

Obsługa studenta z niepełnosprawnością. Wsparcie psychologiczne wobec osób z niepełnosprawnościami

„Uczelnia dostępna – PWSW”
POWR.03.05.00-00-A028/20



PROGRAM SZKOLENIA

1. Zaburzenia psychiczne a uczelnie: czym jest zaburzenie psychiczne? Skala problemu w środowisku akademickim; odpowiedzialność i rola pracownika uczelni.

2. Kluczowe zaburzenia psychiczne zgodnie z międzynarodową klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-11:

3. Jak komunikować się ze studentami z zaburzeniami psychicznymi?

a) bariery w komunikacji:

- zasady i modele tworzenia się barier w komunikacji,
- radzenie sobie z barierami w komunikacji,
- techniki asertywności

b) granice asertywności

- wyrażanie złości i negatywnych emocji,
- obrona przed manipulacją,
- świadome udzielanie zgody

4. Jak zareagować w sytuacji kontaktu ze studentem zachowującym się w sposób

- agresywny
- roszczeniowy
- techniki reagowania na agresję

5. Wsparcie studentów w kryzysie psychicznym

6. Wpływ niepełnosprawności na społeczne i emocjonalne funkcjonowanie człowieka.

Do głównych grup zaburzeń psychicznych należą:

- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia nastroju,
- zaburzenia neurorozwojowe,
- zaburzenia osobowości,
- zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia związane z uzależnieniami

Badania pokazują, że **wśród studentów około 1/3 z nich cierpi na chociaż jedno zaburzenie psychiczne spełniające kryteria DSM-IV (WHO 2018).**

W psychiatrii okres studiów uznawany jest ,za czas podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń psychicznych.

Duże zmiany życiowe związane z podjęciem studiów, m.in zmiana otoczenia czy większa odpowiedzialność, generują dużą ilość stresu który może wpływać na pogorszenie samopoczucia.

Studia to bardzo trudny okres w życiu, ponieważ wkroczenie w dorosłość wiąże się z potrzebą zdefiniowania siebie i wyborem dalszej drogi zawodowej

Studia medyczne uchodzą za szczególnie trudne i wymagające.

Wiele badań wskazuje, że od 10 do 25% studentów medycyny cierpi na depresję .

Młodzi medycy często obawiają się udania do specjalisty ze strachu, że rozpoznanie choroby psychicznej **uniemożliwi im dalszą karierę**. Takie przeświadczenie jest jednak błędne. Podczas gdy leczona choroba nie stanowi żadnego przeciwwskazania do pracy w zawodzie lekarza, ta nieleczona może doprowadzić do stanu niezdolności do nauki i pracy.

Studenci medycyny powinni być tego świadomi – niestety zajęcia z psychiatrii pojawiają się dopiero na czwartym roku studiów. Temat zaburzeń psychicznych wśród studentów jest często przemilczany, a ważne jest by uczyć już od początku studiów o objawach depresji, zaburzeń lękowych i o tym jak można uzyskać pomoc.

Młodzi ludzie w Polsce coraz częściej doświadczają kryzysów psychicznych. Zwłaszcza studenci borykają się z niską samoocena, stresem, myślami samobójczymi, zaburzeniami lękowymi, depresją, nerwicami, problemami adaptacyjnymi czy zaburzeniami osobowości.

Takie wnioski płyną z raportu „Zdrowie psychiczne na polskich uczelniach”- przygotowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta

Częstymi problemami wśród studentów są m.in.

- zaburzenia w odżywianiu,
- nadwaga,
- otyłość i związane z tym kompleksy.

Osoby ze środowiska akademickiego borykają się również z uzależnieniami.

Dodatkowo pojawia się :

- przemęczenie,
- brak koncentracji,
- brak perspektyw i możliwości rozwoju.

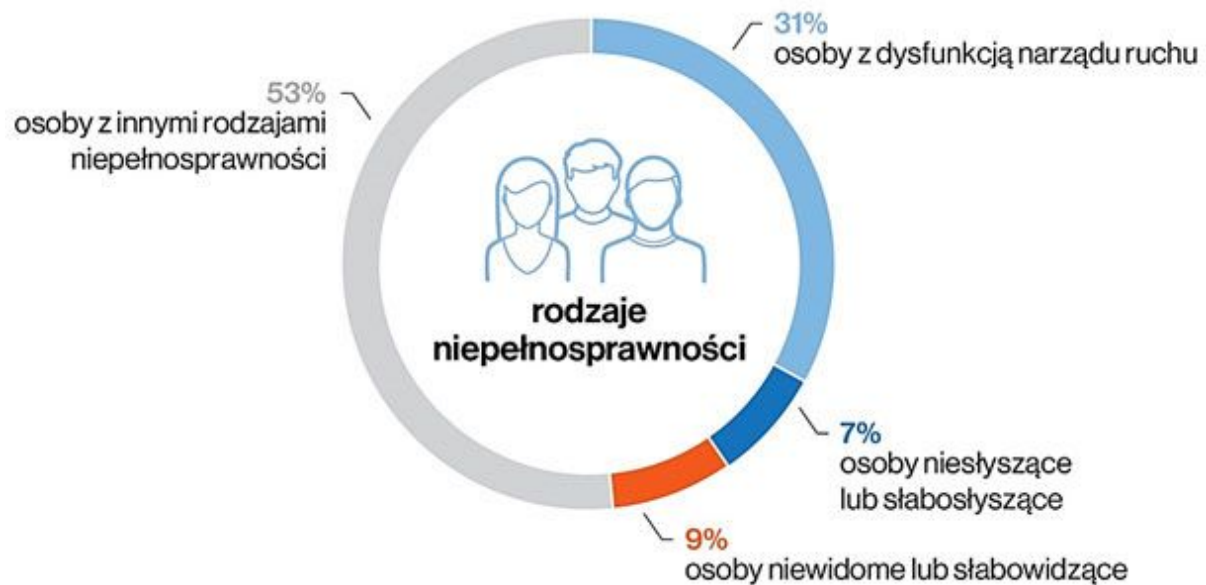
W życiu każdego studenta przychodzi czas zderzenia się z rzeczywistością dorosłych.

Rzecznik Praw Pacjenta przekazał raport Ministrowi Edukacji i Nauki wraz z prośbą o informację, o działaniach planowanych w obszarze szkolnictwa wyższego ukierunkowanych na zapewnienie i rozwinięcie wsparcia dla studentów i pracowników uczelni w kryzysie psychicznym.

W nowej edycji klasyfikacji zostały również uwzględnione nowe nazwy na różne odmiany zaburzeń neurorozwojowych (często określanych także jako całościowe zaburzenia rozwojowe):

„zaburzenia rozwoju intelektualnego”,
„rozwojowe zaburzenia mowy lub języka”,
„rozwojowe zaburzenia uczenia się”,
„rozwojowe zaburzenia koordynacji ruchowej”,
„zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością” (w tym ADHD u dzieci i ADHD u dorosłych),
„stereotypie ruchowe”.

Rodzaje niepełnosprawności studentów i doktorantów





BULIMIA



DEMENCJA



AUTYZM



DEPRESJA



ALKOHOLIZM



PSYCHOZA



ZABURZENIA OSOBOWOŚCI



ZABURZENIE AFEKTYWNE
DWUBIEGUNOWE



MYŚLI SAMOBÓJCZE



PANIKA



NATRĘTWA



LUNATYKOWANIE



STRES



HALUCYNACJE



FOBIA



SCHIZOFRENIA

Co to jest ICD-11?

To nowa edycja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, obowiązuje od stycznia 2022

Dotychczas Pacjenci zgodnie z ICD-10, otrzymywali diagnozę “konkretnego” zaburzenia osobowości – np. histrionicznego zaburzenia osobowości, zaburzenia typu borderline – lub diagnozę zaburzeń nieokreślonych (których nie dało się przypisać do żadnego konkretnego typu ZO, mimo powodowania u Pacjenta istotnego cierpienia).

Mniej zerojedynkowe, a bardziej funkcjonalne podejście – to główna zmiana, jaka zadziała się w kontekście zaburzeń osobowości w ICD-11.

Klasyfikacja wytycza jasną ścieżkę dla psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów, którzy stwierdzili, że ich Pacjent spełnia kryteria do diagnozy ZO.



Specjaliści zgodnie IHC-11 będą:

najpierw określali stopień ciężkości zaburzeń u danej osoby
(zaburzenie **łagodne/umiarkowane/ciężkie**);

w drugiej kolejności – jeśli u Pacjenta/ki widoczne są dominujące, nieadaptacyjne cechy – Specjalista będzie dodawał do diagnozy specyfikację, tzw. charakterystyczne cechy zaburzenia osobowości: jedną lub kilka z niżej wymienionych:

- Negatywną afektywność- smutek / euforia
- Zdystansowanie– unikanie emocji
- Dysocjalność – brak empatii
- Odhamowanie – brak samokontroli
- Anankastyczność – wątplenie/ poczucie winy poprzez błędy / skrupulatność
- Wzorzec borderline- uczucie pustki

W nowej klasyfikacji znajduje się również jednostka związana z zaburzeniami osobowości. W ICD-11 jest to **trudność osobowościowa** – problem traktowany nie jako zaburzenie, a jako pewien czynnik, który **może utrudniać budowanie relacji i może wpływać na stan zdrowia**.

Będzie to rozpoznanie stawiane u Pacjentów/ek, którzy w związku ze swoimi nieadaptacyjnymi cechami osobowości doświadczają trudności w życiu, ale jednocześnie nie spełniają kryteriów diagnostycznych dla “typowych” zaburzeń osobowości.

ICD-11 przynosi mniejsze lub większe zmiany w praktycznie każdej kategorii zaburzeń i trudności psychicznych.

Zrezygnowano z dzielenia na podtypy zaburzeń psychotycznych – schizofrenii, zaburzeń urojeniowych i schizoafektywnych;

Nazwę “zaburzenia nerwicowe” zastąpiono mniej stygmatyzującym określeniem “zaburzenia lękowe”.

Dla zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych wyróżniono natomiast nową, odrębną kategorię, w której znalazły się nowe jednostki chorobowe (które łączy ze sobą występowanie objawów kompulsywnych, ale które różnią się pomiędzy sobą specyfiką);

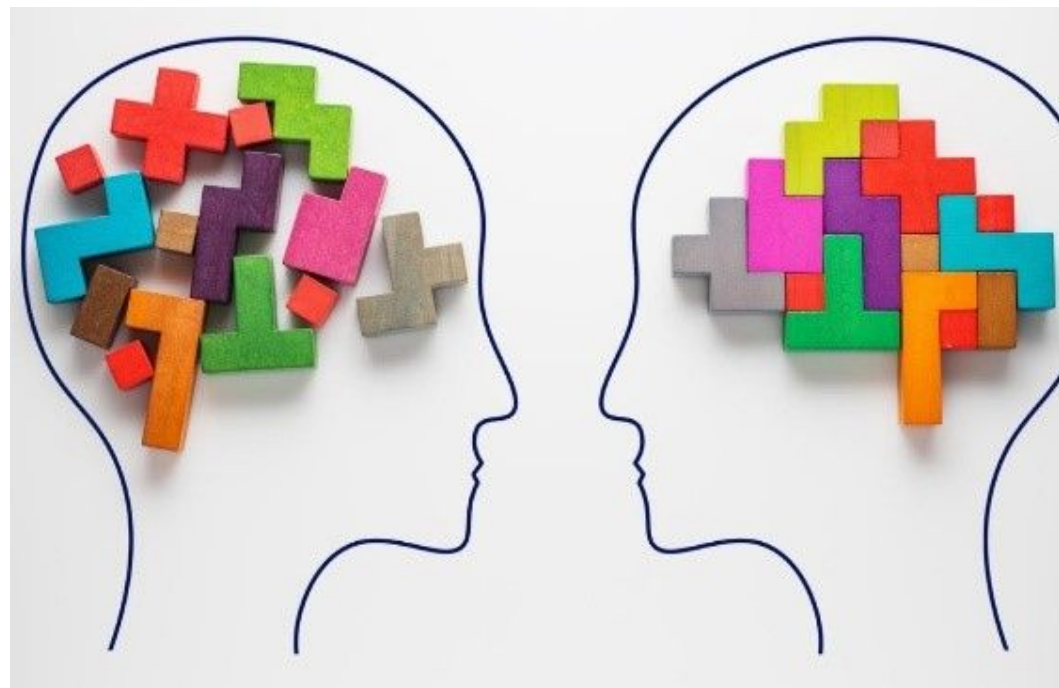
Wyróżniono tzw. zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym, czyli trudności psychiczne wiążące się z przeżywaniem przewlekłego bólu;

W kategorii uzależnień wyróżniono uzależnienie od hazardu (“zaburzenie używania hazardu”) oraz od gier (“zaburzenie związane z graniem”);

Jest to przyjęte nazewnictwo, które obowiązuje wszystkich , określających chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Takie nazewnictwo musi znaleźć się w orzeczeniach wystawianych studentom/doktorantom i kwalifikujących ich do zasiłków celowych, innego traktowania na uczelni- dłuższe egzaminy, inna punktacja prac itp

Jak komunikować się ze studentami z zaburzeniami psychicznymi?



Do najczęstszych zaburzeń, z którymi mogą się Państwo zetknąć w swojej pracy akademickiej należą:

1. **Zaburzenia dystresowe** (psychosomatyczne). Występują często w postaci bólów głowy, mięśni, przewlekłego zmęczenia, poczucia osłabienia, senności, braku koncentracji, zaburzeń uwagi i pamięci, nasilenie tików. Są łagodne i mijają po ustąpieniu stresu.
2. **Zaburzenia afektywne**, do których zaliczamy:
 - Stany depresyjne - obniżony nastrój, brak aktywności, myśli samobójcze, poczucie braku energii, bezsenność, nadmierny lub osłabiony apetyt, trwające co najmniej 14 dni.
 - Stany maniakalne i hipomaniakalne - brak samokrytycyzmu, podwyższony nastrój, wzmożona aktywność ruchowa, niekontrolowane ruchy ciała, trwające co najmniej 14 dni

3. **Zaburzenia lękowe.** Często w postaci fobii społecznej (lęk przed występami publicznymi lub kontaktem z innymi osobami), klaustrofobii, agorafobii, zespołów obsesyjno- kompulsywnych (nadmierny lęk przed zarazkami).
4. **Uzależnienia.** Najczęściej od alkoholu, amfetaminy, cannaboidów (marihuana) oraz preparatów psycho-stymulujących w postaci tzw. napojów energetyzujących lub "dopalaczy". Objawy abstynencyjne wywołują gwałtowne reakcje behawioralne (agresja, nadpobudliwość, myśli samobójcze).
5. **Zaburzenia osobowości.** Nie zalicza się ich do jednostek chorobowych. Nie występują urojenia i omamy, nie mniej osoby z tymi problemami wykazują wiele nieprawidłowych zachowań w komunikacji innymi studentami. Dotyczy to zwłaszcza osobowości narcystycznej, borderline oraz paranoidalnej.

6. **Zaburzenia psychiatryczne.** Pojawiają się w przebiegu takich chorób jak schizofrenia, zespół paranoidalny. Często występują omamy (głosy, natrętne myśli), agresja, urojenia (podejrzenia o chęć zabójstwa, kradzież), zaburzenia logicznego myślenia i mówienia

7. **Samobójstwa.** Liczba samobójstw w Polsce waha się w granicach 4 500 dokonanych incydentów w ciągu roku. Duży wpływ na decyzję podejmowaną przez studentów może mieć stres związany z realizowaniem toku studiów i brakiem dobrej komunikacji z bliskimi osobami

8. **Problemy z seksualnością i z identyfikacją płciową.** Dotyczą one osób z transseksualizmem, które są w trakcie diagnozowania i leczenia substytucyjnego zmiany płci oraz osób z transwestytyzmem, czyli potrzebą noszenia ubrań płci przeciwnej, bez pragnienia zmiany płci. Osoby prezentujące takie objawy oczekują od otoczenia zrozumienia, akceptacji i chęci pomocy

O czym warto pamiętać w sprawnej komunikacji z osobą zmagającą się z problemami psychicznymi:

1. Wsparcie ze strony nauczyciela akademickiego nie powinno polegać na obniżeniu poziomu oczekiwań wobec studentów cierpiących na zaburzenia psychiczne, ale na uwzględnieniu kontekstu chorobowego i **stworzeniu optymalnych warunków, w których osoby te mogą efektywnie uczyć się oraz wykazać posiadaną wiedzę i umiejętności.**
2. **O problemach psychicznych rozmawiamy tylko w obecności osoby zainteresowanej, bez ujawniania własnych opinii innym studentów i pracownikom uczelni.**
3. Powstrzymajmy się od **nieprofesjonalnych porad**, zaleceń, sugestii w przypadku zetknięcia się z osobą prezentującą objawy zaburzenia sfery psychicznej.
4. Wykażmy zrozumienie, że inna osoba, szczególnie z zaburzeniami psychicznymi, może w inny sposób interpretować otaczającą rzeczywistość
5. Nie stygmatyzujemy

6. Jeżeli student podzieli się z nami informacją o zdiagnozowanym zaburzeniu psychicznym - **uszanujmy to zaufanie**. Mamy do czynienia z dorosłą osobą, która ma prawo do podjęcia decyzji, kogo informuje o swoim stanie zdrowia. Jeżeli wykażemy właściwą postawę, to być może zachęci ją to do większej otwartości wobec innych.

7. Jeżeli student zasygnalizuje nam pogorszenie samopoczucia, wyrażmy zrozumienie i okażmy wsparcie. **Nie diagnozujemy, tylko zachęćmy do kontaktu ze specjalistą**. Osobom cierpiącym na depresję pomaga tworzenie atmosfery akceptacji oraz komunikaty, że depresja i wiążące się z nią objawy mają charakter czasowy i przemijający.

8. Osoby cierpiące na depresję rzadko o tym mówią same. Raczej wyglądają na przygnębione, bez energii. Możemy zauważać zmiany w zachowaniach: **student trzyma się na uboczu, przejawia mniejszą od zwykłej aktywność, zwiększa się absencja na zajęciach, pogorszają oceny. W poważniejszych stanach występuje wyraźne spowolnienie psychoruchowe.**

Komunikacja z osobami z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

1. **Autyzm** nie powoduje niepełnosprawności intelektualnej – stawiają zatem przed studentem z ZSA takie same wymagania, jak przed innymi studentami, ponieważ zamierzają oni zdobyć wykształcenie wyższe, zgodnie z przyjętymi efektami kształcenia
2. **Studenci mogą mieć trudności z odczytywaniem komunikatów niewerbalnych (ton głosu, wykonywane gesty, ruch), co w efekcie może prowadzić do braku lub nieprawidłowego odczytywania intencji osoby mówiącej, samopoczucia czy nastroju drugiej osoby.**

3. W trakcie rozmowy powinniśmy być świadomi naszej roli w komunikacji, która może wymagać czynnego działania (np. **inicjowania, podtrzymywania przez zadawanie pytań, dopowiadanie**), jak również **nieskupiania się na kontakcie wzrokowym (jest to dla osób z ZSA trudne, wręcz rozprasające)**.
4. W autyzmie może występować ograniczona percepcja informacji- nasze wypowiedzi odbierane są w sposób dosłowny, dlatego w rozmowach ze studentem powinniśmy dbać o precyzję i **unikać wieloznaczności, metafor, przenośni**
5. Organizowanie form zaliczania optymalnego do możliwości studenta, z zachowaniem standardowych wymagań

Dla osób **autystycznych** poważną trudnością jest **dostosowanie do zmian** (statyczność), dlatego zalecana jest możliwość zachowania elementów stałych (sala, wykładowca, grupa studentów), pomoże to zapobiec zaburzeniu poczucia bezpieczeństwa, a w konsekwencji drażliwości, występowaniu zachowań nietypowych (nawet nieakceptowanych społecznie).

KOMUNIKOWANIE SIĘ Z TRUDNYMI ROZMÓWCAMI

Aby umiejętnie rozmawiać z trudnymi rozmówcami, należy najpierw rozpoznać, jaką postawę przyjmują. Odpowiednie zachowanie pozwoli przełamać ich niechęć, sprawi, że dialog stanie się konstruktywny, a wtedy łatwiej będzie dojść do porozumienia

POSTAWA WYNIOSŁA –osobowość narcystyczna

Osoba wyniosła patrzy na wszystkich z góry. Wie wszystko lepiej, lekceważy innych. Jest jednostronna, mówi tylko o sobie i swoich sprawach, nie zwraca uwagi na reakcje rozmówcy. Prezentuje postawę „ja wiem najlepiej”. Swoich rozmówców traktuje z góry, z wyższością. Często osoby takie lubią się popisywać swoją wiedzą, mówią długo i zawile, dobierają wyszukane, trudne słowa.

Jak rozmawiać z rozmówcą wyniosłym:

- Trzymaj się faktów, bądź rzeczowy.
- Powiedz komplement.
- Pytaj o argumenty i uzasadnienie.

POSTAWA KONFRONTACYJNA Osoba prezentująca postawę konfrontacyjną traktuje rozmowę jak pojedynek. Chce wygrać i broni swojego zdania do końca. Walczy z każdym, kto prezentuje inny punkt widzenia. Atakuje swoich przeciwników.

Jak rozmawiać z rozmówcą nastawionym na konfrontację:

- Nie podejmuj wyzwania.
- Nie podważaj tego, co mówi rozmówca – nie musisz się z tym zgadzać.
- Zamiast formułowania stwierdzeń, zadawaj pytania.
- Stosuj zwroty : „Zgodzi się Pan, że...”, „Jak Pan wie...”
- Szukaj elementów wspólnych i podobieństw.

POSTAWA WYCOFANIA Osoba, która nie zabiera głosu i biernie uczestniczy w spotkaniu. Często przyjmuje postawę zamkniętą i/lub wyraża znudzenie. Nie mówi, co myśli, zgadza się ze wszystkimi, czeka na innych.

Jak rozmawiać z rozmówcą wycofanym:

- Zadawaj pytania i proś o opinie i rozwinięcie wypowiedzi.
- Przybliż się lub pochyl w stronę rozmówcy.
- Jeśli w rozmowie uczestniczy więcej osób, zwracaj się bezpośrednio do tej osoby.

POSTAWA DOMINUJĄCA Osoba, która przyjmuje postawę dominującą narzuca strukturę rozmowy i uniemożliwia prowadzenie dialogu. Zabiera głos pierwsza na każdy temat i stara się mieć zawsze ostatnie słowo. Przytłacza innych, koncentruje na sobie uwagę, nie daje innym dojść do głosu.

Jak rozmawiać z rozmówcą dominującym:

- Jeśli w rozmowie biorą udział inni rozmówcy, zwracaj się bezpośrednio do nich.
- Odwołuj się do obiektywnych uwarunkowań, np. określając czas spotkania.
- Sprowadzaj rozmowę do meritum.

Aby przełamać negatywną postawę rozmówcy, należy:

- nie czekać na to, co zrobi rozmówca, i jako pierwszy wyjść z inicjatywą,
- zaskoczyć rozmówcę; wyjść poza swoją rolę, zrobić coś niekonwencjonalnego, oryginalnego,
- zachować poczucie humoru; nie obrażać się, żartować z siebie, zachować uśmiech,
 - nie brać zachowania rozmówcy do siebie,
 - koncentrować się na pozytywnych cechach rozmówcy i szukać podobieństw, a nie różnic,
 - okazać rozmówcy akceptację poprzez uprzejmość, otwartość, zainteresowanie, szacunek.



Podstawą w **pokonaniu barier** jest umiejętność wysłuchania argumentów obu stron oraz szacunek wobec odmiennego zdania/wyglądu/zachowania drugiej osoby, zwłaszcza z różnymi niepełnosprawnościami

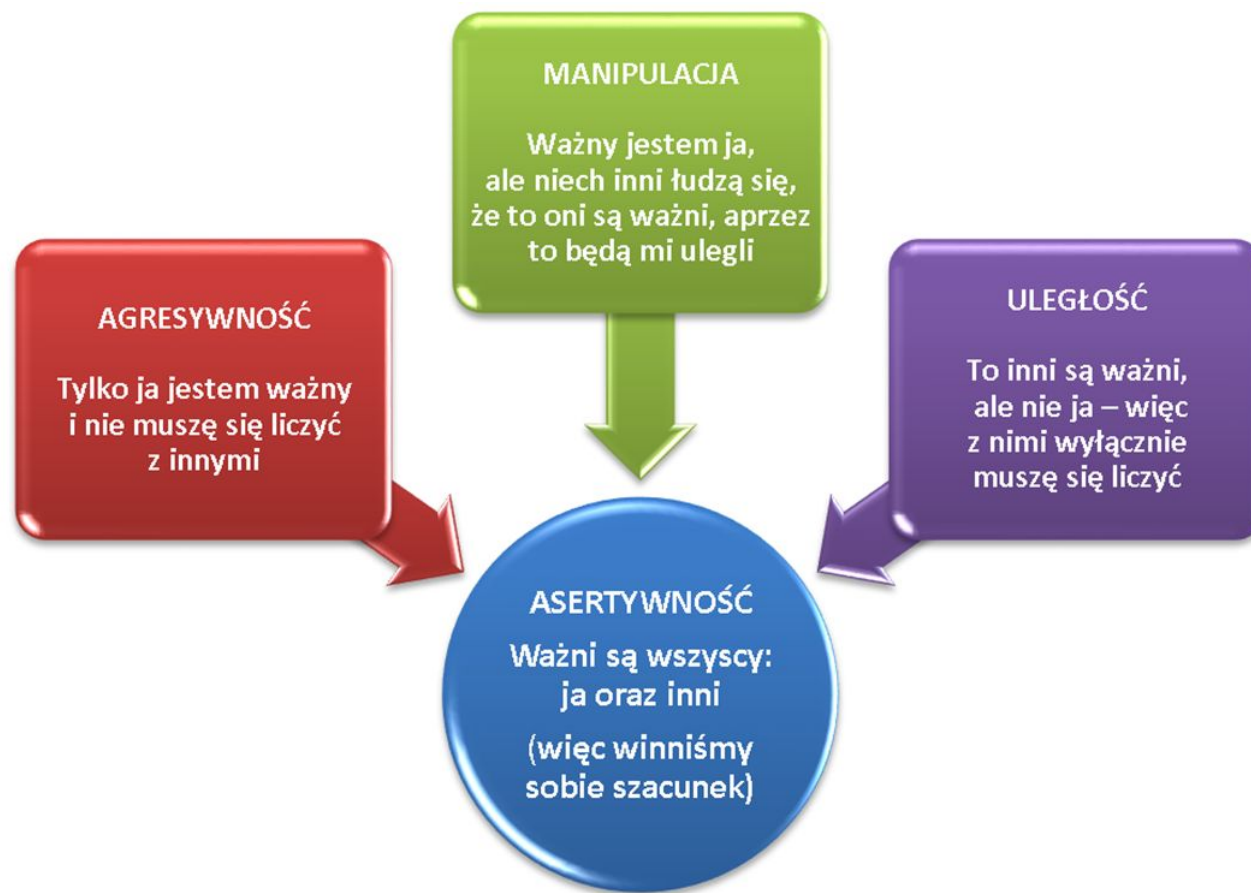
Tylko w ten sposób będzie możliwe stworzenie pola **komunikacji**, które będzie pomocne w dojściu do porozumienia

ASERTYWNOŚĆ

Według Słownika Języka Polskiego jest to „umiejętność wyrażania własnych uczuć, opinii, pragnień w sposób adekwatny, otwarty i pozbawiony lęku, a zarazem respektujący uczucia i postawy innych osób”.

Asertywność w ujęciu psychologicznym to sposób, umiejętność, wyrażania siebie w otwarty sposób, zarówno swoich oczekiwań, jak i niezgody na określone zachowania innej osoby bądź grupy osób.

Asertywność to też sposób na zachowywanie się w porządku wobec siebie jak i innych osób. Każde zachowanie asertywne powinno być także w pełni świadome i przemyślane. Bycie asertywnym pozwala nam uniknąć wielu nieprzyjemnych dla nas sytuacji jak krytyka ze strony środowiska czy nieokazywanie należnego nam szacunku.



Zdarzają się sytuacje, gdy osoby z zaburzeniami próbują wykorzystać swoją niepełnosprawność do wymuszenia dodatkowych benefitów.

Ma to miejsce relatywnie tak samo często jak w przypadku osób pełnosprawnych.

Natomiast roszczeniowością **NIE JEST** dbanie o swoje prawa, np. prawo do 1. skorzystania z przystosowanej toalety,

2. prawo dostępu do informacji w języku migowym czy języku łatwym do zrozumienia
3. prawo do bycia obsłużonym w pierwszej kolejności, jeżeli regulamin danej instytucji na to pozwala

Analizując pojęcie asertywności, wyróżnić możemy kilka podstawowych stylów zachowania i postępowania w relacjach z innymi:

Zachowanie agresywne – polega na narzucaniu innym osobom swoich racji i poglądów. Osoby o tym typie zachowania, spodziewając się ataku czy krytyki ze strony otoczenia, przyjmują postawę obronną, charakteryzującą lekceważeniem innych i przedstawianiem siebie w jak najbardziej korzystnym świetle. Ma to na celu przede podniesienie własnego poczucia wartości jak również ukrycia własnego braku pewności siebie. Osoby o tym sposobie zachowania praktycznie nie interesują się cudzymi myślami, uczuciami czy poglądami. **Nie potrafią słuchać, ani zadawać pytań. Ignorują także reakcje swojego otoczenia, odczuwając ciągłą złość. Charakterystyczne jest tu także obwinianie innych za własne niepowodzenia i potknięcia, niepełnosprawność**

Zachowanie manipulujące – polega na wywieraniu takiego wpływu na osobę lub grupę, by nieświadomie i z pozornie z własnej woli realizowali cele osoby manipulującej. Tego typu zachowanie manipulacyjne jest zachowaniem wyjątkowo nieszczerym i nieuczciwym wobec otoczenia. Osoby o tego typu zachowaniu bardzo często podejrzewają własne środowisko o złe zamiary, nie dowierzając im i lekceważąc. Podobnie jak w zachowaniu agresywnym osoby takie poddają w wątpliwość poczucie godności innych ludzi oraz wykazują dużą ostrożność w relacjach z innymi – często jest to forma obrony osób niepełnosprawnych

Zaburzenia psychiczne

- Nie jest łatwo rozpoznać zaburzenie psychiczne u osoby, z którą mamy kontakt
- Nie przyjmuj postawy konfrontacyjnej czy prowokacyjnej, która jeszcze bardziej pobudzi studenta.
- Osoby z zaburzeniami psychicznymi potrzebują empatii i zrozumienia jak każdy z nas.
- W przypadku zachowań agresywnych zawsze dbamy o zdrowie i bezpieczeństwo własne, ale też innych osób w otoczeniu.
- **Zachowaj spokój i opanowanie, bez okazywania strachu. Atak agresji powinien spotkać się z łagodnym i spokojnym tonem.**
- W ostateczności wezwij na pomoc odpowiednie służby

Wsparcie dla studentów w kryzysach psychicznych



Działalność **Biura ds. Osób Niepełnosprawnych** w zakresie pomocy studentom z i bez orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale posiadających zaburzenia psychiczne lub przechodzących kryzys powinna obejmować:

- 1. Pomoc w wyrównaniu szans edukacyjnych.**
- 2. Rozmowa z konsultantem ds. studentów w kryzysie psychicznym lub Asystentem Zdrowienia**
- 3. Psychoedukacja służąca zwiększeniu samoświadomości**
- 4. Zorganizowanie zespołu wsparcia**
- 5. Zapewnienie indywidualnego toku nauczania- jeżeli wymagają tego chorzy**

Organizowane warsztaty/spotkania mają na celu:

- Promowanie zdrowia psychicznego,
- Dzielenie się swoim doświadczeniem w radzeniu sobie w trakcie kryzysu oraz próby odnalezienia sposobu na pokonanie go,
- Budowanie własnej samoświadomości,
- Nabycie umiejętności stanowienia o sobie – czyli wzięcia odpowiedzialności za swoje wybory,
- Naukę refleksjonowania swoich doświadczeń,
- Naukę transformowania negatywów w pozytywy.

Zespół Wsparcia :

- dla tych, którzy sami borykają się z problemami psychicznymi i doskonale zdają sobie z nich sprawę, podjęli już leczenie i niekoniecznie mają orzeczenie o niepełnosprawności,
- dla tych, którzy czują, że dzieje się z nimi coś złego, zauważyli zmiany w swoim zachowaniu, w postrzeganiu przez siebie otaczającego świata i zmiany te niekorzystnie wpływają na ich codzienne życie,
- dla tych, którzy ze względu na swój stan psychiczny mają problemy na studiach, z nauką, egzaminami,
- dla tych, którzy mają w swoim środowisku osoby dotknięte zaburzeniem psychicznym

Z uwagi na duże zróżnicowanie problemów związanych z zaburzeniami i chorobami psychicznymi BON nie proponuje uniwersalnego schematu pomocy dla tej grupy studentów.

Model wsparcia konstruowany jest indywidualnie.

Podstawą jest konsultacja, której celem jest poznanie trudności jakie pojawiają się w procesie studiowania oraz oczekiwań dotyczących zakresu wsparcia. W trakcie konsultacji pracownik BON stara się odpowiedzieć na następujące pytania:

- Jaki jest problem studenta i w jaki sposób utrudnia on lub uniemożliwia studentowi funkcjonowanie na uczelni?
- Czy dostarczona dokumentacja wskazuje na powody zdrowotne uzasadniające planowanie i stosowanie indywidualnych rozwiązań w stosunku do danego studenta,
- Czy konieczna jest dodatkowa specjalistyczna konsultacja ?
- Jakie rozwiązanie byłoby pomocą dla studenta, a nie próbą zmniejszania wymagań wobec niego?
- Czy proponowane dla danego studenta rozwiązanie powinno mieć raczej długo czy krótkofalowy charakter?

Osoby niepełnosprawne **są członkami społeczeństwa** i mają prawo do pozostania we własnym środowisku lokalnym. Powinny one otrzymać potrzebne im wsparcie w ramach normalnych struktur edukacyjnych, opieki zdrowotnej, zatrudnienia i usług społecznych.

Osoby niepełnosprawne, osiągając **równe prawa**, powinny także posiadać **równe obowiązki**. W momencie, gdy prawa te zostaną osiągnięte, społeczeństwa powinny zwiększyć swe oczekiwania względem osób niepełnosprawnych. Częścią procesu wyrównywania szans powinno stać się niesienie pomocy osobom niepełnosprawnym w tym, by mogły wziąć na siebie pełną odpowiedzialność jako członkowie społeczeństwa



ABC WSPARCIA OSOBY Z ZABURZENIEM



Nie pocieszaj na siłę osoby chorej; nie zapewnij, że ją rozumiesz. **Mów za to o uczuciach** i swoim zaufaniu w proces leczenia.



Nigdy **nie podważaj zdania psychiatry, psychologa albo terapeuty**, gdyż to oni mają profesjonalną wiedzę o problemie.



Pamiętaj, że Ty — jako bliski osoby z depresją lub innym zaburzeniem — **także masz prawo skorzystać z pomocy**. Pomagając sobie, pomożesz jednocześnie choremu.

10 PAŹDZIERNIKA

ŚWIATOWY
DZIEŃ
ZDROWIA
PSYCHICZNEGO

WORLD
MENTAL
HEALTH
DAY



Wpływ niepełnosprawności na społeczne i emocjonalne funkcjonowanie człowieka.

Z powodu nieporozumień i uprzedzeń społecznych osoby z niepełnosprawnością mogą mieć większe trudności ze znalezieniem i utrzymaniem satysfakcjonującej pracy, co z kolei może prowadzić do problemów finansowych, które są dodatkowym źródłem stresu. Trudności na rynku pracy niejednokrotnie prowadzą także do poczucia bezwartościowości lub winy.

Osoby z niepełnosprawnościami niejednokrotnie czują się wykluczone ze względu na swoje ograniczenia oraz mniejsze możliwości radzenia sobie z codziennymi zadaniami. Życie w zależności od innych, których pomoc jest niezbędna w najprostszych czynnościach (ubieranie się, jedzenie czy poruszanie się), obniża poczucie własnej wartości i sprawstwa.

Jednym z negatywnych zjawisk dotyczących osób chorych lub niepełnosprawnych jest również wykluczenie społeczne. Określa ono sytuację, w której dana osoba nie może normalnie uczestniczyć w działaniach obywateli społeczeństwa, a ograniczenie to nie wynika z jej wewnętrznych przekonań, ale znajduje się poza kontrolą wykluczonej jednostki.

Izolacja społeczna Pojęcie izolacji społecznej rozumiane jest jako brak interakcji społecznych lub komunikacji z innymi ludźmi. Wyraża się ona poprzez brak kontaktu fizycznego z innymi, tworzenie barier społecznych lub mechanizmów psychologicznych. Wśród powodów, dla których dana osoba jest wyizolowana społecznie, są: problemy fizyczne wywołane np. niepełnosprawnością lub zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi, takimi jak lęk czy depresja. Trudności z nawiązaniem relacji z innymi mogą mieć również osoby z zaburzeniami osobowości. Osoby wyizolowane społecznie czują się samotne, mają poczucie, że są odłączone od świata i charakteryzują się niską samooceną

Do skutecznych metod przeciwdziałania samotności / izolacji należy rozwój zainteresowań oraz uczestnictwo w różnego rodzaju aktywnościach, jak na przykład:

- klub: dołączenie do niego to, podobnie jak wolontariat, dobry sposób na poznanie ludzi o tych samych zainteresowaniach. Można dołączyć do klubu książki, zespołu sportowego czy grupy wsparcia, np. dla samotnych matek. Różnorodność istniejących organizacji pozwala na niekrępowany wybór i daje szansę na regularne spotkania z dużą, zróżnicowaną grupą osób;
- szkoła / uczelnia: warto znaleźć w sobie iskrę zainteresowania, by kontynuować naukę. Można skorzystać z kształcenia ustawicznego osób dorosłych lub takich placówek, które mają specjalne przygotowanie dla osób starszych

Wpływ na jakość ich życia mają takie czynniki społeczno-demograficzne, jak:

1. Miejsce zamieszkania – osoby z dysfunkcjami narządu ruchu mieszkające na wsi i w małych miejscowościach gorzej oceniają swoją jakość życia i własne samopoczucie fizyczne oraz psychiczne niż osoby mieszkające w miastach.
2. Poziom wykształcenia – im niższy poziom wykształcenia, tym gorsza ocena zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego oraz własnego samopoczucia osób o obniżonej sprawności ruchowej.
3. Czas trwania niepełnosprawności – dłuższy czas trwania niepełnosprawności (np. od urodzenia) zmniejsza szansę na pozytywną ocenę własnego zdrowia, natomiast zwiększa szansę na lepsze przystosowanie się do swojej niepełnosprawności i jednocześnie lepsze funkcjonowanie społeczne.
4. Wiek – osoby w starszym wieku znacznie bardziej odczuwają swoje ograniczenia w pełnieniu ról społecznych związane z ich niepełnosprawnością.
5. Stan cywilny – osoby niepełnosprawne stanu wolnego gorzej oceniają swoją jakość życia oraz własne funkcjonowanie społeczne niż osoby niepełnosprawne będące w związkach małżeńskich

Dziękujemy za uwagę!

Agnieszka Świst-Kamińska

Doradca do spraw biznesowego wizerunku i pierwsza w Polsce **Coolhunter** i **Style Coach**.

Bierze pod lupę wybory konsumentów w dziedzinach takich jak: moda, motoryzacja, elektronika, dekoracja wnętrza, usługi, design itp. Jako profesjonalny łowca trendów pełni ona rolę doradcy, pomagając firmom w podjęciu właściwych decyzji odnośnie wprowadzenia na rynek nowych produktów oraz prezentując innowacyjne rozwiązania przy tworzeniu i wdrażaniu kampanii reklamowych



Swoimi działaniami wspiera ona nie tylko nowo powstałe marki, ale również te, które funkcjonują na rynku od kilkunastu lat i wymagają odświeżenia wizerunku i wprowadzenia ich nowej komunikacji. Sekunduje także firmom nastawionym na optymalizację swoich działań zgodnie z oczekiwaniami konsumentów.

Absolwentka prestiżowego londyńskiego uniwersytetu Central Saint Martins i Szkoły Stylu Moniki Jaruzelskiej.

Doradza klientom, jak korzystać z mody i sięgać po to, co jest w niej najlepsze dla nich samych. Współpracuje z biznesmenami w Polsce od 8 lat, w Londynie od trzech.