aktów wykonawczych dotyczących dostępności przestrzeni publicznej, transportu, edukacji inkluzyjnej i zatrudnienia chronionego. Rząd prowadzi kampanie społeczne pod hasłem Engelsiz Türkiye („Turcja bez barier”), a duże miasta – jak Ankara, Stambuł czy Izmir – wprowadziły systemy miejskie ułatwiające mobilność osób z niepełnosprawnościami.

Jednak w praktyce nadal istnieją poważne trudności, zwłaszcza w zakresie edukacji integracyjnej i dostępu do rynku pracy. Badania tureckiego Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wskazują, że zatrudnienie osób z niepełnosprawnościami utrzymuje się poniżej 30%, a w regionach wiejskich – znacznie niżej.

Organizacje pozarządowe, takie jak Türkiye Sakatlar Derneği, odgrywają ważną rolę w monitorowaniu przestrzegania praw i promowaniu społecznej świadomości w duchu Konwencji ONZ, jednak ich działalność jest często ograniczana przez brak stabilnego finansowania i silną centralizację administracji.

Europa jako przestrzeń wspólnych standardów i różnorodnych praktyk

W skali europejskiej można zauważyć wyraźną tendencję do konwergencji systemów prawnych w kierunku ujednoliconego modelu ochrony praw osób z niepełnosprawnościami. Wspólnym mianownikiem jest uznanie, że niepełnosprawność nie jest cechą jednostki, lecz rezultatem braku dostępności i barier środowiskowych.

Równocześnie różnice pomiędzy krajami, takimi jak Słowacja i Turcja, ukazują, że sam fakt przyjęcia międzynarodowych aktów prawnych nie gwarantuje pełnej inkluzji. Implementacja wymaga trwałych inwestycji w edukację, zmian postaw społecznych, szkolenia kadr i skutecznego egzekwowania prawa.

4.2. Prawo do edukacji

Edukacja stanowi jeden z podstawowych filarów integracji społecznej. Daje szansę na rozwój kompetencji, samodzielność życiową oraz uczestnictwo w życiu zawodowym i publicznym. Zgodnie z art. 24 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, państwa-strony zobowiązane są do zapewnienia **włączającego systemu edukacji na wszystkich poziomach**, który uwzględni różnorodność uczniów i ich indywidualne potrzeby.

W polskim systemie oświaty prawo do edukacji realizowane jest poprzez:

- możliwość uczęszczania do **szkół ogólnodostępnych**, z zapewnieniem odpowiednich dostosowań organizacyjnych i dydaktycznych,
- tworzenie **szkół i oddziałów integracyjnych**, w których uczniowie z niepełnosprawnościami uczą się razem z rówieśnikami pełnosprawnymi,
- oraz istnienie **szkół specjalnych** – dla uczniów wymagających intensywnego wsparcia terapeutycznego i rewalidacyjnego.

Kluczowym dokumentem edukacyjnym jest **orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**, wydawane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, które określa formy i zakres wsparcia niezbędne dla danego ucznia. W praktyce oznacza to dostosowanie programu nauczania, metod dydaktycznych, tempa pracy, a także zapewnienie specjalistycznej pomocy – nauczyciela wspomagającego, pedagoga specjalnego, logopedy czy psychologa.

W koncepcji edukacji włączającej edukacja osób z niepełnosprawnościami nie polega na ich przystosowaniu do szkoły, lecz na **przystosowaniu szkoły do ucznia**. To szkoła ma obowiązek tworzyć warunki umożliwiające każdemu dziecku rozwój na miarę jego możliwości. Tak rozumiana edukacja nie tylko kształci, ale także **uczy tolerancji, empatii i współodpowiedzialności społecznej**.

4.3. Prawo do wsparcia społecznego i pomocy państwa

Państwo, jako gwarant równości obywateli, zobowiązane jest do zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami odpowiedniego systemu **świadczeń, usług i instrumentów wsparcia społecznego**. Obejmuje on zarówno pomoc finansową, jak i niefinansową, a jego celem jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnościami godnego życia, aktywności zawodowej i integracji społecznej.

W ramach systemu wsparcia społecznego w Polsce funkcjonują m.in.:

- **świadczenia pieniężne** – zasiłki stałe, pielęgnacyjne, świadczenia pielęgnacyjne dla opiekunów osób z niepełnosprawnościami,
- **programy celowe PFRON** – m.in. „Aktywny samorząd”, „Dobry start”, „Samodzielność – aktywność – mobilność”,
- **usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze**, świadczone w miejscu zamieszkania,
- **system asystencji osobistej** – umożliwiający osobie z niepełnosprawnością samodzielne funkcjonowanie i uczestnictwo w życiu społecznym,
- oraz **programy mieszkaniowe i zawodowe**, wspierające niezależność i aktywizację.

Zgodnie z zasadami Konwencji ONZ, wsparcie państwa nie może mieć charakteru wyłącznie opiekuńczego czy charytatywnego – powinno prowadzić do **wzmacniania samostanowienia i partycypacji obywatelskiej**. Oznacza to odchodzenie od modelu pomocy biernej (świadczeniowej) na rzecz modelu **aktywnego włączenia społecznego**, w którym osoba z niepełnosprawnością jest współtwórcą procesu wsparcia, a nie jedynie jego beneficjentem.

4.4. Prawo do niezależnego życia i uczestnictwa w społeczeństwie

Prawo do niezależnego życia stanowi jedno z kluczowych praw człowieka, potwierdzone w art. 19 Konwencji ONZ. Zakłada ono, że każda osoba z niepełnosprawnością ma prawo **wybierać miejsce zamieszkania, styl życia oraz decydować o swoim codziennym funkcjonowaniu**.

W praktyce oznacza to obowiązek państwa do tworzenia takich warunków, które umożliwią osobom z niepełnosprawnościami pełne uczestnictwo w życiu społecznym bez konieczności rezygnacji z autonomii.

Realizacja tego prawa wymaga m.in.:

- dostępności przestrzeni publicznej (budynków, środków transportu, infrastruktury komunikacyjnej),
- dostępności informacji i technologii cyfrowych (stron internetowych, aplikacji, dokumentów urzędowych),
- dostępu do kultury, sportu, edukacji i rynku pracy,
- oraz przeciwdziałania dyskryminacji w każdym obszarze życia publicznego.

W ostatnich latach istotną rolę w realizacji tego prawa odgrywa **społeczny model niezależnego życia**, oparty na idei empowermentu (upodmiotowienia) i asystencji osobistej. W tym podejściu osoba z niepełnosprawnością nie jest biernym odbiorcą usług, lecz **aktywnym uczestnikiem życia wspólnoty** – podejmującym decyzje o sobie, swoich potrzebach i sposobach ich zaspokajania.

4.5. Prawo do pracy i aktywizacji zawodowej

Prawo do pracy stanowi nie tylko warunek niezależności ekonomicznej, ale także **czynnik integracji społecznej, rozwoju osobistego i poczucia wartości**. Zgodnie z art. 27 Konwencji ONZ, państwa zobowiązane są do zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami równego dostępu do zatrudnienia na otwartym rynku pracy, w tym poprzez:

- dostosowanie stanowisk pracy,
- wspieranie zatrudnienia wspomaganego,
- przeciwdziałanie dyskryminacji w procesie rekrutacji,
- oraz rozwijanie systemu szkoleń zawodowych i przekwalifikowań.

W Polsce działania te realizowane są m.in. poprzez **urzędy pracy, PFRON oraz organizacje pozarządowe**, które prowadzą programy aktywizacji zawodowej, doradztwa i wsparcia dla pracodawców.

Istotną formą wsparcia są także **zakłady pracy chronionej** oraz **spółdzielnie socjalne**, stanowiące przestrzeń zatrudnienia dla osób wymagających specjalnych warunków pracy.

Nowoczesne podejście do zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami zakłada jednak, że celem nie jest tworzenie „odrębnych” miejsc pracy, lecz **równouprawnione uczestnictwo w otwartym rynku pracy**. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma zmiana postaw społecznych – odejście od stereotypów i uprzedzeń na rzecz postrzegania osób z niepełnosprawnościami jako wartościowych, kompetentnych pracowników.

System praw osób z niepełnosprawnościami tworzy spójną strukturę, której celem jest zapewnienie każdemu obywatelowi możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Jego skuteczność zależy jednak nie tylko od zapisów ustawowych, lecz przede wszystkim od **realnego wdrażania zasad równości, dostępności i partycypacji** w codziennej praktyce instytucji publicznych i środowisk lokalnych.

Prawo jest narzędziem, ale jego rzeczywiste znaczenie urzeczywistnia się dopiero wtedy, gdy społeczeństwo przyjmuje postawę włączającą, szanującą różnorodność i gotową do współodpowiedzialności za wspólne dobro. W tym sensie ochrona praw osób z niepełnosprawnościami jest nie tylko obowiązkiem państwa, ale **miarą dojrzałości moralnej i humanistycznej wspólnoty**.

5. Osobowość i kompetencje doradcy nieformalnego

Współczesne systemy wsparcia osób z niepełnosprawnościami opierają się nie tylko na strukturach instytucjonalnych, ale także na potencjale i zaangażowaniu społeczności lokalnych. W tym kontekście niezwykle istotną rolę odgrywają **doradcy nieformalni** – osoby, które nie posiadają formalnych kwalifikacji zawodowych w dziedzinie pomocy społecznej, jednak swoją postawą, empatią i doświadczeniem życiowym wnoszą realną wartość do procesu wsparcia. Doradca nieformalny jest często ogniwem łączącym świat instytucjonalny z codziennym życiem osoby z niepełnosprawnością. To rola wymagająca wrażliwości, odpowiedzialności i dojrzałości emocjonalnej, a także określonych kompetencji interpersonalnych i organizacyjnych.

5.1. Kim jest doradca nieformalny

Doradca nieformalny to osoba, która udziela wsparcia emocjonalnego, informacyjnego lub praktycznego osobie z niepełnosprawnością, nie pełniąc roli pracownika socjalnego, psychologa czy terapeuty. Może to być członek rodziny, sąsiad, przyjaciel, wolontariusz, lider społeczny lub osoba zaangażowana w działalność organizacji pozarządowych.

Ważna informacja - uzupełnienie

W Projekcie IPAR nieformalny doradca został zdefiniowany w sposób bardziej konkretny, uwzględniając specyfikę projektu i osób, do których jest on adresowany. I tak w IPAR **W projekcie IPAR nieformalny doradca rodzica dziecka z niepełnosprawnością** to rodzic, który również wychowuje dziecko z niepełnosprawnością oraz zdobył doświadczenie lub wypracował skuteczne sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi.

Taki rodzic może stanowić **wzór i źródło wsparcia dla innych rodziców** – zarówno tych, którzy mierzą się z podobnymi wyzwaniami, jak i tych, którzy aktualnie potrzebują pomocy i wskazówek.

Uczestnicząc w **kompleksowym programie szkoleniowym dla nieformalnych doradców (IPAR Comprehensive Training Programme)**, doświadczeni rodzice mogą zdobyć dodatkowe umiejętności oraz kompetencje doradcze. Dzięki temu będą mogli w odpowiedzialny, kompetentny i odpowiednio przygotowany sposób dzielić się swoim doświadczeniem z innymi rodzicami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej.

Jego pomoc ma charakter **dobrowolny, relacyjny i spersonalizowany**, co odróżnia ją od wsparcia instytucjonalnego. Działa on nie na podstawie przepisów, lecz na bazie zaufania, empatii i relacji międzyludzkich.

Rola doradcy nieformalnego nie polega na zastępowaniu profesjonalistów, lecz na **uzupełnianiu systemu pomocy** o element ludzki i emocjonalny. Dzięki codziennemu kontaktowi z osobą z niepełnosprawnością doradca jest często pierwszym, który zauważa jej potrzeby, zmiany nastroju, trudności w relacjach czy problemy z funkcjonowaniem w środowisku. Może stanowić dla niej źródło stabilności i poczucia bezpieczeństwa.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że doradca nieformalny pełni kilka ról równocześnie:

- **rolę informacyjną** – udziela wiedzy o możliwościach uzyskania wsparcia, procedurach i instytucjach;
- **rolę emocjonalną** – zapewnia obecność, zrozumienie i akceptację;

- **rolę mediacyjną** – pomaga w komunikacji z urzędami, lekarzami, szkołą czy środowiskiem pracy;
- **rolę rzecznika** – reprezentuje interesy osoby z niepełnosprawnością w sytuacjach, gdy sama nie jest w stanie tego zrobić.

5.2. Umiejętności zawodowe i metodyczne

Chociaż doradca nieformalny nie jest profesjonalistą w rozumieniu prawa, jego działania powinny opierać się na podstawowych umiejętnościach metodycznych i organizacyjnych, które warunkują skuteczność wsparcia.

Po pierwsze, niezbędna jest **podstawowa wiedza o rodzajach niepełnosprawności** – ich specyfice, ograniczeniach, potrzebach oraz możliwościach rozwojowych. Dzięki temu doradca potrafi zrozumieć sytuację osoby, z którą współpracuje, i unikać błędnych interpretacji jej zachowań.

Po drugie, istotna jest **znajomość systemu wsparcia społecznego i instytucji pomocowych**. Doradca powinien orientować się, gdzie skierować osobę z niepełnosprawnością w przypadku potrzeby uzyskania orzeczenia, świadczeń finansowych, rehabilitacji czy pomocy prawnej. W tym kontekście ważna jest umiejętność tłumaczenia złożonych procedur urzędowych na język zrozumiały dla odbiorcy.

Kolejną kompetencją jest **planowanie i koordynacja działań wspierających** – np. pomoc w organizacji wizyt lekarskich, zajęć terapeutycznych, transportu czy aktywności społecznych. Doradca nieformalny pełni często rolę „organizatora codzienności”, który pomaga osobie z niepełnosprawnością zachować rytm życia i utrzymać kontakt ze środowiskiem.

Wreszcie, doradca powinien znać podstawowe **zasady komunikacji interpersonalnej**, aktywnego słuchania i rozwiązywania konfliktów. Dzięki temu potrafi efektywnie wspierać, nie naruszając autonomii osoby wspieranej, oraz budować z nią relację opartą na zaufaniu i wzajemnym szacunku.

5.3. Kompetencje osobiste

Osobowość doradcy nieformalnego ma ogromne znaczenie dla jakości wsparcia. Kluczowe są cechy takie jak **empatia, cierpliwość, odpowiedzialność, wrażliwość etyczna i odporność emocjonalna**. Doradca nieformalny często styka się z cierpieniem, frustracją, lękiem i bezradnością drugiego człowieka. Umiejętność zachowania równowagi emocjonalnej, bez popadania w dystans chłodnej obojętności, jest niezbędna dla zachowania trwałości relacji pomocowej.

Ważna jest również **autentyczność** – postawa szczerości, otwartości i spójności między deklaracjami a działaniem. Osoba wspierająca musi wzbudzać zaufanie, co jest możliwe tylko wówczas, gdy jej intencje są jasne, a działanie konsekwentne.

Nie do przecenienia jest także **poczucie sensu i misji**, które pozwala doradcy nieformalnemu zachować motywację, mimo trudności i ograniczonych efektów pracy. Działalność pomocowa często nie przynosi natychmiastowych rezultatów, wymaga cierpliwości i wytrwałości.

W literaturze dotyczącej relacji pomocowych podkreśla się, że doradca, aby skutecznie wspierać innych, musi również **dbać o własne zasoby psychiczne** – korzystać z grup wsparcia, superwizji, odpoczynku i refleksji nad własnymi emocjami. Pomaganie jest procesem dwukierunkowym, który może prowadzić do wypalenia, jeśli nie towarzyszy mu samoświadomość i troska o siebie.

5.4. Kompetencje społeczne i komunikacyjne

Relacja między doradcą nieformalnym a osobą z niepełnosprawnością jest oparta na zaufaniu, współpracy i partnerstwie. Dlatego kluczową rolę odgrywają **kompetencje społeczne i komunikacyjne**.

Doradca powinien umieć **aktywnie słuchać**, rozumieć potrzeby, emocje i motywacje drugiej osoby. Aktywne słuchanie to nie tylko odbiór informacji, ale też empatyczne reagowanie, potwierdzanie zrozumienia i wspólne poszukiwanie rozwiązań.

Kolejną umiejętnością jest **komunikacja bez barier** – dostosowanie języka, tonu i sposobu przekazu do możliwości odbiorcy. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną lub sensoryczną oznacza to stosowanie prostych, jasnych komunikatów, języka alternatywnego (AAC), czy gestów wspierających.

Doradca nieformalny powinien także potrafić **budować relacje oparte na wzajemnym szacunku**, w których nie występuje relacja dominacji czy zależności. Oznacza to uznanie prawa osoby wspieranej do samodzielnego podejmowania decyzji, nawet jeśli nie zawsze są one zgodne z oczekiwaniami doradcy. Ważną umiejętnością społeczną jest także **współpraca z innymi uczestnikami systemu wsparcia** – rodziną, specjalistami, przedstawicielami instytucji publicznych. Doradca nieformalny, będąc często „łącznikiem” między tymi środowiskami, ułatwia przepływ informacji, koordynację działań i eliminację nieporozumień.

5.5. Postawa etyczna i refleksyjna

Etyka w pracy doradcy nieformalnego jest równie ważna jak w działalności profesjonalistów. Podstawową zasadą jest **poszanowanie godności i autonomii osoby z niepełnosprawnością**. Wsparcie powinno być oferowane w taki sposób, by wzmacniać sprawczość, a nie uzależniać od pomocy.

Doradca powinien kierować się zasadą **dyskrecji i ochrony prywatności**. Informacje uzyskane w toku relacji pomocowej są poufne i mogą być przekazywane dalej jedynie za zgodą osoby zainteresowanej.

Ważnym elementem etyki jest także **unikanie postawy paternalistycznej**, czyli przekonania, że doradca „wie lepiej”, co jest dobre dla osoby wspieranej. Taka postawa, nawet jeśli wynika z dobrych intencji, może prowadzić do ograniczenia podmiotowości i wzmacniać zależność.

Doradca nieformalny powinien praktykować **refleksyjność** – zdolność do analizy własnych działań, emocji i motywacji. Refleksyjność pozwala rozpoznawać sytuacje graniczne, w których pomoc może przekształcić się w nadopiekuńczość, oraz uczy pokory wobec złożoności ludzkich doświadczeń.

5.6. Doradca nieformalny w społeczeństwie włączającym

W dobie przemian społecznych i rosnącej świadomości obywatelskiej doradcy nieformalni stają się ważnym elementem społeczeństwa włączającego (inclusive society). Ich działalność przyczynia się do budowania **kapitału społecznego**, opartego na wzajemnym zaufaniu, solidarności i empatii.

W praktyce doradcy ci pełnią funkcję **animatorów relacji społecznych**, inspirując innych do działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, promując idee równości i integracji. Ich praca ma wymiar nie tylko indywidualny, ale i wspólnotowy – kształtuje postawy, zmienia język, wpływa na kulturę społeczną.

W ten sposób doradcy nieformalni przyczyniają się do realizacji podstawowego założenia Konwencji ONZ – że społeczeństwo staje się pełne dopiero wtedy, gdy nikt nie jest z niego wykluczony.

Doradca nieformalny to nie zawód, lecz **powołanie o charakterze społecznym i etycznym**. Jego siła tkwi nie w strukturach i regulacjach, lecz w relacji – opartej na empatii, autentyczności i szacunku. W społeczeństwie, które zmierza ku integracji i równości, rola doradcy nieformalnego nabiera coraz większego znaczenia. To on wypełnia przestrzeń między instytucją a człowiekiem, między systemem a

emocją. Jego postawa przypomina, że wsparcie zaczyna się nie od przepisów, ale od **człowieka, który dostrzega drugiego człowieka**.

Zakończenie

Współczesne koncepcje wsparcia osób z niepełnosprawnościami opierają się na paradygmacie wielowymiarowego i interdyscyplinarnego oddziaływania, w którym uwzględnia się nie tylko stan zdrowia jednostki, lecz także jej potencjał, potrzeby, kontekst społeczny oraz bariery środowiskowe. Niepełnosprawność nie jest już rozumiana wyłącznie jako deficyt biologiczny, lecz jako zjawisko społeczne i relacyjne, wynikające z interakcji pomiędzy człowiekiem a otoczeniem. Model ten, określany jako biopsychospołeczny, stanowi dziś podstawę zarówno międzynarodowych klasyfikacji (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001), jak i polityk publicznych Unii Europejskiej.

Wieloaspektowe podejście oznacza konieczność łączenia działań medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, społecznych i prawnych, przy jednoczesnym poszanowaniu indywidualnych zasobów i aspiracji osoby z niepełnosprawnością. W praktyce oznacza to współdziałanie specjalistów: psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych, pedagogów, lekarzy, ale również przedstawicieli instytucji samorządowych i organizacji pozarządowych.

To właśnie kompleksowość wsparcia – a nie pojedyncze interwencje – umożliwia osiągnięcie efektów w postaci realnej integracji i wzrostu jakości życia osób z niepełnosprawnościami.

W tym ujęciu każda forma pomocy powinna uwzględniać trzy równoważne wymiary:

- funkcjonalny – umożliwiający realizację codziennych aktywności i samodzielność,
- społeczny – wspierający relacje, komunikację i uczestnictwo we wspólnocie,
- egzystencjalny – wzmacniający poczucie sensu, tożsamości i podmiotowości.

Dzięki temu wsparcie przestaje być aktem dobroczynności, a staje się procesem partnerskim, w którym osoba z niepełnosprawnością jest współautorem swojego życia i rozwoju.

Wśród podmiotów uczestniczących w systemie wsparcia szczególną pozycję zajmuje doradca nieformalny – osoba, która nie jest zawodowym terapeutą ani pracownikiem instytucji pomocowej, lecz pełni kluczową rolę pośrednika, tłumacza i towarzysza w codziennym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością.

Doradcą nieformalnym może być członek rodziny, sąsiad, lider lokalnej społeczności, wolontariusz lub przedstawiciel organizacji pozarządowej. Ich zaangażowanie ma charakter społeczny i relacyjny, a jego podstawą jest empatia, gotowość do współpracy i poczucie odpowiedzialności za wspólne dobro.

Rola doradcy nieformalnego nie ogranicza się do pomocy w rozwiązywaniu problemów praktycznych. Obejmuje ona wspieranie autonomii, wzmacnianie kompetencji i budowanie mostów komunikacyjnych między osobą z niepełnosprawnością a jej otoczeniem. Doradca taki wspiera nie tylko w codziennych decyzjach, ale także w procesie usamodzielniania, orientacji w systemie prawnym, czy w kontaktach z instytucjami.

W ujęciu społecznym doradcy nieformalni stanowią ważne ogniwo społeczeństwa włączającego (inclusive society) – przestrzeni, w której różnorodność nie jest przeszkodą, lecz wartością. Dzięki ich działalności możliwe jest przełamywanie barier postawowych i komunikacyjnych, które często okazują się bardziej dotkliwe niż bariery architektoniczne.

Ich rola nabiera szczególnego znaczenia w małych społecznościach lokalnych, gdzie to właśnie sieci relacji sąsiedzkich i wspólnotowych decydują o realnym poziomie integracji.

Doradca nieformalny nie zastępuje instytucji, lecz uzupełnia ich działanie poprzez relację opartą na zaufaniu, bliskości i autentycznym zrozumieniu. W ten sposób wspiera nie tylko osobę z niepełnosprawnością, ale również jej rodzinę, przyczyniając się do budowy kapitału społecznego – podstawowego zasobu nowoczesnej wspólnoty.

Nowoczesny system wsparcia osób z niepełnosprawnościami nie może funkcjonować w izolacji. Jego skuteczność zależy od ciągłej edukacji społecznej, profesjonalizacji doradców nieformalnych oraz rozwoju sieci współpracy pomiędzy różnymi sektorami – edukacji, zdrowia, pomocy społecznej, samorządów i organizacji pozarządowych.

To właśnie w środowisku lokalnym kształtują się codzienne warunki życia, relacje i postawy wobec niepełnosprawności. Lokalne instytucje, szkoły, ośrodki kultury, parafie, kluby seniora czy koła gospodyń wiejskich mogą tworzyć mikrosystemy wsparcia, które realnie wpływają na inkluzję społeczną.

Kluczową rolę odgrywa edukacja w zakresie dostępności, komunikacji i różnorodności, zarówno wśród doradców nieformalnych, jak i szerzej – w całej społeczności. Stałe podnoszenie kompetencji interpersonalnych, empatii, umiejętności rozpoznawania potrzeb i reagowania na nie w sposób adekwatny, staje się elementem nowoczesnego kapitału obywatelskiego.

Europejskie doświadczenia pokazują, że tam, gdzie inwestuje się w szkolenia lokalnych liderów i wolontariuszy, wzrasta poziom integracji, a osoby z niepełnosprawnościami częściej podejmują aktywność zawodową i społeczną.

Współpraca między środowiskami – publicznym, społecznym i prywatnym – tworzy sieć, w której pomoc nie ma charakteru punktowego, lecz ciągły i spójny. Doradcy nieformalni stają się w niej łącznikami pomiędzy instytucjami a ludźmi, wprowadzając w życie idee solidarności, zrozumienia i wspólnej odpowiedzialności.

Bibliografia

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015). *Assistive technologies: Principles and practice* (4th ed.). Elsevier.
- DeJong, G. (1979). Independent living: From social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(10), 435–446.
- European Commission. (2021). *Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030*. Publications Office of the European Union.
- Florian, L. (Ed.). (2014). *The SAGE handbook of special education* (2nd ed.). SAGE.
- Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. *Maturitas*, 94, 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.001>
- Larkin, M., Henwood, M., & Milne, A. (2019). Carer-related research and knowledge: Findings from a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 55–67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12586>
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2012). *Active support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. Jessica Kingsley.
- O'Brien, J., & O'Brien, C. L. (1998). *A little book about person-centered planning*. Inclusion Press.

- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Macmillan.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>
- Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited* (2nd ed.). Routledge.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services: Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
- Twigg, J., & Atkin, K. (1994). *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Open University Press.
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). *General comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law*. United Nations.
- WHO, ILO, UNESCO. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. WHO.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *Global report on assistive technology*. WHO & UNICEF.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Bibliografia w języku polskim

- BON – Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami. (2021). *Wytyczne dotyczące racjonalnych usprawnień i komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami*. MRiPS.
- Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjalna: Od tradycji do współczesności*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dykcik, W. (red.). (2010). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gąciarz, B., & Rudnicki, S. (red.). (2014). *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*. Wydawnictwo IFiS PAN.
- GUS – Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Osoby z niepełnosprawnościami w Polsce: Wyniki NSP 2021 (wybrane wskaźniki)*. GUS.
- Hulek, A. (1998). *Społeczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. PWN.
- Jachimczak, B., & Bąbka, J. (red.). (2020). *Edukacja włączająca: Teorie, badania, praktyka*. Difin.
- Kirenko, J. (2007). *Jakość życia osób z niepełnosprawnościami*. UMCS.
- Kubicki, P., & Serafin, M. (red.). (2020). *Deinstytucjonalizacja usług społecznych w Polsce: Kierunki zmian*. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej / MFiPR.
- Ministerstwo Cyfryzacji. (2020). *Wytyczne dostępności cyfrowej dla podmiotów publicznych (WCAG 2.1 – interpretacje i dobre praktyki)*. MC.
- Ministerstwo Edukacji i Nauki. (2021). *Edukacja dla wszystkich. Założenia edukacji włączającej*. MEiN.
- Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. (2019). *Podręcznik projektowania uniwersalnego*. MFiPR.
- Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. (2021). *Standardy dostępności dla polityki spójności 2021–2027*. MFiPR.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2021). *Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030*. MRiPS.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2023). *Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023/2024. Wytyczne.* MRiPS.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2023). *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023/2024. Wytyczne.* MRiPS.

Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 2015: Raport z badań.* Instytut Spraw Publicznych.

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (2023). *Sprawozdanie z działalności PFRON.* PFRON.

PZG – Polski Związek Głuchych. (2018). *Standardy dostępności komunikacyjnej dla osób głuchych i słabosłyszących.* PZG.

Rzecznik Praw Obywatelskich. (2020). *Prawa osób z niepełnosprawnościami w Polsce – wyzwania, rekomendacje, dobre praktyki.* Biuro RPO.

Szatur-Jaworska, B., & Błędowski, P. (red.). (2016). *Wsparcie osób starszych i ich opiekunów w Polsce.* Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Szumski, G. (2019). *Edukacja włączająca w polskiej szkole.* Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. (2016). *Dz.U. 2017 poz. 59 z późn. zm.*

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. (2019). *Dz.U. 2019 poz. 1696.*

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (1997). *Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.*

Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. (2019). *Dz.U. 2019 poz. 848 z późn. zm.*

Dodatkowo:

Poland

Government of the Republic of Poland. (2021). *Strategy for Persons with Disabilities 2021–2030.* Chancellery of the Prime Minister.

Ministry of Family and Social Policy. (2016). *Law on education (Prawo oświatowe) – Inclusive education provisions* (consolidated text, English summary). Government of Poland.

Ministry of Family and Social Policy. (1997/2024). *Act of 27 August 1997 on vocational and social rehabilitation and employment of persons with disabilities* (consolidated text, English summary). Government of Poland.

Polish Parliament (Sejm). (1997). *Charter of the Rights of Persons with Disabilities* (Sejm Resolution; English translation).

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). (Annual). *Annual report on activities and funding for persons with disabilities* (English summary). PFRON.

United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2018). *Concluding observations on the initial report of Poland (CRPD/C/POL/CO/1).* United Nations.

European Agency for Special Needs and Inclusive Education. (2022). *Poland—Country information: Inclusive education systems and practices.* EASNIE.

OECD. (2019). *OECD reviews of health systems: Poland 2019—Primary care, disability and long-term care chapters.* OECD Publishing.

Slovakia

Government of the Slovak Republic. (2021). *National Programme for the Development of Living Conditions of Persons with Disabilities 2021–2030.* Office of the Government Plenipotentiary for Persons with Disabilities.

National Council of the Slovak Republic. (2008). *Act No. 448/2008 Coll. on social services* (as amended; English summary).

National Council of the Slovak Republic. (2008). *Act No. 447/2008 Coll. on cash benefits to compensate severe disability* (as amended; English summary).

Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic. (2015/2021). *Inclusive education framework—Policy measures for learners with special educational needs* (English overview).

United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2016). *Concluding observations on the initial report of Slovakia (CRPD/C/SVK/CO/1)*. United Nations.

European Agency for Special Needs and Inclusive Education. (2022). *Slovakia—Country information: Inclusive education systems and practices*. EASNIE.

European Commission. (2020). *Country report: Slovakia—Social protection and inclusion, with a focus on disability policy*. Publications Office of the European Union.

WHO Regional Office for Europe. (2021). *Long-term care, rehabilitation and community support in Slovakia: Policy brief*. World Health Organization.

Türkiye

Republic of Türkiye. (2005). *Law No. 5378 on persons with disabilities and on amending certain laws and decrees* (as amended; unofficial English translation).

Ministry of Family and Social Services. (2021). *National Action Plan on the Rights of Persons with Disabilities (2021–2023/2025)* (English executive summary). Government of Türkiye.

Turkish Statistical Institute (TÜİK). (2021). *Disability statistics compendium* (English tables and metadata). TÜİK.

United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2019). *Concluding observations on the initial report of Turkey (CRPD/C/TUR/CO/1)*. United Nations.

European Agency for Special Needs and Inclusive Education. (2022). *Türkiye—Country information: Inclusive education systems and practices*. EASNIE.

World Health Organization. (2020). *Rehabilitation in health systems: Country profile—Turkey*. WHO.

European Commission. (2018). *Turkey 2018 report: Social policy and employment—Disability inclusion chapter* (Staff Working Document). Publications Office of the European Union.

Council of Europe Development Bank. (2022). *Social inclusion and accessibility in Turkey: Policy note with a focus on disability*. CEB.

Pytania sprawdzające

Pytanie 1.

Zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, źródłem niepełnosprawności jest:

- A. wyłącznie uszkodzenie organizmu jednostki
- B. interakcja między ograniczeniami jednostki a barierami społecznymi i środowiskowymi
- C. brak dostępu do leczenia i rehabilitacji

Odpowiedź prawidłowa: B

Pytanie 2.

Które z poniższych stwierdzeń najlepiej charakteryzuje **model społeczny niepełnosprawności**?

- A. Skupia się na diagnozie i leczeniu deficytów jednostki.
- B. Postrzega osobę z niepełnosprawnością jako pacjenta wymagającego interwencji medycznej.
- C. Akcentuje znaczenie barier środowiskowych i społecznych jako przyczyny wykluczenia.

Odpowiedź prawidłowa: C

Pytanie 3.

Podstawowym celem wczesnej interwencji jest:

- A. leczenie farmakologiczne zaburzeń rozwojowych
- B. wspieranie rozwoju dziecka i kompetencji jego rodziny w możliwie najwcześniejszym etapie życia
- C. klasyfikacja dzieci do odpowiednich form edukacji specjalnej

Odpowiedź prawidłowa: B

Pytanie 4.

Zasada edukacji włączającej oznacza, że:

- A. szkoła powinna dostosować się do indywidualnych potrzeb ucznia
- B. uczniowie z niepełnosprawnościami uczą się wyłącznie w szkołach specjalnych
- C. uczniowie z niepełnosprawnościami powinni przechodzić oddzielny program nauczania

Odpowiedź prawidłowa: A

Pytanie 5.

Doradca nieformalny powinien przede wszystkim:

- A. podejmować decyzje w imieniu osoby z niepełnosprawnością
- B. wspierać ją emocjonalnie i informacyjnie, respektując jej autonomię
- C. wykonywać obowiązki zawodowego pracownika socjalnego

Odpowiedź prawidłowa: B



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them