

Zofia Giereluk - Lubowicz

TURYSTYKA W ŻYCIU OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDÓW RUCHU
/w świetle dotychczasowych badań/

Temat II-1.8.

Opracowała Z. Lubowicz
Zakład Problemów
Społecznych Turystyki

Warszawa - wrzesień, 1990

Spis treści

Wstęp

1. Podstawowe pojęcia, klasyfikacja i etiologia dysfunkcji narządów ruchu.
2. Stan badań nad rolą turystyki i wypoczynku w rehabilitacji społecznej osób z dysfunkcją narządów ruchu.

Zakończenie

Bibliografia

Wstęp

Przedstawione opracowanie jest częścią I i wstępem do analizy wyników badań nad turystyką i wypoczynkiem osób z dysfunkcją narządów ruchu. Badania takie zrealizowano w Instytucie Turystyki na zlecenie Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej, na przełomie 1989/90 roku.

Opracowaniu przyświecają dwa podstawowe cele:

- przedstawienie pojęć, typologii oraz teorii społecznych i psychologicznych dotyczących osób niepełnosprawnych, w tym osób z dysfunkcją narządów ruchu,
- ukazanie stanu dotychczasowych badań nad rolą turystyki i wypoczynku w rehabilitacji społecznej osób z dysfunkcją narządów ruchu.

Osoby niepełnosprawne, to ludzie o różnych dysfunkcjach ustrojowych np. niewidome, niesłyszące, upośledzone umysłowo itp. Zakres potrzeb oraz możliwości pomocy w ramach poszczególnych grup dysfunkcyjnych różnią się w sposób zasadniczy, co dotyczy również uczestnictwa w turystyce i wypoczynku. Ponadto grupa osób z dysfunkcją narządu ruchu nie jest jednolita ze względu na etiologię zaburzeń i stopień zaawansowania schorzenia, co wymaga odpowiedniego przystosowania ofert usług turystyczno-wypoczynkowych. Ludzie z dysfunkcją narządu ruchu będący immanentną częścią ogółu społeczeństwa stanowią jednocześnie odrębną populację tworząc w pewnym sensie zamknięte środowisko, o którym z punktu widzenia społecznego bardzo mało wiemy.

Własne doświadczenia polskie, wcale niemałe z zakresu rehabilitacji inwalidów i wynikające z dokumentu Rehabilitation International /"Karta na lata 80"/ uznanego przez ONZ za podstawowy

dokument określający kierunki działania na rzecz osób niepełnosprawnych w latach 80-tych, problematykę inwalidztwa i rehabilitacji osób niepełnosprawnych rozpratrują w aspekcie:

społecznym,

ekonomicznym i

humanitarnym.

Autorzy prac związanych z problematyką osób z kalectwem narządu ruchu podkreślają między innymi rangę turystyki w procesie włączania inwalidów w nurt życia społecznego, przywracania im aktywności, przeciwdziałania izolacji społecznej, turystyka stwarza bowiem szansę nie tylko rehabilitacji fizycznej lecz także psychicznej. Umożliwia poznanie, kontakt z pięknem przyrody, uczy współdziałania w zespole, radzenia sobie w różnych sytuacjach, kształtuje odporność na przeciwności losu i odpowiedzialność za podejmowane decyzje.

Udział w imprezie turystycznej staje się często dla osoby niepełnosprawnej momentem przełomowym w jej życiu, przywraca wiarę we własne siły, wzmacnia poczucie własnej godności i samodzielności.

Mimo ważności wszelkich aktywności inwalidów narządu ruchu, w tym także aktywności turystycznej, w Polsce występują liczne bariery uniemożliwiające realizację rekreacji i turystyki w szerszej skali, a nieliczne kluby zmotoryzowanych, obozy rehabilitacyjne to tylko cząstka zaspokojenia potrzeb.

W sferze badań nad aktywnością turystyczną osób z dysfunkcją narządu ruchu mamy na ogół do czynienia z badaniami na wąskich populacjach. Stan taki, spowodowany jest przeszkodami natury formalnej - np. brak jest rejestru tej grupy ludzi. Nie uwzględniono jej nawet w jedynych badaniach GUS zrealizowanych w 1974 roku.

Niedostatki stanu badań interesującej nas grupy osób odzwierciedlają również materiały II Kongresu Towarzystwa Walki z Kalectwem z końca 1983 roku zawarte w publikacji "Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie" /W-wa 1986 PZWL/. W 444 stronicowym tomie gros miejsca poświęcono rehabilitacji osób niepełnosprawnych /z powodu różnych przyczyn chorobowych/, a opracowania dotyczące sensu stricte turystyki i wypoczynku osób z dysfunkcją narządu ruchu pomieszczone są na stronach kilkunastu.

W naszym przypadku każde badania, nawet przyczynkarskie, stanowią cenny materiał i tło dla naszych badań, wyniki których przedstawimy w odrębnym raporcie.

Podstawowe pojęcia, klasyfikacja i etiologia dysfunkcji narządów ruchu

Osoby niepełnosprawne określane są przez różnych autorów jako inwalidzi, kalecy, ułomni, z dysfunkcjami ustrojowymi itp. Rodzi to szereg nieporozumień, bowiem zdaniem autorów ekspertyzy - "Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL" opracowanej w PAN przez Komitet Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka /1984, Ossolineum/ "dotychczasowe rozumienie stanu zdrowia określanego jako inwalidztwo stało się zbyt wąskie i utrudnia rozwój rehabilitacji rozumianej jako złożony proces społeczny" /s.15/. Rozumienie inwalidztwa jako stanu fizycznego braku sprawności ograniczyło pojęcie sprawności działania wyłącznie do możliwości wykonywania przez inwalidę pracy zawodowej pomijając równocześnie liczną grupę ludzi wymagających pomocy usprawniającej. Pojęcie to ugruntowało również przekonanie, że zatrudnienie jest najważniejszym kryterium inwalidztwa i jego rozległości.

Zakres pojęcia inwalida jest węższy od pojęcia osoby niepełnosprawnej. We wspomnianej ekspertyzie, za stan inwalidztwa uważa się stałą formę naruszenia sprawności psychofizycznej organizmu, która może być skutkiem uszkodzenia powstałego w wypadku /np. złamanie nogi/, bądź skutkiem ograniczenia funkcji /np. motorycznych/.

Inwalidą jest osoba, u której uszkodzona została w sposób trwały lub okresowy /odwracalny/ sprawność fizyczna /lub psychiczna/ w stopniu uniemożliwiającym lub znacznie utrudniającym pełnienie właściwych dla niej ról społecznych /s.17/.

W Polsce przyjęła się definicja inwalidztwa zaproponowana przez A. Hulka /Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, PZWL 1969/ "Za inwalidę /osobę poszkodowaną trwale na zdrowiu - pisze autor - uważać będziemy taką jednostkę, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji, w stopniu wyraźnie utrudniającym /w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym/ pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zawodową, udział w życiu społecznym oraz zajęciach w czasie wolnym od pracy". Wg wspomnianego autora, chodzi tu o takie naruszenie funkcji, które może mieć wpływ na sprawność fizyczną, umysłową, psychiczną i zawodową.

Równolegle do pojęć "inwalidztwo", "inwalida", w znaczeniu osoby ponoszącej skutki swego inwalidztwa coraz częściej posługujemy się terminem osoby "niepełnosprawne".

Do grupy osób niepełnosprawnych według ekspertyzy PAN zalicza się "osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej, w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych /s.35/. Termin "ludzie niepełnosprawni" ma zatem szero-

kie znaczenie i obejmuje inwalidów, kaleki, ułomnych, przewlekłe chorych we wszystkich przedziałach wieku /s.11/.

Terminem tym, jak pisze A. Wyszynska /Psychologia defektylogiczna, PWN 1987 s. 8/ posługujemy się z myślą o realizacji ogólnego hasła integracji zdrowego społeczeństwa z ludźmi poszkodowanymi oraz stwarzania im warunków rehabilitacji i w miarę pełnego życia.

Tak więc osoby, które mają jakieś ograniczenia pod względem /motorycznym, sensorycznym /, somatycznym lub psychicznym określamy terminami - inwalida, osoba niepełnosprawna, poszkodowana, defektywna, kaleka i terminami tymi możemy posługiwać się zamienne, lub traktować je jako równoważne.

Osoby te mogą być w różnym wieku, wykazywać różne dysfunkcje ustrojowe, np.:

- nie mogące się samodzielnie poruszać,
- niewidome,
- głuche,
- po zawałach serca,
- nerwicowe,
- po przebytych chorobach psychicznych /por. J. Wolski, Turystyka i wypoczynek osób niepełnosprawnych. Problemy i propozycje rozwiązań, GKT, IT W-wa 1971 r. s.5/. Warto tu dodać, że u jednego inwalidy mogą występować dwie lub trzy przyczyny inwalidztwa.

Omawiając problemy ludzi niepełnosprawnych i kształtując właściwe postawy społeczeństwa wobec inwalidów, w literaturze przedmiotu wskazuje się najczęściej na kilka aspektów tego zagadnienia, a mianowicie: psychologiczny, społeczny, pedagogiczny, kliniczny, prawny.

Aspekt psychologiczny ma charakter subiektywny i dotyczy indywidualnego odczucia stopnia uszkodzenia, różnej u poszczególnych jednostek świadomości inwalidztwa np. inne u osób upośledzonych, inne u kalekich.

Z psychologicznego punktu widzenia w rehabilitacji osób niepełnosprawnych występuje wiele barier psychospołecznych, które tkwią zarówno w jednostce niepełnosprawnej jak też w jej otoczeniu i w całym społeczeństwie.

Wśród czynników negatywnych tkwiących w jednostkach niepełnosprawnych wymienić można:

- nieprawidłowy obraz siebie, swoich możliwości i ograniczeń,
- nieprawidłowy obraz świata - innych ludzi, ich postaw i zachowań,
- niewłaściwe postawy wobec siebie, niepełnosprawności, pracy, innych ludzi - w ogóle życia i świata,
- niezgodność potrzeb, oczekiwań i aspiracji z możliwościami ich zaspokojenia,
- brak realnych i pozytywnych celów życiowych,
- nieprzystosowanie do pracy i życia z niepełnosprawnością, a zwłaszcza brak równowagi między możliwościami jednostki, a wymaganiami stawianymi przez pracę i życie oraz między potrzebami jednostki a możliwościami ich zaspokojenia przez środowisko i różne formy aktywności, zwłaszcza przez pracę.

Wśród barier psychospołecznych stawianych przez społeczeństwo i środowisko społeczne, w których jednostka niepełnosprawna żyje wymienić można:

- utrudnienia i zaspokajanie potrzeb życiowych ze względu na standardy i typowość środowiska społecznego,
- brak akceptacji i nietolerancja wobec ludzi nietypowych,

- narzucanie osobom niepełnosprawnym określonych sposobów zachowania się i ograniczanie prawa wyboru,
- brak wiedzy, informacji o możliwościach osób niepełnosprawnych,
- bariery techniczne - architektoniczne, urbanistyczne, komunikacyjne itp.

/H. Łaskowa, Bariery psychospołeczne w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, w: Człowiek niepełnosprawny...; H. Łaskowa, Człowiek niepełnosprawny, problemy psychologiczne, PWN 1987.

Ze społecznego punktu widzenia można wyodrębnić kilka podziałów ze względu na:

- a/ stopień odrębności inwalidy rozumiany jako specyficzna forma funkcjonowania społecznego;
 - b/ dostrzegalność - widoczność kalectwa;
 - c/ możliwość komunikowania się z otoczeniem społecznym lub jej brak,
 - d/ stopień samodzielności wykazywany w życiu codziennym
- /A. Wszyńska/.

W literaturze przedmiotu stosuje się na ogół dwa kryteria związane ze specyficznymi formami funkcjonowania społecznego.

Ze względu na czas trwania niepełnosprawności wyróżnia się naruszenie sprawności krótkotrwałe, długotrwałe i trwałe. W pierwszym przypadku jest to czasowa niezdolność do pracy podczas której, chory nie korzysta ze świadczeń socjalnych /np. okresowej renty inwalidzkiej, świadczeń opieki społecznej itp./.

Trwałe naruszenie sprawności, to stan trwający do końca życia.

Ze względu na stopnie naruszonej sprawności wyróżnia się ich cztery:

- Pierwszy stopień naruszonej sprawności funkcjonalnej dotyczy

osób, które stanowią swoistą grupę dyspanseryjną zagrożoną inwalidztwem. Są to osoby, które po wyeliminowaniu ze środowiska czynników patogennych mogą uczyć się i pracować.

- Drugi stopień, to nieznaczne naruszenie sprawności. Odpowiada on zwykle wymogom stawianym inwalidom III grupy. Ludzie ci mogą wykonywać pracę i inne czynności w określonych warunkach, a więc wymagają stworzenia pewnych udogodnień w miejscu pracy, domu, na ulicy itp.
- Trzeci stopień, to znaczne naruszenie sprawności. Odpowiada on wymogom przyznania II grupy inwalidztwa. Osoby z naruszoną sprawnością funkcjonalną w stopniu znacznym wymagają specjalnych warunków pracy /np. w zmniejszonym wymiarze czasu pracy w zakładach pracy chronionej/, a w życiu pozazawodowym mogą obsługiwać się sami lub przy użyciu urządzeń ułatwiających czynności dnia codziennego. Często, w zależności od stopnia i rodzaju naruszenia sprawności korzystają ze sprzętu rehabilitacyjnego i odpowiednich środków lokomocji.
- Czwarty stopień, to bardzo znaczne naruszenie sprawności, wiążące się na ogół z przyznaniem I grupy inwalidzkiej. Chorzy ci wymagają opieki osób drugih lub instytucji, bowiem stan ich zdrowia nie pozwala na wykonywanie większości czynności związanych z samoobsługą.

W świetle powyższego istotne są sposoby rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Rehabilitacja jest w tym przypadku procesem medyczno-społecznym, którego celem jest przywrócenie człowiekowi niepełnosprawnemu optymalnej sprawności biologicznej i społecznej, utraconej na skutek choroby lub będącej następstwem wad wrodzonych, czy też zaburzeń rozwojowych. Chodzi tu o rozwijanie zdolności do wykonywania podstawowych, codziennych zajęć, przygotowanie

do pracy zawodowej oraz stwarzanie korzystnych warunków do kontaktów z otoczeniem fizycznym i ze środowiskiem społecznym.

/K. Szawłowski - Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji w: Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, op.cit.; A. Hulek, Podstawy rehabilitacji, w: Pedagogika rewalidacyjna, PWN 1977 pod red. A. Hulka/.

Istotną rolę w tym procesie odgrywa odpowiednia organizacja czasu wolnego i możliwość uprawiania turystyki. Warto tu przytoczyć za K. Szawłowskim schemat ilustrujący proces medyczno-społeczny, którego celem jest wytworzenie u osób niepełnosprawnych optymalnych mechanizmów kompensacyjnych aktywności biologicznej i społecznej.

Aspekt medyczny

1. Ocena wydolności psychofizycznej
 2. Usprawnianie lecznicze
- A/ Działanie podstawowe:
- fizjoterapia,
 - psychoterapia,
 - protetyka i zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny
- B/ Działania uzupełniające:
- korekcyjne leczenie chirurgiczne,
 - balneoklimaterapia, żywienie i inne

Terapia zajęciowa

Aspekt społeczny

1. Ocena przydatności społecznej
 2. Resocjalizacja
- A. Zawód i warunki pracy; zakład normalny, przystosowanie stanowiska pracy, "Zakłady pracy chronionej" lub praca nakładcza.
- B. Mieszkanie i rodzina: pełna samodzielność, samoobsługa i czynności dnia codziennego, oprzyrządowane mieszkanie, pomoc osób drugih lub instytucji i organizacji społecznych.
- B. Sposób spędzania wolnego czasu: możliwość dostępu do instytucji kulturalnych, miejsc rekreacji, urzędów itp. Usunięcie przeszkód architektonicznych, urbanistycznych i społecznych.

Kryterium pedagogiczne jest kolejnym, według którego można klasyfikować typy uszkodzeń występujących u osób niepełnosprawnych.

Wg. A. Wyszyńskiej /s.12/ kryterium to obejmuje:

- "a/ drogi - kanały informacyjne, które zostały uszkodzone /lub, przeciwnie - zachowane/;
- b/ stopień wyuczalności właściwy osobie poszkodowanej;
- c/ możliwość kontaktów społecznych /stopień samodzielności w poruszaniu się, poczucie zagrożenia własnego bezpieczeństwa i stopień ewentualnej agresji przejawianej wobec otoczenia społecznego, zarówno rówieśników, jak i osób starszych lub młodszych niż osoba niepełnosprawna/. /s.12/. Wymienione kryterium wiąże się z systemem oświaty oraz typami placówek szkoleniowych i wychowawczych.

Wskazać również należy na kryterium kliniczne, które obejmuje:

- a/ etiologię inwalidztwa,
- b/ lokalizację uszkodzenia,
- c/ zakres,
- d/ stopień inwalidztwa.

Jak już wspomniano, termin niepełnosprawność ma szerszy zakres znaczeniowy niż pojęcie inwalidztwa. Ponadto mieści różne grupy poszkodowanych na zdrowiu i z różną etiologią zaburzeń. Nas interesuje grupa ^{ludzi} ~~badan~~ z dysfunkcją narządów ruchu i warto w tym miejscu wskazać klasyfikację upośledzeń narządów ruchu, którą zastosowaliśmy w naszych badaniach.

Przyjmujemy za Irminą Kaiser-Grodecką /Dysfunkcje narządów ruchu w: Psychologia defektologiczna, PWN 1987/, iż najczęściej spotykaną klasyfikacją upośledzeń aparatu ruchowego jest podział na 4 grupy:

"I. Dysfunkcje pochodzenia mózgowego - na przykład dziecięce porażenie mózgowe, spastyczne i wiotkie porażenia i niedowłady kończyn po wylewach do mózgu, zespoły ruchów mimowolnych i zaburzenia koordynacji ruchowej.

II. Dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego - które są następstwem np. choroby Heinego-Mediny, rozszczepem kręgosłupa, urazu kręgosłupa i rdzenia lub postępującego zaniku mięśni, czy dysforii mięśniowej.

III. Dysfunkcje układu kostno-stawowego - np.. zwichnięcie stawu biodrowego, stopa końsko-szpotawa, schorzenia reumatyczne /zwłaszcza gościec przewlekły postępujący i zesztyniające zapalenie stawów kręgosłupa/.

IV. Braki kończyn - wrodzone lub stany po amputacji" s.144.

Warto wspomnieć, iż osoby z zaburzoną sprawnością ruchową w zakresie lokomocji i manipulacji cechuje znaczne zróżnicowanie, jeśli chodzi o stopień kalectwa. Są wśród nich osoby, które mogą poruszać się samodzielnie i bez pomocy ortopedycznych, a ich kalectwo jest prawie niezauważalne, są też jednostki niesprawne i niesamodzielne w zakresie czynności dnia codziennego oraz samoobsługi, wymagające pomocy osób trzecich.

Warto też wspomnieć, iż u tej samej osoby z dysfunkcją narządu ruchu mogą współwystępować inne schorzenia i defekty. Między tymi skrajnymi grupami, jak pisze Kaiser-Grodecka, występuje cała gama stanów pośrednich, w których stopień utraty sprawności ruchowej jest mniejszy lub większy.

Mówiąc więc o turystyce i rekreacji osób z dysfunkcją narządów ruchu należy mieć świadomość, iż nie każdy z powyższymi rodzajami zaburzeń może uprawiać turystykę. "...życie tej grupy inwalidów przebiega w sytuacji ciągłego przeciążenia nerwowo-psychicznego oraz mniejszego lub większego dodatkowego zużytkowania sił witalnych. Przeciążenie systemu nerwowego wynika stąd, że oprócz normalnych zadań, jakie pełni on u człowieka zdrowego, w przypadku

inwalidy podejmuje i kieruje akcją obronną organizmu /np. wytrzymywaniem bólu/. Sytuacja taka prowadzi na ogół do większej podatności całego ustroju na zmęczenie, a co za tym idzie - do osłabienia ogólnej i wybiórczych sprawności /.../. Inwalida jest ponadto pod wpływem wielu czynników działających *neurotyzująco* jak na przykład: niedobór zjawisk poznawczych, doznań ruchowych i uczuciowych, i związane z tym zjawisko nudy czy też poczucie wyobcowania w związku z ujawnieniem się niewłaściwych postaw otoczenia. Długotrwałe sytuacje stresowe, wynikające z inwalidztwa, mogą mieć wpływ głęboko dezadaptacyjny, ujawniający się w zakłóceniu u danej osoby dotychczasowej hierarchii wartości czy nawet poczucia sensu życia" /s. 156/.

W Polsce nie dysponujemy pełnymi danymi dotyczącymi inwalidów narządu ruchu, a dane szacunkowe o ludziach niepełnosprawnych /ekspertyza PAN/ wskazują, że grupa ta stanowi 14% ogółu ludności /ok. 5 mln, w tym pół miliona, to ludzie młodzie, do 35 roku życia/. Młodzież z uszkodzeniami i schorzeniami narządu ruchu stanowi ok. 200 tys. Statystyka ta jest tylko szacunkiem, nie stanowi grupy zamkniętej, natomiast rokrocznie przybywa ludzi ze statusem inwalidy. Według ekspertyzy PAN /s. 35/ choroby narządu ruchu i amputacje dotyczyły w 1975 roku 11,5% ludzi i zajmowały drugie miejsce po chorobach układu krążenia, wykazując na przestrzeni lat tendencje wzrostowe.

Równolegle wskazuje się, że jedyne wówczas badania epidemiologiczne przeprowadzone na terenie byłego województwa warszawskiego wykazały, że na 100 mieszkańców miast blisko 4 jest upośledzonych ruchowo, na 100 mieszkańców wsi - ponad 5. Główne przyczyny dysfunkcji narządu ruchu to:

- wypadki i urazy - około 70%. W ich wyniku ok. 40% ludzi pozostaje kalekami,

- choroby reumatoidalne - ponad 20%. W wyniku tych chorób aż 70% ludzi dotkniętych jest kalectwem /s.255/

Z nowszych badań Instytutu Reumatologii wynika, iż dysfunkcje narządów ruchu spowodowane bywają najczęściej chorobami /45,7%/, urazami /45,1%/, wynikają z wad wrodzonych /6,4%/ lub z innych przyczyn /2,8%/. Częstość np. występowania mózgowego porażenia dziecięcego szacowana jest na 1,5 - 3 na 1000 urodzeń. /I.Kaiser-Grodecka; op.cit./.

"Analiza sytuacji zdrowotnej w dziedzinie reumatologii za rok 1987" autorstwa K. Tempskiej-Cyrankiewicz i B. Moskalewicz, zawarta w "Sytuacja zdrowotna ludności Polski w roku 1987" PZH, W-wa 1988, wykazuje, iż: około miliona osób między trzydziestym i sześćdziesiątym rokiem życia, cierpi na chorobę zwyrodnieniową stawów /s.97/. Liczba ta sięga 5 milionów, gdy uwzględnimy osoby powyżej 60 r. życia. Wśród nieurazowych chorób układu ruchu, reumatoidalne zapalenie stawów obejmuje ok. 1% ludności kraju i corocznie przybywa w Polsce około 75 tysięcy nowych chorych, którzy przeżywają stopniowe ograniczenie aktywności z powodu charakterystycznego bólu przy ruchu stawów i uczucia sztywności w stawach. Wg tej ekspertyzy, co dziesiąta osoba chorująca na reumatoidalne zapalenie stawów, dłużej niż 16 lat jest unieruchomiona w łóżku, a blisko 70% leczonych, to inwalidzi. Poważnie niepełnosprawni pochodzą głównie ze środowisk wiejskich naszego kraju.

Liczbę chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa szacuje się na 25.187 spośród mężczyzn i 6390 kobiet w kraju. Choroba ta manifestuje się pierwszymi objawami w wieku 34 lat i powoduje odejście z pracy zarobkowej, zawodowej, w gospodarstwie domowym aż 2/3 osób. Badania wykazują również rosnący udział

chorych z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. Choroba ta dotyczy częściej ludzi starszych /średni wiek wynosi 62 lata/.

Skutki chorób reumatologicznych, to ograniczona zdolność funkcjonowania rozumianego fizycznie i społecznie. "Wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów 67,0% utrzymuje się z renty inwalidzkiej, pacjenci chorujący na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa w 63,0% mają orzeczoną grupę inwalidztwa, a koksartroza w 50%. Jak widać reumatoidalne zapalenie stawów wiąże się najczęściej z orzekaniem^o inwalidztwie" /s.101/. Choroby te angażują otoczenie do niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym.

"Na dalsze kształtowanie się inwalidztwa w Polsce w poszczególnych jednostkach chorobowych rzutować może szereg takich czynników jak dalszy rozwój urbanizacji, mechanizacji, a zwłaszcza motoryzacji. Są to zjawiska charakterystyczne dla krajów cywilizowanych. Marian Weiss charakteryzuje ten problem w słowach "Kraje cywilizowane stoją przed nową "epidemią", jaką są urazy drogowe, a także stany degeneracyjne, przede wszystkim w obrębie kręgosłupa, związane z przechodzeniem człowieka z pozycji stojącej do siedzącej" /za J.Wolskim - Turystyka i wypoczynek, op.cit./.

Istotny wpływ na stan niepełnosprawności może mieć również proces starzenia się ludności.

2. Stan badań nad rolą turystyki i wypoczynku w rehabilitacji społecznej osób z dysfunkcją narządów ruchu

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że w Polsce nie ma zbyt wielu badań dotyczących czasu wolnego i turystyki interesującej nas grupy inwalidów. Inwalidzi z dysfunkcją narządów ruchu rozpatrywani są na ogół w kontekście innych osób niepełnosprawnych.

Drugie spostrzeżenie, które można sformułować dotyczy podkreślenia w literaturze znaczenia zajęć w czasie wolnym tak w aspekcie przystosowania psychospołecznego jak i rehabilitacji.

Trzecie wreszcie, dotyczy koncentracji poszczególnych autorów na opisie instytucji i organizacji, które niejako statutowo powołane są do organizowania wszelkich aktywności dla ludzi kalekich w ich czasie wolnym.

Brak badań nad turystyką i wypoczynkiem osób z dysfunkcją narządów ruchu jak mniemać można spowodowany jest kilkoma przyczynami.

Po pierwsze, brak jest pełnej statystyki osób z tymi schorzeniami,

Po drugie, utrudnione jest dotarcie do tych osób,

Po trzecie, medycyna koncentruje się na procesie leczenia; usprawniania i w miarę pełnej rehabilitacji inwalidów.

Powszechnie, natomiast podkreśla się, iż turystyka osób niepełnosprawnych stanowi istotny element rehabilitacji, której celem jest przywrócenie możliwie maksymalnej sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej. Turystyka bowiem ułatwia przystosowanie jednostki w normalnym społeczeństwie dzięki jej korzystnemu oddziaływaniu na stan psychiczny osoby niepełnosprawnej.

Można uznać, iż nadal aktualne jest spostrzeżenie zawarte w ekspertyzie PAN mówiące o braku typologii, która zarysowałaby różne możliwości przywracania wiary we własne siły ludziom niepełnosprawnym poprzez odpowiednią organizację czasu wolnego.

Zwraca się uwagę, iż badania i eksperymenty nad sposobami spędzania czasu wolnego przez inwalidów pozwoliłyby najłatwiej zebrać taki materiał i rozszerzyć proces ich readaptacji /s.441/.

"Organizowanie zajęć dla inwalidów w czasie wolnym od pracy wymaga dobrych pomysłów, wiele inicjatywy i przełamania utrudnień biurokratycznych, które uniemożliwiają wykorzystanie istniejącego sprzętu, urządzeń i pomieszczeń" s. 440. Dodać jeszcze należy, iż obecnie dołączyły się w związku z kryzysem ekonomicznym, również problemy finansowe. By móc zorganizować np. obóz rehabilitacyjno-rekreacyjny trzeba intensywnie zabiegać o fundusze, co w ogólnie trudnej sytuacji kraju i poszczególnych jednostek nie jest bynajmniej zadaniem łatwym. Organizowanie aktywnej rehabilitacji wymaga również zapalanej do takiej działalności kadry; ułatwienia przejazdów komunikacyjnych i odpowiednio przystosowanych ośrodków wypoczynkowo-rehabilitacyjnych.

Urządzenia sportowe i ośrodki turystyczno-wypoczynkowe nie są na ogół dostępne dla inwalidów narządu ruchu, a wyjazdy w celach turystyczno-wypoczynkowych i kulturalnych organizowane są grupowo i w ograniczonym zakresie /dla nielicznej grupy osób/.

Znaczącą rolę w organizowaniu obozów rehabilitacyjnych dla dzieci ze znacznym kalectwem narządu ruchu odgrywają Wojewódzkie Oddziały Towarzystwa Walki z Kalectwem. Od 1977 roku obozy takie organizowane są dla dzieci w wieku 7-15 lat i młodzieży /16-20 latniej/ przez Oddział w Koninie. Zdobyły one swoją renomę, dzięki szerokiej ofercie programowej, polegającej na uwzględnieniu zarówno leczenia i rehabilitacji. Usprawnianie to gry i zabawy z pełnosprawnymi rówieśnikami; społeczna aktywizacja dzieci z najcięższymi dysfunkcjami; turystyka i aktywny wypoczynek. W obozach tych biorą udział pełnosprawni rówieśnicy oraz dzieci zamieszkujące sąsiednie wsie położone przy Mielnicy. Około 20-30% uczestników, to młodzież na wózkach inwalidzkich. Obozy takie stwarzają zarówno okazję do obserwacji dziecka w naturalnym środowisku, pod-

czas zabaw, pozwalają również testować sprzęt rehabilitacyjny.
/R. Janaszek, Rehabilitacja dzieci i młodzieży ze znaczną dysfunkcją narządu ruchu. W: Człowiek niepełnosprawny.../.

Warto w tym miejscu wspomnieć iż sami inwalidzi organizują Grupy Aktywnej Rehabilitacji. Grupa taka funkcjonuje w Warszawie od 1989 r. i skupia niepełnosprawnych z całej Polski.

Brak odpowiedniej bazy, a często dobrej woli decydentów powoduje iż sami niepełnosprawni próbują dokonać inwentaryzacji obiektów wczasowo-sportowych, które po niewielkiej adaptacji służyć mogą inwalidom. Taką inicjatywę podjął Rzecznik Prasowy ww. Grupy p. Dariusz Mokosa.

Znaczącą rolę w organizowaniu turystyki i aktywnego wypoczynku pełnią także organizacje i instytucje jak Zrzeszenie Sportowe Spółdzielczości Pracy "Start" w regionie poznańskim, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, Polski Związek Motorowy, Spółdzielczość Inwalidzka i inne.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, udostępnia obecnie niepełnosprawnym ok. 3 tys. miejsc w ośrodkach sanatoryjno-leczniczych.

W warunkach opieki instytucjonalnie zorganizowanej najłatwiej też jest prowadzić badania naukowe. Badania takie przeprowadzono w Dziecięcym Szpitalu Uzdrowiskowym w Ciechocinku, obejmując 100 dzieci. Pytania badawcze dotyczyły: możliwości zorganizowania czasu wolnego dla dzieci z dysfunkcją narządu ruchu w warunkach sanatoryjnych w taki sposób, by wpływał on na usprawnianie bez zatacania walorów czasu wolnego; oraz form wypoczynku, które byłyby przedłużeniem usprawniania fizycznego, psychicznego i społecznego. Okazało się, że formy proponowane przez dzieci nie były zbyt atrakcyjne /gry i zabawy sportowe, oglądanie filmów,

wykonywanie prac plastycznych, czytanie książek i czasopism, spacerów sportowe/. Największą jednak popularnością cieszyły się gry i zabawy sportowe jako swoista forma rywalizacji międzygrupowej /T. Sołtysiak, E. Bielecki, Czas wolny dziecka z dysfunkcją narządu ruchu i jego organizacja w warunkach sanatoryjnych.

W: Człowiek niepełnosprawny.../.

Celowe wydaje się również wskazanie pracy R. Pichalskiego /Praca zawodowa a czas wolny ludzi niepełnosprawnych, Wyd. Spółdzielcze, W-wa 1988/.

Autor na podstawie badań 242 respondentów z uszkodzonym narządem ruchu, wzroku, słuchu oraz schorzeniami wewnętrznymi, przeprowadzonych na terenie regionalnych związków dziesięciu spółdzielni inwalidów w 1984 roku ukazuje związki między pracą zawodową a czasem wolnym ludzi niepełnosprawnych. Główny akcent położony jest tu na pozytywne wartości pracy i uczestnictwa kulturalnego w procesie oddziaływań społecznych i rehabilitacyjnych.

Przyjęta przez autora teoria dotycząca usprawnień rehabilitacyjnych wyników pracy i życia niepełnosprawnych, główny akcent kładzie na dominujący typ interakcji między ludźmi. Autor przyjmuje że zarówno w procesie rehabilitacji, pracy i życia podstawową rolę odgrywają cztery typy interakcji: wymiana, która prowadzi do wytworzenia trwałych więzi społecznych; współpraca, wynikająca najczęściej z realizacji celów rehabilitacyjnych i ekonomicznych /współdziałanie pełnosprawnych i niepełnosprawnych/, dostosowanie, którego płaszczyzną odniesienia są normy i wartości jednostkowe i grupowe oraz przymus związany z istnieniem organizacji grupy i władzy w zbiorowości społecznej. Przymus i różne jego formy służą integracji jednostki niepełnosprawnej z grupą społeczną. Z psychologicznego punktu widzenia, ze względu na presję posłuszeństwa,

przymus interpretowany jest negatywnie - bowiem niszczy w jednostce indywidualność i niepowtarzalność. Teoria ta zdaje się być bardziej przydatna dla wykonywania pracy niż zajęć wolnocywilnych.

W omawianej pracy mamy do czynienia z różnymi typami niepełnosprawności. Interesująca nas grupa osób z uszkodzonym narządem ruchu stanowiła 41,3% lecz nie została wyodrębniona z ogólnej populacji.

O sposobach spędzania czasu wolnego można więc mówić w odniesieniu do całej badanej populacji. Okazuje się, że w dni wolne od pracy i nauki niepełnosprawni najczęściej wykonują prace domowe /ok. 30%/, 29% respondentów czas poświęca relaksowi na świeżym powietrzu; 15% na kontakty z najbliższymi - rodziną, przyjaciółmi. Tylko 7,8% korzysta z rozrywek kulturalnych a 9,1% opowiada się za biernym wypoczynkiem.

Oczekiwania inwalidów dotyczące czasu wolnego uwarunkowane są stopniem poczucia bezpieczeństwa i możliwości kształcenia zawodowego.

Równie ubogi jest sposób spędzania urlopów wypoczynkowych. Mniej niż 1/3 spędza urlop poza miejscem swego zamieszkania, a 2/3 w warunkach domowych. Na ogół też osoby niepełnosprawne urlop swój przeznaczają na leczenie i usprawnienie fizyczne. Charakterystyczne jest, iż osoby, które uzyskały wykształcenie i kwalifikacje zawodowe przed zaistnieniem kalectwa, częściej spędzają swoje urlopy w sposób raczej jednostajny i ubogi niż te, które uzyskały kwalifikacje już po zaistnieniu inwalidztwa, co tłumaczy się akceptacją siebie mimo niepełnej sprawności.

Podobnie jak w populacji osób pełnosprawnych /badania Instytutu Turystyki/ osoby niepełnosprawne najczęściej /44,6% /urlop swój przeznaczają na odwiedzenie rodziny, rzadko przebywają na

wczasach /8,3%/ i na campingu.

Udział osób niepełnosprawnych w wycieczkach krajoznawczych i turystycznych jest znaczny i dotyczy 3/4 badanej populacji przy czym możliwości korzystania ludzi niepełnosprawnych w tych imprezach uzależnione są od ich usprawnień rehabilitacyjnych i poczucia bezpieczeństwa. Za relaksem na świeżym powietrzu, różnego typu imprezami sportowymi, wycieczkami o charakterze turystyczno-krajoznawczym najczęściej opowiadają się i korzystają z nich ludzie młodzi w wieku 18-25 lat. Charakterystyczne jest to, że więcej niż połowa badanych /52,5%/ nie czyniła żadnych prób pokonywania przeszkód w dostępie do instytucji kulturalnych.

Mimo, że omawiana grupa osób niepełnosprawnych nie jest jednorodna z punktu widzenia zaburzenia zdrowia /są to osoby z dysfunkcją narządów ruchu, wzroku, słuchu, oraz ze schorzeniami wewnętrznymi/ warto wskazać za autorem, iż z wycieczek turystycznych i krajoznawczych najczęściej korzystają ci, którzy mają:

- " - wpływ osobisty lub przez inne osoby bądź organizacje na dostosowanie stanowiska pracy do rodzaju i stopnia niepełnosprawności,
- poczucie bezpieczeństwa,
- odpowiednie warunki pracy,
- pozytywne opinie o bezpośrednich zwierzchnikach /--/,
- bezpośrednich zwierzchników - inwalidów,
- wystarczające możliwości korzystania z czasów pracowni-
czych oraz nie odwiedzają rodziny w czasie wolnym lub czynią
to bardzo często" s. 110.

Zakończenie

Jak już wspomniano, badania nad czasem wolnym i turystyką osób z dysfunkcją narządów ruchu występują niezwykle rzadko. Nie ma też danych szacunkowych dotyczących zasięgu ilościowego świadczeń w tym zakresie. Opracowania obejmują całą populację niepełnosprawnych, głównie w aspekcie rehabilitacyjnym i pod kątem instytucji, które winny świadczyć w tym zakresie usługi. O przyczynach istniejącego stanu rzeczy już mówiliśmy. Warto jeszcze wspomnieć o barierach jakie napotyka inwalida pragnący uprawiać turystykę. Występują tu bariery instytucjonalne, informacyjne, kadrowe, komunikacyjne, urbanistyczne i inne.

Ponadto w okresie realizacji reformy gospodarczej system rehabilitacji niepełnej sprawności doznał znacznego uszczerbku. Ideologie rehabilitacji wypierane są przez ideologie menadżerskie, co widać szczególnie w spółdzielczości inwalidzkiej. Intuicyjnie można stwierdzić, że ze względu na zubożenie rodzin maleje liczba zatrudnionych w spółdzielczości inwalidzkiej i korzystających z wyjazdów rehabilitacyjno-leczniczych. Czy tak jest w istocie, pokażą badania, które omówimy w odrębnym opracowaniu poświęconych wyłącznie osobom z dysfunkcją narządów ruchu.

B I B L I O G R A F I A

- Bejnarowicz J., Ustalenie zbiorowości osób niepełnosprawnych w narodowym spisie powszechnym w 1978 r. W: Problemy Rehabilitacji Zawodowej Nr 4/78.
- Czaj-Waluś J., Jak rozwiązywać życiowe problemy. Poradnik dla młodych inwalidów ze schorzeniami narządu ruchu, W-wa 1984.
- Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. Materiały II Kongresu TUK, W-wa 1-2 października 1983 /praca zbiorowa pod red. A. Hulka/, PZWL 1986.
- Dega W., Rehabilitacja w środowisku studenckim. W: Rehabilitacja zdrowotna w życiu studentów. Materiały z sympozjum w Konstancinie 1972.
- Gorczycka E., Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego, PZWL 1981.
- Hulek A., /red/, Pedagogika rewalidacyjna. PWN 1977.
- Hulek A., /red./, Integracja społeczna ludzi niepełnosprawnych - zadanie pedagoga. Ossolineum 1986.
- Hulek A., Wspólne i swoiste zagadnienia w rehabilitacji różnych grup inwalidów. Szkoła Specjalna 1972/1.
- Hulek A., /red./, Czas wolny ludzi niepełnosprawnych, W-wa 1989.
- Kornas-Biela D., Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie, W-wa 1988.
- Larkowa H., Postawy otoczenia wobec inwalidów, PZWL, 1970.
- Larkowa H., Chłowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne. PWN 1987.
- Lubański K., Rewalidacyjna funkcja czasu wolnego, Problemy Rehabilitacji Zawodowej 1987/1-2.

- Łuczyński Cz., O łagodzeniu skutków kalectwa, IW CRZZ, W-wa 1980.
- Pichalski R., Demograficzno-społeczne uwarunkowania zachowań kulturalnych ludzi niepełnosprawnych - Studia Pedagogiczne. t. XLIX, 1985.
- Pichalski R., Praca zawodowa a czas wolny ludzi niepełnosprawnych. Wydawnictwo Spółdzielcze, W-wa 1988.
- Przecławski K., Czas wolny dzieci i młodzieży, WSiP, 1978.
- Psychologia defektologiczna /red. A. Wyszynska/, PWN 1987.
- Rehabilitacja osób niepełnosprawnych /red. J. Mikulski, A. Nauman/ W-wa 1982.
- Sieradzki M., Inwalida w środowisku społecznym. Studia Socjologiczne 1977.
- Społeczne aspekty turystyki, IT, W-wa 1979.
- Studia z socjologii niepełnej sprawności /red. M. Sokołowska, A. Rycharz/, Wrocław 1983.
- Sokołowska M., Ostrowska A., Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy. PAN IFiS, 1976.
- Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza. PAN. Komitet Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka. Ossolineum 1984.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski w roku 1987, PZH 1988.
- Szawłowski K., Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji. W: Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, PWN 1977 /red. A. Hulek/.
- Świat o niepełnosprawnych, Polska Agencja Interpress, W-wa 1989.
- Weiss M., Aktualne drogi w rozwoju rehabilitacji. W: Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. Problemy diagnostyki i kraju. W-wa 1975.

- Weiss M., Możliwości uprawiania turystyki przez osoby niepełnosprawne. W: Społeczne aspekty turystyki, W-wa 1979.
- Wolski J., Turystyka i wypoczynek osób niepełnosprawnych. Problemy i propozycje rozwiązań. GKT, IT, W-wa 1981.
- Wybrane zagadnienia z defektologii /red. W. Gałkowski/, ATK, 1973.

BIBLIOTEKA IV
Archiwum Instytutu
Naukowo-Badawczych