



**Grażyna Kaczmarek, Beata Karlińska, Anna Kruczek, Iwona Płatek,  
Małgorzata Polak, Mirosław Sobkowiak**

## **Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi**



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Spis treści

1	Misja, cele i strategia pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami .....	3
1.1	Misja i cele .....	3
1.2	Strategia działania .....	3
2	Zakres pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami .....	5
2.1	Zakres podmiotowy .....	5
2.2	Zakres rzeczowy pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością jej rodziną .....	5
2.2.1	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami.....	5
2.2.2	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami somatycznie chorymi i ich rodzinami.....	15
2.2.3	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami.....	20
2.2.4	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami.....	28
2.2.5	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami głuchymi i ich rodzinami .....	32
2.2.6	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami niewidomymi i ich rodzinami.....	36
2.2.7	Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzinami.....	39
	Załączniki .....	48
1	Zasady pracy socjalnej.....	48
2	Opisy dwóch przypadków – praca socjalna z osobą chorą psychicznie i z osobą niewidomą ....	56
3	Specyfika pracy metodą grupową dla różnych podkategorii klientów niepełnosprawnych i ich rodzin60	
4	Praktyczne wskazówki dla pracowników socjalnych, które mogą być przydatne w pracy z osobami niepełnosprawnymi w ramach pracy socjalnej .....	63

# 1 Misja, cele i strategia pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami

## 1.1 Misja i cele

Misją pracy socjalnej jest dążenie do stanu, w którym osoba z niepełnosprawnością jest zdolna do samodzielnej egzystencji. Dotyczy to funkcjonowania w warunkach domowych, społecznych i w dziedzinach składających się na całokształt ludzkiego działania.

Celem głównym pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną jest poprawa, wzmacnianie lub odzyskiwanie zdolności osoby z niepełnosprawnością do funkcjonowania w społeczeństwie oraz tworzenie warunków sprzyjających osiągnięciu celu, jakim jest pełnienie odpowiednich ról społecznych przez osoby z niepełnosprawnością.

Cele szczegółowe:

- a) wzmocnienie umiejętności/zwiększenie możliwości uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz promowanie zatrudnienia osób z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy,
- b) wzmocnienie umiejętności zaspokojenia podstawowych potrzeb osób z niepełnosprawnością w środowisku zamieszkania,
- c) rozwój uczestnictwa osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w grupach wsparcia i samopomocy,
- d) ograniczanie skutków niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży,
- e) pobudzanie środowiska lokalnego do włączania się w proces pomocy osobom z niepełnosprawnością i ich rodzinom,
- f) umożliwianie osobom z niepełnosprawnością uczestnictwa w różnych formach życia społecznego,
- g) zapewnianie osobom z niepełnosprawnością dostępu do edukacji oraz umożliwianie rozwijania ich zdolności intelektualnych i fizycznych,
- h) likwidacja lub ograniczenie barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu,
- i) zwiększenie wiedzy o prawach i uprawnieniach osób z niepełnosprawnością i ich rodzin,
- j) zwiększenie dostępu do wszechstronnej rehabilitacji,
- k) poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej niepełnosprawnością,
- l) pobudzanie osób z niepełnosprawnością i ich rodzin do samodzielności socjalnej.

## 1.2 Strategia działania

W metodyce pracy socjalnej z indywidualnym klientem, w tym osobami z niepełnosprawnością, odchodzi się od tradycyjnej pracy socjalnej na rzecz wzmacniania (*empowerment*). Tradycyjna praca socjalna oznacza dla profesjonalnie pomagającego przede wszystkim koncentrowanie się na deficytach osoby z niepełnosprawnością. Jest to proces kilkuetapowy: rozeznanie słabych punktów klienta, opracowanie strategii ich złagodzenia i zlikwidowania, wprowadzanie planów w czyn, krytyczna analiza wyników, kontrolowanie, czy wywołane zmiany mają szansę długo utrzymać się. Osoba z niepełnosprawnością (klient) zachęcana jest do aktywnej współpracy, ale podąża za pracownikiem socjalnym, zdając się na niego. Klient

próbuje jak najlepiej realizować strategie wybrane przez pracownika socjalnego. Dodatnią stroną tego sposobu działania jest to, iż podopieczny nie jest zagubiony, jest pewniejszy, bezpieczny. Jednak zauważalne są negatywne konsekwencje: klient może wpaść w schemat pomagania jako jego odbiorca oraz w wyuczoną bezradność, uzależnić się od pomocy.

Wzmacnianie (*empowerment*) to przywracanie osobie z niepełnosprawnością sił i kontroli nad własnym życiem przez odnajdywanie i wspieranie jego zasobów, energii i kompetencji. Zaczyna się ono od etapu odkrycia u osoby z niepełnosprawnością w sytuacji kryzysu mocnych stron i zdolności, a następnie umiejętnie zapoczątkowanie procesu odzyskiwania przez niego ponownej kontroli nad kształtowaniem własnego świata. Zadaniem pracownika socjalnego, realizującego tę usługę, jest więc zapoczątkowanie procesów odzyskiwania sił przez osobę z niepełnosprawnością i obserwacja tego procesu. U podopiecznego ma dość do wzrostu kompetencji socjalnych, interaktywnych, poznawczych i emocjonalnych. To powinno skutkować poprawą samoświadomości u osoby z niepełnosprawnością. Wszystkie te działania i oddziaływania powodują u osoby z niepełnosprawnością pojawienie się innego, świeżego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość. Pozwalają rozpoznać swoje mocne punkty, posiadane zdolności i umiejętności, które nawet jeśli są niewielkie, to istnieją i mogą stać się początkiem lepszego. W wyniku powyższego osoba z niepełnosprawnością pozbywa się pasywności. Jej zachowanie zaczyna być aktywne. Pracownik socjalny, realizując tak rozumianą usługę pracy socjalnej, staje się nosicielem zmian. I co najistotniejsze, wspólnie z osobą z niepełnosprawnością oceniają sytuację i tworzą projekty działania, czyli określają cele zmian i środki do ich realizacji. Pracownik socjalny uczy klienta pracy w oparciu o strategię, czyli sztukę planowego zaangażowania całego zbioru środków na rzecz osiągnięcia celów<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Za: I. Krasiejko, *Metodyka pracy socjalnej z indywidualnym klientem*, „Praca socjalna” 2005, nr 1, s. 29–30.

## 2 Zakres pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami

### 2.1 Zakres podmiotowy

Osoba niepełnosprawna to pojęcie o bardzo szerokim zakresie znaczeniowym. Niepełnosprawność obejmuje wiele rodzajów dysfunkcji. Na potrzeby niniejszego opracowania wyodrębniono w grupie docelowej osób z niepełnosprawnością następujące podkategorie:

- osoby niepełnosprawne chore somatycznie,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi.
- osoby z niepełnosprawnością ruchową,
- osoby głuche,
- osoby niewidome,
- osoby z niepełnosprawnością intelektualną,

Poszczególne elementy opisu standardu metody indywidualnego przypadku zostały przedstawione poniżej w podziale na wymienione wyżej podkategorie klientów, dzięki czemu zostały wskazane różnice w pracy socjalnej z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

### 2.2 Zakres rzeczowy pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością jej rodziną

#### 2.2.1 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami

<b>Osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– problemy wynikające z barier fizycznych (architektonicznych, urbanistycznych, transportowych i w komunikowaniu się),</li><li>– problemy wynikające z barier psychicznych (zaburzona samoocena, wycofanie się, nieśmiałość, trudności radzenia sobie ze stresem, zaburzony kontakt i komunikacja, zaburzone relacje osobowe),</li><li>– problemy wynikające z barier ekonomicznych (brak pracy, zagrożenie utratą pracy, niskie świadczenia finansowe, dodatkowe obciążenia finansowe wynikające z niepełnosprawności wpływają na kondycję finansową osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny),</li><li>– problemy wynikające z barier społeczno - kulturowych (brak prawa lub prawo niezrealizowane; niekorzystne postawy społeczne –</li></ul>

	<p>stereotypowe postrzeganie osób niepełnosprawnych, izolacja społeczna osób z niepełnosprawnością; niedostatki infrastruktury (utrudniony dostęp do informacji, ograniczony dostęp do rehabilitacji i leczenia, ograniczony dostęp do edukacji i doskonalenia zawodowego; ograniczony dostęp do artykułów pomocniczych, urządzeń ortopedycznych, sprzętu rehabilitacyjnego; brak lub ograniczony dostęp do specjalistycznych usług dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin),</p> <p>– problemy wynikające z niepełnosprawności skumulowanej.</p> <p>„Im cięższa niepełnosprawność, zwłaszcza, gdy różne rodzaje niepełnosprawności występują w sprzężeniu, tym więcej barier każdego rodzaju i ich wzajemne się stymulowanie, tym większe trudności w ich pokonywaniu, tym mniej form wsparcia dla osoby niepełnosprawnej i dla rodziny (bezpośrednich opiekunów), tym silniejsze postawy eliminacyjne i segregacyjne ze strony instytucji. Sytuacja kumulowania się barier wywołuje skumulowany efekt pozbawiania szansy”<sup>2</sup>.</p> <p>Należy zwrócić szczególną uwagę na postrzeganiu niepełnosprawności jako problemu całej rodziny. Problemy rodziny zostały opisane w dalszej części materiału, z uwzględnieniem ich specyfiki w poszczególnych podkategoriach niepełnosprawności.</p>
--	---

### **Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia**

Budowaniu relacji pracownika socjalnego z klientem sprzyjają następujące elementy:

1. Zapewnienie warunków pozwalających na szczerą, rzeczową rozmowę o problemie/problemach osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny. W wypadku, gdy rozmowa z klientem przeprowadzana jest w siedzibie pracownika socjalnego, należy przeprowadzać ją w budynku dostępnym dla osób z niepełnosprawnością. Podczas rozmowy w tym samym pomieszczeniu nie powinni znajdować się inni klienci lub pracownicy socjalni. Zalecane jest prowadzenie rozmowy w miejscu zamieszkania klienta.
2. Stworzenie przyjaznej atmosfery do rozmowy. Pracownik socjalny nie powinien pokazywać emocji budujących dystans (żalu czy litości), ale powinien być empatyczny, przyjąć postawę otwartości wobec klienta.
3. Prowadzenie rozmowy w sposób naturalny pomimo „innego” wyglądu klienta lub jego specyficznego zachowania wynikającego z niepełnosprawności (niekontrolowane przyruchy: stukanie o blat stołu, kiwanie głową, drżenia itp., powtarzanie wyrazów).
4. Zwracanie się bezpośrednio do osoby z niepełnosprawnością, a nie do jej opiekuna. Zdarza się, że pracownicy socjalni w rozmowie pomijają klienta i prowadzą rozmowę z opiekunem. Wynika to ze stereotypowego postrzeganiem osoby z

<sup>2</sup> K. Mrugalska, *Realizacja praw człowieka jako warunek wyrównania szans osób z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce*, w: *Prawa osób niepełnosprawnych. Teoria, praktyka, niezbędne działania*, Biuro RPO, Warszawa 2002, s. 14–18.

niepełnosprawnością jako osoby, „która mało rozumie i nie może podjąć decyzji w swojej sprawie”. Wyjątkiem od tej reguły mogą być osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym lub osoby chore psychicznie w stanach zaostrzenia choroby, z którymi kontakt może być utrudniony, a nawet niemożliwy (w dalszej części opracowania rozwinięto tę kwestię).

5. Zwracanie się do osoby dorosłej z niepełnosprawnością posługując się jej imieniem i nazwiskiem lub tytułem grzecznościowym np.: „pani Ewa Kowalska”. Nie należy zwracać się do dorosłych osób z niepełnosprawnością po imieniu, zdrobniale lub używać innych określeń np. „babciu”, tak aby otoczenie nie postrzegało ich jako „wieczne dzieci” lub osoby niepoważne, nieodpowiedzialne, małowartościowe.
6. Należy pamiętać, że schorzeniami powodującymi niepełnosprawność nie można się zarazić w trakcie prowadzenia pracy socjalnej. Jedynie w przypadku pracy z osobami chorującymi na schorzenia zakaźne należy przestrzegać szczególnych zasad higieny i profilaktyki.
7. Prowadzenie rozmowy prostym, zrozumiałym dla klienta językiem. W przypadku używania obco brzmiących określeń należy wyjaśnić klientowi ich znaczenie.
8. Stosowanie metod i technik komunikacji interpersonalnej (aktywne słuchanie, parafrazowanie, odzwierciedlanie, używanie pytań otwartych, używanie pytań stymulujących – zachęcanie do rozwinięcia wątku).
9. Poproszenie osoby niepełnosprawnej o powtórzenia wypowiedzi, kiedy jest ona niezrozumiała dla pracownika socjalnego.
10. Stosowanie takich określeń jak „Chcę, aby pan...”; „Pozostaje Panu podjęcie decyzji”; „Mam propozycję”; „Czy Pani się zgadza”; „Będę Panią wspierać”; „Jak pani ocenia tę sytuację”. Komunikaty takie podkreślają szacunek do klienta, dają mu poczucie aktywnego uczestnictwa w procesie pomocy, budują autorytet pracownika socjalnego.
11. Unikanie komunikatów oceniających, wartościujących klienta, gdyż jego zachowania wynikają pośrednio lub bezpośrednio z niepełnosprawności.
12. Wyjaśnienie roli pracownika socjalnego, jego kompetencji i procedur obowiązujących w pomocy społecznej.

Sposoby motywowania osób z niepełnosprawnością:

1. Podkreślanie osiągniętych efektów, których klient nie dostrzega, np. „Widzę, że dzięki rehabilitacji, w której Pan systematycznie uczestniczy, lepiej radzi Pan sobie przy spożywaniu posiłków.
2. Bazowanie na tzw. „dobrych przykładach”. Podawanie przykładu osób z niepełnosprawnością, które osiągnęły zamierzone cele, których stan zdrowia uległ poprawie.
3. Minimalizowanie ograniczeń klienta np. „Nie porusza się samodzielnie Pani w najbliższym otoczeniu, ale to nie znaczy, że po ukończeniu szkolenia dla niewidomych, nie będzie Pani samodzielnie robiła zakupów w osiedlowym sklepie”.
4. Podkreślanie cech i zachowań klienta, których klient nie dostrzega albo nie zdaje sobie z nich sprawy np. „Jest Pan dobrym ojcem, ma Pan świetny kontakt z dziećmi, zawsze pomaga im Pan dobrą radą i cierpliwie wysłuchuje ich problemów”; „Świetnie Pan sobie radzi przy obsłudze komputera, dzięki Panu inne osoby rozwiązały swoje problemy przy obsłudze sprzętu”.
5. Wskazywanie mocnych stron klienta i ich wykorzystanie w dalszych działaniach pomocowych przy aktywnym zaangażowaniu klienta.

6. Wspieranie klienta przy samodzielnym formułowaniu jego oczekiwań i zamierzeń.

Towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w ramach pracy socjalnej ma miejsce wtedy, gdy pracownik socjalny i klient znajdują się poza siedzibą pracownika socjalnego i miejscem zamieszkania klienta. Towarzyszenie będzie miało miejsce np. przy załatwianiu spraw urzędowych,

**Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy**

<i>Etap pracy z klientem</i>	<i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i>
<b>Diagnoza</b>	<p>Pierwszym elementem diagnozy będzie określenie sytuacji osoby z niepełnosprawnością w następujących obszarach:</p> <p>1. Sytuacja zdrowotna osoby z niepełnosprawnością, na którą składają się następujące elementy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kiedy powstała niepełnosprawność,</li> <li>– czy niepełnosprawność została orzeczona,</li> <li>– czy niepełnosprawność jest trwała, czy czasowa tzn. istnieje możliwość poprawy sytuacji zdrowotnej, czy niepełnosprawność może się pogłębiać,</li> <li>– czy osoba z niepełnosprawnością pozostaje pod opieką lekarską,</li> <li>– jakie czynności samoobsługowe są ograniczone, a jakie nie są wykonywane,</li> <li>– inne, wynikające ze stanu zdrowia istotne dla dokonania oceny wstępnej i planowania pracy socjalnej.</li> </ul> <p>2. Kompetencje, możliwości osoby z niepełnosprawnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poziom wykształcenia,</li> <li>– kwalifikacje zawodowe,</li> <li>– umiejętności nieudokumentowane,</li> <li>– zainteresowania, hobby,</li> </ul> <p>3. Funkcjonowanie społeczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sytuacja rodzinna: <ul style="list-style-type: none"> <li>• czy osoba z niepełnosprawnością mieszka sama, czy z rodziną,</li> <li>• relacje w rodzinie: kto sprawuje opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, rola osoby z niepełnosprawnością w rodzinie, postawy najbliższych osób wobec osoby z niepełnosprawnością, problemy w rodzinie;</li> </ul> </li> <li>– środowisko zamieszkania: <ul style="list-style-type: none"> <li>• czy istnieje system wsparcia środowiskowego</li> </ul> </li> </ul>



osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny – sąsiedzi, znajomi, rówieśnicy itp.;

– organizacje i grupy samopomocowe:

- czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z wsparcia organizacji i grup;

– praca, edukacja:

- czy osoba z niepełnosprawnością pracuje, uczy się;
- czy podejmuje działania celem znalezienia pracy lub podjęcia kształcenia;

– uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym;

- jak spędza czas wolny osoba z niepełnosprawnością;
- czy uczestniczy w życiu społecznym i kulturalnym, jeśli nie, to jakie są tego powody.

4. Funkcjonowanie psychologiczne:

- kondycja psychiczna osoby z niepełnosprawnością (stan emocjonalny, problemy tożsamości itp.);
- gotowość do zmiany sytuacji – motywacja (postawa aktywna, ambicje, marzenia, plany, cele).

Analiza sytuacji osoby z niepełnosprawnością w ww. obszarach pozwoli na wyznaczenie problemów i ustalenia przyczyn trudnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością oraz pozwoli na wyznaczenie celów zmian. Przy identyfikowaniu problemów i przyczyn trudnej sytuacji, jak i wyznaczania celów dalszego działania istotny jest aktywny udział osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny.

W wypadku klientów z niepełnosprawnością należy pamiętać, że ich sytuacja może się szybko zmieniać, np. z powodu pogorszenia się stanu zdrowia. Zmiany mogą także wynikać z działań podejmowanych w toku pracy socjalnej. Dlatego też ocena będzie ulegała modyfikacji tak, aby odpowiadała faktycznie występującej sytuacji i problemom osoby z niepełnosprawnością.

Cel główny i cele szczegółowe będą wynikały z indywidualnej sytuacji i problemów osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny. Przy formułowaniu celów uczestniczyć powinien klient, a sformułowane cele powinny być jasne dla klienta. Celem głównym diagnozy będzie określenie poziomu rozbieżności pomiędzy aktualnym funkcjonowaniem osoby z niepełnosprawnością, a tym jak powinna i mogłaby ona funkcjonować.

Przy diagnozie sytuacji klienta z niepełnosprawnością należy dobrze ocenić nie tylko sytuację klienta, ale także należy zwrócić uwagę, jak funkcjonuje **rodzina i poszczególni jej członkowie**. W rodzinie dotkniętej problemem niepełnosprawności można zauważyć

następujące zjawiska:

– ukierunkowanie pełnej uwagi rodziny na zabezpieczenie potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Członkowie rodziny rezygnują lub w znacznym stopniu ograniczają własne potrzeby, aspiracje, możliwości. Przykład: córka rezygnuje z kontynuacji studiów, gdyż musi opiekować się sparaliżowaną matką. Rezygnacja ze studiów pozwoli także na pokrywanie bieżących kosztów zakupu leków i środków higienicznych, na które dotychczas brakowało pieniędzy, gdyż wydatkowane były na pokrycie kosztów edukacji;

– Skupienie się na osobie z niepełnosprawnością może powodować marginalizowanie problemów innych członków rodziny, np. rodzice skupiają się na leczeniu i rehabilitacji dziecka z porażeniem mózgowym. Zdrowe dziecko pozostaje na marginesie życia rodziny; rodzice uważają, że szczególnej pomocy wymaga dziecko z niepełnosprawnością, a zdrowe dziecko nie ma problemów. Rodzice nie dostrzegają, że ich zdrowe dziecko ma trudności w szkole, późno wraca do domu, jest niedożywione i zaniedbane.

– Bezradność i uciekanie od problemu niepełnosprawności, np. rodzina nie posiada umiejętności opieki i wspierania niepełnosprawnego członka rodziny i uważa, że osoba niepełnosprawna może przebywać tylko w szpitalu lub w domu pomocy społecznej.

– Kryzys małżeński i rozpad rodziny, np. mąż opuszcza chorą żonę, gdyż nie potrafi sprawować nad nią opieki. Zdaje sobie sprawę, że jego oczekiwania były inne, chciałby mieć dzieci, zdrową partnerkę i spokojne życie.

– Nałogi jako sposób odreagowania napięcia i przewlekłego stresu, np. żona opiekująca się niepełnosprawnym mężem, po wykonaniu wszystkich koniecznych zadań i obowiązków regularnie spożywa alkohol. „Wieczór z kieliszkiem” to „chwila tylko dla niej”, oderwanie od trudnej codzienności.

– „Wypalenie” związane ze stałymi obowiązkami, problemami, poczuciem skazania na stałe opiekowanie się kimś bez możliwości zmiany sytuacji. Jest to ogromny problem wielu opiekunów, którzy nie mają możliwości przynajmniej czasowego odpoczynku, np. podczas urlopu.

– Lęk przed śmiercią lub własną niepełnosprawnością. Jedyne opiekun osoby z niepełnosprawnością bardzo często boi się, co się z nią stanie się, kiedy zabraknie mu sił do sprawowania dalszej opieki lub gdy umrze. Świadomość, że osoba z niepełnosprawnością trafi do domu pomocy społecznej dla wielu opiekunów jest sytuacją traumatyczną;

– izolacja społeczna rodziny, która wynika ze wstydu, skupienia się

	<p>tylko na opiece, rezygnacji z pracy z powodu sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością, postrzegania zewnętrznego świata z jego problemami jako rzeczywistości mało istotnej, nierozumiejącej ważnych problemów osób z niepełnosprawnością i ich rodzin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Osamotnienie rodziny, pozostawienie jej samej z problemem niepełnosprawności np. rodzina dziecka z niepełnosprawnością intelektualną nie posiada informacji, kto, gdzie i w jakim zakresie może mu pomóc. Uważa, że z takim dzieckiem nic nie można zrobić, nikt mu nie może pomóc.</li> </ul> <p>Powyższa lista problemów nie jest pełna, inne problemy rodziny zostały uzupełnione i uszczegółowione w opisie specyfiki pracy socjalnej z różnymi kategoriami osób z niepełnosprawnością.</p> <p>Diagnoza indywidualna sytuacji członka rodziny osoby niepełnosprawnej powinna określić jego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rzeczywiste problemy życiowe,</li> <li>– wcześniejszy oraz aktualny poziom aktywności społecznej i zawodowej,</li> <li>– potencjał umożliwiający przezwycięzenie trudnej sytuacji życiowej,</li> <li>– konieczne oraz rzeczywiste obciążenie opieką nad osobą z niepełnosprawnością.</li> </ul> <p>Diagnoza ta powinna zostać przeprowadzona przy aktywnym udziale klienta w oparciu o rozmowę wstępną, wywiad oraz analizę dokumentów.</p> <p>Następnie przechodzimy do określenia celu głównego i celów szczegółowych pracy socjalnej.</p> <p>Najczęściej celem głównym jest aktywizacja społeczna i zawodowa członka rodziny osoby niepełnosprawnej. Natomiast do jego osiągnięcia będą mogły przyczynić się następujące cele szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie niezbędnych usług opiekuńczych , w tym usług asystenckich.</li> <li>2. Przezwycięzenie zaistniałych sytuacji kryzysowych.</li> <li>3. Zmiana postaw wobec niepełnosprawności.</li> <li>4. Zmiana postaw rodzicielskich.</li> </ol>
<p><b><i>Opracowanie planu działania i budowania indywidualnego pakietu usług</i></b></p>	<p>Plan działania powinien odpowiadać zdiagnozowanym problemom oraz stanowić operacjonalizację wyznaczonych celów. Usługi pomocy i integracji społecznej, z których najczęściej korzystają osoby z niepełnosprawnością oraz ich rodziny to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i w ośrodkach wsparcia,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– specjalistyczne usługi opiekuńcze,</li> <li>– poradnictwo specjalistyczne,</li> <li>– warsztaty, szkolenia prozawodowe,</li> <li>– grupy samopomocowe.</li> </ul> <p>Osoby z niepełnosprawnością często korzystają w ramach systemu ochrony zdrowia z usług z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej, jak również innych usług ujętych w systemie edukacji i przygotowania do wejścia na rynek pracy.</p> <p>Opiekunowie, tak jak osoby niepełnosprawne, zamykają się, tworzą świat „ja i moja osoba niepełnosprawna”. Dlatego tak ważne jest ich wsparcie psychologiczne, doradcze, możliwość spotykania się z innymi opiekunami, rodzinami osób niepełnosprawnych.</p> <p>Specjalnymi usługami dla członka rodziny osoby niepełnosprawnej są:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi opiekuńcze lub asystenckie dla osoby niepełnosprawnej będącej pod jego opieką,</li> <li>– poradnictwo specjalistyczne,</li> <li>– interwencja kryzysowa,</li> <li>– szkolenia i kursy zawodowe.</li> </ul> <p>Opracowywany wspólnie z klientem plan działań powinien uwzględnić powyższe usługi w zakresie, jaki będzie wynikał z przeprowadzonej diagnozy i przyjętych celów.</p>
<b>Realizacja planu działania</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. W realizację działań zaangażowane powinny być obydwie strony tj. pracownik socjalny i osoba z niepełnosprawnością oraz jej rodzina, a także instytucje i organizacje włączone w proces pomocy.</li> <li>2. Pracownik socjalny powinien uzgodnić z podmiotami świadczącymi wsparcie osobie z niepełnosprawności sposób przepływu informacji i konsultacji oraz go na bieżąco realizować (koordynacja działań).</li> <li>3. Realizacja planu działania wymaga systematyczności i stałego monitorowania przebiegu procesu pomocy.</li> <li>4. Pracownik socjalny w sytuacji zmiany sytuacji osoby z niepełnosprawnością powinien wprowadzać zmiany do planu działania.</li> </ol>
<b>Systematyczna ewaluacja działań</b>	<p>Przez cały okres realizacji planu działań, po zakończeniu określonego etapu lub w określonych odstępach czasowych pracownik socjalny i klient dokonują oceny efektów podjętych działań. Bieżące ocenianie pozwala określić, jakie postępy zostały poczynione oraz czy zastosowane metody i wyznaczone cele powinny zostać ponownie zdefiniowane lub korygowane.</p>

	<p>Wśród pytań ewaluacyjnych, na które na bieżąco powinien znaleźć odpowiedź pracownik socjalny oraz klient (osoba niepełnosprawna), można wyróżnić następujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Co się zmieniło w sytuacji klienta?</li> <li>2. Co nie uległo zmianie i dlaczego?</li> <li>3. Jak klient obecnie postrzega problem?</li> <li>4. Czy funkcjonowanie społeczne klienta poprawiło się?</li> <li>5. Czy funkcjonowanie społeczne klienta się pogorszyło i dlaczego?</li> <li>6. Jaki jest poziom postępu w procesie zmiany sytuacji klienta?</li> <li>7. Czy potrzebne są inne działania interwencyjne<sup>3</sup>?</li> </ol> <p>Należy podkreślić aktywny udział klienta w procesie przeglądu podejmowanych działań oraz ich oceny. Uczestnictwo klienta jest istotne, gdyż pozwala klientowi uświadomić, jakie zmiany nastąpiły w jego życiu, jakie osiągnięto już efekty, co jeszcze bardziej mobilizuje klienta do aktywnego udziału w procesie pomocy. W systematyczną ocenę działań powinna być włączona rodzina klienta oraz inne podmioty uczestniczące w procesie pomocy klientowi, np. specjaliści, przedstawiciele placówek specjalistycznych.</p> <p>W ramach ewaluacji bieżącej można analizować następujące działania podejmowane w ramach pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poszczególne formy pomocy pod kątem ilościowym i jakościowym celem ustalenia w jakim zakresie formy te wpłynęły na zmianę sytuacji klienta,</li> <li>– które usługi są najbardziej użyteczne dla klienta, to znaczy przynoszą najbardziej widoczne zmiany,</li> <li>– które usługi są najmniej użyteczne dla klienta, dlaczego i jakie działania należy podjąć, aby tę sytuację zmienić,</li> <li>– współpracę innych instytucji w realizacji poszczególnych usług dla klienta.</li> </ul> <p>Narzędziami bieżącej oceny będzie analiza indywidualnej dokumentacji klienta zawierająca rodzaj świadczonych usług, zakres ich wykorzystania, częstotliwość oraz indywidualny kwestionariusz wywiadu pozwalający stwierdzić, jaką wiedzę i umiejętności nabył lub rozwinął klient, jakie pozytywne zachowania pojawiły się po skorzystaniu z usługi<sup>4</sup>. Przy doborze</p>
--	--

<sup>3</sup> B. DuBois, K. Krogsrud Miley, *Praca socjalna zawód, który dodaje siłę*, BPS, Katowice 1999, s. 211–213.

<sup>4</sup> K. Ornacka, *Procedura ewaluacyjna a standardy usług w pomocy społecznej: praca socjalna z rodziną dotkniętą zjawiskiem przemocy oraz interwencja kryzysowa w rodzinie dotkniętej zjawiskiem przemocy*, ekspertyza opracowana w ramach projektu 1.18, s. 31–32.

	narzędzia ewaluacyjnego należy pamiętać o ograniczeniach osób z niepełnosprawnością.
<b>Ocena końcowa/ewaluacja</b>	<p>Ocena końcowa przeprowadzana jest na zakończenie pracy socjalnej. Jej celem jest określenie, czy cel pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością został osiągnięty. Celem tej końcowej oceny jest podanie informacji, czy przemiana była efektywna i skuteczna. Ocena odpowiada na pytania: „Czy proces jest efektywny?” oraz „Czy wysiłki zmierzające do dokonania zmiany zmieniają sytuację?”<sup>5</sup>.</p> <p>Ewaluacja końcowa obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– inwentaryzację wszystkich działań w poszczególnych etapach pracy z klientem,</li> <li>– przegląd sukcesów i porażek w ramach pracy socjalnej,</li> <li>– ukazanie osiągniętych efektów.</li> </ul> <p>Przy dokonaniu końcowej ewaluacji niezbędny jest udział klienta, aby porównać subiektywną ocenę pracownika socjalnego efektywności zastosowanych metod i technik pracy socjalnej z oceną klienta. Należy zwrócić uwagę, by nie oceniać i nie krytykować klienta za niewykonanie zadania i brak rezultatów pracy socjalnej. Należy wspólnie z klientem poszukiwać przyczyn tej sytuacji oraz lepszych sposobów osiągnięcia celów.</p>
<b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b>	
<p>Sposoby wykorzystania zasobów środowiska w pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. aktywizacja osoby z niepełnosprawnością w oparciu o zasoby środowiska, zarówno zawodowa, np. warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywizacji zawodowej, zakłady pracy chronionej, czy przystosowanie stanowiska pracy na otwartym rynku pracy, jak i społeczna, np. pomoc rodzinna, sąsiedzka, grupy wsparcia, domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy itp.;</li> <li>2. budowanie sieci wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością, opartej na współpracy rodziny, asystenta, opiekuna, sąsiadów, organizacji samopomocowych, instytucji i organizacji oferujących specjalistyczne wsparcie, specjalistów, wskazanych dla wsparcia dla danego rodzaju niepełnosprawności (psycholog, fizjoterapeuta, rehabilitant itp.);</li> <li>3. budowanie wsparcia dla rodzin osób z niepełnosprawnością specyficznego dla rodzaju niepełnosprawności i potrzeb rodziny (np. dostęp do specjalistów różnego rodzaju, do grup samopomocowych itp.).</li> </ol>	

<sup>5</sup> B. DuBois, K. Krogsrud Miley, op. cit., s. 213.

W dalszej części opracowania, przy opisie poszczególnych kategorii niepełnosprawności, szczegółowo opisano sposoby wykorzystania zasobów środowiska.

## 2.2.2 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami somatycznie chorymi i ich rodzinami

<b>Osoby chore somatycznie i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	<p>Niepełnosprawność ta spowodowana jest najczęściej chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi i cukrzycą, jest niejednorodna, obejmująca wiele ograniczeń funkcjonalnych, które mogą mieć charakter stały lub przejściowy i mogą dotyczyć osób w każdym wieku. Osoby z niepełnosprawnością ze względu na powyższe wymienione schorzenia stanowią grupę wewnątrznie zróżnicowaną pod względem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia, sytuacji na rynku pracy. Niepełnosprawność spowodowana przewlekłymi chorobami somatycznymi oznacza istotne ograniczenie zdolności adekwatnego pełnienia ról społecznych występujących na tle schorzeń somatycznych<sup>6</sup>.</p> <p>Specyficzne problemy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Osoby somatycznie chore często dowiadują się o swojej chorobie nagle. Diagnoza lekarska (rak, zawał serca, choroba Parkinsona itp.) powoduje, że osoby dotychczas zdrowe, pracujące i samodzielne życiowo stają się pacjentami i podopiecznymi. To traumatyczne doświadczenie wzbudza lęk o swoje życie, powoduje, że wcześniejsze plany zawodowe, życie rodzinne, aktywność społeczna wymagają modyfikacji. Problemem tej grupy osób jest brak wiedzy o specyfice swojego schorzenia, możliwościach leczenia i rehabilitacji oraz prowadzenia dalszego życia. Lekarze, oprócz postawienia diagnozy i zaordynowaniem leczenia, nie wyjaśniają chorym, jak żyć z chorobą tak, aby proces chorobowy się nie pogłębiał. Przykładem mogą być chorzy na cukrzycę, którzy ze strony specjalistów nie są instruowani, jak przygotowywać właściwie zbilansowane posiłki, jak dbać o zdrowie fizyczne, w jaki sposób przeciwdziałać powikłaniom cukrzycy. Powszechnym problemem jest utrudniony dostęp do specjalistów w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Konsekwencją tego jest, że osoby o niskich dochodach nie leczą się systematycznie, pogłębiając jeszcze swój zły stan zdrowia. Natomiast osoby, dotychczas znajdujące się w dobrej sytuacji finansowej, stopniowo pogarszają swoją sytuację materialną, wydając środki finansowe na leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich lub płacąc za eksperymentalne i często</li> </ul>

<sup>6</sup> K. Matusiewicz, *Sytuacja zawodowa osób przewlekle chorych somatycznie*, Projekt badawczy nr WUE/0041/IV/05.

	<p>nieskuteczne terapie.</p> <p>– Rodzina z osobą chorą somatycznie nie funkcjonuje prawidłowo. Dotychczas zdrowy ojciec, który zabezpieczał byt rodzinie, podejmował decyzje, był oparciem dla żony i dzieci, nagle staje się osobą, która bez opieki i wsparcia nie potrafi samodzielnie funkcjonować. Nagła zmiana ról w rodzinie może powodować konflikty, apatie, kryzysy, lęk o życie osoby chorej a także obawę o przyszłość rodziny. Istotnym problemem dla rodziny jest organizacja opieki nad osobą chorą. Bez odpowiedniej pomocy z zewnątrz, członek rodziny jest zmuszony do rezygnacji z pracy zawodowej, aby opiekować się osobą chorą, co może wpłynąć na ogólne pogorszenie sytuacji materialnej rodziny.</p> <p>– Problemem wielu osób chorych somatycznie jest stygmatyzacja. Osoby dotknięte chorobą zakaźną, czy też schorzeniami, które powodują deformację ciała, niekontrolowane drżenia kończyn, specyficzny wygląd osoby chorej, nie są akceptowane przez otoczenie. Osoby dotychczas bliskie, przyjaciele, znajomi, rodzina unikają kontaktu z osobą chorą, czują lęk, nie potrafią normalnie współpracować z osobą chorą. Skrajnym przykładem stygmatyzacji są nosiciele HIV lub osoby chore na AIDS, które bywają często obwiniane za swoją chorobę i opuszczane przez najbliższych.</p> <p>Specyficzne problemy osób niepełnosprawnych z powodu choroby somatycznej powodują pogłębienie się wykluczenia społecznego tej właśnie grupy. Należy zaznaczyć, że systematycznie wzrasta populacja osób z niepełnosprawnością z powodu schorzeń somatycznych, dlatego też pracownicy socjalni ze szczególną uwagą powinni objąć pracą socjalną tę kategorię osób z niepełnosprawnością oraz ich rodziny.</p>
<p><b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b></p>	
<p>Przy budowaniu relacji pracownika socjalnego z osobą chorą somatycznie i jego rodziną:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Należy skupić się na obecnie występującym problemie/problemach osoby chorej somatycznie i jej rodzinie. Dobra sytuacja zawodowa, finansowa, rodzinna jeszcze przed wystąpieniem choroby nie może wpływać na zakres udzielanego wsparcia. Posiadanie przez rodzinę np. domu czy samochodu nie może warunkować dostępu do usług pomocy społecznej. Istotny jest fakt, że obecnie sytuacja zdrowotna osoby czy rodziny wymaga zaplanowania i realizacji działań pomocowych. Uprzedzenia, stereotypy nie mogą mieć wpływu na budowanie relacji i komunikacji, która obecnie jest osobą chorą i wymaga pomocy.</li> <li>2. Należy mieć na uwadze przy komunikowaniu się z klientem i budowaniu relacji o tym, że osoby chore mogą mieć okresy nasilenia objawów choroby. Wtedy komunikacja może być utrudniona lub niemożliwa. Należy w tym momencie wykazać się cierpliwością i ustalić kolejny termin spotkania.</li> <li>3. Należy motywować osoby chore somatycznie do systematycznych wizyt u lekarza</li> </ol>	



<p>pierwszego kontaktu, specjalistów i do stałej rehabilitacji.</p> <p>W budowaniu relacji z osobą chorą somatycznie i jej rodziną obowiązują ogólne zasady budowania relacji z osobami z niepełnosprawnością i jej rodziną opisane wcześniej.</p>	
<p><b><i>Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy</i></b></p>	
<p><b><i>Etap pracy z klientem</i></b></p>	<p><b><i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i></b></p>
<p><b><i>Diagnoza</i></b></p>	<p>Pracownik socjalny dokonuje identyfikacji oraz analizy sytuacji w odniesieniu do problemu, z jakim boryka się osoba chora somatycznie. W celu sporządzenia indywidualnej diagnozy osoby chorej somatycznie dla pracownika istotna jest informacja o sytuacji zdrowotnej klienta, podjęciu systematycznego leczenia, dostępności do świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia. Niezbędna jest w tym zakresie współpraca ze specjalistami (np. lekarzami, rehabilitantami), tak aby ocenić, w jakim obszarze i zakresie niezbędna jest pomoc.</p> <p>Diagnozy sytuacji osoby chorej somatycznie wymaga zebrania następujących informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– jakim zakresem pomocy i opieki osoba chora somatycznie jest objęta i kto zapewnia wsparcie i opiekę (pracownik socjalny powinien wiedzieć, czy osoba chora somatycznie objęta jest opieką medyczną, czy istnieją przeszkody w kontynuowaniu leczenia, np. z powodu trudności w dotarciu do placówki ochrony zdrowia, braku informacji o przychodniach specjalistycznych świadczących usługi medyczne w ramach NFZ);</li> <li>– jakimi usługami medycznymi i rehabilitacyjnymi, zgodnie z zaleceniem lekarskim, powinna być objęta a z nich nie korzysta i jakie są tego powody;</li> <li>– jakiej opieki i pomocy w przyszłości osoba chora somatycznie będzie wymagała w przypadku pogorszenia jej stanu zdrowia,</li> <li>– jakie sprawności zostały zachowane, a które rokują nadzieję na poprawę i przywrócenie, oraz w co należy wyposażyć taką osobę (wózek inwalidzki, proteza) lub jak dostosować jej miejsce zamieszkania (uchwyty w łazience, podnośniki, komputer);</li> <li>– które z zachowanych sprawności stanowią szczególną podstawę do dalszego rozwoju i dają szansę na aktywne i twórcze życie;</li> <li>– czy osoba chora somatycznie pracuje, czy istnieje zagrożenie, że może być zwolniona z pracy z powodu swojej choroby, czy posiada inne kwalifikacje, które pozwolą jej starać się o pracę na innym stanowisku, bądź może ją wykonywać w innej formie i zakresie.</li> </ul> <p>Przy diagnozowaniu sytuacji osoby chorej somatycznie istotna jest ocena <b>sytuacji rodziny</b>. Istotne jest określenie, czy rodzina może</p>

	<p>i w jakim zakresie opiekować się osobą chorą, czy opieka nad osobą chorą stanowi „zagrożenie” dla pełnienia innych funkcji, np. wykonywania pracy zawodowej, rozwoju osobistego, uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, korzystania z dłuższego wypoczynku. Istotne jest również zdiagnozowanie, czy i jak rodzina sprawuje opiekę, czy posiada umiejętności z zakresu pielęgnacji osoby chorej, z jakimi zadaniami sobie nie radzi, czy występuje syndrom „wypalenia” w rodzinie.</p> <p>Na podstawie przeprowadzonej diagnozy pracownik socjalny wspólnie z klientem i jego rodziną wyznacza cele zmian obecnej sytuacji.</p> <p><b>Przykładowy cel główny:</b> Poprawa codziennego funkcjonowania osoby chorej na stwardnienie rozsiane oraz jej rodziny.</p> <p><b>Cele szczegółowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podniesienie jakości i systematyczności opieki nad osobą chorą.</li> <li>2. Zmniejszenie obciążenia rodziny sprawującej codzienną opiekę.</li> <li>3. Wzrost wiedzy z zakresu organizacji codziennego życia rodzinnego.</li> <li>4. Zwiększenie udziału osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym.</li> <li>5. Rozwój zainteresowań i możliwości osoby z niepełnosprawnością i członków rodziny.</li> </ol> <p><b>Efekty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoba z niepełnosprawnością objęta jest stałą i dobrą opieką.</li> <li>2. Członkowie rodziny uczestniczą w różnych obszarach życia społecznego; pracują, uczą się, spędzają aktywnie czas wolny razem i w gronie przyjaciół.</li> <li>3. Rodzina osoby z niepełnosprawnością stanowi stabilną strukturę; wspólnie realizowany jest wyznaczony cel w oparciu o wartości rodziny, członkowie rodziny czują się odpowiedzialni za poszczególnych członków rodziny oraz trwałość rodziny.</li> </ol>
<p><b><i>Opracowanie planu działania i budowania indywidualnego pakietu usług</i></b></p>	<p>Na podstawie przeprowadzonej diagnozy i oceny sytuacji osoby chorej somatycznie pracownik wspólnie z osobą chorą somatycznie oraz, jeśli klient wyrazi na to zgodę, także z jego rodziną opracowuje plan działania oraz przygotowuje pakiet usług.</p> <p>Usługi pomocy i integracji społecznej, z których najczęściej korzystają osoby chore somatycznie to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i ośrodkach wsparcia,</li> <li>– specjalistyczne usługi opiekuńcze,</li> </ul>

	<p>– usługa asystenta/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, – usługi transportowe.</p> <p>W planie działania może być również ujęta likwidacja barier architektonicznych i zabezpieczenie w środki ortopedyczne (np. uchwyty w łazience, podnośniki, wózek inwalidzki, aparat tlenowy, materac przeciw odleżynowy itp.).</p> <p>Przy opracowaniu planu działania oraz budowania pakietu usług dla osoby chorej somatycznie bardzo ważne jest skoordynowanie działań pomiędzy działaniami i usługami realizowanymi w ramach usług ochrony zdrowia i pomocy społecznej tak, aby osoba chora somatycznie objęta była wsparciem kompleksowo. Koordynacja działań pozwoli również na uniknięcie sytuacji powielania usług np. usług świadczonych przez pielęgniarkę środowiskową (usługa medyczna) i pielęgniarkę realizującą usługi opiekuńcze w ramach pomocy społecznej.</p>
<p><b>Realizacja planu działania</b></p>	<p>Szczególnym elementem realizacji planu działań w ramach pracy socjalnej z osobą chorą somatycznie jest zwrócenie uwagi na systematyczne leczenie i rehabilitację osoby chorej. Rolą pracownika socjalnego jest więc stałe motywowanie osoby chorej somatycznie do kontynuacji leczenia, stosowania się do zaleceń specjalisty, poddawania się koniecznym zabiegom medycznym. Jest to zadanie trudne, szczególnie w sytuacjach, kiedy chory wielokrotnie przechodził długotrwałe i bolesne zabiegi, a jego stan zdrowia nie ulegał poprawie jest apatyczny i utracił sens życia. Przy realizacji planu działania niezbędna jest współpraca z lekarzem i innymi specjalistami z zakresu ochrony zdrowia.</p> <p>Inną ważną kwestią jest wsparcie dla rodziny w sytuacji śmierci klienta. Należy pamiętać, że praca socjalna nie może być zakończona w tym momencie, lecz należy pomóc rodzinie w „przeżyciu żałoby”.</p>
<p><b>Systematyczna ewaluacja działań</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>. Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.</p>
<p><b>Ocena końcowa/ewaluacja</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>.</p> <p>W wypadku osób somatycznie chorych w wielu przypadkach nie można stwierdzić, kiedy kończy się interwencja pracownika socjalnego. Praca socjalna może być zaplanowana, trwać wiele lat i podlegać modyfikacji w czasie. W takich wypadkach prowadzona jest ewaluacja <i>on-going</i>, pozwalająca zidentyfikować obszary które wymagają wzmocnienia i określić poziom osiągnięcia celów pracy socjalnej.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b></p>	

Wsparciem dla osoby chorej somatycznie powinna być przede wszystkim rodzina, najbliżsi sąsiedzi, znajomi i przyjaciele, jak również organizacje i grupy samopomocowe. Szczególnie istotne jest wsparcie osób dotkniętych tym samym schorzeniem w ramach grup samopomocowych skupiających, np. amazonki, diabetyków, chorych na Parkinsona, nosiciele HIV. Dlatego tak ważne dla osoby chorej jest wsparcie ludzi, którzy czują podobnie i posiadają podobne doświadczenia. Specjaliści nie zawsze mogą zapewnić takie wsparcie, jak ludzie, którzy posiadają podobne doświadczenia z osobą ciężko chorą. Należy również zaznaczyć ważną funkcję grupy samopomocowej dla osoby z niepełnosprawnością. Osoba z niepełnosprawnością może służyć pomocą, radą i wsparciem dla innych, co wpływa na podwyższenie samooceny i likwiduje frustrację związaną z nadmiernym uzależnieniem społecznym (wsparcie dowartościowujące).

Istotnym elementem wsparcia dla osób chorych somatycznie i ich rodzin mogą być wolontariusze, którzy wspierają rodzinę oraz specjalistów w rehabilitacji i opiece nad osobami chorymi. Wolontariusze dla osób chorych, które nie opuszczają swoich mieszkań, mogą być „łącznikami” ze światem zewnętrznym, organizatorami wspólnego spędzenia czasu (czytanie książek, rozmowa itp.). Wolontariusze pozwalają na wygospodarowanie czasu wolnego dla rodziny opiekującej się chorym, mogą też pomagać przy czynnościach pielęgnacyjnych. Należy jednak podkreślić, że wolontariusz nigdy nie może wyręczać pracownika, opiekuna w wykonywaniu jego obowiązków, a jedynie wspierać, uzupełniać, wzbogacać proces pomocy.

***Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej***

1. Niektóre osoby z niepełnosprawnością z powodu choroby somatycznej szczególnie w momencie jej wystąpienia nie zwracają się o pomoc, uważając, że może pomóc im tylko lekarz. Problem wynika z błędnego przekonania, że zwrócenie się o wsparcie świadczy o złym rokowaniu i utracie szans na odzyskanie zdrowia, a także braku wiedzy o zadaniach i funkcjach pomocy społecznej. Pracownik socjalny powinien wyjaśnić, że jego praca stanowi uzupełnienie i wsparcie dla procesu leczenia osoby chorej i dzięki oferowanemu wsparciu osoba chora będzie lepiej funkcjonowała społecznie.

2. Niektóre osoby chore somatycznie unikają kontaktu i krępują się mówić o swoich problemach zdrowotnych, szczególnie kiedy schorzenie dotyczy intymnych części ciała (np. rak prostaty), czy też kiedy schorzenie jest widoczne (choroba Parkinsona, owrzodzenia, blizny po oparzeniach, widoczne efekty chemioterapii). Pracownik socjalny, kierując się zasadą poufności i zasadą akceptacji klienta, powinien zwrócić szczególną uwagę na zapewnienie bezpiecznej i spokojnej atmosfery do rozmowy i wspólnego planowania działań np. należy przeprowadzać rozmowę w miejscu zamieszkania a nie w ośrodku pomocy społecznej odwiedzanym przez wielu ludzi, w którym wizyta może być stresem dla osoby chorej

3. Kryzys psychiczny osoby chorej objawiający się całkowitą apatią. Stan taki może być reakcją na informację o nieuleczalnej chorobie, np. zaawansowanej chorobie nowotworowej. Pracownik socjalny powinien w takiej sytuacji poprosić o wsparcie specjalistę psychologa lub psychiatrę, tak aby nawiązać relację z osobą chorą.

**2.2.3 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami**

<b>Osoby chore psychicznie i ich rodziny</b>	
<i><b>Najczęściej występujące problemy</b></i>	<p>Zakres podmiotowy dla kategorii osoby z niepełnosprawnością z powodu choroby psychicznej i ich rodziny zawiera następujące grupy osób:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby przewlekłe psychicznie chore oraz osoby wykazujące inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych;</li> <li>• opiekunowie, rodziny i organizacje reprezentujących osoby psychicznie chore, które ze względu na swoją niepełnosprawność nie są w stanie lub nie mają możliwości zgłosić potrzeby uzyskania wsparcia;</li> <li>• opiekunowie i rodziny osób psychicznie chorych, a także środowiska (np. sąsiedzi), które w związku z opieką nad niepełnosprawnymi lub współżyczeniem z nimi napotykają sytuacje i problemy wymagające wsparcia w postaci pracy socjalnej.</li> </ul> <p>Osoby psychicznie chore to osoby najczęściej po hospitalizacjach, osoby, których codzienne problemy wynikają z zespołów chorobowych różnych typów schizofrenii, depresji, psychoz, zaburzeń osobowości itd. objawiających się np. zaburzeniami: myślenia, postrzegania, nastroju, uwagi, koncentracji czy nadpobudliwością.</p> <p>Praca socjalna z osobami psychicznie chorymi jest kierowana do osób nieposiadających bliskiej rodziny i znajomych lub też skonfliktowanych bądź odrzuconych przez nich. Są to osoby nieutrzymujące się w środowisku, funkcjonujące w tzw. modelu „drzwi obrotowych” między domem i szpitalem, niechętne do współpracy, niedarzące pracowników instytucji pomocowych zaufaniem, odmawiające leczenia. Ich życie cechuje niska jakość: nie pracują, utrzymują się z niewielkich świadczeń socjalnych lub rentowych, często są zaniedbane higienicznie, nieracjonalnie gospodarują pieniędzmi i nieracjonalnie odżywiają się, bywają uciążliwe dla sąsiadów”<sup>7</sup>.</p> <p>Praca socjalna z rodzinami osób psychicznie chorych jest kierowana do ich rodzin i opiekunów, dla których samodzielne poradzenie sobie ze wszystkimi problemami, jakie niesie ze sobą funkcjonowanie osoby psychicznie chorej w środowisku rodzinnym, przekracza ich możliwości, czy to np. ze względu na długotrwałość trwania problemów i ich uciążliwość wywołujące objawy równoważne wypaleniu zawodowemu, czy też np. ze względu na brak wiedzy i kompetencji do życia razem z osobą psychicznie chorą.</p> <p style="text-align: center;">Najczęstsze problemy osób chorych psychicznie i ich rodzin, które</p>

<sup>7</sup> Zob. *Pomoc społeczna w praktyce*, J. Sobczak, A. Wiśniewska-Mucha (red.), Verlag Dahosfer, Warszawa 2010, cz. 4.3.3.1, s.3.

	<p>mogą być rozwiązane przez pracę socjalną:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– brak leczenia choroby i przeciwdziałania jej objawom, w tym społecznym, brak podstawowej wiedzy o stanie swojego zdrowia i możliwościach jego diagnozy i leczenia;</li> <li>– niska motywacja osób psychicznie chorych, ale też i członków ich rodzin, np. lęk przed negatywnym naznaczeniem społecznym i lęk przed reemisją choroby prowadzące do całkowitego wycofania i apatii lub autoizolowania się od świata zewnętrznego;</li> <li>– następstwa stresu towarzyszącego chorobie i odrzucenia środowiskowego prowadzącego do izolacji społecznej osób chorych psychicznie, ograniczanie kontaktów towarzyskich;</li> <li>– problemy w pełnieniu ról społecznych, w szczególności problemowe zachowania osób chorych psychicznie;</li> <li>– utrata wpływu na osobę psychicznie chorą przez najbliższych.</li> </ul>
<b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b>	
<p>W budowaniu relacji z osobą psychicznie chorą i jej rodziną istotna jest dbałość o atmosferę bezpieczeństwa, poufności, otwartości i zaufania.</p> <p>Pracownik socjalny w kontakcie z osobą psychicznie chorą i jej rodziną:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– powinien umiejętnie motywować do akceptowanych przez otoczenie zmian zachowania bez wikłania się w rolę osoby kierującej osobą psychicznie chorą;</li> <li>– w wypadku, kiedy komunikacja z osobą psychicznie chorą jest niemożliwa, powinien komunikować się z rodzicami (opiekunami), ale koncentrować się na osobie psychicznie chorej, a nie na jej rodzicach, czy opiekunach, aby nie budować dystansu i traktować osoby te podmiotowo, a nie na drugim planie;</li> <li>– powinien konsultować problemy dotyczące osób psychicznie chorych i ich rodzin w zespołach interdyscyplinarnych;</li> <li>– nie należy dotykać (np. poklepywać, obejmować, przytrzymywać) osoby psychicznie chorej bez jej zgody;</li> <li>– powinien nie potwierdzać majaceń czy halucynacji, ale też nie należy im zaprzeczać (lepiej mówić: „Rozumiem, że teraz tak Pan czuje”);</li> <li>– powinien pamiętać o pilnowaniu granic własnej prywatności, niedopuszczenie do ich przekraczania.</li> </ul> <p>W budowaniu relacji z osobą psychicznie chorą i jej rodziną obowiązują ogólne zasady budowania relacji z osobami z niepełnosprawnością i jej rodziną opisane wcześniej.</p>	
<b><i>Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy</i></b>	
<b><i>Etap pracy z klientem</i></b>	<b><i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i></b>

<p><b>Diagnoza</b></p>	<p>Przy ocenie sytuacji klienta chorego psychicznie należy zwrócić szczególną uwagę na następujące okoliczności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kiedy powstała niepełnosprawność spowodowana chorobą psychiczną, czy ustalono jej przyczynę;</li> <li>– czy osoba chora psychicznie jest lub była leczona i z jakim skutkiem;</li> <li>– czy osoba chora psychicznie była hospitalizowana;</li> <li>– jakie są skutki występowania choroby psychicznej dla osoby i dla jej rodziny oraz środowiska (np. czynności samoobsługi, relacje rodzinne, praca zawodowa);</li> <li>– czy rodzina ma odpowiednią wiedzę o chorobie psychicznej i zasadach życia z tą chorobą.</li> </ul> <p>Zdiagnozowanie problemów występujących u osoby psychicznie chorej i w jej rodzinie oraz ocena sytuacji osoby psychicznie chorej i jej rodziny obejmuje ocenę sytuacji osoby psychicznie chorej z ustaleniem, co stanowi problem tej osoby i jej rodziny w następujących zakresach:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W zakresie dysfunkcji i ograniczeń: jakie sprawności zostały ograniczone lub w ogóle nie występują; jakie czynności samoobsługowe są ograniczone lub nie są wykonywane; które role społeczne przez osobę psychicznie chorą nie są pełnione lub pełnione są w ograniczonym zakresie; jak sytuacja wpływa na funkcjonowanie osoby psychicznie chorej oraz poszczególnych członków rodziny.</li> <li>2. W zakresie potencjału: jakie sprawności zostały zachowane; które sprawności roszą nadzieję na poprawę i jakie działania należy podjąć, aby było to możliwe; jakie role społeczne są przez daną osobę psychicznie chorą pełnione; jakie są zasoby i możliwości osoby psychicznie chorej, a jakie jej rodziny, środowiska, instytucji w poprawie niekorzystnej sytuacji.</li> <li>3. W zakresie celu: jaką zmianę zamierzamy osiągnąć z osobą psychicznie chorą i jej rodziną zgodnie z zasadą normalizacji, głoszącą że życie osoby psychicznie chorej powinno być w jak największym stopniu zbliżone do standardów, jakie panują w społeczności, w której ta osoba psychicznie chora żyje.</li> </ol> <p>W oparciu o przeprowadzoną diagnozę pracownik socjalny wspólnie z klientem i jego rodziną wyznacza cele zmian obecnej sytuacji:</p> <p><b>Przykładowy cel główny:</b> Poprawa jakości i intensywności kontaktów społecznych osoby chorej psychicznie.</p> <p><b>Cele szczegółowe:</b></p>
------------------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzrost kompetencji w zakresie umiejętności interpersonalnych.</li> <li>2. Zmniejszenie stresu w kontaktach z innymi ludźmi.</li> <li>3. Wzrost umiejętności z zakresu autoprezentacji.</li> <li>4. Wzrost umiejętności działania w grupie.</li> <li>5. Rozwój zainteresowań i indywidualnych możliwości rozwojowych.</li> </ol> <p><b>Efekty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoba chora psychicznie potrafi nawiązywać kontakt z innymi ludźmi oraz je utrzymywać.</li> <li>2. Osoba chora psychicznie posiada znajomych i przyjaciół.</li> <li>3. Osoba chora psychicznie spędza czas i rozwija swoje zainteresowania w grupie.</li> </ol>
<p><b><i>Opracowanie planu działania i budowania indywidualnego pakietu usług</i></b></p>	<p>Opracowanie planu działania odpowiednio do potrzeb i potencjału osoby psychicznie chorej i jej najbliższego środowiska, obejmującego także przygotowanie indywidualnego pakietu usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych, aktywizacyjnych i usamodzielniających dostosowanego do ograniczeń oraz potencjału osoby psychicznie chorej i jej najbliższego środowiska. Plan ten powinien być opracowany przy aktywnym udziale samej osoby psychicznie chorej, np. kontraktu terapeutycznego (osoba psychicznie chora, terapeuta, psychiatra, pracownik socjalny). Obejmuje on:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wskazanie i rozważenie potencjalnych korzyści z wykonania planu pomocy i poszczególnych działań przez samą osobę psychicznie chorą, która sama je wyjaśnia, co powinno skłonić ją do realistycznej oceny (czynnik motywujący, wzmacniający poczucie sprawstwa);</li> <li>– omawianie z osobą psychicznie chorą szczegółów prac, jakie ma się wykonać;</li> <li>– omawianie przeszkód – pracownik socjalny wraz z osobą psychicznie chorą i/lub jej opiekunem powinni rozważyć możliwe trudności w realizacji planu pomocy i sposoby radzenia sobie z nimi;</li> <li>– podsumowanie procesu opracowywania zadania, które obejmuje;</li> <li>– opracowanie ogólnego planu pomocy oraz określenie zadań dla każdego etapu zaplanowanych działań oraz limitu czasu.</li> </ul> <p>Zadania w planie określone są:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– dla osoby psychicznie chorej, np.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• regularne branie leków,</li> <li>• uczestnictwo w spotkaniach ze specjalistami (lekarz, terapeuta, pracownik socjalny itp.),</li> <li>• aktywność fizyczna i podejmowanie kontaktów</li> </ul> </li> </ul>



	<p>społecznych,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podjęcie aktywności zawodowej,</li> <li>• samoobsługa,</li> <li>• utrzymanie porządku i czystości w swoim środowisku,</li> <li>• dbałość o poprawny wygląd zewnętrzny i higieną osobistą</li> <li>• podejmowanie się załatwiania własnych spraw urzędowych (opłacanie rachunków, pobieranie świadczeń itp.).</li> </ul> <p>– dla pracownika socjalnego, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organizowanie i koordynowanie systemu wsparcia dla osoby psychicznie chorej,</li> <li>• monitorowanie stanu psychicznego i fizycznego osoby psychicznie chorej,</li> <li>• motywowanie osoby psychicznie chorej do podjęcia i kontynuowania leczenia,</li> <li>• działania interwencyjne w przypadkach pogorszenia stanu zdrowia osoby psychicznie chorej,</li> <li>• motywowanie osoby psychicznie chorej do aktywności życiowej,</li> <li>• informowanie rodziny o chorobie i jej konsekwencjach dla osoby psychicznie chorej, jak dla samej rodziny oraz o możliwościach terapii,</li> <li>• wspieranie rodziny w radzeniu sobie z kryzysem wywołanym chorobą psychiczną członka rodziny,</li> <li>• podtrzymywanie właściwych relacji w rodzinie,</li> <li>• wskazywanie osobie psychicznie chorej i jej rodzinie sposobów radzenia sobie z objawami choroby psychicznej: unikanie alkoholu i narkotyków, pomoc lekarska, obniżenia oczekiwań wobec siebie, wyznaczanie sobie małych, ale realnych celów,</li> <li>• wspieranie rozwoju zaradności życiowej osoby psychicznie chorej.</li> </ul> <p>– dla rodziny i najbliższych, np.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motywowanie do aktywności życiowej i leczenia,</li> <li>• pomoc w utrzymaniu higieny osobistej i porządku w mieszkaniu,</li> <li>• pomoc w przygotowywaniu posiłków,</li> <li>• wizyty u lekarza,</li> <li>• kontrola brania leków,</li> <li>• organizowanie czasu pobytu w domu poprzez zajęcia domowe, obowiązki, wspólne spędzanie czasu wolnego,</li> <li>• uczestniczenie w grupie wsparcia dla rodzin osób psychicznie chorych (w razie potrzeby).</li> </ul> <p>– dla innych osób czy instytucji zaangażowanych w proces, np.:</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoring sąsiedzki</li> <li>• pomoc w zakupach</li> <li>• inicjowanie i organizowanie grup wsparcia dla rodzin.</li> </ul> <p>Do planu działania należy opracować i dołączyć indywidualny proponowany pakiet usług dla danego przypadku osoby psychicznie chorej. Przy jego opracowywaniu każdorazowo należy uwzględnić, obok motywacji klienta, także jego stan zdrowia, sytuację socjalną, trudności w funkcjonowaniu oraz możliwości i zasoby, które tkwią w kliencie. Do opracowania planu działania i budowania pakietu usług należy włączyć osobę psychicznie chorą i jej rodzinę.</p> <p>Usługi pomocy i integracji społecznej adresowane do osób chorych psychicznie i ich rodzin to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– specjalistyczne usługi opiekuńcze,</li> <li>–usługi świadczone przez środowiskowy dom samopomocy</li> <li>– uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,</li> <li>– okresowe lub stałe pobyty w domu pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych.</li> </ul> <p>W ramach systemu ochrony zdrowia istotną usługą jest psychoterapia zarówno indywidualna, jak i psychoterapia obejmująca rodzinę osoby chorej psychicznie.</p>
<b>Realizacja planu działania</b>	Realizacja planu działań: zadania dla osiągnięcia zaplanowanych celów powinny być współrealizowane przez placówki i specjalistów obejmujący obszar ochrony zdrowia, rynku pracy, pracodawców. Szczególnie istotne jest tu motywowanie osoby z zaburzeniami psychicznymi, dostrzeganie każdego zrealizowanego kroku przez osobę chorą psychicznie i wzmocnianie jej poczucia sprawstwa.
<b>Systematyczna ewaluacja działań</b>	Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.</i> Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.
<b>Ocena końcowa/ewaluacja</b>	Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.</i>  W wypadku osób chorych psychicznie w wielu przypadkach nie można stwierdzić, kiedy kończy się interwencja pracownika socjalnego. Praca socjalna może być zaplanowana i trwać wiele lat i podlegać modyfikacji w czasie jej trwania. W takich wypadkach prowadzona jest ewaluacja <i>on-going</i> pozwalająca zidentyfikować obszary, które wymagają wzmocnienia i określić poziom osiągania celów pracy socjalnej. Należy również pamiętać, aby nie przeprowadzać ewaluacji w okresie zaostrzenia choroby klienta.
<b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b>	

W pracy socjalnej z osobą psychicznie chorą i jej rodziną należy wykorzystać zasoby środowiska i budowanie sieci wsparcia, w ramach której współpracują ze sobą następujące podmioty: rodzina, asystent, opiekun osoby psychicznie chorej, organizacje samopomocowe, -instytucje i organizacje oferujące specjalistyczne wsparcie, specjaliści (psycholog, terapeuta itp.). Wykorzystanie zasobów środowiska powinno być podporządkowane przede wszystkim udzielaniu osobom psychicznie chorym wsparcia w osiąganiu przez nich samodzielności w życiu codziennym oraz stwarzaniu warunków do zatrudnienia i promowaniu ich pracy. Niemniej ważnym celem jest też wspieranie rodzin osób psychicznie chorych w ich codziennej opiece i pracy z psychicznie chorymi członkami rodzin.

Docelowo wokół osoby psychicznie chorej i jej rodziny powinna być zbudowana sieć usług instytucji i organizacji, nieformalnych ruchów i indywidualnych inicjatyw opieki i wsparcia dla osoby psychicznie chorej przeciwdziałająca kumulowaniu się u osoby chorej psychicznie cech wykluczenia psychicznego, zarówno indywidualnych (np. brak zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych, ubóstwo, niski poziom wykształcenia) jaki i środowiskowych (np. niewystarczające otoczenie instytucjonalne, słabe więzi społeczne czy stereotypy i uprzedzenia społeczne stygmatyzujące osoby chore psychicznie).

Najważniejszą rolę w zbudowaniu i koordynowaniu działania środowiskowego systemu wspierania osoby chorej psychicznie powinien pełnić pracownik socjalny jako lokalny lider i polityk społeczny. Przede wszystkim od jego inicjatywy i zaangażowania, a nie od możliwości finansowych i prawnych zależeć będzie skuteczne wspieranie osoby psychicznie chorej przy zaangażowaniu i wykorzystaniu zasobów lokalnego środowiska. Kooperacja różnych podmiotów na rzecz osoby chorej psychicznie powinna być oparta na:

- wykorzystaniu zasady wsparcia interdyscyplinarnego (ze strony systemu pomocy społecznej, oświaty, służb zatrudnienia i rynku pracy, służb zdrowia, organizacji pozarządowych, wolontariuszy)
- budowaniu kompleksowego systemu wsparcia
- prowadzeniu systematycznej diagnozy sytuacji osoby psychicznie chorej oraz efektów udzielanego wsparcia
- monitorowaniu zasobów środowiska i inicjowaniu powstawania nowych, wskazanych dla danej osoby psychicznie chorej usług i form pomocy, w tym też edukacji środowiska lokalnego osoby chorej psychicznie.

W wypadku pomocy osobom psychicznie chorym i ich rodzinom możliwie najpełniejsze zorganizowanie środowiska instytucjonalnego i nieformalnego jest szczególnie istotne ze względu na problemy we współpracy wynikające z choroby psychicznej. Pracownik socjalny, organizując na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób psychicznie chorych, musi docenić fakt, że wielokrotnie tylko wspólne działanie wielu jednostek i osób może być środkiem zaradczym na postawy wynikające z choroby psychicznej (odmowa współpracy, agresja, nękanie swoim problemami itd.) i zapobiegać izolacji społecznej osób psychicznie chorych. Ważnym efektem towarzyszącym budowaniu oparcia społecznego jest przeciwdziałanie lokalnej dyskryminacji osób psychicznie chorych, gdyż największym problemem osób psychicznie chorych wydaje się być brak akceptacji i tolerancji ze strony środowiska. Ten brak akceptacji i tolerancji, niestety, często w praktyce, przekłada się też na postawy pracowników instytucji pomocy społecznej, oświaty, służby zdrowia czy służb zatrudnienia. I właśnie skoordynowanie i kierowanie przez pracownika socjalnego

kompleksowym wsparciem dla osoby psychicznie chorej jest skutecznym przeciwdziałaniem temu negatywnemu zjawisku.

Przykładowe elementy do wykorzystania z zasobów środowiska w budowaniu oparcia społecznego: rodzina, pomoc sąsiedzka, wolontariat, specjalistyczne usługi opiekuńcze, grupy wsparcia, grupy samopomocowe, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, spółdzielnie socjalne, zakłady pracy chronionej, domy dziennego pobytu, kampanie społeczne, szkolenia zawodowe, punkty informacyjno-doradcze, programy rehabilitacyjno-aktywizacyjne, szkolenia informacyjne dla pracowników instytucji stykających się bezpośrednio z osobami psychicznie chorymi (np. policja, straż miejska, urzędy gmin i powiatów, zakłady komunalne, spółdzielnie mieszkaniowe, szkoły i przedszkola), szkolenia informacyjne dla młodzieży szkolnej).

***Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej***

1. Osoby chore psychicznie często odmawiają przyjmowania pomocy uważając że pomoc nie jest im potrzebna.
2. Osoby chore psychicznie są odbierane przez otoczenie z obawą i lękiem, dlatego często są samotne i niezrozumiane.
3. Osoby psychicznie chore mogą być przekonane, że interwencja pracownika socjalnego zakończy się kolejną hospitalizacją, dlatego też nie zwracają się o pomoc lub ukrywają, że ich stan zdrowia uległ pogorszeniu.
4. Osoby chore psychicznie mogą nie odczuwać, że są niewłaściwie ubrane, głodne, brudne.
5. Osoby psychicznie chore mają problem z dotrzymaniem terminu. Nie rozumieją po co i w jakim celu muszą okazywać pracownikowi socjalnemu dokumenty.

Jednym ze sposobów niwelowania problemów jest przygotowanie pracowników socjalnych do pracy z osobami chorymi psychicznie poprzez uczestnictwo w specjalistycznych szkoleniach z zakresu budowania relacji i komunikowania się z osobami psychicznie chorymi.

**2.2.4 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami**

<b>Osoby z niepełnosprawnością ruchową i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	Pojęcie osoby z niepełnosprawnością ruchową stosuje się w relacji do ludzi, którzy ze względu na dysfunkcję narządu ruchu mają ograniczoną sprawność kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa. Jest to grupa bardzo zróżnicowana zarówno pod względem przyczyny, rodzaju i miejsca uszkodzenia oraz stopnia, rokowań i możliwości kompensacji niepełnosprawności przy pomocy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. W związku z tymi różnicami spotykamy się z wieloma podziałami tej grupy osób niepełnosprawnych. Dla potrzeb pracy socjalnej najbardziej przydatne wydaje się rozróżnienie w sferze funkcjonalnej według stopnia ograniczenia mobilności. Może ono objawiać się ograniczeniem możliwości w samodzielnym przemieszczaniu się w terenie otwartym

	<p>lub tylko w samym mieszkaniu albo całkowitym brakiem możliwości w samodzielnym poruszaniu się.</p> <p>Podstawowymi i specyficznymi problemami klientów z niepełnosprawnością ruchową, które mogą być rozwiązane w ramach pracy socjalnej są problemy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– związane z potrzebą pomocy osoby drugiej w czynnościach dnia codziennego;</li> <li>– braku dostępu do opieki i rehabilitacji medycznej, koniecznej dla polepszenia stanu obecnego lub tylko go utrzymania albo spowolnienia postępu choroby, która jest przyczyną niepełnosprawności ruchowej;</li> <li>– braku dostępu do adekwatnego do indywidualnych potrzeb zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;</li> <li>– związane z barierami architektonicznymi i technicznymi w bliższym i dalszym otoczeniu.</li> </ul>
<p><b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b></p>	
<p>Przy nawiązaniu relacji zachowujemy się tak jak wobec każdego innego klienta (według zasad opisanych wcześniej). Należy pamiętać jednak o następujących zasadach:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Należy starać się utrzymać kontakt wzrokowy, w szczególności: nie stoimy nad osobą siedzącą na wózku, tylko siadamy lub, jeśli to nie jest możliwe, stoimy w odległości, która nie będzie wymuszała na osobie z niepełnosprawnością patrzenia w górę.</li> <li>2. Oprzyrządowanie, takie jak wózek inwalidzki czy kule, stanowi integralną część przestrzeni osoby z niepełnosprawnością ruchową, nie możemy o nie się opierać, czy w inny sposób dotykać, chyba, że zostaniemy o to poproszeni.</li> <li>3. Zaburzenia czynności motorycznych mogą powodować spastyczność, u osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego objawia się ona nagłym skurczem mięśni kończyn dolnych wraz z tułowiem. Nie reagujemy na takie niekontrolowane odruchy.</li> <li>4. Zawsze pytamy, czy potrzebna jest pomoc w wykonaniu jakiejś czynności i jak jej udzielić.</li> <li>5. Należy pamiętać, że osoba z niepełnosprawnością ruchową może mieć problem z: <ul style="list-style-type: none"> <li>– samodzielnym wejściem i wyjściem z pomieszczenia oraz budynku, w którym się spotykacie,</li> <li>– siadaniem i wstawaniem z krzesła,</li> <li>– wyciągnięciem i włożeniem dokumentów do torebki, teczki, itp.,</li> <li>– rozebraniem i ubraniem odzieży wierzchniej,</li> <li>– samodzielnym pisaniem,</li> <li>– samodzielnym jedzeniem i piciem, czasem wszystkie napoje pije przez słomkę,</li> </ul> </li> </ol>	

– wyjściem z domu i dotarciem do nas.

***Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy***

<b><i>Etap pracy z klientem</i></b>	<b><i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i></b>
<b><i>Diagnoza</i></b>	<p>Diagnoza indywidualna sytuacji osoby z niepełnosprawnością ruchową powinna określić dysfunkcje i ograniczenia oraz potencjał, jakim dysponuje osoba z niepełnosprawnością ruchową. Natomiast diagnoza rodzinna powinna określić zakres wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej. W postawieniu diagnozy indywidualnej w odniesieniu do osoby z niepełnosprawnością ruchową będzie pomocny kwestionariusz wywiadu załączony do niniejszego opracowania (Załącznik 1). Po tak przeprowadzonej analizie sytuacji osoby z niepełnosprawnością ruchową i jego rodziny pracownik socjalny określa cel głównego i celów szczegółowych pracy socjalnej. Zarówno podczas samej analizy, jak i podczas formułowania celów, należy pamiętać o aktywnym udziale samej osoby z niepełnosprawnością.</p> <p><b>Przykładowy cel główny:</b></p> <p>Stworzenie podstawowych i realnych warunków samodzielnego i niezależnego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością ruchową w życiu społecznym i zawodowym.</p> <p><b>Cele szczegółowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Likwidacja lub ograniczenie barier psychicznych tkwiących w osobie z niepełnosprawnością ruchową.</li><li>2. Likwidacja lub ograniczenie barier psychicznych tkwiących w rodzinie klienta.</li><li>3. Likwidacja barier architektonicznych i technicznych w miejscu zamieszkania klienta.</li><li>4. Kompensacja niepełnosprawności ruchowej poprzez zaopatrzenie w odpowiednie przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.</li><li>5. Zwiększenie dostępu do rehabilitacji i opieki medycznej.</li><li>6. Zapewnienie niezbędnych usług opiekuńczych, w tym usług asystenckich.</li><li>7. Zwiększenie stopnia partycypacji społecznej członków rodziny klienta.</li><li>8. Zwiększenie stopnia aktywności zawodowej członków rodziny klienta.</li><li>9. Zwiększenie stopnia partycypacji społecznej klienta.</li><li>10. Zwiększenie stopnia aktywności zawodowej klienta.</li></ol>

	<p><b>Efekty:</b></p> <p>1. Osoba z niepełnosprawnością ruchową samodzielnie porusza się w domu i przestrzeni publicznej,</p> <p>2. Osoba z niepełnosprawnością ruchową pracuje i/lub zdobywa wiedzę, podnosi swoje kwalifikacje zawodowe,</p> <p>3. Osoba z niepełnosprawnością ruchową oraz jej rodzina jest aktywnie uczestniczy w życiu społecznym.</p>
<p><b>Opracowanie planu działań i budowania indywidualnego pakietu usług</b></p>	<p>Głównym problemem osób z niepełnosprawnością ruchową jest brak mobilności. Dlatego też, aby osoba z niepełnosprawnością ruchową mogła uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym, koniecznym jest zaplanowanie działań i taki dobór usług, które zapewnią dostęp do budynków, ułatwią poruszanie się w przestrzeni publicznej, ułatwią wykonywanie czynności życia codziennego.</p> <p>Specyficznymi usługami dla osób z niepełnosprawnością ruchową są następujące usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– asystent/opiekun osoby z niepełnosprawnością,</li> <li>– usługi transportowe.</li> </ul> <p>W planie działania należy również ująć likwidację barier architektonicznych i zabezpieczenie w środki ortopedyczne i pomocnicze (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego, uchwyty w łazience, wózek inwalidzki, itp.)</p>
<p><b>Realizacja planu działania</b></p>	<p>Pracownik socjalny w trakcie realizacji działania na rzecz osób z niepełnosprawnością ruchową powinien podejmować działania wykraczające poza opracowany plan pracy socjalnej z klientami niepełnosprawnymi ruchowo pełniąc funkcję ich rzecznika na rzecz likwidacji barier architektonicznych w budynkach mieszkalnych i instytucjach użyteczności publicznej, podejmując działania lobbujące na rzecz wprowadzenia miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych czy też popierając potrzebę wprowadzania pojazdów komunikacji miejskiej przyjaznych dla osób mających problem w poruszaniu się (np. autobusy niskopodłogowe).</p>
<p><b>Systematyczna ewaluacja działań</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>. Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.</p>
<p><b>Ocena końcowa/ewaluacja</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>. Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.</p>
<p><b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b></p>	

Obawy o przyszłość, które pojawiają się w refleksji i w lękach osób z niepełnosprawnością ruchową i ich rodzin, wskazują nam na potrzebę wsparcia emocjonalnego ze strony tych, którzy doświadczyli podobnych trudności. Są to rodziny, które mimo choroby i razem z nią osiągnęły sukces: radzą sobie w codziennym życiu, mają przyjaciół, pomagają innym. Zdecydowanie lepiej niż wszyscy inni, którzy nie mieli takich doświadczeń, rozumieją przeżywane problemy. Są to osoby z grup samopomocy, stowarzyszeń osób niepełnosprawnych, stowarzyszeń rodzin osób niepełnosprawnych.

Dla osób z niepełnosprawnością ruchową oprócz takich podmiotów istniejących w systemie wsparcia środowiskowego, jakimi są organizacje i grupy samopomocowe, niezwykle istotne jest stały kontakt ze zdrowymi rówieśnikami. Posiadanie przyjaciół i znajomych wśród osób pełnosprawnych, z którymi można spędzić czas wolny, np. pójść na koncert czy mecz piłkarski, przeciwdziała wykluczeniu tych osób.

***Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej***

Najczęstszymi problemami, jakie możemy napotkać w pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością ruchową, są obiektywne trudności z przemieszczaniem się. Osoba z niepełnosprawnością ruchową na każdym etapie realizacji planu działań będzie miała problem z wyjściem z domu, dotarciem do miejsca udzielanego wsparcia i na końcu wejściem do obiektu, gdzie to wsparcie będzie udzielane. Pomimo tych trudności nie należy przenosić wszystkich działań do domu klienta, bo właśnie naszym głównym celem jest wyciągnięcie go tzw. czterech ścian, w których często klient i jego rodzina są uwięzieni. Dlatego planując wszystkie działania, musimy zadbać o ich dostępność dla naszego klienta oraz sprawdzić, czy ma on możliwość dotarcia na spotkania, terapie itp. Dobrze jest też pamiętać o tym, że osoby z niepełnosprawnością ruchową szczególnie nie akceptują noszenia ich na wózku, a osoby słabo chodzące nie akceptują sadzania ich na wózku czy wnoszenia na rękach. Większość z nich woli nie uczestniczyć w życiu, niż być noszonym, jak sami mówią: „jak worek kartofli”.

### **2.2.5 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami głuchymi i ich rodzinami**

<b>Osoby głuche i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	<p>Osoba głucha to „człowiek o нефункционującym narządzie słuchu, pozbawiony zdolności słyszenia, nie słyszący, źle słyszący”. Brak słuchu lub jego częściowa utrata są również określane jako rodzaj niepełnosprawności. W stosunku do osób, które utraciły słuch w wieku dojrzałym, używa się także określeń: ogłuchły lub późno ogłuchły.</p> <p>Mimo znacznego zaawansowania technologicznego osoba głucha nie ma łatwego życia. Z większością otaczających ją ludzi nie może normalnie funkcjonować w społeczeństwie, potrzebuje opiekuna, który pomoże się jej skontaktować z resztą otoczenia. Życie osób niepełnosprawnych zawsze, nawet w niewielkim stopniu, jest zniekształcone przez posiadaną dysfunkcję. Osoby te muszą żyć ze swoimi dysfunkcjami i pokonywać codzienne trudności. Muszą także uporać się z przełamywaniem stereotypów i częstej niechęci innych.</p>



	<p>Ale jednocześnie życie osób głuchych to doskonały przykład, jak osoby z niepełnosprawnością radzą sobie w społeczeństwie.</p> <p>Specyficzne problemy osób głuchych i ich rodzin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zbyt mało propozycji szkoleń skierowanych do osób głuchych.</li> <li>2. Brak możliwości odpowiedniego zatrudnienia, niechęć pracodawców do zatrudniania osób z którymi trudno się komunikować.</li> <li>3. Bariery w komunikowaniu się: nieznaną język migowy, zbyt mało osób potrafi czytać z ust, tylko forma pisana może mieć zastosowanie.</li> <li>4. Trudności w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym: utrudnione porozumiewanie się w sklepach, urzędach, szkołach, placówkach służby zdrowia, itp.</li> <li>5. Utrudniony dostęp do edukacji i rehabilitacji dzieci głuchych: specjalistyczne placówki często oddalone są od miejsca zamieszkania.</li> <li>6. Utrudniony dostęp do specjalistów diagnozujących głuchotę i dobierających odpowiednie oprzyrządowanie.</li> <li>7. Problemy w codziennym komunikowaniu się w rodzinie.</li> </ol>
<b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b>	
<p>Sposoby budowania relacji z osobą głuchą:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pracownik socjalny, rozmawiając z osobą głuchą, powinien siedzieć lub stać naprzeciw osoby głuchej, tak aby mogła ona odczytywać z ust mówiącego.</li> <li>2. Ułatwieniem w komunikowaniu się z osobą głuchą jest przygotowanie materiałów pisemnych.</li> <li>3. Za zgodą osoby głuchej celem ułatwienia rozmowy należy zaangażować osobę znającą język migowy, jeżeli pracownik socjalny nie posiada takiej umiejętności.</li> <li>4. Motywowanie osoby głuchej powinno być ukierunkowane na podjęcie przez nią działań w celu dobrej diagnostyki deficytu słuchu oraz odpowiedniego oprzyrządowania ortopedycznego.</li> <li>5. Towarzyszenie osobie głuchej powinno polegać na wspieraniu jej w sytuacjach, w których napotyka trudności w komunikowaniu się, np. podczas załatwiania spraw urzędowych. Warunkiem jest jednak, aby pracownik socjalny posiadał znajomość języka migowego.</li> </ol> <p>W budowaniu relacji z osobą głuchą jej rodziną obowiązują ogólne zasady budowania relacji z osobami z niepełnosprawnością i jej rodziną, opisane wcześniej przy wsparciu tłumacza migowego.</p>	
<b><i>Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy</i></b>	
<b><i>Etap pracy z klientem</i></b>	<b><i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i></b>
<b><i>Diagnoza</i></b>	Przy ocenie sytuacji klienta głuchego należy zwrócić szczególną uwagę na następujące elementy:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– w jaki sposób osoba głucha komunikuje się z otoczeniem, które sposoby klientowi pomagają i jak je wykorzystuje w życiu codziennym;</li> <li>– czy osoba głucha posiada środki ułatwiające komunikowanie się w życiu codziennym, np. aparat słuchowy, sygnalizacja świetlna dzwonka telefonicznego i dzwonka przy drzwiach wejściowych;</li> <li>– czy osoba głucha zna język migowy, umiejętność czytania z ust;</li> <li>– czy istnieje możliwość minimalizacji głuchoty lub odzyskanie słuchu, czy podejmuje działania w kierunku poprawy słuchu;</li> <li>– jaki jest poziom wiedzy osoby głuchej o aktualnych problemach społecznych;</li> <li>– jak rodzina komunikuje się z osobą głuchą, jakie posiada umiejętności w tym zakresie i jakie potrzeby w zakresie poprawy komunikacji;</li> <li>– czy w rodzinie występują problemy wynikające z głuchoty członka rodziny;</li> <li>– czy rodzina posiada wiedzę o specjalistycznych placówkach dla osób głuchych (edukacyjnych, przygotowujących do zawodu, miejscach pracy dla osób głuchych).</li> </ul> <p>Na podstawie przeprowadzonej diagnozy pracownik socjalny wspólnie z klientem i jego rodziną wyznacza cele zmian obecnej sytuacji.</p> <p>Przykładowy cel główny: Poprawa komunikacji osoby głuchej w rodzinie i w otoczeniu społecznym.</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doskonalenie umiejętności komunikacyjnych osoby głuchej i członków rodziny.</li> <li>2. Poprawa słyszenia (odpowiedni aparat słuchowy, zabieg operacyjny).</li> <li>3. Zmniejszenie lęku i obaw w sytuacjach społecznych.</li> <li>4. Poprawa wiedzy o problemach występujących w rzeczywistości społecznej, aktualnościach kulturalnych.</li> </ol> <p>Efekty:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoba głucha potrafi komunikować się z otoczeniem,</li> <li>2. Osoba głucha radzi sobie w codziennym życiu, jest zorientowana, co dzieje się w otaczającej rzeczywistości społecznej i kulturalnej.</li> </ol>
<b><i>Opracowanie planu działania i budowania</i></b>	Plan działania oraz dobór usług powinien być skierowany na poprawę poziomu komunikowania się osoby głuchej z otoczeniem. Dlatego też wśród usług dla osoby głuchej mogą znaleźć się następujące usługi:

<b>indywidualnego pakietu usług</b>	<p>– warsztaty, kursy, szkolenia z zakresu znajomości języka migowego lub czytania z ust, jeżeli osoba głucha nie posiada takiej umiejętności,</p> <p>– kurs języka migowego dla członków rodziny (opiekunów) osoby głuchej,</p> <p>– asystent/opiekun osoby niepełnosprawnej znający język migowy.</p> <p>W planie działania należy również ująć zabezpieczenie w środki ortopedyczne (aparat słuchowy) i inne urządzenia ułatwiające komunikację. Pracownik socjalny powinien również w planie pomocy ująć specjalistyczne usługi dla osób głuchych, realizowane przez placówki edukacyjne, prozawodowe, rehabilitacyjne.</p>
<b>Realizacja planu działania</b>	Wskaźniki dotyczące realizacji planu działania znajdują się w opisie: <i>Osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.</i>
<b>Systematyczna ewaluacja działań</b>	Wskaźniki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.</i> Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.
<b>Ocena końcowa/ewaluacja</b>	Wskaźniki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.</i> Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.
<b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b>	
<p>W systemie wspierania osoby głuchej dużą rolę odgrywają specjaliści (np. logopedzi) oraz placówki specjalistyczne w zakresie diagnostyki, edukacji i rehabilitacji osób głuchych. Bardzo istotnym jest, aby specjalistycznym wsparciem objęte były dzieci głuche lub słabo słyszące, jak najwcześniej, tak aby niepełnosprawność nie wpływała na rozwój dziecka i pogłębianie deficytów w innych obszarach jego funkcjonowania.</p>	
<b>Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej</b>	
<p>1. Pracownicy socjalni nie znają języka migowego. Brak właściwej komunikacji powoduje, że plan działania i usługi mogą być nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb osoby głuchej. Rozwiązaniem tego problemu jest nabycie przez pracowników socjalnych umiejętności posługiwania się językiem migowym lub też takiej organizacji pracy, aby osoby z dysfunkcją słuchu obsługiwał pracownik socjalny, który taką umiejętność posiada. Zalecane jest również przygotowanie informacji ważnych dla klienta w formie pisemnej.</p> <p>2. Braku pomieszczeń do indywidualnego kontaktu z osobą głuchą (w rzeczywistości pracownicy socjalni wykonują swoją pracę ze współpracownikami, co utrudnia swobodny kontakt i czytanie z ust osoby głuchej ). Należy zapewnić więc miejsce sprzyjające dobrej komunikacji.</p>	

## 2.2.6 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami niewidomymi i ich rodzinami

<b>Osoby niewidome i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	<p>Osobami niewidomymi są osoby, które całkowicie nie widzą (ostrość wzroku 0,00), osoby ze ślepotą umiarkowaną lub słabowzrocznością głęboką (ostrości wzroku nie większą niż 0,05) oraz osoby z ograniczonym polem widzenia nie większym niż 20 stopni, niezależnie od ostrości wzroku<sup>8</sup>.</p> <p>Głównym problemem osób niewidomych jest problem w poruszaniu się w domu oraz przestrzeni publicznej, co utrudnia lub też uniemożliwia wykonywanie czynności życia codziennego, załatwiania spraw urzędowych, uczestnictwa w kulturze i innych obszarach życia zawodowego i społecznego oraz pogłębia problemy natury psychicznej (lęk przed nieznanym).</p>
<b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b>	
<p>Budowanie relacji z osobą niewidomą i jego rodziną polegać będzie głównie na stworzeniu sprzyjającej atmosfery do komunikowania się i rozumienia treści komunikatu. Specyficzne elementy ułatwiające budowanie relacji pracownik socjalny–osoba niewidoma.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyrażenie zgody przez pracownika socjalnego na kontakt dotykowy, tak aby osoba niewidoma mogła zlokalizować pracownika socjalnego (podanie ręki, doprowadzenie do krzesła itp.).</li> <li>2. W czasie rozmowy pracownik socjalny zadaje pytania kontrolne celem potwierdzenia, czy przekazana informacja została dobrze zrozumiana.</li> <li>3. W czasie pierwszego kontaktu z klientem pracownik socjalny przedstawia siebie oraz miejsce, w którym pracuje i w którym prowadzona jest praca socjalna. Istotnym jest, aby osoba niewidoma wiedziała, że znajduje się w miejscu bezpiecznym, gdzie chroniona jest jej intymność.</li> <li>4. Zgoda pracownika socjalnego na nagrywanie rozmowy przez osobę niewidomą.</li> <li>5. Unikanie formy pisemnej przy przekazywaniu informacji. W sytuacjach, kiedy osoba niewidoma ma złożyć podpis pod dokumentem, niezbędne jest przeczytanie treści pisma oraz zadanie pytania, czy treść ta jest jasna dla klienta. W wypadku osób niedowidzących dokumenty powinny być sporządzone przy użyciu dużej, pogrubionej czcionki.</li> <li>6. Zalecane jest, aby w czasie rozmowy z klientem uczestniczyła jej osoba bliska, o ile klient wyrazi na to zgodę.</li> </ol> <p>W budowaniu relacji z osobą niewidomą i jej rodziną obowiązują ogólne zasady budowania relacji z osobami z niepełnosprawnością i jej rodziną opisane wcześniej.</p>	
<b><i>Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy</i></b>	

<sup>8</sup> Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1998, s. 27.

<i>Etap pracy z klientem</i>	<i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i>
<b>Diagnoza</b>	<p>Przy ocenie sytuacji klienta niewidomego należy zwrócić szczególną uwagę na następujące elementy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– jaki jest poziom umiejętności osoby niewidomej w wykonywaniu codziennych czynności domowych, z jakimi czynnościami sobie nie radzi;</li> <li>– czy osoba niewidoma porusza się w przestrzeni publicznej, czy porusza się samodzielnie, czy tylko z pomocą osoby drugiej;</li> <li>– czy klient posiada odpowiednie zabezpieczenie ortopedyczne i pomocnicze (laska, okulary, lupa, zegarek dla niewidomych, telefon dla niewidomych itp.);</li> <li>– jak osoba niewidoma komunikuje się z otoczeniem, czy zna pismo Brajla, czy obsługuje program komputerowy dla niewidomych;</li> <li>– czy istnieje możliwość poprawy widzenia, czy podejmuje w tym kierunku działania;</li> <li>– czy w rodzinie występują problemy wynikające z dysfunkcji wzroku członka rodziny.</li> </ul> <p>Na podstawie przeprowadzonej diagnozy pracownik socjalny wspólnie z klientem i jego rodziną wyznacza cele zmian obecnej sytuacji:</p> <p><b>Przykładowy cel główny:</b> Wzrost samodzielności osoby niewidomej przy wykonywaniu czynności domowych oraz poruszania się w przestrzeni publicznej.</p> <p><b>Cele szczegółowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzmocnienie/nabycie umiejętności wykonywania czynności w zakresie sporządzania posiłków, utrzymania czystości w domu, obsługi urządzeń gospodarstwa domowego itp.</li> <li>2. Wzmocnienie/nabycie umiejętności samodzielnego poruszania się w przestrzeni publicznej przy użyciu laski, z pomocą psa przewodnika.</li> <li>3. Poprawa jakości codziennego życia poprzez korzystanie z urządzeń ułatwiających funkcjonowanie osób niewidomych.</li> <li>4. Zmniejszenie obciążenia rodziny wynikającej z opieki nad osobą niewidomą.</li> <li>5. Zwiększenie uczestnictwa osoby niewidomej w życiu zawodowym, społecznym i kulturalnym.</li> <li>6. Zwiększenie kontaktów z innymi ludźmi.</li> </ol>

	<p><b>Efekty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoba niewidoma potrafi samodzielnie wykonywać obowiązki domowe.</li> <li>2. Osoba niewidoma potrafi sama dotrzeć do pracy, szkoły i innych instytucji.</li> <li>3. Osoba niewidoma bezpiecznie porusza się w przestrzeni publicznej.</li> <li>4. Osoba niewidoma rozwija swoje zainteresowania i możliwości.</li> <li>5. Rodzina osoby niewidomej funkcjonuje prawidłowo.</li> </ol>
<p><b>Opracowanie planu działania i budowania indywidualnego pakietu usług</b></p>	<p>Przy opracowaniu planu działania istotnym jest, aby działania te miały charakter aktywizujący klienta, zgodny jednak z jego indywidualnymi możliwościami i predyspozycjami. Plan działania oraz dobór usług powinien być skierowany przede wszystkim na minimalizowanie barier w komunikowaniu się i poruszaniu się w przestrzeni publicznej.</p> <p>Specyficznymi usługami dla osób niewidomych są:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– warsztaty, kursy, szkolenia specjalistyczne adresowane dla osób z dysfunkcją wzroku w zakresie wykonywania codziennych czynności domowych, samoobsługi oraz poruszania się w przestrzeni publicznej,</li> <li>– asystent/opiekun osoby niewidomej,</li> <li>– pies przewodnik,</li> <li>– audiobook.</li> </ul> <p>W planie działania należy również ująć zabezpieczenie w środki ortopedyczne i pomocnicze (okulary, laska i inny sprzęt dla niewidomych).</p> <p>W planie pomocy należy ująć również specjalistyczne usługi dla osób niewidomych, realizowane przez placówki edukacyjne, prozawodowe, rehabilitacyjne.</p>
<p><b>Realizacja planu działania</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące realizacji planu działania znajdują się w opisie: <i>Osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>.</p>
<p><b>Systematyczna ewaluacja działań</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>. Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych. Przykład ewaluacji <i>on-going</i> osoby niewidomej i jej rodziny zawiera załącznik nr 3.</p>
<p><b>Ocena końcowa/ewaluacja</b></p>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Systematyczna ewaluacja działań – osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>. Ustalone w ewaluacji czynności nie zawierają cech specyficznych.</p>
<p><b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b></p>	

W systemie wsparcia osoby niewidomej, w którym standardowo powinna znaleźć się rodzina, sąsiedzi, organizacje i grupy samopomocowe oraz specjaliści, powinni znaleźć się również wolontariusze, których rolą będzie wsparcie przy poruszaniu się w przestrzeni publicznej, czytaniu książek i codziennej prasy itp.

***Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej***

1. Problemy w komunikowaniu się. Problemu tego doświadcza zarówno osoba niewidoma, która nie widzi pracownika socjalnego, nie wie, czy jest słuchana i rozumiana. Osoba nie widzi również otoczenia pracownika socjalnego, nie wie, czy w otoczeniu pracownika socjalnego nie znajdują się osoby postronne czy też przeszkody, które mogą narazić ją na wypadek. Brak poczucia bezpieczeństwa i zachowania poufności może powodować utrudnioną relację pomiędzy osobą niepełnosprawną i pracownikiem socjalnym (brak skupienia, przekazywanie jedynie lakonicznych informacji) Również pracownik socjalny, zwracając się do osoby niewidomej, może mieć wątpliwość, czy jest właściwie rozumiany, gdyż mowa ciała osoby niewidomej jest nieco inna niż pozostałych klientów.
2. Brakuje materiałów pisemnych dostosowanych do możliwości osoby niedowidzącej, czyli materiałów opracowanych przy użyciu dużej, wyraźnej czcionki lub pisma Brajla.
3. Budynki i pomieszczenia pomocy społecznej nie są przyjazne osobom niewidomym, brakuje oznaczeń, np. na stopniach schodów i innych ułatwień pozwalających poruszanie się w budynkach z wykorzystaniem języka Brajla.
4. Stereotypowe postrzeganie osoby niewidomej jako osoby niesamodzielnej i biernej.

Celem przewycięzania trudności, jakie spotkać może pracownik socjalny, prowadzący pracę z osobą niewidomą, wskazane jest uczestnictwo w szkoleniach w zakresie problematyki osób z dysfunkcją wzroku, a szczególnie warsztatach praktycznych, podczas których pracownik socjalny ma możliwość doświadczyć, jak postrzega otoczenie osoba niewidoma, na jakie prozaiczne problemy i trudności napotyka w codziennym życiu. Takie doświadczenie pozwoli lepiej planować działania, a także lepiej komunikować się z klientami niewidomymi. Istotnym jest również przygotowanie dla osób słabo widzących materiałów pisemnych opatrzonych dużą, wytłuszczoną czcionką lub pismem Brajla oraz wyeliminowanie barier utrudniających poruszanie się osoby niewidomej.

**2.2.7 Specyfika pracy socjalnej metodą indywidualnego przypadku z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzinami**

<b>Osoby z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodziny</b>	
<b><i>Najczęściej występujące problemy</i></b>	<p>Niepełnosprawność intelektualna (obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego): zaburzenie rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych (w szczególności niezależności i odpowiedzialności).</p> <p>Klasyfikacja deficytów intelektualnych w oparciu o IQ Wechslera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>69–55 IQ Wechslera: niepełnosprawność intelektualna w stopniu</b></li> </ul>

	<p><b>lekkim.</b> Poziom intelektualny charakterystyczny dla 10–12 roku życia. Ta forma deficytu intelektualnego stanowi najczęściej, około 85% rozpoznań. Osoby takie są samodzielne i zaradne społecznie, nie powinny jednak wykonywać zawodów wymagających podejmowania decyzji, ponieważ nie osiągnęły etapu myślenia abstrakcyjnego w rozwoju poznawczym. Życie rodzinne przebiega bez trudności. W socjalizacji mogą nabywać zaburzeń osobowościowych, ze względu na atmosferę otoczenia i stosunek innych. Obecnie istnieje tendencja do wprowadzania zajęć korekcyjnych, przy intensywniejszym treningu poznawczym w dłuższym czasie osoby z upośledzeniem w stopniu lekkim osiągają podobne wyniki co osoby z przeciętnym IQ. Do 12 roku życia brak różnic rozwojowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>54–35 IQ Wechslera: niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym.</b> Funkcjonowanie intelektualne na poziomie 6–9 roku życia. Częstotliwość występowania: około 10% z wszystkich 4 typów upośledzenia. W okresie przedszkolnym istnieją trudności z nabywaniem reguł społecznych (lojalność, współdziałanie), a także niezręczność fizyczna, powolny rozwój motoryczny. Poza tym do 9 roku życia rozwój jest prawidłowy. Osoby takie mogą nabywać umiejętności samoobsługowe, nie gubią się w dobrze znanym terenie, mogą pracować w zakładach pracy chronionej.</li> <li>• <b>34–20 IQ Wechslera: niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym.</b> Poziom rozwoju 3–6-latka. Około 4–5 roku życia zauważalne spóźnienie rozwoju psychofizycznego. Osoby te mogą opanować samoobsługę, przy stałej opiece mogą wyuczyć się czynności domowych, ale nie są zdolne do wyuczenia zawodu.</li> <li>• <b>poniżej 20 IQ Wechslera: niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim.</b> Poziom funkcjonowania charakterystyczny dla 3. roku życia. Możliwe jest opanowanie tylko najprostszej samoobsługi. Występują ciężkie wady neurologiczne i fizyczne. Przez całe życie wymagają opieki instytucjonalnej.</li> </ul> <p>„Główny problem niepełnosprawności to ograniczenie zdolności poznawczych i intelektualnych, czyli utrudnione spostrzeganie, uwaga, pamięć i myślenie, a zatem i rozumienie. Stąd biorą się ich trudności w uczeniu się, zdobywaniu wiedzy i umiejętności, m.in. społecznych. Dlatego bardziej skuteczne w nauce są konkretne metody i praktyczne działania. Mocną stroną osób z niepełnosprawnością intelektualną są</p>
--	---



	<p>zazwyczaj normalne, żywe emocje i radość ekspresji – również twórczej”<sup>9</sup>.</p> <p>Specyficzne problemy osób z niepełnosprawnością intelektualną:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemy związane z brakiem samodzielności w wykonywaniu wielu czynności zarówno w warunkach domowych, jak i instytucjach zewnętrznych.</li> <li>2. Problemy w pełnieniu ról rodzinnych, społecznych, zawodowych (niewydolność wychowawcza).</li> </ol> <p>Najczęściej występujące problemy <b>rodzin</b> osób z niepełnosprawnością intelektualną:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemy natury psychologicznej: wstrząs psychiczny wywołany wiadomością o narodzinach niepełnosprawnego dziecka, brak akceptacji zaistniałej sytuacji, nieuznanie przez członków rodziny niepełnosprawności dziecka, odrzucenie, nieakceptowanie i ukrywanie go przed światem zewnętrznym, lęk przed trudnościami związanymi z wychowaniem dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, całkowita apatia, niepodejmowanie działań związanych z rehabilitacją dziecka, brak wiary w skuteczność działań rehabilitacyjnych, lęk związany z zabezpieczeniem przyszłości osób z niepełnosprawnością intelektualną w przypadku choroby czy też śmierci rodziców.</li> <li>2. Problemy związane z przyjmowaniem postawy nadopiekuńczej ( np. wyłączenie w czynnościach dnia codziennego, ograniczanie swobody) w stosunku do dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, zbyt wysoka ocena możliwości dziecka, przyszłych jego szans zawodowych, finansowych i rodzinnych.</li> <li>3. Problemy związane z trudnościami znalezienia profesjonalnej pomocy (np. psychoterapeutów, psychologów, nauczycieli, fizjoterapeutów, lekarzy), niewiedza rodziców dotycząca metod pracy, terapii swojego dziecka, nieadekwatne reakcje rodziców, rodzeństwa do zachowań dziecka wynikające z ich niewiedzy o niepełnosprawności intelektualnej.</li> <li>4. Problemy związane z relacjami w rodzinie ( częste konflikty, nałogi, rozpad związku), rezygnacja jednego z rodziców z pracy zawodowej, z życia kulturalnego ze względu na brak fachowej opieki dla dziecka w tym czasie.</li> <li>5. Trudna sytuacja materialna rodziny ze względu na fakt rezygnacji z pracy zawodowej (niezrozumienie przez pracodawców zaistniałej sytuacji, brak pomocy z ich strony – np. dostosowanie godzin pracy), wydatków na rehabilitację dziecka ( sprzęt rehabilitacyjny).</li> <li>6. Problemy związane z akceptacją przez najbliższe otoczenie (sąsiedzi), izolacja społeczna, stereotypy związane z osobami z</li> </ol>
--	--

<sup>9</sup> M. Damentko, D. Maison, K. Mrugalska, J. Paradowska, R. Pawelec, *Dekalog*.

	niepełnosprawnością intelektualną.
<b><i>Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia</i></b>	
Pracownik socjalny w kontakcie z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Powinien stosować prawidłowe sformułowania: osoba z niepełnosprawnością intelektualną; osoba niepełnosprawna intelektualnie; zamiast: osoba chora umysłowo, chora psychicznie.</li> <li>2. W wypadku, kiedy komunikacja z osobą z niepełnosprawnością intelektualną jest niemożliwa, powinien komunikować się z rodzicami ( opiekunami), ale koncentrować się na osobie z niepełnosprawnością intelektualną, a nie na jej rodzicach, czy opiekunach, aby nie budować dystansu i traktować osoby te podmiotowo, a nie na drugim planie.</li> <li>3. Powinien konsultować problemy dotyczące osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin w zespołach interdyscyplinarnych oraz z innymi instytucjami/organizacjami świadczącymi specjalistyczne wsparcie klientowi i jego rodzinie.</li> </ol>	
<b><i>Sposób postępowania pracownika socjalnego i rola klienta w zakresie ich współpracy</i></b>	
<b><i>Etap pracy z klientem</i></b>	<b><i>Zagadnienia szczegółowe współpracy</i></b>
<b><i>Diagnoza</i></b>	<p>Na diagnozę składają się; analiza sytuacji, ocena wstępna i ocena operacyjna. Pracownik socjalny dokonuje analizy sytuacji osoby z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodziny. Na analizę tę składają się niezbędne informacje do opracowania planu pracy socjalnej. Informacje te należy uzyskać na podstawie dostarczonych dokumentów, arkusza pomocniczego do wywiadu – załącznik nr 2, oraz obserwacji środowiska naturalnego osoby z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodziny.</p> <p>W diagnozie powinny być zawarte informacje dotyczące zarówno deficytów, ograniczeń jak i potencjału rozwojowego osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Pracownik socjalny we wstępnej ocenie powinien określić, czy podejmuje się prowadzenia danej sprawy, czy też kieruje osobę z niepełnosprawnością intelektualną do kompetentnej placówki i ułatwia jej pierwszy kontakt z właściwą instytucją. Natomiast ocena operacyjna służy wyborowi problemów i ustaleniu przyczyn trudnej sytuacji, wskazaniu możliwości osoby z niepełnosprawności intelektualną i jej rodziny pozwalających na rozwiązanie trudnej sytuacji życiowej oraz zidentyfikowaniu ograniczeń, przeszkód i barier w środowisku powodujących utrudnienia w rozwiązywaniu trudnej sytuacji, wskazaniu celów zmian, określających, w jakim kierunku należy podążać i priorytetów ich osiągnięcia, oraz określanie przewidywanych rezultatów.</p> <p>Specyficznymi elementami diagnozy sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin jest:</p>

	<p>1. gdy w rodzinie urodzi się dziecko z niepełnosprawnością intelektualną, należy ustalić, czy rodzina potrzebuje pomocy psychologicznej, czy rodzina posiada wiedzę na temat leczenia i rehabilitacji swojego dziecka</p> <p>2. ustalić, czy dziecko pozostaje pod systematyczną opieką specjalistów (np. objęte jest wczesną interwencją medyczną lub wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka), czy rodzina kontynuuje rehabilitację dziecka w domu, a jeżeli nie, to jakie są tego powody, czy dziecko posiada odpowiednie warunki mieszkaniowe np. miejsce do zajęć stymulujących jego rozwój), czy dziecko posiada odpowiednie narzędzia edukacyjne i dydaktyczne;</p> <p>3. zarówno w sytuacji dzieci, jak i dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną należy zwrócić uwagę, czy w wypadku tych osób nie jest naruszana godność osób z niepełnosprawnością oraz czy nie dochodzi do łamania prawa. Należy pamiętać, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną są szczególnie narażone na wykorzystywanie przy wykonywaniu różnych czynności i obowiązków w domu, mogą być narażone na wykorzystywanie seksualne, mogą mieć ograniczony dostęp do żywienia czy też pozbawione możliwości opuszczania domu i kontaktu ze środowiskiem;</p> <p>4. jak wypełniają swoje zadania opiekunowie prawni osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jakie mają problemy przy realizacji tych zadań.</p> <p>Głównym celem diagnozy jest określenie rodzaju i poziomu rozbieżności między aktualnym funkcjonowaniem danej osoby z niepełnosprawnością intelektualną a tym, jak mogłaby i chciałaby funkcjonować. Następnie określenie przyczyn tych rozbieżności i stwierdzenie, na które z nich praca socjalna może oddziaływać z największym efektem, tzn. tak aby najlepiej przełożyć się na poprawę funkcjonowania danej osoby niepełnosprawnością intelektualną i zmniejszenie stwierdzonej rozbieżności.</p> <p>Działania zmierzające do osiągnięcia celu głównego</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzmocnienie umiejętności codziennego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodziny:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– nabycie/podtrzymanie umiejętności codziennego funkcjonowania (umiejętności samoobsługi w zakresie: samodzielnego przygotowywania i sporządzania posiłków, dbania o higienę osobistą, utrzymanie czystości w domu, robienia zakupów, itp.).</li> </ul> </li> <li>2. Poprawa funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną w rodzinie       <ul style="list-style-type: none"> <li>– akceptacja przez członków rodziny trudnych zachowań osoby z niepełnosprawnością intelektualną, podział obowiązków w</li> </ul> </li> </ol>
--	--

	<p>rodzinie w związku ze wspieraniem osób z niepełnosprawnością intelektualną w czynnościach dnia codziennego, wzmocnienie roli rodziny w dążeniu osób z niepełnosprawnością intelektualną do niezależnego życia.</p> <p>3. Wzmocnienie kompetencji społecznych i zawodowych osoby z niepełnosprawnością intelektualną:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– motywacja do podjęcia zatrudnienia i doskonalenia zawodowego, np. kursy, szkolenia;</li> <li>– zwiększenie aktywności w poszukiwaniu ofert pracy i form doskonalenia zawodowego;</li> <li>– poznanie form zatrudnienia, w szczególności: zatrudnienie wspomagane ( trener pracy), działalność gospodarcza;</li> <li>– wskazanie innych form uczestnictwa w życiu społecznym, np. Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywności Zawodowej.</li> </ul>
<p><b><i>Opracowanie planu działania i budowania indywidualnego pakietu usług</i></b></p>	<p>Bardzo ważnym elementem planu działania jest budowa indywidualnego pakietu usług dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodziną. Pracownik socjalny przy budowie takiego indywidualnego pakietu powinien wykorzystać wszystkie możliwości, wziąć pod uwagę działania różnych usługodawców z różnych systemów polityki społecznej. Jest to szczególnie ważne dla tej kategorii klientów z uwagi na fakt, iż wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną ma interdyscyplinarny charakter.</p>
<p><b><i>Realizacja planu działania</i></b></p>	<p>Realizacja planu działania przez osobę z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodzinę często jest zadaniem bardzo trudnym, gdyż wymaga systematyczności działań. Ponadto w realizację planu działań często zaangażowani są członkowie rodzin tychże osób, dla których jest to dodatkowe działanie, przy pełnej ich aktywności społecznej i zawodowej.</p> <p>Specyficzne usługi dla osób z niepełnosprawnością intelektualną to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usługi z zakresu diagnozowania i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną.</li> <li>2. Usługi rehabilitacyjne.</li> <li>3. Poradnictwo specjalistyczne dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie.</li> <li>4. Ośrodek wsparcia dziennego dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.</li> <li>5. Świetlica terapeutyczna.</li> <li>6. Warsztat terapii zajęciowej.</li> </ol>

	<p>7. Środowiskowy dom samopomocy.</p> <p>8. Zakład aktywności zawodowej.</p> <p>9. Specjalistyczne warsztaty i szkolenia z zakresu aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną.</p> <p>10. Ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną.</p>
<b>Systematyczna ewaluacja działań</b>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>.</p> <p>Przy gromadzeniu danych monitoringowych i ewaluacyjnych pracownik socjalny powinien pamiętać, aby w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, z uwagi na problem w komunikowaniu się i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności klienta, nie ograniczać ewaluacji tylko do rodziny czy specjalistów wspierających osobę z niepełnosprawnością intelektualną. Dlatego też pracownik socjalny we współpracy ze specjalistami w dziedzinie pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną powinien przygotować specyficzne narzędzia ewaluacyjne pozwalające zgromadzić informacje od klienta celem dokonania oceny skuteczności i adekwatności udzielanego wsparcia.</p>
<b>Ocena końcowa/ewaluacja</b>	<p>Wskazówki dotyczące ewaluacji znajdują się w opisie: <i>Osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny</i>.</p> <p>W ocenie końcowej należy zwrócić szczególną uwagę na funkcjonowanie rodziny z osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Czy w wyniku zrealizowanych działań sytuacja rodziny jest stabilna, czy może ona funkcjonować samodzielnie.</p>
<b>Sposób wykorzystania zasobów środowiska na rzecz osób z niepełnosprawnością i ich rodzin</b>	
<p>W systemie wsparcia osoby z niepełnosprawnością intelektualną, w którym powinna znaleźć się rodzina, sąsiedzi, organizacje i grupy samopomocowe muszą znaleźć się również instytucje i specjaliści z takich obszarów jak edukacja, ochrona zdrowia, pracodawcy.</p> <p>Dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin bardzo ważnym elementem pomocy i reakcji na zaspokojenie ich potrzeb jest zbudowanie sieci wsparcia. Sieć wsparcia to współdziałanie (kooperacja) ze sobą osób, instytucji, organizacji pozarządowych zapewniające rodzinom i osobom z niepełnosprawnością intelektualną pomoc oraz wsparcie emocjonalne, socjalne, materialne i społeczne w rozwiązywaniu problemów i trudności dnia codziennego. Sieć wsparcia dla osób z niepełnością intelektualną i ich rodzin powinna być zbudowana z uwzględnieniem następujących obszarów: edukacja, działalność artystyczna, sport, aktywizacja zawodowa, zatrudnienie wspomagane (treningi pracy), wsparcie dla rodzin ( np. warsztaty, grupy wsparcia), opieka dzienna, terapia zajęciowa, treningi umiejętności ( np. samodzielne mieszkanie), czas wolny, rehabilitacja ruchowa. Aby sieć wsparcia i kooperujące w jej ramach podmioty, elementy były efektywne, to potrzebne jest dobra współpraca między nimi i kształtowanie pozytywnych relacji pomiędzy osobami z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzinami a podmiotami udzielającymi wsparcia.</p>	

Informacja o istnieniu takiej sieci powinna być udostępniona, np. zbudowana sieć wsparcia może być opisana np. w Poradniku – Informatorze, który powinien zawierać dane teleadresowe instytucji i organizacji pozarządowych, krótki opis ich działalności, oraz form i obszarów wsparcia.

W systemie wspierania osób z niepełnosprawnością intelektualną należy zwrócić uwagę na uczestnictwo pełnosprawnych rówieśników. Dobrym przykładem integracji społecznej osób z niepełnosprawnością intelektualną są inicjatywy kulturalne, np. teatry integracyjne, zespoły muzyczne, które współtworzą osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby pełnosprawne.

***Opis problemów, które może najczęściej napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej***

1. Trudności w zrozumieniu zachowania osób z niepełnosprawnością intelektualną.
2. Mała aktywność osób z niepełnosprawnością intelektualną.
3. Niechęć pracodawców do zatrudniania osób z niepełnosprawnością intelektualną.
4. Brak tolerancji i akceptacji osób niepełnosprawnością intelektualną przez otoczenie.
5. Brak wiary w skuteczność rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną.
6. Nadopiekuńczość rodziców i opiekunów, wykonywanie czynności za osobę z niepełnosprawnością intelektualną, pomimo możliwości i posiadania umiejętności, aby czynności te wykonywała samodzielnie osoba z niepełnosprawnością intelektualną.
7. Uwarunkowania sensoryczne towarzyszące autyzmowi: wrażliwość na hałas, gwałtowne zachowania ludzi, nagła ingerencja w wykonywane czynności osoby autystycznej (zabawa, praca). Dlatego też pracownik socjalny powinien prowadzić pracę socjalną w cichym pomieszczeniu, do którego nagle nie wtargną obce i hałaśliwe osoby. Pracownik socjalny powinien zgodnie z ustalonym wcześniej terminem odwiedzać klienta w domu oraz nie powinien narażać osoby autystycznej na długie oczekiwanie w poczekalni w ośrodku pomocy społecznej.

Aby przezwyciężyć lub zniwelować w jak największym stopniu trudności, które może napotkać pracownik socjalny w trakcie prowadzenia pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością intelektualną i jej rodziną wskazane jest uczestnictwo w szkoleniach z zakresu problematyki osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także pracy z rodziną takiej osoby. Ponadto pracownik socjalny powinien mieć dostęp do literatury fachowej z tej dziedziny. W przypadku, jeżeli występują problemy sprzężone, powinien konsultować się z fachowcami pracującymi na co dzień z osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

Barierom w pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną przeciwdziałają:

- budowanie systemu zrozumienia i wsparcia w rodzinie i w najbliższym środowisku;
- nieprzyjmowanie postaw: paternalistycznej (chroniącej) lub odrzucającej, korygowanie powyższych postaw w rodzinie i środowisku osoby niepełnosprawnej intelektualnie;
- maksymalne poszerzanie obszarów samostanowienia o sobie osoby niepełnosprawnej, wspieranie samodzielnego podejmowania decyzji, niedecydowanie za nią;
- budowanie poczucia własnej wartości;
- aktywizacja zawodowa;
- podawanie poleceń w prostej formie, unikanie trudnych czy bardzo abstrakcyjnych pojęć, częste odwoływanie się do konkretnego, przykładu.

|

## Załączniki

### 1 Zasady pracy socjalnej

Ze względu na specyfikę grupy osób z niepełnosprawnością wśród uniwersalnych zasad pracy socjalnej najistotniejsze dla pracy z osobami z niepełnosprawnością są:

1. Zasada akceptacji.
2. Zasada poufności.
3. Zasada prawa do samostanowienia.

Ad. 1.

<b>Zasada akceptacji</b>			
<b>Etap postępowania metodycznego</b>	<b>Działanie pracownika socjalnego</b>	<b>Zastosowanie zasady w praktyce pracy socjalnej – wskazówki</b>	<b>Przykłady łamania zasady przez pracownika socjalnego</b>
1.Diagnoza.	<p>1. Zbieranie i analiza danych.</p> <p>2. Ocena sytuacji osoby z niepełnosprawnością w oparciu o zebrane dane – określenie problemu.</p> <p>3. Ustalenie celu działań i wskazanie trudności, które można rozwiązać.</p>	<p>1. Współpraca z osobą z niepełnosprawnością przy gromadzeniu danych i analizie sytuacji osoby z niepełnosprawnością.</p> <p>2. Ustalenie celu we współpracy z osobą z niepełnosprawnością z uwzględnieniem jej wartości.</p> <p>3. Pełne poświęcenie uwagi i czasu dla osoby z niepełnosprawnością ze względu na jej odmiennosc. Pracownik socjalny winien traktować osobę z niepełnosprawnością tak, jak sam chciałby być traktowany.</p> <p>4. Akceptacja</p>	<p>1. Traktowanie osoby z niepełnosprawnością jako osoby niezdolnej do decydowania o swoich celach.</p> <p>2. Niepoświęcanie czasu osobie z niepełnosprawnością, „bo ona i tak nic nie zrozumie”.</p> <p>3. Naznaczanie, etykietowanie osoby z niepełnosprawnością jako innej, gorszej, z mniejszymi możliwościami itp., aż do postawy odrzucenia społecznego typu: „to jest schizofrenik, nie ma sensu praca z nim”.</p> <p>4. Dyskredytowanie osoby z niepełnosprawnością lub pomijanie jej ocen, gdyż „ona i tak nie zdaje sobie sprawy, w jakim jest stanie”.</p> <p>5. Nieadekwatne do</p>



		<p>ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w rozpoznawaniu swej sytuacji.</p> <p>5. Zachowanie ostrożności w tworzeniu i wydawaniu opinii o sytuacji osoby z niepełnosprawnością.</p> <p>6. Bazowanie na mocnych stronach, predyspozycjach i zainteresowaniach osoby z niepełnosprawnością.</p>	<p>rzeczywistości wykorzystywanie prawa pracownika socjalnego do przerwania współpracy w przypadku agresji klienta (interpretacja niektórych jego zachowań jako przejawów agresji).</p> <p>6. Przypisywanie osobie z niepełnosprawnością nieprawdziwych motywacji i traktowanie jej jako naciągacza.</p> <p>7. Dostrzeganie tylko słabych stron i deficytów osoby z niepełnosprawnością.</p>
<p>2. Opracowanie planu działań i budowa indywidualnego pakietu usług.</p>	<p>1. Opracowanie planu działań zmierzających do wyrównywania szans osoby z niepełnosprawnością przez likwidację barier tkwiących w osobie z niepełnosprawnością, ale i w jej środowisku.</p> <p>2. Zestawienie indywidualnego pakietu usług.</p>	<p>1. Alternatywne propozycje działań uwzględniające możliwości osoby z niepełnosprawnością, określone przez nią samą.</p> <p>2. Utworzenie wspólnie z osobą z niepełnosprawnością planu działań i wyboru usług do pakietu.</p> <p>3. Akceptacja odmiennych od przekonania pracownika socjalnego potrzeb i oczekiwań osoby z niepełnosprawnością.</p> <p>4. Wspieranie osoby z niepełnosprawnością niezależnie od powodów występowania</p>	<p>1. Budowanie relacji na błędnym założeniu „Pomagacz – petent” (bez partnerstwa).</p> <p>2. Opracowanie zbyt łatwych zadań, bo osoba z niepełnosprawnością i tak nie da sobie rady.</p> <p>3. Nieprzyjmowanie do planu żadnych uwag osoby z niepełnosprawnością, bo jest gorsza.</p> <p>4. Pozbawianie możliwości przejęcia przez osobę z niepełnosprawnością odpowiedzialności (całkowitej lub częściowej) za własne życie.</p>

		niepełnosprawności.	
3. Realizacja planu działania.	1. Prowadzenie zaplanowanych działań.	<p>1. Towarzystwo osobie z niepełnosprawnością w realizacji planu.</p> <p>2. Stałe motywowanie osoby z niepełnosprawnością do zmiany swojej sytuacji.</p> <p>3. Wspieranie osoby z niepełnosprawnością w realizacji działań, np. poprzez wskazywanie częściowych celów łatwiejszych do osiągnięcia i zapewniających poczucie sukcesu.</p>	<p>1. Litowanie się nad osobą z niepełnosprawnością lub niewiara w jej możliwości i wyręczanie w realizacji zadań, aż do praktycznego ubezwłasnowolnienia.</p> <p>2. Wyróżnianie osoby z niepełnosprawnością w środowisku – przesadna motywacja.</p>
4. Systematyczna ewaluacja działań.	<p>1. Bieżące śledzenie postępów w realizacji planu działań.</p> <p>2. Dokonywanie oceny efektów podjętych działań w określonych odstępach czasowych.</p> <p>3. Modyfikacja planu działań i pakietu usług – wg potrzeb.</p>	<p>1. Wspólne partnerskie ocenianie poszczególnych działań i ich efektów.</p> <p>2. Rozpoznawanie barier w realizacji przeszkód. Jeśli wspólnie stwierdzimy, że nie osiągnęliśmy zakładanego celu, określamy przyczyny i modyfikujemy wspólnie nasz plan działań.</p> <p>3. Akceptowanie dynamicznej zmienności zachowań osoby z niepełnosprawnością i wynikających z tego faktu konsekwencji dla planu działań.</p>	<p>1. Rezygnacja z ewaluacji, bo i tak osoba z niepełnosprawnością robi tylko to, co chce pracownik socjalny.</p> <p>2. Krytykowanie osoby z niepełnosprawnością za wszelkie odstępstwa od planu działań, groźenie konsekwencjami.</p> <p>3. Zerwanie współpracy z osobą z niepełnosprawnością w przypadkach reemisji stanów chorobowych bez możliwości powrotu do modyfikacji i realizacji planu działań po zakończeniu leczenia.</p>

5. Ocena końcowa/ewaluacja.	1. Dokonanie oceny stopnia osiągnięcia zakładanych celów.	1. Dokonanie oceny końcowej we współpracy z osobą z niepełnosprawnością i z uwzględnieniem jej odczuć i sądów.	1. Pracownik socjalny dokonuje oceny wyłącznie w oparciu o własne podsumowanie rezultatów działań – bez uwzględnienia stanowiska osoby z niepełnosprawnością.
-----------------------------	---	--	---

Ad.2)

<b>Zasada poufności</b>			
Etapy postępowania metodycznego	Działanie pracownika socjalnego	Zastosowanie zasady w praktyce pracy socjalnej – wskazówki	Przykłady łamania zasady przez pracownika socjalnego
1. Diagnoza.	<p>1. Zbieranie i analiza danych.</p> <p>2. Ocena sytuacji osoby z niepełnosprawnością w oparciu o zebrane dane – określenie problemu.</p> <p>3. Ustalenie celu działania i wskazanie trudności, które można rozwiązać.</p>	<p>1. Poinformowanie osoby z niepełnosprawności, iż wszelkie dane, informacje oraz zdiagnozowany problem i cel działania objęte są tajemnicą służbową.</p> <p>2. Pracownik socjalny przeprowadza rozmowę z osobą z niepełnosprawnością w warunkach zapewniających intymność, bezpieczeństwo i poufność.</p> <p>3. Dokumentacja osoby z niepełnosprawnością przechowywana jest w zamkniętych szafach uniemożliwiających dostęp do nich osobom postronnym.</p> <p>4. Pracownik socjalnych posiada zabezpieczony komputer (login, wygaszasz ekranu) tak aby osoby postronne nie miały do niego dostępu.</p> <p>5. Pracownik socjalny zbiera i gromadzi tylko niezbędne informacje o osobie z niepełnosprawnością, które są mu niezbędne do opracowania diagnozy i</p>	<p>1. Pracownik socjalny przeprowadza rozmowę z osobą z niepełnosprawnością w wieloosobowym pokoju, w którym pracują również inni pracownicy socjalni oraz przebywają ich klienci. Klienci oraz inni pracownicy słyszą tę rozmowę, mają również możliwość wglądu do przedkładanych przez osobę z niepełnosprawnością zaświadczeń lekarskich i innych dokumentów zawierających dane „wrażliwe”, które leżą na biurku lub są przechowywane w otwartym regale.</p> <p>2. Pracownik socjalny pozostawił włączony komputer i opuścił na chwilę pokój. W tym czasie do pomieszczenia wchodzi interesanci umówieni z innymi pracownikami socjalnymi i zaglądną do włączonego komputera, przy którym chwilowo nikt nie pracuje.</p> <p>3. Pracownik socjalny zbiera wszystkie informacje o osobie z</p>

		oceny sytuacji klienta.	niepełnosprawnością, nawet te, które nie są potrzebne do diagnozy i oceny sytuacji klienta uważając, że każda informacja jest ważna. Osoba z niepełnosprawnością ma poczucie naruszenia jej prywatności.
2. Opracowanie planu działań i budowa indywidualnego pakietu usług.	1. Opracowanie planu działań zmierzających do rozwiązania problemów osób z niepełnosprawnością,  2. Przygotowanie indywidualnego pakietu usług dla osoby z niepełnosprawnością.	1. Praca nad opracowaniem planu działania oraz indywidualnym pakietem usług dla osoby z niepełnosprawnością odbywa się w warunkach zapewnienia bezpieczeństwa informacji.  2. Opracowany plan działania oraz „zawartość” pakietu usług jest tajemnicą służbową i bez zgody osoby z niepełnosprawnością nie można go upowszechniać.  3. Uczestnictwo innych osób przy opracowaniu planu działania oraz budowaniu pakietu usług może odbywać się za zgodą osoby z niepełnosprawnością.	1. Pracownik socjalny w wieloosobowym pomieszczeniu opracowuje plan działania i pakiet usług wspólnie z osobą z niepełnosprawnością, członkiem jej rodziny oraz innym pracownikiem socjalnym, chociaż osoba ta nie wyraziła zgody, aby ktoś inny dowiadywał się o jej problemach.  2. Pracownik socjalny dzieli się swoim doświadczeniem przy budowaniu pakietu usług i opracowaniu planu działania z innym pracownikiem socjalnym bez uzyskania zgody osoby z niepełnosprawnością <sup>10</sup> .
3. Realizacja planu działania	1. Realizacja zaplanowanych działań.	1. Poszczególne działania objęte planem pracy socjalnej objęte są tajemnicą służbową, bez	1. Pracownik socjalny opowiada o swojej pracy z osobą z niepełnosprawnością,

<sup>10</sup> Należy zauważyć, że w procesie pracy socjalnej mogą wystąpić sytuacje uzasadniające złamanie zasady poufności, np. gdy pracownik socjalny stwierdza, że jego kompetencje i dotychczasowe doświadczenie są nie w pełni wystarczające do udzielenia skutecznej pomocy i konieczna jest konsultacja z innym pracownikiem socjalnym lub specjalistą, lub gdy pracownik socjalny stwierdza, że bez wsparcia środowiska rodzinnego (np. zmiany postawy rodziny wobec osoby z niepełnosprawnością czy konieczności wprowadzenia działań członków rodziny do planu pomocy) plan pomocy nie może być skutecznie realizowany, lub gdy istnieje konieczność weryfikacji lub poszerzenia informacji uzyskanych od osoby z niepełnosprawnością w trakcie wywiadu.

		<p>zgody osoby z niepełnosprawnością osoby postronne nie mają do nich dostępu.</p> <p>2. Dokumentacja realizacji planu działania przechowywana jest w zamkniętych szafach uniemożliwiających dostęp do niej osobom postronnym.</p>	<p>wymieniając jej imię i nazwisko oraz jej problemy w czasie spotkania towarzyskiego.</p> <p>1. Pracownik socjalny bez zgody osoby z niepełnosprawnością relacjonuje przebieg realizowanych działań członkom jego rodziny.</p>
4. Systematyczna ewaluacja działań.	<p>1. Bieżące monitorowanie i ewaluowanie podejmowanych działań.</p> <p>2. Wprowadzanie zmian do planu działania w oparciu o dokonaną ocenę.</p>	<p>1. Osoba z niepełnosprawnością wyraża zgodę na gromadzenie informacji monitoringowych, prowadzenie ewaluacji w której uczestniczą członkowie rodziny, specjaliści, przedstawiciele instytucji i organizacji.</p> <p>2. Osoba z niepełnosprawnością jest poinformowana o celu gromadzenia informacji ewaluacyjnych i wyraża na nie zgodę.</p> <p>3. Dokumentacja zawierające dane i informacje monitoringowe oraz raporty ewaluacyjne przechowywane są w miejscach niedostępnych dla osób postronnych.</p>	<p>1. Pracownik socjalny przeprowadza indywidualne wywiady ewaluacyjne z członkami rodziny oraz pracownikami instytucji, chociaż osoba z niepełnosprawnością nie wyraziła zgody, aby o jej problemach i działaniach podejmowanych w ramach prowadzonej pracy socjalnej wypowiadały się osoby postronne.</p> <p>2. Dokumentacja z prowadzonego monitoringu i ewaluacji pracy socjalnej z osobą niepełnosprawną leży na biurku pracownika socjalnego także wtedy, gdy pracownik przyjmuje innych klientów albo wychodzi do domu.</p>
Ocena końcowa/ewaluacja.	<p>1. Ustabilizowanie sytuacji osoby z niepełnosprawnością.</p> <p>2. Ocena realizacji założonych celów.</p>	<p>1. Osoba z niepełnosprawnością wyraża zgodę na prowadzenie ewaluacji wśród rodziny, sąsiadów, specjalistów i innych osób.</p> <p>2. Osoba z niepełnosprawnością wyraża zgodę na upowszechnienie wyników ewaluacji.</p> <p>Osoba z</p>	<p>1. Pracownik socjalny w czasie konferencji prezentuje wyniki ewaluacji pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością. W czasie prezentacji wymienia imię i nazwisko klienta, szczegółowo przedstawia sytuację zdrowotną i problemy rodzinne osoby niepełnosprawnej. Osoba</p>

		niepełnosprawnością może zastrzec również, iż pewne dane lub fragmenty raportu ewaluacyjnego pozostają tajemnicą.	niepełnosprawna nie została uprzedzona, iż na forum prezentowane będą jej problemy i nigdy nie wyraziłaby na to zgody.
--	--	---	--

Ad. 3)

<b>Zasada prawa do samostanowienia</b>			
Etap postępowania metodycznego	Działanie pracownika socjalnego	Zastosowanie zasady w praktyce pracy socjalnej – wskazówki	Przykłady łamania zasady przez pracownika socjalnego
1. Diagnoza	2. Ocena sytuacji osoby z niepełnosprawnością w oparciu o zebrane dane – określenie problemu.  3. Ustalenie celu działania i wskazanie trudności, które można rozwiązać.	1. W kontakcie bezpośrednim należy zwracać się do osoby z niepełnosprawnością, a nie do osoby, która jej towarzyszy.  2. Należy gromadzić informacje od osób trzecich po uzyskaniu zgody osoby z niepełnosprawnością.	1. Do pracownika socjalnego zgłasza się dorosła osoba z niepełnosprawnością, której asystuje rodzic. Pracownik socjalny ze wszystkimi pytaniami zwraca się bezpośrednio do rodzica.
2. Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług.	1. Opracowanie planu działań.  2. Stworzenie indywidualnego pakietu usług.	1. Plan działań i wybór usług do indywidualnego pakietu tworzymy wspólnie z osobą z niepełnosprawnością, biorąc pod uwagę jej indywidualne ograniczenia i możliwości.  2. Za zgodą osoby z niepełnosprawnością współpracujemy z rodziną i najbliższym środowiskiem.	1. Dorosła osoba z niepełnosprawnością intelektualną, która ukończyła nauczanie na poziomie szkoły podstawowej specjalnej, kontynuowała później naukę w odpowiedniej szkole zawodowej, ale tam nie zdołała ukończyć 1 semestru. Uważa, że jej obecną sytuację poprawi zdobycie wykształcenia na poziomie liceum ogólnokształcącego. Pracownik socjalny bezkrytycznie wpisuje to do planu działań i wyszukuje płatne liceum ogólnokształcące dla dorosłych.  2. Opracowanie działań wg własnej wizji pracownika socjalnego, a nie zgodnie z oczekiwaniami osoby z niepełnosprawnością.
3. Realizacja planu	1. Motywowanie osoby z	1. Nie zmuszamy	1. W indywidualnym pakiecie

działania.	niepełnosprawnością do aktywnego korzystania z udzielanego wsparcia i towarzyszenie jej przy osiąganiu kolejnych celów.	osoby z niepełnosprawnością do korzystania z pakietu usług – ostateczna decyzja należy do niej.  2. Razem z osobą z niepełnosprawnością identyfikujemy ewentualne bariery w dostępności do usług i wspólnie staramy się znaleźć sposób na ich usunięcie.	usług znalazło się poradnictwo psychologiczne. Pracownik socjalny stwierdził, że usługa ta udzielana jest na I piętrze w budynku bez windy, a jego klient porusza się o kulach. O tej sytuacji nie poinformował klienta, tylko sam załatwił wózek inwalidzki i osobę do wniesienia. Klient po przybyciu na miejsce spotkania doznał szoku i nie wyraził zgody na wniesienie na wózek, ani w żaden inny sposób. Na tym ich współpraca się zakończyła, a pracownik socjalny stwierdził, że tyle dobrego zrobił dla klienta, a on tego nie docenił.
4. Systematyczna ewaluacja działań.	1. Dokonywanie oceny efektów podjętych działań w określonych odstępach czasowych.  2. Modyfikacja planu działań i pakietu usług.	1. W ocenie powinna aktywnie uczestniczyć osoba z niepełnosprawnością.  2. Jeśli wspólnie stwierdzimy, że nie osiągnęliśmy zakładanego celu, określamy przyczyny i modyfikujemy wspólnie nasz plan działań.	1. Pracownik socjalny samodzielnie sprawdza, czy osoba z niepełnosprawnością skorzystała z zaplanowanego na dany okres wsparcia i zbiera opinie od specjalistów. Po stwierdzeniu, że nie uczestniczyła we wszystkich spotkaniach terapeutycznych, samodzielnie zmienia plan działań. Po czym przekazuje go na piśmie osobie z niepełnosprawnością i prosi o podpisanie, że go otrzymała i będzie realizowała.  2. Zmiany planu działań bez uzgodnienia z osobą z niepełnosprawnością.
5. Ocena końcowa/ewaluacja.	1. Dokonanie oceny stopnia osiągnięcia zakładanych celów.	1. W ocenie powinna aktywnie uczestniczyć osoba z niepełnosprawnością.	Pracownik socjalny zaprasza na spotkanie rodzica dorosłej osoby niepełnosprawnej i omawia z nim osiągnięte rezultaty.

Szczególnie istotną w pracy z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami jest zasada wzmacniania klientów (*empowerment*).

## 2 Opisy dwóch przypadków – praca socjalna z osobą chorą psychicznie i z osobą niewidomą

### Opis przypadku: praca socjalna z osobą chorą psychicznie

#### Przykładowe działanie podejmowane przez pracownika socjalnego w pracy z osobą chorą psychicznie

*Pan Marek, lat 50, choruje psychicznie od ok. 30 lat. Corocznie hospitalizowany, czasem nawet dwukrotnie w ciągu roku. W obrazie choroby dominują zachowania dwubiegunowe: nadpobudliwość i agresja albo apatia i brak kontaktów społecznych. Mieszka samotnie, rodzina zerwała z nim wszelkie kontakty. Jedyne źródłem utrzymania jest renta socjalna. Pan Marek wielokrotnie odmawiał pracownikowi socjalnemu skorzystania z usług warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych.*

*Do pracownika socjalnego dociera sygnał od sąsiadów o odłączeniu prądu za nieopłacone rachunki i stercie śmieci rosnącej w pobliżu drzwi wejściowych od kilku tygodni. Sam p. Marek nie był widziany w czasie ostatnich kilkunastu dni.*

#### Krok 1: Interwencja i diagnoza

*Pracownik socjalny sprawdza sygnał, kontaktuje się z p. Markiem. Po długiej rozmowie udaje mu się przekonać p. Marka do otwarcia drzwi, po informacji o możliwości wezwania policji i lekarza psychiatry. P. Marek ma prawdopodobnie reemisję choroby. W budynku i obok niego panuje nieporządek. W mieszkaniu jest mnóstwo śmieci i psujące się resztki jedzenia, pojawiło się robactwo. P. Marek jest dziwacznie ubrany, z jego zachowania i wypowiedzi wynika, że boi się ludzi, jest ogarnięty manią prześladowczą, nie śpi w nocy, nie opłacił rachunków, gdyż boi się wyjść z mieszkania. Nie odbiera renty socjalnej, gdyż nikomu nie otwiera drzwi. Nie robi też zakupów. Dom nie jest ogrzewany, temperatura w pomieszczeniach to zaledwie kilka stopni powyżej zera. W piwnicy jest węgiel dowieziony dwa miesiące temu przez ośrodek pomocy społecznej. Rozpoznał pracownika socjalnego, ale nie jest zorientowany w czasie, nie wie, jaki jest dzień. Gwałtownie protestuje przeciwko wizycie w poradni zdrowia psychicznego.*

#### Krok 2: Opracowanie planu działania.

*W tym przypadku planu dwufazowego: Faza pierwsza obejmuje działania dotyczące poprawy stanu zdrowia, faza druga obejmuje działania poszpitalne (rehabilitacja poszpitalna, zbudowanie oparcia środowiskowego, naprawa więzi rodzinnych).*

#### Krok 3: Realizacja planu działania faza 1

*1. Ośrodek pomocy społecznej, przygotowując wniosek do sądu o przymusowe leczenie (art. 29 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), występuje do poradni zdrowia psychicznego o wydanie opinii uzasadniającej potrzebę leczenia p. Marka bez jego zgody (na podst. art. 30). Nie jest to jednak warunek konieczny złożenia wniosku. Lekarz może pisemnie*



wezwać p. Marka na badanie, może przeprowadzić wizytę domową, a jeżeli te działania okażą się bezskuteczne, przeprowadza badanie wbrew woli pacjenta, prosząc np. policję o pomoc. Dołącza się opis aktualnej sytuacji klienta, wskazujący, że nie jest on zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, a jego stan bez podjęcia leczenia pogarsza się.

2. Ośrodek pomocy społecznej składa wniosek do sądu opiekuńczego o przymusowe leczenie. Dołącza opinię poradni zdrowia psychicznego i opinię pracownika socjalnego o stanie P. Marka, zagrażającym jego zdrowiu i życiu (brak dochodu, żywności, leków, zaniedbywanie siebie, brak ogrzewania mieszkania zimą, głód, zagrożenie chorobami i wycieńczeniem itd.) oraz o przewidywaniu, że leczenie przyniesie, na co wskazuje historia choroby p. Marka, poprawę stanu zdrowia i sytuacji osobistej klienta.

3. W czasie postępowania sądowego pracownik socjalny monitoruje sytuację klienta, stara się być z nim w kontakcie, motywuje do podjęcia leczenia i kontroluje, czy nie wystąpią okoliczności, uzasadniające hospitalizację w trybie interwencyjnym, natychmiastowym.

4. Udział w rozprawie sądowej. Ośrodek pomocy społecznej jest reprezentowany przez pracownika socjalnego (którego podopiecznym jest p. Marek), na podstawie stosownego pełnomocnictwa kierownika ośrodka.

5. Zorganizowanie transportu P. Marka do szpitala po uprawomocnieniu się postanowienia sądu o przymusowym leczeniu: wezwanie karetki. Zabezpieczenie mieszkania P. Marka na czas leczenia.

Krok 3: Realizacja planu działania faza 2

6. Kontakt ze szpitalem i lekarzem prowadzącym m.in. w sprawie współpracy przy motywowaniu p. Marka do korzystania z oferty wsparcia przez ośrodek pomocy społecznej i inne instytucje oraz przygotowanie powrotu do środowiska.

7. Po powrocie do środowiska pomoc w uregulowaniu sytuacji p. Marka (np. zapłaceniu rachunków, przyłączeniu prądu, uporządkowaniu domu) i motywowanie do skorzystania z oferty oparcia społecznego. W ofercie w zależności od oczekiwań i możliwości p. Marka:

a) działania w kierunku aktywizacji zawodowej: wariantowo: uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej (wymaga wcześniejszej procedury zmiany orzeczenia o niepełnosprawności w celu uzyskania wskazania do udziału w warsztatach terapii zajęciowej) lub podjęcie pracy w zakładzie aktywności zawodowej. Po pozytywnie przebytych okresie przystosowania do pracy próba podjęcia pracy np. na stanowisku pracy chronionej na otwartym rynku pracy.

b) działania w kierunku aktywizacji społecznej: korzystanie ze specjalistycznych usług i uczestnictwo w zajęciach środowiskowego domu samopomocy lub udział w grupie wsparcia;

c) działania w kierunku samodzielnego (pod opieką) funkcjonowania w środowisku: korzystanie ze specjalistycznych usług opiekuńczych, korzystanie z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej.

d) działania w kierunku kontroli stanu zdrowia: regularne wizyty u poradni zdrowia psychicznego, rehabilitacja poszpitalna.

Krok 4: Ustawiczny monitoring sytuacji P. Marka i podejmowanie działań stosownie do zgłaszanych lub stwierdzonych potrzeb.

### **Opis przypadku – praca socjalna z osobą niewidomą**

*Opis przypadku: Pani X jest osobą niewidomą w wieku 60 lat. Pani X utraciła wzrok z powodu guza mózgu, jest po operacji neurochirurgicznej. Prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z mężem oraz dorosłymi pracującymi córkami. Pani X do czasu pojawienia się choroby i stopniowej utraty wzroku była osobą bardzo aktywną, wykonywała wszelkie prace domowe, udzielała się społecznie, uczestniczyła w kulturze, miała liczne grono znajomych i przyjaciół. Przebyta operacja oraz utrata wzroku spowodowała, że stała się osobą apatyczną, wszelkie obowiązki domowe przyjęli pozostali domownicy (głównie mąż). Pani X nie potrafi samodzielnie poruszać się w domu, przy spożywaniu posiłków, myciu, toalecie niezbędna jest pomoc osoby drugiej samodzielnie nie wychodzi z domu, nie potrafi posługiwać się laską. Pozostawanie w domu, brak ruchu, bezczynność powoduje pogłębianie się niepełnosprawności fizycznej z powodu wieku. Niepełnosprawność pani X wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. Mąż pani X przejął dotychczasowe obowiązki żony, sprawuje nad nią opiekę w czasie nieobecności innych domowników, jest zmęczony wykonywaniem tych obowiązków, nie utrzymuje kontaktów z dawnymi znajomymi, cały czas przebywa z żoną starając się zaspokoić jej potrzeby i czuwa aby była bezpieczna w domu. Córki, po powrocie z pracy pozostają z matką aby odciążać ojca, wykonują prace porządkowe w domu, sporządzają posiłki, starają się zorganizować czas wolny matce. Córki ograniczyły kontakty prywatne, pozostają w domu, nie uczestniczą w życiu społecznym i kulturalnym.*

*Pracownik socjalny w ramach pracy socjalnej wspólnie z osobą niewidomą zaplanował:*

- konsultacje neurologiczną i psychiatryczną celem wykluczenia, że występująca apatia u pani X nie jest wynikiem uszkodzenia mózgu czy poważnym zaburzeniem psychicznym (np. depresja endogenna); zobowiązano rodzinę do ustalenia wizyty z lekarzem specjalistą;*
- kontakt z Polskim Związkiem Niewidomych i innymi organizacjami, które prowadzą działania na rzecz osób niewidomych (organizacja warsztatów samoobsługi i wykonywania codziennych czynności przez osoby niewidome w domu, treningi poruszania w terenie przy pomocy laski); pracownik socjalny skierował P. X na w/w treningi;*
- kontakt z Centrum Wolontariatu – skierowanie wolontariusza dla P. X (zadania: czytanie książek, rozmowa, spacer); usługa wolontariusza 2 x tygodniu);*
- usługi opiekuńcze 3 x w tygodniu (pomoc przy kąpieli, pomoc przy sprzątnięciu mieszkania);*
- praca z rodziną i najbliższym środowiskiem (sąsiedzi, znajomi rodziny, dalsza rodzina); ustalenie „dyżurów” przy pani X (wspólne rozmowy, spacer, czytanie książek i prasy, wspólne zakupy, wyjście do fryzjera itp.). Cel: podtrzymanie kontaktów ze znajomymi, odciążenie męża pani X w sprawowaniu codziennej opieki.*

*Pracownik socjalny nadzoruje realizację zaplanowanych działań systematycznie kontaktując się z osobą niewidomą i jej rodziną oraz monitoruje przebieg realizowanych działań. Dokonuje również ewaluacji bieżącej oraz końcowej korzystając z narzędzi przyjaznych osobom niewidomym.*



### 3 Specyfika pracy metodą grupową dla różnych podkategorii klientów niepełnosprawnych i ich rodzin

<b>Cel utworzenia grupy</b>	<b>Adresaci</b>	<b>Rodzaj i charakter grupy</b>
Zwiększenie możliwości funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością oraz jej rodzinie w społeczeństwie oraz likwidacja i ograniczenie barier psychicznych tkwiącej w osobie z niepełnosprawnością.	Podkategorie osób z niepełnosprawnością i ich rodziny.	W zależności od potrzeby mogą to być: grupy wsparcia, grupy edukacyjne, rówieśnicze i inne formy pracy grupowej.

W pracy z osobami z niepełnosprawnością trzeba zmierzyć się z następującymi problemami.

- Zrozumienie i akceptacja niepełnosprawności: popełnianych błędów, trudności przystosowawczych, okresów rezygnacji, nawiązywanie nowych znajomości, podtrzymywanie dotychczasowych kontaktów – problemy te mają istotne znaczenie dla osób ze świeżo nabytą niepełnosprawnością. Podstawowym zadaniem realizowanym w grupie jest rozładowanie negatywnych emocji i mobilizowanie do pracy nad sobą (wsparcie emocjonalno – motywacyjne).
- Udzielanie pomocy innym. Osoby niepełnosprawne nie mają zbyt wielu szans udowodnienia sobie i innym przydatności społecznej. Osoba niepełnosprawna jest raczej konsumentem pomocy – biorcą, a nie dawcą. Możliwość udzielania porad, dawanie wskazówek, mobilizowanie do pracy innych jest elementem motywującym do aktywnego uczestnictwa społecznego (wsparcie dowartościujące).
- gromadzenie informacji ważnych dla osoby niepełnosprawnej, podczas dzielenia się wiedzą i informacjami w grupie (wsparcie informacyjne).
- wspólne podejmowanie się rozwiązywania problemów, zarówno problemów dotyczących jednostki, jak i wspólnych dla wszystkich członków grupy (wspólny interes)<sup>11</sup>.

Na przykład w przypadku osób niewidomych ogromnym problemem jest trudność w poruszaniu się w nowej przestrzeni. Informacja otrzymana od osób niewidomych z dłuższym „stażem” pozwala zrozumieć, że nie tylko oni są nieporadni, słabi psychicznie, mają trudności z opanowaniem prostych umiejętności. To, za co winili siebie i swoje najbliższe otoczenie, okazało się normalnym doświadczeniem, typowym dla wszystkich osób niewidomych.

<sup>11</sup> S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice 1999, s. 178 –184.

Praca metodą grupową skierowana jest zarówno do osób z niepełnosprawnością np. grupa samopomocowa osób z niepełnosprawnością ruchową, grupa samopomocowa osób dotkniętych chorobą Parkinsona, ale również do rodzin i opiekunów tych osób, np. grupa wsparcia/grupa samopomocowa rodziców i opiekunów dzieci chorych na białaczkę, grupa samopomocowa opiekunów osób chorych psychicznie.

W wypadku niepełnosprawności intelektualnej praca grupowa ukierunkowana jest na rozwijanie grup wsparcia dla rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną.

### **Przykład: Grupa wsparcia dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną.**

Jedną z form wsparcia dla rodziców są regularne spotkania grupowe z psychologiem lub psychoterapeutą. Głównym celem spotkań jest dzielenie się doświadczeniami z bycia rodzicem dziecka z niepełnosprawnością. Rodzicielstwo jest poważnym wyzwaniem i w każdym kolejnym etapie życia dziecka innym. Szczególnie bycie rodzicem dziecka niepełnosprawnego jest pełne różnych trudności. Na spotkaniach grupy rodzice mogą porozmawiać z innymi, przekonać się czy problemy z ich dzieckiem są podobne do tych które mają inni rodzice, podzielić się i poprosić o wyrażenie zdania innych rodziców. Rolą psychologa jest porządkowanie spotkań, dbanie o to, aby każdy uczestnik grupy znalazł pomoc i wsparcie.

Grupa wsparcia pozwala zmniejszyć wątpliwości rodziców, ich niepokoje, pozwala łatwiej zaakceptować ich trudną sytuację rodzinną. W czasie spotkania istnieje przestrzeń na doświadczenie siebie i swojego sposobu funkcjonowania z drugą osobą, co umożliwia zmianę. Jest też miejscem, w którym można odpocząć, podzielić się swoimi problemami, uzyskać wsparcie. Często rodzice poświęcają większość swojej energii, uwagi dziecku niepełnosprawnemu zapominając o własnych potrzebach. Dlatego niejednokrotnie potrzebują wskazania nowego modelu działania, pozwalającego zadbać również o ich własne potrzeby, co przyczyni się do wzmocnienia poczucia własnej wartości, zmniejszenia uczucia przeciążenia. W konsekwencji korzystnie wpłynie to, na całościowy klimat emocjonalny osoby oraz mniejszy podatność na frustrację.

Spotkania mają charakter grupy zamkniętej w celu stworzenia większego poczucia bezpieczeństwa uczestników grupy. Uczestnictwo w grupie jest dobrowolne. Spotkania odbywają się o stałej porze, w ustalonym dniu przez sześć miesięcy.

### **Ramowy plan grupy wsparcia dla rodziców.**

Program obejmuje następujące grupy zagadnień:

1. Zajęcia wprowadzające
2. Blok integrujący grupę
3. Poszukiwanie osobistego/ rzeczywistego celu terapii
4. Faza pracy nad osobistymi celami uczestników grupy
5. Podsumowanie doświadczeń – spotkanie domykające

Każde spotkanie składa się z części:

1. **Integracyjnej** (wprowadzającej). Spotkanie rozpoczyna się rundą otwierającą „Z czym jesteś”, a także bywa poprzedzane krótką relaksacją z elementami wizualizacji stosowanej przy muzyce. Część ta ma na celu wprowadzenie w nastrój spotkania, osadzenie w rzeczywistości Tu i Teraz.
2. **Właściwej**. Jest to faza pracy członków grupy nad własnymi trudnościami przy wykorzystaniu metod pracy terapii Gestalt, tj. eksperyment (praca z rysunkiem, dramą, pustym krzesłem) oraz

dialog. Celem tej fazy jest w sposób bezpieczny wyrażenie przez członków grupy swoich potrzeby, emocji; być może opowiedzenie o sytuacjach trudnych z bliskiej lub bardziej odległej przeszłości, co daje możliwość uświadomienia, przeżycia i w konsekwencji uwolnienia się od bólu i uzyskania nowej możliwości funkcjonowania.

3. **Domykającej** – w której uczestnik grupy dzieli się z pozostałymi osobami co dziś dla niego się wydarzyło, z jakimi emocjami kończy. Pozawala to na ostateczne domknięcie przeżywanego emocji i zwrócenie uwagi na uświadomione sobie nowe możliwości funkcjonowania.

Po zakończeniu uczestnictwa w grupie zamkniętej rodzice mają możliwość uczestnictwa **w grupie wsparcia o charakterze otwartym**. Grupę tworzą przede wszystkim rodzice, wnoszą swój potencjał, energię, dzielą się swoimi doświadczeniami, a także mają możliwość do odreagowania stresów i napięć dnia codziennego. Bo jak twierdzi terapeuta Wojciech Eichelberger: „Tylko szczęśliwy rodzic potrafi wychować szczęśliwe dziecko”. Spotkania odbywają się raz na kwartał.

## 4 Praktyczne wskazówki dla pracowników socjalnych, które mogą być przydatne w pracy z osobami niepełnosprawnymi w ramach pracy socjalnej

- 1) Zamiast nadmiernie koncentrować się na problemie i jego rzeczywistych rozmiarach, lepiej kieruj swoje wysiłki w celu nazwania:
  - co osoba niepełnosprawna chce, żeby się zmieniło;
  - czego oczekuje od pracownika socjalnego oraz od instytucji, którą on reprezentuje;
  - i co musi się zmienić w życiu osoby niepełnosprawnej oraz w życiu innych, aby realizacja oczekiwań była możliwa.
- 2) Ustal z klientem cele, które będą dla niego:
  - realistyczne;
  - sformułowane w pozytywnych kategoriach;
  - nastawione na rozpoczynanie czegoś, a nie kończenie;
  - raczej małe niż wielkie;
  - określone w kategoriach zachowań.
- 3) W celu pozytywnego wzmacniania dowiedz się:
  - jak będzie wyglądać życie osoby niepełnosprawnej w sytuacji, w której dany problem zostanie rozwiązany;
  - szukaj w powyższym opisie jak największej ilości szczegółów, w postaci konkretnych zachowań, konkretnych myśli, uczuć;
  - określ, jak taka sytuacja wpłynie na inne osoby żyjące z osobą niepełnosprawną.
- 4) Wspólnie z osobą niepełnosprawną przeanalizuj sytuacje z jej życia, kiedy w danej sprawie było lepiej niż obecnie lub dany problem nie występował:
  - co takiego robiła, myślała, czuła w tamtych sytuacjach;
  - jak udawało jej się robić to, co robili inni.
- 5) Szukaj sytuacji, w których osoba niepełnosprawna np. opanowała własną złość, wyraziła ją w sposób konstruktywny, doszła do porozumienia z rodziną w drodze negocjacji, zamiast wymuszania decyzji itp.
- 6) Określ, co w obecnej sytuacji osoby niepełnosprawnej już istnieje z tego, co chce ona osiągnąć, jaka część tego celu już jest zrealizowana. Podopieczni rzadko są na początku drogi w momencie spotkania z pracownikiem socjalnym – dobrze jest to zauważyć i docenić.
- 7) Na podstawie uzyskanej wiedzy i obserwacji pomóż osobie niepełnosprawnej określić kolejny krok w kierunku pożądanego przez nią celu. To planowane działanie musi być dopasowane do możliwości podopiecznego, aby był je w stanie wykonać.
- 8) Zawsze szanuj tempo klienta we wprowadzaniu zmian: jedni robią to szybciej, inni wolniej. O tempie zawsze decyduje klient – pracownik socjalny musi je zaakceptować.

- 9) Od samego początku spotkań poszukuj oparcia w zasobach klienta dla zmian w jego życiu. Oczywiście rzeczą dla pracownika socjalnego jest to, że każdy konstruktywny krok osoby niepełnosprawnej to skutek wykorzystania istniejących zasobów.
- Zasobów klienta poszukuj:
- w jego rodzinie i najbliższym otoczeniu,
  - w jego umiejętnościach,
  - w jego systemie wartości,
  - w jego konkretnym działaniu,
  - w jego właściwościach osobowych.
- 10) Działania, które mają na celu pokazanie osobie niepełnosprawnej w sposób jak najbardziej realistyczny jej zasobów, stanowią przeciwwagę dla całej negatywnej wiedzy, jaką żywi na temat własnej osoby. Te działania wskazują też podstawy dla skutecznego wprowadzania pożądanych zmian w jej życiu.
- 11) W czasie spotkań z osobą niepełnosprawną sprawdzaj co jakiś czas, czy to co wspólnie robicie w czasie spotkania i wspólnych działań jest dla niego użyteczne.
- 12) Jeśli wyczuwasz, że klient zaczyna się opierać, zmień swoją strategię. Poszukuj innych dróg kontynuowania pracy.
- 13) Pamiętaj, że to Ty jesteś dla osoby niepełnosprawnej i jej rodziny, a nie ona dla Ciebie i Twojej instytucji.