

UNIWERSYTET MEDYCZNY  
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU

JADWIGA RZEMPOWSKA

SOCJOMEDYCZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA MŁODYCH  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ŚRODOWISKU WIEJSKIM

**ROZPRAWA DOKTORSKA**

PROMOTOR

Prof. UM dr hab. med. Alicja Krzyżaniak

POZNAŃ, 2011

I. WSTĘP.....	6
II. WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	8
2.1. Definicja zdrowia i niepełnosprawności.....	8
2.2. Modele interpretacji niepełnosprawności.....	15
2.3. Klasyfikacja niepełnosprawności.....	17
2.4. Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna.....	23
2.5. Przyczyny i rodzaje niepełnosprawności.....	25
III. SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.....	29
3.1. Skala zjawiska niepełnosprawności i jej dynamika.....	29
3.2. Polityka państwa i Unii Europejskiej wobec osób niepełnosprawnych.....	31
3.3. Specyfika problemów osób niepełnosprawnych na wsi.....	36
3.4. Konsekwencje niepełnosprawności.....	40
IV. CEL BADAŃ.....	43
V. MATERIAŁ I METODY BADAŃ.....	44
5.1. Kryteria doboru i charakterystyka osób badanych.....	44
5.2. Opis metod i przebiegu badań.....	52
5.3. Badania pilotażowe.....	55
5.4. Metody statystyczne.....	55
VI. WYNIKI BADAŃ.....	56
6.1. Dane ogólne o respondentach zamieszkałych w gminie Lisków i Koźminek.....	56
6.1.1. Struktura płci i wieku badanych.....	56
6.1.2. Stan cywilny badanych.....	57
6.1.3. Wykształcenie respondentów.....	58
6.1.4. Podsumowanie wyników zawartych w punktach 6.1.1 - 6.1.3.....	60
6.2. Sytuacja rodzinna osób niepełnosprawnych.....	60

6.2. 1.Liczba członków rodziny wspólnie zamieszkałych z osobą niepełnosprawną .....	60
6.2. 2.Dzieci respondentów .....	62
6.2. 3.Rodzeństwo osób badanych.....	62
6.2. 4.Problemy w rodzinie .....	63
6.2. 5.Ocena sytuacji rodzinnej przez respondentów .....	65
6.2. 6.Podsumowanie sytuacji rodzinnej respondentów .....	66
6.3.Sytuacja ekonomiczna respondentów .....	68
6.3.1.Podstawowe źródła własnych dochodów .....	68
6.3.2.Wspólne dochody całego gospodarstwa rodzinnego .....	70
6.3.3.Sytuacja materialno-bytowa badanych.....	71
6.3.3.1.Dochód na osobę w rodzinie .....	71
6.3.3.2.Kwota jaką dysponuje badany na własne wydatki .....	74
6.3.4. Wydatki wynikające z niepełnosprawności .....	76
6.3.5. Czy dochody badanych pokrywają ich podstawowe wydatki?.....	78
6.3.6. Dochody osób niepełnosprawnych na tle średniej krajowej.....	82
6.3.7. Ocena własnej sytuacji finansowej .....	84
6.3.8. Korzystanie z pomocy instytucji społecznych. ....	86
6.3.9. Podsumowanie sytuacji ekonomicznej .....	88
6.4.Sytuacja mieszkaniowa respondentów.....	91
6.4.1.Posiadanie własnego mieszkania .....	91
6.4.2.Posiadanie własnego pokoju.....	93
6.4.3.Liczba pomieszczeń w mieszkaniu .....	95
6.4.4.Podstawowe elementy wyposażenia mieszkania.....	97
6.4.5.Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.....	98
6.4.6.Samoocena standardu technicznego mieszkania .....	101
6.4.7.Podsumowanie sytuacji mieszkaniowej.....	103
6.5.Sytuacja zawodowa badanych. ....	105

6.5.1. Aktywność zawodowa.....	105
6.5.2. Zmiana bądź zaprzestanie pracy z powodu niepełnosprawności ....	109
6.5.3. Gotowość osób niepełnosprawnych do podnoszenia swoich kwalifikacji.....	111
6.5.4. Wiedza badanych na temat PFRON.....	114
6.5.5. Ocena sytuacji zawodowej przez badanych .....	116
6.5.6. Podsumowanie sytuacji zawodowej badanych.....	119
6.6. Sytuacja społeczna.....	121
6.6.1. Życie towarzyskie.....	121
6.6.2. Uczestnictwo w życiu społecznym .....	123
6.6.3. Personalne i instytucjonalne źródła wsparcia niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania .....	124
6.6.4. Rodzaj oczekiwanego wsparcia i ocena poziomu udzielanej pomocy przez instytucje powołane do tego celu .....	127
6.6.5. Zmiany w otoczeniu ułatwiające życie badanych osób niepełnosprawnych.....	131
6.6.6. Co decyduje o pozycji społecznej i kto zdaniem badanych ma największy wpływ na zmianę sytuacji życiowej? .....	133
6.6.7. Ocena polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych.....	136
6.6.8. Czas wolny, hobby, marzenia i plany życiowe badanych osób .....	139
6.6.9. Generalna ocena sytuacji społecznej badanych.....	142
6.6.10. Podsumowanie sytuacji społecznej .....	145
6.7. Sytuacja zdrowotna.....	148
6.7.1. Rodzaje, przyczyny, stopień i wiek nabycia niepełnosprawności .	148
6.7.2. Korzystanie z opieki lekarskiej i ocena dostępności do opieki medycznej.... w opinii badanych.....	151
6.7.3. Potrzeba rehabilitacji medycznej, zaopatrzenie w sprzęt usprawniający i pomoce rehabilitacyjne oraz ocena dostępności do różnych form rehabilitacji leczniczej przez badanych.....	155

6.7.4. Wpływ niepełnosprawności na stan psychiczny badanych.....	162
6.7.5. Akceptacja własnej niepełnosprawności .....	165
6.7.6. Kłopoty i trudności ze zdrowiem badanych osób niepełnosprawnych.....	167
6.7.7. Używki, nałogi, uzależnienia .....	169
6.7.8. Samoocena stanu zdrowia badanych.....	174
6.7.9. Podsumowanie sytuacji zdrowotnej .....	177
6.8. Ocena funkcjonowania fizycznego badanych na podstawie oceny wykonywania złożonych czynności życia codziennego (IADL) .....	180
6.9. Konsekwencje i ograniczenia w życiu badanych mieszkańców wsi spowodowane niepełnosprawnością. ....	185
VII. DYSKUSJA.....	187
VIII. WNIOSKI.....	214
IX. STRESZCZENIE.....	215
X. SUMMARY .....	216
XI. PIŚMIENNICTWO.....	218
XII. ANEKS.....	242

## WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

Dz. U. – Dziennik Ustaw

GOPS – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Grupy AA – Grupy Anonimowych Alkoholików

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IADL – Instrumental Activities of Daily Living

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

ICIDH – International Classification of Impairment, Disability and Handicap

KGW – Koło Gospodyń Wiejskich

KRP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

OSP – Ochotnicza Straż Pożarna

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

RP – Rzeczpospolita Polska

TFFH – Test Fishera-Freemana-Haltona

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

## I. WSTĘP

Problematyka niepełnosprawności i osób o różnym stopniu niepełnosprawności stanowi przedmiot zainteresowań wielu dziedzin nauki. Istotnym powodem inspirującym do napisania rozprawy było powszechne występowanie zjawiska w Polsce i na świecie. Pomimo szerokiej dostępności do opieki medycznej, skuteczniejszych metod leczenia i rehabilitacji medycznej, przy poprawiających się warunkach sanitarnych i socjalnych liczba osób niepełnosprawnych nie ulega zmniejszeniu. Analizując niepełnosprawność jako ograniczenie możliwości funkcjonowania człowieka na poziomie biologicznym, osobowościowym i społecznym nie sposób oderwać się od czynników socjomedycznych kształtujących sytuację osoby niepełnosprawnej. Mają one wpływ na charakter, rozmiar i dynamikę niepełnej sprawności człowieka, jak i specyficzny kontekst z jakim muszą sobie poradzić te osoby.

Młody wiek dorosły to okres życia człowieka, w którym osoba niepełnosprawna sama odpowiada za siebie. Jest już podmiotem działalności produkcyjnej, sama decyduje o swoich planach życiowych, para się z trudnościami ich realizacji, sama odpowiada wobec społeczeństwa za swoją działalność i jej skutki. Żyjąc w środowisku wiejskim każdego dnia doświadcza różnych – mniej lub bardziej dotkliwych barier o charakterze fizycznym lub społecznym, które skutecznie utrudniają funkcjonowanie, samodzielność, a także integrację i rehabilitację. Koniecznością staje się więc dokładniejsze poznanie potrzeb i możliwości tych osób, by móc tworzyć warunki do realizacji integracyjnego modelu funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Integracyjny model życia osób niepełnosprawnych oznacza stan w miarę możliwości pełnego ich włączenia do życia rodzinnego, zawodowego, społecznego, a tym samym do funkcjonowania i współdziałania w środowisku lokalnym na rzecz jego rozwoju. Pomimo propagowanej idei integracji osoby niepełnosprawne napotykały na utrudnienia i przeszkody w środowisku zamieszkania i pracy, a zauważalny jest także deficyt informacyjny w zakresie odczuwanych problemów zdrowotnych i społecznych tej populacji. W niniejszym opracowaniu podjęto próbę spojrzenia na osoby niepełnosprawne jako kategorię rozwojową, a nie tylko tą, której przede wszystkim trzeba pomóc.

Praca zawiera w sobie siedem rozdziałów. Dwa pierwsze dotyczą teoretycznych aspektów problemu, a pozostałe odnoszą się do zagadnień metodologicznych i empirycznych.

Rozdział pierwszy to wstęp do pracy. W rozdziale drugim zaprezentowano wielostronną analizę pojęcia „niepełnosprawność”. Przedstawiono różne definicje, koncepcje i modele niepełnosprawności. Odwołując się do różnych dziedzin i dyscyplin naukowych przedstawiono ewolucję rozumienia pojęcia niepełnosprawności.

Rozdział trzeci przedstawia społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób niepełnosprawnych, skalę zjawiska oraz specyfikę życia osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim.

Dwa kolejne rozdziały obejmują kwestie metodologiczne. Zawierają cel badań, problematykę badawczą. Ponadto znajduje się tu opis zastosowanych technik badawczych i charakterystyka demograficzna badanych osób.

Szósty rozdział poświęcono wynikom badań własnych. Rozdział siódmy omawia wyniki badań własnych w powiązaniu z piśmiennictwem. Rozdział ósmy to spostrzeżenia i sugestie zawarte w podsumowaniu i wnioskach. Pracę kończy streszczenie.

Konsekwencje niepełnosprawności są bardzo rozległe i dotyczą zarówno fizycznego jak i psychospołecznego funkcjonowania osoby poszkodowanej. Zmianie ulega cała sytuacja życiowa, wszystkie jej aspekty. Osoba niepełnosprawna musi się nauczyć żyć w świecie ludzi zdrowych. Niewielu niepełnosprawnym udaje się tego samodzielnie dokonać. Złożone problemy ludzi niepełnosprawnych wymagają interdyscyplinarnego, kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego zmierzającego do możliwie najpełniejszej aktywizacji i integracji tych osób z całym społeczeństwem.

Współczesna koncepcja rehabilitacji rozumiana jako profilaktyka niepełnosprawności, jej leczenie a także adaptacja osób z niepełnosprawnością do nowych warunków życia i pracy jest ustawicznym ciągiem specjalnie zaplanowanych działań prawnych, socjalno-ekonomicznych, medycznych, pedagogicznych, psychologicznych i technicznych. Wśród nich pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie odgrywa znaczącą rolę.

Budowanie społeczeństwa równych szans, zwalczanie przejawów dyskryminacji stanowi ważny obszar działań służb społecznych, w tym również profesjonalistów służby zdrowia.



## II. WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

### 2.1. Definicja zdrowia i niepełnosprawności

Przy podejmowaniu analizy funkcjonowania osób niepełnosprawnych zasadniczego znaczenia nabiera zdefiniowanie zdrowia i niepełnosprawności.

Zdrowie jest jedną z najbardziej cenionych wartości indywidualnych i społecznych. W historii medycyny zawsze było obecne zainteresowanie problematyką zdrowia w połączeniu z jego różnorodnymi uwarunkowaniami.

Samo zaś pojęcie zdeterminowane jest historycznie (rozwój nauk) i dyscyplinarnie (odmienne podejście różnych dyscyplin naukowych). W aspektach kulturowych różnic dotyczących kryteriów zdrowia i choroby bierze się pod uwagę wartości jakie nadaje się tym atrybutom w określonych kulturach. Zdrowie jest więc nie tylko kategorią biologiczną, ale także społeczną, obyczajową, kulturową osadzoną w realiach czasu i przestrzeni [186, 187]. Pojęcie zdrowia nie jest wyłącznie domeną medycyny, ale wielu nauk. Pojęcie „zdrowie” jest wieloznaczne i bardzo trudne. Istnieją dwie grupy definicji zdrowia:

1. potoczne, czyli laickie w których zdrowie rozumiane jest jako brak choroby lub dolegliwości
2. profesjonalne tzn. formułowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin nauki.

Od wielu lat podejmowane są próby ustalenia satysfakcjonującej wszystkich definicji zdrowia [128]. Powstała zatem socjomedyczna koncepcja zdrowia oparta na myśli i filozofii neopozytywistycznej zakłada, że „człowiek to przede wszystkim zespół elementów powiązanych względnie prostymi relacjami, wiedza o każdym elemencie i każdej relacji to wiedza o człowieku jako całości [2]. Zdrowie w tej koncepcji rozumiane jest jako kategoria uniwersalna i jednoznaczna dla każdej posługującej się nią osoby, niezależnie od wpływu i zmian otoczenia. Istotę zdrowia mają wyrażać dwa bardzo ogólne pojęcia: dynamiczna równowaga i potencjał zdrowotny. Równowaga opisuje prawidłowy stan relacji pomiędzy poszczególnymi sferami funkcjonowania człowieka (fizyczną, psychiczną i społeczną), zaburzenie równowagi jednej ze sfer ujawniać się będzie również w innych sferach.

Najbardziej znana jest definicja zamieszczona w tekście Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Definicja WHO stwierdza, iż zdrowie to kompletny,

fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności [106, 177].

Z definicji tej wynika, że zdrowie jest kategorią pozytywną – dobre samopoczucie (dobrostan) – ma trzy wymiary – zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne (obecnie wyróżnia się również czwarty wymiar – zdrowie duchowe) [205]. We współczesnym podejściu do zdrowia przyjmuje się tzw. koncepcję holistyczną, która traktuje zdrowie człowieka jako całość na , którą składają się wzajemnie ze sobą powiązane wymiary (aspekty) zdrowia wśród, których możemy wyróżnić:

- zdrowie fizyczne – odnoszące się do ciała, biologicznego funkcjonowania organizmu i jego poszczególnych układów.
- zdrowie psychiczne – wyróżnia się tu dwa jego komponenty:
  - zdrowie umysłowe określane jako zdolność do jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, realizacji potencjału intelektualnego,
  - zdrowie emocjonalne, które zakłada zdolność do kontrolowania swoich emocji i wyrażania ich w sposób adekwatny do sytuacji oraz zdolność do radzenia sobie z trudnościami.
- zdrowie społeczne – oznacza zdolność do utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych i współpracy z innymi ludźmi oraz akceptowanie odpowiedzialności ze siebie i innych.
- zdrowie duchowe – to inaczej samoświadomość, jakość relacji, system wartości i poczucie celu życia, zdolność do dawania i brania, poczucie sensu i celu życia.
- zdrowie seksualne – to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego ważnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Oznacza wolność od przymusu i przemocy seksualnej, obronę przed nią, jest to pozytywne podejście do ludzkiej seksualności [49, 70].

Definicja WHO stanowi wersję otwartą, wyraża aktualny stan wiedzy medycznej, wartość życia zostaje tu wzbogacona, gdyż zdrowie oznacza zdolność do prowadzenia sensownego i twórczego życia, które daje satysfakcję danemu człowiekowi.

Definicja WHO jest wyrazem następnego nurtu w dziedzinie koncepcji zdrowia zwanego socjoekologicznym (Social and Ecological of Health), który traktuje zdrowie człowieka w kontekście i w powiązaniu z szeroko rozumianym środowiskiem

oraz z perspektywy jednostki. Oparty jest na zdrowiu społeczeństwa i zdrowiu środowiskowym:

- zdrowie społeczeństwa – są to normy kulturowe, wartości i praktyki, które mogą być „zdrowe” i „niezdrowe”.
- zdrowie środowiskowe – zawiera te aspekty zdrowia człowieka, łącznie z jakością życia, które są zdeterminowane przez czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne, społeczne i psychiczne środowiska.

Istotę zdrowia mają wyrażać dwa ogólne pojęcia; dynamiczna równowaga i potencjał zdrowotny. Równowaga wyraża prawidłowe relacje pomiędzy sferami funkcjonowania człowieka (fizyczną, psychiczną, społeczną). Zaburzenie równowagi w jednej ze sfer będzie się ujawniać także w pozostałych sferach. Warunkiem tej równowagi jest potencjał zdrowia właściwy dla człowieka jak i jego środowiska [206].

Natomiast K. Popielski [157] poszerza płaszczyznę definiowania zdrowia o wymiar egzystencjonalny i nosi ona miano egzystencjonalnej koncepcji zdrowia. Pierwszym badaczem, który zauważył, że zdrowie jest również zjawiskiem społecznym był amerykański socjolog T. Parsons. Określił on zdrowie jako optymalną zdolność do efektywnego wykonywania cenionych zadań w rozumieniu ról społecznych [147]. Wraz ze zmianami społecznymi i standardami opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi rozumienie zdrowia zgodnie z definicją WHO i koncepcją ról społecznych okazało się zbyt wąskie. Na gruncie tych zmian sformułowano kolejną koncepcję zdrowia. Według niej zdrowie to jak najdłuższe, samodzielne, aktywne i twórcze życie bez chorób i niepełnosprawności, a nawet razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć [85]. Ta koncepcja zakłada, że kryterium zdrowia w zakresie „dobrostanu społecznego” nie stanowi bezpośredniego efektu zmian organicznych, czy funkcjonalnych poszczególnych narządów i układów człowieka (niekorzystnego dobrostanu fizycznego), ale odnosi się do społecznego funkcjonowania do samodzielnego, aktywnego i twórczego życia. Przyjęcie za kryterium zdrowia samodzielnego, aktywnego i twórczego życia doprowadziło do określenia zdrowia w kategoriach potencjału, jakim dysponuje człowiek dla realizacji swoich planów, celów, przyjęcia własnych dopasowanych do swoich możliwości strategii życiowych. Potencjał poszczególnych osób tworzy potencjał społeczny niezbędny dla rozwoju całego społeczeństwa. Ten pogląd został wyrażony w Deklaracji Ottawskiej zwanej Kartą Ottawską, która zdefiniowała zdrowie jako potencjał indywidualny i społeczny [74].

W przeglądzie różnych koncepcji i interpretacji pojęcia zdrowia należy dodatkowo uwzględnić propozycję Antonovsky'ego. Jego zdaniem zdrowie i choroba określają krańcowo różną pozycję istniejącego kontinuum między „absolutnym zdrowiem” i całkowitą chorobą. Kryterium określającym położenie na tym kontinuum jest skuteczność radzenia sobie ze stresem oraz „własne zasoby dla zdrowia” [4].

Przedstawione powyżej koncepcje zdrowia nie są oczywiście zamkniętym katalogiem, gdyż na przestrzeni lat różni filozofowie, teoretycy, lekarze, poeci a także prawnicy czy politycy formułowali definicje i teorie dotyczące zdrowia z różnym zresztą powodzeniem.

Nowoczesne podejście do definiowania zdrowia nie ogranicza się już do przeciwstawiania zdrowia chorobie, lecz uwzględnia subiektywne odczucie zdrowia, poszerza medyczne kryteria oceny stanu zdrowia, postrzega zdrowie w całym kontekście norm i wartości [18, 116].

W tradycyjnym znaczeniu zdrowie jest rozumiane jako stan fizjologiczno-biologiczny. Za zdrowego uważa się człowieka, którego organizm funkcjonuje w zakresie norm uznawanych za prawidłowe. W pojęciu zdrowia mieszczą się jednak nie tylko elementy fizjologiczno-biologiczne, ale również psychiczne i społeczne, ponieważ człowiek stanowi jedność socjo-psycho-fizyczną. Ten wzajemny harmonijny układ elementów oraz współdziałania poszczególnych narządów może ulec zakłóceniu lub zaburzeniu na skutek zadziaływania różnych czynników zewnętrznych lub wewnętrznych, które mogą spowodować uszkodzenie poszczególnych narządów czy czynności, obniżenie sprawności ich funkcjonowania oraz cały szereg dalszych następstw, które mogą pojawiać się w życiu człowieka [211]. W kontekście przytoczonych definicji wyłania się pojęcie niepełnosprawności jako następstwo zaburzonej sprawności i funkcjonowania.

Samo pojęcie niepełnosprawności przechodziło ewolucję. Przez pierwszą część XX wieku w społeczeństwach Zachodu była ona utożsamiana z „wadą” ciała lub umysłu. Ludzie niepełnosprawni kojarzeni byli wyłącznie z osobami „przykutymi” do wózków inwalidzkich, kalekimi „ofiarami” chorób takich jak porażenie mózgowe, niewidzącymi, nie słyszącymi, oraz upośledzonymi psychicznie [9]. Wcześniej posługiwano się najczęściej terminami „inwalidztwo”, „inwalida”. Obecnie pojęcia te zostały wyparte przez termin „niepełnosprawność”, „osoba niepełnosprawna”.

Należy zauważyć, że nigdy nie została opracowana jedna obowiązująca wszędzie definicja niepełnosprawności. Wielu autorów i instytucji podejmowało się

scharakteryzowana niepełnosprawności. Mashow i Reno [125] przedstawili ponad dwadzieścia definicji niepełnosprawności formułowanych na potrzeby instytucji rządowych, ubezpieczeniowych czy statystycznych.

W piśmiennictwie polskim istnieje wiele definicji niepełnosprawności. Hulek podaje, że „za osobę niepełnosprawną uznać należy osobę, której stan fizyczny lub psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza albo uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami społecznymi i prawnymi [59].

Tadeusz Majewski na podstawie bogatej literatury z tego zakresu podaje trzy rodzaje definicji osób niepełnosprawnych [123]:

- a. definicje ogólne – ustalają one ogólne kryteria na podstawie których daną osobę uznaje się za niepełnosprawną bądź odmawia się jej statusu niepełnosprawności. Definicje te w większości uwzględniają zarówno kryteria biologiczne, jak i kryteria społeczne. Według tego autora osobą niepełnosprawną jest jednostka u której występuje obniżenie w stosunku do norm stanu sprawności organizmu, powodujące pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych.
- b. definicje poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych np. osób z upośledzeniem umysłowym, fizycznym, psychicznym.
- c. definicje dla określonych celów tj. dla potrzeb rehabilitacji zawodowej lub uzyskania świadczeń: osoba niepełnosprawna oznacza jednostkę, której szanse uzyskania, utrzymania i awansu w zatrudnieniu są ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej [123].

Nieco odmienną definicję podaje Janaszek. Za osobę niepełnosprawną uznaje on „osobę, która z powodu kalectwa lub choroby ma długotrwałe trudności, by sprostać zwykłym czynnościom życiowym” [123].

Bulenda podaje, że „osoba niepełnosprawna jest to osoba, która ze względu na stan zdrowia fizycznego i/lub psychicznego trwale lub długotrwałe nie może lub jedynie w ograniczony sposób może uczestniczyć w stosunkach społecznych i pełnić w nich określone role, według przyjętych kryteriów oraz norm” [46, 123, 148, 216].

Machnicka-Bacciarelli pisze, że „jest to osoba (jednostka), która w związku z urazem, chorobą lub wadą wrodzoną ma ograniczoną możliwość do wykonywania zadań życiowych, społecznych, przewidzianych dla osób w grupach płci, wieku, w danym kręgu kulturowym społecznym i środowiskowym” [123].

Radziewicz proponuje definicję: „niepełnosprawny to człowiek dotknięty deficytem sprawności biologicznej lub/i psychicznej, intelektualnej

bądź moralno-obyczajowej, jeśli deficyt ten w znaczącym stopniu utrudnia lub uniemożliwia takiemu człowiekowi spełnienie podstawowych funkcji życiowych” [80, 123].

Szczepankowska uważa, że „niepełnosprawną jest osoba, której obniżona sprawność funkcjonalna (sensoryczna, fizyczna, psychiczna) trawle lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról właściwych dla płci wieku zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi” [123].

Zabłocki podaje, że „osoba niepełnosprawna to taka osoba, u której nastąpiło naruszenie sprawności w stopniu wymagającym odpowiedniego i skoordynowanego wspomaganie rehabilitacyjnego” [211].

Według K. Szawłowskiego osoby niepełnosprawne to te, które na skutek wad lub chorób wrodzonych oraz chorób nabytych w różnym okresie życia doznały naruszenia czynności narządów, układów lub całego organizmu, co ogranicza w różnym stopniu ich funkcjonowanie biologiczne i (lub) społecznym [188].

Natomiast definicja podana w „Encyklopedycznym słowniku rehabilitacji” brzmi następująco: „osoba niepełnosprawna to jednostka, u której występujące obniżenie - w stosunku do norm - stanu sprawności organizmu, powoduje pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych [45].

W krajach Unii Europejskiej definicja osoby niepełnosprawnej brzmi następująco: „jest to osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma duże trudności albo jest niezdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonywać” [64].

Niezwykle ważną dla prowadzonych statystyk grupę definicji stanowią definicje przyjmujące prawne kryterium niepełnosprawności. Została ona zastosowana m.in. dla potrzeb Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2002. Zgodnie z nią „osobą niepełnosprawną jest taka osoba, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony, lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa)” [134].

Jedną z najnowszych, powszechnie stosowanych jest definicja zawarta w Ustawie z sierpnia 1997 roku o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych, według której: „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza

bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej” [38].

W celu określenia kategorii pojęcia „osoba niepełnosprawna” w Biurze Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych powołano zespół ekspertów, który ostatecznie zaproponował następującą definicję: niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi [107].

Najważniejszą rolę w porządkowaniu definicji odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). W 1980 roku WHO sformułowała oficjalną definicję niepełnosprawności, według której osoba niepełnosprawna to ta, u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie czy uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i wypełniania ról społecznych biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki społeczne, środowiskowe i kulturowe [64, 119, 123]. Krytyka utrzymywania kryteriów niepełnosprawności na poziomie uszkodzeń, deficytów oraz ograniczeń funkcjonalnych spowodowała zmianę podejścia ekspertów WHO, którzy zmodyfikowali wcześniejszą definicję (1980) najpierw w roku 1997, przyjmując, że jednostki niepełnosprawne to „osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych”, by w roku 2007 stwierdzić, że „niepełnosprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykaných w otoczeniu fizycznym i społecznym” [27].

Współczesne spektrum definicyjne niepełnosprawności rozpięte jest między podejściem czysto biologicznym i fundamentalnie społecznym, zaś między tymi biegunami napotykaemy ujęcia kulturowe, prawne, ekonomiczne i polityczne, tworzone do różnych celów. Głównymi powodami braku jednolitości w definiowaniu stanów niepełnosprawności są: trudności w określeniu wyraźnej granicy między zdrowiem a chorobą, między chorobą a niepełnosprawnością, a także trudności w orzekaniu stopnia niepełnosprawności, a więc ciężaru gatunkowego określonego stanu zdrowia w wymiarze somatycznym, społecznym i psychicznym [83].

## 2.2. Modele interpretacji niepełnosprawności

Historycznie najstarszą współcześnie występującą incydencjalnie – koncepcją objaśniania niepełnej sprawności jest model moralny (moral model), który wyjaśniał występowanie niesprawności jako kary za grzechy. Niemniej wciąż jeszcze niesprawność wiąże się z poczuciem winy czy wstydu zarówno osoby niesprawnej jaki i najbliższego otoczenia [9].

W rozumieniu modelu medycznego (medical model) niesprawność jest skutkiem uszkodzenia czy choroby organizmu i wymaga postępowania terapeutycznego. W modelu medycznym rozpatruje się problem biorąc pod uwagę jednostkę bez uwzględnienia pozycji osoby niesprawnej w jej otoczeniu. Model medyczny traktuje uszkodzenie jako źródło wszelkich trudności, ograniczeń i problemów osoby niepełnosprawnej oraz zakłada, że interwencja medyczna i rehabilitacja ma zasadnicze znaczenie dla ich usunięcia lub złagodzenia [214].

Pochodną modelu medycznego jest model rehabilitacyjny (rehabilitational model), nazywany nieraz modelem medyczno-rehabilitacyjnym, który w rozbudowanej formie odnajdujemy w Standardowych Zasadach Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych. W dokumencie tym przyjęto rozumienie rehabilitacji jako procesu, którego celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcia i utrzymania optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, narządów zmysłów, intelektualnego, psychicznego i społecznego m.in. poprzez dostarczanie urządzeń umożliwiających im większą niezależność [181].

Rehabilitowanie osób z ograniczeniem sprawności służące przywracaniu im zdolności produkcyjnej koresponduje z założeniami modelu ekonomicznego niepełnosprawności. W ramach tego modelu osoba z niesprawnością postrzegana jest przez pryzmat ról, zadań związanych z pracą, aktywnością na rynku pracy – niesprawność jawi się zatem jako ograniczenie zdolności, umiejętności i możliwości produkcyjnych [207]. Mankamentem modelu ekonomicznego jest to, że koncentruje on uwagę głównie na „ograniczeniach”, „niezdolności” (pasywa), nie poświęcając należytej uwagi zasobom i zachowanemu przez osoby z niesprawnością potencjałowi (aktywa).

Niebagatelną rolę w wyprowadzeniu modelu medycznego poza funkcję czysto interwencyjną odegrał polski lekarz ortopeda Wiktor Dega, który traktował rehabilitację leczniczą jako rzecz bardzo istotną, ale stanowiącą tylko część procesu rehabilitacji,



w trakcie której stosuje się metody służące maksymalnemu usprawnianiu organizmu i niedopuszczeniu do pogłębienia się istniejących defektów. Dega należał do grona prekursorów traktowania rehabilitacji jako procesu medyczno-społecznego, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu pożyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia [35].

Odmienne podejście prezentuje społeczny model niepełnosprawności, który zakłada, iż nie jest ona spowodowana wyłącznie uszkodzeniem lub chorobą lecz jest rezultatem sposobu w jaki społeczeństwo wychodzi naprzeciw potrzebom ludzi o ograniczonej sprawności [140, 150].

Pomostem pomiędzy medycznym i społecznym modelem jest model interakcjonistyczny niepełnosprawności, który koncentruje uwagę na stosunkach między jednostką, jej deficytami i ograniczeniami funkcjonalnymi a barierami społecznymi, szerzej – środowiskiem, w którym żyje osoba z niesprawnością [207].

Nie bez znaczenia dla codziennego funkcjonowania osób z ograniczoną sprawnością jest także to wszystko, co mieści się w pojęciu kultury niepełnosprawności i jej wpływie na członków szerszych zbiorowości – model kulturowy. Nadal jednak kultura niepełnosprawności tkwi w problemach wywołanych ograniczeniami i kwestiach oddzielających ludzi z niesprawnością od innych członków społeczności [210].

Akcentowanie roli poczucia własnej wartości osób z ograniczeniem sprawności – istotnego elementu kulturowego w kształtowaniu osobowości i indywidualności – odnajdujemy w modelu uppełnomocnienia (uprawomocnienia). Należy tworzyć warunki umożliwiające osobom niepełnosprawnym kontrolowanie własnego życia. Kontekst wyboru obszarów życiowych poddanych przez osoby z niepełnosprawnością kontroli podejmuje także model biopsychospołeczny Wadella [60]. Pewne aspekty interakcji osób z niepełnosprawnością są poza ich kontrolą lub jest ona słaba.

Wielowątkową kwintesencją wszystkich koncepcji osadzonych w modelu społecznym jest model socjopolityczny niepełnosprawności [40], który zwraca uwagę na utrzymywanie się w wielu obszarach życia społecznego zjawisk ograniczających prawa obywatelskie osób niepełnosprawnych.

W 1992 roku WHO przedstawiła zmodyfikowaną wersję koncepcji niepełnosprawności. Zgodnie z tym modelem osoby niepełnosprawne to jednostki o naruszonej sprawności psychofizycznej, która powoduje ograniczenie sprawności

lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie ról społecznych. Z tego punktu widzenia niepełnosprawność jest nie tylko właściwością osoby, ale i środowiska [195].

Omówione modele niepełnosprawności jakkolwiek odnoszą się do różnych „światów jednostki” nie powinny jednak być traktowane jako konstrukty konkurencyjne, lecz jako komplementarne wobec siebie. Trzeba „mieszać modele” między sobą, wykorzystując istotne elementy każdego z nich dla możliwie najpełniejszego wyjaśnienia zjawiska i budowania adekwatnych programów rozwiązywania problemów związanych z niepełną sprawnością członków społeczeństwa i sposobów zaspokajania potrzeb osób niepełnosprawnych.

### 2.3. Klasyfikacja niepełnosprawności

Światowa Organizacja Zdrowia dążąc do uporządkowania problematyki niepełnosprawności ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (WHO 1980) [64, 119]. Została ona przetłumaczona na język polski i zaadoptowana do badań przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu. Zgodnie z tą Klasyfikacją charakter niepełnosprawności odnosi się do trzech obszarów funkcjonowania człowieka – funkcjonowania fizycznego, psychicznego (emocjonalnego) i społecznego. Na tej podstawie wyróżnione zostały trzy określenia [198]:

**Uszkodzenie (impairment)** – oznacza wszelki brak lub anormalność struktury narządów lub zaburzenie funkcji psychicznych na skutek wady wrodzonej, choroby czy urazu. Uszkodzenie może być okresowe, gdy w wyniku określonych zabiegów terapeutycznych lub operacyjnych może być usunięte, lub trwałe, gdy jest ono nieodwracalne. Uszkodzenie może być wywołane czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Do czynników wewnętrznych można zaliczyć: czynniki dziedziczne, wrodzone schorzenia, niewłaściwe odżywianie powodujące niedobory białek, witamin i mikroelementów, a także zmiany związane ze starzeniem się organizmu. Czynnikiem zewnętrznym mogą być np. urazy.

**Niepełnosprawność (disability)** - oznacza wszelkie, wynikające z ograniczenia biologiczne ograniczenia lub brak zdolności wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka. Jak wynika z tej definicji – uszkodzenie narządu prowadzi do obniżenia sprawności jego

funkcjonowania (wykonywania jego czynności). Niepełnosprawność występuje jednak tylko wówczas, gdy obniżenie to osiąga stan poniżej poziomu uważanego za normalny [91, 179, 211].

**Upośledzenie (handicap)** – dysfunkcja społeczna. Może być wynikiem niepełnosprawności lub uszkodzenia. „Oznacza niekorzystną (gorszą) sytuację danej osoby będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu jej wypełniania ról, które uważane są za normalne biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne” [119]. Stopień upośledzenia może mieć formy: utrudnienia, ograniczenia, uniemożliwienia.

Utrudnienie oznacza, że osoba wykonuje swoje zadanie życiowe, zawodowe czy społeczne z trudnościami i przeszkodami możliwymi jednak do pokonania.

Ograniczenie oznacza, że osoba może wypełnić swoje zadanie w niepełnym zakresie.

Uniemożliwienie oznacza, że osoba nie może wykonywać poważnych zadań życiowych.

Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń wyodrębnia 6 głównych sfer życia, które mogą ulec upośledzeniu. Do tych sfer należy zaliczyć orientację w otoczeniu, która obejmuje zdobywanie i wymianę informacji oraz zdobywanie wiedzy. Kolejną sferą są czynności życia codziennego i poruszanie się w przestrzeni. Ostatnie sfery związane są z pracą zawodową, integracją społeczną i niezależnością ekonomiczną człowieka.

Reasumując wzajemną zależność między uszkodzeniem, niepełnosprawnością a upośledzeniem można zauważyć, że uszkodzenie i niepełnosprawność dotyczą fizycznych i psychicznych sfer życia człowieka, natomiast upośledzenie dotyczy sfery społecznej, a więc funkcjonowania w środowisku. O upośledzeniu należy mówić wtedy, gdy osoba niepełnosprawna napotyka na bariery ograniczające jej pełny udział w życiu publicznym.

Mimo niewątpliwej ważności podjętego problemu, klasyfikację oceniono krytycznie m.in. z powodu przyjęcia terminu „uszkodzenie”, który nie jest stosowany wobec wszystkich schorzeń organizmu [132]. Pojęcie „upośledzenie” wskazuje na konflikt między osobą niepełnosprawną a jej środowiskiem i zostało uznane za stygmatyzujące. Wątpliwości budziła jego definicja uważana za zbyt medyczną, skoncentrowaną na jednostce i nie do końca wyjaśniającą interakcję między warunkami społecznymi a oczekiwaniami i możliwościami jednostki.

Powszechne rozczarowanie ze strony osób niepełnosprawnych i reprezentujących je organizacji, jak również krytyka ze strony naukowych środowisk medycznych skłoniły WHO do rewizji swojego systemu klasyfikacji. Dokonano tego w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF 2001), w której połączono model medyczny i społeczny niepełnosprawności [62]. Zaproponowano w niej model biopsychospołeczny, obejmujący problem zaburzeń funkcjonowania z punktu widzenia biologii, jednostki i społeczeństwa.

Podstawowym pojęciem w klasyfikacji jest zdrowie – stan zdrowia definiowany jako dobrostan ( dobre samopoczucie ) obejmujący całokształt działań życia ludzkiego wraz z fizycznymi, psychicznymi i społecznymi aspektami włącznie, które tworzą to, co nazywa się „dobrym życiem.” [18, 204].

Następnym pojęciem w klasyfikacji jest funkcjonowanie człowieka. Jest to szerokie pojęcie, które obejmuje funkcjonowanie organizmu, aktywność człowieka oraz jego uczestnictwo w życiu społecznym. Oznacza ono pozytywne aspekty wzajemnych relacji pomiędzy jednostką z określonym stanem zdrowia, a czynnikami wpływającymi z sytuacji, w której znajduje się jednostka, które mają wpływ na dobre funkcjonowanie człowieka.

Trzecim pojęciem w klasyfikacji jest niepełnosprawność – definiowana jako utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie aktywności człowieka i jego uczestnictwa w życiu społecznym [205].

Klasyfikacja składa się z dwóch głównych części. Część pierwsza opisuje trzy podstawowe składniki funkcjonowania człowieka, a mianowicie:

1. Funkcjonowanie organizmu, obejmujące wszystkie funkcje (czynności) i struktury (budowę) narządów ciała ludzkiego
2. Aktywność człowieka, obejmująca różne formy działalności, jak czynności samoobsługowe, wykonywanie prac domowych, nauka praca zawodowa
3. Uczestnictwo w życiu społecznym i jego relacje ze środowiskiem społecznym – z innymi ludźmi

Część druga klasyfikacji opisuje tzw. czynniki kontekstowe, które razem wzięte tworzą sytuację życiową jednostki. Składają się na nią czynniki środowiskowe i czynniki indywidualne (osobiste). Mają one istotny wpływ na zdrowie, funkcjonowanie, niepełnosprawność i uczestnictwo w życiu społecznym.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia ma duże znaczenie dla wypracowania holistycznej wielowymiarowej koncepcji (modelu) niepełnosprawności. Obok aspektu biologicznego uwzględnia także aspekt osobisty i społeczny. Wychodzi ona z założenia, że:

1. Człowiek jest istotą biologiczną, stanowi ją organizm człowieka o określonej strukturze i wypełniający określone funkcje – funkcjonowanie organizmu
2. Człowiek jest określoną osobą, jednostką działającą i wypełniającą określone czynności i zadania życiowe – istotą aktywną
3. Człowiek jest członkiem określonej grupy społecznej, do której przynależy i w życiu, której uczestniczy – funkcjonowanie społeczne [148, 149].

Człowiek funkcjonuje na trzech poziomach: biologicznym, indywidualnym (jednostkowym) i społecznym. Według tej koncepcji – istotę niepełnosprawności stanowi niższy poziom funkcjonowania w wymienionych trzech aspektach, lub na niektórych z nich.

Niepełnosprawność ma więc trzy wymiary: biologiczny, indywidualny i społeczny. Odchylenie w poszczególnych wymiarach może przyjmować różne formy:

- na poziomie biologicznym jest to zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia jego organów lub narządów
- na poziomie indywidualnym (jednostkowym) lub osobowym jest ograniczenie aktywności
- na poziomie społecznym jest to ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym – funkcjonowania społecznego [118].

W klasyfikacji ICF niesprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, innymi słowy niepełnosprawność i funkcjonowanie jest postrzegane jako wynik integracji między warunkami zdrowotnymi (choroby, zaburzenia, urazy) a innymi czynnikami do których należą czynniki środowiskowe (m.in. struktury prawne, społeczne, klimat, architektura) oraz związane z jednostką (wiek, płeć, style radzenia sobie, wykształcenie, status zawodowy, etc.) [67]. Klasyfikacja ta ma przede wszystkim znaczenie dla medycyny dla postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacji osób chorych i dotkniętych niepełnosprawnością. Zawarta w niej koncepcja niepełnosprawności rozstrzyga toczący się od wielu lat spór o model niepełnosprawności. Przyjęcie w niej czynników osobistych i czynników

środowiskowych zmienia podejście do oceny różnych możliwości osoby niepełnosprawnej, podkreślając pozytywne cechy osobiste osoby niepełnosprawnej, przesuując na drugi plan jej niepełnosprawność i jej konsekwencje dla dalszego życia [118]. Ostatnio uściślono te kryteria wprowadzając klasyfikację uszkodzeń, działania i uczestnictwa (Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Działania i Uczestnictwa zwana Kartą 2000) [14, 27, 63, 170, 171, 202].

1. Uszkodzenia – są rozpatrywane jako uszkodzenie funkcji i /lub struktury organizmu, z uwzględnieniem poziomu ich uszkodzenia. Wymieniane są m. in. funkcje: wzrokowe, psychiczne, sensoryczne, sercowo-naczyniowe i oddechowe, nerwowo – mięśniowo - szkieletowe i inne. Każda z funkcji organizmu może być całkowicie zniesiona, ograniczona lub zaburzona. Podobnie każdy z narządów i układów organizmu może być całkowicie lub częściowo uszkodzony na skutek choroby, zaburzenia, urazu lub wady wrodzonej [94].
2. Klasyfikacja działań, w rozumieniu wszystkiego, co człowiek robi, od wykonywania bardzo prostych czynności do wykonywania bardzo złożonych i skomplikowanych działań, wymagających skoordynowanych zespołów czynności. Zawiera 617 różnych aktywności człowieka, takich m.in. jak: patrzenie, słuchanie, rozpoznawanie, komunikowanie się z innymi, prowadzenie gospodarstwa domowego.
3. Uczestnictwo – jest definiowane jako „rodzaj i zakres zaangażowania się osoby w sytuacje życiowe w środowisku, w którym żyje, począwszy od czynności samoobsługowych do uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej.

System ICF zapewnia informacje o stanie funkcjonalnym badanego wynikającym z procesu chorobowego oraz ograniczeniach czynnościowych jego życia w danych warunkach środowiskowych. Aby skutecznie prowadzić rehabilitację środowiskową należy wiedzieć, jakie ograniczenia funkcji w szerokim ich zakresie nadal utrudniają egzystencję jednostki oraz jakimi metodami je umniejszać i w miarę możliwości eliminować lub kompensować, jeśli nie są to trwałe ubytki morfologiczne czy funkcjonalne wynikające ze zmian w strukturze morfologicznej organizmu ludzkiego. System ICF zawiera trzy podstawowe składowe charakteryzujące stan osoby. Są to:

1. Ocena stanu morfologicznego i funkcjonalnego.
2. Ocena aktywności i uczestnictwa badanego w różnych aspektach życia społecznego i rodzinnego.

### 3. Ocena szerokiego wpływu warunków środowiskowych na egzystencję badanego w danych warunkach.

Takie podejście do szeroko pojętej kompleksowej rehabilitacji jest zgodne z jej modelem zaproponowanym przez WHO na początku lat 80-tych, charakteryzując proces i definicję rehabilitacji nie tylko w oparciu o biologiczne parametry niepełnosprawności lecz także dostrzegając uwarunkowania społeczne i psychologiczne tego procesu oraz wzajemną interakcję tych rozlicznych wpływów na szeroko pojętą opiekę rehabilitacyjną.

W zakresie postępowania klinimetrycznego ICF w sposób kompleksowy opisuje stan morfologiczny i czynnościowy chorego oraz jakie są konsekwencje społeczne tego stanu oraz jak wpływa na przebieg rehabilitacji dane środowisko. System ICF stanowi wielką szansę na poprawę skuteczności opieki rehabilitacyjnej, bardziej precyzyjnie określa różnego rodzaju niepełnosprawność, jej przyczyny i dalsze życiowe konsekwencje. Upowszechnienie tego systemu w jak największej liczbie krajów (członków WHO) pozwoli opisywać niepełnosprawność według jednolitych kryteriów, co bardzo wzbogaci międzynarodową wymianę informacji klinicznych i naukowych w tej dziedzinie.

Klasyfikacja niepełnosprawności, funkcjonowania i uczestnictwa związana ze stanem zdrowia w przypadku choroby, zaburzenia czy urazu zostanie wykorzystana w kontekście mojej pracy badawczej.

Reasumując, pomimo długiej tradycji pojęcie niepełnosprawności w dalszym ciągu pozostaje nie jednoznaczne. Niepełnosprawność jako model o wielopłaszczyznowym wymiarze związany jest z różnymi ograniczeniami funkcjonalnymi jednostki i środowiska. Ewolucja pojmowania niepełnosprawności od terminologii pejoratywnej do wskazującej na możliwości rehabilitacji i integracji społecznej osób niepełnosprawnych miała związek ze zmianami pojęcia zdrowia i choroby. Współczesne tendencje integracyjne w naukach medycznych i społecznych przyczyniają się do ewolucji terminologii niepełnosprawności w kierunku biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności.

## 2.4. Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna

Współczesna definicja zdrowia uwzględnia obok psychicznego i fizycznego także dobrostan społeczny człowieka. Wiąże to się z potrzebą oceny tej sfery życia oraz włączenia do terapii oddziaływań usprawniających funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Relacje jednostki z jej otoczeniem określają takie pojęcia jak: funkcjonowanie społeczne, przystosowanie społeczne, role i umiejętności społeczne. Funkcjonowanie społeczne jest pojęciem niejednoznacznym i szerokim, obejmującym wiele sfer życia człowieka. Załuska definiuje je lapidarnie jako jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jej społecznym układzie odniesienia [213]. Tyrer z kolei funkcjonowanie społeczne rozumie jako poziom na jakim osoba funkcjonuje w jej społecznym kontekście, od podstawowych umiejętności życiowych po relacje z innymi osobami i otoczeniem. Wśród czynników, które mogą mieć istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne Tyrer wymienia osobowość, intelekt, objawy choroby oraz okoliczności [194].

Termin przystosowanie społeczne zawiera w sobie obiektywną i subiektywną ocenę funkcjonowania. Gurland określił je jako efektywne pełnienie ról i zadań, do których jednostka była przygotowana oraz satysfakcję z ich wykonywania [175]. Odminną koncepcję przedstawili natomiast Katz i Lyrley, którzy zdefiniowali przystosowanie jako równowagę między jednostką a jej otoczeniem, brak objawów psychopatologicznych, odpowiednie wzory interakcji społecznych i właściwe pełnienie ról społecznych [126].

Funkcjonowanie społeczne mieści się w zakresie przystosowania społecznego, w którego strukturę można włączyć jakość życia osoby niepełnosprawnej, satysfakcję czy obciążenie rodziny. Obecnie do opisu relacji jednostka-otoczenie częściej wykorzystuje się instrumenty umożliwiające wyróżnienie ról społecznych. Rozumienie pojęcia roli społecznej różni się w zależności od dziedziny nauki. Z antropologicznego punktu widzenia rola społeczna jest swego rodzaju zewnętrznym konstruktem narzuconym jednostce, określa apriori jej pozycję w społeczeństwie. Psychologiczne podejście rozpatruje funkcjonowanie człowieka w relacjach z otoczeniem jako interaktywny proces. Socjologowie natomiast opisują rolę społeczną jako system stałych zachowań osobnika zgodnych z systemem oczekiwań, reguł i wzorów społecznych.



W takim podejściu rola społeczna jest funkcją uczestnictwa jednostki w życiu społecznym, wyznaczoną przez układ odniesienia, do którego należy jednostka [189].

Wiersna proponuje następującą definicję roli społecznej, na którą składają się elementy najczęściej spotykane w definicji: rola społeczna jest systemem oczekiwań ludzi dotyczących zachowań człowieka zajmującego określoną pozycję w społeczeństwie. Pozycja jest miejscem w społecznej strukturze, z którym wiąże się zespół norm, reguł i oczekiwań społecznych przestrzeganych powszechnie przez członków tej społeczności [200].

Funkcjonowanie społeczne wiąże się także bezpośrednio z umiejętnościami społecznymi, które obejmują werbalne i niewerbalne elementy zachowania. Umiejętności społeczne opisują zdolności osiągania przez jednostkę celów instrumentalnych (materialnych, biologicznych) i społeczno-emocjonalnych, uwzględniając prawa i potrzeby innych ludzi w danym kręgu kulturowym [213]. Posiadanie umiejętności społecznych i zdolności posługiwania się nimi pozwala na prawidłowe funkcjonowanie w otoczeniu i wypełnianie ról społecznych.

Każdy człowiek w zależności od wieku, płci, stanu cywilnego i innych czynników musi wykonywać liczne zadania życiowe czy zawodowe oraz uczestniczyć w sytuacjach społecznych, czyli musi wypełniać określone role. Upośledzenie występuje wówczas, gdy człowiek ma ograniczone lub uniemożliwione wypełnianie tych ról, a więc zadań i zachowań w sytuacjach społecznych, biorąc pod uwagę jego wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne, czyli formy działań i zachowań przyjętych i akceptowanych w danym środowisku kulturowym i społecznym [179].

Wielu autorów podejmowało się scharakteryzowania niepełnosprawności społecznej, stąd nie istnieje jednakowa, powszechnie stosowana definicja [28, 54, 127, 148, 149, 162].

Zgodnie z koncepcją Nagiego niesprawność jest dynamicznym procesem złożonym z czterech stopni: patologii, uszkodzenia, ograniczenia funkcjonowania oraz niesprawności. Czynna patologia to występowanie takiego stanu fizycznego lub psychicznego, który przerywa naturalne procesy fizyczne lub psychiczne ludzkiego organizmu i jednocześnie mobilizuje organizm do powrotu do stanu prawidłowego. Patologia może prowadzić do uszkodzenia, które Nagi definiuje jako utratę prawidłowej struktury anatomicznej, fizjologicznej lub psychicznej. Konsekwencją uszkodzenia może być ograniczenie funkcjonowania, które Nagi rozumie jako ograniczenie w osiągnięciu lub wykonywaniu podstawowej aktywności organizmu jako całości [133].

Ostatnim etapem jest niesprawność, która jest ograniczeniem w pełnieniu ról i zadań, jakie są społecznie oczekiwane w określonym kulturowo i fizycznie środowisku. Niesprawność to interakcja ograniczeń fizycznych lub psychicznych z czynnikami społecznymi i środowiskowymi [156].

Rozumienie niepełnosprawności czy też zaburzeń funkcjonowania społecznego zależy od pozycji oceniającego. Inną definicją posługuje się lekarz, a inną urzędnik instytucji ubezpieczeniowej przyznający świadczenia rentowe. Niesprawność jest procesem złożonym, dynamicznym, zmiennym w czasie i nasilaniu [22, 41].

## **2.5. Przyczyny i rodzaje niepełnosprawności**

Zróznicowanie grupy osób niepełnosprawnych wynika podobnie jak w każdej innej grupie z różnic płci, wieku, stanu cywilnego, statusu społecznego i ekonomicznego, wykształcenia, zainteresowania pracą. Jest też związane z rodzajem niepełnosprawności, zakresem zaburzeń i stopniem uszkodzenia. Wybierając określone kryterium, można dokonać szeregu kategoryzacji grupy osób niepełnosprawnych.

Biorąc pod uwagę rodzaj niepełnosprawności możemy wyróżnić następujące kategorie osób niepełnosprawnych:

- osoby z niepełnosprawnością fizyczną – u których występuje uszkodzenie, zaburzenie, choroba narządu ruchu lub niektóre zaburzenia mowy.
- osoby z niepełnosprawnością zmysłową (sensoryczną) – niewidomi, niedowidzący, niesłyszący, niedosłyszący.
- osoby z niepełnosprawnością psychiczną lub umysłową – osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, z upośledzeniem umysłowym i z autyzmem.
- osoby z niepełnosprawnością społeczną – zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej i zdrowia psychicznego.
- osoby z niepełnosprawnością złożoną, dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością [19, 123].

Niekiedy trudno jest przyporządkować jednostkę do konkretnej kategorii z uwagi na współwystępowanie zaburzeń, tj. niepełnosprawności sprzężonych. Sprzężenie dwóch lub więcej różnych zaburzeń i defektów może występować w obrębie jednej kategorii lub między kategoriami.

Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu stanowią w Polsce niemal połowę populacji osób niepełnosprawnych [42]. Pojęciem osoby niepełnosprawnej ze względu

na dysfunkcję narządu ruchu określamy osoby o ograniczonej sprawności kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa. W wyniku wypadku czy choroby może nastąpić uszkodzenie narządu ruchu a według klasyfikacji WHO są one przedstawione następująco:

1. uszkodzenie i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu – do tego rodzaju niepełnosprawności zaliczamy uszkodzenia kości i mięśni kończyn spowodowane urazami lub amputacjami. W zależności od liczby i zakresu uszkodzenia kończyn czynności manipulacyjnie lokomocyjne ulegają większemu lub mniejszemu ograniczeniu lub całkowitemu zniesieniu. Uszkodzenia te mogą mieć różny zakres:
  - jednej kończyny – górnej lub dolnej
  - dwóch lub więcej kończyn
  - trzech lub nawet czterech kończyn
2. zaburzenia czynności motorycznych obejmują:
  - porażenie – całkowite zniesienie czynności ruchowych
  - niedowład – częściowe zniesienie czynności ruchowych
3. deformacja narządu ruchu – objawia się nieprawidłowościami lub uszkodzeniami anatomicznej budowy narządu ruchu lub poszczególnych jego elementów. Mogą być spowodowane wadami wrodzonymi lub schorzeniami kości i mięśni narządu ruchu i przyjmować postać:
  - braku niektórych elementów narządu ruchu
  - dodatkowych elementów narządu ruchu
  - nieprawidłowo ukształtowanych elementów narządu ruchu
  - deformacji w postaci zeszywnienia stawów, kręgosłupa, zaniku mięśni.

Problemy związane z niepełnosprawnością ruchową, obejmują niemal wszystkie aspekty życia ludzkiego, poczynając od niedostosowania środowiska zewnętrznego a kończąc na problemach jednostki.

Często wykorzystywaną w badaniach, jest opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (1980 r.) klasyfikacja, w której wymienia się następujące grupy niepełnosprawności:

- niepełnosprawność zachowania,
- niepełnosprawność porozumiewania się,
- niepełnosprawności samoobsługi,
- niepełnosprawności lokomocyjne,

- niepełnosprawność dowolnych ruchów ciała,
- niepełnosprawność zręczności,
- niepełnosprawność sytuacyjną,
- niepełnosprawność umiejętności wybiórczych,
- inne niepełnosprawności [64].

Kolejny podział uwzględnia kryterium stopnia niepełnosprawności. Według tego kryterium możemy wyróżnić osoby niepełnosprawne w stopniu; znacznym, umiarkowanym, lekkim [122, 123].

Posługując się kryterium okresu życia, w którym wystąpiła niepełnosprawność, wyróżnia się osoby niepełnosprawne od urodzenia lub bardzo wczesnego dzieciństwa oraz osoby z niepełnosprawnością nabytą w różnych okresach życia wśród, których są:

- niepełnosprawni z powodu różnych chorób,
- niepełnosprawni z powodu różnych wypadków i urazów, zmian spowodowanych starzeniem się organizmu i schorzeniami wieku starczego.

Nie należy mylić ze sobą procesu, jakim jest choroba przewlekła, czy terminalna i stanu jakim jest niepełnosprawność; trzeba przyznać, iż przebieg choroby przewlekłej prowadzi do istotnych ograniczeń w funkcjonowaniu, wykonywaniu zadań życiowych i wypełniania ról społecznych. Osoby chore przewlekłe i terminalnie stanowią grupę ryzyka zagrożoną niepełnosprawnością [3, 25, 168].

W praktyce funkcjonuje także pojęcie niepełnosprawności biologicznej i prawnej, aby uznać osobę niepełnosprawną w świetle prawa musi ona mieć orzeczony stopień niepełnosprawności przez Komisję Powiatowego Centrum ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności. Nie wszystkie osoby niepełnosprawne występują z wnioskiem o ustalenie niepełnosprawności i funkcjonują jako osoby z niepełnosprawnością biologiczną.

W naszym społeczeństwie poszerza się grupa osób niepełnosprawnych o kategorię osób o niepełnosprawności społecznej. Do takich można zaliczyć wiele osób bezrobotnych, niezaradnych życiowo, osoby uzależnione od alkoholu, od narkotyków, sierot w zakładach opiekuńczych, dzieci z rodzin patologicznych na skutek przestępczości i/lub aktów agresji, osoby nadwrażliwe emocjonalnie, nie umiejące znaleźć się w określonej nowej rzeczywistości. Może to być niepełnosprawność krótkotrwała, długotrwała a nawet trwała. Problem tego rodzaju niepełnosprawności nie ogranicza się tylko do jednej osoby, ale dotyczy także jej

najbliższych członków rodziny. Osoba z niepełnosprawnością z przyczyn społecznych wymaga pomocy o innym ukierunkowaniu, niż osoba z chorobą somatyczną [83].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego główne przyczyny niepełnosprawności w Polsce to choroby (80%), urazy (14%) oraz wady wrodzone (5%). Najczęstszymi chorobami powodującymi niepełnosprawność były schorzenia układu krążenia i narządu ruchu [57].

Reasumując, klasyfikacja osób niepełnosprawnych dokonywana jest w oparciu o różne kryteria. Analiza przyczyn niepełnosprawności obrazuje wieloaspektowe dylematy związane z ograniczeniami funkcjonalnymi jednostki i środowiska. Zależnie od momentu powstania niepełnosprawności odmiennie przedstawia się rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Jednostka dysponuje innymi umiejętnościami, albo posiada określone braki rozwojowe. Niepełnosprawność w fazie dorosłości może być ujmowana jako utrata szansy przekształcenia posiadanych osiągnięć w dalsze plany życiowe. Podział dysfunkcji ze względu na zakres jest wysoce arbitralny. Często za pewne kryterium niepełnosprawności ujmowana jest ocena możliwości wykonywania pracy zawodowej.

### III. SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

#### 3.1. Skala zjawiska niepełnosprawności i jej dynamika

Według danych statystycznych, na świecie żyje ponad 550 mln ludzi niepełnosprawnych (w tym około 11% do 30 roku życia). W większości krajów przynajmniej jedna osoba na dziesięć jest niepełnosprawna fizycznie, umysłowo lub wykazuje zaburzenia w sferze zmysłów. Dodatkowo przyjmuje się, że skutki niepełnosprawności odczuwa około 40% populacji.

Według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w 2002 roku w Polsce żyło ogółem 5.456.711 osób niepełnosprawnych, co stanowi 14,3% ludności ogółem. Oznacza to, że co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną (1978 – co 14, 1988 – co 10) [134]. Od 1993 roku prowadzone są przez GUS co kwartał Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Badania te dotyczą również osób niepełnosprawnych z niepełnosprawnością prawnie orzeczoną. W 2002 roku GUS ocenił rozmiar niepełnosprawności w badaniu stanu zdrowia ludności wykazując, że w tym okresie żyło w Polsce 6,2 mil osób niepełnosprawnych, z czego 4,8 mil osób niepełnosprawnych prawnie [56, 65]. Osoby niepełnosprawne żyją w co trzecim gospodarstwie domowym, przy czym w 12,5% gospodarstw domowych osobą niepełnosprawną jest „głowa rodziny” [57].

Z różnych przyczyn wzrasta liczba osób niepełnosprawnych. W warunkach europejskich decydującymi czynnikami są wypadki przy pracy, urazy komunikacyjne, a także wyraźny wzrost długości życia (o ponad 20 lat w minionych 80 latach). Zgodnie z ustaleniami Komisji Wspólnoty Europejskiej (2000 r.) odsetek osób z jakimś rodzajem niepełnosprawności wynosi 10% ogółu populacji ludności krajów Wspólnoty. W Polsce (dane Głównego Urzędu Statystycznego) odsetek ten wynosi od 3,3% ogółu populacji wśród dzieci do lat 15 do 83,7% w przypadku osób, które mają ukończone 80 lat i więcej (2% populacji przekroczyło już 80 rok życia) [57].

Z powyższych analiz wynika, że największy odsetek tej grupy to jednostki w wieku 15 lat i więcej. Uszczegóławiając, w 1978 r. stanowiły one 98%, w 1988 – 98,7%, a w 1996 r. – 94,7% populacji niepełnosprawnych. Dzieci w wieku 0 – 14 lat stanowią 5,3% ogólnej liczby osób niepełnosprawnych [57].

Wśród osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej nieznacznie przeważają kobiety (około 52% populacji), relacja ta utrzymuje się zarówno w mieście jak i na wsi. Ponad 58% osób niepełnosprawnych to mieszkańcy miast, w tym 47% zamieszkuje duże aglomeracje powyżej 100 tys. mieszkańców. Natomiast co piąta osoba mieszka w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę strukturę ogółu ludności zauważa się, że częstotliwość występowania niepełnosprawności była większa na wsi niż w mieście (odp. 20,1% i 15,9%) [57].

Z kolei analiza stopnia i przyczyn niepełnosprawności wykazuje, że (około) co piąta osoba niepełnosprawna w wieku 15 lat i więcej ma orzeczenie równoznaczne znacznemu stopniowi niepełnosprawności, a odsetek osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym lub lekkim stopniu niepełnosprawności jest zbliżony do siebie (38,1% i 37,6%).

W grupie przyczyn niepełnosprawności najczęściej występują uszkodzenia i choroby narządu ruchu – 46,5%; schorzenia układu krążenia – 45,5%; schorzenia neurologiczne 23,9%; uszkodzenia narządu wzroku; inne schorzenia – 34,3% [77].

Istotną cechą demograficzno-społeczną jest wykształcenie. Ponad połowa (51,7%) osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej deklaruowała wykształcenie podstawowe i podstawowe niepełne, zasadnicze zawodowe – 23,1%, średnie ogólnokształcące – 6,2%, policealne i średnie zawodowe 14,7%, wyższe 4,2%.

Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wykazały, iż w latach transformacji współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej zmniejszył się z 26,4% w 1988 r. do 15,2% w 2006 r. tj. o 11,2 punktów procentowych. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych obniżył się z 26,4% (1988) do 12,9% (2006) tj. o blisko 14 punktów. Stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych w 2007 roku była wyższa od stopy bezrobocia dla ogółu ludności. Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych jest ograniczona przez następujące cechy:

- wiek osoby niepełnosprawnej; aktywność zawodowa była wyższa w grupach mobilnych zawodowo – w wieku 25-29 lat pracowała przeciętnie co czwarta osoba niepełnosprawna,
- poziom wykształcenia; największą aktywność zawodową wykazywały osoby z wyższym wykształceniem (25,1%), zaś najbardziej swoją aktywność ograniczały osoby z wykształceniem podstawowym niepełnym podstawowym,

- stopień niepełnosprawności; najczęściej aktywność zawodowa występowała w grupie z lekkim stopniem niepełnosprawności (2006 r. – 24%),
- charakter schorzenia; najczęściej pracowały osoby ze schorzeniami narządu ruchu, najrzadziej z upośledzeniem umysłowym,
- charakter pracy; częściej pracowały osoby zamieszkałe na wsi – praca we własnym gospodarstwie rolnym lub członka rodziny [56].

Wśród osób zarejestrowanych w Urzędach Pracy 42,7% stanowią kobiety, natomiast 57,3% mężczyźni. Należy również zwrócić uwagę, iż ponad 75% ogółu osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Rejonowych Urzędach Pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy są to osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym (25-55lat). Wśród nich osoby niepełnosprawne w wieku 25-44 lat (40,3%), następnie osoby w wieku 45-55 lat (36,0%). Osoby do 24 roku życia to 13,1 %, a powyżej 55 lat to 10%.

Tempo zmian społeczno-ekonomicznych, zmiany w strukturze rodziny, postępy medycyny sprawiają, że liczba osób niepełnosprawnych systematycznie rośnie, dotyczy to również mieszkańców wsi. Mimo pozytywnych zmian w sferze świadomości społecznej, osoby niepełnosprawne dalej są odbierane jako lęklive, zaniedbane, unikające kontaktu, słabo wykształcone. W budowie wsparcia społecznego w ostatnich latach wiele uczyniono. Jednak te pozytywy nie mogą w pełni zadawać i być przyczyną do zaniechania dalszych zmian. Należy bowiem dużo czynić, by to, co zbudowano utrzymać, a także, by każda osoba niepełnosprawna miała szansę korzystania z różnorodnych form pomocy, a przede wszystkim miała możliwości wyborów, udziału w życiu społecznym i podejmowania wyzwań życiowych.

### **3.2. Polityka państwa i Unii Europejskiej wobec osób niepełnosprawnych**

Osoby niepełnosprawne są członkami społeczności lokalnej, mają takie same prawa i obowiązki co każdy inny obywatel.

Tworzenie mechanizmów prawnych chroniących godność, równość i podstawowe prawa osób niepełnosprawnych zainicjowały Narody Zjednoczone. Już podstawowe Zasady Narodów, zawarte w Karcie Narodów, Deklaracji Praw Człowieka i innych aktach, m.in. Deklaracji na temat Praw Osób Niepełnosprawnych w 1975 roku potwierdziły prawa tej grupy do respektowania wszelkich praw na równi z pozostałymi członkami społeczeństwa. Przyjęte w 1993 roku przez ONZ Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych stanowią dyrektywy działania rządów



i organizacji pozarządowych w zakresie prawodawstwa i oceny polityki ekonomicznej, socjalnej, edukacyjnej, kulturalnej [117, 181].

Sprawy dotyczące osób niepełnosprawnych w Polsce są regulowane w wielu aktach prawnych różnej rangi – od konstytucji przez ustawy, uchwały izb parlamentu, rozporządzenia, zarządzenia wykonawcze, aż po uchwały gmin.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. (Dz. U. Nr 78. poz. 483) stanowi, że wszyscy są wobec prawa równi (art. 32 ust.1.). Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny (art.32 ust. 2). Ustawa zasadnicza (KRP) w ten sam sposób gwarantuje prawa osób niepełnosprawnych, nakłada też na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym (art. 68), a także obowiązek pomocy tym osobom w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69) [96].

Jednym z podstawowych dokumentów dotyczących osób niepełnosprawnych w Polsce jest Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. Została przyjęta przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 1 sierpnia 1997 roku. Dokument ten jest Uchwałą Sejmu RP, co oznacza, że nie gwarantuje konkretnych uprawnień, można jednak oficjalnie powoływać się na niego, jako na akt uchwalony przez Sejm i wyrażający jego wolę. Karta uznaje, że osoby niepełnosprawne mają prawo do „niezależnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”. Dokument zawiera katalog praw dla osób niepełnosprawnych, wymagające szczególnej uwagi, aktywnego wsparcia zapobiegającego dyskryminacji oraz ciągłego monitorowania [77].

W 1993 roku zgodnie z zaleceniami Rady Ministrów Rady Europy został opracowany Rządowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem. Stanowi on podstawowy dokument określający kierunki polityki społecznej wobec tej grupy społecznej. W programie jest bardzo istotny zapis: „Rząd uznaje, że działania na rzecz osób niepełnosprawnych mają charakter interdyscyplinarny, a więc dotyczą wszystkich dziedzin i przejawów życia w aspekcie zaspakajania potrzeb tych obywateli. Działania wobec osób niepełnosprawnych są działaniami ogólnospołecznymi, ponieważ skutki niepełnosprawności dotyczą wszystkich dziedzin życia”.

Gwarancje praw osób niepełnosprawnych we Wspólnocie Europejskiej od lat traktowane są w kategorii polityki społecznej. To efekt powszechnie akceptowanych

założeń, że miarą kultury współczesnych społeczności jest poziom bezpieczeństwa społecznego najsłabszych grup jednostek.

W Polsce wyraźne zainteresowanie tymi kwestiami wśród polityków jak przedstawicieli świata nauki zarejestrowano dopiero po roku 2004, po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Członkostwo w strukturach Unii Europejskiej nie tylko obligowało podmioty polityki społecznej wszystkich szczebli do wdrażania standardów opiekuńczych, ale dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Społecznego stworzyło niepowtarzalne szanse na skuteczne organizowanie przyjaznej przestrzeni życiowej, zawodowej i społecznej osobom niepełnosprawnym [159, 196].

Jedną z najistotniejszych reform, z punktu widzenia systemowych uwarunkowań funkcjonowania państwa w sferze polityki społecznej jest wdrażana od 1 stycznia 1999 roku reforma samorządowa. Zmiana podziału administracyjnego kraju i decentralizacja administracji spowodowała przeniesienie kompetencji władz na szczebel powiatowy i gminy. Olbrzymia większość pieniędzy przed wprowadzeniem nowego podziału administracyjnego kraju zarządzana była przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [163]. Obecnie około 50% tego budżetu trafia do powiatów. Zwiększająca się samorządność społeczeństwa pozwala na łączenie działań na poziomie lokalnym [108]. Szczególnie ważnym ogniwem w strukturze podmiotów polityki społecznej stał się obecnie samorząd powiatowy. Jego formalne i funkcjonalne właściwości zawarte w katalogu starosty, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz Powiatowego Urzędu Pracy wobec osób niepełnosprawnych przy jednoczesnej decentralizacji PFRON tworzą racjonalne podstawy do poprawy społecznej i ekonomicznej efektywności świadczonych usług społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych. Jedną z nadrzędnych powinności samorządu powiatowego w zakresie pomocy społecznej jest tworzenie Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych. Poważna rola w jej konstruowaniu przypisana jest partnerom społecznym w tym organizacjom pozarządowym jako podmiotom polityki społecznej realizującym zadania z tego zakresu w społeczności lokalnej [11, 197].

W Polsce istnieje około 5 tys. organizacji pozarządowych działających na rzecz niepełnosprawnych. Ich zasięg i liczba, a zatem wpływy są ogromnie zróżnicowane. Skuteczność ich inicjatyw zależy jednak od wspólnego działania, także z władzami samorządowymi. Świadomość takiej konieczności jest coraz powszechniejsza [193, 201].

Mimo korzystnych zmian rzeczywista sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce odbiega od standardów unijnych. Widoczna jest dysproporcja między zapisem prawnym a realizacją. Potwierdza się ograniczone uczestnictwo osób niepełnosprawnych w rozwiązaniach systemowych [7, 215].

Z doświadczeń okresu transformacji w Polsce wynika, że brak jest jasnej i spójnej koncepcji polityki wobec osób niepełnosprawnych.

Odpowiedzialność za politykę wobec niepełnosprawności w Unii Europejskiej spoczywa na poszczególnych państwach członkowskich. Każdy kraj Wspólnoty prowadzi własną politykę społeczną i tworzy różnorodne systemy wsparcia tej grupy osób. Wiąże się to z zasadą pomocniczości, zgodnie z którą to co może być realizowane prawidłowo na poziomie krajowym, powinno być tam wprowadzone w życie. Unia Europejska zainicjowała szereg działań, które przez wiele lat były inspirowane przede wszystkim przedsięwzięciami dwóch organizacji międzynarodowych: Rady Europy i Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ). Dokumentami Rady Europy adresowanymi bezpośrednio do osób niepełnosprawnych są: Rezolucja dotycząca spójnej polityki w sprawie rehabilitacji osób niepełnosprawnych z 1984 roku, zastąpiona w 1992 roku Zaleceniem w sprawie spójnej polityki wobec osób z niepełnosprawnością [212].

Pierwszym dokumentem, w którym Wspólnota przedstawiła swoją strategię na rzecz osób niepełnosprawnych był Komunikat Komisji Europejskiej z 1996 roku w sprawie równych szans: Nowa Strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, który został wsparty uchwałą Rady. Istotnym posunięciem w polityce Unii wobec niepełnosprawności było podpisanie w 1997 roku traktatu amsterdamskiego. Wraz z jego wejściem w życie w 1999 roku zwiększyła się możliwość ingerowania Unii w ustawodawstwo socjalne państw członkowskich i rozwijania europejskiej polityki socjalnej [196].

Strategia Wspólnoty skupia się na trzech zagadnieniach: współpracy między Komisją Europejską a krajami członkowskimi, promowaniu pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, upowszechnianiu problematyki niepełnosprawności we wszystkich unijnych inicjatywach. Wszystkie działania poszczególnych państw członkowskich są wspierane przez inicjatywę na poziomie Unii. Ponadto strategia Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności obejmuje wiele dziedzin życia społecznego. Do kluczowych problemów należą: walka z dyskryminacją, budowanie otwartego społeczeństwa i poprawa dostępu do szeroko rozumianego

otoczenia oraz przeciwdziałanie społecznej marginalizacji. Działania podejmowane są we wszystkich ważnych sferach życia [90].

Jednym z głównych celów Wspólnoty jest zwalczanie dyskryminacji. Pierwszym krokiem w tworzeniu antydyskryminacyjnego ustawodawstwa w Unii Europejskiej poza dotyczącym równości płci i równego traktowania osób bez względu na pochodzenie społeczne, jest Dyrektywa Rady Unii Europejskiej z 27 listopada 2000 roku w sprawie ustanowienia ogólnych ram równego traktowania w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu (2000/78/WE) [37].

Kolejnym bardzo ważnym celem Unii Europejskiej jest usunięcie wszelkich barier, które utrudniają tej grupie osób pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Przyjęty został Komunikat Ku Europie bez Barier z Niepełnosprawnością, w którym zawarto strategię zmierzającą do likwidacji wszelkich barier [31]. Dotyczą one wszelkiego rodzaju środków transportu, znoszenia barier architektonicznych oraz dostępu do informacji i nowych technologii.

Następnym bardzo ważnym obszarem, w którym podejmowane są działania na poziomie Wspólnoty, jest edukacja. W krajach Unii widoczny jest trend włączania dzieci i młodzieży w powszechny nurt edukacji. Nauka w szkole masowej jest korzystna zarówno dla uczniów niepełnosprawnych jak i pełnosprawnych, ponieważ pozwala im zrozumieć, że wszyscy mają prawo do pełnego uczestnictwa i równości w społeczeństwie [196].

Do realizacji idei stworzenia społeczeństwa otwartego na wszystkich jest konieczne zapewnienie odpowiednich środków finansowych. Znacznych nakładów wymaga: likwidacja istniejących barier architektonicznych, działania legislacyjne, informacyjne, promocja integracyjnego modelu społecznego, edukacja czy wspieranie inicjatyw gospodarczych. Jednym z pierwszych funduszy Unii przeznaczonym na tego typu cele był Europejski Fundusz Społeczny. Drugim funduszem strukturalnym jest Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego. Fundusze strukturalne dostępne są jedynie państwom członkowskim Unii Europejskiej [196].

Parlament Europejski wspólnie z innymi instytucjami Unii pracuje nad przygotowaniem dla wszystkich państw członkowskich jednolitego prawa dotyczącego m.in. osób niepełnosprawnych. Główne akcenty kładzie się na następujące grupy problemowe: likwidacja różnic w obowiązujących terminologiach niepełnosprawności i wynikających z nich konsekwencji prawnych; tworzenie trwałych procesów integracyjnych, społecznych i zawodowych z jednoczesnym uświadamianiem

społeczeństwa o ich znaczeniu dla osób niepełnosprawnych; aktualizacja prawodawstwa oraz nowe rozwiązania legislacyjne dotyczące tych osób uwzględniające ciągle przemiany społeczne zachodzące w poszczególnych państwach oraz tworzenie spójnej polityki społecznej.

### **3.3. Specyfika problemów osób niepełnosprawnych na wsi**

Pojęcie wsi jest przeciwstawieniem pojęcia miasta. W szczególności duże migracje miały miejsce pomiędzy wsiami i miastami na skutek wypychających sił wobec warunków życia na wsi. Wieś cechuje szybszy przyrost populacji, dzielenia pól między potomstwo, ubóstwo i brak zatrudnienia, złe warunki higieniczne domostw i zagród, brak szkół. Na pogorszenie się sytuacji drobnych gospodarstw wpływa konkurencja w ramach gospodarki rynkowej, postęp mechanizacji rolnictwa i scalania gruntów. Drugą przyczyną jest siła przyciągania miasta poprzez jego lepszy standard życia: łatwiejsze zatrudnienie i z tego wynikające wyższe zarobki, lepsza opieka zdrowotna, wyższy poziom higieny, ułatwienia życia z powodu istniejących infrastruktur, istnienia ośrodków kultury [167]. Współczesna wieś polska podlega głębokim i gwałtownym przemianom społeczno – kulturalnym. Dokonuje się proces przechodzenia wsi od kultury ludowej do kultury miejskiej. Przemiany te przebiegają nierównomiernie i jednocześnie główny ciężar kryzysu gospodarczego spadł właśnie na obszary wiejskie i stał się przyczyną pogorszenia warunków społecznych i zdrowotnych życia ludności wiejskiej.

Ludność wiejska stanowi ponad 38% ludności Polski i zamieszkuje terytorium obejmujące 93,4% powierzchni kraju. Z danych Powszechnego Spisu Rolnego wynika, że 11,6 mln osób (około 66% ludności wiejskiej), to ludność związana z rolnictwem. Z tej grupy, tylko 1,9 mln osób uzyskuje wyłączne lub główne źródło utrzymania z pracy w swoim gospodarstwie. Zaznacza się tendencja do zmniejszania się odsetka osób utrzymujących się wyłącznie z gospodarstwa rolnego [134].

Przemiany gospodarcze ostatniego dziesięciolecia wpłynęły na zmniejszenie aktywności zawodowej mieszkańców obszarów wiejskich. Odsłoniły również ukrywane wcześniej społeczne i gospodarcze zapóźnienia rozwojowe w rolnictwie i na polskiej wsi. Zjawisko bezrobocia na wsi ma nieco inny charakter niż w mieście, jest trwalsze, a rynek pracy jest mniej elastyczny. Ten negatywny obraz wsi zaostrzył się wobec równoległego rozwoju polskich miast.

Rynek pracy na wsi odczuł przemiany gospodarcze w sposób dotkliwy. Po pierwsze dostosowanie przedsiębiorstw do gospodarki rynkowej oznaczało zwolnienia z pracy, w pierwszej kolejności pracowników sezonowych i dwuzawodowców (chłoporobotników). Konkurencyjność mieszkańców wsi i ich możliwość uzyskania pracy w mieście okazała się ograniczona co w efekcie zahamowało migrację ze wsi do miast. Dostosowanie do potrzeb rynku objęło również rolnictwo, które w pierwszych trzech latach transformacji zmniejszyło liczbę pracujących o prawie milion. Po drugie sytuacja demograficzna na wsi również sprzyjała przeludnieniu i narastaniu ukrytego bezrobocia na obszarach wiejskich. Oznacza to spadek liczby pracujących w rolnictwie o ponad 20% [1].

Ta trudna sytuacja dotknęła szczególnie osoby niepełnosprawne. Tradycyjne instytucje, takie jak spółdzielnie inwalidów zapewniające osobom niepełnosprawnym miejsce pracy i rehabilitacji uległy w większości likwidacji [58].

Aspiracje ludności wiejskiej zderzają się z barierą edukacyjną. Ludność wiejska legitymuje się znacznie niższym poziomem wykształcenia niż w mieście. Polska wieś cechuje się znacznym rozproszeniem lokalizacyjnym. W naszym kraju jest 56. 803 miejscowości wiejskich, w tym prawie 43 tyś. wsi i 14 tyś. koloni, przysiółków i osad. Około 70% powiatów w Polsce można w całości zakwalifikować jako obszary wiejskie. Rozproszenie lokalizacyjne wsi stanowi znaczne utrudnienie w dostępie mieszkańców do ośrodków gospodarczych, administracyjnych i handlowych, w tym do instytucji oświaty, zdrowia, informacji, hamuje rozwój pozarolniczych funkcji wsi, nie sprzyja lokowaniu inwestycji gospodarczej na wsi [44].

Występuje znaczny niedorozwój infrastruktury społecznej na wsi. Zlikwidowano wiele placówek kulturalnych, oświatowych i ochrony zdrowia. Są trudności w utrzymaniu i zapewnieniu właściwego standardu funkcjonowania placówek istniejących. Stopień wyposażenia tych placówek wykazuje duże zróżnicowanie regionalne, które wynika głównie z dostępności środków, a po części z różnic aspiracji władz samorządu terytorialnego [50].

Wieś jest młodsza z porównaniu z miastem. Więcej tu bowiem ludzi w wieku przedprodukcyjnym (0 – 14 lat) i wczesno produkcyjnym (15 – 30 lat). Młoda generacja wsi III Rzeczypospolitej jest z pewnością inna niż młode pokolenie wsi Polski Ludowej. Nie jest to kategoria związana przede wszystkim z rolnictwem i zorientowana na życie wyznaczone przez ten typ aktywności ekonomicznej [51].

Niepełnosprawni na wsi znajdują się w środowisku znacznie różniącym się od innych środowisk. Podstawowa różnica jest w tym, że główny wpływ na ich zdrowie, na warunki życia i pracy ma środowisko przyrodnicze [23]. Mniejszy wpływ mają skupienia ludzi, które w istotny sposób kształtują warunki życia jednostki. Drugim czynnikiem jest mechanizacja i chemizacja procesów produkcji rolnej. Znacznie więcej jest czynników środowiska, które mogą powodować powstawanie wypadków i chorób przewlekłych, a także znacznie więcej tych czynników utrudniających przystosowanie się do życia z niepełnosprawnością na wsi [82].

Nowe procesy technologiczne wprowadzone do rolnictwa i do zawodu rolnika niewątpliwie ułatwiają pracę nie tylko osobom sprawnym, ale także niepełnosprawnym. Za granicą są daleko zaawansowane prace konstrukcyjne i wytwarzane są narzędzia i pojazdy znacznie ułatwiające osobom niepełnosprawnym pracę w rolnictwie i ogrodnictwie [29]. Mechanizacja ułatwia pracę w rolnictwie, ale stanowi także poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ich użytkowników. Równocześnie postęp ten eliminuje możliwość wykonywania przez niepełnosprawnych rolników niektórych prac i czynności (np. prowadzenie ciągnika i obsługa maszyn). Niepełnosprawni mieszkańcy wsi, głównie rolnicy indywidualni, na ogół pozbawieni są możliwości pracy, która uwzględniałaby poziom ich fizycznej i psychicznej wydolności, jak i rodzaje ograniczeń ich sprawności.

W rolnictwie istnieje wiele zróżnicowanych możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych, pomimo iż podstawowe prace na roli wymagają dużego wysiłku fizycznego i poruszania się na dużych przestrzeniach w różnych warunkach atmosferycznych. Możliwości tej pracy w różnym stopniu uzależnione są, z jednej strony od rodzaju niepełnosprawności, stopnia zmechanizowania gospodarstwa, rodzaju specjalizacji produkcyjnej, zakresu podziału pracy, oraz z drugiej strony psychologicznego rozumienia problemów niepełnosprawności przez członków rodziny i miejscowej społeczności [44].

Sytuacja zróżnicowania produkcji rolnej na wsi jest niewątpliwie korzystna dla osób niepełnosprawnych. Są działy produkcji trudne do przystosowania się do nich osób niepełnosprawnych. Od kilku lat na wsi obserwuje się ukierunkowanie produkcji. Powstają gospodarstwa specjalizacyjne wysoko zmechanizowane i skomputeryzowane. Do tego typu produkcji wiele osób niepełnosprawnych może się przystosować niewielkim wysiłkiem własnym i przy niedużych nakładach pieniężnych [67].

W gminach wiejskich działają również firmy handlowe, produkcyjne i budowlane. Mają one mniejsze rozmiary niż w mieście, ale nie mniej jednak tworzą też miejsca pracy dla osób niepełnosprawnych.

Nie można pominąć także możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych w zakresie prostej pracy, którą mogą wykonywać w zakładach pracy chronionej. Funkcjonowanie zakładów pracy chronionej odbywa się pod silną presją rynkowej orientacji ekonomicznej, a dodatkowo widoczny jest silny nacisk społeczności osób niepełnosprawnych, która słusznie domaga się wyrównania szans zawodowych [136].

Zakład pracy chronionej poza pracą na stanowiskach przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych zapewnia doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne [8, 190].

Samorządy terytorialne w ramach realizacji Rządowego Programu Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przy współdziałaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych tworzą na terenach wiejskich zakłady aktywności zawodowej, które dają niepełnosprawnym możliwość doskonalenia umiejętności zawodowych i co jest z tym bezpośrednio związane – tworzą perspektywę podejmowania pracy poza takim zakładem [139].

Osoby niepełnosprawne żyjące na wsi są częścią tej społeczności. Jakość ich życia wyznacza w dużej mierze kultura środowiska. Umiejętność i możliwość pracy we wszystkich przydatnych zakresach w rolnictwie jest wyznacznikiem przydatności człowieka w rodzinie i społeczności wiejskiej. Zdrowy człowiek jest ceniony za swój wkład pracy, podczas gdy niepełnosprawny z reguły traktowany jest jako mniej wartościowy, a więc nieprzydatny lub mało przydatny w gospodarstwie, oraz wymagający opieki i nakładów pieniężnych. Dlatego też systemowe regulacje w tym zakresie wobec osób niepełnosprawnych w ujęciu programowym, formalno – prawnym, oraz instytucjonalno – finansowym stały się w ostatnich latach priorytetowym kierunkiem działań w polityce społecznej państwa na rzecz osób niepełnosprawnych [47, 71].

Podsumowując należy stwierdzić, że osoby niepełnosprawne na wsi żyją w bardzo zróżnicowanych warunkach ekonomicznych, socjalnych i obyczajowych. Niepełnosprawność jest szczególnym problemem społecznym, który dotyczy dużej grupy osób i ich rodzin. Jest to powszechne zjawisko, które wywołuje poważne konsekwencje zarówno w sferze indywidualnej jak i globalnej. Powszechność tego zjawiska zobowiązuje samorząd gminy i każdą społeczność lokalną do podejmowania



określonych działań wspomagających i łagodzących skutki niepełnosprawności. Obliguje do szeroko rozumianej integracji różnych środowisk na rzecz przełamywania barier w dostępie osób niepełnosprawnych do dóbr duchowych i materialnych, a także tych tkwiących w niewłaściwych postawach wobec niepełnosprawnych. Dzięki ich zniesieniu niepełnosprawni będą uczestniczyć w życiu gospodarczym, kulturalnym i politycznym na równi z osobami sprawnymi. Do zrealizowania tych zadań osoby niepełnosprawne potrzebują fachowej pomocy, dobrych i klarownych rozwiązań prawnych, a także przemyśleń organizacyjnych, które powinny stanowić element rehabilitacji zawodowej.

### **3.4. Konsekwencje niepełnosprawności**

Istotnym aspektem niepełnosprawności prowadzącym do złożonych problemów są konsekwencje wynikające z ograniczenia lub braku sprawności człowieka. Konsekwencje te możemy rozpatrywać ze względu na to kogo one dotyczą (możemy mówić o konsekwencjach dla osoby, rodziny, społeczeństwa) oraz ze względu na to jaki mają wpływ na przyszłość i szanse rozwoju osoby niepełnosprawnej (możemy wtedy mówić o konsekwencjach pozytywnych lub negatywnych). Można analizować je w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym.

Oddziaływania obejmujące zakres fizycznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych wchodzą w sferę kompetencji pracowników medycznych i polegają na:

- leczeniu,
- pielęgnowaniu zapobiegającemu pogorszeniu się sprawności i powikłaniom zdrowia,
- usprawnianiu.

Choć na konsekwencje niepełnej sprawności nie można patrzeć jedynie w wymiarze jednostkowym to jednak perspektywa ta jest bardzo istotna. Wiadomo bowiem, że każda niepełnosprawność dotyczy konkretnej osoby i wymaga indywidualnego podejścia i indywidualnej pomocy. Niepełnosprawność oznacza utratę zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale również na poziomach psychologicznym i społecznym. Obejmuje swoim zakresem pierwotny defekt biologiczny organizmu a także jego skutki psychologiczne i społeczne [102].

Jedność psychofizyczna organizmu polega na wzajemnym wpływie zmian somatycznych i psychicznych, zmiany sprawności fizycznej prowadzą więc do wystąpienia niekorzystnych reakcji psychicznych [24]. Zależą one od wieku i osobowości, czasu oddziaływania bodźców szkodliwych na psychikę i od rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa, od przyczyny niepełnosprawności i lokalnej społeczności [161].

Osoba niepełnosprawna doświadcza poważnej traumy psychicznej, która powstaje w wyniku uświadomienia sobie posiadania trwałego defektu fizycznego. Przeżywane cierpienie odnosi się do konfliktu związanego z oceną własnej niepełnosprawności i polega na odczuwaniu jednocześnie miłości i nienawiści do samego siebie. Uświadomienie sobie przez osobę niepełnosprawna własnego kalectwa wywołuje nie tylko silną reakcję emocjonalną, ale skłania również do obrony przed nadmiernym napięciem psychicznym. Poradzenie sobie z cierpieniem związanym z uszkodzeniem własnego ciała nie kończy jeszcze cierpienia na jakie narażona jest osoba z uszkodzeniem organizmu. Zaczyna ona doświadczać nowych problemów od momentu, kiedy podejmuje próbę powrotu do normalnej aktywności życiowej. W tym czasie przygotowuje się do zmiany roli chorego na rolę osoby niepełnosprawnej nie wie co ją będzie czekało w przyszłości, co będzie mogła robić, a czego nie, na czym będzie polegał proces usprawniania i czym może się on zakończyć.

Każdy rodzaj niesprawności wpływa na aktywne życie społeczne i zawodowe oraz stan zależności ekonomicznej. Niepełnosprawność powoduje także inne konsekwencje o charakterze społecznym. Z. Kawczyńska-Butrym [84] zalicza do nich:

- zmianę pozycji – z pracownika na osobę bez pracy lub pracującą w ograniczonym zakresie; z osoby decydującej o sprawach rodziny na osobę uzależnioną od pomocy innych itp.
- zmianę ekonomiczną – od samodzielności ekonomicznej do ekonomicznego uzależnienia, czyli od sytuacji, gdy człowiek mógł np. podejmować decyzje dotyczące konkretnych wyborów; do sytuacji, gdy zaspokojenie jego potrzeb bytowych jest zależne od pomocy z zewnątrz – innych osób z rodziny, instytucji,
- zmianę oczekiwań społecznych i wyznaczanie nowych ról; ról kulturowo związanych z faktem, że jest się osobą niepełnosprawną.

Inny rodzaj konsekwencji, który należy brać pod uwagę w związku z niepełnosprawnością to konsekwencje dla rodziny [21]. Każda rodzina reaguje indywidualnie na fakt ograniczenia sprawności jednego lub więcej swoich członków.

Niemniej jednak w wielu funkcjach pojawiają się głównie konsekwencje niekorzystne dla całości funkcjonowania rodziny. W obrębie poszczególnych funkcji w rodzinie pojawiają się reakcje negatywne wyrażające się w:

- wycofywaniu się rodziny z dotychczas pełnionych zadań,
- ograniczaniu części zadań,
- nadmiernej koncentracji na wybranych zadaniach powodującej przeciążenie obowiązkami,
- niezadowoleniu, dezercji lub rozwodzie,
- niekorzystnych zmianach w stanie zdrowia, zdrowych poprzednio osób.

W obrębie niektórych funkcji pełnionych przez rodzinę obserwuje się zdecydowane zmiany pozytywne np. większą troskę o osobę niepełnosprawną, częste okazywanie miłości i unikanie konfliktów. Należy pamiętać, że zaobserwowane ogólne tendencje w wielu rodzinach nie świadczą o tym, że wszystkie rodziny tak właśnie reagują. Każda rodzina reaguje indywidualnie i mogą to być konsekwencje korzystne czyli pozytywne jak i negatywne.

Konsekwencje niepełnosprawności nie ograniczają się jedynie do determinującego wpływu osób doświadczonych tym stanem na ich życie rodzinne i najbliższe środowisko, ale wywołują również następstwa związane z funkcjonowaniem całego społeczeństwa.

#### **IV. CEL BADAŃ**

Województwo wielkopolskie jest jednym z tych, w którym zjawisko niepełnosprawności występuje ze szczególnym natężeniem. Znajduje to również potwierdzenie w wyniku ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego. W 2002 roku w województwie wielkopolskim liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 525,1 tyś., co stanowi 15,7% ogółu ludności faktycznej w województwie wielkopolskim, (w kraju 5456,7 tyś., tj. 14,3%). Oznacza to, że przeciętnie co szósty mieszkaniec Wielkopolski był osobą niepełnosprawną. W województwie wielkopolskim na 1000 mieszkańców przypadało 157 osób niepełnosprawnych (w kraju 143 osoby). Większe natężenie zjawiska niepełnosprawności występowało tylko w województwach lubelskim i małopolskim (ponad 180 osób na 1000 mieszkańców). W województwie wielkopolskim wskaźnik niepełnosprawności na wsi był wyższy niż w miastach [134].

**CEL GŁÓWNY:** Ocena socjomedycznych aspektów funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim.

#### **CELE SZCZEGÓŁOWE:**

1. Ocena warunków socjalno-bytowych osób niepełnosprawnych w wieku 18-45 lat.
2. Analiza aktywności osób niepełnosprawnych i ich uczestnictwa w życiu społecznym.
3. Ocena wsparcia społecznego w środowisku zamieszkania i wpływu pracy zawodowej na funkcjonowanie badanych osób niepełnosprawnych.
4. Przedstawienie potrzeb zdrowotnych i samooceny stanu zdrowia badanych.
5. Ocena zdolności badanych do wykonywania złożonych czynności życia codziennego.

## V. MATERIAŁ I METODY BADAŃ

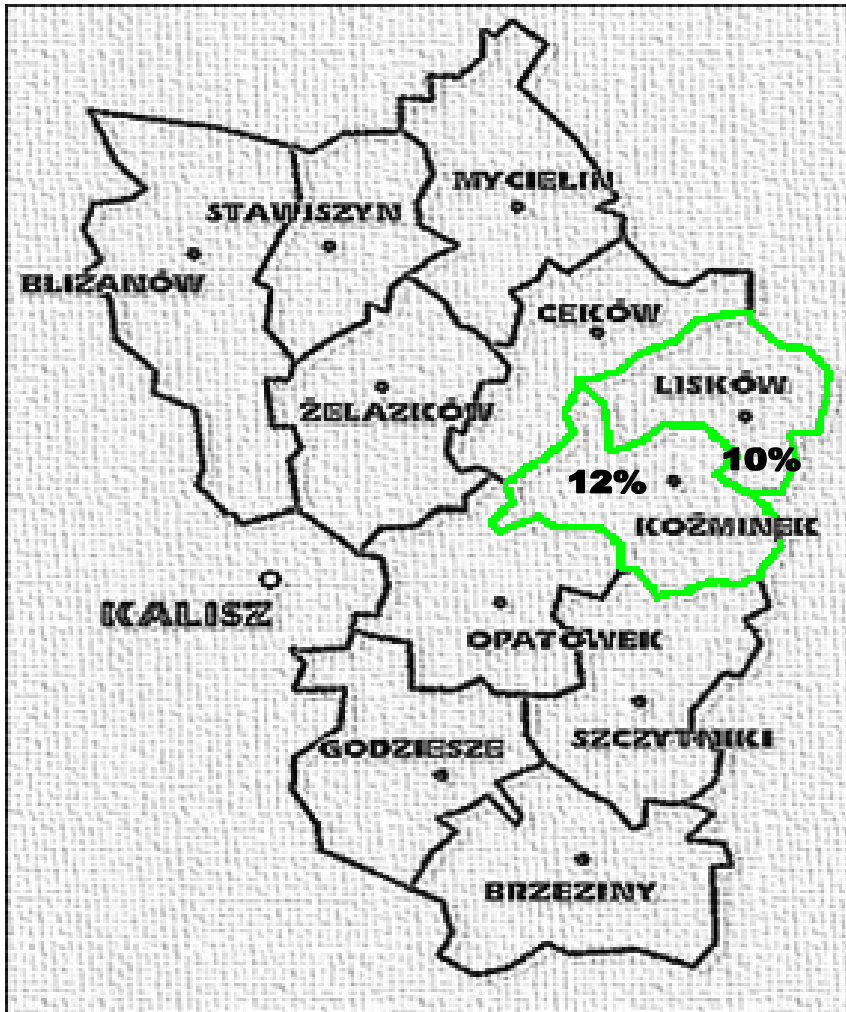
### 5.1. Kryteria doboru i charakterystyka osób badanych

Badaną populację stanowiły osoby niepełnosprawne fizycznie mieszkające na wsi w województwie wielkopolskim na terenie gminy Koźminek i Lisków.

Powiat kaliski w skład którego wchodzi wyżej wymienione gminy usytuowany jest w południowo-wschodniej części województwa wielkopolskiego oraz w centrum Polski. Ma charakter typowo rolniczy. Według stanu na dzień 31. 12. 2002 r. teren powiatu o powierzchni 1160 m<sup>2</sup> zamieszkuje 80 701 osób z czego 40 072 w wieku produkcyjnym [158].

Na podstawie cytowanego wcześniej spisu ludności, w powiecie kaliskim w 2002 roku było 9523 osób niepełnosprawnych (4768 mężczyzn i 4755 kobiet), co stanowi 11,8% ogółu ludności faktycznej w powiecie kaliskim. W ogólnej liczbie niepełnosprawnych – 6978 to osoby niepełnosprawne według kryterium prawnego, zaś 2545 – kryterium biologicznego. Ponad trzykrotnie więcej osób niepełnosprawnych w powiecie kaliskim mieszka na wsi.

W skład powiatu kaliskiego wchodzi 11 gmin o charakterze rolniczym. Niestety brakuje aktualnej informacji, która mówiłaby o liczbie osób niepełnosprawnych z podziałem na poszczególne gminy wchodzące w skład powiatu kaliskiego. Tylko dwie gminy, Koźminek i Lisków były zainteresowane współpracą i w miarę swoich możliwości udostępniły swoje dane o osobach niepełnosprawnych przystępując tym samym do badania. Odsetek osób niepełnosprawnych w gminie Koźminek i Lisków przedstawia rycina 1.



Teren zaznaczony na zielono objęty został badaniem.

**Ryc. 1. Osoby niepełnosprawne w gminie Koźminek i Lisków.**

Gmina Lisków zajmuje powierzchnię 7583 ha [155]. Położona jest na Nizinie Środkowowarciańskiej, w południowo-wschodniej części Niziny Wielkopolskiej. Gminę Lisków zamieszkuje 5740 osób. Na jej terenie znajduje się 1069 gospodarstw domowych. Liczbę ludności i gospodarstw domowych w poszczególnych wsiach sołeckich przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Liczba mieszkańców w poszczególnych sołectwach w gminie Lisków.**

Lp.	Nazwa miejscowości	Liczba ludności	Liczba gospodarstw domowych	Przeciętna liczba osób w gospodarstwie
1.	Annopol	112	17	6,6
2.	Budy Liskowskie	186	33	5,6
3.	Chrusty	170	28	6,1
4.	Ciepielew	328	68	4,8
5.	Józefów	138	17	8,1
6.	Koźlątków	463	96	4,8
7.	Lisków	1669	319	5,2
8.	Madalin	163	27	6,0
9.	Małgów	349	51	6,8
10.	Nadzież	149	29	5,1
11.	Pyczek	126	18	7,0
12.	Strzałków	425	88	4,8
13.	Swoboda	94	18	5,2
14.	Trzebień	285	56	5,1
15.	Wygoda	323	55	5,9
16.	Zakrzyn	438	82	5,3
17.	Zakrzyn Kolonia	123	24	5,1
18.	Żychów	199	43	4,6
<b>Razem:</b>		<b>5740</b>	<b>1069</b>	<b>5,4</b>

Źródło: Plan Rozwoju Gminy Lisków na lata 2004 – 2013.

Gmina Lisków jest typową gminą rolniczą. Wiodącą formą społeczno-własnościową na terenie gminy są indywidualne gospodarstwa rolne, tradycyjne i małoobszarowe. Rolnictwo w gminie osiąga średnie wyniki. Jak pokazują dane statystyczne z kilku ostatnich lat prawie 40% rolników oceniło swoje gospodarstwa jako nierozwojowe [155]. Sytuacje i pesymistyczne nastroje rolników uległy częściowo poprawie po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, które przyniosło ze sobą możliwości korzystania z unijnych programów wspierających rolnictwo.

W gminie Lisków dużą uwagę przykładają się także do potrzeb osób niepełnosprawnych, które stanowią ok. 10% ogólnej liczby ludności. Specjalnie dla nich utworzono salę rehabilitacyjną, która stała się bazą do powstania jak na razie jedynej w naszym powiecie Zakładu Rehabilitacji Leczniczej. Ponadto w Liskowie działa Środowiskowy Dom Pomocy, który jest oparciem społecznym dla osób z lekkimi zaburzeniami psychicznymi. Jest to miejsce, gdzie można korzystać z rehabilitacji zawodowej i społecznej, terapii oraz integrować się ze społecznością lokalną. Jest to również miejsce, w którym mogą się spotykać grupy samopomocy i wsparcia. Środowiskowy dom pomocy umożliwia socjoterapię, rehabilitację leczniczą społeczną i zawodową, usprawnia przez terapię zajęciową, organizuje czas wolny i zapewnia wyżywienie.

Z myślą o osobach niepełnosprawnych, nie mogących z różnych przyczyn pracować na otwartym rynku pracy utworzono Zakład Aktywności Zawodowej „Swoboda”, zatrudniający 25 osób z orzeczoną znaczną stopniem niepełnosprawności i różnego rodzaju schorzeniami z terenu nie tylko gminy Lisków. Jest to pierwszy w Wielkopolsce tego typu zakład. Na terenie gminy prowadzą działalność Zakłady Pracy Chronionej dające miejsca pracy osobom niepełnosprawnym i nie tylko, są to: Firma „Edal” – producent herbat owocowych i przypraw, Przedsiębiorstwo Produkcyjno Handlowe „JAG” – producent pianki poliuretanowej, Przedsiębiorstwo Produkcyjno Handlowe „Bartex” – producent wędlin.

Jedną z mocniejszych stron życia społecznego w gminie jest oświata. Poza czterema szkołami podstawowymi, funkcjonuje gimnazjum i Publiczne Przedszkole Sióstr Służebniczek NMP. Ponadto Lisków jest jedną z nielicznych gmin, gdzie działają dwa zespoły szkół ponadgimnazjalnych (Zespół Szkół nr 1 i Zespół Szkół nr 2). Warto także zaznaczyć, iż w Liskowie funkcjonowała w latach 2003 – 2006 filia Wyższej Szkoły Finansów i Informatyki im. Janusza Chechlińskiego z Łodzi.

W Liskowie jest również Dom Dziecka i Dom Pomocy Społecznej. Pomocą finansową, w zakresie różnego rodzaju zasiłków dla osób niepełnosprawnych zajmuje się Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, który współpracuje z Gminnym Towarzystwem Dzieci i Osób Niepełnosprawnych oraz Związkiem Emerytów i Rencistów.



W gminie przestrzegane są również przepisy, zgodnie z którymi wszystkie powstające instytucje użyteczności publicznej muszą być pozbawione barier architektonicznych jak i urbanistycznych. Dostępne dla osób poruszających się na wózkach, wyposażone w podjazdy są Urząd Gminy, Gminny Ośrodek Zdrowia, Hala sportowa oraz niektóre placówki handlowe, ale skala potrzeb jest jednak znacznie większa, ponieważ osoby niepełnosprawne chcą na równi uczestniczyć w życiu społecznym i sami załatwiać swoje sprawy.

### **Osoby niepełnosprawne w Gminie Koźminek**

Gmina Koźminek liczy 7 602 mieszkańców. W tej liczbie osoby niepełnosprawne stanowią ok. 12% (913 osób niepełnosprawnych). Liczba gospodarstw w gminie Koźminek przedstawiona została w tabeli 2. Jest ona gminą wiejską, położoną w południowo-wschodniej części województwa wielkopolskiego (dawniej województwa kaliskiego), w środkowo-wschodniej części powiatu kaliskiego ziemskiego, na wschód od Kalisza. Granica wschodnia gminy przebiega na styku województwa wielkopolskiego i łódzkiego. Gmina Koźminek sąsiaduje: od północy z gminą Lisków, od północnego-zachodu z gminą Ceków-Kolonia, od zachodu z gminą Opatówek, od południa z gminą Szczytniki (wszystkie gminy w powiecie kaliskim), od wschodu z gminą Goszczanów (województwo łódzkie, powiat sieradzki). Powierzchnia gminy wynosi 88,4 km<sup>2</sup>. Pod względem wielkości gmina ta zajmuje 8 miejsce w powiecie kaliskim. Gęstość zaludnienia w gminie Koźminek sięga 84,6 osób/km<sup>2</sup>. W skład gminy wchodzi 24 sołectwa [154].

**Tabela 2. Liczba mieszkańców w poszczególnych wsiach w gminie Koźminek.**

Lp.	Nazwa miejscowości	Liczba ludności	Liczba gospodarstw domowych	Przeciętna liczba osób w gospodarstwie
1.	Agnieszków	53	12	4,4
2.	Bogdanów	243	60	4,1
3.	Chodybki	451	95	4,7
4.	Dąbrowa	172	36	4,8
5.	Dębsko	663	143	4,6
6.	Emilianów	185	43	4,3
7.	Gać Kaliska	277	60	4,6
8.	Józefina	103	27	3,8
9.	Nowy Karolew	80	23	3,5
10.	Stary Karolew	190	37	5,1
11.	Koźminek	1801	360	5,0
12.	Krzyżówki	274	76	3,6
13.	Ksawerów	116	28	4,1
14.	Marianów	94	23	4,1
15.	Młynisko	179	48	3,7
16.	Moskurnia	204	52	3,9
17.	Murowaniec	16	5	3,1
18.	Nowy Nakwasin	472	123	3,8
19.	Osuchów	290	76	3,8
20.	Oszczeklin	233	58	4,0
21.	Pietrzyków	383	84	4,6
22.	Rogal	146	32	4,6
23.	Stary Nakwasin	240	50	4,8
24.	Słowiki	164	43	3,8
25.	Smółki	206	58	3,6
26.	Sokołówka	24	13	1,8
27.	Tymianek	165	40	4,1
28.	Złotniki	178	38	4,7
<b>Razem:</b>		<b>7602</b>	<b>1755</b>	<b>4,3</b>

Źródło: Plan Rozwoju Gminy Koźminek na lata 2004 – 2013.

Gmina Koźminek ma typowo rolniczy charakter. Użytki rolne zajmują 85% jej powierzchni. Należy tu odnotować niskie, nawet jak na warunki Wielkopolski, zalesienie. Użytki leśne oraz grunty zadrzewione zajmują 9,9% terytorium gminy.

Gmina ta stara dostosowywać się do potrzeb osób niepełnosprawnych. I tak, budynek Urzędu Gminy, Gminnego Ośrodka Zdrowia, Hali sportowej, a także obiekty niektórych placówek handlowych dostosowane zostały do potrzeb niepełnosprawnych. Likwidacja barier architektonicznych, mimo iż postępująca, pozostawia jednak jeszcze wiele do życzenia. Podjazdy i udogodnienia winny bowiem znajdować się wszędzie tam, gdzie chciałby udać się osoby niepełnosprawne, a omawiana gmina nie do końca spełnia ten wymóg. Strukturę osób niepełnosprawnych w gminie Koźminek i Lisków przedstawiono w tabeli 3 i 4.

**Tabela 3. Struktura osób niepełnosprawnych w gminie Lisków.**

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**		
				Razem	Mężczyźni	Kobiety
<b>Liczba osób niepełnosprawnych *</b>	581	303	278	469	251	218
<b>Liczba osób niepełnosprawnych w wieku:</b>						
Przedprodukcyjnym	53	33	20	45	25	20
Produkcyjnym:	316	194	122	291	175	116
<b>Mobilnym</b>	<b>99</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>92</b>	<b>47</b>	<b>45</b>
Niemobilnym	217	141	76	199	128	71
Poprodukcyjnym	212	76	136	133	51	82
<b>Wykształcenie osób niepełnosprawnych</b>						
Wyższe	12	6	6	12	6	6
Policealne	4	2	2	4	2	2
Średnie	68	31	37	63	29	34
Średnie zawodowe	56	25	31	52	23	29
Średnie ogólne	12	6	6	11	6	5
Zasadnicze zawodowe	99	58	41	88	49	39
Podstawowe	364	186	178	272	149	123
<b>Liczba osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniach</b>	77	36	41	77 (83,7%)	36 (76,6%)	41 (91,1%)

\* według danych z Urzędu Statystycznego

\*\* na podstawie danych pochodzących z Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności.

Źródło: [155].

**Tabela 4. Struktura osób niepełnosprawnych w gminie Koźminek.**

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Prawnie		
				Razem	Mężczyźni	Kobiety
<b>Liczba osób niepełnosprawnych</b>	913	470	443	645	365	280
<b>Liczba osób niepełnosprawnych w wieku:</b>						
Przedprodukcyjnym	40	20	20	22	9	13
Produkcyjnym:	509	320	189	436	277	159
<b>Mobilnym</b>	<b>146</b>	<b>87</b>	<b>59</b>	<b>123</b>	<b>67</b>	<b>56</b>
Niemobilnym	363	223	140	313	200	113
Poprodukcyjnym	364	130	234	189	79	108
<b>Wykształcenie osób niepełnosprawnych</b>						
Wyższe	9	-	-	6	2	4
Policealne	6	-	-	5	2	3
Średnie	85	-	-	78	34	44
Średnie zawodowe	76	-	-	69	30	39
Średnie ogólne	9	-	-	9	4	5
Zasadnicze zawodowe	178	-	-	147	112	35
Podstawowe	614	-	-	397	211	222
<b>Liczba osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniach</b>	98	43	55	98 (79,7%)	43 (64,2%)	55 (98,2%)

\* według danych z Urzędu Statystycznego

\*\* na podstawie danych pochodzących z Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności.

Źródło: [154].

Osoby niepełnosprawne stanowią szczególną kategorię respondentów. Problematyczny był sam dobór grupy badawczej ponieważ samo kryterium biomedyczne traci na znaczeniu w stosunku do kryterium socjomedycznego. Kryterium socjomedyczne ujmuje niepełnosprawność nie tylko jako fizyczne bądź psychiczne kalectwo, ale także ukazuje niepełnosprawność w kontekście społecznym.

**Główne kryteria włączenia do badań to:**

- wiek od 18 do 45 lat,
- niepełnosprawność fizyczna prawnie orzeczonej (osoba, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego upoważniony),
- zamieszkanie na wsi w gminie Koźminek i Lisków,
- zgoda na udział w badaniach,

Przed badaniami dokonano analizy dokumentacji w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu, w celu wyselekcjonowania osób z niepełnosprawnością fizyczną, które odpowiadały wcześniej przyjętemu kryterium. W wyniku analizy zebranych informacji utworzono grupę 245 osób.

Zastosowano dwie metody dotarcia do respondentów:

1. metodą wyjściową była metoda „kuli śniegowej” – badane osoby niepełnosprawne kierowały mnie do innych osób niepełnosprawnych,
2. korzystałam z pomocy organizacji pozarządowych oraz lokalnych ośrodków pomocy społecznej.

Udział w badaniach był dobrowolny połączony z zapewnieniem anonimowości zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997r. (Dz. U. Nr 133 poz.883). Przed badaniem wytypowani respondenci wypełnili formularz świadomej zgody (zob. aneks nr 1). Spośród wybranej grupy 64 osoby nie spełniały przyjętego kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności (były to osoby z niepełnosprawnością psychiczną). Udziału w badaniach odmówiło 5 osób, argumentując to brakiem chęci i czasu. Jedna osoba w trakcie badań odmówiła brania w nich udziału. Uzyskane w badaniach dane biograficzne pozwalają na ogólną charakterystykę osób badanych w kontekście takich zmiennych jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności.

Ostatecznie badaniami objęto 175 osób badanych, co stanowi 96,7% wszystkich osób badanych, które spełniały przyjęte kryteria. Wśród badanych było 79 mężczyzn (46,1%) i 96 kobiet (53,9%) w wieku od 18 do 45 lat.

## **5.2. Opis metod i przebiegu badań**

Jako podstawę teoretyczną pracy i doboru metod badawczych przyjęto funkcjonalne określenie niepełnosprawności – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [62, 118, 203], która niesie za sobą możliwość zastosowania do oceny jakościowego naruszenia sprawności organizmu.

Dla potrzeb przeprowadzonych badań wykorzystano metodologię opracowaną przez Pilcha [152]. Sondaż diagnostyczny zdaniem autora jest „sposobem gromadzenia

wiedzy o przedmiotach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk, o wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie zlokalizowanych w oparciu o dobraną grupę reprezentującą generację, w której zjawisko występuje.”

Metodą doboru populacji do badań był dobór celowy. W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz wywiadu dla osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi (zob. aneks nr 2). Wywiady przeprowadzane były przy wykorzystaniu techniki kwestionariusza, który zawiera 93 pytania.

Całość kwestionariusza została podzielona na części:

- część pierwsza obejmowała dane socjodemograficzne, do których zaliczono: wiek, płeć, wykształcenie,
- w części drugiej została uwzględniona sytuacja rodzinna badanych,
- trzecia część dotyczyła sytuacji ekonomicznej, źródła dochodów, pomoc rodziny, dochody własne, wydatki,
- w czwartej części kwestionariusza próbowano określić sytuację mieszkaniową (wielkość i wyposażenie mieszkania),
- piąta uwzględnia sytuację zawodową (poziom wykształcenia, zawód, rodzaj i miejsce pracy),
- w szóstej części kwestionariusza uwzględniono sytuację społeczną i kontakty towarzyskie, dostępne źródła wsparcia, aspiracje i marzenia,
- siódma część obejmuje sytuację zdrowotną, w której uwzględniono rodzaj i przyczyny niepełnosprawności, deficyty współistniejące, reakcję na niepełnosprawność, dostępność do opieki lekarskiej i rehabilitacji,
- ostatnia część uwzględnia zainteresowania, hobby i organizację czasu wolnego.

Ze względu na wieloaspektowe funkcjonowanie trudno jest skonstruować kwestionariusz, który by określał wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka z niepełnosprawnością. Powszechnie przyjętą przez badaczy taktyką jest maksymalne skracanie i upraszczanie kwestionariuszy. Z jednej strony ma to wpływ na jakość gromadzonych danych, z drugiej na późniejszą motywację uczestników do kolejnych etapów badań. Wartościowym aspektem subiektywnej oceny funkcjonowania staje się samodzielna relacja dokonywana przez badanego.

Do oceny funkcjonalnej osób niepełnosprawnych wykorzystano Skalę Złożonych Czynności Życia Codziennego - Lawtona (IADL – Instrumental Activities of Daily

Living) [112, 172], która ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu (zob. aneks nr 3).

Skala IADL ocenia 9 elementów funkcjonowania instrumentalnego i ocenia czynności: zdolność posługiwania się telefonem, docieranie do miejsc bardziej oddalonych niż zwykły dystans spacerowy, korzystanie ze środków transportu, dokonywania zakupów, przyrządzenia sobie posiłku oraz wykonywania podstawowych prac domowych (sprzątanie, drobne naprawy, pranie), samodzielne przyjmowanie leków i gospodarowania pieniędzmi.

Na każde z 9 pytań możliwe są trzy warianty odpowiedzi; pierwszy mówi o niezależności, samodzielności badanego w zakresie wykonywania danych czynności w życiu codziennym, drugi – o niezdolności do samodzielnego wykonywania tych czynności i pomocy, trzeci – świadczy o zależności osoby badanej od otoczenia. Im mniejsza punktacja tym większa bezradność osoby badanej.

Skala punktowa oceny:

27 – 19 - wysoki poziom sprawności,

18 – 10 - średni,

9 i poniżej - niski.

Badania metodą wywiadu kwestionariuszowego przeprowadziłam osobiście w okresie od listopada 2007 do sierpnia 2008 w Zakładzie Aktywności Zawodowej „Swoboda”, w Zakładzie Pracy Chronionej „Edal” i „Kal-Pap”, w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej w Liskowie, w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Koźminku, w Oddziale Rehabilitacji Szpitala Zespołonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, w Ośrodku Zdrowia w Liskowie i Koźminku oraz wśród osób niepełnosprawnych biorących udział w spotkaniach Gminnego Towarzystwa Dzieci i Osób Niepełnosprawnych w Liskowie. Przed rozpoczęciem badania każdej osobie przedstawiono cel badań własnych i po krótkiej, swobodnej rozmowie poproszono o udzielenie odpowiedzi na zadawane według kwestionariusza pytania. Przy pytaniach otwartych, badany miał możliwość swobodnej wypowiedzi. Podczas badania ze strony badającego podejmowane były starania o nawiązanie życzliwego kontaktu interpersonalnego sprzyjającego redukcji nieufności. Szczególny nacisk położono na tworzenie przyjaznej atmosfery oraz sposób zadawania pytań. Zwrócono uwagę na delikatną sferę dotyczącą stopnia niepełnosprawności i jej rodzaju, gdyż przez niektóre osoby to pytanie było traktowane jako drażliwe. Każdorazowo sprawdzano czy osoba badana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

### **5.3. Badania pilotażowe**

Badanie pilotażowe służyło ulepszeniu kwestionariusza. Badaniami pilotażowymi objęto 20 osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładzie pracy chronionej „Edal” i korzystające z rehabilitacji leczniczej w Zakładzie w Liskowie w okresie od września do grudnia 2007 roku.

Na podstawie badań pilotażowych stwierdzono, że badani mają problemy z udzieleniem odpowiedzi na niektóre otwarte pytania oraz wyrażają niechęć do ujawniania swoich dochodów. Z tego powodu zmieniono pytanie dotyczące dochodów a zastąpiono je pytaniem, które dawało możliwość wyboru kwoty, która stanowi dochód w rodzinie. Również pytania otwarte dotyczące funkcjonowania osób niepełnosprawnych sformalizowano i usystematyzowano, żeby odzwierciedlały najistotniejsze problemy, co znacznie ułatwiło przebieg badania.

Skala oceny złożonych czynności życiowych nie sprawiała badanym żadnych problemów.

### **5.4. Metody statystyczne**

Uzyskane informacje poddano analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą Statistica 8,0 firmy StatXact. Dane uzyskane na podstawie przeprowadzonych wywiadów pochodziły ze skali nominalnej. Do analizy grup w skali nominalnej zastosowano test niezależności Chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). W przypadku większych tabel dwudzielczych niż 2 x 2 i wystąpienia zerowych liczebności obserwowanych zastosowano test Fishera - Freemana - Haltona. Przyjęto 5% ryzyko błędu wnioskowania. Testy analizowano na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ .



## VI. WYNIKI BADAŃ

### 6.1. Dane ogólne o respondentach zamieszkałych w gminie Lisków i Koźminek

#### 6.1.1. Struktura płci i wieku badanych

Wśród 175 badanych osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi, mężczyźni stanowili 46,1 %, natomiast kobiety 53,9 % (tab. 5).

Wszyscy badani byli w wieku produkcyjnym mobilnym. Wiek mobilny jest to przedział wiekowy zawierający się w wieku produkcyjnym i obejmujący osoby, które są zdolne do zmiany stanowiska miejsca pracy lub ewentualnego przekwalifikowania się. Wiek mobilny określa się jako przedział między 18 a 44 rokiem życia niezależnie od płci. Najliczniejszą podgrupę stanowiły osoby niepełnosprawne między 40 a 45 rokiem życia (65 osób).

**Tabela 5. Liczba osób badanych według kryterium płci i wieku.**

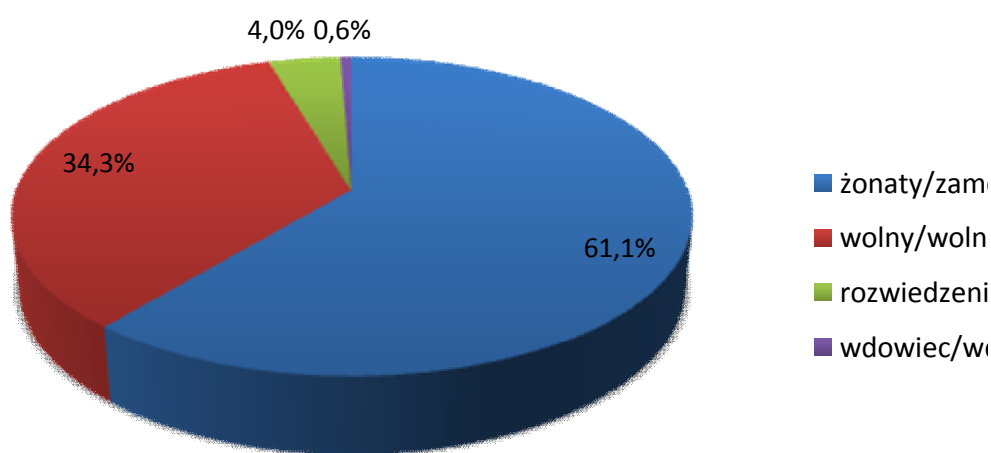
Wiek badanych	Mężczyzn		Kobiet		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
18 – 24	13	16,4	8	8,3	21	12,0
25 – 29	14	17,7	14	14,5	28	16,0
30 – 34	8	10,0	21	21,7	29	16,6
35 – 39	15	19,0	17	17,6	32	18,3
40 – 45	29	36,6	36	37,6	65	37,1
Razem	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Najmniej liczną grupę stanowiły osoby niepełnosprawne w wieku 18 - 24 lat – 21 osób, tj. 12% ogółu badanych.

Udział mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych wahał się w granicach od 10% do 36,6 %, a kobiet od 8,3% do 37,6% ogółu badanych.

### 6.1.2. Stan cywilny badanych

Zdecydowanie najczęściej wśród wszystkich badanych osób niepełnosprawnych było żonatyh mężczyzn i zamężnych kobiet, razem 107 osób, tj. 61,1%.



Ryc. 2. Stan cywilny badanych.

Następnie kolejno kawalerów i panien - 60 osób (34,3%), rozwiedzionych - 7 osób (4,0%) oraz wdowiec (0,6%) (tab. 6).

Tabela 6. Stan cywilny badanych według kryterium płci i wieku.

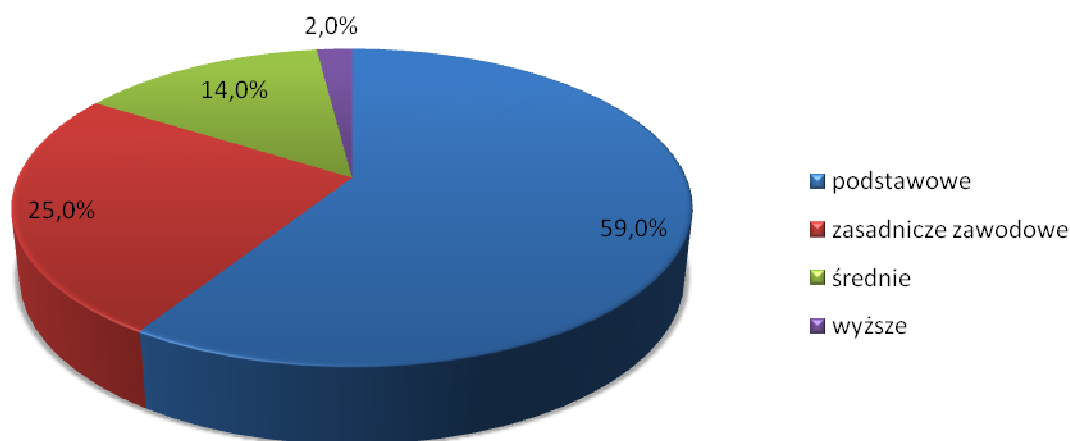
Stan cyw.	18 -24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K			
											N	%	N	%	N	%
Wiek/płeć																
wolny/wolna	9	6	9	10	3	10	-	6	2	5	23	28,7	37	38,5	60	34,3
żonaty/zamężna	4	2	4	4	5	11	15	11	21	29	50	62,0	57	59,4	107	61,0
rozwidziony/rozwidziona	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	5	5,3	2	2,1	7	4,1
wdowiec/wdowa	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1,3	-	-	1	0,6
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Jak wynika z tabeli 6 najliczniejszą grupę wśród osób stanu wolnego stanowiły osoby najmłodsze, mieszczące się w przedziale wieku 18-24 i 25-29 lat (56,6%). Liczba osób w kolejnych przedziałach wieku, aż do 45 lat systematycznie malała. Widoczny był udział kobiet stanu wolnego we wszystkich przedziałach wieku, natomiast w wieku 35-39 lat nie było mężczyzn stanu wolnego. Wraz z wiekiem systematycznie rosła liczba żonatyh mężczyzn i zameżnych kobiet, od 4 osób w wieku 18-24 lat do 21 mężczyzn w przedziale wieku 40-45 lat, kobiet od 2 w wieku 18-24 lat do 29 w wieku 40-45 lat.

Osoby rozwiedzione były tylko w przedziale wieku 40-45 lat. Stwierdzono, że w tej grupie było więcej rozwiedzionych mężczyzn (6,3% ogólnej liczby badanych mężczyzn). Również w tej grupie wieku znajdował się jedyny mężczyzna wdowiec.

### 6.1.3. Wykształcenie respondentów

Większość badanych to osoby z niskim wykształceniem: podstawowe wykształcenie miało 59% badanych, zasadnicze zawodowe 25%, natomiast niewielka grupa 14% - wykształcenie średnie i tylko 2% - wykształcenie wyższe (ryc. 3).



Ryc. 3. Wykształcenie respondentów.

**Tabela 7. Wykształcenie respondentów według kryterium wieku i płci.**

Wykształcenie Wiek/płeć	18 -24		25-29		30-34		35-39		40-45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K			
											N	%	N	%	N	%
podstawowe	5	3	7	9	4	12	6	12	21	25	43	54,5	61	63,5	104	59,0
zasadnicze zawodowe	6	1	4	2	2	3	7	1	7	11	26	32,9	18	18,8	44	25,0
średnie	2	4	2	3	1	5	2	4	1	-	8	10,1	16	16,7	24	14,0
wyższe	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	2	2,5	1	1,0	3	2,0
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Mężczyźni reprezentowali każdy z czterech poziomów wykształcenia od podstawowego (54,4% badanych mężczyzn) do wyższego (2,5%).

Najliczniejszy był udział mężczyzn legitymujących się wykształceniem podstawowym w przedziale wieku 40-45 lat - 21 osób a najniższy odsetek mężczyzn był w grupie wieku 30 - 34 lat (5,0%).

Nie wykazano istotnych różnic w wykształceniu zasadniczym zawodowym i średnim mężczyzn w poszczególnych przedziałach wieku. Zaobserwowano natomiast różnicę w liczbie mężczyzn legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym. Było ich trzykrotnie więcej niż z wykształceniem średnim (odpowiednio 26 i 8 osób). Mężczyźni legitymujący się wykształceniem wyższym reprezentowali przedział wieku 25-29 i 30-35 lat.

Podobnie największa liczba kobiet we wszystkich przedziałach wieku miała tylko wykształcenie podstawowe. Ich liczba w poszczególnych przedziałach wieku była zróżnicowana i systematycznie rosła od 3 osób w przedziale wieku 18-24 lat do 25 osób (25,4%) w przedziale 40-45 lat. Spośród wszystkich kobiet legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym aż 61,1 % znajdowało się w przedziale wieku 40-45 lat. Natomiast w tym przedziale wieku nie było kobiet z wykształceniem średnim.

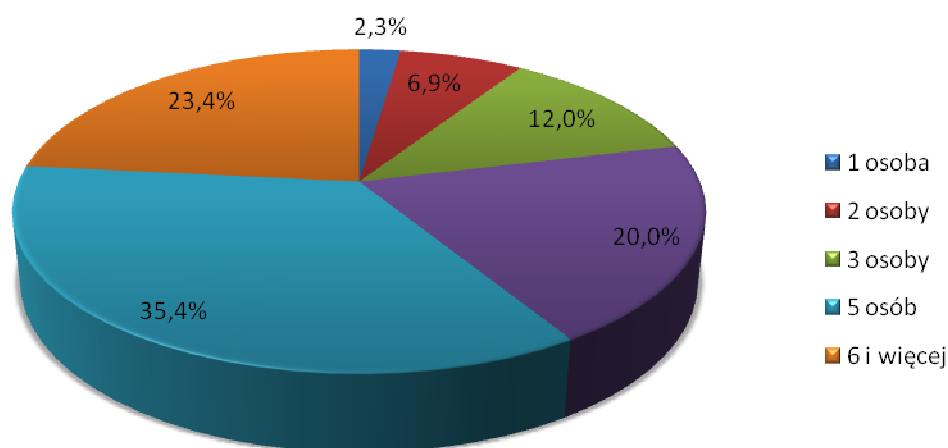
#### 6.1.4. Podsumowanie wyników zawartych w punktach 6.1.1 - 6.1.3

Spośród 175 osób niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi mężczyźni stanowili 46,1%, a kobiety 53,9%. Analizując pięcioletnie przedziały wieku największy odsetek stanowiły osoby w wieku 40-45 lat. Większość badanych to osoby z niskim stopniem wykształcenia, zarówno w grupie mężczyzn jak i badanych kobiet. Większość badanych osób niepełnosprawnych (61,1%) pozostawała w związkach małżeńskich.

### 6.2. Sytuacja rodzinna osób niepełnosprawnych

#### 6.2. 1. Liczba członków rodziny wspólnie zamieszkałych z osobą niepełnosprawną

Jednym z najważniejszych elementów życia w środowisku jest rodzina. W związku z tym określono liczbę osób mieszkających wspólnie z osobą niepełnosprawną. W ogromnej większości przypadków (97,7%) osoby badane nie mieszkają same, ani nie prowadzą samodzielnie gospodarstwa domowego (ryc. 4. i tab. 8).



Ryc. 4. Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym.

Najwięcej badanych, głównie w najstarszej grupie wieku, było członkami pięcioosobowej rodziny (35,4%), przy nieistotnie statycznej przewadze kobiet.

**Tabela 8. Liczba osób w rodzinie wspólnie zamieszkałych według płci i wieku.**

Wiek/płeć  Liczba członków	18 -24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K		N	%
											N	%	N	%		
Sam	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2,5	2	2,0	4	2,3
dwie osoby	0	1	2	1	1	2	0	0	4	1	7	8,7	5	5,3	12	6,9
trzy osoby	2	1	0	1	1	1	5	2	5	3	13	16,4	8	8,4	21	12,0
cztery osoby	3	0	1	3	2	1	5	2	4	14	15	18,8	20	20,8	35	20,0
pięć osób	5	3	7	3	3	9	2	6	9	15	26	32,8	36	37,5	62	35,4
sześć osób i więcej	3	3	4	6	1	8	2	7	6	1	16	20,5	25	26,0	41	23,4
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Osoby samodzielnie zamieszkujące stanowiły 2,3% ogółu badanych niepełnosprawnych. Głównie były to osoby w najstarszej grupie wieku, w równej liczbie mężczyźni i kobiety.

W rodzinach składających się z dwóch do pięciu osób nie zaobserwowano istotnych różnic co do płci ( $p > 0,05$ ). Dwu i trzyosobowe rodziny dominowały wśród mężczyzn w najstarszej grupie wieku, rodziny mające w swym składzie 4 i 5 osób przeważały wśród badanych kobiet (tab. 8).

Badani będący członkami dwuosobowej rodziny stanowili 6,9% ogółu niepełnosprawnych. Ten udział odsetkowy badanych w poszczególnych przedziałach wieku był zbliżony, z wyjątkiem przedziału 35-39 lat, którego nie reprezentowali ani mężczyźni, ani kobiety. Niepełnosprawni z rodzin czteroosobowych stanowili 20% ogółu badanych przy nieznacznej, 2% przewadze kobiet. Taka liczba osób w rodzinie dominowała wśród kobiet w najstarszej klasie wieku. Nie było istotnych różnic w liczebności osób w rodzinie badanych niepełnosprawnych względem płci, które składały się z 6 i więcej osób. Udział odsetkowy badanych mężczyzn i kobiet w najmłodszych przedziałach wieku był taki sam lub zbliżony z wyjątkiem średniej klasy wieku, w których zdecydowanie dominowały kobiety. Wśród badanych w wieku 40-45 lat przeważali mężczyźni (w stosunku 6:1).

## 6.2. 2. Dzieci respondentów

W rolach rodzinnych ojca – matki określanych na podstawie obecności dzieci w rodzinie nie realizowało się 41,1% badanych osób niepełnosprawnych. Pozostałe osoby posiadają dzieci. Posiadanie jednego dziecka deklarowało 12,5% badanych, dwójki dzieci – 24%, troje dzieci posiadało 17,2%.

**Tabela 9. Liczba dzieci w rodzinie według kryterium płci i wieku.**

Wiek/płeć  Liczba dzieci	18 -24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K			
											N	%	N	%	N	%
bezdzienny	9	5	9	10	3	9	4	6	9	8	34	43,1	38	39,6	72	41,1
jedno dziecko	4	2	2	2	3	2	4	1	0	2	13	16,5	9	9,4	22	12,5
dwoje dzieci	0	1	12	0	1	6	4	7	11	10	18	22,8	24	25,0	42	24,0
troje dzieci	0	0	1	2	1	4	2	3	5	12	9	11,3	21	21,9	30	17,2
Czworo i więcej dzieci	0	0	0	0	0	0	1	0	4	14	5	6,3	4	4,1	9	5,2
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Najmniej liczną grupą była grupa osób niepełnosprawnych posiadających czworo i więcej dzieci - 9 osób (5,2%) w tym tak liczną rodzinę miało 5 mężczyzn i 4 kobiety. Stwierdzono, że tylko 1 mężczyzna z czworgiem dzieci reprezentował przedział wieku 35-39 lat, natomiast pozostali 4 mężczyźni i 4 kobiety znajdowały się w ostatnim przedziale wieku 40-45 lat.

## 6.2. 3. Rodzeństwo osób badanych

Niemal wszyscy badani - 95,4% na pytanie: Czy posiada Pan/i rodzeństwo? odpowiedzieli - tak. W tabeli 10 zawarto informacje dotyczące posiadanego przez respondentów rodzeństwa.

**Tabela 10. Liczba posiadanego przez respondentów rodzeństwa według płci i wieku.**

Wiek/płeć  Liczba rodzeństwa	18 -24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K			
											N	%	N	%	N	%
brak	2	0	1	1	1	0	1	2	1	0	6	7,5	3	3,1	9	5,1
jedno osoba	7	3	5	4	2	3	4	1	1	1	19	24,1	12	12,6	31	17,8
dwie osoby	3	3	5	7	4	7	2	4	2	9	16	20,2	30	31,2	46	26,2
troje i więcej	1	2	3	2	1	11	8	10	25	26	38	48,1	51	53,1	89	50,9
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Jak wynika z tabeli 10, osoby nieposiadające rodzeństwa stanowiły 5,1% ogółu badanych niepełnosprawnych. W tej grupie było dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby posiadające troje i więcej rodzeństwa (89), w tym więcej kobiet niż mężczyzn w proporcjach 51 i 38. Głównie były to osoby w dwóch najstarszych przedziałach wieku.

Badani posiadający dwoje rodzeństwa stanowili 26,2% ogółu niepełnosprawnych. Tu udział odsetkowy w poszczególnych przedziałach wieku był taki sam lub zbliżony z wyjątkiem przedziału 40-45 lat, gdzie dominowały kobiety (30% ogółu tego podzbioru).

Niepełnosprawni, którzy deklarowali posiadanie tylko jednego rodzeństwa stanowili 17,8%, głównie były to osoby w wieku 18-24 i 25-29 lat, dwukrotnie częściej mężczyźni niż kobiety.

#### **6.2. 4. Problemy w rodzinie**

Na pytanie czy są jakieś problemy rodzinne, które ich szczególnie martwią, twierdząco odpowiedziało  $\frac{3}{4}$  badanych.

Według opinii badanych osób niepełnosprawnych najczęściej wskazywanym problemem występującym w rodzinie były trudności materialne, co stwierdzono u 27,4% badanych. Ta uciążliwa kwestia znamienne częściej dotyczyła osób w wieku 40-45 lat i to dwukrotnie częściej występowała wśród mężczyzn, niż wśród kobiet. Dane te zamieszczono w tabeli nr 11.



**Tabela 11. Rodzaje występujących problemów rodzinnych w opinii osób niepełnosprawnych według płci i wieku.**

Wiek/płeć  Problem	18 -24		25 -29		30 - 34		35 - 39		40 -45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K			
											N	%	N	%	N	%
brak	6	3	8	9	2	9	2	3	1	1	19	24,0	25	26,0	44	25,1
trudności materialne	7	5	6	5	6	12	13	14	18	8	28	35,4	20	20,8	48	27,4
brak mieszkania za małe mieszkanie	6	4	5	4	2	7	1	2	1	1	16	20,2	18	18,7	34	19,4
choroba niepełnosprawność	5	5	4	4	3	8	1	1	0	0	14	17,7	18	18,7	32	18,2
brak odpowiedniego zatrudnienia	1	1	0	1	4	3	6	8	2	2	13	16,4	15	15,6	28	16,0
osoba konfliktowa	0	0	1	0	4	7	4	4	1	1	11	13,9	12	12,5	23	13,1
konflikty małżeńskie	0	0	0	1	5	1	2	2	2	3	5	6,3	7	7,2	12	6,8
osoba nadużywająca alkohol (nie dotyczy osoby badanej)	1	0	1	1	1	1	0	1	0	2	3	3,7	5	5,2	8	4,5
brak sprzętu usprawniającego	1	0	2	1	1	0	0	1	0	0	4	5,0	2	2,0	6	3,4

\* liczba osób nie sumuje się do podanych wartości, ponieważ większość badanych wyrażała więcej niż jeden problem rodzinny.

Drugie miejsce zajmowały problemy związane z nadmiernym zagęszczeniem (zaludnieniem) lub brakiem mieszkania. Zgłosiło je 19,4% ogółu niepełnosprawnych. Im młodsza klasa wieku, tym wyższy był odsetek osób z tymi trudnościami. W takim samym odsetku zgłaszali je badani obu płci (mężczyźni 9,5%, kobiety 10,2%).

Choroba w rodzinie, konieczność sprawowania opieki, niepełnosprawność to kolejny problem zgłaszany przez osoby badane (18,2%). Częściej ten rodzaj problemu dotyczył osób w najmłodszej i średniej grupie wieku w porównaniu z osobami najstarszymi. Nieco częściej potrzeba sprawowania opieki jako problem była podawana przez kobiety (10,2%) aniżeli przez mężczyzn (8,5%).

Kolejnym pod względem częstości zgłaszanych problemów był brak odpowiedniego zatrudnienia i to nie tylko u samej osoby niepełnosprawnej, lecz także ich członków rodziny (16,0%). Taki wynik można interpretować dwojako. Po pierwsze można przyjąć, że jest to grupa niewielka (28 osób) i uznać ten problem za mało istotny.

Z drugiej zaś strony można stwierdzić, że brak możliwości odpowiedniego zatrudnienia jest problemem niezwykle ważnym, gdyż dotyka sfery realizacji zawodowej, psychicznej, a także zabezpieczenia materialnego.

Badani zgłaszali również obecność w swojej rodzinie osoby konfliktowej, która utrudnia życie rodzinne, dotyczyło to 13,1% ogółu niepełnosprawnych.

Spośród 107 żonatych (zameężnych) respondentów 12 (11,2%) potwierdziło istnienie stałych konfliktów małżeńskich. Rozważając poszczególne grupy wieku, stwierdzono, że konflikty małżeńskie były najczęstsze wśród respondentów w wieku 35-39 i 40-45 lat.

Takie rodzaje problemów rodzinnych, jak obecność osoby nadużywającej alkoholu, brak sprzętu usprawniającego dotyczyły grupy poniżej 5% ogółu badanych osób niepełnosprawnych.

#### **6.2. 5. Ocena sytuacji rodzinnej przez respondentów**

Każda z badanych osób oceniła własną sytuację rodziną w oparciu o pięciostopniową skalę odpowiedzi jako bardzo dobrą, dobrą, przeciętną, złą i bardzo złą. Zastosowanie tej skali było oparte na subiektywnym przekonaniu każdego z badanych. Ocenę sytuacji rodzinnej analizowano według płci oraz wieku (tab. 12).

Badani na ogół dobrze oceniają swoją sytuację rodzinną (67,4%) przy czym kobiety trzykrotnie częściej niż mężczyźni (tab. 12).

**Tabela 12. Subiektywna ocena sytuacji rodzinnej według płci w poszczególnych przedziałach wieku.**

Wiek/płeć  Sytuacja rodzinna	18 -24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 45		Razem				Ogółem	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		K		N	%
											N	%	N	%		
bardzo dobra	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	2	2,4	2	2,1	4	2,2
dobra	2	7	2	13	2	17	5	14	14	32	25	31,7	83	86,4	118	67,4
przeciętna	3	1	4	-	3	1	6	2	9	3	25	31,7	7	7,3	32	18,4
zła	8	-	7	-	2	1	4	-	5	1	26	32,9	2	2,1	18	10,3
bardzo zła	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1	1,3	2	2,1	3	1,7
Ogółem	13	8	14	14	8	21	15	17	29	36	79	100,0	96	100,0	175	100,0

Jak wynika z tabeli 12 drugą co do wielkości była ocena przeciętna 18,4%. Mężczyźni częściej w porównaniu z kobietami oceniali swoją sytuację rodzinną jako przeciętną. Źle o swojej sytuacji rodzinnej wypowiedało się 18 osób z czego kobiety stanowiły (2,1%).

Pozostałe osoby niepełnosprawne w zbliżonym odsetku oceniały sytuację rodzinną jako bardzo dobrą (2,2%) i jako bardzo złą (1,7%). W tej kategorii oceny nie stwierdzono istotnych różnic pod względem płci, nie było w niej również żadnej osoby z najmłodszej grupy 18-24 lata.

#### **6.2. 6. Podsumowanie sytuacji rodzinnej respondentów**

Większość respondentów mieszka z rodziną (97,7%). Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym badanych to 4,4. Najwięcej badanych, głównie w najstarszej grupie wieku było członkami pięcioosobowej rodziny (35,4%).

Osoby żyjące samotnie stanowiły 2,3 % głównie w najstarszej grupie wieku. Rodziny trzyosobowe dominowały wśród badanych mężczyzn w dwóch najstarszych grupach wieku.

Nie było istotnych różnic względem płci w liczebności osób w rodzinie badanych niepełnosprawnych, które składały się z sześciu i więcej osób. Wśród badanych

w wieku 40-45 lat przeważali mężczyźni, w pozostałych przedziałach wieku dominowały kobiety.

Wśród respondentów liczną grupę stanowiły osoby nie posiadające dzieci (72 osoby). Pozostałe 103 osoby deklarowały posiadanie dzieci. Najliczniej reprezentowany był najstarszy przedział wieku, posiadający dwoje dzieci, a następnie troje dzieci. Jedno dziecko częściej posiadali niepełnosprawni mężczyźni. Najstarsze osoby niepełnosprawne charakteryzowały się najwyższym wskaźnikiem procentowym w porównaniu z pozostałymi przedziałami wieku, którzy posiadali czworo i więcej dzieci. Była to najmniej liczna grupa, która stanowiła 5,2% ogółu badanych.

Tylko 4,6% badanych osób niepełnosprawnych nie posiadało rodzeństwa. Stwierdzono, że najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby posiadające troje i więcej rodzeństwa (89 osób). Głównie były to osoby w dwóch najstarszych przedziałach wieku. Liczne rodzeństwo posiadało tylko osiem osób z dwóch najmłodszych przedziałów wieku; 18-24 i 25-29 lat. Badani posiadający dwoje rodzeństwa stanowili 26,2% ogółu niepełnosprawnych. W grupie wieku 40-45 lat dominowały kobiety legitymujące się posiadaniem dwójki rodzeństwa. Mężczyźni częściej niż kobiety posiadali tylko brata lub siostrę.

W zdecydowanej większości (88,0%) respondenci utrzymywali częste osobiste kontakty z rodzeństwem mieszkającym oddzielnie. Częściej ze swoim rodzeństwem spotykały się kobiety w młodszych przedziałach wieku.

W trakcie badania stwierdzono, że z grupy 131 osób 27,4% badanych dotyczyły problemy związane z trudnościami materialnymi (finansowymi). Dotyczyły one głównie najstarszych mężczyzn niepełnosprawnych.

Problemy związane z mieszkaniem zgłosiło 19,6% ogółu niepełnosprawnych. Im młodsza klasa wieku, tym wyższy był odsetek osób z tymi problemami.

Choroba w rodzinie, konieczność sprawowania opieki nad chorymi (ojciec, matka) dotknęła 18,2% badanych. Ten problem częściej dotyczył najmłodszych osób niepełnosprawnych. Problem braku pracy dla osób niepełnosprawnych, czy ich najbliższych zgłosiło 16,0% badanych.

Takie problemy rodzinne jak: alkohol, brak sprzętu i zaopatrzenia ortopedycznego usprawniającego zgłosiło mniej niż 5% ogółu badanych osób niepełnosprawnych.

Następną analizowaną w badaniu respondentów kwestią była samoocena sytuacji rodzinnej. Najwięcej osób oceniło swoją sytuację rodzinną jako dobrą - 68,0% i było to

zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn. Swoją sytuację rodzinną za przeciętną uznało 18,4% badanych. Źle o swojej sytuacji wypowiedziało się 18 osób.

### 6.3. Sytuacja ekonomiczna respondentów

#### 6.3.1. Podstawowe źródła własnych dochodów

Ważną kwestią związaną z funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych są materialne warunki życia.

**Tabela 13. Źródła dochodów niepełnosprawnych mieszkańców wsi.**

Populacja badanych niepełnosprawnych	Źródło dochodu						Razem	
	wyłącznie praca		wyłącznie niezarobkowe		praca plus niezarobkowe			
	N	%	N	%	N	%	N	%
mężczyźni	33	41,7	40	50,6	6	7,6	79	100,0
kobiety	23	23,9	39	40,6	34	35,4	96	100,0
Ogółem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0

Z uzyskanych od respondentów odpowiedzi wynika, że osoby niepełnosprawne przeważnie korzystały z niezarobkowych (45,1%) źródeł dochodu (renta, zasiłek), na drugim miejscu znaleźli się utrzymujący wyłącznie z pracy (32,0%) a następnie zajęli pracujący renciści (22,9%). Mężczyźni w większym stopniu niż kobiety utrzymywali się wyłącznie z pracy ( $p < 0,0001$ ). Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni korzystały z kilku różnych źródeł dochodu. Wyniki zależności pomiędzy źródłem dochodu badanych a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 14.

**Tabela 14. Współzależność pomiędzy źródłem dochodu badanych a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Czynnik demograficzny		Źródło dochodu								Analiza statystyczna
		zarobkowe		niezarobkowe		zarobkowe i niezarobkowe		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Wiek	18-24	6	28,6	9	42,9	6	28,6	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =19,29 df=8 <b>p=0,0133</b>
	25-29	16	57,1	6	21,4	6	21,4	28	100,0	
	30-34	10	34,5	10	34,5	9	31,0	29	100,0	
	35-39	7	21,9	15	46,5	10	31,3	32	100,0	
	40-45	17	26,2	39	60,0	9	13,9	65	100,0	
	Razem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	26	25,0	55	52,9	23	22,1	104	100,0	TFFH p=0,0148
	zawodowe	18	40,9	19	43,2	7	15,9	44	100,0	
	średnie	10	41,7	5	20,8	9	37,5	24	100,0	
	wyższe	2	66,6	0	0,0	1	33,3	3	100,0	
	Razem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	19	31,7	21	35,0	20	33,3	60	100,0	TFFH p=0,1841
	żonaty/ zameżna	34	31,8	53	49,5	20	18,7	107	100,0	
	rozwidziony/a	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/ wdowa	0	0,0	1	0,0	0,0	0,0	1	100,0	
	Razem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	od urodzenia	3	13,0	9	39,1	11	47,8	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =13,63 df=4 <b>p=0,0085</b>
	uraz	20	41,7	17	35,4	11	22,9	48	100,0	
	choroba	33	31,7	53	51,0	18	17,3	104	100,0	
	Razem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	6	20,0	12	40,0	12	40,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =16,098 df=4 <b>p=0,0028</b>
	19-30	28	44,4	20	31,8	15	23,8	63	100,0	
	powyżej 30	22	26,8	47	57,3	13	15,9	82	100,0	
	Razem	56	32,0	79	45,1	40	22,9	175	100,0	

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy źródłem dochodów uzyskiwanych przez osoby niepełnosprawne a ich wiekiem ( $p=0,0133$ ), wykształceniem ( $p=0,0185$ ), oraz wysoce istotnie statystyczną zależność pomiędzy przyczyną i wiekiem ( $p=0,0085$ ,  $p=0,0028$ ) nabycia niepełnosprawności. Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy źródłem dochodu a stanem cywilnym badanych niepełnosprawnych.

Największy odsetek badanych, których źródłem dochodu była praca stanowiły osoby niepełnosprawne w wieku 25-29 lat (57,1%) i posiadające wykształcenie wyższe (66,6%) i średnie (41,5%). Natomiast badane osoby niepełnosprawne w wieku 40-45 lat (60,0%) z wykształceniem podstawowym (52,8%) wskazały na niezarobkowe źródła dochodu.

### 6.3.2. Wspólne dochody całego gospodarstwa rodzinnego

Na funkcjonowanie niepełnosprawnych mieszkańców wsi w sferze materialnej ma wpływ nie tylko indywidualny dochód osoby niepełnosprawnej, ale również dochód całego gospodarstwa domowego lub rodziny osoby niepełnosprawnej.

Wśród badanych dochody pochodzące od jednej osoby w rodzinie miało 49,7% badanych, od dwóch osób – 32%, od trzech 14,8%, od czterech i więcej 3,5%.

Odpowiedzi analizowano według płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 15.

**Tabela 15. Współzależność pomiędzy liczbą osób, od których pochodzą dochody w gospodarstwie domowym a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Liczba osób, od których pochodzą dochody										Analiza statystyczna
		jednej		dwóch		trzech		czterech i więcej		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	39	50,0	26	32,9	12	15,1	2	2,5	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =0,38 df=3 p=0,9424
	kobiety	48	49,3	30	31,2	14	14,5	4	4,1	96	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	
Wiek	18-24	4	19,1	12	57,1	3	14,3	2	9,5	21	100,0	Test FFH p=0,0214
	25-29	18	62,1	4	14,3	4	14,3	2	7,1	28	100,0	
	30-34	18	62,1	7	24,1	4	13,8	0	0,0	29	100,0	
	35-39	20	62,1	10	31,3	1	3,1	1	3,1	32	100,0	
	40-45	27	41,5	23	35,4	14	21,5	1	1,5	65	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	54	51,9	31	28,8	18	17,3	1	1,0	104	100,0	Test FFH p=0,0013
	zasadnicze zawodowe	27	61,4	11	25,0	3	6,8	3	6,8	44	100,0	
	średnie	5	20,8	14	58,3	3	12,5	2	8,3	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	3	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	27	45,0	20	33,3	9	15,0	4	6,7	60	100,0	Test FFH p=0,8050
	żonaty/zamężna	56	52,3	34	31,8	15	14,0	2	1,9	107	100,0	
	rozwódziona/a	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	11	47,8	9	39,1	3	13,0	0	0,0	23	100,0	Test FFH p=0,3318
	uraz	19	39,6	21	43,8	6	12,5	2	4,2	48	100,0	
	choroba	57	54,8	26	25,0	17	16,4	4	3,9	104	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	17	56,7	9	30,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0	Test FFH p=0,2095
	19-30	29	46,0	21	33,3	8	12,7	5	7,9	63	100,0	
	powyżej 30	41	50,0	26	31,7	15	18,3	0	0,0	82	100,0	
	Razem	87	49,7	56	32,0	26	14,8	6	3,5	175	100,0	

Stwierdzono, że dla blisko połowy badanych osób niepełnosprawnych (49,7%) indywidualny dochód własny osoby niepełnosprawnej stanowi jedyne źródło utrzymania dla całego gospodarstwa domowego. Znaczną grupę (32,0%) stanowiły osoby niepełnosprawne, których gospodarstwo domowe utrzymuje się z dochodów pochodzących od dwóch członków rodziny. Dochody od trzech osób deklarowało 14,8% badanych. Tylko 3,5% badanych niepełnosprawnych mieszkańców wsi prowadzi gospodarstwa domowe, w których wspólne dochody pochodzą od czterech i więcej osób.

Badania wykazały istotną współzależność pomiędzy liczbą osób, od których pochodzą dochody w gospodarstwie domowym badanych osób niepełnosprawnych, a ich wiekiem ( $p=0,0214$ ), oraz wykształceniem ( $p=0,0013$ ). Im niższe wykształcenie, tym mniejsza liczba osób, od których pochodzą dochody.

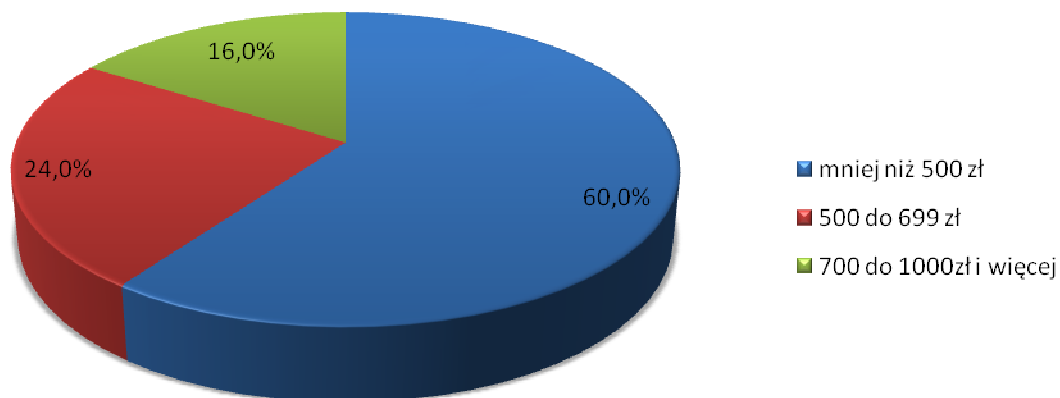
Płeć i stan cywilny badanych nie miały istotnego wpływu na liczbę osób, od których pochodzą dochody ( $p<0,05$ ).

### **6.3.3. Sytuacja materialno-bytowa badanych**

#### **6.3.3.1. Dochód na osobę w rodzinie**

Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że w większości (60,0%) gospodarstw domowych respondentów, miesięczny dochód na osobę nie przekracza 500 złotych. W około jednej czwartej (24,0%) gospodarstw na osobę przypada od 500 do 699 złotych, zaś 16,0% respondentów deklaruje dochód na osobę w wysokości 700 – 1000 złotych i więcej (ryc. 5).





**Ryc. 5. Miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym badanych.**

Wyniki analizy współzależności pomiędzy wysokością dochodu na osobę w rodzinie a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną niepełnosprawności i wiekiem jej nabycia przedstawiono w tabeli 16.

**Tabela 16. Współzależność pomiędzy wysokością dochodu na osobę w rodzinie a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

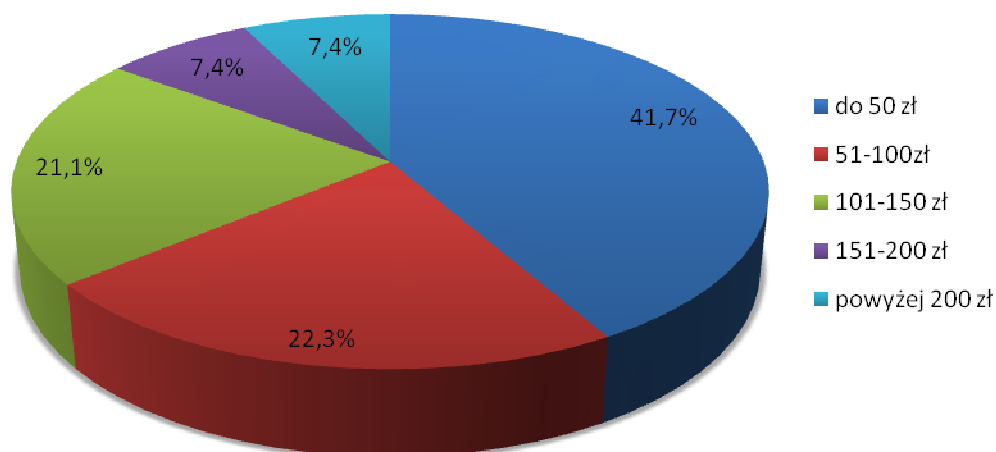
Badane zmienne		Miesięczny dochód na osobę								Analiza statystyczna
		mniej niż 500zł		500 -699		700-1000 i więcej		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	38	48,1	24	30,3	17	21,5	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =8,581938 df=2 <b>p=0,0136</b>
	kobiety	67	69,7	18	18,7	11	11,4	96	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wiek	18-24	12	57,1	5	23,8	4	19,1	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =13,15437 df=8 p=0,1066
	25-29	15	53,6	9	32,1	4	14,3	28	100,0	
	30-34	19	65,5	1	3,5	9	31,0	29	100,0	
	35-39	18	56,3	9	28,1	5	15,6	32	100,0	
	40-45	41	63,1	18	21,7	6	9,2	65	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	76	73,1	19	18,3	9	8,7	104	100,0	Test FFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	24	54,6	16	36,4	4	9,1	44	100,0	
	średnie	5	20,8	7	29,2	12	50,0	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	38	63,3	13	21,7	9	15,0	60	100,0	Test FFH p=0,4565
	żonaty/zamężna	63	58,9	27	25,2	17	15,9	107	100,0	
	rozwidziony/a	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	18	78,3	1	4,4	4	17,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =21,33457 df=4 <b>p=0,0002</b>
	uraz	18	37,5	15	31,3	15	31,3	48	100,0	
	choroba	69	66,4	26	25,0	9	8,7	104	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	21	70,0	4	13,3	5	16,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =6,819332 df=4 p=0,1457
	19-30	31	49,2	18	28,6	14	22,2	63	100,0	
	powyżej 30	53	64,6	20	24,4	9	11,0	82	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	

Z przeprowadzonej analizy wynika, że mężczyźni zarabiali lepiej niż kobiety ( $p=0,0139$ ). Stwierdzono również, że im wyższe wykształcenie posiada osoba niepełnosprawna, tym ma również lepsze zarobki ( $p=0,0001$ ). Badani, których przyczyną niepełnosprawności była choroba wrodzona (78%) lub nabyta (66%) częściej niż osoby niepełnosprawne z powodu urazu (32,5%) deklarowali najniższy dochód.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy miesięcznym dochodem na osobę a wiekiem, stanem cywilnym i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p>0,05$ ).

### 6.3.3.2. Kwota jaką dysponuje badany na własne wydatki

Dla niepełnosprawnych bardzo ważne jest poczucie niezależności, wartości i swobody. Wszyscy badani mieli do dyspozycji pieniądze przeznaczone tylko na własne wydatki.



**Ryc. 6. Wysokość „kieszonkowego.”**

Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że wszystkie osoby niepełnosprawne dysponują pieniędzmi przeznaczonymi wyłącznie na swoje osobiste wydatki. Z reguły – w 41,7% przypadków – kwota ta nie przekracza 50 złotych na miesiąc. Niemal taka sama liczba osób niepełnosprawnych rozporządza sumą mieszczącą się w granicach 51-100 złotych (22,3%) i kwotą w granicach 101-150 złotych (21,1%). Natomiast kwotą najwyższą z deklarowanych 151-200 złotych i powyżej 200 zł dysponowała taka sama liczba (13) osób niepełnosprawnych.

Jako zmienne do analizy przyjęto płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny, przyczynę oraz wiek nabycia niepełnosprawności.

**Tabela 17. Współzależność pomiędzy posiadana kwotą pieniędzy na własne wydatki a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyna i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Kwota pieniędzy na własne wydatki												Analiza statystyczna
		do 50 zł		51-100		101-150		151-200		powyżej 200		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	32	40,1	16	20,2	16	20,2	6	7,5	9	11,3	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =3,4225 df=4 p=0,4855
	kobiety	41	42,7	23	23,9	21	21,8	7	7,2	4	4,1	96	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	
Wiek	18-24	6	28,6	7	33,3	3	14,3	3	14,3	2	9,5	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =29,12875 df=16 p=0,0231
	25-29	4	14,3	9	32,1	8	28,6	4	14,3	3	10,7	28	100,0	
	30-34	10	34,5	7	24,1	8	27,6	3	10,3	1	3,5	29	100,0	
	35-39	16	50,0	4	12,5	5	15,6	2	6,3	5	15,6	32	100,0	
	40-45	37	56,9	12	18,5	13	20,0	1	1,5	2	3,1	65	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	46	50,0	8	18,2	8	18,2	4	9,1	2	4,6	104	100,0	Test FFH p=0,0115
	zasadnicze zawodowe	22	44,3	26	25,00	24	23,1	3	2,9	5	4,8	44	100,0	
	średnie	5	20,8	5	20,8	4	16,7	5	20,8	5	20,8	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,00	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	15	25,0	20	33,3	13	21,7	6	10,0	6	10,0	60	100,0	Test FFH p=0,0386
	żonaty/zamężna	54	50,5	19	17,8	21	19,6	6	5,6	7	6,5	107	100,0	
	rozwidziony/a	4	57,1	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	6	26,1	10	43,5	5	21,7	0	0,0	2	8,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =26,58452 df=8 p=0,0008
	uraz	11	22,9	10	20,8	13	27,1	8	16,7	6	12,5	48	100,0	
	choroba	56	53,9	19	18,3	19	18,3	5	4,8	5	4,8	104	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	14	29,8	14	29,8	9	19,2	4	8,5	6	12,8	47	100,0	Chi <sup>2</sup> = 14,8084 df=8 p=0,0629
	19-30	43	50,6	13	15,3	22	25,9	4	4,7	3	3,5	85	100,0	
	powyżej 30	16	37,2	12	27,9	6	14,0	5	11,6	4	9,3	43	100,0	
	Razem	73	41,8	39	22,3	37	21,1	13	7,4	13	7,4	175	100,0	

W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że wiek ma związek z wysokością „kieszonkowego”, które posiada badany (p=0,0231). Największy odsetek badanych, którzy posiadali najwyższe „kieszonkowe” stanowiły osoby w wieku 35-39 lat – 15,6%.

Osoby z wykształceniem średnim i wyższym częściej wskazywały na większe kieszonkowe niż osoby słabiej wykształcone. Połowa badanych legitymujących się podstawowym wykształceniem 44,26% z wykształceniem zasadniczym zawodowym na własne wydatki może przeznaczyć mniej niż 50 złotych.

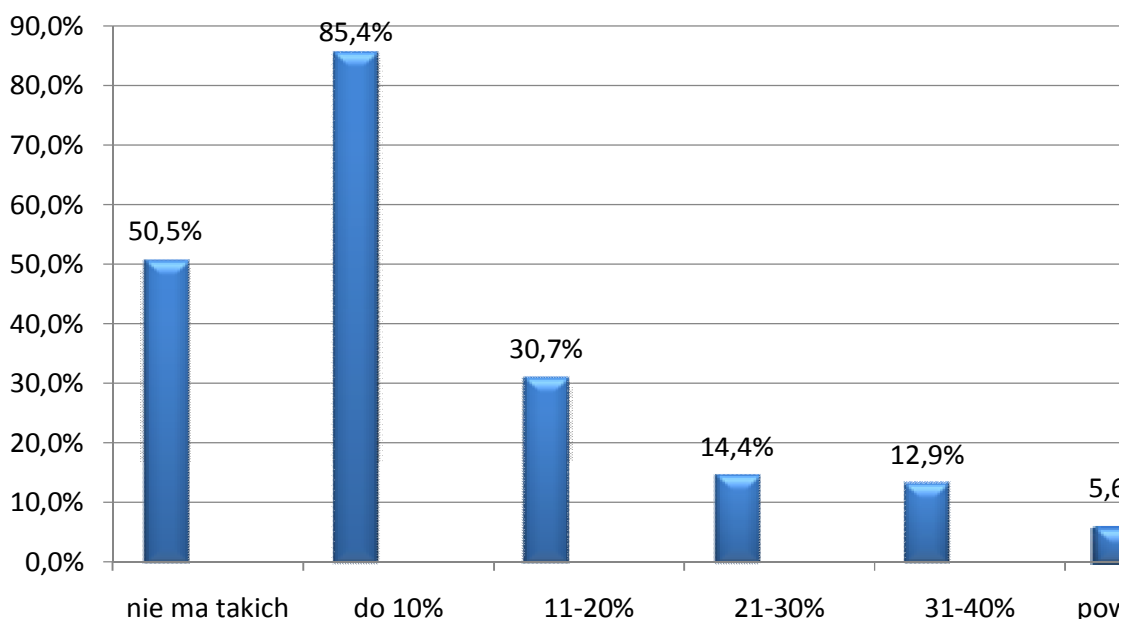
Stwierdzono również istotną statystycznie współzależność pomiędzy wysokością „kieszonkowego” a przyczyną niepełnosprawności ( $p=0,0008$ ). Osoby badane, których przyczyną niepełnosprawności była choroba nabyta w największym odsetku (53,85%) posiadały „kieszonkowe” poniżej 50 złotych.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wysokością „kieszonkowego” a płcią, stanem cywilnym i wiekiem nabycia niepełnosprawności przez osoby badane.

#### 6.3.4. Wydatki wynikające z niepełnosprawności

Możliwość zaspokojenia potrzeb wynikających z niepełnosprawności zależy od sytuacji materialnej badanych respondentów. Wszystkie osoby badane były pytane, jaki procent w ramach budżetu domowego stanowią wydatki wynikające z niepełnosprawności (lekarstwa, sprzęt usprawniający, zabiegi rehabilitacyjne).

Odpowiedzi analizowano według wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.



**Ryc. 7. Udział wydatków wynikających z niepełnosprawności w miesięcznym budżecie domowym badanych.**

W ramach budżetu domowego wydatki wynikające z niepełnosprawności stanowią: dla 41,7% mężczyzn i 43,7% kobiet do 10% ogółu wydatków; dla 15% od 11-20%. 7,4% respondentów deklaruje, że udział ten wynosi 31-40% budżetu, zaś 6,2%, że udział ten przekracza 40%. Ponadto 19% badanych przyznało, że nie ma takich wydatków.

**Tabela 18. Współzależność pomiędzy wielkością wydatków związanych z niepełnosprawnością a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne	% w ramach budżetu domowego na wydatki związane z niepełnosprawnością														Analiza statystyczna
	nie ma takich wydatków		do 10%		11-20%		21-30%		31-40%		powyżej 40%		Razem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>PLEĆ</b>															Chi <sup>2</sup> =2,8206 df=5 p=0,7276
mężczyźni	21	26,6	33	41,8	12	15,2	4	5,1	7	8,9	2	2,5	79	100,0	
kobiety	23	24,0	42	43,8	15	15,6	9	9,4	4	4,2	3	3,1	96	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	
<b>WIEK</b>															TFFH p=0,0002
18-24	4	19,1	1	4,8	12	57,1	1	4,8	2	9,5	1	4,8	21	100,0	
25-29	8	28,6	10	35,7	1	3,6	6	21,4	2	7,1	1	3,6	28	100,0	
30-34	11	37,9	13	44,8	2	6,9	0	0,0	1	3,5	2	6,9	29	100,0	
35-39	10	31,3	17	53,1	3	9,4	0	0,0	2	6,3	0	0,0	32	100,0	
40-45	11	16,9	34	52,3	9	13,9	6	9,2	4	6,2	1	1,5	65	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>															TFFH p=0,0001
podstawowe	29	27,9	45	43,3	17	16,4	8	7,7	4	3,9	1	1,0	104	100,0	
zasadnicze zawodowe	9	20,5	23	52,3	7	15,9	3	6,8	2	4,6	0	0,0	44	100,0	
średnie	5	20,8	7	29,2	3	12,5	2	8,3	5	20,8	2	8,3	24	100,0	
wyższe	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	
<b>STAN CYWILNY</b>															TFFH p=0,2006
wolny/a	16	26,7	19	31,7	14	23,3	6	10,0	2	3,3	3	5,0	60	100,0	
żonaty/zamężna	27	25,2	51	47,7	12	11,2	6	5,6	9	8,4	2	1,9	107	100,0	
rozwidziony/a	1	14,3	5	71,4	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	
wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	
<b>PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>															Chi <sup>2</sup> =19,17281 df=10 p=0,0038
wrodzona	4	17,4	6	26,1	8	34,8	2	8,7	1	4,4	2	8,7	23	100,0	
uraz	12	25,0	16	33,3	8	16,7	5	10,4	5	20,4	2	4,2	48	100,0	
choroba	28	26,9	53	51,0	11	10,6	6	5,8	5	4,8	1	1,0	104	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	
<b>WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>															Chi <sup>2</sup> = 13,06740 df=10 p=0,2199
do 18	8	26,7	8	26,7	9	30,0	2	6,7	1	3,3	2	6,7	30	100,0	
19-30	17	27,0	24	38,1	10	15,9	5	7,9	5	7,9	2	3,2	63	100,0	
powyżej 30	19	23,2	43	52,4	8	9,8	6	7,3	5	6,1	1	1,2	82	100,0	
Razem	44	25,1	75	42,9	27	15,4	13	7,4	11	6,3	5	2,9	175	100,0	

Analiza wskazanych odpowiedzi wykazała, że na wysokość wydatków związanych z niepełnosprawnością ma wpływ wiek badanych (p=0,0000), wykształcenie (p=0,0001).

Największy odsetek badanych w najstarszych grupach wiekowych 35-39 i 40-45 lat, ponosił wydatki związane z niepełnosprawnością w wysokości nie

przekraczającej 10% całego dochodu (53,1% i 52,3%). Ponad połowa (57,1%) badanych w najmłodszej grupie wieku 18 – 24 lat na wydatki związane z niepełnosprawnością wydaje od 11 do 20 % dochodu.

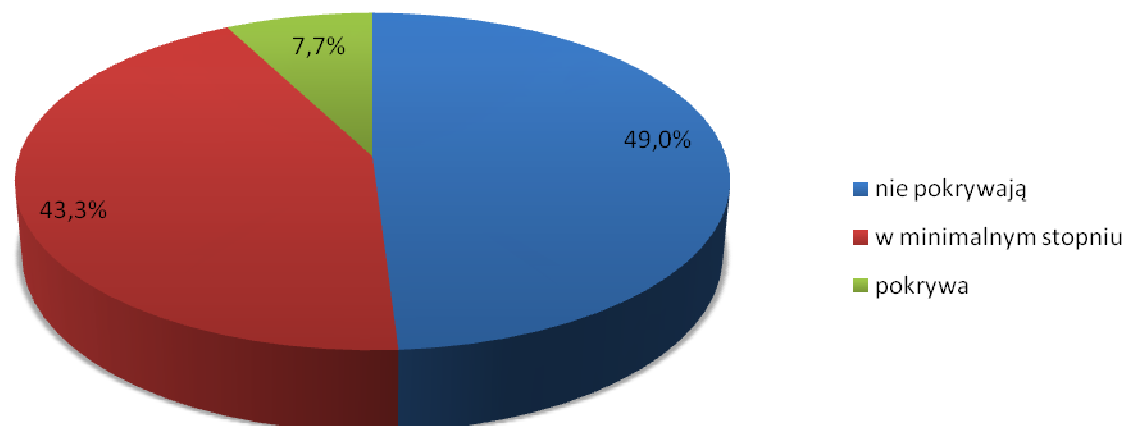
Osoby z wykształceniem wyższym znacznie częściej (66,7%) niż osoby „słabiej” wykształcone (1,0%) na wydatki związane z niepełnosprawnością rezerwowały ponad 40 % dochodu.

Wykorzystując statystyczną analizę danych stwierdzono, że przyczyna niepełnosprawności ma związek z wysokością kwoty przeznaczonej na wydatki związane z niepełnosprawnością ( $p=0,0381$ ). Osoby niepełnosprawne od urodzenia na wydatki związane z niepełnosprawnością najczęściej (34,8%) wydają od 11 – 20% swojego budżetu. Osoby niepełnosprawne z powodu choroby i urazu nabytego w różnym okresie życia w największym odsetku (33,3% i 51,0%) na te wydatki przeznaczają nie więcej niż 10% swojego budżetu. Również niepełnosprawni od urodzenia dwukrotnie częściej niż pozostali wydają więcej niż 40% swojego dochodu.

Nie stwierdzono różnicy statystycznej pomiędzy wysokością wydatków związanych z niepełnosprawnością a płcią ( $p=0,7276$ ), stanem cywilnym ( $p=0,2006$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,2199$ ).

#### **6.3.5. Czy dochody badanych pokrywają ich podstawowe wydatki?**

Zdaniem 49,0% badanych ich dochody nie wystarczają na podstawowe wydatki. Dla 43,3% dochody tylko w minimalnym stopniu pokrywają wydatki. Zadowolonych, których dochody pokrywają ich wydatki było tylko 7,7% badanych niepełnosprawnych (ryc. 8).



**Ryc. 8. Czy dochody pokrywają podstawowe wydatki osób niepełnosprawnych?**

Analiza wyników udzielonych odpowiedzi uwzględniająca płeć badanych osób nie wykazała zróżnicowania płci pod względem udzielanych odpowiedzi. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety w zbliżonym odsetku (odpowiednio 49,4% i 50,0%) odpowiedzieli, że dochody nie pokrywają ich wydatków (tab. 19).

**Tabela 19. Współzależność pomiędzy płcią a wystarczalnością dochodu na podstawowe wydatki.**

Badana zmienna		Czy dochód pokrywa wydatki?								Analiza statystyczna
		nie pokrywa		pokrywa w min. st.		pokrywa		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	39	49,4	32	40,5	8	10,1	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =2,531566 df=2 p=0,2820
	kobiety	48	50,0	44	45,8	4	4,2	96	100,0	
	Razem	87	49,0	76	43,3	12	6,9	175	100,0	

Wiek okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na rodzaj udzielanej odpowiedzi ( $p=0,0100$ ). Im wyższy przedział wieku osób badanych, tym wyższy odsetek odpowiedzi stwierdzających, że dochody nie pokrywają ich wydatków (35-39 lat – 68,7%; 40-45 lat – 60,0%). Analiza uzyskanych wyników wykazała, że największy odsetek badanych w najmłodszych grupach wieku 18-24 lat, 25-29 lat



wskazał na odpowiedzi, że ich dochody w minimalnym stopniu pokrywają wydatki (odpowiednio 57,1%; 64,29%).

**Tabela 20. Wiek badanych a wystarczalność dochodu na podstawowe wydatki.**

Badana zmienna		Czy dochody pokrywają wydatki?								Analiza statystyczna
		nie pokrywają		pokrywa w min. st.		pokrywa		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Wiek	18-24	6	28,6	12	57,1	3	14,3	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =20,08628 df=8 p=0,0100
	25-29	7	25,9	18	64,3	3	10,7	28	100,0	
	30-34	13	44,8	13	44,8	3	10,3	29	100,0	
	35-30	22	68,8	9	28,1	1	3,1	32	100,0	
	40-45	39	60,0	24	36,9	2	3,01	65	100,0	
	Razem	87	49,7	76	43,4	12	6,9	175	100,0	

Poziom wykształcenia miał istotny wpływ na sposób udzielanych na to pytanie odpowiedzi (p=0,0001).

Badani z wykształceniem wyższym najczęściej spośród wszystkich badanych deklarowali, że ich dochody pokrywają wydatki (66,7%). Osoby niepełnosprawne słabiej wykształcone w największym odsetku wskazywały na odpowiedzi, że dochody nie pokrywają ich wydatków (56,8% z wykształceniem zawodowym i 53,9% z wykształceniem podstawowym).

**Tabela 21. Wykształcenie a wystarczalność dochodów na podstawowe wydatki.**

Badana zmienna		Czy dochody pokrywają wydatki?								Analiza statystyczna
		nie pokrywają		pokrywa w min. st.		pokrywa		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Wykształcenie	podst.	56	53,9	45	43,3	3	2,9	104	100,0	Test FFH p=0,0001
	zawodowe	25	56,8	17	38,6	2	4,6	44	100,0	
	średnie	6	25,0	13	54,2	5	20,8	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
	Razem	87	49,7	76	43,4	12	6,9	175	100,0	

Stan cywilny badanych nie miał wpływu na te wyniki (tab. 22).

**Tabela 22. Stan cywilny badanych a wystarczalność dochodów na podstawowe wydatki.**

Badana zmienna		Czy dochody pokrywają wydatki?								Analiza statystyczna
		nie pokrywają		pokrywa w min. st.		pokrywa		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Stan cywilny	wolny/a	27	45,0	29	48,3	4	6,7	60	100,0	TFFH p=0,6386
	żonaty/ zameżna	58	54,2	42	39,3	7	6,5	107	100,0	
	rozwidziony/a	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	87	49,7	76	43,4	12	6,9	175	100,0	

Analiza wyników uwzględniająca przyczynę i wiek nabycia niepełnosprawności wykazała, że na przyjętym poziomie istotności  $\alpha=0,05$  obie zmienne okazały się istotnym czynnikiem wpływającym na treść udzielonych odpowiedzi ( $p=0,03956$ ;  $p=0,0000$ ).

**Tabela 23. Przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności a wystarczalność dochodów na podstawowe wydatki.**

Badane zmienne		Czy dochody pokrywają wydatki?								Analiza statystyczna
		nie pokrywają		pokrywa w min. st.		pokrywa		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	14	60,9	6	26,1	3	13,0	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =10,05244 df=4 p=0,03956
	uraz	16	33,3	28	58,3	4	8,3	48	100,0	
	choroba	57	54,8	42	40,4	5	4,8	104	100,0	
	Ogółem	87	49,7	76	43,4	12	6,9	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	18	60,0	9	30,0	3	10,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =24,75255 df=4 p=0,00006
	19-30	16	25,4	41	65,1	6	9,5	63	100,0	
	powyżej 30	53	64,6	26	31,7	3	3,7	82	100,0	
	Ogółem	87	49,7	76	43,4	12	6,9	175	100,0	

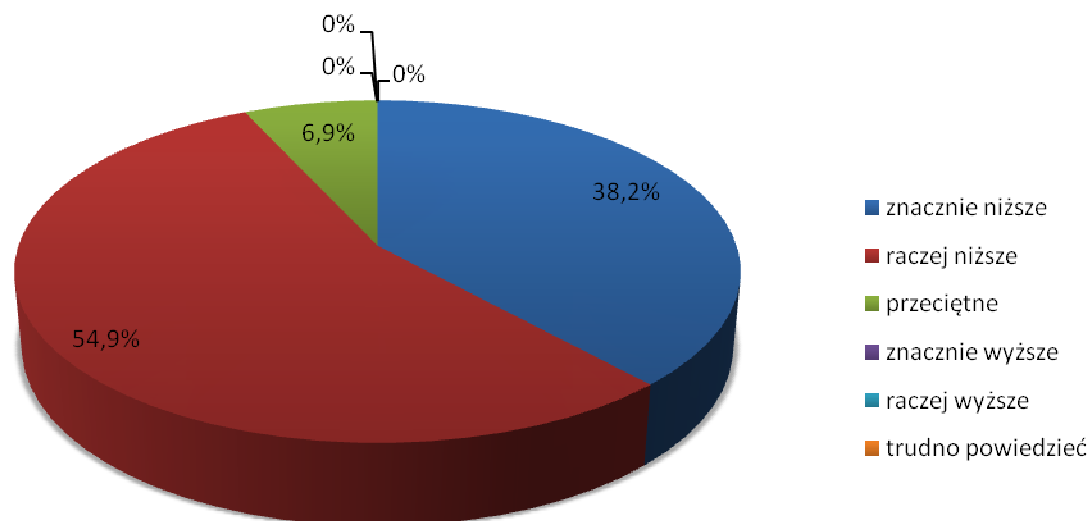
Badani z niepełnosprawnością wrodzoną prawie dwukrotnie częściej niż osoby z niepełnosprawnością nabytą z powodu urazu deklarowali, że ich dochody nie pokrywają wydatków. Również 54,8% osób z niepełnosprawnością nabytą z powodu choroby wskazało, że brakuje im pieniędzy na podstawowe wydatki.

Wiek nabycia niepełnosprawności okazał się istotnym czynnikiem różnicującym badaną grupę. Wśród badanych, którym brakuje pieniędzy na podstawowe wydatki

częściej były osoby z niepełnosprawnością nabytą do 18 roku życia (60,0%) i osoby, u których niepełnosprawność powstała po 30 roku życia.

### 6.3.6. Dochody osób niepełnosprawnych na tle średniej krajowej

Każda z badanych osób oceniła swoje dochody na tle średniej krajowej.



**Ryc. 9. Dochody badanych na tle średniej krajowej.**

Zdaniem 54,9% badanych ich dochody na tle przeciętnych dochodów polskiej rodziny są raczej niższe. Ponad 38,2% uważa swoje dochody za znacznie niższe od przeciętnej. Najmniejszy odsetek badanych to osoby, które swoje dochody oceniają za przeciętne, takie same (6,9%). Żadna z badanych osób niepełnosprawnych nie oceniła swoich dochodów jako wyższe i znacznie wyższe od średniej krajowej. Wyniki te są niezależne od płci (tab. 26), wieku, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.

Zależne natomiast od wykształcenia, tzn. im wyższe wykształcenie posiada osoba niepełnosprawna, tym niżej ocenia swoje dochody w porównaniu ze średnią krajową ( $p=0,0050$ ), (tab. 25).

**Tabela 24. Współzależność pomiędzy oceną własnych dochodów w porównaniu ze średnią krajową a wykształceniem badanych.**

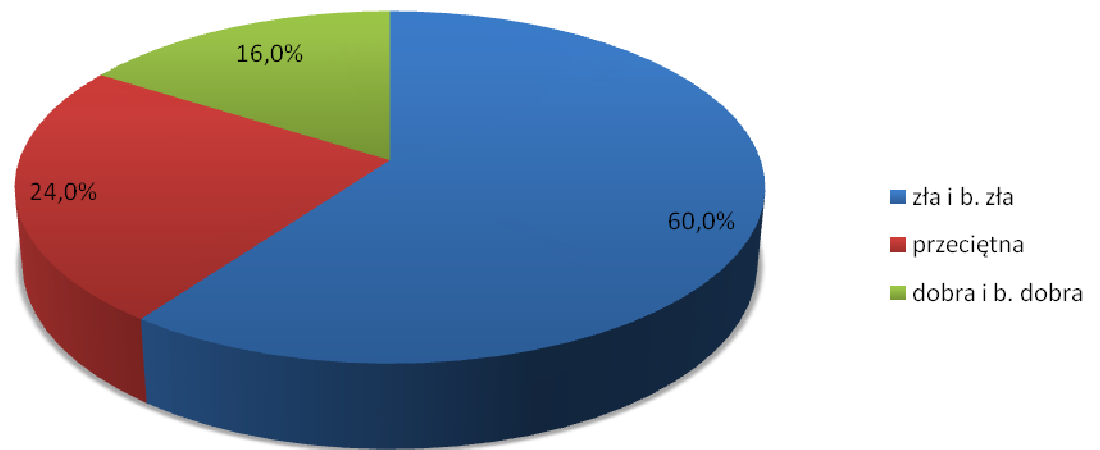
Badana zmienna		Ocena dochodów na tle średniej krajowej								Analiza statystyczna
		znacznie niższe		niższe		takie same		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Wykształcenie	podstawowe	40	38,5	60	57,7	4	3,9	104	100,0	TFFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	5	20,8	15	62,5	4	16,7	24	100,0	
	średnie	22	50,0	21	47,7	1	2,3	44	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
	Razem	62	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	

**Tabela 25. Dochody osób niepełnosprawnych na tle średniej krajowej a płeć, wiek, stan cywilny, przyczyny i wiek nabycia niepełnosprawności badanych.**

Badane zmienne		Ocena własnych dochodów na tle średniej krajowej								Analiza statystyczna
		znacznie niższe		niższe		takie same		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	29	36,7	42	53,2	8	10,2	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =21,47 df=1 p=0,0000
	kobiety	38	39,6	54	56,3	4	4,2	96	100,0	
	Razem	67	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	
Wiek	18-24	7	33,3	12	57,1	2	9,5	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =4,546016 df=4 p=0,3371
	25-29	14	50,0	12	42,9	2	7,1	28	100,0	
	30-34	13	44,8	14	48,3	2	6,9	29	100,0	
	35-39	13	40,6	16	50,0	3	9,4	32	100,0	
	40-45	20	30,8	42	64,6	3	4,6	65	100,0	
	Razem	67	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	40	41,7	58	54,2	9	8,4	107	100,0	TFFH p=0,0050
	żonaty/ zamężna	25	37,4	33	55,0	2	3,3	60	100,0	
	rozwidziony/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	wdowiec/a	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100,0	
	Razem	67	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	12	52,2	9	39,1	2	8,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =3,768064 df=3 p=0,2876
	uraz	19	39,6	23	47,9	6	12,5	48	100,0	
	choroba	36	34,6	64	61,5	4	3,9	104	100,0	
	Razem	67	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	14	46,7	14	46,7	2	6,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =5,929447 df=2 p=0,0515
	19-30	26	41,3	33	52,4	4	6,4	63	100,0	
	powyżej 30	27	32,9	49	59,8	6	7,3	82	100,0	
	Razem	67	38,2	96	54,9	12	6,9	175	100,0	

### 6.3.7. Ocena własnej sytuacji finansowej

Dokonana przez badanych ocena własnej sytuacji finansowej wykazała zdecydowanie negatywne tendencje, bowiem wśród ogółu badanych tylko 16% oceniło swoją sytuację finansową dobrze i bardzo dobrze.



Ryc. 10. Samoocena sytuacji finansowej.

**Tabela 26. Współzależność pomiędzy samooceną sytuacji finansowej a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Samoocena sytuacji finansowej								Analiza statystyczna
		zła i b. zła		przeciętna		b. dobra i dobra		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	38	48,1	24	30,4	17	21,5	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =8,581938 df=2 <b>p=0,0136</b>
	kobiety	67	69,8	18	18,8	11	11,5	96	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wiek	18-24	12	57,1	5	23,8	4	19,1	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =13,15437 df=8 p=0,10666
	25-29	15	53,6	9	32,1	4	14,3	28	100,0	
	30-34	19	65,5	1	3,5	9	31,0	29	100,0	
	35-39	18	56,3	9	28,1	5	15,6	32	100,0	
	40-45	41	63,0	18	27,7	6	9,23	65	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	76	73,0	19	18,3	9	8,7	104	100,0	TFFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	24	54,6	16	36,4	4	9,0	44	100,0	
	średnie	5	20,8	7	29,2	12	50,0	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	38	63,3	13	21,7	9	15,0	60	100,0	TFFH p=0,4565
	żonaty/ zameżna	63	58,9	27	25,2	17	15,9	107	100,0	
	rozwidziony/a	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	18	78,3	1	4,4	4	17,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =21,33457 df=4 <b>p=0,0000</b>
	uraz	18	37,5	15	31,3	15	31,3	48	100,0	
	choroba	69	66,4	26	25,0	9	8,7	104	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	21	70,0	4	13,3	5	16,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> = 6,81933 df=4 p=0,1457
	19-30	31	49,2	18	28,6	14	22,2	63	100,0	
	powyżej 30	53	64,6	20	24,4	9	10,9	82	100,0	
	Razem	105	60,0	42	24,0	28	16,0	175	100,0	

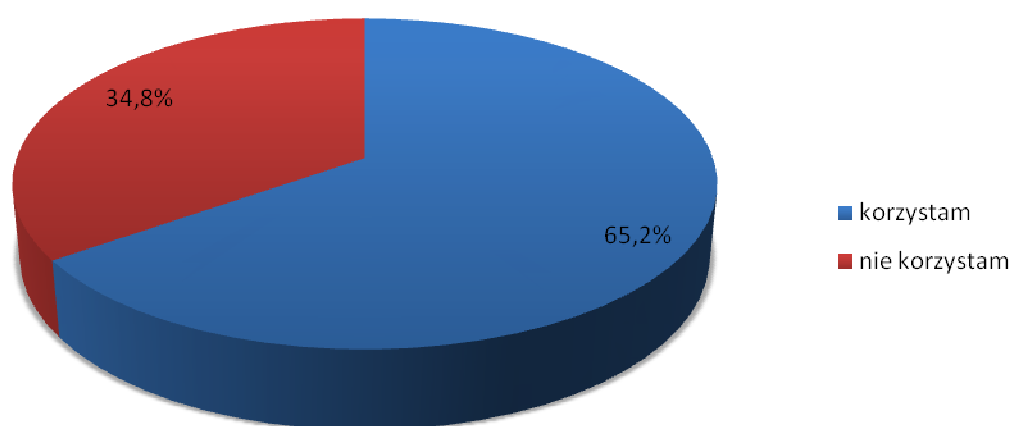
Ocena sytuacji finansowej przez samych badanych wypada różnie w zależności od rozpatrywanych zmiennych. Stwierdzono, że płeć okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na samoocenę sytuacji finansowej ( $p=0,0136$ ). Kobiety (69,7%) częściej niż mężczyźni (48,1%) swoją sytuację finansową oceniają źle i bardzo źle (tab. 27). Następną rozpatrywaną zmienną, która mogła mieć związek z samooceną było wykształcenie badanych. W wyniku przeprowadzonej statystycznie analizy danych stwierdzono, że wykształcenie ma związek z samooceną sytuacji finansowej osób niepełnosprawnych. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że osoby posiadające wyższe i średnie wykształcenie istotnie częściej oceniają swoją sytuację finansową jako

dobrą i bardzo dobrą. Osoby z niskim wykształceniem mają największy odsetek ocen złych i bardzo złych (tab. 26).

Również przyczyna powstania niepełnosprawności okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na samoocenę sytuacji finansowej ( $p=0,0002$ ). Największy odsetek badanych z niepełnosprawnością wrodzoną (78,3%) i nabytą z powodu różnych chorób (66,4%) ocenił swoją sytuację finansową źle i bardzo źle. Osoby niepełnosprawne z powodu różnych urazów oceniły swoją sytuację finansową jako złą, przeciętną i dobrą na zbliżonym poziomie (37,5%; 31,3%; 31,3%). Test  $\chi^2$  pozwolił stwierdzić, że ani wiek biologiczny ( $p=0,1066$ ), ani wiek nabycia niepełnosprawności ( $p=0,1457$ ), ani stan cywilny ( $p=4565$ ) nie miały wpływu na ocenę własnej sytuacji finansowej.

#### 6.3.8. Korzystanie z pomocy instytucji społecznych.

W sytuacji niepełnosprawności często pogarsza się kondycja finansowa rodziny. Niepełnosprawność ogranicza możliwości zarobkowania, czasem powodując niemożność zabezpieczenia podstawowych potrzeb. Te negatywne cechy położenia społecznego niepełnosprawnych pokazują, iż nie mogą oni pozostać bez wsparcia społecznego ze strony instytucji różnych form pomocy społecznej. Na pytanie czy korzysta Pan/i z opieki społecznej twierdząco odpowiedziało 65,2% badanych.



Ryc. 11. Korzystanie z opieki społecznej przez niepełnosprawnych.

**Tabela 27. Niepełnosprawni mieszkańcy wsi a korzystanie z pomocy opieki społecznej.**

Badane zmienne		Czy korzysta z pomocy opieki społecznej?						Analiza statystyczna
		nie		tak		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	13	16,4	66	83,6	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =21,47 df=1 p=0,0000
	kobiety	48	50,0	48	50,0	96	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	
Wiek	18-24	5	23,8	10	76,2	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =4,546016 df=4 p=0,3371
	25-29	7	25,0	21	75,0	28	100,0	
	30-34	9	31,0	20	69,0	29	100,0	
	35-39	12	37,5	20	62,5	32	100,0	
	40-45	28	43,1	37	57,0	65	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	26	25,0	78	75,0	104	100,0	TFFH p=0,0050
	zasadnicze zawodowe	18	40,9	26	59,1	44	100,0	
	średnie	14	58,3	10	41,7	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,00	3	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	16	26,7	44	13,3	60	100,0	TFFH p=0,2876
	żonaty/zamężna	43	40,2	64	59,8	107	100,0	
	rozwidziony/a	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	3	13,0	20	87,0	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =5,929447 df=2 p=0,0515
	uraz	20	41,7	28	58,3	48	100,0	
	choroba	38	36,5	66	63,5	104	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	15	31,9	32	68,1	47	100,0	Chi <sup>2</sup> = 2,911029 df=2 p=0,8645
	19-30	30	35,3	55	64,7	85	100,0	
	powyżej 30	16	37,2	27	62,8	43	100,0	
	Razem	61	34,8	114	65,2	175	100,0	

Wykorzystując statystyczną analizę danych stwierdzono, że płeć okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na korzystanie z opieki społecznej. Mężczyźni częściej niż kobiety korzystali ze wsparcia udzielonego przez instytucje opieki społecznej (p=0,0000).

Następną zmienną poddaną analizie było wykształcenie osób niepełnosprawnych. Stwierdzono, że wykształcenie okazało się istotnym czynnikiem wpływającym na korzystanie z opieki społecznej. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim rzadziej korzystały z opieki społecznej niż osoby słabiej wykształcone (p=0,0008).



Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy korzystaniem z opieki społecznej a wiekiem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przez osoby badane.

### **6.3.9. Podsumowanie sytuacji ekonomicznej**

Spśród badanych osób dla 40,6% podstawowe źródło dochodu stanowiła renta lub zasiłek. Wskaźniki dotyczące mężczyzn i kobiet były zróżnicowane i wynosiły dla mężczyzn 50,6% a dla kobiet 40,6%. Mężczyźni również w większym stopniu niż kobiety utrzymywali się wyłącznie z pracy zarobkowej. Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni korzystały z kilku różnych źródeł dochodu. Stwierdzono zależność pomiędzy źródłem dochodu a płcią ( $p=0,0000$ ).

Dla blisko połowy osób badanych (49,7%) indywidualny dochód osoby niepełnosprawnej stanowił jedyne źródło utrzymania dla całego gospodarstwa domowego. W 32,0% dochód pochodził od dwóch osób, w 14,8% od trzech, a tylko 3,5% badanych prowadziło gospodarstwa domowe, w których wspólne dochody pochodziły od czterech i więcej osób.

W większości – 60,0% gospodarstw domowych respondentów, miesięczny dochód na osobę nie przekraczał 500 złotych. Tylko 16% badanych deklarowało dochód na osobę w 700-1000 złotych i więcej. Stwierdzono zależność pomiędzy wysokością dochodu a płcią ( $p=0,0139$ ), oraz wysoce istotną zależność pomiędzy wykształceniem i przyczyną niepełnosprawności ( $p=0,0001$ ).

Ani wiek biologiczny, wiek nabycia niepełnosprawności, ani stan cywilny nie miały wpływu na wysokość dochodu.

Wszystkie osoby niepełnosprawne dysponują pieniędzmi przeznaczonymi na swoje osobiste wydatki. W 41,8% przypadków kwota ta nie przekracza 50 złotych. Niemal taka sama liczba osób rozporządza kwotami 51-100 złotych (22,3%) i 101-150 złotych (22,1%). Kwotą najwyższą z deklarowanych 151-200 złotych i powyżej 200 złotych dysponowała taka sama liczba osób niepełnosprawnych (13). Wykazano, że wiek osób niepełnosprawnych ma związek z wysokością kieszonkowego, które posiada badany ( $p=0,0231$ ). Badani w przedziale wieku 18-24 i 25-29 lat w większym odsetku (9,5% i 10,7%) w stosunku do osób w przedziale wieku 40-45 lat (3,1%) dysponowali „kieszonkowym” w wysokości powyżej 200 złotych. Badani

w przedziale wieku 35-39 lat i 40-45 lat w ponad 50,0% dysponowali najniższym „kieszonkowym”. Najniższe „kieszonkowe” miały również osoby legitymujące się najniższym wykształceniem, Osoby z wykształceniem średnim i wyższym posiadały wyższe „kieszonkowe” niż osoby słabiej wykształcone, które na osobiste wydatki mogą przeznaczyć co najwyżej 50 złotych ( $p=0,0049$ ).

W wyniku analizy materiału potwierdzono istotną ( $p=0,0008$ ) zależność pomiędzy przyczyną niepełnosprawności a wysokością „kieszonkowego”. W grupie osób, w których przyczyną niepełnosprawności była choroba nabyta ponad połowa (53,9%) posiadała „kieszonkowe” poniżej 50 złotych. Badani z niepełnosprawnością nabytą z powodu urazu najczęściej spośród wszystkich badanych posiadali wyższe i najwyższe „kieszonkowe.”

Wysokość „kieszonkowego” nie zależy od płci, stanu cywilnego ani od wieku nabycia niepełnosprawności.

Od sytuacji materialnej zależy poziom zaspokajania potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Spośród wszystkich badanych 19,0% deklarowało, że ich niepełnosprawność nie wymaga takich wydatków. Dla 41,7% mężczyzn i 43,7% kobiet wydatki te stanowiły nie więcej niż 10% ogółu wydatków, zaś dla 6,2% badanych niepełnosprawność pochłania ponad 40% domowego budżetu.

Na wysokość wydatków związanych z niepełnosprawnością ma wpływ wiek badanych ( $p=0,0000$ ) oraz wykształcenie ( $p=0,0001$ ).

Osoby w starszych przedziałach wieku 35-39 lat i 40-45 lat zdecydowanie mniej wydawali na potrzeby wynikające z niepełnosprawności niż osoby w najmłodszej grupie wieku. Również osoby niepełnosprawne z wyższym wykształceniem zdecydowanie częściej (66,7%) niż osoby słabiej wykształcone (1,0%) na wydatki związane z niepełnosprawnością wydawali ponad 40% domowego budżetu.

Istnieje zależność pomiędzy wysokością wydatków związanych z niepełnosprawnością a przyczyną powstania niepełnosprawności ( $p=0,0038$ ). Natomiast nie istnieje zależność pomiędzy wydatkami związanymi z niepełnosprawnością a płcią, stanem cywilnym i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p>0,05$ ).

Zdaniem 49% badanych ich dochody nie wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb. W minimalnym stopniu dochody pokrywają wydatki w ocenie 43,3% badanych. Zadowolonych ze swojej sytuacji finansowej było 7,7% badanych.

Spośród analizowanych zmiennych wiek okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na rodzaj udzielanej odpowiedzi ( $p=0,0100$ ).

Badani z wyższym wykształceniem najczęściej spośród wszystkich badanych deklarowali, że dochody pokrywają ich wydatki (66,7%).

Test  $\chi^2$  wykazał istnienie zależności pomiędzy przyczyną niepełnosprawności, a udzieloną odpowiedzią na temat wystarczalności dochodów ( $p=0,0395$ ). Również wiek nabycia niepełnosprawności był czynnikiem wpływającym na rodzaj udzielonej odpowiedzi ( $p=0,0000$ ).

Ponad połowa (65,2%) niepełnosprawnych mieszkańców wsi korzysta ze wsparcia różnych instytucji społecznych. Częściej z pomocy udzielanej przez opiekę społeczną korzystali mężczyźni ( $p=0,0000$ ). Rzadziej ze wsparcia społecznego korzystały osoby z wykształceniem średnim i wyższym ( $p=0,0008$ ). Analizowane zjawisko nie miało związku z wiekiem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.

Zdaniem 54,9% badanych ich dochody na tle średniej krajowej są raczej niższe. Ponad ¼ (38,2%) uważa swoje dochody za znacznie niższe. Żadna z badanych osób nie oceniła swoich dochodów na tle średniej krajowej jako wyższe lub znacznie wyższe. Wyniki te są niezależne od płci, wieku, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności ( $p>0,05$ ). Zależą natomiast od wykształcenia tzn. im niższe wykształcenie posiada osoba niepełnosprawna, tym niżej ocenia swoje dochody w porównaniu ze średnią krajową ( $p=0,0001$ ).

Generalna ocena sytuacji finansowej przez samych badanych wypadła źle i bardzo źle (60,0%) w zależności od rozpatrywanych zmiennych. Stwierdzono zależność samooceny sytuacji finansowej, a płcią ( $p=0,0136$ ) na rzecz mężczyzn, którzy lepiej oceniali swoją sytuację finansową niż kobiety oraz wysoce statystyczną zależność oceny sytuacji finansowej od wykształcenia ( $p=0,0000$ ). Im wyższe wykształcenie posiadały osoby badane, tym częściej oceniały swoją sytuację finansową jako dobrą i bardzo dobrą.

Istotnym czynnikiem wpływającym na samoocenę sytuacji finansowej była przyczyna nabycia niepełnosprawności. Największy odsetek badanych z niepełnosprawnością wrodzoną (78,3%) i nabytą z powodu różnych chorób (66,4%) ocenia swoją sytuację materialną źle i bardzo źle. Tylko osoby niepełnosprawne z powodu różnych urazów oceniały swoją sytuację na wszystkich poziomach w zbliżonym odsetku. Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy generalną

oceną sytuacji finansowej a wiekiem ( $p=0,1066$ ), stanem cywilnym( $p=0,4565$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $0,1457$ ).

#### **6.4. Sytuacja mieszkaniowa respondentów**

Warunki mieszkaniowe są ważnym elementem ogólnych warunków życia każdej rodziny. Wywierają istotny wpływ na kształtowanie się właściwego klimatu psychicznego i kulturalnego oraz pożądanego z punktu widzenia celów rehabilitacji i zachowań zdrowotnych osoby niepełnosprawnej.

##### **6.4.1. Posiadanie własnego mieszkania**

Według opinii badanych niepełnosprawnych mieszkańców wsi blisko połowa z nich (48,6%) nie posiada własnego mieszkania (tab. 28).

**Tabela 28. Współzależność pomiędzy posiadaniem własnego mieszkania a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Czy posiada własne mieszkanie?						Analiza statystyczna
		nie		tak		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	43	54,4	36	45,6	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,97 df=1 p=0,1595
	kobiety	42	43,8	54	56,3	96	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	
Wiek	18-24	16	76,2	5	23,8	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =28,53 df=4 p=0,0000
	25-29	23	82,1	5	17,7	28	100,0	
	30-34	14	48,3	15	51,7	29	100,0	
	35-39	10	31,3	22	68,7	32	100,0	
	40-45	22	33,9	43	66,2	65	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	49	47,1	55	52,9	104	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,56 df=3 p=0,6666
	zasadnicze zawodowe	24	54,6	20	45,5	44	100,0	
	średnie	10	41,7	14	58,3	24	100,0	
	wyższe	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	50	83,3	10	16,7	60	100,0	TFFH p=0,0001
	żonaty/ zameżna	29	27,1	78	73,0	107	100,0	
	rozwidziony/a	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	20	87,0	3	13,0	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =18,05 df=2 p=0,0001
	uraz	25	52,1	23	48,0	48	100,0	
	choroba	40	38,5	64	61,5	104	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	26	86,7	4	13,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =19,36 df=2 p=0,0001
	19-30	35	55,6	28	44,4	63	100,0	
	powyżej 30	24	29,3	58	70,7	82	100,0	
	Razem	85	51,4	90	48,6	175	100,0	

Nie potwierdzono istotnej zależności pomiędzy posiadaniem własnego mieszkania, a płcią (tab. 28). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy posiadaniem własnego mieszkania a wiekiem badanych ( $p=0,0000$ ). Im starsza osoba badana, tym częściej deklarowała posiadanie własnego mieszkania. Najwięcej spośród badanych niepełnosprawnych posiadających własne mieszkanie znajdowało się w grupie wieku 35-39 lat, natomiast najmniejszy odsetek osób posiadających własne mieszkanie był udziałem osób z przedziału 25-29 lat (17,86%).

Stan cywilny badanych okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na posiadanie własnego mieszkania. Osoby pozostające w związku małżeńskim zdecydowanie częściej (72,9%) posiadały własne mieszkanie niż osoby stanu wolnego (16,7%), ( $p=0,0001$ ).

W grupie badanych osób zaobserwowano istotną ( $p=0,0001$ ) zależność pomiędzy przyczyną niepełnosprawności a posiadaniem własnego mieszkania. Badani, których przyczyną niepełnosprawności była choroba nabyta blisko trzykrotnie częściej (61,5%) byli posiadaczami własnego mieszkania niż osoby niepełnosprawne od urodzenia (13,0%).

Wiek nabycia niepełnosprawności okazał się również istotnym czynnikiem wpływającym na posiadanie własnego mieszkania ( $p=0,0001$ ). Największy odsetek badanych (70,7%) posiadających własne mieszkanie występował wśród osób, które stały się niepełnosprawnymi po 30 roku życia. Częściej własne mieszkanie posiadały osoby z wykształceniem średnim (58,3%), ale zróżnicowanie wyników nie było istotne statystycznie ( $p=0,6666$ ).

#### **6.4.2. Posiadanie własnego pokoju**

Analizę badań dotyczącą współzależności pomiędzy posiadaniem własnego pokoju a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 29.

**Tabela 29. Współzależność pomiędzy posiadaniem własnego pokoju a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Czy posiada własne mieszkanie?						Analiza statystyczna
		nie		tak		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	18	22,8	61	77,2	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =35,07 df=1 p=0,0000
	kobiety	65	67,7	31	32,3	96	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	
Wiek	18-24	10	47,6	11	52,4	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =4,52 df=4 p=0,3391
	25-29	15	53,6	13	46,4	28	100,0	
	30-34	18	62,1	11	38,0	29	100,0	
	35-39	14	43,8	18	56,3	32	100,0	
	40-45	26	40,0	39	60,0	65	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	53	51,0	51	49,0	104	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,77 df=3 p=0,6198
	zasadnicze zawodowe	20	45,5	24	54,6	44	100,0	
	średnie	9	37,5	15	62,5	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	25	41,7	35	58,3	60	100,0	Test FFH p=0,0148
	żonaty/ zamężna	58	54,2	49	45,6	107	100,0	
	rozwidziony/a	0	0,0	7	100,0	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	12	52,2	11	47,8	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =5,27 df=2 p=0,0715
	uraz	16	33,3	32	66,7	48	100,0	
	choroba	55	52,9	49	47,1	104	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	17	56,7	13	43,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,84 df=2 p=0,3970
	19-30	31	49,2	32	50,8	63	100,0	
	powyżej 30	35	42,7	47	57,3	82	100,0	
	Razem	83	47,4	92	52,6	175	100,0	

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy posiadaniem własnego pokoju a płcią ( $p=0,0000$ ). Wśród 175 badanych niepełnosprawnych mieszkańców wsi 18 (22,8%) mężczyzn i 65 (67,8%) kobiet nie posiada własnego pokoju. Największy odsetek badanych, które nie miały własnego pokoju stanowiły osoby w wieku 40-45 lat – 60,0%, oraz posiadające wykształcenie podstawowe (96%). Częściej niż pozostali badani własnego pokoju niemalże w jednakowym procencie nie posiadały osoby niepełnosprawne od urodzenia (52,2%) i z niepełnosprawnością nabytą z powodu choroby (52,9%). Ponad połowa (56,7%) badanych, którzy nabyli niepełnosprawność przed 18 rokiem życia nie ma własnego pokoju.

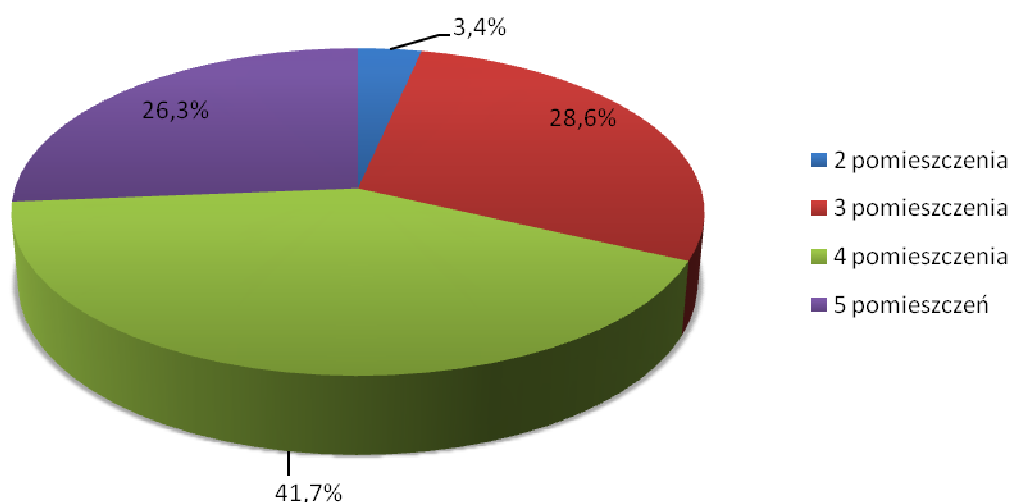
Nie stwierdzono statystycznie istotnych zależności pomiędzy posiadaniem własnego pokoju, a wiekiem ( $p=0,3391$ ), wykształceniem ( $p=0,6198$ ), przyczyną niepełnosprawności ( $p=0,0715$ ), i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,3970$ ).

Osoby pozostające w związku małżeńskim zdecydowanie częściej niż osoby stanu wolnego nie posiadały własnego pokoju ( $p=0,0186$ ).

#### 6.4.3. Liczba pomieszczeń w mieszkaniu

Ilość izb mieszkalnych zajmowanych przez osoby niepełnosprawne analizowano razem z kuchnią.

Stwierdzono, że grupą najliczniejszą są osoby posiadające cztery pomieszczenia, 73 osoby, co stanowiło 41,7% ogółu badanych. Dane przedstawiono na rycinie 12.



Ryc. 12. Liczba pomieszczeń w opinii badanych.

Badania wykazały, że 6 osób niepełnosprawnych (3,4%) posiada tylko dwie izby mieszkalne, 50 osób (28,6%) trzy pomieszczenia mieszkalne. Najwięcej 73 osoby 41,7% cztery izby mieszkalne i 46 osób (26,3%) pięć i więcej izb mieszkalnych. Współzależność pomiędzy liczbą pomieszczeń mieszkalnych a płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 30.



**Tabela 30. Współzależność pomiędzy liczbą pomieszczeń mieszkalnych a płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Liczba pomieszczeń w mieszkaniu										Analiza statystyczna
		dwa		trzy		cztery		pięć i więcej		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	3	3,8	27	34,2	38	48,1	11	13,9	96	100,0	Chi <sup>2</sup> =11,42 df=3 p=0,0096
	kobiety	3	3,1	23	23,9	35	36,5	35	36,5	79	100,0	
	Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0	
Wiek	18-24	2	9,5	9	42,9	5	23,8	5	23,8	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =34,60 df=12 p=0,0005
	25-29	1	3,6	17	60,7	6	21,4	4	14,3	28	100,0	
	30-34	1	3,5	7	24,1	14	48,3	7	24,1	29	100,0	
	35-39	1	3,1	10	31,3	10	31,3	11	34,4	32	100,0	
	40-45	1	1,5	7	10,8	38	58,5	19	29,2	65	100,0	
Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0		
Wykształcenie	podstawowe	1	1,0	29	27,8	53	51,0	21	20,2	104	100,0	Test FFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	3	6,8	20	45,5	13	29,6	8	18,2	44	100,0	
	średnie	2	8,3	1	4,2	5	20,8	16	66,7	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
	Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	4	6,7	27	45,0	14	23,3	15	25,0	60	100,0	Test FFH p=0,0002
	żonaty/zamężna	1	1,0	23	21,5	53	49,5	30	28,0	107	100,0	
	rozwidziony/a	1	14,2	0	0,0	5	71,4	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	2	8,7	10	43,5	6	26,1	5	21,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =15,04 df=6 p=0,0190
	uraz	1	2,1	16	33,3	13	27,1	18	37,5	48	100,0	
	choroba	3	2,9	24	23,1	54	52,0	23	22,1	104	100,0	
	Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	3	10,0	13	43,3	9	30,0	5	16,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =14,19 df=6 p=0,0275
	19-30	2	3,2	21	33,3	23	36,5	17	27,0	63	100,0	
	powyżej 30	1	1,2	16	19,5	41	50,0	24	29,3	82	100,0	
	Razem	6	3,4	50	28,6	73	41,7	46	26,3	175	100,0	

W grupie badanych, które posiadają dwie izby mieszkalne były dwie osoby (9,5%) w najmłodszym przedziale wieku 18-24 lata, dwie z niepełnosprawnością wrodzoną (8,7%) i trzy (10,0%) z niepełnosprawnością nabytą przed 18 rokiem życia. Z kolei wśród badanych, którzy posiadają trzy pomieszczenia mieszkalne było 27 (34,2%) mężczyzn i 23 (23,9%) kobiety, 17 (60,7%) niepełnosprawnych w wieku 25-29 lat, 20 (45,5%) badanych z wykształceniem zawodowym, 27 (45,0%) stanu wolnego oraz 10 (43,5%) z niepełnosprawnością od urodzenia. Natomiast w grupie badanych którzy posiadają cztery izby mieszkalne było 38 (48,1%) mężczyzn, 38 (58,5%) w wieku 40-45 lat, 53 (50,9%) badanych posiadających wykształcenie podstawowe, 53 (49,5%) żonaty i zamężnych oraz 54 (51,9%) badanych, których

przyczyną niepełnosprawności była choroba nabyta po 30 roku życia. W grupie osób, które deklarowały pięć i więcej izb mieszkalnych było 35 (36,5%) kobiet, 11 (34,4%) w wieku 35-39 lat, 16 (66,7%) posiadające wykształcenie średnie oraz 30 (28,0%) żonaty i zamężnych, których przyczyną niepełnosprawności w 37,5% był uraz a niepełnosprawność powstała w 29,3% po 30 roku życia.

Stwierdzono istotnie statystyczną zależność pomiędzy liczbą posiadanych pomieszczeń, a płcią ( $p=0,0096$ ), wiekiem ( $p=0,0005$ ), stanem cywilnym ( $p=0,0012$ ), przyczyną niepełnosprawności ( $p=0,0199$ ), wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0275$ ) i wysoce istotnie statystyczną zależność pomiędzy wykształceniem ( $p=0,0000$ ).

#### 6.4.4. Podstawowe elementy wyposażenia mieszkania

Podstawowe elementy wyposażenia – kuchnia, łazienka, woda bieżąca, gaz, centralne ogrzewania – posiada znaczna większość domów (odpowiednio: 100%; 89,9%; 89,9% ; 77,7%).

**Tabela 31. Wyposażenie gospodarstwa domowego w podstawowe udogodnienia wg płci.**

Wyposażenie mieszkania	Mężczyzna		Kobieta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
kuchnia	79	100,0	96	100,0	175	100,0
łazienka	72	91,1	85	88,5	157	89,9
woda bieżąca	72	91,1	85	88,5	157	89,9
gaz	63	79,7	73	76,0	136	77,7
centralne ogrzewanie	59	74,5	69	71,8	128	73,1

\* wyniki nie sumują się, gdyż badani mogli dać więcej niż jedną odpowiedź

**Tabela 32. Wyposażenie gospodarstw domowych w trwałe sprzęt ułatwiający funkcjonowanie w gospodarstwie wg płci.**

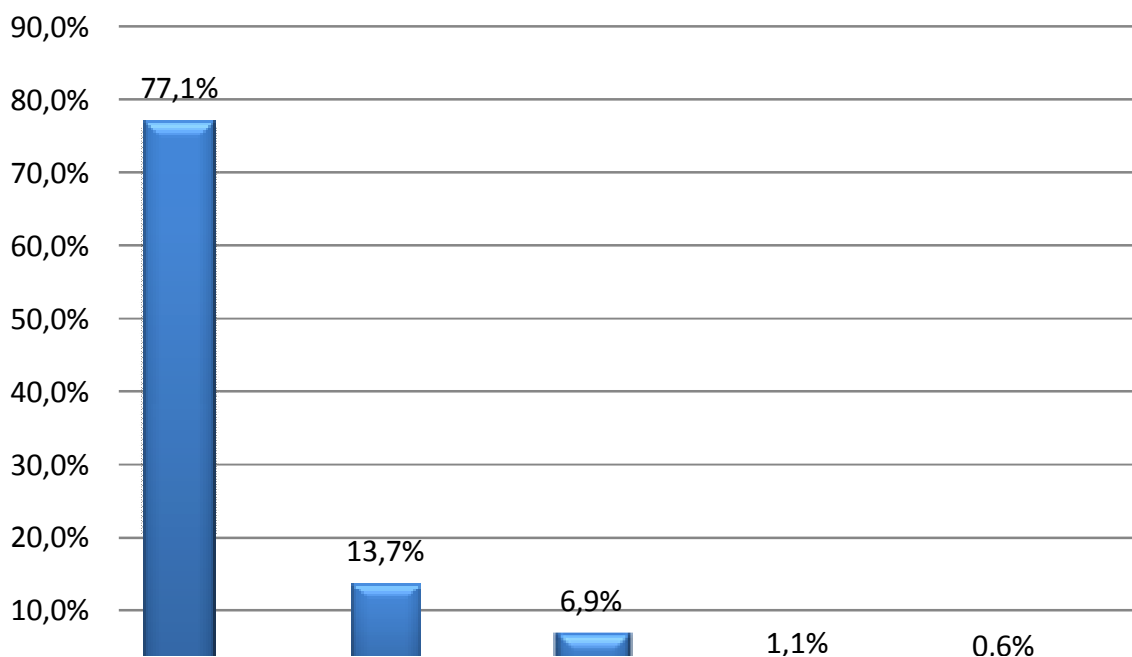
Rodzaj sprzętu	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
radio	74	93,6	92	95,8	166	94,8
telewizor	79	100,0	96	100,0	175	100,0
lodówka	76	96,2	90	93,7	166	94,8
pralka automatyczna	47	59,5	58	60,4	105	60,0
maszyna do szycia	20	25,6	38	39,6	58	33,1
rower	67	84,8	68	71,6	135	77,1
samochód	34	43,0	52	54,1	86	49,1
komputer	35	44,3	44	45,8	79	45,1
dostęp do Internetu	27	34,1	34	35,4	61	34,8
inne	7	8,8	3	3,1	10	5,7

\* wyniki nie sumują się, gdyż badani mogli dać więcej niż jedną odpowiedź

Jak wynika z powyższego zestawienia wyposażenie gospodarstw domowych w artykuły uznawane dziś za standardowe w gospodarstwie jak lodówka, radio, telewizor, posiadają niemalże wszyscy badani. Mniej gospodarstw wyposażonych jest w pralkę automatyczną (60,0%), rower (71,1%). Istotne jest gorsze wyposażenie w samochód – 49,1%, komputer 45,1%, a bezpośredni (tzn. w mieszkaniu) dostęp do Internetu posiada tylko 34,8% badanych.

#### **6.4.5. Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności**

Stopień dostosowania mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności badani oceniali w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza sytuację kiedy niepełnosprawność nie wymaga dostosowania mieszkania, 1 punkt – zupełny brak dostosowania, 2 punkty – mieszkanie niedostosowane, 3 punkty – wystarczające dostosowanie mieszkania, 4 punkty – dobre, 5 punktów- maksymalne dostosowanie.



**Ryc. 13. Ocena stopnia dostosowania mieszkania do potrzeb związanych z niepełnosprawnością, skala 0 - 5.**

Zdecydowana większość (77,1%) niepełnosprawnych mieszkańców wsi oceniła, że ich niepełnosprawność nie wymaga żadnych dostosowań w mieszkaniu i otoczeniu. Pozostali badani, których mieszkanie wymaga dostosowania najczęściej (13,7%), (6,9%) uznawali swoje mieszkanie za niedostosowane (1-2 punkty). Za maksymalne i dobre dostosowanie mieszkania (4 i 5 punktów) uznały tylko dwie osoby.

Na pytanie jakich modyfikacji wymaga mieszkanie respondenci najczęściej wymieniali wymianę progów i likwidację stopni przy wejściu do mieszkania – 15 osób (8,6%). Potrzeby zamontowania różnego rodzaju uchwytów w celu złagodzenia niedogodności w mieszkaniu i otoczeniu zgłaszało 7 osób (4,0%). Na potrzebę przerobienia drzwi w swoich mieszkaniach wskazało 6 osób niepełnosprawnych (3,4%), 3 osoby (1,7%) poruszające się na wózkach nie posiadają podjazdów, które umożliwiłyby samodzielne opuszczenie mieszkania. Kolejnych 7 osób (4,0%) wskazało, że ich mieszkanie wymaga drobnych remontów typu: wymiana podłogi, modernizacja łazienki (wymiana wanny, zamontowanie prysznicza).

Badanych pytano również, czy mają problemy związane z sytuacją mieszkaniową. Takie problemy zgłosiło 118 osób niepełnosprawnych (67,4%). Brak własnego mieszkania jest poważnym utrudnieniem dla 53 badanych (30,2%). Ponadto 24% badanych wykazało, że ich mieszkanie jest za małe a 13,1% wskazało

na niedostateczny standard mieszkania – np. brak łazienki, za mała łazienka, ubikacja, za mała kuchnia, przechodni pokój, wąskie schody i zupełny brak pieniędzy na remont i modernizację. Analizę problemów związanych z sytuacją mieszkaniową badanych przedstawiono w tabeli 33.

**Tabela 33. Współzależność problemów związanych z sytuacją mieszkaniową a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i czasem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Problemy związane z sytuacją mieszkaniową										Analiza statystyczna
		brak problemów		brak mieszkania		za małe mieszkanie		brak pieniędzy		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	23	29,1	17	21,5	22	27,8	17	21,5	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =12,75 df=3 <b>p=0,0051</b>
	kobiety	34	35,4	36	37,5	20	20,8	6	6,2	96	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	23	13,1	175	100,0	
Wiek	18-24	4	19,0	4	19,0	7	33,3	6	28,5	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =23,16 df=12 <b>p=0,0263</b>
	25-29	4	14,3	12	42,8	8	28,5	4	14,2	28	100,0	
	30-34	10	34,4	12	41,3	4	13,7	3	10,3	29	100,0	
	35-39	10	31,2	7	21,8	8	25,0	7	21,8	32	100,0	
	40-45	29	44,6	18	27,6	15	23,1	3	4,6	65	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	23	13,1	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	33	31,7	40	38,4	20	19,2	11	10,5	104	100,0	TFFH <b>p=0,0355</b>
	zasadnicze zawodowe	11	25,0	10	22,7	15	34,1	8	18,2	44	100,0	
	średnie	10	41,6	3	12,5	7	29,1	4	16,6	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	3	13,1	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	7	11,6	29	48,3	13	21,6	11	18,3	60	100,0	TFFH <b>p=0,0001</b>
	żonaty/zamężna	48	44,8	18	16,8	29	27,1	12	11,2	107	100,0	
	rozwódziona/a	1	14,2	6	85,7	0	0,0	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	23	13,1	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	5	21,7	6	26,1	6	26,1	6	26,1	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =7,97 df=6 p=0,2399
	uraz	16	33,3	11	22,9	13	27,1	8	16,7	48	100,0	
	choroba	36	34,6	36	34,6	23	22,1	9	8,6	104	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	23	13,1	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	5	16,6	12	40,0	7	23,3	6	20,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =7,20 df=6 p=0,3022
	19-30	19	31,0	20	31,7	17	26,9	7	11,1	63	100,0	
	powyżej 30	33	40,0	21	25,6	18	21,9	10	12,2	82	100,0	
	Razem	57	32,7	53	30,2	42	24,0	23	13,1	175	100,0	

Badania wykazały współzależność pomiędzy występowaniem problemów związanych z mieszkaniem a wiekiem (p=0,0263), wykształceniem (p=0,0355), płcią (p=0,0059) i stanem cywilnym (p=0,0001). Największy odsetek badanych, który skarżył się na brak własnego mieszkania stanowiły osoby niepełnosprawne w przedziale wieku 25-29 i 30-34 lata z wykształceniem podstawowym (38,4%), stanu wolnego (48,3%),

częściej kobiety (37,5%) niż mężczyźni (21,5%). Natomiast za małe mieszkanie miały osoby niepełnosprawne w najmłodszej grupie wieku (33,3%), legitymujące się wykształceniem zasadniczym zawodowym (34,1%), pozostające w związku małżeńskim (27,1%), częściej mężczyźni (27,8%) niż kobiety (20,8%). Na brak pieniędzy na remont mieszkania częściej niż pozostałe skarżyły się najmłodsze osoby niepełnosprawne w przedziale wieku 18-24 lata (28,5%) z wykształceniem zawodowym (18,1%), najczęściej stanu wolnego (18,3%) i zdecydowanie częściej mężczyźni (21,5%) niż kobiety (6,2%). Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy problemami związanymi z mieszkaniem a przyczyną ( $p=0,2399$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=3022$ ).

#### **6.4.6. Samoocena standardu technicznego mieszkania**

Spośród ogólnej liczby badanych 2/3 respondentów oceniła swój standard techniczny mieszkania jako średni, jako dobry 18,3% badanych, natomiast standard techniczny mieszkania jako zły oceniło 13,4% niepełnosprawnych mieszkańców wsi. Analizę samooceny standardu technicznego mieszkania przedstawia tabela 34.

**Tabela 34. Współzależność pomiędzy samooceną standardu technicznego mieszkania a płcią, stanem cywilnym, wykształceniem, wiekiem nabycia niepełnosprawności i przyczyną niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Samoocena standardu technicznego mieszkania								Analiza statystyczna
		dobry		średni		zły		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	15	18,9	50	63,3	14	17,7	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =2,92 df=2 p=0,2320
	kobiety	17	17,1	70	72,9	9	9,4	96	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	
Wiek	18-24	10	47,6	7	33,3	4	19,1	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =29,27 df=8 <b>p=0,0002</b>
	25-29	2	7,1	20	71,4	6	21,4	28	100,0	
	30-34	7	24,1	21	72,4	1	3,4	29	100,0	
	35-39	9	28,1	19	59,3	4	12,5	32	100,0	
	40-45	4	6,1	53	81,5	8	12,3	65	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	12	11,5	81	77,8	11	10,5	104	100,0	Test FFH <b>p=0,0003</b>
	zasadnicze zawodowe	7	15,9	29	65,9	8	18,1	44	100,0	
	średnie	10	41,6	10	41,6	4	16,6	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	7	11,6	44	73,3	9	15,0	60	100,0	Chi <sup>2</sup> =11,56 df=6 p=0,0724
	żonaty/ zameżna	24	22,4	72	67,2	11	10,2	107	100,0	
	rozwidziony/a	1	14,2	4	57,1	2	28,5	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	5	21,7	15	65,2	3	13,0	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =10,80 df=4 <b>p=0,02888</b>
	uraz	15	31,2	25	52,1	8	16,6	48	100,0	
	choroba	12	11,5	80	76,9	12	11,5	104	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	5	16,6	20	66,6	5	16,6	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =7,63 df=4 p=0,1057
	19-30	16	25,4	36	57,1	11	17,4	63	100,0	
	powyżej 30	11	13,4	64	78,1	7	8,5	82	100,0	
	Razem	32	18,3	120	68,1	23	13,1	175	100,0	

W każdej grupie wieku (z wyjątkiem tej najmłodszej) dominowały osoby, które standard techniczny mieszkania oceniły jako średni (od 33,3% do 81,5% dla każdej grupy wieku). W grupie osób dobrze oceniających swoje mieszkanie dominowały osoby najmłodsze w wieku 18-24 lat. Natomiast w grupie osób źle oceniających standard swojego mieszkania na pierwszym miejscu znalazły się osoby w wieku 24-29 lat (21,4%) przed osobami w wieku 18-24 lat (19,1%). Stwierdzono, że istnieje zależność pomiędzy samooceną standardu technicznego mieszkania a wiekiem badanych ( $p=0,0002$ ) oraz ich wykształceniem ( $p=0,0003$ ). Badani z wykształceniem wyższym najczęściej spośród wszystkich badanych ocenili swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (100,0%). W odniesieniu do wystawionych ocen według kryterium przyczyny niepełnosprawności stwierdzono, że grupę osób dobrze oceniających swoje mieszkanie

najliczniej reprezentowały osoby niepełnosprawne z powodu urazu (31,2%), również ta sama kategoria osób częściej niż pozostałe źle oceniła swoje mieszkanie (16,6%).

Zastosowanie testu  $\chi^2$  wykazało, że ocena standardu technicznego mieszkania nie zależy od płci ( $p=0,2320$ ), od stanu cywilnego ( $p=0,0720$ ), ani wieku nabycia niepełnosprawności ( $p=0,1057$ ).

#### **6.4.7. Podsumowanie sytuacji mieszkaniowej**

W wyniku badania stwierdzono, że blisko połowa badanych (48,6%) nie posiadała własnego mieszkania. Nie stwierdzono istotnych różnic w liczbie mężczyzn i kobiet, którzy nie posiadali własnego mieszkania. Własne mieszkanie znacznie częściej posiadały osoby w najstarszych przedziałach wieku 35-39 lat – 68,7% i 40-45 lat – 66,8%. Osoby pozostające w związku małżeńskim zdecydowanie częściej (72,9%) niż pozostałe posiadały własne mieszkanie ( $p=0,0001$ ). Zaobserwowano istotną zależność ( $p=0,0001$ ) pomiędzy przyczyną niepełnosprawności a posiadaniem mieszkania. Posiadaczami własnego mieszkania blisko trzykrotnie częściej były osoby niepełnosprawne z powodu choroby niż osoby niepełnosprawne od urodzenia. Również wiek nabycia niepełnosprawności okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na posiadanie własnego mieszkania ( $p=0,0001$ ). Im później wystąpiła niepełnosprawność, tym więcej osób w tej grupie wieku posiadało własne mieszkanie (70,7%). Według kryterium wykształcenia znaczących różnic wśród osób posiadających własne mieszkanie nie stwierdzono.

Wśród 175 badanych niepełnosprawnych mieszkańców wsi 83 osoby (47,6%) nie posiadają własnego pokoju. Stwierdzono istotnie statystycznie różnicę w liczbie kobiet i mężczyzn, którzy nie posiadają własnego pokoju ( $p=0,0000$ ). Osoby pozostające w związku małżeńskim zdecydowanie częściej nie posiadały własnego pokoju (54,2%) niż osoby stanu wolnego ( $p=0,0186$ ). Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy posiadaniem własnego pokoju a wiekiem, wykształceniem, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p>0,05$ ).

Pod względem ilości pomieszczeń mieszkalnych w swoich domach najlepszymi warunkami cieszyły się kobiety, które stanowiły najliczniejszą grupę posiadającą 5 i więcej izb (36,4%). Tylko 3,4% badanych dysponowała 2 izbami.

Analizując wyposażenie mieszkań stwierdzono, że podstawowe elementy wyposażenia – kuchnia, łazienka, bieżąca woda, gaz, centralne ogrzewanie – posiada



znaczna większość domów, w których mieszkają osoby niepełnosprawne (odpowiednio 100,0%; 89,9%; 89,9%; 77,7%). Wszyscy badani posiadali w domu telewizor a blisko 95% badanych posiadało w domu lodówkę. Pralkę automatyczną posiadało 60,0% osób niepełnosprawnych. Połowa badanych posiadała samochód. Z komputera mogło korzystać 45,1% badanych a bezpośredni dostęp do Internetu miało 34,8% badanych.

Potrzebę dostosowania mieszkania do utrudnień wynikających z niepełnosprawności zgłosiło 23,9% badanych, a tylko 2 osoby (1,2%) uznało, że ich mieszkanie jest dobrze lub maksymalnie dostosowane do ich potrzeb. Natomiast 13,7% badanych, których mieszkanie wymaga dostosowania stwierdziło, że mieszkanie jest niedostosowane. Mieszkania badanych osób niepełnosprawnych najczęściej wymagały likwidacji progów, stopni (8,6%), zamontowania różnych uchwytów (4,0%), przerobienia drzwi (3,4%) i zbudowania podjazdów (4,0%).

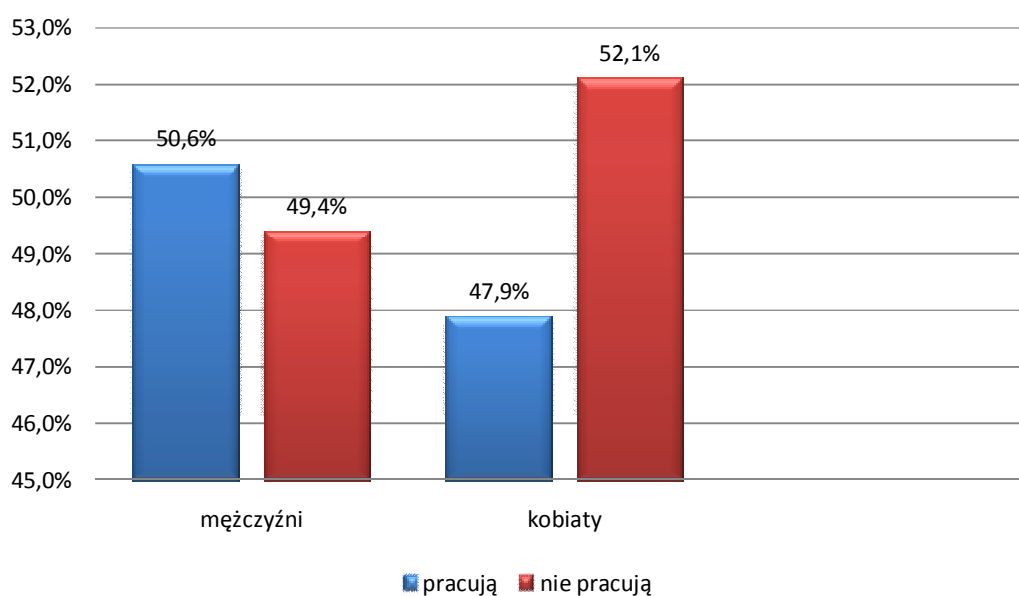
Problemy związane z sytuacją mieszkaniową zgłosiło 118 osób niepełnosprawnych (67,4%). Brak własnego mieszkania jest poważnym utrudnieniem dla 30,2% badanych. Dla 24,0% badanych mieszkanie jest za małe, a 13,1% badanych nie posiada pieniędzy na remont swojego mieszkania. Stwierdzono, że istnieje zależność pomiędzy występowaniem problemów związanych z mieszkaniem, a wiekiem ( $p=0,0026$ ), wykształceniem ( $p=0,0355$ ), płcią ( $p=0,0059$ ) i stanem cywilnym ( $p=0,0001$ ).

Spośród wszystkich osób niepełnosprawnych zaledwie 18,3% oceniły standard techniczny swojego mieszkania jako dobry. Źle swoje mieszkanie oceniło 13,4% badanych. Pozostałe 68,1% uznało standard techniczny swojego mieszkania jako średni. Wyniki te są niezależne od płci ( $p=0,2320$ ). Zależą natomiast od wieku ( $p=0,0002$ ). Również poziom wykształcenia miał istotny wpływ na generalną ocenę sytuacji mieszkaniowej ( $p=0,0003$ ). Wśród badanych standard techniczny swojego mieszkania jako dobry oceniały częściej niż pozostałe osoby, których przyczyną niepełnosprawności był uraz. Również ta sama grupa osób w największym odsetku (16,6%) źle oceniła swój standard mieszkania. Badane osoby niepełnosprawne w większości przypadków oceniały swoje warunki mieszkaniowe jako średnie i złe.

## 6.5. Sytuacja zawodowa badanych.

### 6.5.1. Aktywność zawodowa

W czasie prowadzenia badań zawodowo pracowała prawie połowa osób niepełnosprawnych (49,1%), pozostali zaś (50,9%) twierdzili, że nigdzie nie pracują (co jednak nie zawsze pokrywało się z rzeczywistością). Taką odpowiedź podawały najczęściej kobiety, które rzeczywiście zawodowo nie pracowały, ale na ile mogły pomagały w prowadzeniu gospodarstwa domowego.



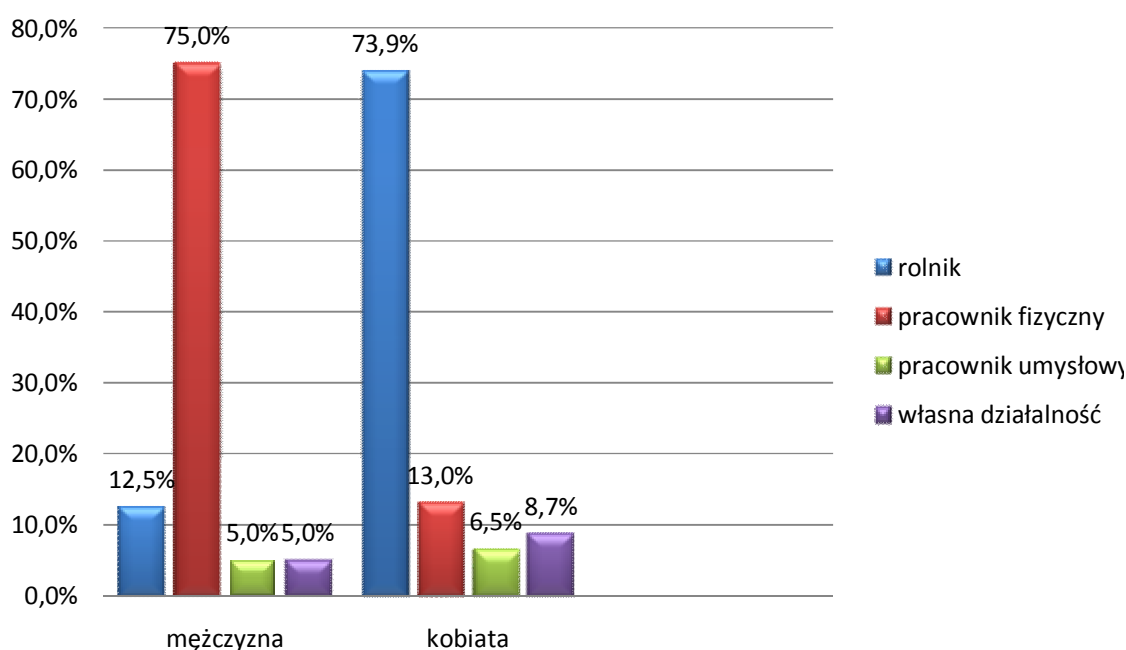
**Ryc. 14. Praca zawodowa wg płci badanych.**

Na pytanie jaka jest Pana/i codzienna aktywność 46,9% badanych odpowiedziało, że nie pracują, ale zajmują się domem, 39 osób (22,3%) zajmowało się prowadzeniem gospodarstwa rolnego. Około 10% wykonywało różne zawody pozarolnicze, a 17,1% pracowało równoległe w rolnictwie i poza nim. W grupie osób niepełnosprawnych 4% wykazało, że nie pracuje bo się uczy. Wyniki analizy współzależności pomiędzy codzienną aktywnością badanych a płcią przedstawiono w tabeli 35.

**Tabela 35. Codzienna aktywność osób niepełnosprawnych wg płci.**

Badana populacja	Codzienna aktywność badanych										Analiza statystyczna
	pracuję zawodowo		prowadzę gospodarstwo		pracuję i prowadzę gospodarstwo		nie pracuję, prowadzę dom, uczę się		Razem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
mężczyźni	15	18,9	5	6,3	20	25,3	36	45,6	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =10,25 df=3 p=0,0165
kobiety	2	2,1	34	35,4	10	10,4	46	47,9	96	100,0	
Razem	17	9,7	39	22,3	30	17,1	82	46,9	175	100,0	

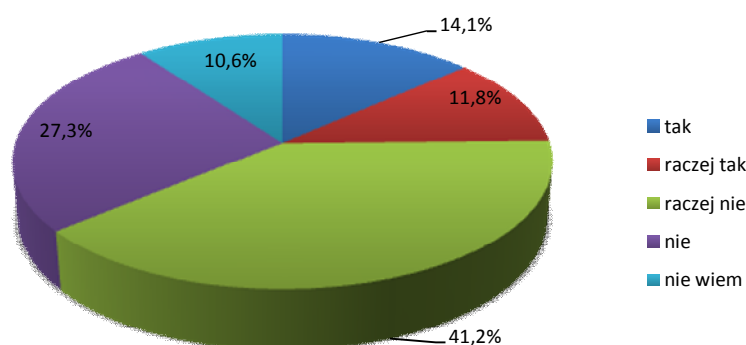
Stwierdzono różnicę w strukturze zatrudnienia mężczyzn i kobiet (p=0,0165), mężczyźni częściej niż kobiety pracowali zawodowo. Ich udział wraz z grupą chłopów-robotników przekroczył 45% w populacji. Natomiast wśród osób pracujących na gospodarstwie rolnym dominowały kobiety. Ich odsetek był o 30% wyższy niż mężczyzn. Gospodarstwo rolne jako jedyne źródło utrzymania prowadziło 22,3% badanych. Zgodnie z oczekiwaniami największa liczba badanych pracowała w zawodzie rolnika (39,3%). Najczęściej ich miejscem pracy były gospodarstwa własne lub rodziny.



**Ryc. 15. Rodzaj wykonywanej pracy przez pracujące osoby niepełnosprawne wg płci.**

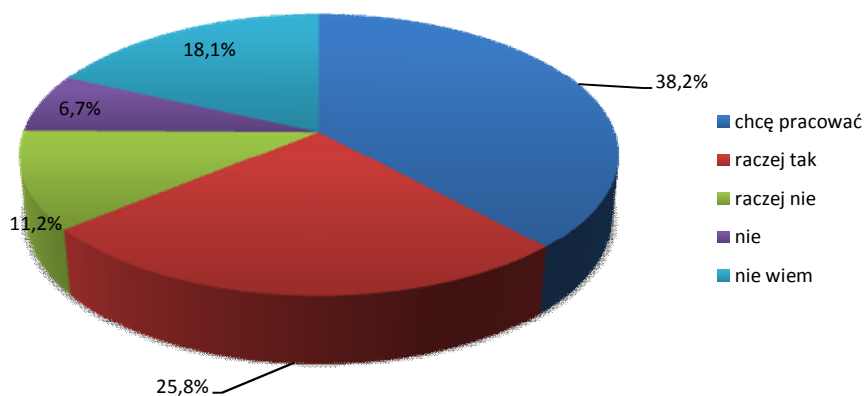
Drugą grupę pod względem rodzaju wykonywanej pracy stanowiły osoby będące pracownikami fizycznymi (75% mężczyzn i 13% kobiet). Badani ci byli zatrudnieni w różnych zakładach pracy najczęściej sektora prywatnego (24 mężczyzn i 6 kobiet). Tylko 11 osób niepełnosprawnych spośród wszystkich pracujących pracowało na rynku pracy chronionej, 6 osób prowadziło własną działalność gospodarczą. Wykonywali pracę zgodnie z charakterem zatrudnienia i w zależności od typu działalności zakładu były to zawody: dozorczy, mechanika sprzętu rolniczego, traktorzysty, robotnika rolnego, sprzątaczkę, pakowaczki, robotnika drogowego i pomocnika budowlanego. Pracownicy umysłowi stanowili 2,9% ogółu pracujących osób niepełnosprawnych i byli zatrudnieni w administracji samorządowej.

Spośród pracujących osób niepełnosprawnych 57 pracuje w wyuczonym zawodzie, ale dla blisko 1/3 badanych nie jest to praca wystarczająco satysfakcjonująca ponieważ chcieliby ją zmienić. 14,1% jest zdecydowana na jej zmianę a 11,8 % raczej zmieniałaby pracę.



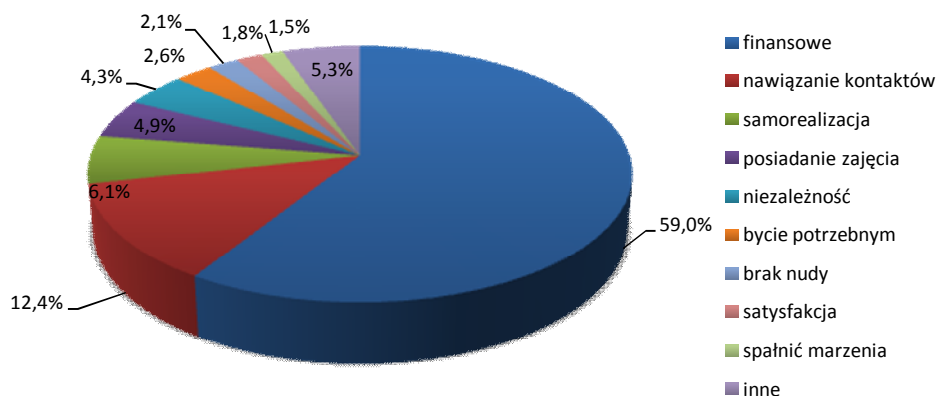
**Ryc. 16. Czy zmieniliby/zmienilaby Pan/i obecnie wykonywaną pracę?**

Niewielka aktywność zawodowa dla ponad połowy badanych osób niepełnosprawnych (50,9%) nie wynika z negatywnych postaw wobec pracy, (38,2%) tej populacji chce podjąć pracę, zaś (25,8%) raczej chce pracować. Jedynie 6,7% badanych zdecydowanie nie chce pracować.



**Ryc. 17. Chęć podjęcia pracy przez niepracujące osoby badane.**

Wśród badanych zdecydowanie najsilniejszą motywacją do podjęcia pracy jest możliwość zarobienia pieniędzy ponieważ 59% niepracujących badanych chce pracować z przyczyn finansowych.



**Ryc. 18. Dlaczego badani chcą pracować?**

Kolejnym powodem do zatrudnienia są potrzeby społeczne i psychiczne osób niepełnosprawnych, 12,4% badanych poprzez zatrudnienie widzi możliwość nawiązania

kontakty z innymi ludźmi, 6,1% w pracy uzyska szansę na samorealizację, zaś 4,9% odczuwa potrzebę posiadania zajęcia. Dla 4,3% badanych zatrudnienie pozwoli im na niezależność, dla 2,6% na poczucie bycia potrzebnym, 2,1% objętych badaniem dzięki pracy nie będzie się nudzić. Dla 1,8% aktywność zawodowa umożliwi odczucie satysfakcji, a 1,5% spełni swoje marzenia.

### **6.5.2. Zmiana bądź zaprzestanie pracy z powodu niepełnosprawności**

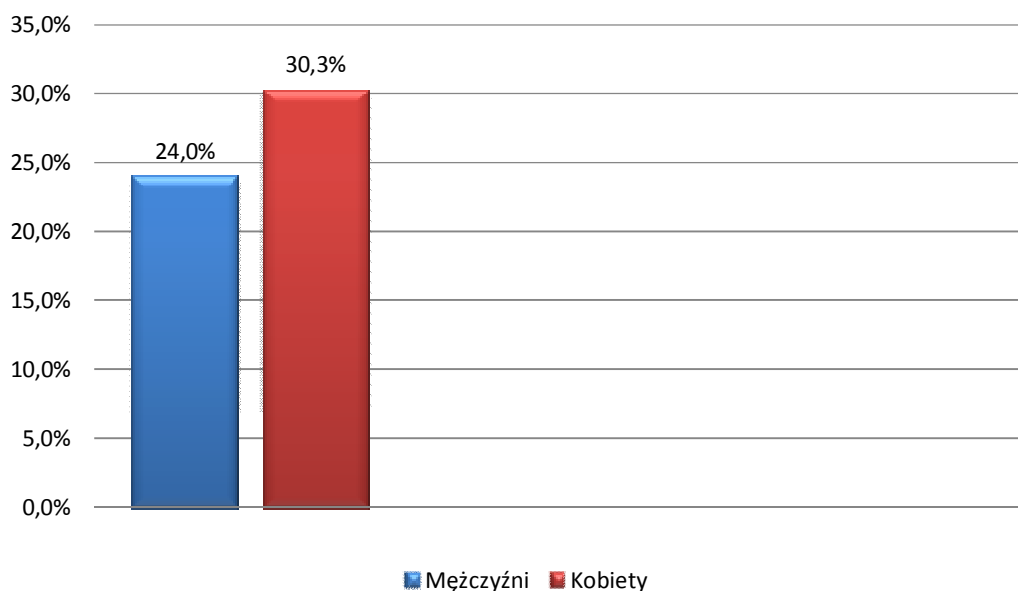
Z powodu niepełnosprawności 74 (42,3%) osób zmuszone było do zaprzestania pracy, zaś 29 (16,6%) z powodu swojej niepełnosprawności zmieniło pracę. Wyniki analizy współzależności pomiędzy zaprzestaniem pracy z powodu niepełnosprawności a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 36.

**Tabela 36. Zaprzestanie pracy z powodu niepełnosprawności przez osoby badane.**

Badane zmienne		Zaprzestanie pracy						Analiza statystyczna
		nie		tak		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	45	57,0	34	43,0	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =0,03 df=1 p=0,4881
	kobiety	56	58,3	40	41,7	96	100,0	
	Razem	101	57,7	74	42,3	175	100,0	
Wiek	18-24	17	81,0	4	19,0	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =23,00 df=4 p=0,0000
	25-29	24	85,7	4	14,3	28	100,0	
	30-34	18	62,1	11	37,9	29	100,0	
	35-39	16	50,0	16	50,0	32	100,0	
	40-45	26	40,0	39	60,0	65	100,0	
	Razem	101	57,7	74	42,3	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	49	47,1	55	52,9	104	100,0	Test FFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	29	65,9	15	34,1	44	100,0	
	średnie	20	83,3	4	16,7	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	101	57,7	74	42,3	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	44	73,3	16	26,7	60	100,0	Test FFH p=0,0162
	żonaty/ zameżna	53	49,5	54	50,5	107	100,0	
	rozwidziony/a	3	42,9	4	57,1	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	101	57,7	74	42,3	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	18	78,3	5	21,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =10,33 df=2 p=0,0057
	uraz	33	68,8	15	31,3	48	100,0	
	choroba	50	48,1	54	51,9	104	100,0	
	Razem	101	57,7	74	42,3	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	23	76,7	7	23,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =19,52 df=2 p=0,0000
	19-30	45	71,4	18	28,6	63	100,0	
	powyżej 30	33	40,2	49	59,8	82	100,0	
	Razem	101	57,7	74	43,3	175	100,0	

Wyniki te są niezależne od płci (p=0,4881), zależą natomiast od wieku (p=0,0000). Im starsza osoba badana, tym częściej zaprzestawała pracy z powodu niepełnosprawności. Poziom wykształcenia miał wpływ na zaprzestanie pracy przez osoby badane (p=0,0001). Badani z wykształceniem niższym najczęściej spośród wszystkich wykazywali fakt zaprzestania pracy. Osoby rozwiedzione i pozostające w związku małżeńskim zdecydowanie częściej zaprzestawały pracy z powodu powstania niepełnosprawności niż osoby stanu wolnego. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że największy odsetek badanych zaprzestających pracy występował w grupie osób, u których niepełnosprawności powstała po 30 roku życia (59,8%). Przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności okazały się istotnymi czynnikami wpływającymi na zaprzestanie pracy przez osoby niepełnosprawne (p<0,05).

Spośród badanych 95 osób (54,3%) z powodu niepełnosprawności zmuszonych było do przejścia na rentę lub zasiłek z opieki społecznej.



**Ryc. 19. Pobieranie renty z powodu niepełnosprawności wg płci.**

Kobiety częściej niż mężczyźni z powodu niepełnosprawności przechodziły na rentę chorobową.

### **6.5.3. Gotowość osób niepełnosprawnych do podnoszenia swoich kwalifikacji**

Bardzo ważnym wskaźnikiem aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych jest chęć podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Z przeprowadzonych badań wynika, że spośród wszystkich osób niepracujących tylko 17,5% skorzystało ze szkolenia podnosząc swoje kwalifikacje. Na pytanie czy skorzystałby Pan/i z takiego kursu, gdyby ono gwarantowało zatrudnienie, aż 71,2% badanych jest zainteresowanych takim kursem. Gotowość osób niepełnosprawnych do szkolenia zawodowego w zależności od płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 37.



**Tabela 37. Zainteresowanie szkoleniami według płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyna i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Zainteresowanie szkoleniami										Analiza statystyczna
		tak		raczej tak		raczej nie		nie		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	59	61,5	12	12,5	15	19,0	10	10,4	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =0,66 df=1 p=0,5010
	kobiety	49	62,0	5	6,3	11	11,5	14	17,7	96	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	26	14,9	24	13,7	175	100,0	
Wiek	18-24	16	76,2	3	14,3	2	9,5	0	0,0	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =20,00 df=4 p=0,0005
	25-29	19	67,9	2	7,1	3	10,7	4	14,2	28	100,0	
	30-34	21	72,4	3	10,3	4	13,8	1	34,0	29	100,0	
	35-39	24	75,0	3	9,3	2	6,3	4	9,3	32	100,0	
	40-45	28	43,0	6	9,2	15	23,2	16	24,6	65	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	26	14,9	24	13,7	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	68	65,4	4	3,8	18	17,3	14	13,5	104	100,0	TFFH p=0,3500
	zasadnicze zawodowe	26	59,1	8	18,2	4	9,1	6	13,6	44	100,0	
	średnie	13	54,2	5	20,8	3	12,5	3	12,5	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	27	14,9	24	13,7	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	42	70,0	6	10,0	8	13,3	4	6,7	60	100,0	TFFH p=0,1160
	żonaty/zamężna	63	58,9	10	9,3	16	15,0	18	16,8	107	100,0	
	rozwódziona/a	3	42,9	1	14,3	2	28,6	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	26	14,9	24	13,7	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	15	65,2	3	8,7	4	17,4	2	8,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =6,36 df=2 p=0,0410
	uraz	35	72,9	5	10,4	4	8,3	4	8,2	48	100,0	
	choroba	58	55,7	9	8,7	18	17,3	18	17,3	104	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	26	14,9	24	13,7	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	20	66,7	4	13,3	4	13,3	2	6,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =8,27 df=2 p=0,0160
	19-30	46	73,0	5	7,9	7	11,1	5	7,9	63	100,0	
	powyżej 30	42	51,2	8	9,8	15	18,3	17	20,7	82	100,0	
	Razem	108	58,3	17	9,7	26	14,9	24	13,7	175	100,0	

Chęć do podjęcia szkolenia zawodowego jest zróżnicowana w zależności od wieku badanych. Osoby młodsze są bardziej aktywne i częściej gotowe do uczestnictwa w kursach, niż osoby mające 40 – 45 lat. Jeśli ukończenie kursu gwarantowałoby zatrudnienie to 58,3% badanych zdecydowałoby się na uczestnictwo. Raczej podjęłoby kurs 9,7% badanych niepełnosprawnych. Natomiast nie zdecydowałoby się na kurs nawet pod warunkiem pozyskania pracy 13,7% osób. Wiek okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na gotowość osób niepełnosprawnych do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych (p=0,0005). Następną rozpatrywaną zmienną, która mogła mieć związek z gotowością do podnoszenia swoich kwalifikacji było wykształcenie. Osoby niepełnosprawne z wykształceniem niższym najczęściej

spośród wszystkich badanych wyrażały gotowość do udziału w różnego rodzaju kursach. Jednakże na przyjętym poziomie istotności stwierdzono, że wykształcenie nie miało wpływu na udział osób niepełnosprawnych w szkoleniach ( $p=0,3500$ ). Analiza badań własnych uwzględniająca stan cywilny badanych nie wykazała istotnego zróżnicowania stanu cywilnego pod względem gotowości do podjęcia szkolenia ( $p=0,1160$ ). Osoby stanu wolnego zdecydowanie częściej (70%), niż osoby pozostające w związku małżeńskim (58,9%) deklarowały udział w szkoleniach. Wykorzystując statystyczną analizę danych stwierdzono, że przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności mają związek z gotowością osób niepełnosprawnych do udziału w szkoleniach. Jak wynika z analizy danych niepełnosprawni objęci badaniem, których przyczyną niepełnosprawności był uraz wykazują znacznie większą wolę podnoszenia kwalifikacji (72,9%), niż osoby z niepełnosprawnością wrodzoną (65,2%) i nabytą z powodu różnych chorób (55,7%). Wiek nabycia niepełnosprawności okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na zainteresowanie szkoleniami, w których badani chcieliby uczestniczyć ( $p=0,0160$ ). Osoby u których niepełnosprawność powstała w wieku 19-30 lat w 73% są gotowe do uczestnictwa w kursach, natomiast niepełnosprawni od urodzenia w 66,7% , a badani którzy nabyli niepełnosprawność po 30 roku życia w 51,2%.

Zainteresowania szkoleniami, w których chcieliby uczestniczyć badani są zależne od ich wieku. Młodszy badani w wieku poniżej 40 lat najczęściej chcieliby uczestniczyć w kursie: informatyczno-komputerowym (25,5%), księgowości (10%), szycia (8,2%), prawa jazdy (7,2%) i rolniczym (6,4%). Ponadto 7,2% badanych tej populacji zdecydowałoby się na każde szkolenie, po którym mogliby znaleźć zatrudnienie. Preferowane przez niepełnosprawnych kursy przedstawiono w tabeli 38.

**Tabela 38. Najczęściej wymieniane kursy, w których chcieliby uczestniczyć badani.**

Rodzaj kursu	Badani poniżej 40 lat		Badani powyżej 40 lat	
	N	%	N	%
szycia	9	8,2	4	6,2
informatyczno-komputerowy	28	25,5	13	20,0
księgowości	11	10,0	2	3,1
prawo jazdy	8	7,2	2	3,1
gastronomiczny	6	5,5	7	10,8
fryzjerski	2	1,8	1	1,5
językowe	6	5,5	2	3,1
malarski	3	2,7	2	3,1
rolniczy	7	6,4	6	9,2
ogrodniczy	6	5,5	4	6,2
mechanik	3	2,7	2	3,1
stolarski	1	0,9	5	7,7
ochroniarski	6	5,5	1	1,5
budowlany	-	-	3	4,6
studia	4	3,6	-	-
pszczelarski	-	-	2	3,1
każdy dający pracę	8	7,2	6	9,2
brak odpowiedzi	2	1,8	4	6,2

W grupie badanych powyżej 40 lat najczęściej preferowane kursy to: informatyczno-komputerowy (20%), gastronomiczny (10,8%), rolniczy (9,2%), stolarski (7,7%), budowlane (4,6%) i pszczelarski (3,1%). Natomiast 9,2% badanych w tej populacji gotowych jest podjąć każdy kurs, który gwarantuje zatrudnienie.

#### **6.5.4. Wiedza badanych na temat PFRON**

Duże znaczenie dla aktywności zawodowej badanych ma funkcjonowanie PFRON, który w znaczący sposób wpływa na łagodzenie nierówności szans osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Jak wynika z badania świadomość korzystania z oferowanych przez PFRON działań jest niewielka wśród badanej populacji. Tylko 7 osób skorzystało z takiej pożyczki. Jednak wiedza o możliwości skorzystania z pomocy w formie pożyczki udzielanej przez PFRON jest zadawalająca. Wiedzę na ten temat posiada 46,8% mężczyzn i 24% kobiet. Wyniki współzależności pomiędzy wiedzą na temat PFRON a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 39.

**Tabela 39. Wiedza badanych na temat PFRON a płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności.**

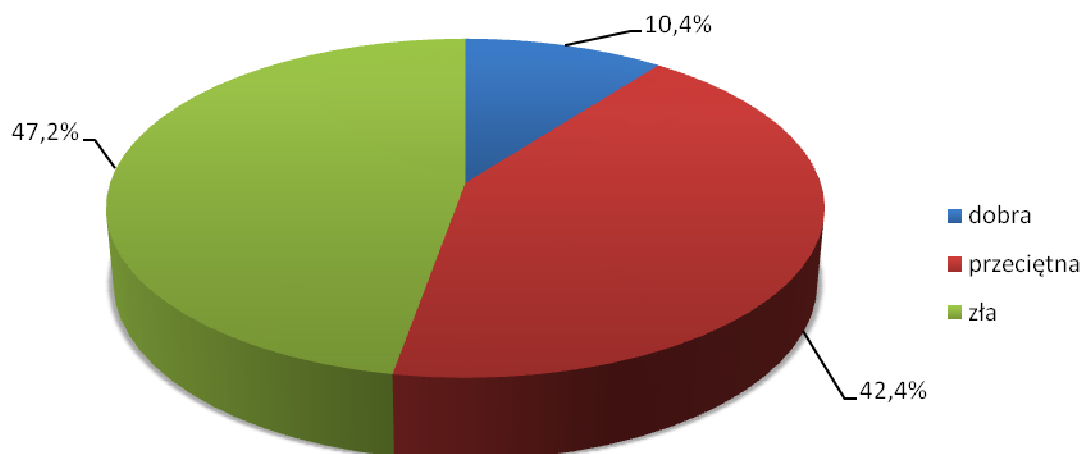
Badane zmienne		Wiedza na temat PFRON						Analiza statystyczna
		tak		nie		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	37	46,8	42	53,2	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =10,06 df=1 <b>p=0,0015</b>
	kobiety	23	24,0	73	76,0	96	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	
Wiek	18-24	15	71,4	6	28,6	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =28,15 df=4 <b>p=0,0001</b>
	25-29	13	46,4	15	53,6	28	100,0	
	30-34	9	31,0	20	69,0	29	100,0	
	35-39	14	43,8	18	56,3	32	100,0	
	40-45	9	13,8	56	86,2	65	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	7	6,7	97	93,3	104	100,0	TFFH <b>p=0,0001</b>
	zasadnicze zawodowe	32	72,7	12	27,3	44	100,0	
	średnie	18	75,0	6	25,0	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	26	43,3	34	56,7	60	100,0	TFFH p=0,1363
	żonaty/ zameżna	31	29,0	76	74,0	107	100,0	
	rozwidziony/a	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	11	47,8	12	52,7	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =17,12 df=2 <b>p=0,0001</b>
	uraz	26	54,2	22	45,8	48	100,0	
	choroba	23	22,1	81	77,9	104	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	14	46,7	16	53,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =14,95 df=2 <b>p=0,0005</b>
	19-30	30	47,6	33	52,4	63	100,0	
	powyżej 30	16	19,5	66	80,5	82	100,0	
	Razem	60	34,3	115	65,7	175	100,0	

Analiza badań własnych uwzględniająca płeć badanych osób wykazała różnicowanie obu płci pod względem wiedzy na temat PFRON. Mężczyźni blisko dwukrotnie częściej niż kobiety wiedzieli o różnych formach pomocy jaką mogą uzyskać z PFRON ( $p=0,0015$ ). Wiek okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy dotyczącej PFRON ( $p=0,0001$ ). W tym przypadku odsetki najwyższe odnosiły się do respondentów należących do najmłodszej grupy wieku 18-24 lat i wynosiły 71,4%, a najniższe do osób w wieku 40-45 lat (13,8%). Natomiast najniższym poziomem wiedzy wykazała się grupa niepełnosprawnych w przedziale wieku 40-45 lat (13,8%). Poziom wykształcenia miał istotny wpływ na poziom wiedzy na temat PFRON. Badani z wykształceniem wyższym najczęściej spośród wszystkich badanych znali różne formy pomocy udzielanej przez PFRON. Największy odsetek

stanowiły osoby z wyższym wykształceniem (100,0%) i średnim (75,0%). Nie stwierdzono różnicy statystycznej pomiędzy stanem cywilnym a poziomem wiedzy na temat PFRON ( $p=0,1363$ ). Stwierdzono natomiast istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy dotyczącej Funduszu, a przyczyną ( $p=0,00019$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0005$ ). Największy odsetek badanych nie mających problemu z udzieleniem odpowiedzi na temat pomocy udzielanej przez PFRON stanowiły osoby, których przyczyną niepełnosprawności był uraz (54,2%) a niepełnosprawność powstała przed 30 rokiem życia (47,6%) bądź od urodzenia (46,7%). Najmniej zorientowaną grupą były osoby niepełnosprawne z powodu różnych chorób nabytych po 30 roku życia (19,5%).

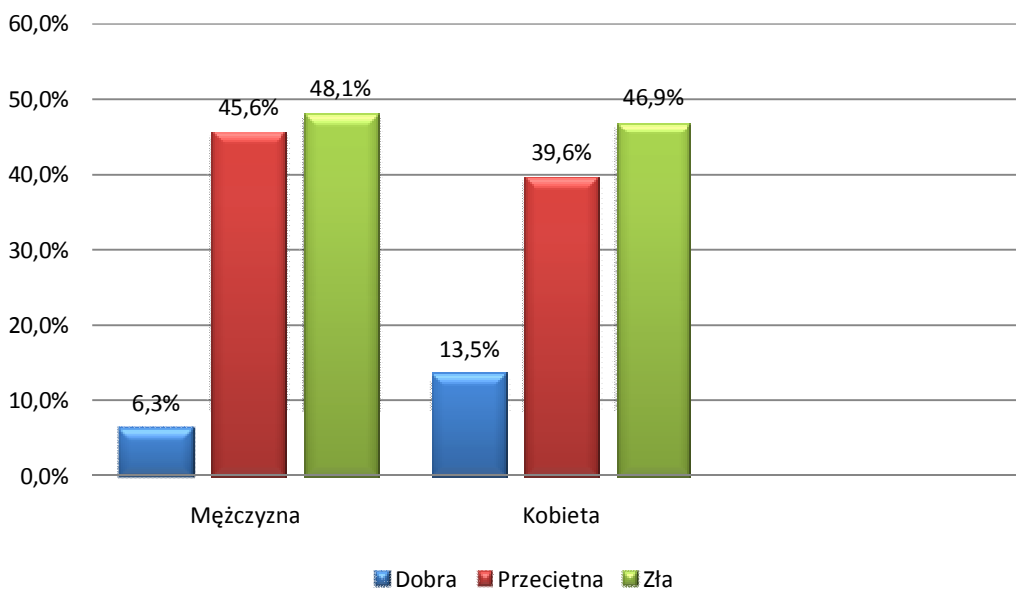
#### 6.5.5. Ocena sytuacji zawodowej przez badanych

Spośród badanych osób niepełnosprawnych aż 47,2% ocenia swoją sytuację na rynku pracy jako złą. Zaledwie 10,4% tej grupy ocenia, że jest w sytuacji dobrej, pozostałe 42,4% - że w przeciętnej.



Ryc. 20. Ocena własnej sytuacji na rynku pracy.

Dane w rozbiciu na płeć badanych pokazują, że mężczyźni widzą swoją sytuację w czarniejszych barwach niż kobiety. Negatywnie oceniło swoje położenie 48,1% mężczyzn. Wśród kobiet odsetek ten wyniósł nie co mniej – 46,9%.



**Ryc. 21. Ocena własnej sytuacji na rynku pracy wg płci.**

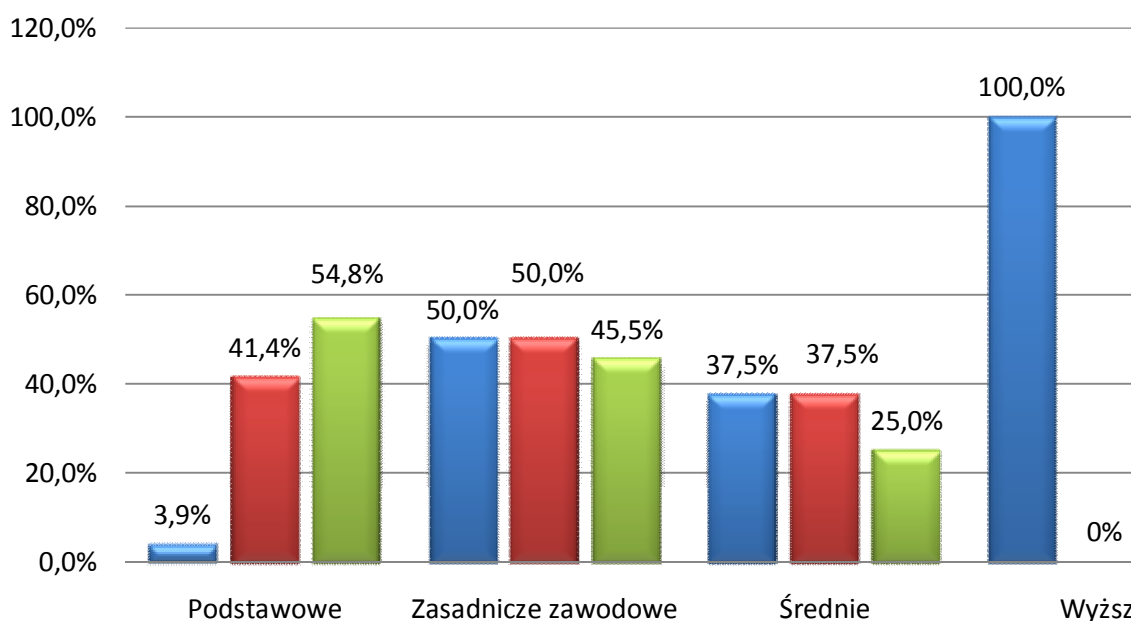
Opinie badanych wahały się również w zależności od wieku osób niepełnosprawnych. Szczegółową analizę samooceny sytuacji zawodowej w poszczególnych przedziałach wieku przedstawiono w tabeli 40.

**Tabela 40. Samoocena sytuacji zawodowej według wieku badanych.**

Badana zmienna	Samoocena sytuacji zawodowej								Analiza statystyczna	
	dobra		przeciętna		zła		Razem			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wiek	18-24	0	0,0	10	47,2	11	52,4	21	100,0	TFFH p=0,0330
	25-29	7	25,0	13	46,4	8	28,6	28	100,0	
	30-34	5	17,2	13	44,8	11	37,9	29	100,0	
	35-39	3	9,4	14	43,8	15	46,9	32	100,0	
	40-45	3	4,6	24	36,9	38	58,5	65	100,0	
	Razem	18	10,4	74	42,4	83	47,2	175	100,0	

Wśród osób źle oceniających swoją sytuację na rynku pracy stwierdzono najliczniejszą grupę niepełnosprawnych w najstarszym przedziale wieku 40-45 lat (58,5%), a najmniejszą w przedziale wieku 25-29 lat (28,6%). Stwierdzono różnicę statystyczną pomiędzy oceną sytuacji zawodowej a wiekiem badanych ( $p=0,0330$ ).

Ocena sytuacji zawodowej wypada różnie w zależności od poziomu wykształcenia. Osoby z wyższym wykształceniem w 100,0% dobrze oceniły swoją sytuację na rynku pracy, taką samą opinię wyraziło 37,5% badanych z wykształceniem średnim, natomiast wśród osób z najniższym wykształceniem odsetek ten wyniósł zaledwie 3,9%.



**Ryc. 22. Sytuacja zawodowa badanych w ich własnej opinii wg wykształcenia.**

Osoby niepełnosprawne z wykształceniem podstawowym w największym odsetku oceniały swoją sytuację zawodową jako złą. Stwierdzono, że na samoocenę sytuacji zawodowej istotny wpływ miało wykształcenie badanych ( $p=0,0001$ ).

Wyniki analizy współzależności pomiędzy oceną sytuacji zawodowej a stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 41.

Osoby stanu wolnego lepiej oceniały swoją sytuację zawodową niż osoby pozostające w związku małżeńskim, jednakże na przyjętym poziomie istotności nie

stwierdzono różnicy statystycznej ( $p=0,2440$ ). Nie stwierdzono również istotnej statystycznie współzależności pomiędzy oceną sytuacji zawodowej a przyczyną nabycia niepełnosprawności ( $p=0,2040$ ).

**Tabela 41. Współzależność pomiędzy oceną sytuacji zawodowej badanych a stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Samocena sytuacji zawodowej								Analiza statystyczna
		Dobra		Przeciętna		Zła		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Stan cywilny	wolny/a	8	13,3	28	46,7	24	40,0	60	100,0	Chi <sup>2</sup> =12,00 df=6 p=0,0610
	żonaty/ zamężna	8	7,5	44	41,1	55	51,4	107	100,0	
	rozwidziony/a	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	18	10,4	74	42,4	83	47,2	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	3	13,0	9	39,1	11	47,8	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =5,96 df=4 p=0,2040
	uraz	8	16,7	23	47,9	17	35,4	48	100,0	
	choroba	7	6,7	42	40,4	55	52,9	104	100,0	
	Razem	18	10,4	74	42,4	83	47,2	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	3	10,0	13	43,3	14	46,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =12,40 df=4 p=0,0140
	19-30	12	19,1	29	46,0	22	34,9	63	100,0	
	powyżej 30	3	3,7	32	39,0	47	57,3	82	100,0	
	Razem	18	10,4	74	42,4	83	47,2	175	100,0	

Stwierdzono istnienie zależności samooceny sytuacji zawodowej od wieku nabycia niepełnosprawności (tab. 41). Dla ocen dobrych najwyższy wskaźnik dotyczył osób, które niepełnosprawność nabyły w wieku 19-30 lat (19,1%). Natomiast osoby, które nabyły niepełnosprawność po 30 roku życia oceniały swoją sytuację zawodową jako złą (57,3%).

#### 6.5.6. Podsumowanie sytuacji zawodowej badanych

Praca zawodowa jest bardzo ważnym czynnikiem stabilizującym sytuację życiową osób niepełnosprawnych. Badania przeprowadzone wśród niepełnosprawnych mieszkańców wsi wykazały, że niepełnosprawnych cechuje mała aktywność zawodowa (49,1%). Tylko nieliczni z nich (9,7%) pracują zawodowo poza rolnictwem, 22,3% prowadzi gospodarstwo rolne, a 17,1% łączy pracę zawodową z pracą w rolnictwie. Mężczyźni częściej niż kobiety pracowali zawodowo ( $p=0,0165$ ). Największa liczba badanych pracowała w zawodzie rolnika (39,3%). Drugą grupę pod względem wykonywanej pracy stanowiły osoby niepełnosprawne będące pracownikami fizycznymi (9,7%). Pracę umysłową wykonywało 2,9% badanych. Spośród pracujących



57 osób niepełnosprawnych pracowało w wyuczonym zawodzie, ale blisko 1/3 z nich chce zmienić pracę. Spośród osób biernych zawodowo (50,9%) duża grupa (38,2%) deklaruje chęć i gotowość do podjęcia pracy, zaś 25,8% raczej chce pracować. Najsilniejszą motywacją do podjęcia pracy jest aspekt finansowy (59%). Kolejnym powodem do zatrudnienia są potrzeby społeczne i psychiczne osób niepełnosprawnych. Z powodu niepełnosprawności aż 74 osoby (42,3%) zmuszone były zaprzestania pracy, a 29 osób z powodu swojej niepełnosprawności zmieniło pracę. Badania wykazały istotną współzależność pomiędzy zaprzestaniem pracy z powodu niepełnosprawności a wiekiem badanych ( $p=0,0000$ ), wykształceniem ( $p=0,0021$ ), stanem cywilnym ( $p=0,0162$ ), przyczyną ( $p=0,0057$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0000$ ). Analiza wyników badań własnych uwzględniająca płeć badanych nie wykazała różnicowania obu płci pod względem zaprzestania pracy z powodu niepełnosprawności ( $p=0,4881$ ).

Na rentę chorobową bądź zasiłek z opieki społecznej z powodu niepełnosprawności zmuszonych było przejść 95 osób (54,3%). Tylko 10 osób (17,5%) skorzystało ze szkolenia by podnieść swoje kwalifikacje zawodowe. Chęć do podjęcia szkolenia zawodowego wyraziło 71,2% badanych. Istotnym czynnikiem wpływającym na gotowość osób niepełnosprawnych do podnoszenia swoich kwalifikacji okazał się wiek badanych ( $p=0,0005$ ). Osoby młodsze są bardziej aktywne i częściej gotowe do uczestnictwa w kursach niż osoby mające 40-45 lat. Jeżeli ukończenie kursu gwarantowałoby zatrudnienie to 58,3% badanych zdecydowałoby się na uczestnictwo. Nie wykazano istotnego różnicowania pod względem stanu cywilnego ( $p=0,0110$ ) i wykształceniem ( $p=0,3500$ ) a gotowością do podjęcia szkolenia. Stwierdzono natomiast, że przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności mają związek z gotowością osób niepełnosprawnych do udziału w szkoleniach ( $p<0,05$ ). Zainteresowania szkoleniami, w których chcieliby uczestniczyć badani są zależne od ich wieku. Rodzaje kursów podawanych przez badanych niewiele się różnią, ale deklarowane uczestnictwo w nich jest zróżnicowane. Najczęściej preferowane kursy to: informatyczno-komputerowy, gastronomiczny, księgowości. Duża grupa badanych osób niepełnosprawnych (16,4%) gotowa jest podjąć każdy kurs, który gwarantuje zatrudnienie. Duże znaczenie dla aktywności zawodowej badanych ma funkcjonowanie PFRON, spośród wszystkich badanych tylko 7 osób skorzystało z pożyczki udzielonej przez Fundusz na samo zatrudnienie, mimo, że 46,8% mężczyzn i 24,8% kobiet wie o takiej możliwości. Wykorzystując statystyczną analizę danych

stwierdzono, że płeć okazała się czynnikiem różnicującym wiedzę na temat PFRON ( $p=0,0015$ ). Wiek okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy o PFRON ( $p=0,0001$ ).

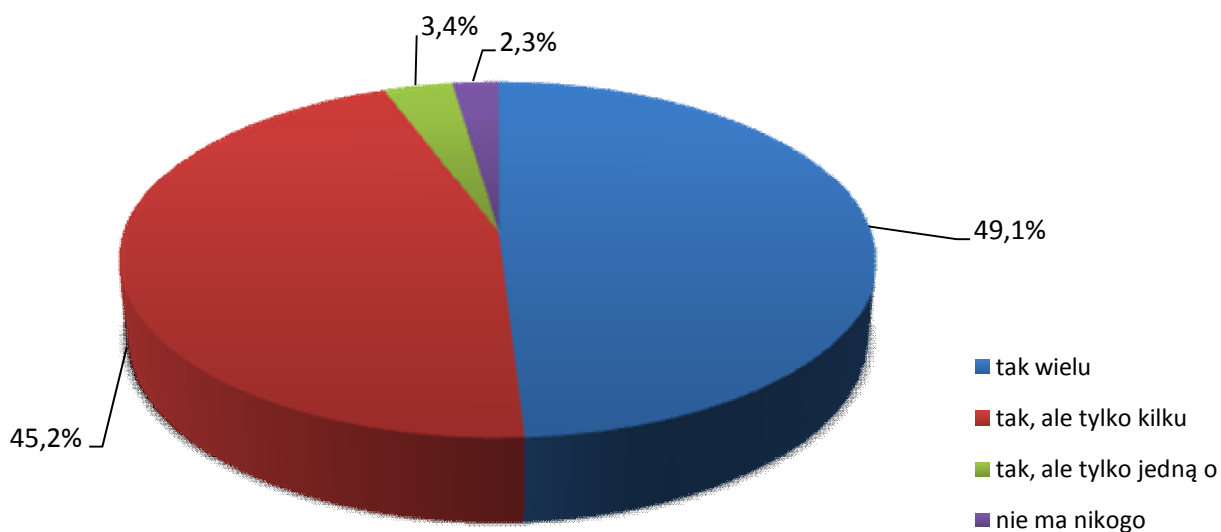
Wysoco istotny związek z poziomem wiedzy na temat PFRON miało wykształcenie ( $p=0,0000$ ). Z posiadaną wiedzą nie miał związku stan cywilny badanych ( $p=0,1363$ ). Stwierdzono natomiast istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat działalności prowadzonej przez PFRON a przyczyną ( $p=0,0001$ ) i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0005$ ).

Generalna ocena sytuacji zawodowej wypada nie najlepiej, aż 47,2% osób niepełnosprawnych ocenia swoją sytuację na rynku pracy jako złą. Zaledwie 10,4% tej grupy ocenia, że jest w sytuacji dobrej, pozostałe 42,4% - że w przeciętnej. Stwierdzono zależność statystyczną pomiędzy oceną sytuacji zawodowej a wiekiem badanych ( $p=0,0330$ ), wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0140$ ) oraz wysoco istotnie statystyczną zależność ( $p=0,0001$ ) z wykształceniem badanych. Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy oceną sytuacji zawodowej a płcią, stanem cywilnym i przyczyną nabycia niepełnosprawności ( $p>0,05$ ).

## **6.6. Sytuacja społeczna**

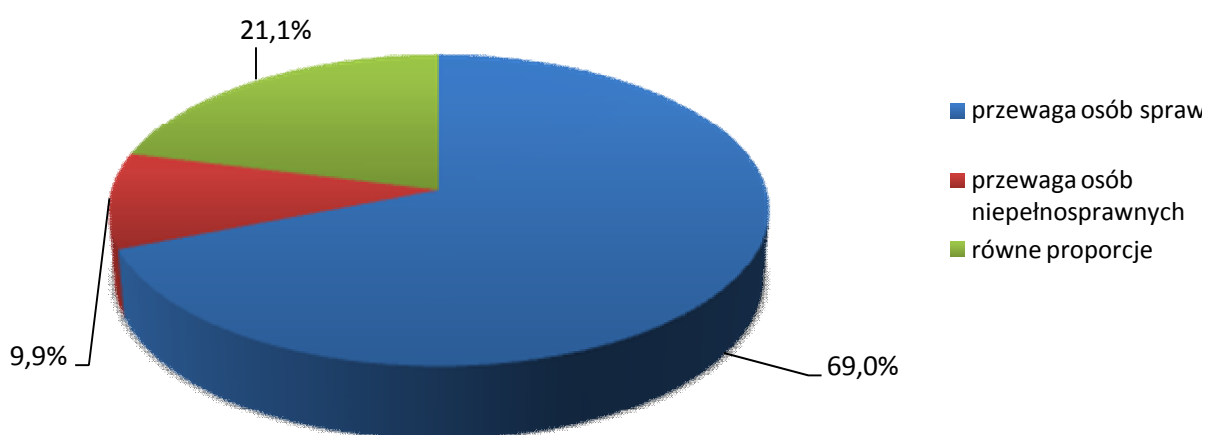
### **6.6.1. Życie towarzyskie**

W ogromnej większości przypadków (97,7%) badani deklarują, że posiadają przyjaciół i znajomych, z którymi utrzymują stałe kontakty: 49,1% badanych posiada wiele takich osób, 45,2% - kilka, zaś 33,4% tylko jedną taką osobę. Pozostałe 2,3% nie ma nikogo takiego.



**Ryc. 23. Czy ma Pan/Pani przyjaciół i znajomych, z którymi utrzymuje stałe kontakty?**

Wśród badanych, którzy utrzymują stałe znajomości w 69% - przyjaciele i znajomi rekrutują się przede wszystkim spośród osób sprawnych, u 9,9% pytanych przeważają w tej grupie osoby niepełnosprawne, zaś u pozostałych 21% proporcje są mniej więcej równe.



**Ryc. 24. Jakie osoby tworzą krąg przyjaciół i znajomych?**

### 6.6.2. Uczestnictwo w życiu społecznym

Większość badanych osób niepełnosprawnych 59,5% mężczyzn i 57,3% kobiet nie należy do żadnych organizacji. Najwięcej osób niepełnosprawnych (13,1%) jest członkami Gminnego Towarzystwa Dzieci i Osób Niepełnosprawnych, 8,6% należy do Związku Emerytów i Rencistów. Procentowy udział osób niepełnosprawnych w organizacjach i instytucjach społecznych przedstawiono w tabeli 42.

**Tabela 42. Do jakich organizacji/ instytucji społecznych Pan/i należy?**

Lp.	Jakich organizacji jest Pan/i członkiem?	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	żadnej	43	59,5	49	51,0	92	52,6
2.	Koło Gospodyń Wiejskich	0	0,0	11	11,5	11	6,3
3.	organizacje osób niepełnosprawnych	8	10,1	20	20,8	28	16,0
4.	OSP	4	5,1	0	0,00	4	2,3
5.	Związek Emerytów i Rencistów	6	7,6	9	9,4	15	8,6
6.	związki zawodowe	6	7,6	2	2,1	8	4,6
7.	organizacje religijne	1	1,3	2	2,1	3	1,7
8.	grupa AA	1	1,3	1	1,0	2	1,1
9.	partie polityczne	1	1,3	1	1,0	2	1,1
10.	kluby sportowe	8	10,1	0	0,0	8	4,6
11.	inne	1	1,3	1	1,0	2	1,1
12.	Razem	79	100,0	96	100,0	175	100,0

### 6.6.3. Personalne i instytucjonalne źródła wsparcia niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania

W 98,2% badani mogą liczyć na pomoc rodziny. Osoby na wsparcie, której najczęściej liczą to żona lub matka.

Na pytanie z czyjej pomocy Pan/i najczęściej korzysta również zdecydowana większość wskazała na rodzinę, a nie na powołane do tego instytucje.

**Tabela 43. Z czyjej pomocy Pan/i najczęściej korzysta?**

Lp.	Z czyjej pomocy korzysta?	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	GOPS	16	20,3	11	11,5	27	15,4
2.	rodzina	8	10,1	27	28,1	35	20,0
3.	lekarz	2	2,5	4	4,1	6	3,4
4.	rodzice	2	2,5	7	7,3	9	5,1
5.	znajomi	1	1,3	1	1,0	2	1,1
6.	sąsiedzi	1	1,3	0	0,0	1	0,6
7.	mąż	0	0,0	2	2,1	2	1,1
8.	żona	11	13,9	0	0,0	11	6,3
9.	swojej	3	3,8	1	1,0	4	2,3
10.	PFRON	4	5,1	4	4,1	8	4,6
11.	niczyjej	2	2,5	7	7,3	9	5,1
12.	zakład pracy	4	5,1	2	2,1	6	3,4
13.	dzieci	13	16,5	7	7,3	20	11,4
14.	siostry	1	1,3	6	6,3	7	4,0
15.	organizacje osób niepełnosprawnych	8	10,1	5	5,2	13	7,4
16.	gmina	2	2,5	3	3,1	5	2,9
17.	Kościół	1	1,3	1	1,0	2	1,1
18.	brata	0	0,0	1	1,0	1	0,6
19.	matki	1	1,3	7	7,3	8	4,6
20.	ojca	1	1,3	1	1,0	2	1,1
21.	inne	2	2,5	2	2,1	4	2,3

\* Liczby nie sumują się do 100, ponieważ badany mógł wskazać więcej niż 1 odpowiedź

Jak wynika z tabeli badani preferują pomoc personalną nad instytucjonalną. 2/3 badanych osób niepełnosprawnych korzysta z pomocy personalnej, a tylko 32,6% z pomocy instytucjonalnej.

Na pytanie do jakiej osoby zwróciłby się badany o pomoc w odpowiedziach dominuje także rodzina i jej członkowie. Szczegółowe informacje na temat osób do których w pierwszej kolejności zwróciłby się badany o pomoc przedstawiono w tabeli 44.

**Tabela 44. Do jakiej osoby w pierwszej kolejności zwróciłby się badany o pomoc wg kryterium płci?**

Lp.	Z czyjej pomocy korzysta?	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	rodzina	16	20,3	35	36,5	51	29,1
2.	mąż	0	0,0	7	7,3	7	4,0
3.	żona	17	21,5	0	0,0	17	9,7
4.	ojciec	2	2,5	1	1,0	3	1,7
5.	matka	5	6,3	5	5,2	10	5,7
6.	siostra	2	2,5	4	4,2	6	3,4
7.	brat	1	1,3	1	1,0	2	1,1
8.	syn	2	2,5	1	1,0	3	1,7
9.	córka	1	1,3	2	2,1	3	1,7
10.	najbliżsi	11	13,9	17	17,7	28	16,0
11.	babcia	1	1,3	1	1,0	2	1,1
12.	dziadek	1	1,3	1	1,0	2	1,1
13.	sąsiad	1	1,3	1	1,0	2	1,1
14.	lekarz	7	8,9	4	4,2	11	6,2
15.	sołtys	1	1,3	1	1,0	2	1,1
16.	pracownik socjalny	2	2,5	8	8,4	10	5,7
17.	kolega	2	2,5	0	0,0	2	1,1
18.	wójt	1	1,3	0	0,0	1	0,6
19.	ksiądz	0	0,0	1	1,0	1	0,6
20.	nie wiem	3	3,8	5	5,2	8	4,5
22.	do nikogo	2	2,5	1	1,0	3	1,7
22.	inni	1	1,3	0	0,0	1	0,6

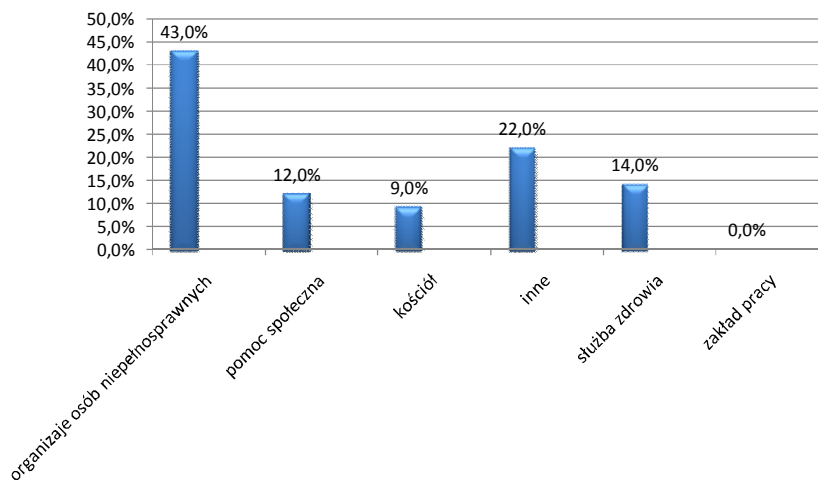
Ogółem 51 osób (29,1%) w pierwszej kolejności o pomoc zwróciłoby się do rodziny nie wymieniając konkretnie pokrewieństwa, kobiety częściej niż mężczyźni dawały taką odpowiedź. Mężczyźni natomiast o pomoc w pierwszej kolejności zwróciliby się do żon (21,5%). Biorąc pod uwagę pozarodzinne źródła wsparcia mężczyźni w pierwszej kolejności zwróciliby się o pomoc do lekarza (8,9% wskazań), natomiast kobiety poszłyby po pomoc do pracownika socjalnego (8,3%).

Zapytano wszystkich badanych czy w ich środowisku są instytucje czy organizacje ze strony których mogą liczyć na wsparcie.

**Tabela 45. Instytucje i organizacje na wsparcie których mogą liczyć badani.**

Lp.	Z czyjej pomocy korzysta?	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	nie ma takiej	24	30,4	48	50,0	72	41,1
2.	GOPS	9	11,4	6	6,3	15	8,6
3.	PFRON	4	5,1	5	5,2	9	5,1
4.	gmina	2	2,5	3	3,1	5	2,9
5.	organizacja osób niepełnosprawnych	9	11,4	14	14,6	23	13,1
6.	sołectwo	2	2,5	1	1,0	3	1,7
7.	media	1	1,3	2	2,1	3	1,7
8.	PCPR	9	11,4	3	3,1	12	6,9
9.	służba zdrowia	7	8,9	5	5,2	12	6,9
10.	szpital	3	3,8	2	2,1	5	2,9
11.	zakład pracy	3	3,8	1	1,0	4	2,3
12.	bank	2	2,5	1	1,0	3	1,7
13.	kościół	1	1,3	2	2,1	3	1,7
14.	grupa AA	2	2,5	1	1,0	3	1,7
15.	inne	1	1,3	2	2,1	3	1,7

Ponad 1/3 badanych uważa, że nie ma instytucji lub organizacji na wsparcie której mogliby liczyć. Płeć okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy o podmiotach wspierających osoby niepełnosprawne. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że kobiety zdecydowanie częściej (50%) niż mężczyźni (31,1%) nie wskazały takiej instytucji czy organizacji ( $p=0,0005$ ). Pytani o przykłady tego typu podmiotów badani najczęściej wymieniają organizacje zrzeszające i działające na rzecz osób niepełnosprawnych. Również do tych instytucji i organizacji w pierwszej kolejności zwróciliby się o pomoc.



**Ryc. 25. Organizacje do których w pierwszej kolejności badani zwróciliby się o pomoc.**

Badani widzą w tej roli Gminne Towarzystwo Dzieci i Osób Niepełnosprawnych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej i Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Nikt nie wskazał miejsca pracy, zaś 22% badanych wybrało kategorię inne podmioty.

#### **6.6.4. Rodzaj oczekiwanego wsparcia i ocena poziomu udzielanej pomocy przez instytucje powołane do tego celu**

Człowiek potrzebuje różnego rodzaju wsparcia zależnie od przeżywanych trudności i okoliczności, w których się znalazł. Badani udzielali odpowiedzi na pytanie dotyczące rodzaju oczekiwanego wsparcia w następujących wariantach:

- wsparcie materialne,
- wsparcie informacyjne,
- wsparcie wartościujące,
- wsparcie emocjonalne,
- wsparcie instrumentalne,
- nie oczekują na wsparcie.



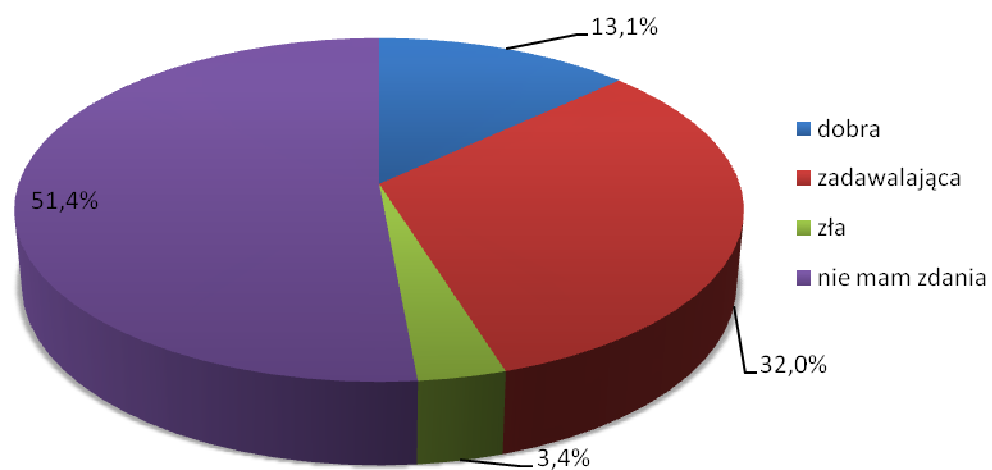
Z odpowiedzi wynika, że osoby niepełnosprawne najczęściej oczekują na wsparcie materialne - 41,2% wskazań. Analiza wyników badań własnych uwzględniająca płeć badanych wykazała zróżnicowanie obu płci pod względem rodzaju oczekiwanego wsparcia ( $p=0,0005$ ). Różnice w poziomie wskaźników procentowych były znaczne i wynosiły dla mężczyzn 30,4% a dla kobiet 50,0%.

**Tabela 46. Rodzaj oczekiwanego wsparcia.**

Rodzaj wsparcia	Mężczyźni		Kobiety		Razem		Analiza statystyczna
	N	%	N	%	N	%	
materialne	24	30,4	48	50,0	72	41,2	Chi <sup>2</sup> = 21,82 df= 5 <b>p=0,0005</b>
informacyjne	16	20,3	9	9,4	25	14,3	
wartościujące	4	5,1	8	8,3	12	6,9	
emocjonalne	15	19,0	26	27,1	41	23,4	
instrumentalne	13	16,5	3	3,1	16	9,1	
nie oczekuje	7	8,9	2	2,1	9	5,1	
Razem	79	100,0	96	100,0	175	100,0	

Badane osoby niepełnosprawne miały również możliwość dokonania oceny poziomu oferowanej pomocy przez powołane do tego celu instytucje. Zaproponowano następujące warianty odpowiedzi:

- dobry,
- zadawalający,
- zły,
- nie mam zdania.



**Ryc. 26. Ocena pomocy instytucjonalnej przez badanych.**

Odpowiedzi analizowano wg płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności. Badani w zasadzie pozytywnie oceniają poziom ofiarowanej im pomocy (45,1%). Tylko 3,4% badanych jest niezadowolonych z funkcjonowania tych instytucji oceniając poziom pomocy jako zły. Jednak 51,4% nie potrafiło podać jakiegokolwiek informacji.

**Tabela 47. Współzależność pomiędzy oceną poziomu oferowanej pomocy przez instytucje a płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Analizowane zmienne		Ocena poziomu oferowanej pomocy										Analiza statystyczna
		dobra		zadawalająca		zła		trudno powiedzieć		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	15	19,0	23	29,1	3	3,8	38	48,1	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =4,48 df=3 p=0,2136
	kobiety	8	8,3	33	34,4	3	3,1	52	54,2	96	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	
Wiek	18-24	8	38,1	2	9,5	0	0,0	11	52,4	21	100,0	TFFH p=0,0071
	25-29	4	11,3	9	32,1	0	0,0	15	53,6	28	100,0	
	30-34	3	10,3	12	41,4	0	0,0	14	48,3	29	100,0	
	35-39	4	12,5	12	37,5	0	0,0	16	50,0	32	100,0	
	40-45	4	6,1	21	32,3	6	9,5	34	52,3	65	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	12	11,5	42	40,4	4	3,9	46	44,3	104	100,0	TFFH p=0,1515
	zasadnicze zawodowe	7	15,9	8	18,2	2	4,6	27	61,4	44	100,0	
	średnie	3	12,5	6	25,0	0	0,0	15	62,5	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	10	16,7	23	38,3	1	1,7	26	43,3	60	100,0	TFFH p=0,0027
	żonaty/zamężna	12	11,2	32	30,0	3	2,8	60	56,1	107	100,0	
	rozwidziony/a	0	0,0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	10	43,5	5	21,7	0	0,0	8	34,8	23	100,0	TFFH p=0,0007
	uraz	4	8,3	13	27,1	2	4,2	29	60,4	48	100,0	
	choroba	9	8,7	28	36,5	4	3,6	53	51,0	104	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	11	36,7	7	23,3	0	0,0	12	40,0	30	100,0	TFFH p=0,0020
	19-30	8	12,7	19	30,2	1	1,6	35	55,6	63	100,0	
	powyżej 30	4	4,9	30	36,6	5	6,1	43	52,4	82	100,0	
	Razem	23	13,1	56	32,0	6	3,4	90	51,4	175	100,0	

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy oceną poziomu oferowanej pomocy a wiekiem badanych  $p=0,0071$ . W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że na ocenę poziomu udzielanej pomocy ma istotny wpływ przyczyna powstania niepełnosprawności ( $p=0,0007$ ) (tab. 47). Największy odsetek dobrze oceniających poziom udzielanej pomocy stanowiły osoby w wieku 18-24 lat (38,1%). Poziom oferowanej pomocy źle oceniły tylko osoby najstarsze w wieku 40-45 lat (9,5%). Osoby stanu wolnego zdecydowanie lepiej oceniły poziom oferowanej pomocy niż osoby pozostające w związku małżeńskim ( $p=0,0027$ ). Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną zdecydowanie częściej (43,5%) lepiej oceniły poziom

udzielanej opieki niż osoby z niepełnosprawnością spowodowaną urazem (8,3%) czy chorobą (8,7%). Również wiek nabycia niepełnosprawności okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę poziomu oferowanej pomocy ( $p=0,0020$ ). Im młodszy wiek nabycia niepełnosprawności tym większy odsetek osób niepełnosprawnych dobrze oceniających poziom świadczonej pomocy (do 18 roku życia – 36,7%, 19-30 lat – 12,5%, powyżej 30 roku życia – 4,9%). Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy oceną poziomu udzielanej pomocy a płcią ( $p=0,2136$ ) i wykształceniem badanych osób niepełnosprawnych ( $p=0,1515$ ).

#### 6.6.5. Zmiany w otoczeniu ułatwiające życie badanych osób niepełnosprawnych

W odpowiedzi na pytanie co badani chcieliby zmienić w swoim otoczeniu, aby ich życie było łatwiejsze – przeważają postulaty związane z poprawą sytuacji bytowej, likwidacji barier architektonicznych i problemów finansowych. Najczęściej wymieniane utrudnienia przedstawiono w tabeli 48.

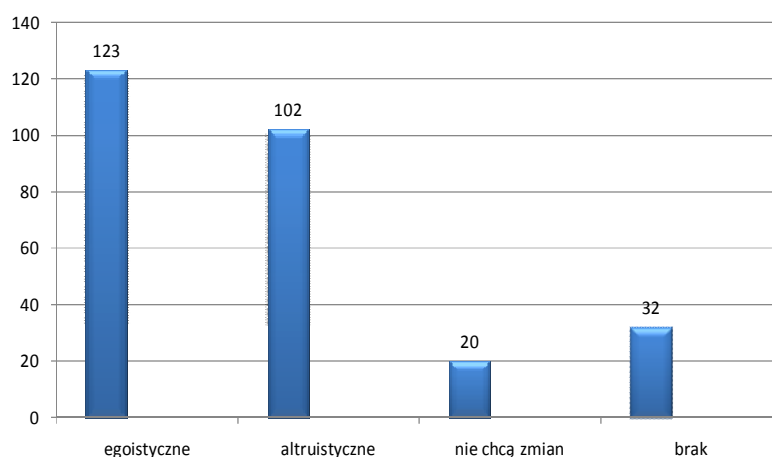
**Tabela 48. Co zmieniliby Pan/i w swoim otoczeniu, aby życie było łatwiejsze.**

Kategoria odpowiedzi	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
brak odpowiedzi	18	22,8	14	14,6	32	18,3
finanse	19	24,1	16	16,7	35	20,0
mieszkanie	7	8,9	11	11,5	18	10,3
pracę	8	10,1	4	4,2	12	6,9
bariery	13	16,5	11	11,5	24	13,7
rząd	3	3,8	5	5,2	8	4,6
służbę zdrowia	9	11,4	11	11,5	20	11,4
tolerancję	3	3,8	4	4,2	7	4,0
być jak inni	6	7,6	3	3,1	9	5,1
stan cywilny	2	2,5	5	5,2	7	4,0
otoczenie	6	7,6	2	2,1	8	4,6
ludzi	7	8,9	4	4,2	11	6,3
podatki	8	10,1	6	6,3	14	8,0
zdrowie	4	5,1	5	5,2	9	5,1
wszystko	3	3,8	2	2,1	5	2,9
wykształcenie	2	2,5	3	3,1	5	2,9
infrastrukturę	9	11,4	12	12,5	21	12,0
problemy rodzinne	3	3,8	4	4,2	7	4,0
władzę	1	1,3	3	3,1	4	2,3
inne	4	5,1	5	5,2	9	5,1
nic	11	14,0	9	9,4	20	11,4

Otwarta forma pytania została uznana za główną przyczynę wysokiej liczby w kategorii brak odpowiedzi oraz podanie więcej niż jednej zmiany dlatego wyniki nie sumują się do 100%. Wymienione przez osoby niepełnosprawne zmiany pogrupowano w cztery kategorie wypowiedzi:

- wypowiedzi egoistyczne (dotyczące tylko własnej osoby),
- wypowiedzi altruistyczne (odnoszące się do ogólnej sytuacji osób niepełnosprawnych),
- nie chcą zmian,
- brak odpowiedzi.

Szczegółowy rozkład wskazań przedstawiono na rycinie 27.



**Ryc. 27. Co zmienilby Pan/i w swoim otoczeniu, aby życie było łatwiejsze?**

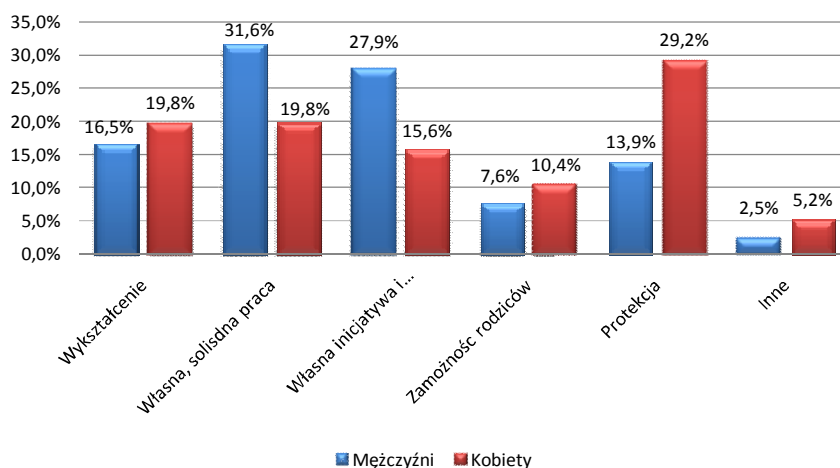
Wśród zmian o charakterze egoistycznym przeważają postulaty związane z poprawą sytuacji bytowej. W wypowiedziach o charakterze altruistycznym badani skupiają się głównie wokół infrastruktury i problemów finansowych.

### 6.6.6. Co decyduje o pozycji społecznej i kto zdaniem badanych ma największy wpływ na zmianę sytuacji życiowej?

Na pytanie co wg Pana/i decyduje o pozycji społecznej zaproponowano następujące warianty odpowiedzi:

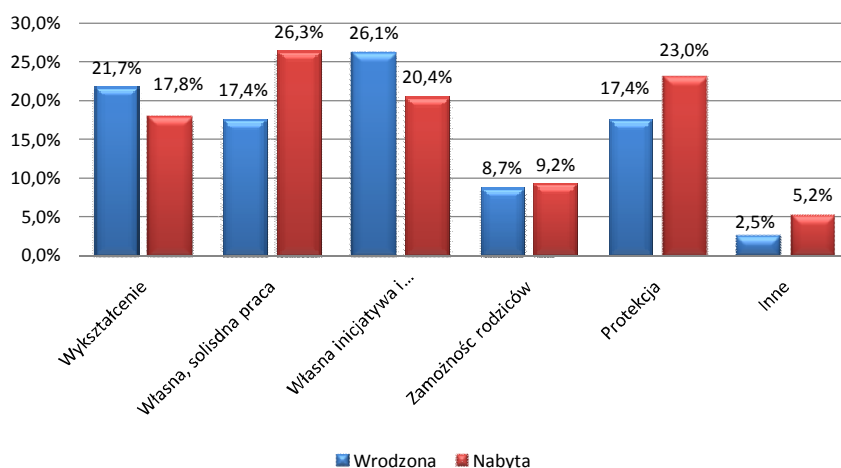
- wykształcenie,
- własna solidna praca,
- własna inicjatywa i przedsiębiorczość,
- zamożność rodziców,
- protekcja,
- inne.

Odpowiedzi analizowano wg płci i przyczyny nabycia niepełnosprawności. W analizie czynników decydujących o pozycji społecznej wg płci badanych stwierdzono, że mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali na własną solidną pracę (31,7%) oraz własną inicjatywę i przedsiębiorczość (27,9%). Kobiety natomiast dwukrotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na znajomości jako czynnik decydujący o pozycji społecznej (29,2%) (ryc. 28).



Ryc. 28. Czynniki decydujące o pozycji społecznej w opinii badanych wg płci.

Z dalszej analizy uwzględniającej przyczynę nabycia niepełnosprawności wynika, iż o pozycji społecznej decyduje przede wszystkim: własna solidna praca (dla 17,4% osób z dysfunkcją wrodzoną i 26,3% osób z nabytą niepełnosprawnością), własna inicjatywa i przedsiębiorczość (analogicznie dla 26,1% i dla 20,4%) oraz wykształcenie (dla 21,7% osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową i dla 17,8% osób z nabytą niepełnosprawnością). Wysoko uplasowała się również protekcja – dla 17,4% osób z wrodzoną niepełnosprawnością i 23% osób z nabytą dysfunkcją. Najniżej zaś znalazła się zamożność rodziców – dla 8,7% z wrodzoną dysfunkcją i 9,2% z niepełnosprawnością nabytą (ryc. 29).



**Ryc. 29. Czynniki decydujące o pozycji społecznej w opinii badanych wg kategorii „przyczyna niepełnosprawności.”**

Analizując zaś odpowiedzi badanych na pytanie kto ma największy wpływ na zmianę Pana/i sytuacji zauważono, iż 37,1% badanych wskazało, że to oni sami są odpowiedzialni za swój los. Rodzina jest drugą kategorią chętnie wybieraną przez badanych, na którą wskazało 12,5% mężczyzn i 20,8% niepełnosprawnych kobiet.

**Tabela 49. Odpowiedzi badanych na pytanie z którym z poniższych twierdzeń zgadza się Pan/i wg kryterium płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Z którym stwierdzeniem zgadza się Pan/i?								Analiza statystyczna
		1*		2**		3***		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	61	77,2	15	19,0	3	3,8	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =8,45 df=2 p=0,0146
	kobiety	54	56,3	35	36,5	7	7,3	96	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	
Wiek	18-24	16	76,2	5	23,8	0	0,0	21	100,0	TFFH p=0,0679
	25-29	22	78,6	3	10,7	3	10,7	28	100,0	
	30-34	21	72,4	6	20,7	2	6,9	29	100,0	
	35-39	22	68,8	8	25,0	2	6,3	32	100,0	
	40-45	34	52,3	28	43,1	3	4,6	65	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	57	54,8	43	41,4	4	3,9	104	100,0	TFFH p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	33	75,0	7	15,9	4	9,1	44	100,0	
	średnie	22	91,0	0	0,0	2	8,3	24	100,0	
	wyższe	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	43	71,7	13	21,7	4	6,7	60	100,0	TFFH p=0,6518
	żonaty/zamężna	67	62,6	34	31,8	6	5,6	107	100,0	
	rozwidziony/a	4	57,1	3	42,9	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	12	52,2	7	30,4	4	17,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =25,54 df=4 p=0,0000
	uraz	44	91,7	3	6,3	1	2,1	48	100,0	
	choroba	59	56,7	40	38,5	5	4,8	104	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	17	56,7	9	30,0	4	13,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =13,36 df=4 p=0,0096
	19-30	51	81,0	10	15,8	2	3,2	63	100,0	
	powyżej 30	47	57,3	31	37,8	4	4,9	82	100,0	
	Razem	115	65,7	50	28,6	10	5,7	175	100,0	

\* 1 – zrobię wszystko, by poprawić swój los

\*\* 2 – nie mam wpływu na własny los

\*\*\* 3 – nie mam zdania na ten temat

Największą grupę stanowiły osoby, które zrobią wszystko, by poprawić swój los (65,7%). Niepokojące jest, iż 28,6% badanych odpowiedziało, że nie ma perspektyw wskazując na odpowiedź „nie mam wpływu na własny los”. Pozostałe 5,7% osób niepełnosprawnych nie miało zdania na ten temat. Analiza danych zawartych w tabeli 51 opisujących strukturę udzielonych odpowiedzi wśród mężczyzn i kobiet wskazuje dla obu płci zróżnicowanie statystyczne (p=0,0146). Odpowiedź : zrobię wszystko, by poprawić swój los – częściej była wybierana przez mężczyzn (77,2%) niż wśród kobiet (56,3%). Stwierdzono istotną współzależność pomiędzy odpowiedzialnością badanych osób niepełnosprawnych za własny los a wykształceniem



badanych ( $p=0,0006$ ). Badani z wykształceniem wyższym i średnim najczęściej spośród wszystkich badanych biorą swój los w swoje ręce (91,7% i 100,0%). Przyczyna powstania niepełnosprawności okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na wybór podanego stwierdzenia. Własną pracę i odpowiedzialność za swoje życie deklaruje 52,2% osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową i 67,8% osób z niepełnosprawnością nabytą. Również wiek nabycia niepełnosprawności miał istotny wpływ na wybór kategorii odpowiedzi ( $p=0,0096$ ). Największy odsetek badanych odpowiedzialnych za swoje życie występował w grupie, która nabyła niepełnosprawność w wieku 19-30 lat (81,0%).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy wyborem podanej kategorii odpowiedzi a wiekiem i stanem cywilnym badanych ( $p>0,05$ ).

#### **6.6.7. Ocena polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych**

Bardzo niepokojące jest to, że aż 68% badanych nie miało zdania na temat polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych. Z kolei 18,3% oceniło działania państwa wobec osób z ograniczoną sprawnością jako dobre, zaś 13,7% źle oceniło politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych. Wyniki analizy współzależności pomiędzy oceną polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych a wiekiem, płcią, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 50.

**Tabela 50. Współzależność pomiędzy oceną polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych a płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Ocena polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych								Analiza statystyczna
		zła		dobra		nie mam zdania		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	13	16,5	13	16,5	53	67,1	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,07 df=2 p=0,5864
	kobiety	11	11,5	19	19,8	66	68,8	96	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	
Wiek	18-24	4	19,1	9	42,9	8	38,1	21	100,0	TFFH p=0,0001
	25-29	7	25,0	6	21,4	15	53,6	28	100,0	
	30-34	4	13,8	9	31,0	16	55,2	29	100,0	
	35-39	0	0,0	4	12,5	28	87,5	32	100,0	
	40-45	9	13,6	4	6,2	52	80,0	65	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	18	17,3	12	11,5	74	71,2	104	100,0	Chi <sup>2</sup> =28,16 df=6 p=0,0001
	zasadnicze zawodowe	4	9,1	6	13,6	34	77,3	44	100,0	
	średnie	1	4,1	13	54,1	10	41,7	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	10	16,7	19	31,7	31	51,7	60	100,0	Test FFH p=0,0023
	żonaty/zamężna	11	10,3	13	12,2	83	77,6	107	100,0	
	rozwidziony/a	3	42,9	0	0,0	4	57,1	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	7	30,4	12	52,2	4	17,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =44,86 df=4 p=0,0000
	uraz	8	16,7	13	27,1	27	56,3	48	100,0	
	choroba	9	8,7	7	6,7	88	84,6	104	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	7	23,3	14	46,7	9	30,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =38,51 df=4 p=0,0000
	19-30	12	19,1	13	20,6	38	60,3	63	100,0	
	powyżej 30	5	6,1	5	6,1	72	87,8	82	100,0	
	Razem	24	13,7	32	18,3	119	68,0	175	100,0	

Badania wykazały istotną współzależność pomiędzy oceną polityki państwa wobec osób o ograniczonej sprawności a wiekiem (p=0,0001). Wśród badanych źle oceniających politykę państwa zanotowano najwyższe odsetki osób w wieku 25-29 lat i było to 25,0%. Odsetki określające liczbę osób dobrze oceniających politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych były wyższe dla osób w najmłodszych przedziałach wieku 18-24 lat – 42,9% niż u osób najstarszych – 6,2%. Natomiast osoby badane w przedziale wieku 35-39 lat w największym odsetku (87,5%) nie miały zdania na temat oceny polityki państwa i nie było wśród tej podgrupy ani jednej osoby negatywnie oceniającej działania państwa.

Na ocenę polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych miał również istotny wpływ poziom wykształcenia ( $p=0,0001$ ). Badani ze średnim wykształceniem najczęściej spośród wszystkich badanych określali działania państwa wobec osób niepełnosprawnych jako dobre (54,2%). Najwyższe odsetki źle oceniających działania państwa stanowiły osoby z najniższym wykształceniem (17,3%).

Osoby stanu wolnego zdecydowanie gorzej oceniły politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych niż osoby pozostające w związku małżeńskim ( $p=0,0023$ ), które w zdecydowanej większości (77,6%) nie mają swojego zdania na ten temat.

Wyniki badań wykazują także, iż 52,2% badanych z wrodzoną niepełnosprawnością dobrze ocenia politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych, kiedy osoby z nabytą dysfunkcją ruchową z powodu urazu dają dobrą ocenę w 27,1%, a z niepełnosprawnością nabytą z powodu choroby tylko w 6,7%. Osoby z niepełnosprawnością nabytą zdecydowanie częściej (56,3% i 84,6%) niż osoby niepełnosprawne od urodzenia (17,4%) wybierały kategorię odpowiedzi „nie mam zdania.”

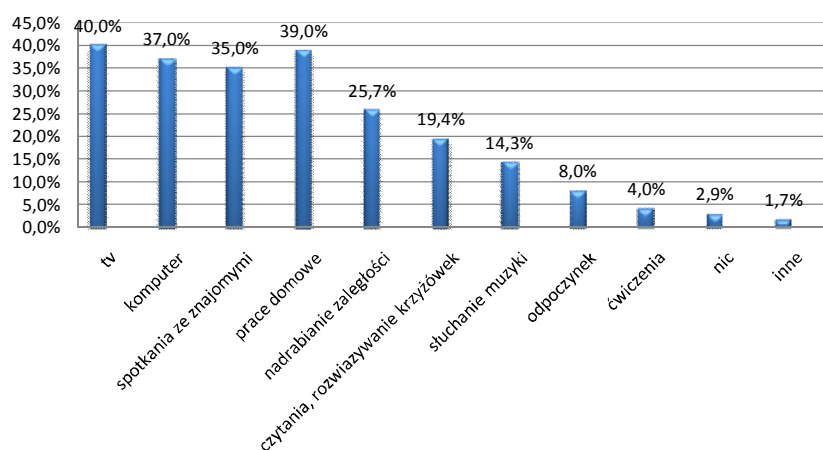
Również wiek nabycia niepełnosprawności okazał się istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę polityki państwa wobec osób z ograniczoną sprawnością ( $p=0,0000$ ). Osoby, które nabyły niepełnosprawność przed 18 rokiem życia ponad dwukrotnie częściej niż osoby z przedziału wieku 19-30 lat dobrze oceniły politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych i prawie 8-krotnie częściej niż osoby, które nabyły niepełnosprawność po 30 roku życia.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy oceną polityki państwa a płcią badanych ( $p>0,05$ ).

### 6.6.8. Czas wolny, hobby, marzenia i plany życiowe badanych osób

Sposób spędzania czasu wolnego i zainteresowania mogą w sposób istotny podwyższać jakość życia osób niepełnosprawnych.

Swój wolny czas badani spędzają w sposób bierny: najczęściej jest to oglądanie telewizji (40,0%), korzystanie z komputera (37,0%) słuchanie muzyki (14,3%) oraz spotkania i rozmowy ze znajomymi i przyjaciółmi (35,0%).

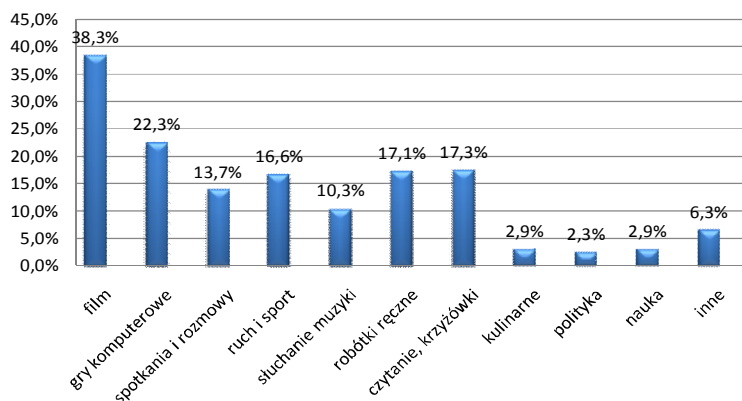


\* wyniki nie sumują się do 100 %; badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

### Ryc. 30. Sposoby spędzania wolnego czasu.

Na pytanie, które brzmiało „Jakie ma Pan/Pani zainteresowania?” odpowiedzieli wszyscy badani. Pytanie pozornie proste stwarzało jednak pewne trudności. Dla niektórych osób były to codzienne, zwykłe czynności, które nie miały nic wspólnego z hobby, lecz wypełniały czas i stawały się treścią dnia.

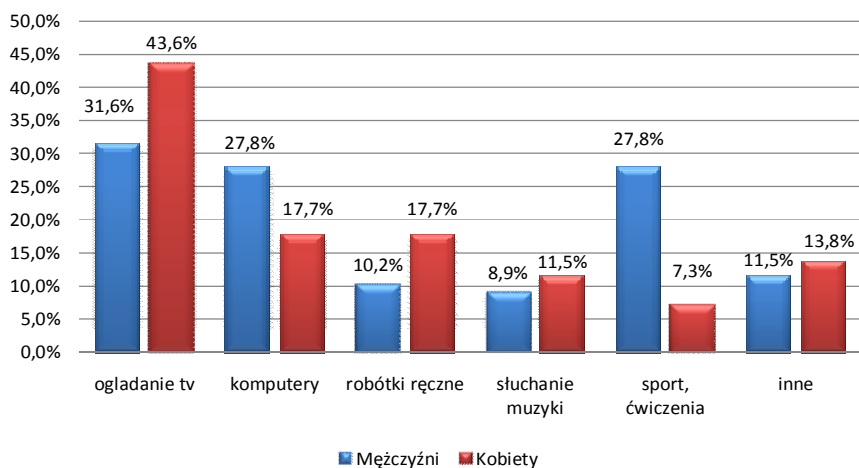
Zdecydowana większość, bo aż 72,6% badanych deklaruje posiadanie jakiegoś hobby, zainteresowania. Najpopularniejsze z nich to: korzystanie z komputera, gry komputerowe (22,3%), oglądanie telewizji, filmów (38,3%), sport, piłka nożna (16,3%), motoryzacja (10,3%), robótki ręczne, majsterkowanie (5,1%).



\*wyniki nie sumują się do 100 %; badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

### Ryc. 31. Hobby, zainteresowania.

Hierarchia dziedzin i zainteresowań kształtuje się różnie w zależności od płci badanych osób niepełnosprawnych. I tak wśród mężczyzn najczęstsze hobby to komputery, gry komputerowe (38,3%), sport głównie piłka nożna (27,8%), słuchanie muzyki (8,9%). Z kolei wśród kobiet największą popularnością cieszy się oglądanie telewizji (seriale) – 43,6% wskazań, słuchanie muzyki (11,9%), robótki ręczne (17,7%).



**Ryc. 32. Hobby, zainteresowania badanych wg płci.**

Nieco ponad 60% badanych deklaruje, że interesuje się polityką: bardzo – 14%, lub trochę – 48%. Pozostałych 38% w ogóle zagadnienia te nie zajmują.

Marzenia osób niepełnosprawnych koncentrują się wokół zdrowia i rodziny jako najważniejszej wartości uznawanej przez badanych oraz oscylują wokół problemów bytowych. Wymieniane przez badanych marzenia przedstawiono w tabeli 51.

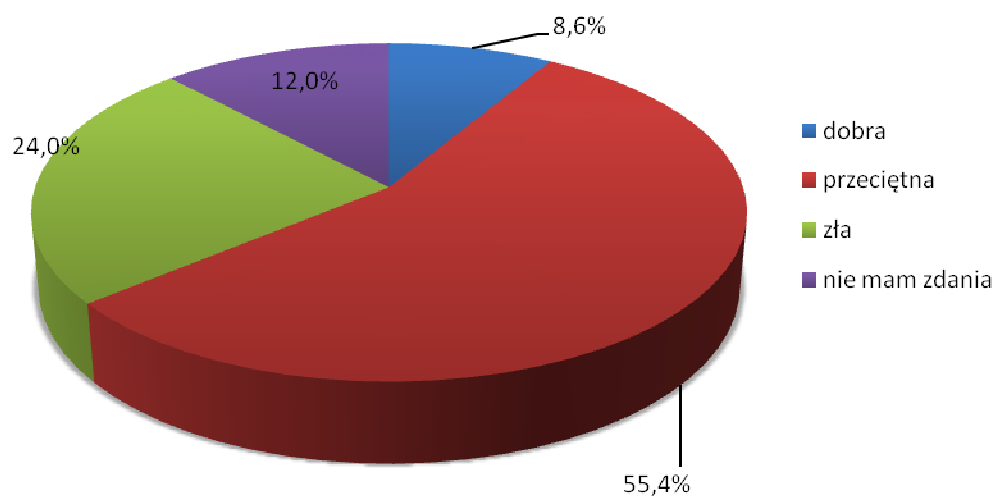
**Tabela 51. Jakie są marzenia osób niepełnosprawnych?**

Lp.	Marzenia	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	zdrowie	22	27,8	17	17,7	39	22,3
2.	finanse	14	17,7	15	15,6	29	16,6
3.	rodzina	4	5,1	9	9,4	13	7,4
4.	lepszemu jutro	12	15,2	13	13,5	25	14,3
5.	samodzielność	13	16,5	12	12,5	25	14,3
6.	praca	7	8,9	11	11,5	18	10,3
7.	niezależność	15	19,0	13	13,5	28	16,0
8.	komputer	7	8,9	3	3,1	10	5,7
9.	samochód	1	1,3	2	2,1	3	1,7
10.	mieszkanie	3	3,8	1	1,0	4	2,3
11.	poczucie bezpieczeństwa	13	16,5	11	11,5	24	13,7
12.	sanatorium	1	1,3	4	4,2	5	2,9
13.	nie chorować	2	2,5	2	2,1	4	2,3
14.	likwidacja barier	2	2,5	8	8,3	10	5,7
15.	poznać kogoś	4	5,1	6	6,3	10	5,7
16.	podróże	1	1,3	1	1,0	2	1,1
17.	przeżyć miłość	2	2,5	3	3,1	5	2,9
18.	tajemnica	4	5,1	1	1,0	5	2,9
19.	renta	1	1,3	2	2,1	3	1,7
20.	wychować dzieci	14	17,7	23	24,0	37	21,1
21.	nie być ciężarem dla innych	9	11,4	13	13,5	22	12,6
22.	mieć na leki	2	2,5	1	1,0	3	1,7
23.	mieć normalne życie	8	10,2	5	5,2	13	7,4
24.	otrzymać dobry wózek	1	1,3	1	1,0	2	1,1
25.	inne	8	10,2	3	3,1	11	6,3

\* wyniki nie sumują się do 100; badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

#### 6.6.9. Generalna ocena sytuacji społecznej badanych

Ogólna ocena własnej sytuacji w społeczeństwie wśród badanych wypada przeciętnie (55,4%), 8,6% ocenia ją jako dobrą zaś 24% jako złą, pozostałe 12% badanych nie ma zdania na ten temat (ryc. 33).



**Ryc. 33. Ogólna ocena własnej sytuacji w społeczeństwie.**

Mimo, iż odsetek osób pozytywnie oceniających własną sytuację w społeczeństwie był wyższy wśród mężczyzn niż u kobiet, to nie wykazano różnicy statystycznej ( $p=0,4488$ ).

Analiza według grup wieku metrykalnego wykazała, że odsetek osób dobrze oceniających swoją sytuację społeczną wahał się w granicach od 23,8% w najmłodszej grupie wieku do 1,5% w grupie 40-45 lat. Największy odsetek osób, które swoją sytuację społeczną oceniają jako przeciętną zanotowano w najstarszej grupie osób 40-45 lat i wynosił on 69,2%. W grupie osób źle oceniających swoją sytuację społeczną najwyższy odsetek dotyczył osób najmłodszych i wynosił 38,1%. Stwierdzono różnicę statystyczną  $p=0,0197$ .



**Tabela 52. Własna ocena sytuacji społecznej badanych wg kryterium płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Ocena sytuacji społecznej										Analiza statystyczna
		dobra		przeciętna		zła		trudno powiedzieć		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	9	11,4	43	54,4	20	25,3	7	8,9	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =2,64 df=3 p=0,4488
	kobiety	6	6,3	54	56,3	22	22,9	14	14,6	96	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	
Wiek	18-24	5	23,8	6	28,6	8	38,1	2	9,5	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =24,10 df=12 p=0,0197
	25-29	4	14,3	13	46,4	8	28,6	3	10,7	28	100,0	
	30-34	3	10,3	12	41,4	10	34,5	4	13,8	29	100,0	
	35-39	2	6,3	21	65,3	6	18,8	3	9,4	32	100,0	
	40-45	1	1,5	45	69,2	10	15,4	9	13,6	65	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	0	0,0	59	56,7	30	28,9	15	14,4	104	100,0	TFFH p=0,0000
	zasadnicze zawodowe	0	0,0	32	72,7	6	13,6	6	13,6	44	100,0	
	średnie	13	54,2	5	20,8	6	25,0	0	0,0	24	100,0	
	wyższe	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	6	10,0	24	40,0	22	36,7	8	13,3	60	100,0	TFFH p=0,0067
	żonaty/zamężna	8	7,5	69	64,5	18	16,8	12	11,2	107	100,0	
	rozwódziona/a	0	0,0	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	2	8,7	1	4,4	19	82,6	1	4,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =63,44 df=6 p=0,0000
	uraz	8	16,7	24	50,0	12	25,0	4	8,3	48	100,0	
	choroba	5	4,8	72	69,2	11	10,6	16	15,4	104	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	2	6,7	6	20,0	19	63,3	3	10,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =45,18 df=6 p=0,0000
	19-30	11	17,5	33	52,4	13	20,6	6	9,5	63	100,0	
	powyżej 30	2	2,4	58	70,3	10	12,2	12	14,6	82	100,0	
	Razem	15	8,6	97	55,4	42	24,0	21	12,0	175	100,0	

W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że na ocenę sytuacji społecznej badanych wysoce istotny wpływ ma wykształcenie (p=0,0000). Wśród osób dobrze oceniających swoją sytuację społeczną najwyższy odsetek dotyczył osób z wyższym (66,7%) i średnim (54,2%) wykształceniem. Wśród tej grupy nie było osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Również tak duże różnice w wysokości wskaźników procentowych zanotowano w grupie źle oceniających sytuację społeczną. Najwyższy, 28,9% dotyczył osób z wykształceniem podstawowym. W tej grupie nie było również osób z wykształceniem wyższym. Wśród osób oceniających swoją sytuację społeczną pozytywnie najwięcej było osób nie będących w związku małżeńskim. Również dla tych osób wykazano najwyższy

wskaźnik dotyczący ocen negatywnych. Stwierdzono zależność pomiędzy własną oceną sytuacji społecznej a stanem cywilnym ( $p=0,0067$ ).

Analizie poddano także relację między własną oceną sytuacji społecznej badanych a przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności. Stwierdzono istotną zależność własnej oceny sytuacji społecznej badanych od przyczyny nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0000$ ). Dla ocen negatywnych najwyższy wskaźnik dotyczył badanych z wrodzoną niepełnosprawnością – 19 osób (82,6%). Wśród badanych oceniających ogólnie pozytywnie swoją sytuację w społeczeństwie było najwięcej osób z nabytą niepełnosprawnością (32 z powodu urazu i 77, których przyczyną niepełnosprawności była choroba). Zwraca uwagę fakt, że odsetek osób, które dobrze oceniają swoją sytuację społeczną był zróżnicowany. Stwierdzono różnicę statystyczną ( $p=0,0000$ ). Natomiast wśród poszczególnych grup wieku nabycia niepełnosprawności zanotowano duże różnice w wysokości wskaźników procentowych określających jakość oceny sytuacji społecznej. Wśród ocen dobrych najwyższy odsetek ocen dotyczył osób, które nabyły niepełnosprawność w wieku 19-30 lat, wśród osób, które oceniły swoją sytuację społeczną jako przeciętną najwyższy odsetek dotyczył osób z niepełnosprawnością nabytą po 30 roku życia – 70,3%, a dla ocen złych dotyczył osób z niepełnosprawnością nabytą przed 18 rokiem życia – 63,3%.

#### **6.6.10. Podsumowanie sytuacji społecznej**

W ogromnej większości przypadków (97,7%) badani deklarują, że posiadają przyjaciół i znajomych, z którymi utrzymują stałe kontakty: 49,1% badanych posiada wiele takich osób, 45,2% - kilka, zaś 33,4% tylko jedną taką osobę. Pozostałe 2,3% nie ma nikogo takiego. Większość badanych osób niepełnosprawnych 59,5% mężczyzn i 57,3% kobiet nie należy do żadnych organizacji. Najwięcej osób niepełnosprawnych (13,1%) jest członkami Gminnego Towarzystwa Dzieci i Osób Niepełnosprawnych, 8,6% należy do Związku Emerytów i Rencistów. Jeżeli chodzi o wsparcie osób niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania to w 98,2% mogą oni liczyć na pomoc rodziny, wymieniane tu były żony lub matki. Badani preferują pomoc personalną nad instytucjonalną. 2/3 badanych osób niepełnosprawnych korzysta z pomocy personalnej, a tylko 32,6% z pomocy instytucjonalnej. Ponad 1/3 badanych uważa, że nie ma instytucji lub organizacji na wsparcie której mogliby liczyć. Płeć okazała się istotnym

czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy o podmiotach wspierających osoby niepełnosprawne. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że kobiety zdecydowanie częściej (50%) niż mężczyźni (31,1%) nie wskazały takiej instytucji czy organizacji ( $p=0,0005$ ). Osoby niepełnosprawne najbardziej oczekują na wsparcie materialne - 41,2% wskazań.

W odpowiedzi na pytanie co badani chcieliby zmienić w swoim otoczeniu, aby ich życie było łatwiejsze – przeważają postulaty związane z poprawą sytuacji bytowej, likwidacji barier architektonicznych i problemów finansowych.

W analizie czynników decydujących o pozycji społecznej według płci stwierdzono, że mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali na własną solidną pracę (31,7%) oraz własną inicjatywę i przedsiębiorczość (27,9%). Kobiety natomiast dwukrotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na protekcję jako czynnika decydującym o pozycji społecznej (29,2%).

Na pytanie kto ma największy wpływ na zmianę Pana/i sytuacji zauważono, że 37,1% badanych wskazało, że to oni sami są odpowiedzialni za swój los. Rodzina jest drugą kategorią chętnie wybieraną przez 12,5% mężczyzn i 20,8% kobiet. Większość badanych (65,7%) zrobi wszystko, by poprawić swój los, ale 28,6% nie wykazuje żadnej aktywności, gdyż nie widzi perspektyw na przyszłość twierdząc, że „nie mają wpływu na własny los”- ta odpowiedź częściej występowała wśród mężczyzn (77,2%) niż u kobiet (56,3%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy odpowiedzialnością za swój los a płcią ( $p=0,0146$ ) oraz wysoce istotnie statystyczną zależność ( $p=0,0006$ ) z wykształceniem badanych. Również przyczyna i wiek powstania niepełnosprawności okazały się istotnym czynnikiem wpływającym na odpowiedzialność za swoje życie. Największy odsetek badanych (81,4%) odpowiedzialnych za swój los stanowiły osoby, które nabyły niepełnosprawność w wieku 19-30 lat.

Nie stwierdzono istotniej statystycznie współzależności pomiędzy „bycia odpowiedzialnym za swój los” a wiekiem i stanem cywilnym badanych osób niepełnosprawnych ( $p>0,05$ ).

Bardzo niepokojące jest to, iż 68% badanych nie ma zdania na temat oceny polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych. Badania wykazały wysoce istotną współzależność pomiędzy oceną polityki państwa wobec osób o ograniczonej sprawności a wiekiem biologicznym ( $p=0,00018$ ), wykształceniem ( $p=0,0001$ ), stanem cywilnym ( $p=0,0023$ ), przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0000$ ).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie współzależności pomiędzy oceną polityki państwa a płcią badanych ( $p=0,5864$ ).

Ponad 60% badanych deklaroowało, że interesuje się polityką, z czego 14% bardzo angażuje się w sprawy polityki, a 48% - trochę. Natomiast swój wolny czas badani spędzają w sposób bierny, najczęściej na oglądaniu telewizji (40%), korzystaniu z komputera (37,8%), słuchaniu muzyki (14,3%), oraz spotkaniach i rozmowach ze znajomymi i przyjaciółmi (35,0%).

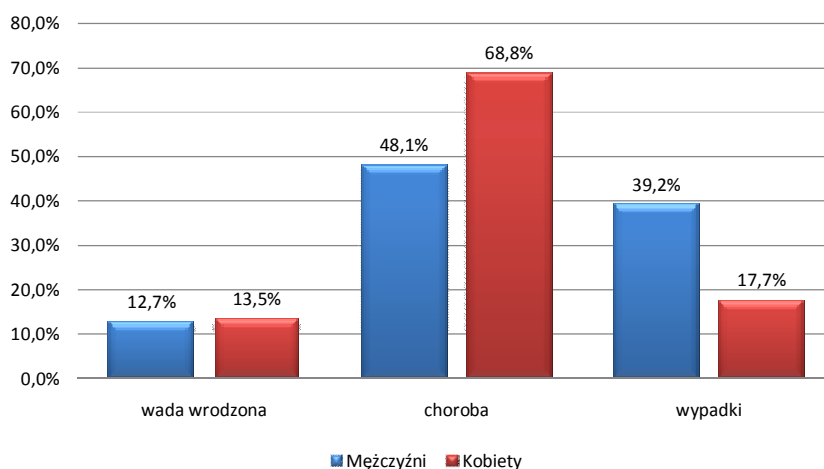
Pytani o marzenia najczęściej (22,3%) wymieniają kwestie związane ze zdrowiem i sytuacją rodzinną. Dla 16,6% najważniejsza jest sytuacja materialna, dla 14,3% marzeniem jest usamodzielnienie się i „lepsze jutro”, w dalszej kolejności 13,7% badanych wymieniało poczucie bezpieczeństwa, 10,3% znalezienie pracy – „nie być ciężarem dla innych”, a 2,9% badanych w ogóle nie zdradziło swoich marzeń.

Generalna ocena własnej sytuacji społecznej wśród badanych wypada różnie. Ponad połowa ocenia ją jako przeciętną, 8,6% - dobrą, zaś 24,0% jako złą, a pozostałe 12,0% nie ma zdania na ten temat. Wśród mężczyzn największy odsetek dotyczył ocen pozytywnych, natomiast wśród kobiet ocen negatywnych, jednak nie stwierdzono różnicy statystycznej ( $p=0,4488$ ). Stwierdzono natomiast istotną współzależność pomiędzy oceną sytuacji społecznej a wiekiem badanych ( $p=0,0197$ ), im młodsza osoba niepełnosprawna, tym lepsza sytuacja społeczna, oraz wysoce istotnie statystyczną zależność ( $p=0,0000$ ), z wykształceniem, stanem cywilnym ( $p=0,0080$ ), przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0000$ ).

## 6.7. Sytuacja zdrowotna

### 6.7.1. Rodzaje, przyczyny, stopień i wiek nabycia niepełnosprawności

W badanej zbiorowości wyróżniono osoby z wrodzoną (13,1%) i nabytą (86,9%) dysfunkcją fizyczną. Istotnym elementem jest przyczyna niepełnej sprawności. Niepełnosprawność badanych mieszkańców wsi najczęściej spowodowana jest chorobą. Dotyczy to 59,4% niepełnosprawnych. Częściej niepełnosprawne z powodu choroby są kobiety. Drugą przyczyną niepełnosprawności są wypadki, urazy i zatrucia zewnątrzpochodne. Z tej przyczyny niepełnosprawnych jest 27,4% osób jednak wśród nich dwukrotnie więcej jest mężczyzn niż kobiet. Jako trzecią przyczynę niepełnosprawności wymienia się wady wrodzone. Stanowią one 13,1% wszystkich przyczyn (ryc. 34).



**Ryc. 34. Niepełnosprawni ze względu na przyczynę niepełnosprawności wg płci.**

Wśród niepełnosprawnych z powodu przebytej choroby dominują osoby starsze, szczególnie po 40 roku życia. W tej grupie wieku niepełnosprawność pochorobowa

obejmuje 90,8% populacji. Wypadki i urazy jako źródło niepełnosprawności dominują wśród osób 25-29 letnich (57,1% tej populacji) (tab. 53).

**Tabela 53. Struktura osób niepełnosprawnych ze względu na przyczynę niepełnosprawności i wiek badanych.**

Wiek	Wada wrodzona		Choroba		Wypadek		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18-24	8	38,1	3	14,3	10	47,6	21	12,0
25-29	7	25,0	5	17,9	16	57,1	28	16,0
30-34	3	8,3	16	44,4	10	27,8	29	16,6
35-39	4	12,5	21	65,6	7	21,8	32	18,3
40-45	1	1,5	59	90,8	5	7,7	65	37,1
Ogółem	23	13,1	104	59,4	48	27,4	175	100,0

Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności nabytej były choroby narządu ruchu i choroby układu krążenia i oddechowego (tab. 54).

**Tabela 54. Osoby niepełnosprawne wg grup niepełnosprawności i płci.**

Choroby	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
układu kostno-mięśniowego	9	11,4	29	32,0	38	21,7
układu krążenia i oddechowego	15	19,0	9	9,4	24	13,7
przewodu pokarmowego	5	6,3	4	4,2	9	5,1
układu nerwowego	5	6,3	12	12,5	17	9,7
układu moczowo - pęcherzowego	2	2,5	4	4,2	6	3,4
inne	2	2,5	8	8,3	10	5,7
Ogółem	38	48,1	66	68,8	104	59,4

Z analizy danych zawartych w tabeli 54 opisujących strukturę przyczyn niepełnosprawności wynika, że choroby układu kostno-mięśniowego występują blisko trzykrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Natomiast choroby układu krążenia były częstszą przyczyną niepełnosprawności u mężczyzn.

Jeżeli chodzi o stopień niepełnosprawności orzeczony przez organ do tego uprawniony to największą grupę stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (48,5%), na drugim miejscu znajdują się osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (26,9%), zaś na trzecim w stopniu lekkim (24,6%) (tab. 55).

**Tabela 55. Osoby niepełnosprawne wg stopnia niepełnosprawności i płci.**

Stopień niepełnosprawności	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
znaczny	22	46,8	25	53,2	47	26,9
umiarkowany	44	51,8	41	48,2	85	48,5
lekki	13	32,0	30	69,8	43	24,6
Ogółem	79	45,1	96	54,9	175	100,0

Jeśli chodzi o wiek nabycia niepełnosprawności to zdecydowanie najczęściej niepełnosprawnymi stają się osoby powyżej 30 roku życia (47,9%) (tab. 56).

**Tabela 56. Wiek w momencie powstania niepełnosprawności wg płci badanych.**

Wiek	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
przed 15 rokiem życia	17	45,9	20	54,1	37	21,1
15-19	6	50,0	6	50,0	12	6,9
20-24	13	50,0	13	50,0	26	14,9
25-29	9	47,4	10	52,6	19	10,9
30-34	10	33,4	20	66,6	30	17,1
35-39	16	43,2	21	56,8	37	21,1
40-45	8	47,1	9	52,9	17	9,7
Ogółem	79	45,1	96	54,9	175	100,0

Jeżeli chodzi o czas trwania niepełnosprawności to zdecydowanie najwięcej było osób, u których niepełnosprawność trwa od roku do 5 lat (54,3%) (tab. 57).

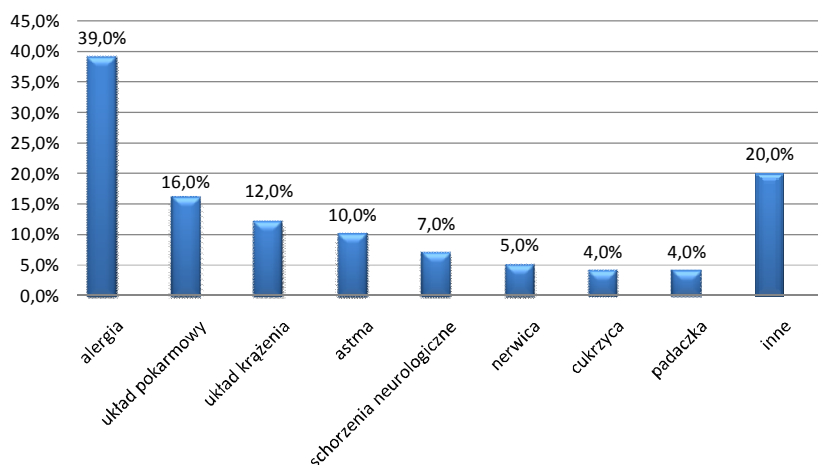
**Tabela 57. Niepełnosprawni według płci i czasu trwania niepełnosprawności.**

Czas trwania niepełnosprawności	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
od urodzenia	10	12,7	13	13,5	23	13,1
więcej niż 10 lat (ale nie od ur.)	5	6,3	8	8,3	13	7,4
od roku do 5 lat	40	50,6	55	57,3	95	54,3
od 6 do 10 lat	19	24,1	17	17,7	36	20,6
nie pamiętam	5	6,3	3	3,2	8	4,6
Ogółem	79	45,1	96	54,9	175	100,0

Jak wynika z tabeli 57 najniższy odsetek osób niepełnosprawnych legitymował się czasem trwania niepełnosprawności dłuższym niż 10 lat, ale nie od urodzenia (7,4%).

Jedna trzecia badanych mężczyzn i jedna druga badanych kobiet dotkniętych jest również niezależnie od niepełnosprawności chorobą przewlekłą. Najczęstszą z tych chorób jest alergia – ma ją 39% spośród cierpiących na przewlekłe choroby. Ponadto znaczny odsetek cierpi na schorzenia układu trawiennego – 16%, układu

krażenia – 12%, astmę – 10% oraz schorzenia neurologiczne – 7%. Na nerwicę choruje 5% przewlekle chorych, cukrzycę, padaczkę – po 4%, zaś 20% dotkniętych jest przez inne schorzenia.



\* wyniki nie sumują się do 100%; badani mogli wskazać więcej niż 1 chorobę

### Ryc. 35. Rodzaje przewlekłych chorób występujące niezależnie od niepełnosprawności.

#### 6.7.2. Korzystanie z opieki lekarskiej i ocena dostępności do opieki medycznej w opinii badanych

Na pytanie: Czy pozostaje Pan/i pod opieką lekarską? twierdząco odpowiedziało 94,9% mężczyzn i 95,8% badanych kobiet. Zdecydowana większość mężczyzn (82,3%) i kobiet (78,1%) regularnie korzysta z opieki lekarskiej. Pod opieką lekarzy specjalistów pozostaje 60,0% badanych. Szczegółowe informacje na temat liczby osób korzystających z opieki lekarzy specjalistów przedstawia rycina 36.

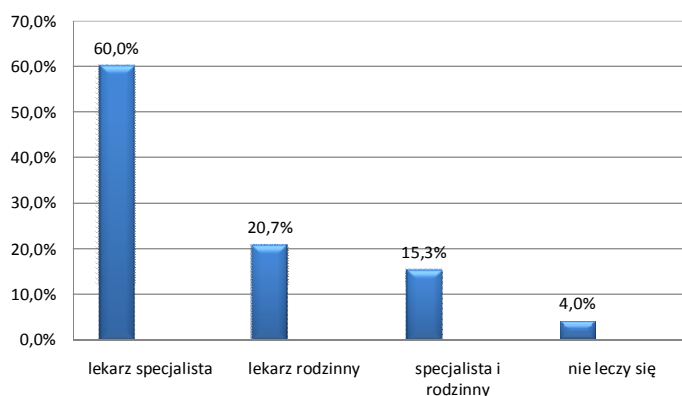


**Tabela 58. Osoby niepełnosprawne korzystające z opieki specjalistycznej.**

Poradnia specjalistyczna	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
ortopedyczna	24	30,4	3	3,1	27	15,4
kardiologiczna	12	15,2	3	3,1	15	8,6
neurologiczna	5	6,3	12	12,4	17	9,7
reumatologiczna	5	6,3	22	22,9	27	15,4
nefrologiczna	2	2,5	4	4,2	6	3,4
gastroenterologiczna	5	6,3	1	1,0	6	3,4
inna	4	5,1	3	3,1	7	4,0
Ogółem	57	72,2	48	50,0	105	60,0

Wyniki przedstawione w tabeli 58 wykazały zróżnicowanie co do leczenia specjalistycznego względem płci. Mężczyźni najczęściej leczą się u ortopedy (30,4%) i kardiologa (15,2%), natomiast kobiety u reumatologa (22,9%) i neurologa (12,4%).

Pod opieką lekarza rodzinnego pozostaje 20,7% badanych, 15,3% korzysta równocześnie z leczenia specjalistycznego i lekarza rodzinnego. Wśród osób badanych 4 mężczyźni i 3 kobiety stwierdziły, że nigdzie się nie leczą. Stanowili oni 4% wszystkich badanych (odpowiednio 5,1% mężczyzn i 3,1% kobiet).



**Ryc. 36. Pod opieką jakiego lekarza pozostaje badany.**

Celem pytania dotyczącego miejsca leczenia było uzyskanie informacji gdzie leczą się badani: Gminny Ośrodek Zdrowia, przychodnie specjalistyczne, prywatny gabinet lekarski i inne (placówki resortowej służby zdrowia) (tab. 59).

**Tabela 59. Miejsce leczenia respondentów.**

Miejsce leczenia	Mężczyźni		Kobiety		Razem		Analiza statystyczna
	N	%	N	%	N	%	
ośrodek zdrowia/przychodnia	62	78,5	47	49,0	109	62,4	Chi <sup>2</sup> =18,58 df=3 <b>p=0,0003</b>
gabinet prywatny	5	6,3	8	8,3	13	6,7	
inne (szpitale, sanatoria)	8	10,1	38	39,6	46	26,3	
nie leczę się	4	5,1	3	3,1	7	4,6	
Ogółem	79	45,1	96	54,9	175	100,0	

Wyniki przedstawione w tabeli wykazały istotne zróżnicowanie względem płci ( $p=0,0003$ ). W ośrodku zdrowia czy poradni specjalistycznej, która dominowała w odpowiedziach leczyło się 62,3% wszystkich badanych, w tym 78,5% mężczyzn i 49,0% badanych kobiet. Następną grupą osób to respondenci leczeni w szpitalu i placówkach resortowej służby zdrowia. Wśród 46 osobowej grupy było tylko 8 mężczyzn (10,1%) a 38 kobiet (39,6%). Najmniej popularne były prywatne gabinety lekarskie, z których korzystało tylko 8% badanych w tym 7,6% mężczyzn i 8,3% kobiet.

Odpowiedzi respondentów dotyczące dostępności do opieki lekarskiej podzielono do celów analitycznych na 4 grupy. Pierwsza to ocena negatywna obejmująca takie odpowiedzi jak „źle” i „raczej źle”. Druga wystarczająca i trzecia dobra oraz czwarta z kategorii odpowiedzi „nie wiem”. Odpowiedzi dobrych było 16, co stanowiło 9,1%. Złych było 119 wskazań, a więc 68% . Dostęp do opieki medycznej jako wystarczający wskazało 18,3%, natomiast nie miało zdania na ten temat 4,6% badanych (tab. 60).

**Tabela 60. Ocena dostępności do opieki lekarskiej ze względu na wybrane cechy społeczno-demograficzne.**

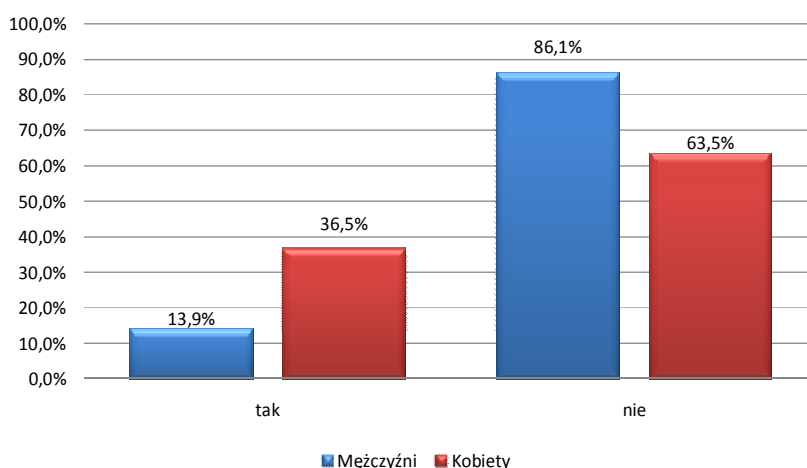
Badane zmienne		Ocena dostępności do opieki lekarskiej										Analiza statystyczna
		źle i raczej źle		wystarczająca		dobra		nie wiem		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	60	75,6	5	6,3	10	12,7	4	5,1	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =14,61 df=3 p=0,0021
	kobiety	59	61,5	27	28,1	6	6,3	4	4,2	96	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	
Wiek	18-24	13	61,9	4	19,1	3	14,3	1	4,7	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =13,69 df=12 p=0,3208
	25-29	15	53,6	9	32,1	2	7,1	2	7,1	28	100,0	
	30-34	17	58,6	7	24,1	2	6,9	3	10,3	29	100,0	
	35-39	26	81,3	2	6,3	3	9,4	1	3,1	32	100,0	
	40-45	48	73,9	10	15,4	6	9,2	1	1,5	65	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	72	69,2	23	22,1	7	6,7	2	1,9	104	100,0	Chi <sup>2</sup> =15,26 df=9 p=0,0839
	zasadnicze zawodowe	31	70,5	6	13,6	5	11,4	4	16,7	44	100,0	
	średnie	14	58,3	3	12,5	3	12,5	2	4,6	24	100,0	
	wyższe	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	33	55,0	19	31,7	6	10,0	2	3,3	60	100,0	TFFH p=0,0443
	żonaty/zamężna	81	75,7	13	12,2	8	7,5	5	4,7	107	100,0	
	rozwódziona/a	4	57,1	0	0,0	2	28,6	1	14,3	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	12	52,2	8	34,8	2	8,7	1	4,4	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =17,61 df=6 p=0,0072
	uraz	35	72,9	5	10,4	2	4,2	6	12,5	48	100,0	
	choroba	72	69,2	19	18,3	12	11,5	1	0,9	104	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	16	53,3	10	33,3	3	10,0	1	3,3	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =12,61 df=6 p=0,0495
	19-30	42	66,7	11	17,5	4	6,4	6	9,5	63	100,0	
	powyżej 30	61	74,4	11	13,4	9	10,9	1	1,2	82	100,0	
	Razem	119	68,0	32	18,3	16	9,1	8	4,6	175	100,0	

Zastosowanie testu  $\chi^2$  wykazało istotne zależności między płcią badanych a dokonywaną przez nich oceną dostępności do opieki lekarskiej ( $\chi^2 = 14,61$ ,  $p = 0,0021$ , trzy stopnie swobody). W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że z oceną dostępności badanych osób niepełnosprawnych do opieki lekarskiej nie miały związku wiek badanych ( $p = 0,3208$ ), wykształcenie ( $p = 0,0839$ ). Ocena ta natomiast zależy od przyczyny ( $p = 0,0072$ ) i wieku nabycia niepełnosprawności ( $p = 0,0495$ ). Osoby niepełnosprawne z powodu urazu najczęściej spośród badanych (72,9%) źle oceniały dostępność do opieki lekarskiej. Ocen dobrych natomiast było najwięcej wśród osób niepełnosprawnych z powodu choroby (11,5%). Wiek nabycia niepełnosprawności w niewielkim stopniu okazał się czynnikiem wpływającym na ocenę dostępności do opieki lekarskiej. Osoby z niepełnosprawnością

nabytą po 30 roku życia w największym odsetku (74,4% wskazań) źle oceniają dostęp do lekarza i w zbliżonym odsetku z osobami, które nabyły niepełnosprawność przed 18 rokiem życia dawały ocenę dobrą (odpowiednio 11,0% i 10,0%).

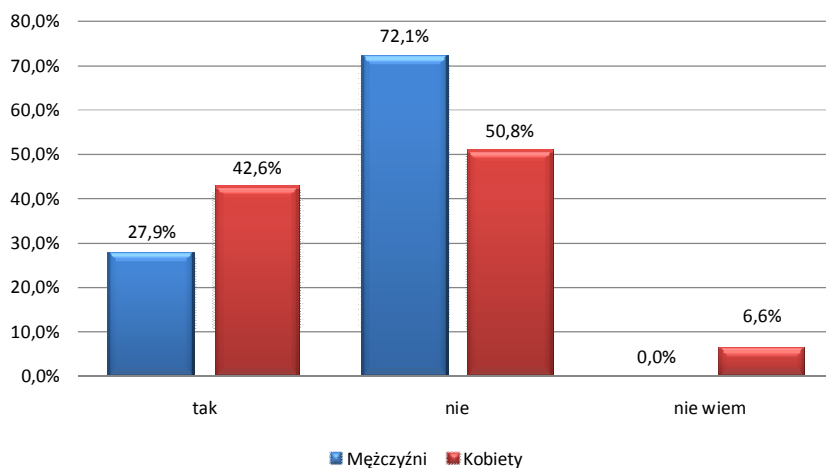
### **6.7.3. Potrzeba rehabilitacji medycznej, zaopatrzenie w sprzęt usprawniający i pomoce rehabilitacyjne oraz ocena dostępności do różnych form rehabilitacji leczniczej przez badanych**

Zdecydowana większość (73,7%) badanych osób niepełnosprawnych nie korzysta z rehabilitacji medycznej.



**Ryc. 37. Osoby niepełnosprawne korzystające z rehabilitacji medycznej wg płci.**

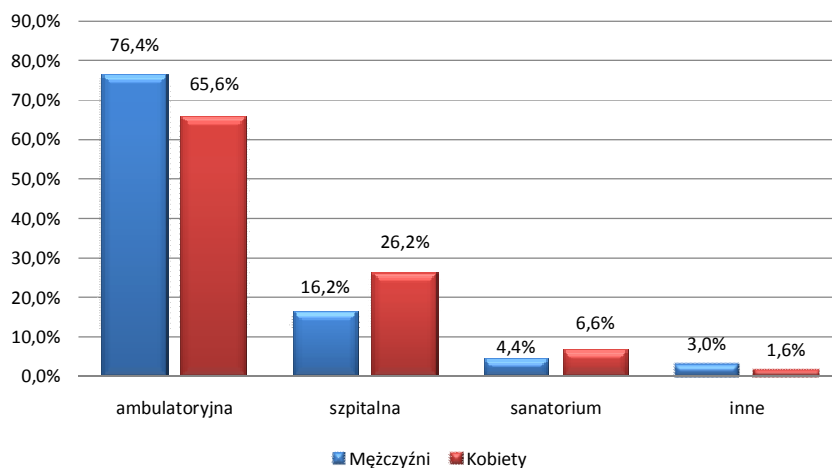
Wśród badanych osób niepełnosprawnych kobiety zdecydowanie częściej korzystały z rehabilitacji leczniczej ( $p=0,0007$ ). Spośród 129 osób, które nie korzystały z rehabilitacji medycznej 19 mężczyzn (27,9%) i 26 kobiet (42,6%) deklarowało pilną potrzebę skorzystania z zabiegów rehabilitacyjnych.



**Ryc. 38. Potrzeba rehabilitacji medycznej wg własnej oceny badanych (n=129).**

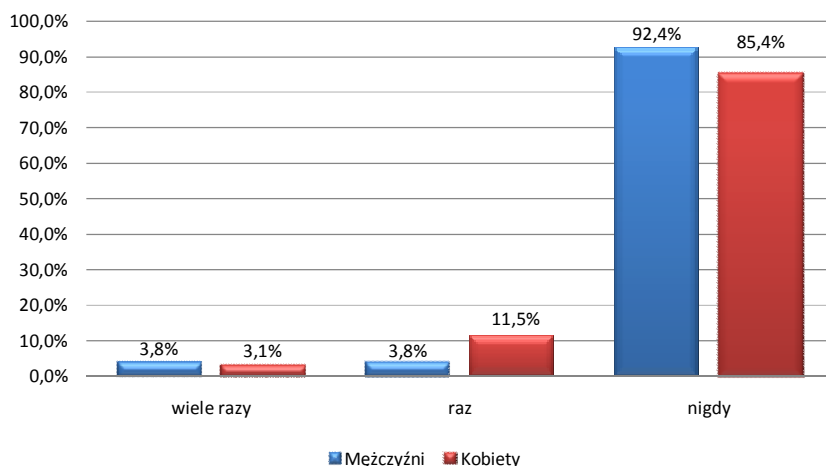
Analiza wyników badań własnych uwzględniająca płeć badanych wykazała zróżnicowanie obu płci pod względem potrzeby korzystania z zabiegów rehabilitacji medycznej: kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały potrzebę korzystania z rehabilitacji medycznej (ryc. 38).

Preferowane formy rehabilitacji medycznej przez badane osoby niepełnosprawne to rehabilitacja ambulatoryjna najlepiej blisko miejsca zamieszkania (71,3% wskazań) (ryc. 39).



**Ryc. 39. Osoby niepełnosprawne wg płci i preferowanych form rehabilitacji medycznej.**

Szczególnie rzadko niepełnosprawni mieszkańcy wsi biorący udział w badaniu deklarowali, że korzystali z leczenia sanatoryjnego (zaledwie 11,4% pozytywnych odpowiedzi na pytanie o korzystanie z leczenia sanatoryjnego).

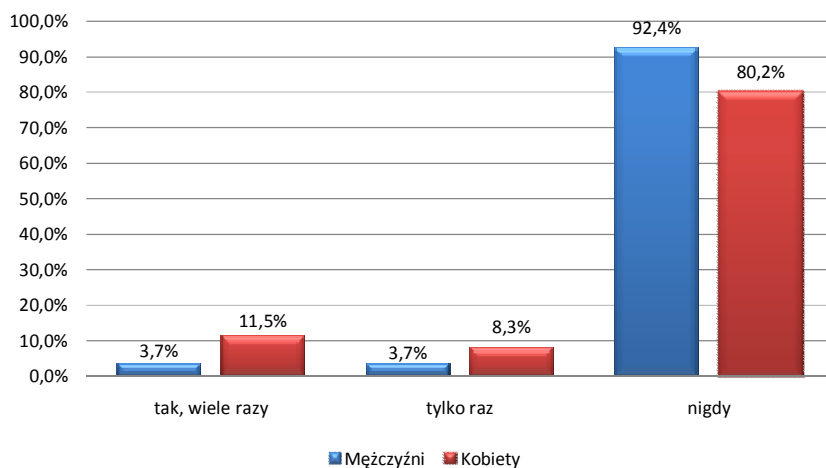


**Ryc. 40. Częstotliwość korzystania z sanatorium przez osoby niepełnosprawne wg płci.**

Kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z pobytu i rehabilitacji w sanatorium, jednakże na przyjętym poziomie istotności  $\alpha=0,05$  nie stwierdzono różnicy statystycznej ( $p=0,1481$ ).

Badane osoby niepełnosprawne były pytane czy proponowano im wyjazd do sanatorium. Taką propozycję od lekarzy otrzymało 109 osób (62,3%). Zdecydowanie częściej tę formę rehabilitacji proponowano mężczyzną (74,7%).

Uczestnictwo osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych jest jedną z podstawowych form rehabilitacji społecznej dlatego też zapytano osoby badane czy korzystały z tej formy rehabilitacji. Niemal 85,7% badanych niepełnosprawnych mieszkańców wsi nigdy nie uczestniczyło w turnusie rehabilitacyjnym.



**Ryc. 41. Uczestnictwo badanych osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych według płci.**

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że kobiety nieznacznie częściej uczestniczyły w turnusach rehabilitacyjnych. Największy odsetek badanych biorących udział w turnusach rehabilitacyjnych reprezentowały osoby z najmłodszej grupy wieku 18 – 24 lat – 42,9%, odsetek ten malał wraz z wiekiem badanych aż do 3,1% wśród osób w wieku 40-45 lat (tab. 61).



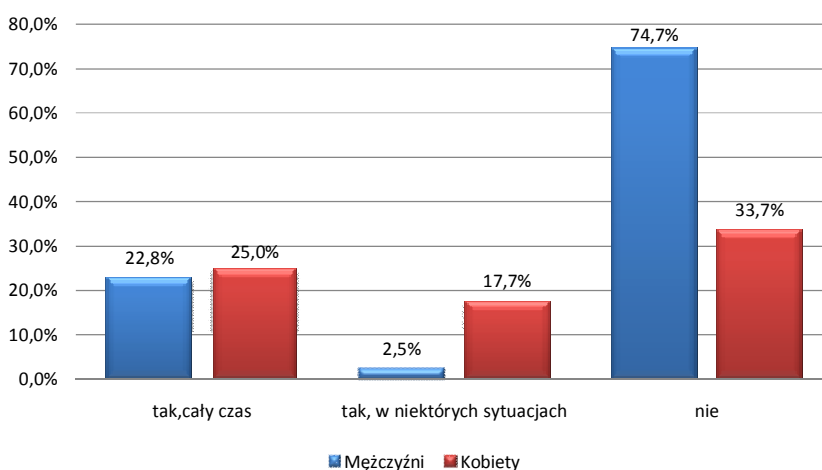
**Tabela 61. Udział osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych ze względu na wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczynę i wiek nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienna		Udział w turnusach rehabilitacyjnych						Analiza statystyczna
		nie		tak		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Wiek	18-24	12	57,1	9	42,9	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =24,49 df=4 <b>p=0,0000</b>
	25-29	22	78,6	6	21,4	28	100,0	
	30-34	23	79,3	6	20,7	29	100,0	
	35-39	30	93,8	2	6,3	32	100,0	
	40-45	63	96,9	2	3,1	65	100,0	
	Razem	150	85,7	25	14,3	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	87	83,7	17	16,4	104	100,0	Chi <sup>2</sup> =3,36 df=3 p=0,313
	zasadnicze zawodowe	41	93,2	3	6,8	44	100,0	
	średnie	20	83,3	4	16,7	24	100,0	
	wyższe	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
	Razem	150	85,7	25	14,3	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	40	66,7	20	33,3	60	100,0	TFFH <b>p=0,0000</b>
	żonaty/ zameżna	102	95,3	5	4,7	107	100,0	
	rozwidziony/a	7	100,0	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	150	85,7	25	14,3	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	6	26,1	17	73,9	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =77,42 df=2 <b>p=0,0000</b>
	uraz	44	91,7	4	8,3	48	100,0	
	choroba	100	96,2	4	3,9	104	100,0	
	Razem	150	85,7	25	14,3	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	13	43,3	17	56,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =55,95 df=2 <b>p=0,0000</b>
	19-30	56	88,9	7	11,1	63	100,0	
	powyżej 30	81	98,8	1	1,2	82	100,0	
	Razem	150	85,7	25	14,3	175	100,0	

Osoby stanu wolnego najczęściej spośród badanych korzystały z tej formy rehabilitacji ( $p=0,0001$ ). Przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności okazały się wysoce istotnym czynnikiem wpływającym na udział osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych ( $p=0,0000$ ). Osoby, które urodziły się niepełnosprawne lub stały się nimi w okresie wczesnego dzieciństwa w 73,9% uczestniczyły w turnusach rehabilitacyjnych, kiedy osoby z niepełnosprawnością pourazową – 8,3%,

a niepełnosprawni z powodu choroby tylko 3,9%. Badani, którzy nabyli niepełnosprawność po 30 roku życia tylko w znikomym procencie (1,2%) uczestniczyli w turnusie rehabilitacyjnym.

Wszystkie osoby niepełnosprawne były pytane o to, czy posiadają własne (w sensie możliwości stałego użytkowania) niezbędne przedmioty ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny i wspomagający sprawność lokomocyjną, przedmioty pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie oraz pojazdy mechaniczne. Co trzecia osoba badana musi korzystać z takiego sprzętu. Wśród nich 42,4% takim sprzętem nie dysponuje. Częściej potrzebę użytkowania różnego rodzaju sprzętu deklarowały kobiety (40,6%).



**Ryc. 42. Osoby niepełnosprawne według potrzeby stosowania sprzętu ortopedyczno-rehabilitacyjnego.**

Zgłaszane przez niepełnosprawnych potrzeby w zakresie sprzętu pomocniczego dotyczyły głównie wózków inwalidzkich domowych i terenowych. Były one wymieniane przez 33,9% badanych. Na drugim miejscu badani wymieniali okulary (30,5%). Przeważali mężczyźni, a różnica między płcią wynosiła 5,4%. Na trzecim miejscu pod względem częstości występowania rodzaju przedmiotów pomocniczych (25,4%) wymieniane były laski (dłoniowe, łokciowe i pachowe), a więc najprostsze przedmioty pomocnicze ułatwiające czynności lokomocyjne (tab. 62).

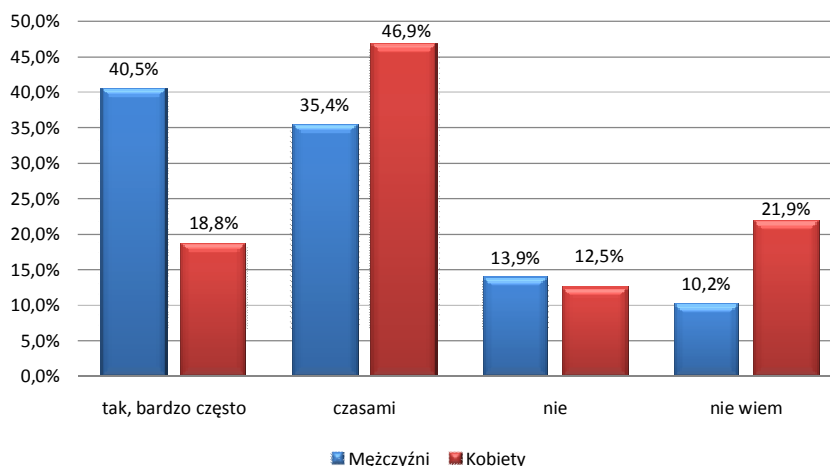
**Tabela 62. Potrzeby zaopatrzenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego i innych przedmiotów pomocniczych wyrażane przez osoby niepełnosprawne.**

Sprzęt ortopedyczno-rehabilitacyjny	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
laski, kule, balkoniki	5	12,8	10	50,0	15	25,4
okulary	6	15,4	12	10,0	18	30,5
wózki inwalidzkie	9	23,1	11	55,0	20	33,9
obuwie ortopedyczne	7	17,9	2	10,0	9	15,0
gorsety ortopedyczne	2	5,1	4	20,0	6	10,2
protezy	1	2,6	1	5,0	2	3,4
aparaty słuchowe	4	10,2	1	5,0	5	8,5
łóżko ortopedyczne	0	0,0	1	5,0	1	1,7
inne	2	5,1	3	15,5	5	8,5

\* N=59, wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną potrzebę

#### **6.7.4. Wpływ niepełnosprawności na stan psychiczny badanych**

Niepełnosprawność powoduje negatywne skutki dla dobrostanu psychicznego człowieka. W wyniku trudnych doświadczeń życiowych, a takim jest niepełnosprawność może nastąpić załamanie emocjonalne, lęk, osamotnienie. Ponad połowa badanych osób niepełnosprawnych stwierdziła, że niepełnosprawność wpływa na ich stan psychiczny (ryc. 43).



**Ryc. 43. Wpływ niepełnosprawności na stan psychiczny badanych w zależności od płci.**

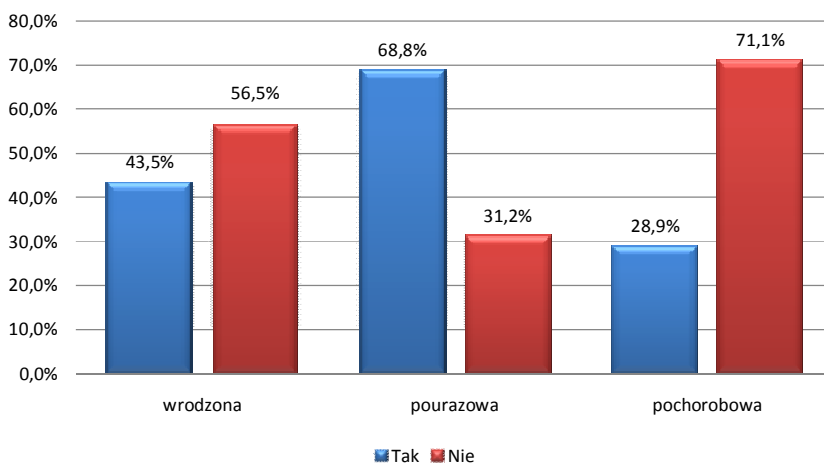
Wpływ niepełnosprawności na stan psychiczny badanych zarówno wśród mężczyzn, jaki i kobiet występuje niemalże z taką samą częstotliwością ( $p=0,1369$ ). Respondentom zadano pytanie czy odczuwają takie stany jak:

- samotność,
- że jest ciężarem dla innych,
- wszystko stracone,
- życie nie ma sensu,
- inne.

Respondenci odpowiadając na pytanie wybierali jedną lub kilka z proponowanych odpowiedzi i/lub odpowiedź „inne” określając także jakie inne stany odczuwają. Najczęściej badani wybierali odpowiedź „inne” (36%). Najciekawsze odpowiedzi, które znalazły się pod określeniem „inne” to: ogólny dyskomfort psychiczny, izolacja od ludzi, bezsilność, brak porozumienia z najbliższymi, bezradność, niemoc, brak cierpliwości, wybuchowość, brak wiary w siebie, brak samodzielności, brak zaufania, brak zrozumienia itp. Następną grupą osób to ta, która z powodu niepełnosprawności odczuwa, że jest ciężarem dla innych (25,1%). Z kolei 16,6% respondentów uważało swoje życie za stracone. Wyniki badań wskazują także, iż 13,1% badanych osób niepełnosprawnych odczuwało samotność.

Wśród mężczyzn największy odsetek dotyczył osób wskazujących odpowiedź „inne” (36,7%) i „wszystko stracone” (27,8%). Natomiast wśród kobiet najwyższy odsetek dotyczył stanów wskazujących odpowiedź „inne” i „że są ciężarem dla innych” (odpowiednio 35,4% i 34,3%).

Z uwagi na to, iż fakt niepełnosprawności można zaliczyć do bardzo trudnych sytuacji życiowych poproszono badanych, aby udzielili odpowiedzi na pytanie: Czy ich reakcjom na niepełnosprawność towarzyszyły myśli samobójcze? Twierdząco odpowiedziało 41,7% , zaprzeczyło 58,3%. Myśli samobójcze występowały z taką samą częstotliwością u mężczyzn, jak i u kobiet, niezależnie od wieku biologicznego i wieku nabycia niepełnosprawności, stanu cywilnego i wykształcenia ( $p > 0,05$ ). Zastosowanie testu niezależności  $\chi^2$  pozwoliło na stwierdzenie, że występuje duża zależność pomiędzy przyczyną powstania niepełnosprawności, a występowaniem myśli samobójczych.



**Ryc. 44. Przyczyna niepełnosprawności a częstość występowania myśli samobójczych.**

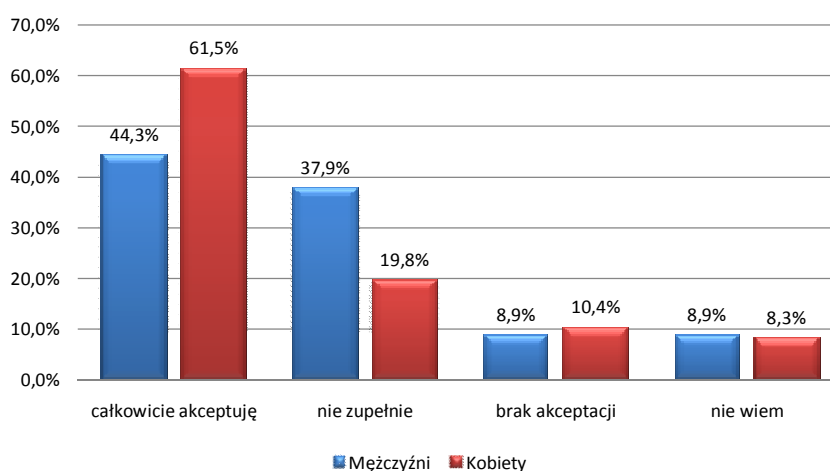
Myśli samobójcze istotnie częściej występowały u osób z niepełnosprawnością pourazową.

### 6.7.5. Akceptacja własnej niepełnosprawności

Głównym problemem, z którym musi poradzić sobie osoba niepełnosprawna jest akceptacja własnego kalectwa, dlatego zapytano badanych w jakim stopniu akceptują swoją niepełnosprawność. Badani mieli do wyboru następujące warianty odpowiedzi:

- całkowicie akceptuję,
- niezupełnie,
- brak akceptacji,
- nie wiem.

Wśród przebadanych osób 81,7% jest pogodzonych ze swoją niepełnosprawnością, jednak 9,7% badanych nie potrafi pogodzić się ze swoim kalectwem, a 8,5% nigdy nad tym się nie zastanawiało.



**Ryc. 45. Akceptacja własnej niepełnosprawności wg płci badanych.**

W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że udział czynników społeczno-demograficznych nie ma powiązania ze stopniem akceptacji własnej niepełnosprawności.

**Tabela 63. Akceptacja własnej niepełnosprawności według wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.**

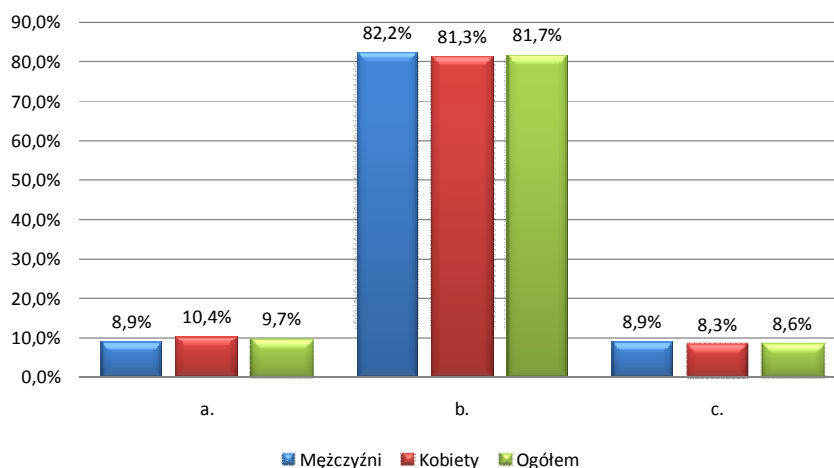
Badana zmienna		Akceptacja własnej niepełnosprawności						Analiza statystyczna
		Tak		Nie		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Wiek	18-24	16	76,2	5	23,8	21	100,0	Chi <sup>2</sup> =2,37 df=4 p=0,6212
	25-29	23	82,1	5	17,9	28	100,0	
	30-34	23	79,3	6	20,7	29	100,0	
	35-39	29	90,6	3	9,4	32	100,0	
	40-45	52	80,0	13	20,0	65	100,0	
	Razem	143	81,7	32	18,3	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	85	81,7	19	18,3	104	100,0	TFFH p=0,0027
	zasadnicze zawodowe	38	86,4	6	13,6	44	100,0	
	średnie	20	83,3	9	16,7	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
	Razem	143	81,7	32	18,3	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	46	76,7	14	23,3	60	100,0	TFFH p=0,4685
	żonaty/ zameżna	91	85,1	16	14,9	107	100,0	
	rozwidziony/a	5	71,4	2	28,6	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	143	81,7	32	18,3	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	17	73,9	6	26,1	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,73 df=2 p=0,4208
	uraz	38	79,2	10	20,8	48	100,0	
	choroba	88	84,6	16	15,4	104	100,0	
	Razem	143	81,7	32	18,3	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	24	80,0	6	20,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,44 df=2 p=0,4857
	19-30	49	77,8	14	22,2	63	100,0	
	powyżej 30	70	85,4	12	14,6	82	100,0	
	Razem	143	81,7	32	18,3	175	100,0	

Zauważono tylko, że osoby z wyższym wykształceniem częściej niż pozostałe nie mogły pogodzić się z tym, co je spotkało (p=0,0027).

Ciekawe informacje uzyskano odnośnie stopnia akceptacji własnej niepełnosprawności. W odpowiedzi na pytanie półotwarte: Jaki jest Pana/i stosunek do własnej niepełnosprawności? wśród trzech możliwości:

- a. nie mogę pogodzić się z tym, co mnie spotkało,
- b. czasem jest ciężko, ale kocham siebie takim, jakim jestem,
- c. inne,

badani najczęściej wybierali drugą (81,7%) (porównaj ryc. 46).



a – nie mogę pogodzić się z tym, co mnie spotkało

b – czasem jest ciężko, ale kocham siebie takim, jakim jestem

c – inne

**Ryc. 46. Podejście do własnej niepełnosprawności.**

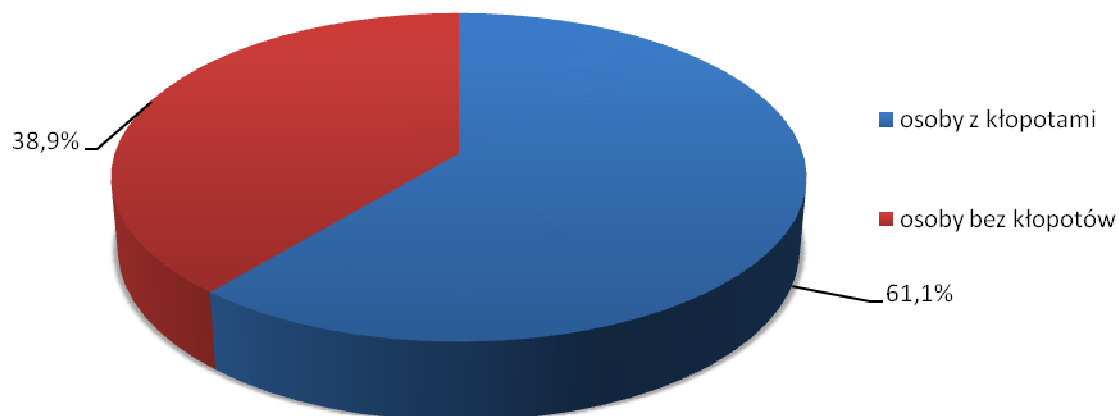
### 6.7.6. Kłopoty i trudności ze zdrowiem badanych osób niepełnosprawnych

Badane osoby niepełnosprawne zostały zapytane czy mają problemy:

- z widzeniem,
- ze słyszeniem,
- w mówieniu,
- z pamięcią,
- w poruszaniu się,
- ze snem,
- inne.

Kłopoty ze zdrowiem zgłosiło 107 osób (61,1%) (ryc. 47).

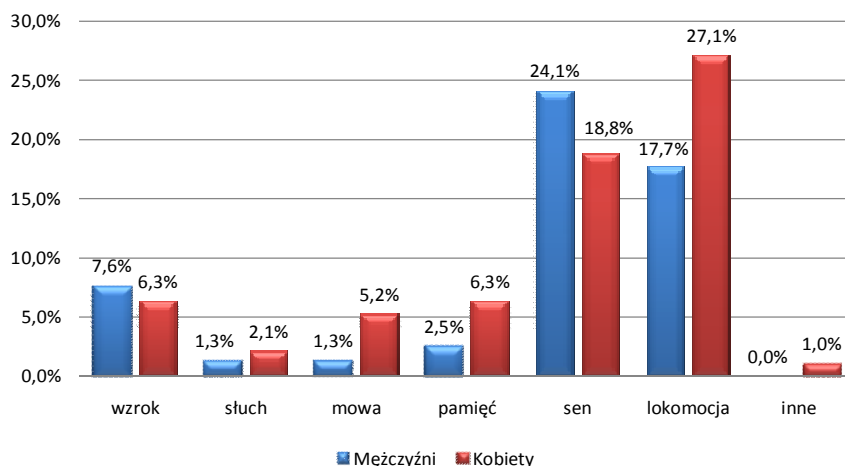




**Ryc. 47. Osoby niepełnosprawne według kłopotów i trudności ze zdrowiem.**

Najwięcej osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniu miało problemy w poruszaniu się (22,9%), z których 20 osób (11,4%) porusza się na wózkach inwalidzkich, 15 osób zmienia miejsce przy pomocy kul i lasek (8,6%), 2 osoby poruszają się przy pomocy innych osób (1,1%), a 3 osoby wskazały na kategorię inne (przy meblach po ścianie). Ograniczenia lokomocji były szczególnie często spotykane wśród kobiet (27,1% ogółu badanych).

Około 21,1% osób niepełnosprawnych miało problemy ze snem, większe natężenie tego rodzaju problemów obserwowano u mężczyzn (24,1%) (ryc. 48).

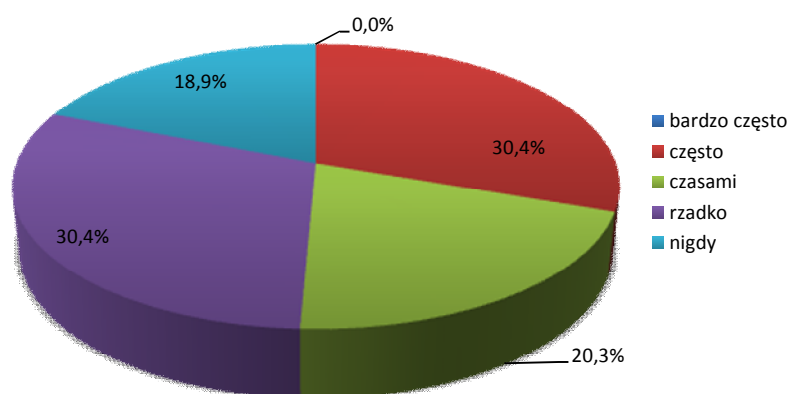


**Ryc. 48. Osoby niepełnosprawne według płci i kłopotów ze zdrowiem.**

Problemy ze wzrokiem miało 6,9%, zaburzenia widzenia występowały z taką samą częstotliwością wśród mężczyzn, jak i kobiet. Najmniej - 1,7% osób niepełnosprawnych miało kłopoty ze słuchem. Wśród mężczyzn największy odsetek dotyczył osób zgłaszających problemy ze snem (24,1%) i poruszaniu się (17,7%). Na zaburzenia pamięci cierpiało 2,5% mężczyzn, a słaby słuch miało 1,3% mężczyzn. Natomiast wśród kobiet najwyższy wskaźnik procentowy określał trudności w chodzeniu (27,7%), następnie 18,8% kłopoty ze snem, zaburzenia pamięci, słaby wzrok - po 6,3%.

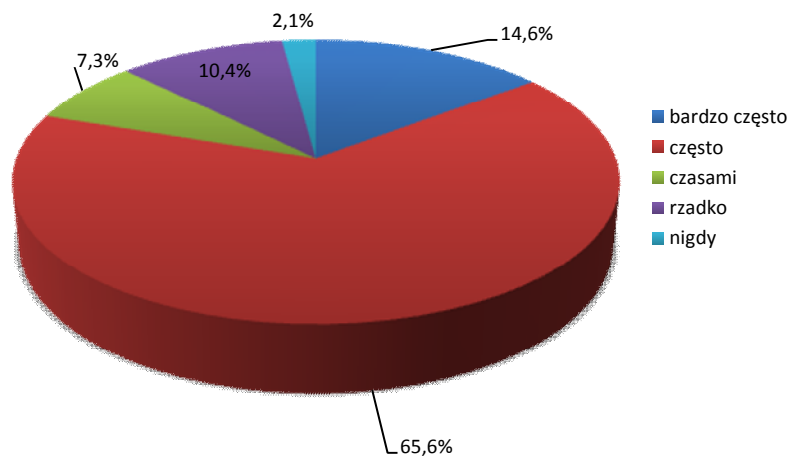
#### **6.7.7. Używki, nałogi, uzależnienia**

Chcąc dopełnić opis sytuacji zdrowotnej respondentów zapytano ich jak często piją kawę, alkohol, zażywają środki przeciwbólowe, jak często sięgają po papierosy. Odpowiedzi analizowano według kryterium płci. Z analizy odpowiedzi wynika, że mężczyźni raczej nie piją kawy (ryc. 49).



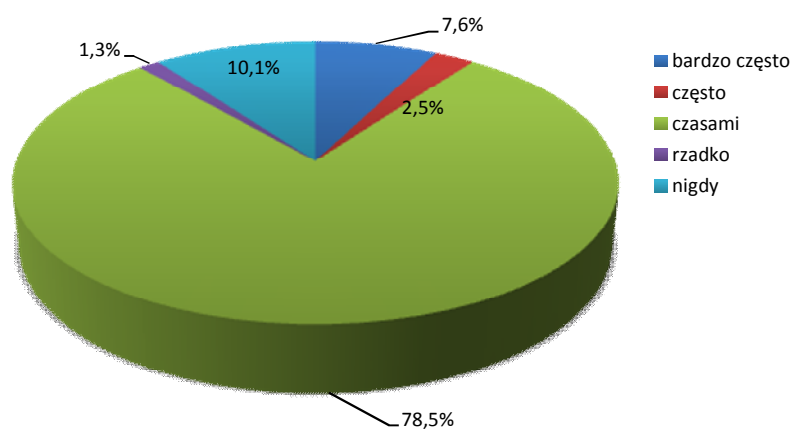
**Ryc. 49. Jak często pija Pan kawę?**

Zanotowano duże różnice w wysokości wskaźników procentowych określających częstość picia kawy przez mężczyzn i kobiety (ryc. 49, 50). Stwierdzono różnicę statystyczną ( $p=0,0001$ ).

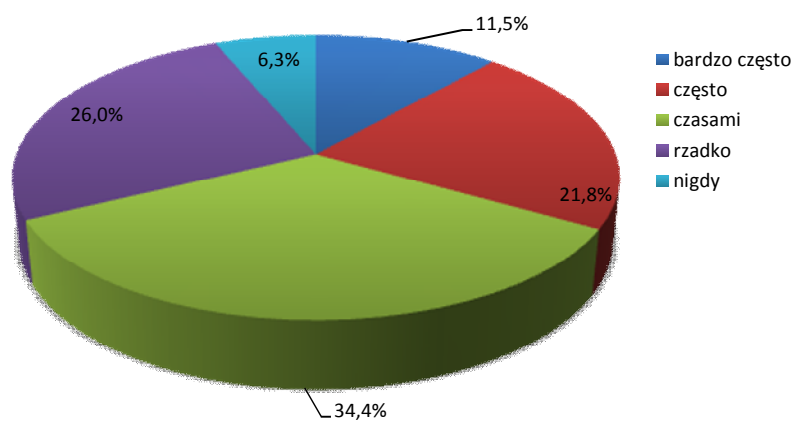


**Ryc. 50. Jak często pija Pani kawę?**

Zażywanie środków przeciwbólowych częściej występowało wśród mężczyzn (88,6%) niż u kobiet (67,7%).



**Ryc. 51. Jak często zażywa Pan leki przeciwbólowe?**



**Ryc. 52. Jak często zażywa Pani leki przeciwbólowe?**

Jednakże na przyjętym poziomie istotności  $\alpha=0,05$  stwierdzono, że płeć nie miała wpływu na częstość zażywania leków przeciwbólowych ( $p=0,3468$ ).

Spożywanie alkoholu i palenie papierosów analizowano według kryterium płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności. (tab. 64 i 65).

**Tabela 64. Spożywanie alkoholu a płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Picie alkoholu												Analiza statystyczna
		bardzo często		często		czasem		rzadko		nigdy		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyzna	2	2,5	8	10,1	28	35,4	33	41,8	8	10,1	79	100,0	TFFH p=0,0074
	kobieta	0	0,0	2	2,1	3	3,1	66	68,8	25	26,0	96	100,0	
	Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0	
Wiek	18 - 24 lat	0	0,0	0	0,0	6	28,6	10	47,6	5	23,8	21	100,0	TFFH p=0,5792
	25 - 29 lat	0	0,0	3	10,7	7	25,0	12	42,9	6	21,4	28	100,0	
	30 - 34 lat	0	0,0	2	6,9	8	27,6	12	41,3	7	24,9	29	100,0	
	35 - 39 lat	1	3,1	2	6,2	4	12,5	22	68,8	3	9,4	32	100,0	
	40 - 45 lat	1	1,5	3	4,6	6	9,2	33	50,8	12	18,5	65	100,0	
Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0		
Wykształcenie	podstawowe	1	0,9	7	6,7	19	18,3	58	55,6	19	18,2	104	100,0	Chi <sup>2</sup> = 1,27 df= 3 p=0,7348
	zasadnicze zawodowe	1	2,3	2	4,5	7	15,9	28	63,6	6	13,6	44	100,0	
	średnie	0	0,0	1	4,2	4	16,7	12	50,0	7	29,2	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
	Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	1	1,7	2	3,3	10	16,7	31	51,7	16	26,7	60	100,0	TFFH p=0,1817
	żonaty/zamężna	0	0,0	7	6,5	19	18,3	64	61,5	17	15,9	107	100,0	
	rozwidziony/a	1	14,3	1	14,3	2	28,6	3	42,8	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	0	0,0	1	4,3	5	21,7	6	26,1	11	47,8	23	100,0	TFFH p=0,0001
	uraz	2	4,2	7	14,6	11	22,9	28	58,3	0	0,0	48	100,0	
	choroba	0	0,0	2	1,9	15	14,4	65	62,5	22	21,1	104	100,0	
	Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18 lat	0	0,0	1	3,3	4	6,7	11	36,6	14	46,7	30	100,0	TFFH p=0,0001
	19 - 30 lat	1	1,6	2	3,2	10	15,9	42	66,7	8	12,7	63	100,0	
	powyżej 30 lat	1	1,2	7	8,5	17	20,7	46	56,1	11	13,4	82	100,0	
	Razem	2	1,1	10	5,7	31	18,3	99	56,6	33	18,9	175	100,0	

Z analizy odpowiedzi wynika, że spożywanie alkoholu miało związek z płcią badanych (p=0,0074). Mężczyźni spożywali alkohol częściej niż kobiety. Istotny związek ze spożyciem alkoholu miała również przyczyna (0,0001) i wiek nabycia niepełnosprawności (0,0001). Największy odsetek spożywających alkohol często i bardzo często występował wśród osób niepełnosprawnych z powodu urazu. Najmniejsze spożycie alkoholu występowało wśród osób, które niepełnosprawność nabyły przed 18 rokiem życia.

**Tabela 65. Palenie papierosów a wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Palenie papierosów												Analiza statystyczna
		bardzo często		często		czasem		rzadko		nigdy		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyzna	29	36,7	6	7,6	14	17,7	6	7,6	24	30,4	79	100,0	Chi <sup>2</sup> = 48,22 df= 1 p=0,0000
	kobieta	2	2,1	4	4,2	8	8,3	3	3,1	79	82,3	96	100,0	
	Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0	
Wiek	18 - 24 lat	2	9,5	3	14,3	5	23,8	1	4,8	10	47,6	21	100,0	Chi <sup>2</sup> = 6,40 df= 4 p=0,1666
	25 - 29 lat	4	14,3	1	3,6	8	28,6	2	7,1	13	46,4	28	100,0	
	30 - 34 lat	2	6,9	2	6,9	1	3,4	3	10,3	21	72,4	29	100,0	
	35 - 39 lat	10	31,3	1	3,1	3	9,4	1	3,1	17	53,1	32	100,0	
	40 - 45 lat	13	20,0	3	4,6	5	7,7	2	3,1	42	64,6	65	100,0	
Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0		
Wykształcenie	podstawowe	19	18,3	7	6,7	10	9,6	1	0,9	67	64,4	104	100,0	TFFH p=0,5546
	zasadnicze zawodowe	8	18,2	1	2,3	11	25,0	2	2,3	22	50,0	44	100,0	
	średnie	4	16,6	2	8,3	1	4,2	5	20,8	12	50,0	24	100,0	
	wyższe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
	Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	9	15,0	6	10,0	4	6,7	3	5,0	38	63,3	60	100,0	TFFH p=0,5546
	żonaty/zamężna	21	19,6	3	2,8	17	15,9	5	4,7	61	57,0	107	100,0	
	rozwódziona/a	0	0,0	1	14,2	1	14,2	1	14,2	4	57,4	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	1	4,3	1	4,3	2	8,7	2	8,7	17	74,8	23	100,0	Chi <sup>2</sup> = 39,49 df= 2 p=0,0000
	uraz	27	56,3	4	8,3	4	8,3	3	6,3	10	20,8	48	100,0	
	choroba	3	2,9	5	4,8	16	15,4	4	3,8	76	73,1	104	100,0	
	Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18 lat	1	3,3	1	3,3	1	3,3	4	13,3	23	76,7	30	100,0	Chi <sup>2</sup> = 8,58 df= 2 p=0,0123
	19 - 30 lat	16	25,4	5	7,9	11	17,5	2	3,2	29	46,0	63	100,0	
	powyżej 30 lat	14	17,1	4	4,9	10	12,2	3	3,7	51	62,2	82	100,0	
	Razem	31	17,7	10	5,7	22	12,6	9	5,1	103	58,9	175	100,0	

Analiza wyników badań własnych uwzględniająca płeć badanych wykazała różnicowanie obu płci pod względem palenia papierosów. Wśród badanych było zdecydowanie więcej palących nałogowo mężczyzn – 29 (69,6%), niż kobiet – 2 (2,1%). Do częstego palenia papierosów przyznało się 7,6% mężczyzn i 4,2% kobiet. Czasami pali 14 (17,7%) mężczyzn i 8 (8,3%) kobiet. Natomiast rzadko pali sześciu mężczyzn i trzy kobiety. Częstość regularnego palenia była znamienne wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (p=0,0000). Odsetek osób palących regularnie rósł wraz z wiekiem od 9,5% w przedziale 18 – 24 lata do 20 % w przedziale wieku 40 – 45 lat. Najniższy odsetek palących regularnie znajdował się w przedziale 30 – 34 lata (6,9%), a najwyższy zaś w przedziale wieku 35 – 39 lat (31,3%). Jednakże na przyjętym poziomie istotności  $\alpha = 0,05$  stwierdzono, że wiek badanych nie miał wpływu na palenie papierosów przez niepełnosprawnych mieszkańców wsi.

Następną rozpatrywaną zmienną mogącą mieć związek z paleniem papierosów było wykształcenie osób badanych. W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że poziom wykształcenia nie wpływa na palenie papierosów przez

osoby niepełnosprawne ( $p = 0,5546$ ). Wśród palących najliczniej były reprezentowane osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim po 50 %. Regularnych palaczy najwięcej było wśród osób z najniższym wykształceniem. Wraz ze wzrostem wykształcenia malała częstość palenia tytoniu (udział palących w poszczególnych kategoriach wykształcenia przedstawia tabela 65). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy stanem cywilnym a faktem palenia ( $p = 0,5546$ ). Najczęściej palą żonaci i zamężne osoby niepełnosprawne (19,6%).

Analiza wyników badań własnych uwzględniająca przyczynę nabycia niepełnosprawności wykazała istotną współzależność pomiędzy paleniem papierosów ( $p = 0,0000$ ) a badaną zmienną. Największy odsetek badanych, którzy palili papierosy stanowiły osoby, których przyczyną powstania niepełnosprawności był uraz (69,2%). Również wiek nabycia niepełnosprawności okazał się czynnikiem wpływającym na palenie papierosów, przez niepełnosprawnych mieszkańców wsi ( $p = 0,0123$ ). Analiza uzyskanych wyników wykazała, że największy odsetek palących osób niepełnosprawnych występował wśród tych, którzy nabyli niepełnosprawność w wieku 19 – 30 lat (54,0%), a najniższy wśród osób niepełnosprawnych od urodzenia (23,3%).

#### **6.7.8. Samoocena stanu zdrowia badanych**

Odpowiedzi respondentów dotyczące ich stanu zdrowia podzielono dla celów analitycznych na trzy grupy. Pierwsza to ocena bardzo dobra, obejmująca odpowiedzi „doskonałe” i „bardzo dobre”. Druga to ocena dobra, obejmująca odpowiedzi „dobre” i „niezłe” oraz ocena trzecia negatywna, obejmująca ocenę „złe”.

Negatywnych odpowiedzi było 94, co stanowiło 53,7%, ocen dobrych 77, co stanowiło 44,0%. Cztery osoby tj. 2,3% oceniły swój stan zdrowia bardzo dobrze. Zastosowanie testu  $\chi^2$  nie wykazało istnienia zależności pomiędzy dokonaną przez nich własną oceną stanu zdrowia a płcią ( $\chi^2 = 1,46$ , dwa stopnie swobody,  $p = 0,4818$ ).

Wśród respondentów w analizowanej najmłodszej grupie wieku 18-24 lat i dwóch najstarszych grupach wieku 35-39 i 40-45 lat dominowały oceny negatywne. Odsetki wahały się od 53,1% w grupie wiekującej 35-39 lat do 69,2% w najstarszej grupie wieku (tab. 66).

**Tabela 66. Samoocena stanu zdrowia według płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności.**

Badana zmienna		Samoocena stanu zdrowia								Analiza statystyczna
		bardzo dobre		dobre		złe		Razem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Płeć	mężczyźni	1	1,3	38	48,1	40	50,6	79	100,0	Chi <sup>2</sup> =1,46 df=2 p=0,4818
	kobiety	3	3,1	39	40,6	54	56,3	96	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	
Wiek	18-24	1	4,8	6	28,6	14	66,7	21	100,0	TFFH <b>p=0,0010</b>
	25-29	0	0,0	22	78,6	6	21,4	28	100,0	
	30-34	2	6,9	15	51,7	12	41,4	29	100,0	
	35-39	0	0,0	15	46,9	17	53,1	32	100,0	
	40-45	1	1,5	19	29,2	45	69,2	65	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	1	1,0	40	38,5	63	60,6	104	100,0	TFFH <b>p=0,0182</b>
	zasadnicze zawodowe	2	4,6	24	54,6	18	40,9	44	100,0	
	średnie	0	0,0	11	45,8	13	54,2	24	100,0	
	wyższe	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	3	5,0	30	50,0	27	45,0	60	100,0	TFFH p=0,4547
	żonaty/zamężna	1	0,9	44	41,1	62	57,9	107	100,0	
	rozwidziony/a	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	100,0	
	wdowiec/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	3	13,0	13	56,5	7	30,4	23	100,0	TFFH <b>p=0,0001</b>
	uraz	1	2,1	34	70,8	13	27,1	48	100,0	
	choroba	0	0,0	30	28,9	74	71,2	104	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	3	10,0	16	53,3	11	36,7	30	100,0	TFFH <b>p=0,0004</b>
	19-30	0	0,0	35	55,6	28	44,4	63	100,0	
	powyżej 30	1	1,2	26	31,7	55	67,1	82	100,0	
	Razem	4	2,3	77	44,0	94	53,7	175	100,0	

Natomiast w przypadku ocen dobrych stwierdzono najwyższy wskaźnik w grupie 25-29 lat – 78,6%, który systematycznie spadał wraz ze wzrostem wieku respondentów, aż do wysokości 29,2% w wieku 40-45 lat.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 66 osoby niepełnosprawne z wykształceniem wyższym najczęściej spośród wszystkich badanych określały swój stan zdrowia jako bardzo dobry (33,3%) i dobry (66,7%). Ocen negatywnych było najwięcej wśród osób najsłabiej wykształconych (60,6%).

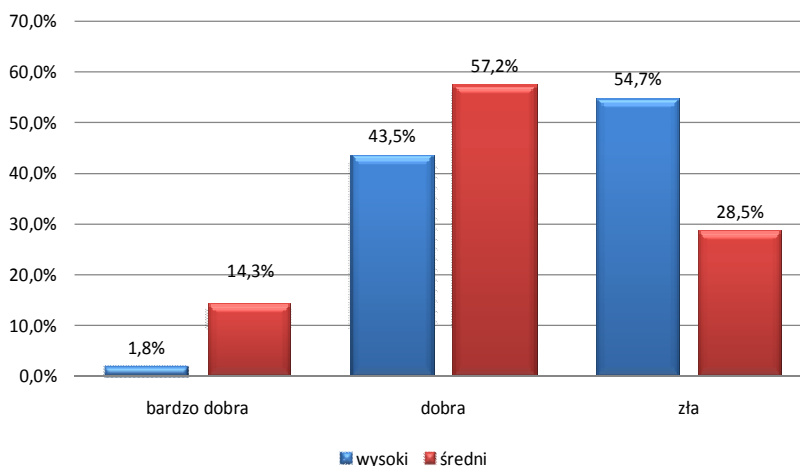


Ponadto stwierdzono, że wśród oceniających pozytywnie swój stan zdrowia było najwięcej osób stanu wolnego - 50%. Natomiast dla ocen negatywnych najwyższy wskaźnik dotyczył żonatych i zamężnych – 62 osoby (57,2% tej grupy badanych), panien i kawalerów – 27 osób (45%). Nie stwierdzono zależności własnej oceny stanu zdrowia badanych od ich stanu cywilnego ( $p=0,4547$ ).

Wykazano wysoce istotną statystycznie zależność oceny stanu zdrowia od przyczyny powstania niepełnosprawności ( $p= 0,0001$ ). Wśród oceniających negatywnie swój stan zdrowia było najwięcej osób z niepełnosprawnością nabytą z powodu choroby (71,2%). W tej grupie żadna osoba nie oceniła swojego stanu zdrowia w kategorii „bardzo dobry”. Pozostałe 28,8% osób w tej grupie dobrze oceniło swój stan zdrowia. W przypadku ocen dobrych stwierdzono najwyższy wskaźnik w grupie osób niepełnosprawnych z powodu urazu (70,8%). Bardzo dobrze oceniających swój stan zdrowia było najwięcej wśród osób z niepełnosprawnością wrodzoną. Stanowili oni 13,0% w tej grupie.

Na podstawie relacji pomiędzy własną oceną stanu zdrowia, a wiekiem nabycia niepełnosprawności stwierdzono, że największy odsetek osób dobrze i bardzo dobrze oceniających swój stan zdrowia występował w grupie osób, które nabyły niepełnosprawność przed 18 rokiem życia (odpowiednio 10,0% i 53,3%). Ocen negatywnych było najwięcej w grupie osób, u których niepełnosprawność powstała po 30 roku życia (30,1%). Stwierdzono istnienie zależności samooceny stanu zdrowia badanych od wieku nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0004$ ).

Ponadto zbadano również czy stan sprawności fizycznej badanych wpływa na samoocenę stanu zdrowia (ryc. 53).



**Ryc. 53. Samoocena stanu zdrowia a sprawność fizyczna badanych.**

Stwierdzono, że wśród osób oceniających swój stan zdrowia ogólnie pozytywnie było najwięcej osób o średnim stopniu sprawności fizycznej. Natomiast w przypadku ocen złych stwierdzono najwyższy wskaźnik wśród osób o wysokim stopniu sprawności fizycznej. Nie stwierdzono istnienia zależności samooceny stanu zdrowia badanych od stopnia samodzielności fizycznej ( $p=0,0567$ ).

#### **6.7.9. Podsumowanie sytuacji zdrowotnej**

Niepełnosprawność mieszkańców wsi najczęściej spowodowana jest chorobą. Dotyczy to 59,4% niepełnosprawnych. Drugą przyczyną są wypadki, urazy i zatrucia zewnątrzpochodne. Z tego powodu niepełnosprawnych jest 27,4%. Trzecią przyczyną niepełnosprawności okazały się wady i choroby wrodzone, które stanowiły 13,1%. Spośród chorób – wiodących przyczyn niepełnosprawności, najczęściej występowały schorzenia układu kostno-mięśniowego (21,7%) i układu krążenia (13,7%).

Jeżeli chodzi o czas trwania niepełnosprawności to zdecydowanie najwięcej było osób, u których niepełnosprawność trwa od roku do 5 lat (54,3%). Najmniejszy odsetek osób niepełnosprawnych legitymował się czasem trwania niepełnosprawności dłuższym niż 10 lat, ale nie od urodzenia (7,4%). W badanej populacji najwięcej było osób, które stały się niepełnosprawnymi w wieku 35-39 lat, a najmniej w grupie wieku

15-19 lat. Wszystkie badane osoby posiadały orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Największą grupę stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (41,5%), na drugim miejscu znajdowały się osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (26,9%), najmniej liczną grupę stanowiły osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności (24,6%). Jedna trzecia badanych mężczyzn i ½ badanych kobiet dotkniętych jest również, niezależnie od niepełnosprawności chorobą przewlekłą. Najczęstszą z tych chorób jest alergia, ma ją 39% spośród cierpiących na przewlekłe choroby.

W ośrodku zdrowia czy poradni specjalistycznej, która dominowała w odpowiedziach leczyło się 62,4% wszystkich badanych. Następną grupą to respondenci leczenia w szpitalu i resortowej służbie zdrowia (34,9%). Najmniej popularne były prywatne gabinety lekarskie, z których korzystało 6,7% badanych.

Ocena dostępności do opieki medycznej dokonana przez badanych wypadła źle. Dobrze oceniający dostępność do usług medycznych stanowili 19,1%, wystarczająco – 18,3% a negatywnie oceniających było 68,0% badanych. Należy podkreślić, że wystąpiły istotne statystycznie różnice udziału mężczyzn i kobiet pod względem oceny dostępności do usług medycznych, przy czym odsetek mężczyzn dobrze oceniających dostępność do usług medycznych był dwukrotnie wyższy niż kobiet. Wyniki te są niezależne od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego. Zależą natomiast od przyczyny ( $p=0,0072$ ) i wieku nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0495$ ).

Zdecydowana większość 129 osób tj. 73,7% nie korzysta z rehabilitacji medycznej. Wśród korzystających blisko trzykrotnie więcej było kobiet (36,5%) niż mężczyzn (13,9%). Spośród osób, które nie korzystały z rehabilitacji medycznej 27,9% mężczyzn i 42,6% kobiet deklarowało pilną potrzebę skorzystania z zabiegów rehabilitacji leczniczej. Preferowane formy rehabilitacji medycznej to formy środowiskowe (ambulatoryjne) – 71,3% wskazań. Sporadycznie niepełnosprawni mieszkańcy wsi biorący udział w badaniu deklarowali, że korzystali z rehabilitacji w czasie pobytu w sanatorium. Z tej formy rehabilitacji korzystało tylko 5,5% badanych pomimo, że 109 osobom (62,3%) lekarze proponowali taką formę rehabilitacji. Z analizy porównawczej udziału obu płci wynika, że tego rodzaju propozycja częściej dotyczyła mężczyzn ( $p=0,0021$ ).

Jeszcze gorzej przedstawia się udział osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych, w których uczestniczyło 29,8% badanych. Kobiety nieznacznie

częściej korzystały z tej formy rehabilitacji niż mężczyźni ( $p=0,0217$ ). Największy odsetek badanych biorących udział w turnusie rehabilitacyjnym reprezentowały osoby z najmłodszej grupy wieku 18-24 lat – 42,9%. Odsetek ten malał wraz ze wzrostem wieku badanych, aż do 31 % wśród osób w wieku 40-45 lat. Osoby stanu wolnego najczęściej spośród badanych przebywały na turnusie rehabilitacyjnym (Test FFH  $p=0,0001$ ). Przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności okazały się istotnym czynnikiem wpływającym na udział niepełnosprawnych w turnusie rehabilitacyjnym ( $p=0,0000$ ). Największa różnica zaznaczyła się wśród osób niepełnosprawnych od urodzenia (73,9%) i niepełnosprawnych z powodu choroby (3,9%). Wraz z wiekiem nabycia niepełnosprawności malał udział procentowy osób biorących udział w turnusach rehabilitacyjnych, aż do 1,2% w grupie osób, które nabyły niepełnosprawność po 30 roku życia.

Potrzebę użytkowania lub użytkowanie sprzętu rehabilitacyjnego ortopedycznego wspomagającego sprawność lokomocyjną zgłosiło 33,7% badanych. Blisko połowa z nich takiego sprzętu nie posiada. Zgłaszane przez niepełnosprawnych potrzeby w zakresie sprzętu pomocniczego dotyczą głównie wózków inwalidzkich (33,9% wskazań), okularów (30,5%), kul, lasek, balkoników (25,4%).

Kłopoty i trudności ze zdrowiem zgłosiło 61,1% badanych. Najwięcej osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniu miało problemy w poruszaniu się (22,9%), z których 11,4% porusza się na wózkach inwalidzkich. Zwraca uwagę większe ograniczenie lokomocji wśród kobiet (27,1%) niż u mężczyzn. Około 21,1% badanych ma kłopoty ze snem. W grupie tych osób nie co więcej było mężczyzn (24,1%) w porównaniu z kobietami (18,8%). Problemy ze wzrokiem miało 6,9% badanych, przy czym różnice jakie wystąpiły między płcią okazały się tu zbliżone (około 1,3%).

Ponad połowa badanych potwierdziła, że niepełnosprawność wpływa na ich stan psychiczny, w równym stopniu mężczyźni i kobiety. Z powodu niepełnosprawności badani najczęściej odczuwają dyskomfort psychiczny, doświadczają braku akceptacji ze strony rodziny, bezsilności, czują się izolowani od ludzi. Duża grupa osób ma poczucie, że jest ciężarem dla innych. Z kolei 16,6% respondentów uważało swoje życie za stracone.

Spośród wszystkich badanych 81,7% akceptuje swoją niepełnosprawność. Nie pogodzi się z nią 9,7%, a 8,5% nigdy się nad tym nie zastanawiało.

Różny jest stosunek badanych do niepełnosprawności. Największy odsetek badanych (81,7%) odpowiadało, że „jest ciężko, ale kocha siebie takim, jakim jest”, 9,7% nie może pogodzić się z tym co ich spotkało.

Większość osób niepełnosprawnych oceniła swój stan zdrowia w kategoriach negatywnych. Ta kategoria oceny dominowała wśród osób najmłodszych i w dwóch najstarszych grupach wieku 35-39 i 40-45 lat, żonatych i zamężnych oraz słabo wykształconych (60,6%). Wykazano wysoce istotną statystycznie zależność oceny stanu zdrowia od przyczyny nabycia niepełnosprawności ( $p=0,0001$ ). Wśród negatywnie oceniających swój stan zdrowia było najwięcej osób z niepełnosprawnością chorobową (71,2%). Ta kategoria oceny przeważała również wśród osób, u których niepełnosprawność powstała po 30 roku życia.

Stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry oceniło 46,3% i 2,3% badanych. Tu podobnie jak w poprzedniej kategorii udział badanych obu płci był taki sam. Ta kategoria oceny przeważała wśród osób w wieku 25-29 lat, stanu wolnego, o wysokim statusie wykształcenia. Wraz z wiekiem spadał udział procentowy osób pozytywnie oceniających swój stan zdrowia. Również w tej kategorii oceny stwierdzono najwyższy wskaźnik w grupie osób niepełnosprawnych z powodu urazu (70,8%). Osoby niepełnosprawne od urodzenia i które nabyły niepełnosprawność przed 18 rokiem życia częściej oceniały swój stan zdrowia w kategoriach pozytywnych w porównaniu z badanymi, którzy nabyli niepełnosprawność po 18 roku życia. Nie stwierdzono istnienia zależności samooceny stanu zdrowia badanych od stopnia samodzielności fizycznej ( $p=0,0567$ ). Reasumując powyższe dane należy stwierdzić, że w większości osoby niepełnosprawne oceniają swój stan zdrowia w kategoriach negatywnych (53,7%), w równym stopniu mężczyźni i kobiety.

#### **6.8. Ocena funkcjonowania fizycznego badanych na podstawie oceny wykonywania złożonych czynności życia codziennego (IADL)**

Określenia poziomu niepełnej sprawności dokonano przy użyciu skali IADL (Instrumental Activities Of Daily Living), uwzględniającej czynności, których wykonanie jest niezbędne do samodzielnego funkcjonowania.

**Tabela 67. Procentowy opis stopnia zdolności do wykonywania zadań testu Złożonych Czynności Życia Codziennego badanej grupy według płci.**

Zadania do wykonania	Stopień sprawności mężczyzn			Stopień sprawności kobiet		
	3	2	1	3	2	1
zdolność posługiwania się telefonem	100,0	0,0	0,0	93,8	6,3	0,0
korzystanie ze środków transportu	87,3	2,5	10,1	77,1	11,5	11,5
robienie zakupów w sklepie spożywczym	88,6	1,3	10,1	83,3	6,3	10,4
przyrządzanie posiłków	88,6	1,3	10,1	79,2	18,8	2,1
wykonywanie prac porządkowych	86,1	11,4	2,5	63,5	32,3	4,2
wykonywanie drobnych napraw	97,5	0,0	2,5	66,7	30,2	3,1
samodzielne pranie (ręczne w pralce)	86,1	11,4	2,5	66,7	27,1	6,3
samodzielne przyjmowanie leków	100,0	0,0	0,0	95,8	4,2	0,0
gospodarowanie pieniędzmi	100,0	0,0	0,0	96,9	2,1	1,0

TFFH,  $p=0,0964$

Zadanie 1 – posługiwanie się telefonem – 100% mężczyzn i 93,8% kobiet wykonuje tę czynność bez trudności.

Zadanie 2 – docieranie do miejsc bardziej oddalonych niż zwykły dystans spacerowy, korzystanie ze środków transportu – 10,1% mężczyzn i 11,5% kobiet nie potrafi wykonać tego zadania.

Zadanie 3 – robienie zakupów w sklepie spożywczym – 10,1% mężczyzn i 10,4% kobiet jest niezdolnych do wykonania tej czynności, 88,6% mężczyzn i 83,3% kobiet wykonuje do zadanie samodzielnie.

Zadanie 4 – przygotowanie posiłku – 1,3% mężczyzn i 18,8% kobiet wykonuje to zadanie przy pomocy drugiej osoby, a 10,1% mężczyzn i 2,1% kobiet jest niezdolnych do wykonania tej czynności.

Zadanie 5 – wykonywanie podstawowych prac domowych – 11,4% mężczyzn i 32,3% kobiet wykonuje te czynności, ale przy pomocy drugiej osoby lub potrafi wykonać tylko część tego zadania. Natomiast 86,1% mężczyzn i 63,5% kobiet nie wykazuje trudności w wykonywaniu tej czynności.

Zadanie 6 – wykonywanie drobnych napraw domowych – 97,5% mężczyzn i 66,7% kobiet wykonuje te czynności samodzielnie stosując pewien rodzaj pomocy technicznych.

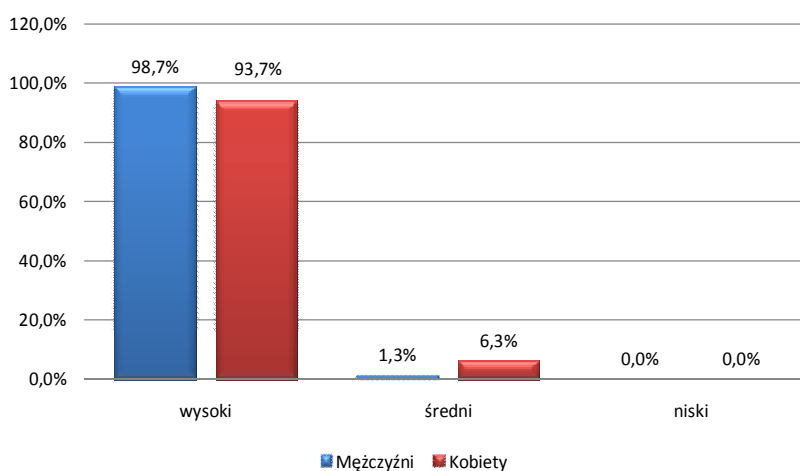
Zadanie 7 – pranie swoich rzeczy ręcznie bądź w pralce – 2,5% mężczyzn i 6,3% kobiet nie jest w stanie wykonać tej czynności, a 11,4% mężczyzn i 27,1% kobiet wykonuje to zadanie przy pomocy innych osób.

Zadanie 8 – przyjmowanie leków, otwieranie pojemnika z lekami, wyjęcie odpowiedniej ilości tabletek i przyjęcie ich – 100% mężczyzn i 98,5% kobiet potrafi wykonać te czynności samodzielnie.

Zadanie 9 – gospodarowanie pieniędzmi – 100% mężczyzn i 96,9% kobiet nie wykazuje żadnych trudności wykonując tą czynność.

Zastosowany Test Fishera nie wykazuje istotnych różnic w ocenie zdolności do wykonywania poszczególnych zadań tego testu pomiędzy mężczyznami i kobietami ( $p=0,09642$ ).

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że największy odsetek badanych mężczyzn (98,7%) i kobiet (93,7%) uzyskał wysoki poziom sprawności fizycznej. Jeden mężczyzna (1,3%) i 6 kobiet (6,3%) uzyskało średni stopień sprawności fizycznej. Żadna z badanych osób niepełnosprawnych nie uzyskała najniższej oceny poziomu sprawności fizycznej.



**Ryc. 54. Niepełnosprawni według stopnia sprawności fizycznej i płci.**

Stopień sprawności fizycznej dalej analizowano uwzględniając wiek biologiczny, wykształcenie, stan cywilny, przyczynę i wiek nabycia niepełnosprawności (tab. 68).

**Tabela 68. Stopień sprawności fizycznej a wiek, wykształcenie, stan cywilny, przyczyna i wiek nabycia niepełnosprawności.**

Badane zmienne		Stopień sprawności fizycznej						Analiza statystyczna
		wysoki		średni		Razem		
		N	%	N	%	N	%	
Wiek	18-24	19	90,5	2	9,5	21	100,0	TFFH p=0,2878
	25-29	26	92,9	2	7,1	28	100,0	
	30-34	29	100,0	0	0,0	29	100,0	
	35-39	32	100,0	0	0,0	32	100,0	
	40-45	62	95,4	3	4,6	65	100,0	
	Razem	168	96,0	7	4,0	175	100,0	
Wykształcenie	podstawowe	98	94,2	6	5,8	104	100,0	TFFH p=0,0471
	zasadnicze zawodowe	44	100,0	0	0,0	44	100,0	
	średnie	24	100,0	0	0,0	24	100,0	
	wyższe	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
	Razem	168	96,0	7	4,0	175	100,0	
Stan cywilny	wolny/a	57	95,0	3	5,0	60	100,0	TFFH p=0,9169
	żonaty/ zameężna	103	96,3	4	3,7	107	100,0	
	rozwidziony/a	7	100,0	0	0,0	7	100,0	
	wdowiec/a	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	Razem	168	96,0	7	4,0	175	100,0	
Przyczyna niepełnosprawności	wrodzona	20	86,9	3	13,1	23	100,0	Chi <sup>2</sup> =5,69 df=2 p=0,0580
	uraz	47	97,2	1	2,1	48	100,0	
	choroba	101	97,1	3	2,9	104	100,0	
	Razem	168	96,0	7	4,0	175	100,0	
Wiek nabycia niepełnosprawności	do 18	27	90,0	3	10,0	30	100,0	Chi <sup>2</sup> =4,55 df=2 p=0,1023
	19-30	60	95,2	3	4,8	63	100,0	
	powyżej 30	81	98,8	1	1,2	82	100,0	
	Razem	168	96,0	7	4,0	175	100,0	

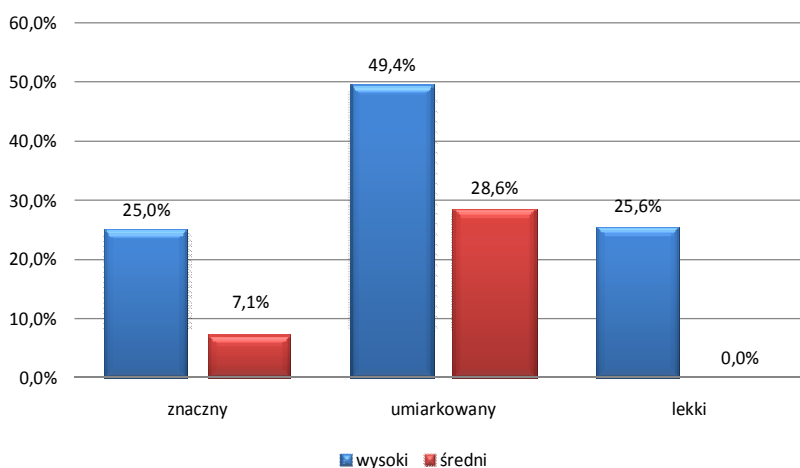
Największy odsetek badanych (100%) uzyskujący wysoki poziom sprawności fizycznej występował u badanych w przedziałach wieku 30-34 i 35-39 lat. Natomiast największy odsetek osób wykazujących średni stopień samodzielności fizycznej występował wśród osób najmłodszych (9,5%). Na przyjętym poziomie istotności  $\alpha=0,05$  stwierdzono, że wyniki te są niezależne od wieku biologicznego badanych ( $p=0,2878$ ).

Dość istotnym czynnikiem różnicującym sprawność fizyczną osób niepełnosprawnych okazał się poziom wykształcenia ( $p=0,0471$ ). Badani z wykształceniem wyższym najczęściej spośród wszystkich badanych (33,3%) wykazali się średnim stopniem sprawności fizycznej. Najwyższe oceny sprawności fizycznej otrzymały osoby ze średnim i zawodowym wykształceniem (100% tych populacji).



Największy odsetek osób wykazujących się średnim stopniem sprawności fizycznej występował wśród osób niepełnosprawnych, które nigdy nie założyły własnej rodziny (5,0%). Natomiast osoby rozwiedzione i owdowiałe w 100% wykazały się samodzielnością w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Jak wynika z analizy stan cywilny nie miał wpływu na stopień sprawności osób niepełnosprawnych. Przyczyna i stopień niepełnosprawności okazały się czynnikami wpływającymi na sprawność badanych ( $p=0,05$ ), niepełnosprawni od urodzenia ze znacznym stopniem niepełnosprawności otrzymywały najniższe oceny sprawności. Natomiast wiek nabycia niepełnosprawności nie miał związku ze stopniem sprawności fizycznej osób niepełnosprawnych ( $p>0,05$ ).

Analizując stopień sprawności fizycznej w zależności od stopnia niepełnosprawności stwierdzono, że najwięcej osób o średnim stopniu sprawności fizycznej posiadało znaczny stopień niepełnosprawności (71,4%).



**Ryc. 55. Sprawność fizyczna a stopień niepełnosprawności badanych.**

Stwierdzono różnicę statystyczną pomiędzy stopniem sprawności fizycznej a stopniem niepełnosprawności ( $p=0,0301$ ). im cięższa niepełnosprawność, tym niższy stopień sprawności fizycznej.

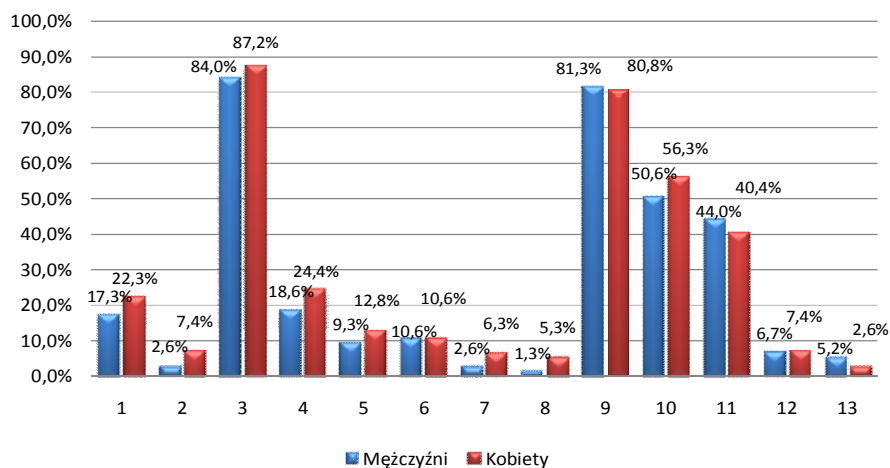
## **6.9. Konsekwencje i ograniczenia w życiu badanych mieszkańców wsi spowodowane niepełnosprawnością.**

Konsekwencje i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności dotyczą różnych aspektów życia osób niepełnosprawnych. Badanym zadano pytanie dotyczące trudności i ograniczeń jakie powoduje w ich życiu niepełnosprawność. Zaproponowano następujące warianty odpowiedzi:

1. ograniczenie sprawności fizycznej,
2. utrudnienia w kontaktach z otoczeniem,
3. zmiana roli i pozycji społecznej,
4. zmiany w funkcjonowaniu najbliższej rodziny,
5. odrzucenie przez bliskie osoby,
6. izolacja społeczna,
7. poczucie mniejszej wartości,
8. trudności w samorealizacji w sferze intymnej,
9. wzrost wydatków, ograniczenie dochodów, pogorszenie sytuacji materialnej,
10. pogorszenie sytuacji zdrowotnej,
11. brak pracy lub trudności w jej wykonywaniu,
12. piętnowanie i negatywne postawy otoczenia,
13. inne.

Należy podkreślić, że respondenci mogli wybrać więcej niż jedną z proponowanych odpowiedzi. Wybrane warianty obrazują subiektywne odczucia respondentów dotyczące tych konsekwencji i ograniczeń, które analizowano według kategorii płci.

Spośród 175 badanych osób niepełnosprawnych tylko 6 wskazało, że ich niepełnosprawność nie powoduje żadnych konsekwencji. Zdecydowanie najczęściej wybieraną odpowiedzią zarówno przez mężczyzn jak i kobiety była zmiana roli i pozycji społecznej. Taką odpowiedź dało 84,0% mężczyzn i 87,2% kobiet (ryc. 56).



\* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

### Ryc. 56. Niepełnosprawni według płci i konsekwencji wynikających z niepełnosprawności.

Tylko nie co mniej (81,3%) mężczyzn i (80,8%) kobiet wybrało odpowiedź dotyczącą wzrostu wydatków, ograniczenia dochodów i pogorszenia sytuacji materialnej. Następną pod względem liczebności była odpowiedź dotycząca pogorszenia sytuacji zdrowotnej osób. Taka odpowiedź dało 50,6% mężczyzn i 56,3% kobiet. Brak pracy lub trudności w jej wykonywaniu równie często postrzegali niepełnosprawni mężczyźni (44,0%) jak i kobiety (40,4%). Zmiany w funkcjonowaniu najbliższej rodziny spowodowane niepełnosprawnością dość rozpowszechnione obserwowano z większym natężeniem wśród kobiet (24,4%). Również ograniczenia w sferze fizycznej w większym stopniu dotyczyły kobiet (22,3%) niż mężczyzn (17,3%). Najmniej osób wybierało odpowiedź dotyczącą ograniczeń funkcjonowania w sferze intymnej. Ten problem dostrzegał 1,3% mężczyzn i 5,3% kobiet.

## VII. Dyskusja

Niepełnosprawność stanowi powszechny problem współczesnego świata. Dysfunkcja stawia człowieka w nieznannej sytuacji w wielu obszarach życia. Codzienne życie osób niepełnosprawnych związane jest z dylematami wyboru i pozostaje zazwyczaj w dysproporcji do możliwości człowieka zdrowego. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną muszą się zmagać z wieloma nowymi problemami. Dysfunkcja ruchowa z jednej strony zaburza piękno i harmonię ciała uderzając w poczucie własnej wartości, w tym w specyficzny obraz własnego ciała. Z drugiej strony ogranicza funkcjonalność fizyczną w życiu codziennym, wymuszając zależność od otoczenia. W tej sytuacji pojawia się realne zagrożenie w zakresie realizacji potrzeb, zaburzeń relacji z otoczeniem. Poznanie tych potrzeb sprzyja poprawie opieki nad osobami niepełnosprawnymi w ich środowisku.

Według danych szacunkowych przedstawionych przez Główny Urząd Statystyczny, opartych o Powszechny Spis Ludności i Mieszkań z 2002 roku, odsetek osób niepełnosprawnych w Polsce wynosił 14,3% ogółu ludności, w województwie wielkopolskim 15,7% ogółu ludności faktycznej. [134].

Osoby niepełnosprawne stanowią bardzo niejednorodną grupę społeczną zróżnicowaną pod względem stanu zdrowia, warunków socjologicznych i ekonomicznych, sytuacji rodzinnej, obyczajów oraz stopnia niepełnosprawności. Z tego względu konieczne jest prowadzenie badań dotyczących sytuacji osób w małych środowiskach.

Podstawowym powodem badania osób niepełnosprawnych do 45 roku życia było to, że są to osoby w wieku produkcyjnym mobilnym, które w miarę możliwości osiągnęły już samodzielność fizyczną, psychiczną i społeczną i ze względu na osiągnięcie wieku dorosłego zostały pozbawione pomocy i wsparcia pedagogów, nauczycieli, terapeutów i lekarzy. Środowisko wiejskie jest bardzo specyficzne. Zarówno warunki pracy, jak i życia są tu inne niż w aglomeracjach miejskich. Odmienność ta polega m.in. na tym, iż zupełnie inaczej kształtują się tutaj stosunki międzyludzkie, niemal brak jest anonimowości, bardzo szybko dokonuje się tu przepływ informacji, widoczne są tu w dalszym ciągu autorytety, wyraźnie sprecyzowane są normy postępowania społecznego. W środowisku wiejskim występuje daleko większa jawność życia rodzinnego, które toczy się nie tylko w obrębie domu, ale i na zewnątrz niego. Ludzie ze środowiska wiejskiego bardzo dobrze się znają, dużo o

sobie wiedzą i utrzymują ze sobą kontakty. Niejednokrotnie znajomości te rozprzestrzeniają się w promieniu kilku wsi. Tego rodzaju układ sprzyja umacnianiu się więzi społecznych, stwarza korzystne warunki do wzajemnej pomocy, przeciwdziała samotności. Silnie oddziaływująca opinia społeczna wywiera duży wpływ na przestrzeganie norm społeczno-obyczajowych. Znacznie częściej niż w środowisku miejskim panuje tu solidarność i wspólnota. Z kolei słaba, a niekiedy zła infrastruktura może utrudniać i uniemożliwiać funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w ich własnym środowisku. Zmiany zachodzące w środowiskach wiejskich w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce są szczególnie istotne do oceny potrzeb tej grupy społecznej ponieważ różnice środowiskowe uwidaczniają się nawet na niewielkim obszarze geograficznym.

W niniejszej rozprawie podjęto próbę rozwiązania problemu badawczego jakim było dokonanie oceny socjomedycznych aspektów funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Ocena wszystkich czynników wpływających na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych jest niezwykle trudna biorąc pod uwagę, że to rodzaj niepełnosprawności i jej dynamika kształtują sytuację człowieka w rodzinie i społeczeństwie.

Wyniki badań własnych wskazują na to, że badane osoby niepełnosprawne stanowiły 11,2% wszystkich osób zamieszkałych na terenie badanym. Ogół badanej populacji charakteryzował się zbliżonym odsetkiem mężczyzn (46,1%) i kobiet (53,9%), a więc w zbliżonym stopniu z różnych przyczyn osoby obu płci narażone były na niepełnosprawność. Podobne proporcje uzyskano w pracach innych autorów. Uzyskane wyniki są zbieżne z obserwacjami D. I. Karwat [80] i badaniami prowadzonymi przez GUS [134].

Jeśli chodzi o strukturę wieku niepełnosprawnych to można zauważyć, że jest istotna zależność między wiekiem i niepełnosprawnością, tj. wraz z wiekiem wzrasta natężenie niepełnosprawności. Jak słusznie zauważają inni autorzy [80] starszy wiek osób niepełnosprawnych jest cechą naturalną. Istniała tylko nieznaczna różnica w strukturze stanu cywilnego osób niepełnosprawnych. Badane osoby najczęściej pozostawały w związkach małżeńskich i to niezależnie od płci, co wynika również za spisów GUS-u. W rozważanej zbiorowości co trzeci badany był kawalerem, a co druga panną. Natomiast wśród ludności ogółem niepełnosprawnych i sprawnych co czwarta osoba miała stan cywilny kawaler lub panna. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby rozwiedzione i owdowiałe.

Istotnym elementem mającym wpływ na funkcjonowanie jest wykształcenie, a raczej trudności w jego uzyskaniu. Blisko 60% legitymuje się wykształceniem podstawowym. W porównaniu ze strukturą wykształcenia w Polsce badana populacja osób niepełnosprawnych wykazuje znacznie niższy poziom wykształcenia od przeciętnej. Zwłaszcza osoby z wyższym i średnim wykształceniem stanowią zdecydowaną mniejszość [144]. Powodem ograniczonego dostępu do uzyskania wyższego poziomu wykształcenia mogą być problemy zdrowotne wynikające z niepełnosprawności. Ocena tego czynnika i jego znaczenia do uzyskanych wyników wymagałaby dodatkowych informacji o tym, czy osoby niepełnosprawne ze względu na niepełnosprawność nie mogły kontynuować kształcenia. W naszej rzeczywistości na wsi osoby niepełnosprawne nie mają możliwości uzyskania wykształcenia na miarę swoich zdolności. Najczęściej ich edukacja, głównie z przyczyn organizacyjnych, kończy się na szkole podstawowej. W 2008 roku jedynie 6% osób niepełnosprawnych miało wykształcenia wyższe, aż 68% nie posiadało nawet wykształcenia średniego. Dla porównania – wśród osób sprawnych udział wynosił odpowiednio 17% i 49% [134].

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych wyznaczają przede wszystkim elementy środowiska rodzinnego i społecznego, zwłaszcza satysfakcjonujące relacje interpersonalne. Ważnym warunkiem życia osób niepełnosprawnych są relacje panujące w rodzinie.

Osoba niepełnosprawna jest rozpatrywana w ramach systemu, w którym funkcjonuje przede wszystkim rodziny a nawet inaczej – rodzina jest traktowana jako system, w którym funkcjonuje indywidualna osoba o ograniczonej sprawności [85]. Dlatego nie można pominąć ogólnej problematyki rodziny, jej struktury i funkcjonowania oraz problemów rodziny, które współwystępują z niepełnosprawnością. Z moich badań wynika, że 97,7% osób niepełnosprawnych prowadzi gospodarstwo domowe wraz z innymi członkami rodziny. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym to 4,4. Najczęściej były to dzieci i rodzeństwo. Zmiany zachodzące w rodzinie charakteryzuje m.in. ograniczenie liczby pokoleń zamieszkujących w jednym gospodarstwie domowym i wynikające stąd dążenia młodych małżeństw do samodzielnego życia poza rodziną pochodzenia. Ostatnio obok niewątpliwie największego wzrostu liczby gospodarstw domowych jednorodzinnych obserwowany jest też nieznaczny wzrost odsetka gospodarstw wielorodzinnych [100]. Dzieje się tak głównie za przyczyną trudności z uzyskiwaniem własnego mieszkania przez ludzi młodych, jak też na skutek ubożenia rodzin, które wspólnie usiłują

skutecznie rozwiązywać codzienne kłopoty i pokonywać niedostatek [100]. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że zarówno wspólne, jak i odrębne zamieszkiwanie ma swoje dobre i złe strony. Wspólne zamieszkiwanie ułatwia wzajemną pomoc, choć nie zawsze sprzyja samodzielności, a czasem może nawet komplikować położenie młodej rodziny. Natomiast odrębne zamieszkiwanie utrudnia wzajemną pomoc i realizację funkcji opiekuńczej [87, 114].

Bardzo liczną grupę wśród badanych stanowiły osoby nieposiadające dzieci (41,1%). Ograniczenie liczby pokoleń tworzących jedno gospodarstwo rodzinne oraz zmniejszenie dzietności rodziny prowadzi do zmniejszenia liczby osób dorosłych i dorastających, głównie kobiet, które mogą być włączone do realizacji zadań opiekuńczych wobec osób niepełnosprawnych. Niemal wszyscy badani – 95,4% posiadają rodzeństwo.

Pomimo utrudnień wpływających na funkcjonowanie rodziny, które są spowodowane trudną sytuacją materialną, niepełnosprawnością, brakiem sprzętu rehabilitacyjnego ponad połowa badanych (w zdecydowanej większości kobiety) ocenia swoją sytuację rodzinną jako dobrą.

Podstawę życia rodzinnego stanowi mieszkanie. Jest ono tym czynnikiem, który kształtuje poziom życia, bez którego w zasadzie nie można prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Posiadanie własnego, samodzielnego mieszkania oraz dobre warunki mieszkaniowe rzutują znacząco na status społeczny i odczuwany komfort życia. Pomimo, iż domy na wsi, w których mieszkają osoby niepełnosprawne posiadają dużą liczbę izb mieszkalnych (średnio 3-4) to 47,4% badanych nie posiada własnego pokoju. Brak własnego mieszkania, na który wskazało 48,6% badanych rodzi szereg napięć i konfliktów rodzinnych. Obecność konfliktowej osoby w rodzinie, brak własnego mieszkania to problemy, które znalazły się na drugim miejscu po problemach finansowych, będących największym zmartwieniem badanych. Jest to poważny problem psychologiczny i jedną, jak nie jedyną metodą uniknięcia tego typu problemów jest własne mieszkanie, które dla wielu rodzin osób niepełnosprawnych pozostaje w sferze marzeń.

Standard warunków bytu osób niepełnosprawnych mierzony stanem wyposażenia w sprzęt domowy i system instalacji domowych nie różni się istotnie jeżeli chodzi o artykuły uznawane dziś za standardowe jak: lodówka, telewizor, pralka (tab. 32). Z punktu widzenia możliwości przemieszczania się istotne jest gorsze wyposażenie w samochód. Okazuje się jednak, że gospodarstwa wiejskie z osobą niepełnosprawną są

lepiej wyposażone w udogodnienia niż bez osób niepełnosprawnych, co być może zostało wymuszone dążeniem do złagodzenia trudności, jakie mają osoby niepełnosprawne w zaspokajaniu potrzeb życia codziennego [117].

Większość osób niepełnosprawnych (77,1%) uznała, że nie potrzebuje w mieszkaniu zmian oraz urządzeń niezbędnych ze względu na niepełnosprawność. Wynikać to może z akceptacji istniejących warunków pomimo obiektywnego istnienia takich potrzeb. W badanych gminach mieszkanie w najmniejszym stopniu dostosowane do swoich potrzeb – związanych z niepełnosprawnością – miały osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich lub przy pomocy kul. Dla tej grupy osób istotne znaczenie ma istnienie szeregu barier funkcjonalnych i architektonicznych w zajmowanych mieszkaniach. Najczęściej w mieszkaniu brakuje szerokich drzwi z mechanizmem opóźniającym zamykanie, podjazdów, które to braki utrudniają samodzielne opuszczanie mieszkania.

Z funkcjonowaniem jednostki wiąże się konieczność posiadania zasobów materialnych. Dobre warunki materialne stwarzają pewne możliwości dotyczące trybu życia, sprzyjając nabywaniu bogatszych doświadczeń przez szerszy dostęp do realizacji własnych zainteresowań. Każdy musi posiadać podstawowe zasoby materialne niezbędne do zaspokojenia swoich potrzeb biologicznych i egzystencjonalnych. Nie należy przez to rozumieć, że funkcjonowanie jednostki jest zależne bezpośrednio od jej zasobów materialnych. Można odnaleźć przykłady dobrego funkcjonowania przy skromnych lub niedostatecznych zasobach i odwrotnie – patologie przy dużych zasobach materialnych. Trzeba jednak pamiętać, iż ubóstwo oraz mnogość trosk materialnych rzutują na prawidłowe funkcjonowanie jednostki i utrudniają jej rozwój. Trudna sytuacja finansowa i bytowa mogą oddziaływać hamująco na rozwój oraz kształtowanie się perspektyw życiowych.

Za wskaźnik oceny i samooceny sytuacji ekonomicznej można uznać budżet gospodarstwa domowego, którym się rozporządza w ciągu miesiąca oraz strukturę wydatków. Wyniki analizy struktury źródeł dochodów wnoszonych do budżetów domowych wskazują, że w badanych gminach dominującą formą dochodów osób niepełnosprawnych były wyłącznie niezarobkowe źródła dochodów (45,1%). Niezarobkowe źródła dochodu dość często łączone są z zarobkowymi źródłami dochodu: jak dochód z pracy w gospodarstwie rolnym, w sektorze publicznym i prywatnym (22,9%). Dla blisko połowy badanych (49,7%) indywidualny dochód osoby niepełnosprawnej stanowił jedyne źródło utrzymania dla całego gospodarstwa



domowego. Posiadając skromne dochody osoby niepełnosprawne nie są w stanie prowadzić odpowiedniej i właściwej rehabilitacji, a co za tym idzie są skazane na pomoc rodziny lub instytucji socjalnych. Blisko połowa badanych (49%) stwierdziła, że żyje bardzo oszczędnie i ich dochód nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Prawie tyle samo (43,3%) deklarowało, że żyje oszczędnie i dochody w minimalnym stopniu wystarczają na podstawowe potrzeby. Niepokojące jest to, że tylko 7,7% badanych nie musi oszczędzać na podstawowych wydatkach. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być fakt, że gospodarstwa osób niepełnosprawnych mają duży udział wydatków na ochronę zdrowia i rehabilitację, są to wydatki, których nie mają osoby sprawne. Wyniki badań własnych wskazują, że tylko jedna czwarta badanych nie ma wydatków związanych z niepełnosprawnością. Należy pamiętać, iż wydatki na zaspokojenie potrzeb związanych z niepełnosprawnością w dużej mierze zależą od stopnia niepełnosprawności i rodzaju schorzenia. Powszechnie wiadomo, że osoby ze schorzeniami narządu ruchu wydają więcej pieniędzy na cele związane z rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym. Także inne schorzenia, głównie neurologiczne, wymagają różnych specjalistycznych drogich zabiegów i leków. Niestety wszystko to niesie koszty w większości trudne do samodzielnego udźwignięcia. Tymczasem osoby niepełnosprawne rzadko dysponują wystarczającymi środkami na cele związane z leczeniem i rehabilitacją.

Jeżeli chodzi o wyposażenie w sprzęt specjalistyczny to potrzebę użytkowania lub użytkowanie różnego rodzaju przedmiotów zaopatrzenia ortopedycznego i rehabilitacyjnego zgłosiło 33,1% niepełnosprawnych. Z ogółu tej grupy 57,6% badanych stwierdziło, że posiada niezbędne dostosowane do rodzaju niepełnosprawności przedmioty ortopedyczne, rehabilitacyjne i przedmioty pomocnicze. Wśród posiadanego sprzętu osoby niepełnosprawne najczęściej posiadały najprostsze przedmioty pomocnicze ułatwiające czynności lokomocyjne. Dla pozostałych 42,4% jego zakup stanowi duży wydatek. To musi niepokoić ponieważ zaprzestanie rehabilitacji oraz niewłaściwe zaopatrzenie ortopedyczne w wielu przypadkach skutkuje pogłębieniem się posiadanej dysfunkcji [173]. Niestety również te badania potwierdziły tezę, iż sprzęt rehabilitacyjny jest bardzo drogi. Jego dostępność w naszym kraju zależy od dofinansowania przez PFRON i inne organizacje i instytucje. Zaopatrzenie ortopedyczno-rehabilitacyjne i środki pomocnicze stanowią integralną część szeroko pojętej kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Rehabilitacja, w tym zaopatrzenie ortopedyczne, łączy się z działaniami z zakresu poradnictwa na rzecz osób z dysfunkcją czynnościową organizmu.

Niemal każdy z przypadków niepełnosprawności jest odmienny, a zatem konsultowanie w zakresie zaopatrzenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego powinno być indywidualne dla każdej zgłaszającej się osoby [89]. Odpowiedni dobór tego zaopatrzenia powinien uwzględniać obecne i przyszłe potrzeby bez względu na środowiskowe uczestnictwo tych osób w życiu. Zaopatrzenie ortopedyczno-rehabilitacyjne i środki pomocnicze dobrane według wskazań i potrzeb oraz wcześniej udostępnione do użytku osoby potrzebującej zmniejsza skutki społeczno-ekonomicznej niepełnosprawności, tym samym znacznie przyspiesza adaptację i integrację w społeczeństwie.

W literaturze tego przedmiotu zaopatrzenie osób niepełnosprawnych jest wskazywane, zalecane i często stosowane w znacznie szerszym zakresie. Dzisiejsze warunki techniczno-cywilizacyjne umożliwiają przystosowanie np. różnych pojazdów do transportu osób niepełnosprawnych w postaci odpowiednich wózków, pojazdów. Na szczególną uwagę zasługują doniesienia o tym, że dla osób o określonej niepełnosprawności np. porażenie kończyn dolnych wytwarzane są odpowiednie pojazdy do transportu a nawet ciągniki do wykonywania prac rolniczych o lekkim i średnim stopniu ciężkości, np. w ogrodnictwie czy warzywnictwie. Szczególnie tego typu pojęcia ergonomia i ergonomia jest stosowana w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Japonii a także w nieco mniejszym zakresie w krajach Unii Europejskiej [135].

Rehabilitacja i ergonomia to dwie dziedziny interdyscyplinarne, które skupiają wokół siebie specjalistów w zakresie medycyny, psychologii, antropologii i socjologii, a także inżynierów i projektantów opracowujących aparaturę oraz sprzęt rehabilitacyjny. Ergonomia dostosowuje czynniki środowiska zewnętrznego do psychofizycznych możliwości człowieka przez to podnosi komfort pracy oraz zwiększa jej skuteczność i wydajność; rehabilitacja przywraca sprawność organizmu. Obie zatem dążą do zapewnienia najlepszych warunków życia i pracy człowieka; różnią się obiektem badań. Ergonomia zajmuje się człowiekiem zdrowym a rehabilitacja – niepełnosprawnym.

Obie dyscypliny wspólnie wyłoniły nowy obszar działań na rzecz osób niepełnosprawnych ujęty pod nazwą ergonomia rehabilitacyjna. Możemy ją zdefiniować jako interdyscyplinarną dziedzinę wiedzy, dostosowującą narzędzia,

maszyny, urządzenia techniczne, materialne środowisko pracy i życia oraz przedmioty powszechnego użytku i sprzętu rehabilitacyjnego do wymogów fizycznych i psychicznych człowieka niepełnosprawnego [135]. Zaspokojenie potrzeb w zakresie zaopatrzenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego i środków pomocniczych wymaga wysokiej jakości tego sprzętu w aspekcie technicznym, funkcjonalnym jak i kosmetycznym zwłaszcza, gdy dotyczy to osób młodych.

Jeżeli omawia się problemy ergonometrii osób niepełnosprawnych to jest niezbędne planowanie takich działań oraz powołanie odpowiedniego ośrodka produkującego nietypowe urządzenia i maszyny z myślą o ułatwieniach lokomocyjnych, pielęgnacyjnych, zawodowych, rekreacyjnych i innych. Urządzenia te powinny być przystosowane do obsługi przez osoby zainteresowane i członków ich rodzin [78].

Osoby niepełnosprawne najczęściej swoją sytuację materialną określały jako złą (60%). Jedna czwarta badanych ocenia, że ich sytuacja materialna jest przeciętna. Jedynie 16% badanych ocenia, że ich sytuacja materialna jest dobra i bardzo dobra. Świadczy to o dużym marginesie subiektywnie odczuwanej biedy. W opinii samych zainteresowanych na ich sytuację materialną wpływ ma stan i zaawansowanie posiadanej dysfunkcji, która powoduje znaczne, czasami nieprzewidziane koszty.

Jedną z podstawowych umiejętności człowieka jest umiejętność życia w społeczeństwie. Okazuje się, że niepełnosprawność wpływa na tę sferę życia człowieka często zaburzając znacznie jego funkcjonowanie. Ocena funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej oraz obciążeń z tym związanych jest równie istotna jak ocena funkcjonowania w obszarze stanu fizycznego.

Trudnym i ciągle aktualnym problemem jest izolacja społeczna osób niepełnosprawnych, często niedostrzegana przez najbliższe otoczenie. Znaczenie kontaktów społecznych jest bezsporne. Dostarczają one człowiekowi wzorów do naśladowania, wpływają na postrzeganie własnej osoby oraz na poglądy o otaczającym świecie. Zrozumiałe jest, że niepełnosprawni dążą do pełnego, normalnego uczestnictwa w życiu społecznym. W badaniach opublikowanych przez Ostrowską [144] co trzecia osoba niepełnosprawna oceniła swoje kontakty jako niewystarczające. Problem ten najczęściej sygnalizowali ludzie młodzi.

Większość respondentów (52,6%) nie należy do żadnych organizacji, ani nie odczuwa potrzeby tego rodzaju przynależności. Wskaźnik ten świadczy o niskim poziomie uspołecznienia osób z ograniczoną sprawnością oraz braku aktywności

społecznej. Występuje niewielka tendencja do samoorganizacji osób niepełnosprawnych, 16% należy do organizacji zrzeszających osoby niepełnosprawne (tab. 42). Można powiedzieć, że nie czują się oni w pełni gospodarzami terenu zamieszkiwania, skłaniając się do form życia rodzinnego. Jest to jednak tendencja właściwa całej generacji dorosłych Polaków [184].

Badani opierają się w zdecydowanej większości (98,2%) na pomocy członków rodziny. Osoby na wsparcie której najczęściej liczą to żona lub matka (tab. 44). Pozostali wiążą swoje oczekiwania z pomocą ze strony instytucji lokalnych: GOPS, organizacji osób niepełnosprawnych lub pracowników służby zdrowia. Jednak ponad 41% badanych nie potrafi wskazać żadnej instytucji na wsparcie której może liczyć. Dobre oceny dla wsparcia ze strony rodziny świadczą o dużym zaangażowaniu najbliższych i pozytywnych związkach emocjonalnych pomiędzy osobą niepełnosprawną a najbliższym otoczeniem. Według badań S. Kostrubiec w 2000 roku tylko 14% badanych osób niepełnosprawnych stwierdziło, że wie o istnieniu organizacji pozarządowych w ich środowisku; większa była wiedza o tych organizacjach wśród ludzi młodszych, wśród osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności [99].

Odpowiedzią na kolejne pytanie badawcze zawarte w kwestionariuszu był rodzaj wsparcia oczekiwanego przez osoby niepełnosprawne. Niepełnosprawni mieszkańcy wsi oczekują wsparcia ekonomicznego i emocjonalnego w zakresie różnych form pomocy (tab. 46). Niepełnosprawność wymaga od osoby nią dotkniętej szerokiego zakresu wiedzy na temat usprawniania. Osoba udzielająca wsparcia informacyjnego winna być odpowiednio przygotowana do poradnictwa i udzielania wskazówek. Celem tego wsparcia powinno być zwrócenie uwagi i wszelkich działań niepełnosprawnych w kierunku pozytywnych stron procesu usprawniania a przede wszystkim możliwości uniezależnienia.

Na potrzebę wsparcia informacyjnego wskazało 14,3% badanych. Rzetelne wsparcie informacyjne powinno sprzyjać poprawie dostępu do programów edukacyjnych, rehabilitacyjnych i promujących zatrudnienie. W wielu publikacjach można dostrzec stwierdzenia akcentujące rangę wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne chroni osoby niepełnosprawne przed poczuciem osamotnienia i izolacji. Poczucie bliskości z innymi ludźmi, zrozumienie i akceptacja w rodzinie wzmacniają odporność psychiczną i umożliwiają rozwiązywanie problemów [86]. Z doniesień badaczy: H. Berkman, J. Cohen [12], wynika, że dorośli doświadczający

wsparcia społecznego stanowią grupę mniejszego ryzyka śmierci, depresji i innych chorób niż ci, których sieć kontaktów społecznych jest mniej rozbudowana.

Osoby niepełnosprawne, jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań w zasadzie pozytywnie oceniają poziom oferowanej im pomocy, jednak 51,4% nie potrafiła podać jakiegokolwiek oceny, co może świadczyć o braku znajomości standardów działania instytucji pomocy społecznej. Brak poglądu na temat jakości oferowanej pomocy może świadczyć o braku wiedzy, a co za tym idzie o braku jakichkolwiek kontaktów z instytucjami pomocowymi. Znalazło to swoje potwierdzenie w innych pracach, w których opisywano, że wiedza niepełnosprawnych na temat organizacji działających w ich interesie jest niewystarczająca [184].

Według O. Kowalczyka [101] poza wsparciem w rozwiązywaniu egzystencjonalnych problemów istotnym elementem staje się modelowanie postaw samych niepełnosprawnych. Gotowość do przezwyciężania trudności i poszukiwania sprawności w niepełnosprawności sprzyja kreatywnemu życiu.

Osoby, które w wyniku wypadku czy choroby stały się niepełnosprawne nadal są członkami swojego środowiska oraz uczestnikami dokonujących się w nim zmian i procesów i jako takie powinny być postrzegane. Większą część swojego życia poświęcają na naukę sposobów radzenia sobie z trudnościami, wrogością, dyskryminacją, nieprzewidzianymi wypadkami, osobliwościami i możliwościami stwarzanymi przez środowisko. Środowisko osób niepełnosprawnych należy więc pojmować jako sumę stale zmieniających się czynników i procesów w nim zachodzących, w otoczeniu którym dana osoba niepełnosprawna mieszka, żyje i funkcjonuje [47, 48].

Kolejne pytanie badawcze związane było z identyfikacją przeszkód w zakresie funkcjonowania społecznego. Dominująca w ostatnich latach koncepcja niepełnosprawności wynika z tezy, iż istotą niepełnosprawności nie są indywidualne ograniczenia, ale infrastruktura środowiska, zatem struktura środowiska ma wpływ na skuteczność rehabilitacji, integracji społecznej a tym samym na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

Zgodnie z wynikami badań własnych wśród przeszkód utrudniających funkcjonowanie w środowisku na czołowych pozycjach odnotowano złą sytuację bytową, stan „niewiedzy” w społeczeństwie i bariery architektoniczne (ryc. 26). Tak duża liczba barier zaobserwowanych przez respondentów skazuje osoby niepełnosprawne na osamotnienie i daleko idącą zależność społeczną. Współczesny

świat opętany jest obsesją idealności, urody i piękna. Wszystko, co inne, co odbiega od standardów uważane jest za nieatrakcyjne. Przy takim postrzeganiu świata osoba niepełnosprawna niejako z góry skazana jest na porażkę. Specyficzny pogląd prezentuje P. Lawton, według którego środowisko może oddziaływać na jednostkę stymulująco i aktywizująco w zakresie rozwoju różnych kompetencji jednostki [111].

Kolejnym krokiem analizy w rozprawie było zbadanie czynników decydujących o pozycji osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że doświadczenia związane z niepełnosprawnością zwiększyły ich determinację do działania. W analizie czynników decydujących o pozycji społecznej stwierdzono, że mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali na własną solidną pracę (37,1%) oraz własną inicjatywę i przedsiębiorczość (27,9%). Natomiast kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na protekcję jako czynnik decydujący o pozycji społecznej (ryc. 27). Samodzielnie odpowiedzialnych za swój los chce być 37,1% badanych. Drugą kategorią chętnie wybieraną niezależnie od płci i wieku badanych była rodzina. Wynik ten potwierdza wniosek z badań Woźniaka negujący tezę o porzuceniu ludzi niepełnosprawnych przez ich najbliższych [208].

W badaniach własnych wykazano, że ponad połowa badanych robi wszystko, by poprawić swój los. Wykazano statystyczną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a odpowiedzialnością za swój los. Badani z wykształceniem wyższym i średnim najczęściej spośród wszystkich badanych starają się samodzielnie zmienić, poprawić to, co w ich życiu jest niekorzystne (tab. 49), co świadczy o zainteresowaniu własną sytuacją i sposobem rozwiązywania swoich problemów. Niepokojącym zjawiskiem występującym u co czwartej osoby badanej jest brak perspektyw na przyszłość, marazm i całkowity brak nadziei na poprawę swojego losu. Brak nadziei i wyobraźni na poprawę swojego losu częściej wyrażały kobiety będące w najstarszej grupie wieku.

W badaniach własnych analizowano ocenę działalności państwa na rzecz osób niepełnosprawnych. Bardzo niepokojące jest to, iż ponad połowa badanych w ogóle nie miała zdania na ten temat. Źle oceniło politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych 13,7%, przy czym wśród tej grupy osób padały i takie opinie, że w świetle przepisów jest dobrze, a w praktyce znacznie gorzej. Warty podkreślenia i zinterpretowania jest stwierdzona statystycznie różnica pomiędzy oceną polityki państwa wobec osób z ograniczoną sprawnością, a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, przyczyną i wiekiem nabycia niepełnosprawności. Znacząco lepiej działalność państwa oceniły

osoby najmłodsze, legitymujące się lepszym wykształceniem, będące stanu wolnego i niepełnosprawne od urodzenia. Pozwala to wnioskować, że starsze osoby niepełnosprawne, słabiej wykształcone nie mają wystarczającej wiedzy na temat wsparcia ze strony państwa. Jak zauważa A. Ostrowska wsparcie ze strony państwa, lokalnych społeczności, najbliższego otoczenia jest niewystarczające dla pokonania bezradności i zagubienia, które wynikają z posiadanych ograniczeń [143].

W procesie rehabilitacji czas wolny osób niepełnosprawnych nie jest wyizolowanym obszarem lecz istotnym elementem w całokształcie oddziaływań. Temu obszarowi życia przypisuje się wiele funkcji: kompensacyjną i rekreacyjną jako możliwość psychofizycznego odprężenia po pracy oraz kształcącą, kontemplacyjną, partycypującą i integracyjną [20]. Te ostatnie funkcje traktowane są jako szczególny obszar życia osób niepełnosprawnych, który może posłużyć do zwiększenia integracji niepełnosprawnych ze społecznością i rozwoju ich osobowości. Zgodnie z obiegową opinią osoby niepełnosprawne mają dużo wolnego czasu. W przeprowadzonych badaniach wśród niepełnosprawnych mieszkańców wsi rozpoznano sposoby zagospodarowania wolnego czasu. W badaniach własnych wykazano, że niepełnosprawni mieszkańcy wsi preferowali bierne formy wypoczynku, a to nie sprzyjało ich kontaktom społecznym. Najczęściej oglądali telewizję, korzystali z komputera. Z badań ogólnopolskich wynika, że oglądanie telewizji, słuchanie radia i nagrań oraz czytanie gazet to najpopularniejsze sposoby spędzania czasu wolnego zarówno przez osoby zdrowe, jak i niepełnosprawne [33, 144]. Należy zwrócić uwagę, że 27,6 % badanych preferowało bezczynność. Jest to liczna populacja osób, której należałoby zaproponować atrakcyjne formy zagospodarowania czasu, pamiętając o dopasowaniu do potrzeb i specyficznych upodobań oraz możliwości zainteresowania. W czasie wolnym osoby niepełnosprawne rzadko uprawiają sport, choć jest on „czynnikiem utrwalającym wyniki leczenia i usprawniania, sposobem przywracania ludziom miejsca w społeczeństwie oraz wspomagającym w pracy zawodowej.” [177]. Zdecydowana większość, bo 72,6% badanych deklaruje posiadanie zainteresowań i hobby. Kiedy niepełnosprawni mają swoje pasje i zainteresowania lepiej sobie radzą w codziennym życiu, zapominają o tym, co ich ogranicza, skupiają się na własnym hobby, zaspokajają potrzeby samorealizacji. W tym kontekście występuje zbieżność poglądów innych autorów: J. Konarska, S. Kowalik, J. Bąbka. Oto obszerne zainteresowania jednostki, zrealizowane zamierzenia życiowe i zawodowe wykazują dobroczynny wpływ na ograniczenia narzucone przez inwalidztwo [95, 102]. Zbliżony pogląd wyraża

E. Syrek [187] stwierdzając; „kto ma szerokie zainteresowania, bogactwo przeżyć i wizje celów życiowych łatwiej przyjmuje ograniczenia narzucone przez inwalidztwo kompensując je pracą twórczą lub społeczną. Osoby, których potrzeby są bardzo wąskie załamują się pod wpływem niepełnosprawności i nie widzą celu i sensu życia.”

Uwzględniając marzenia i plany życiowe niepełnosprawnych mieszkańców wsi zauważono, że koncentrują się one wokół zdrowia i spokojnego życia w rodzinie (tab. 51). Analiza aspiracji życiowych osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową przeprowadzona przez A. Migas wykazała, że marzenia i plany życiowe związane są z pragnieniem założenia własnej rodziny, zaś na drugim miejscu uplasowało się spokojne życie w rodzinie – szczęście w związku [131].

Generalna ocena własnej sytuacji w społeczeństwie dokonana przez samych badanych wypadła przeciętnie. W opinii badanych najsilniejszy wpływ na złą ocenę własnej sytuacji społecznej miała niska samoocena sytuacji materialnej. Analiza własnej oceny sytuacji w społeczeństwie w aspekcie czynników demograficznych wykazała, że płeć i wiek badanych nie miały wpływu na ocenę tej sytuacji pomimo, to odsetek ocen pozytywnych był większy u mężczyzn w grupie wieku do 24 lat. Role rodzinne określone na podstawie stanu cywilnego były istotne dla wyjaśnienia zróżnicowania oceny sytuacji społecznej. Stwierdzono, że wśród osób oceniających pozytywnie swoją sytuację społeczną najwięcej było osób pozostających w stanie wolnym. Znalazło to potwierdzenie w innych pracach, w których opisywano, że chorzy samotni radzą sobie lepiej niż osoby mieszkające z rodziną [180]. Często chorzy zamieszkujący z rodziną są wyręczani przez opiekunów, co się przyczynia do tzw. wyuczonej bezradności niepełnosprawnych członków rodziny [84]. Wśród analizowanych w badaniu czynników najbardziej ujawniło się znaczenie niskiego poziomu wykształcenia, które zwielaokrotniło ryzyko niskiej oceny funkcjonowania społecznego.

W badaniach własnych zaobserwowano zależność pomiędzy rodzajem niepełnosprawności (wrodzona, nabyta) a subiektywną oceną funkcjonowania w sferze społecznej. Osoby z niepełnosprawnością nabytą deklarowały istotnie ( $p < 0,05$ ) lepszą ocenę sytuacji społecznej niż osoby z niepełnosprawnością od urodzenia (tab. 52). Wyniki badań można uzasadnić faktem, iż to osoby z niepełnosprawnością nabytą w swoim życiu doświadczyły pełnosprawności, która może stanowić swoisty wzorzec postępowania. Zgodnie z tym ujęciem pojawia się logiczna konieczność tworzenia „klimatu społecznej akceptacji w państwie” wspieranego rozsądną polityką działania



integracyjnego. Zróżnicowane wyniki w grupie osób niepełnosprawnych według urodzenia i z niepełnosprawnością pourazową potwierdził także J. Kirenko [92, 93]. Grupa badanych z niepełnosprawnością pourazową nie ujmowała dysfunkcji w kategoriach osobistej tragedii i wykazała zadowolenie z kontaktów interpersonalnych. W badaniach własnych nie potwierdzono związku pomiędzy płcią badanych a oceną funkcjonowania społecznego.

Kolejnym krokiem analizy w rozprawie była ocena funkcjonowania osób niepełnosprawnych w sferze zawodowej. Niepełnosprawność prowadzi do ograniczeń w pełnieniu ról społecznych obejmując zasięgiem także sferę zawodową. Badane przeze mnie osoby niepełnosprawne były w wieku produkcyjnym mobilnym niestety zawodowo pracowała niespełna tylko co druga osoba. Zgodnie z oczekiwaniami największa liczba badanych pracowała w zawodzie rolnika (39,3%). Najczęściej jej miejscem pracy były własne gospodarstwa lub rodziny. Niepokoić może fakt, że tylko 2,9% badanych osób niepełnosprawnych wykonywało prace umysłową, a 6 osób prowadziło własną działalność gospodarczą.

Bezrobocie to główny problem polityczny, ekonomiczny i socjalny bez względu na rodzaj rządów w państwie potwierdzają O. Kowalczyk, S. Kostrubiec, K. Prałat [101, 98, 160]. Według badań L. Frąckiewicz, W. Koczur [44] przeprowadzonych w 2002 roku „większość osób tj. 85,5% niepełnosprawnych pozostaje biernych zawodowo”. Zgodnie z wynikami badania A. Kurzynowskiego [107] wskaźnik powrotu do pracy osób ze schorzeniami narządu ruchu wynosi 53,7%. Bezczynność zawodowa wpływa negatywnie na zdrowie osób niepełnosprawnych sprzyja chorobom i progresji dysfunkcji.

Praca zawodowa kompensuje osobie niepełnosprawnej ograniczenia wynikające z niepełnosprawności [36, 44]. Wielu autorów podkreśla, że aktywność zawodowa sprzyja poczuciu własnej wartości i poszerza kontakty społeczne. [143, 104].

W gospodarce XXI wieku rynek pracy charakteryzuje się określonymi wymaganiami wobec pracowników i obarczony jest wysokim ryzykiem utraty zatrudnienia. W szczególnie trudnej sytuacji są słabsze grupy społeczne. Do nich należą osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, w wieku przedemerytalnym i osoby niepełnosprawne [43]. Usuwanie barier społecznych i edukacyjnych jest istotnym warunkiem integracji. Niestety według badań własnych niepełnosprawni posiadają stosunkowo niskie wykształcenie, w związku z tym pozbawieni są szansy znalezienia ciekawej pracy (tab. 7).

W Polsce i na świecie preferowany jest trend wspierania zatrudnienia na otwartym rynku pracy osób niepełnosprawnych. Wynika to z zasady integracyjności rehabilitacji i poglądu o idei pierwszeństwa zatrudnienia przed pomocą finansową. Zasadnym jest jednak, aby chroniony rynek pracy funkcjonował dalej dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o stopniu znacznym i umiarkowanym. W przeciwnym razie nasili się zjawisko powszechnego pozbawienia szans zatrudnienia tej populacji na otwartym rynku pracy. Mimo, że wielokrotnie wskazywano wskaźniki wzrostu miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, to w praktyce te stanowiska były adresowane do osób posiadających orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności. Zatem istnienie zakładów pracy chronionej, zakładów aktywności zawodowej, warsztatów terapii zajęciowej gwarantuje szansę zatrudnienia osobom niepełnosprawnym o stopniu znacznym lub/i umiarkowanym [7]. W przypadku progresji niepełnosprawności te instytucje stanowią szczególny podmiot prawnej ochrony. W związku ze standardami, które uprawniają do uzyskiwania i utrzymywania statusu, środowisko pracy poddawane jest systematycznej kontroli [8]. Permanentne zalecenia i środki prawne sprzyjają poprawie bezpieczeństwa pracy. Otwarty rynek pracy stawia przed osobą niepełnosprawną inne wymagania, niż rynek pracy chronionej. W deficytowym rynku pracy osoby o stopniu znacznym i umiarkowanym pozbawione są realnych szans na zatrudnienie.

Warto zwrócić uwagę, że niepełnosprawni mieszkańcy wsi szukają pracy w tych samych zakładach co osoby pełnosprawne (tylko 11 osób pracowało na rynku pracy chronionej), nie są więc zwolennikami tworzenia „gett” dla niepełnosprawnych.

W Polsce funkcjonuje blisko 3 tysiące zakładów pracy chronionej, z których większość powstała w okresie 1993-1997 r. Są to najczęściej zakłady małe. W zakładach pracy chronionej zatrudnionych jest tylko 20% ogółu pracujących osób niepełnosprawnych [191].

Niewielka aktywność zawodowa dla ponad połowy badanych (50,9%) nie wynika z negatywnych postaw wobec pracy. Generalnie rzecz biorąc osoby niepełnosprawne chcą być aktywne, 64% z nich chce pracować. Jedynie 6,7% badanych wyraziło niechęć do pracy. Postawy wobec pracy są bardzo silnie zależne od płci ( $p < 0,05$ ) na korzyść mężczyzn. Mężczyźni, którzy tradycyjnie są głową rodziny i praca zawodowa jest dla nich czynnikiem realizacji pełnionych przez nich ról społecznych w większości wyrażali gotowość do podjęcia pracy. Doświadczenia amerykańskie i brytyjskie potwierdzają wysoki stopień wykluczenia społecznego odczuwanego przez kobiety

niepełnosprawne na rynku pracy [6, 39, 112]. Niepełnosprawne kobiety są w gorszym pod względem ekonomicznym, społecznym i psychologicznym położeniu, zarówno w odniesieniu do niepełnosprawnych mężczyzn, jak i pełnosprawnych kobiet. W rezultacie niepełnosprawne kobiety są w dyskursie feministycznym albo lekceważone, albo przedstawiane jako bierne ofiary: „pełnosprawne kobiety postrzegają te niepełnosprawne jako dziecinne, bezradne i prześladowane, wykluczają je ze wspólnoty kobiet; promują bowiem silne, kompetentne i atrakcyjne ikony kobiecości.” [9].

Aby udzielić odpowiedzi na kontrowersyjne pytanie, czy praca zawodowa ma wpływ na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych zasadnym było uzyskanie opinii badanych o czynnikach decydujących o ich motywacji do pracy.

Opinie o pracy są bardzo różne, z jednej strony praca zawodowa związana jest z rozwojem jednostki, dobrobytem, satysfakcją życiową, pozycją społeczną. Z drugiej praca może być źródłem obciążenia neuropsychicznego zatrudnionego, dyssatisfakcji, strat wynikających z wypadków przy pracy lub/i chorób zawodowych [26].

Zgodnie z rezultatami badań własnych ważnym motywem zatrudnienia badanych była poprawa sytuacji finansowej no co wskazało 59% badanych. Na kolejnych pozycjach odnotowano potrzebę kontaktów interpersonalnych, wypełnienia czasu wolnego, awans zawodowy i miłą atmosferę w pracy (ryc. 18). Praca zawodowa jest jednym z czynników przyczyniającym się do powrotu osób niepełnosprawnych do sprawności [44]. Z oczywistych powodów niepełnosprawność modeluje specyficzny wymiar materialny rodziny, z reguły pogarsza standard życia i bezpieczeństwo jednostki. Znaczne obciążenia w sytuacji niesprawności wynikają z konieczności przeznaczenia środków na leki i sprzęt rehabilitacyjny.

Niemal połowa badanych (42,3% osób niepełnosprawnych) spośród tych, którzy w ogóle pracowali kiedyś zawodowo była zmuszona do zaprzestania lub zmiany pracy z powodu niesprawności. Sytuacja utraty pracy niezależnie od przyczyny często doprowadza do obwiniania siebie za zaistniałą sytuację a w rezultacie do obniżenia poczucia swojej wartości. Dzieje się tak z uwagi na znaczenie pracy w życiu człowieka zaczynając od funkcji materialno-dochodowej po zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu [5, 73].

Najbardziej dotkliwym skutkiem wykluczenia osób niepełnosprawnych z płatnego rynku pracy jest doświadczane przez nich ubóstwo i coraz większa zależność

w sferze materialnej od świadczeń opieki społecznej lub instytucji charytatywnych [129, 138]. Blisko 65,2% badanych korzysta z różnych form pomocy społecznej. Świadczy to o dużej bezradności osób niepełnosprawnych i znacząco rzutuje na poziom życia. Podobnie jest w krajach Zachodu. W Wielkiej Brytanii zasiłki społeczne z kasy państwowej są jedynym źródłem dochodu dla trzech czwartych niepełnosprawnych dorosłych. W rezultacie 45% niepełnosprawnych Brytyjczyków żyje poniżej granicy ubóstwa [15]. W Stanach Zjednoczonych 30% osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym zalicza się do żyjących w ubóstwie [109].

W nowych warunkach organizacji ochrony zdrowia przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności uwzględnia się potrzebę, a nawet konieczność odbycia leczenia i rehabilitacji przez osoby niepełnosprawne, celem podniesienia sprawności fizycznej a nierzadko i psychicznej. Pozwala to na podjęcie pracy przez osoby niepełnosprawne w warunkach przystosowanych do potrzeb wynikających z rodzaju dysfunkcji organizmu [97, 99, 121].

Niepełnosprawność niewątpliwie uniemożliwia pracę zawodową na większości stanowisk dostępnych dla przeciętnego, zdrowego człowieka w porównywalnej grupie wieku. Jednak właściwie dobrana praca i odpowiednio zorganizowane stanowisko umożliwia wykonywanie pracy zawodowej nawet przez osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności [135, 169, 178].

Z moich badań wynika, że spośród osób pobierających świadczenia rentowe większość z nich (71,2%) mogłoby i chciałoby podjąć pracę rezygnując ze świadczeń rentowych. Wymagają one wsparcia w tym zakresie ze strony instytucji ochrony zdrowia i administracji państwowej, szczególnie dotyczy to osób niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi, ponieważ nowe miejsca pracy na terenach wiejskich tworzone są w niewielkiej liczbie, albo wcale [79, 131, 146].

Duże znaczenie dla aktywności zawodowej badanych ma funkcjonowanie PFRON, który w znaczący sposób wpływa na łagodzenie nierówności, szans osób niepełnosprawnych na rynku pracy [145, 163]. Jak wynika z badania świadomość korzystania z pomocy oferowanej przez PFRON jest niewielka. Z takiej pomocy skorzystało tylko 7 osób. Jednak wiedza o możliwości skorzystania z pomocy w formie pożyczki udzielanej przez PFRON jest zadowalająca. Wiedzę na ten temat posiada 46,8% mężczyzn i 24% kobiet.

Zdrowotne funkcjonowanie niepełnosprawnych mieszkańców wsi jest ściśle uzależnione od warunków otaczającego środowiska przyrodniczego oraz oddziaływania

całokształtu występujących tu czynników. Środowisko wiejskie jest złożonym środowiskiem pracy i bytowania. Praca w tym środowisku niesie ze sobą szereg szkodliwych czynników [52]. Jeżeli chodzi o stopień niepełnosprawności to wśród badanych osób największą grupę stanowią osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (48,5%), natomiast w całym kraju ze stopniem lekkim (41,2%) (tab. 55).

W aktualnym stanie wiedzy przyczyny niepełnosprawności są rozumiane szerzej. Oprócz choroby, urazu, wady wrodzonej bierze się pod uwagę zachowania zdrowotne. Badania prowadzone przez specjalistów [209] wskazują na nowe kierunki zagrożeń wynikające z negatywnych zachowań zdrowotnych takich jak: palenie papierosów, spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach, niewłaściwa dieta, narażenia na skażenia i zatrucia związane z wykonywaną pracą. Z moich badań wynika, że wśród osób niepełnosprawnych czynnikiem powodującym zatrucia były środki ochrony roślin, a więc zatrucie związane z pracą. Coraz częściej podnoszony jest problem zatrucia w wyniku nadmiernego spożywania alkoholu [55].

Problem picia alkoholu okazał się trudny do oceny. Te informacje oparte są wyłącznie na wypowiedziach osób niepełnosprawnych. Do częstego picia alkoholu przyznało się 5,7%, a do nałogowego picia alkoholu przyznało się 1,1% ogółu badanych. Odpowiedzi nie muszą być miarodajne z uwagi na to, że przyznanie się do nich wymaga odwagi cywilnej ze względu na brak akceptacji społecznej. Z danych szacunkowych wynika, że w Polsce pije alkohol dużo i regularnie około 3 mln osób [74].

Nałóg palenia zdecydowanie częściej dotyczył mężczyzn (69,6% badanych) w porównaniu z kobietami (2,1%). Można stwierdzić, że niepełnosprawność, a więc upośledzone w różnym zakresie funkcjonowanie organizmu nie wykluczało palenia papierosów przez osoby niepełnosprawne. Z badań wynika, że problem nikotynizmu występuje w podobnym zakresie jak wśród innych badanych populacji [151].

Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu są ogromne. Zmniejszenie wydolności organizmu, które i tak jest już ograniczone z powodu niepełnosprawności jest jednym z pierwszych, często bagatelizowanych objawów spowodowanych paleniem [166]. Palenie tytoniu pogłębia również trudności w wykonywaniu podstawowych czynności często ograniczone samą niesprawnością. Eliminowanie i ograniczenie palenia papierosów jest celem strategicznym wielu programów edukacyjnych

i interwencyjnych. Tylko interwencja medyczna i zaangażowanie samej osoby niepełnosprawnej daje najlepsze efekty w walce z uzależnieniem. Większość palących osób niepełnosprawnych zdaje sobie sprawę ze szkodliwości palenia, co z kolei dowodzi, że sama wiedza o szkodliwości palenia tytoniu na zdrowie nie wystarcza by powstrzymać się od palenia [30].

W badanej populacji głównymi przyczynami niepełnosprawności były choroby i urazy. Wady wrodzone dotyczyły najmniejszej liczebnie grupy osób.

Choroba stanowiła podstawę orzeczenia stopnia niepełnosprawności u 59,4% osób badanych. Dominującymi schorzeniami badanej populacji są choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej oraz choroby układu krążenia (tab. 54). W badaniach własnych wykazano, że zachorowalność na schorzenia układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej była wyższa u kobiet w porównaniu z grupą mężczyzn (mężczyźni- 11,4%, kobiety- 32%). Choroby zwyrodnieniowe znacznie częściej występowały u kobiet pracujących w rolnictwie i można je pośrednio wiązać z wykonywaniem tego zawodu. Także E. Promińska [23] stwierdza, że zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, to bardzo różnorodne stany i choroby, których występowanie wzrasta z wiekiem częściej i w silniejszej formie występuje wśród kobiet i związane są z charakterem wykonywanej pracy. Rolnicy pracują w określonych, także niekorzystnych warunkach środowiska: wilgoć, zmiany temperatury, silne ruchy powietrza, zbyt przedłużone okresy pomiędzy głównymi posiłkami, długotrwałe wysiłki często wykonywane na pograniczu wydolności organizmu przyczyniają się do chorób, a w konsekwencji do niepełnosprawności. Natomiast zachorowalność na schorzenia układu krążenia była wyższa u mężczyzn w porównaniu z grupą kobiet (mężczyźni- 19%, kobiety- 9,4%).

Skreńtowiec B. i wsp. [175] u progu lat 90 przeprowadzili kompleksowe badanie stanu zdrowia ludności wiejskiej w wieku 24-60 lat. Stwierdzili oni, że w strukturze chorób badanej populacji dominowały choroby układu krążenia (mężczyźni - 25,6%, kobiety - 29,6%) i układu mięśniowo-kostnego (mężczyźni - 11,4%, kobiety - 32,0%).

Janiszewski Cz. [66] w swoich badaniach nad stanem zdrowia populacji z terenu Pojezierza Łęczycko-Włodawskiego wykazał, że dominującą grupą schorzeń były choroby układu krążenia (mężczyźni - 25,1%, kobiety - 41,0%), kolejne miejsce zajmowały choroby układu ruchu (18,7% badanych), oraz układu pokarmowego (14%).

Choroby układu krążenia, podobnie jak w krajach rozwiniętych, w Polsce są wiodącym problemem zdrowotnym. Zarówno zapadalność jak i umieralność

spowodowane chorobami układu krążenia zwiększają się wśród osób w młodszych grupach wieku. Od 1988 roku choroby układu krążenia stanowiły główną przyczynę zgonów także ludności wsi [66, 75, 76, 124, 137].

W moich badaniach zwraca uwagę wysoki odsetek osób, które przeżyły urazy. Następstwa urazów były przyczyną uznania niepełnosprawności przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności u 27,4% badanych. Za niepokojące zjawisko można uznać w ostatnich latach wzrost liczby urazów i ich różnorodność wśród młodych mężczyzn w Polsce, co potwierdzają także omawiane badania. Wśród wyodrębnionych rodzajów urazów charakterystycznych dla rolników oprócz urazów wielomiejscowych, urazów klatki piersiowej, ogólnych potłuczeń i złamań i porażen prądem nadal ważnym problemem są urazy kręgosłupa [42]. Od dawna zwracano uwagę na pewną sezonowość niektórych urazów w rolnictwie. I tak na przykład w okresie jesienno-zimowym znacznie wzrasta liczba urazów rąk [53, 76, 105]. Okres od czerwca do września związany jest z częstymi złamaniami kręgosłupa (upadki z wysokości, skoki do wody).

Z badań przeprowadzonych przez J. Kiwerskiego i wsp. [94] wynika, że na wsi główną przyczyną urazu kręgosłupa są upadki z przyczep ciągnikowych, a w mieście urazy w skutek wypadków samochodowych.

Rozmiary tego problemu wskazują na konieczność intensyfikacji działań z zakresu promocji zdrowia przez lekarzy i pielęgniarki, gdyż świadomość zagrożeń związanych z warunkami pracy jest również niska.

Czynnikiem warunkującym życie niepełnosprawnych mieszkańców wsi jest dostępność do specjalistycznej opieki i pomocy. Czynnikiem ten ściśle wiąże się z miejscem zamieszkania badanych osób. Dostępność do pomocy specjalistycznej w postaci kontaktu i porady specjalisty, lekarza, rehabilitanta czy nawet pracownika socjalnego na wsi jest bardzo ograniczona. W niewielu wiejskich i gminnych ośrodkach zdrowia funkcjonują tylko gabinety rehabilitacyjne, które wyposażone są skromnie i nie zabezpieczają w dostatecznym stopniu możliwości kontynuowania rehabilitacji. W odniesieniu do badanej grupy osób niepełnosprawnych ze względu na swój stan zdrowia i niesprawność konieczna staje się systematyczna opieka medyczna. W praktyce są oni głównymi odbiorcami świadczeń zdrowotnych. Głównie korzystają z leczenia w poradniach specjalistycznych (60%). Pod opieką lekarzy pierwszego kontaktu pozostaje 20,7% badanych oraz 15,3% którzy korzystają z różnych form świadczeń medycznych. Porównując otrzymane wyniki z wynikami badań

prezentowanymi przez innych autorów dostrzega się znaczny wzrost porad lekarskich w lecznictwie specjalistycznym a spadek w lecznictwie podstawowym [193].

Zwiększone zainteresowanie świadczeniami lekarzy specjalistów może być spowodowane lepszą jakością leczenia oraz możliwościami finansowymi osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wyniki badań potwierdziły taką zależność. Okazało się, że niepełnosprawni mieszkańcy wsi o najniższych dochodach tj. poniżej 500 zł znacznie częściej kontrolowali swój stan zdrowia u lekarzy pierwszego kontaktu (60%). Z kolei osoby będące w dobrej sytuacji finansowej (dochód 700-1000zł), byli bardziej skłonni leczyć się w prywatnych gabinetach lekarskich (16%). Badani określający swoją sytuację materialną jako przeciętną (dochód 500-699zł) znacznie częściej korzystali ze świadczeń w poradniach specjalistycznych (24%,  $p < 0,05$ ). Na podstawie tych danych można przypuszczać, że sytuacja finansowa wielu osób niepełnosprawnych stanowi pewną barierę w dostępie do leczenia specjalistycznego.

Najszerze możliwości i najbardziej skuteczne działania w postaci dużych gwarancji dobrego funkcjonowania osób niepełnosprawnych we własnym środowisku życia daje rehabilitacja. Zdaniem M. Garbat [48, 141] struktura środowiska ma wpływ na proces rehabilitacji i integracji społecznej. Celem rehabilitacji jest skrócenie czasu leczenia, wyposażenie w niezbędne przedmioty ortopedyczne, rehabilitacyjne i pomocnicze, edukacja członków rodziny, nauka funkcjonowania w środowisku społecznym, co znacznie poprawia komfort życia człowieka niepełnosprawnego, a tym samym zwiększa możliwości integracji społecznej. Im szerszy jest zakres postępowania rehabilitacyjnego, tym większe są szanse na samodzielne funkcjonowanie w środowisku [165]. Niezbędne są zatem regulacje prawne sprzyjające zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i pragmatyczne działania sprzyjające integracji.

Z badań własnych wynika, że potrzeby w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych ma zaspokojone co czwarta osoba badana. Z tego rodzaju świadczeń bardzo rzadko korzystają głównie mężczyźni ( $p < 0,05$ ). Według badanych ograniczenia te są spowodowane niedostateczną liczbą gabinetów fizykoterapii i rehabilitacji a przede wszystkim dużą odległością zakładów rehabilitacyjnych od miejsca zamieszkania. Sporadycznie (5,5%) badani korzystali z leczenia sanatoryjnego pomimo, że 62,3% osób niepełnosprawnych miało taką propozycję od lekarza leczącego.

Jedną z podstawowych form rehabilitacji społecznej jest uczestnictwo osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych. Turnus oznacza zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest



ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników m.in. przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych realizację i rozwijanie zainteresowań [199, 177]. Pomimo, iż osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie ze środków PFRON, to z tej formy rehabilitacji korzystało tylko 29,8% badanych. Korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych bardzo często jest związane z możliwościami finansowymi. Sporadyczne korzystanie z sanatorium i turnusów rehabilitacyjnych może wynikać z niemożności pokrycia częściowej odpłatności za koszty pobytu w sanatorium czy turnusie rehabilitacyjnym przez osoby niepełnosprawne, których dochód wahał się w granicach do 500 zł ( $p < 0,001$ ).

Na funkcjonowanie w sferze osobowościowej i społecznej ma wpływ akceptacja własnej niepełnosprawności. Wśród przebadanych osób 81,7% jest pogodzonych z własną niepełnosprawnością. Ludzie młodzi radzą sobie z tym problemem znacznie lepiej niż starsi. Charakteryzuje ich wyższy poziom samoakceptacji. Niepełnosprawni otoczeni osobami, które zaakceptowały ich stan, wspierały je, motywowały do działania, nie odwracały się od nich szybciej akceptują swój stan. Stopień akceptacji zależy również od rodzaju i od tego, jak widoczne jest kalectwo.

J. Kirenko uważa, że od tego czy dana osoba zaakceptuje swoją dysfunkcyjność integrując ją w pojęciu o sobie, pozwalających jej w efekcie na optymalne funkcjonowanie w warunkach społecznych zależeć będzie jej przystosowanie lub nieprzystosowanie. Chodzi tu nie tylko o formalne zaakceptowanie dysfunkcyjności, pogodzenie się z nią, ale o dynamiczną akceptację całego swego stanu, poprzez modyfikowanie stosunku do siebie samego i otoczenia zewnętrznego, a w konsekwencji wytworzenie nowych nawyków i umiejętności ułatwiających zmianę dotychczasowego trybu życia [92].

Stan zdrowia i samopoczucie na co dzień ma ogromne znaczenie dla każdej osoby niepełnosprawnej. Niepełnosprawność powoduje negatywne skutki dla dobrostanu psychicznego człowieka. Ponad połowa badanych potwierdziła, że niepełnosprawność wpływa na ich stan psychiczny (ryc. 42). Problem samotności dotyczył 13,1% osób badanych.

Nieodłącznym elementem ludzkiego życia jest przeżywanie samotności. Samotność jest dzisiaj doświadczeniem wszechobecnym. Współcześnie zjawisko to jako źródło cierpienia stale narasta i przybiera nieznane wcześniej rozmiary. Od czasu

do czasu jest udziałem każdego człowieka, ale niektórzy ludzie doświadczają jej przez całe życie.

Jak pisze J. Kirenko [92, 93] w szczególnie trudnej sytuacji są ludzie przewlekle chorzy oraz niepełnosprawni. Między światem pełnosprawnych a nimi narosło wiele barier i szkodliwych stereotypów. Brak akceptacji społecznej i tolerancji dla ich odmienności sprawia, że żyją w obawie przed odrzuceniem. W rezultacie często zrywają nawiązane wcześniej kontakty i zamykają się w sobie.

Wielu osobom niepełnosprawnym jak twierdzi T. Lake [110] życie upływa w samotności lub „w pewnej izolacji i odseparowaniu od innych”. Tylko oparcie w bliskich osobach, na które może liczyć w trudnych chwilach pozwala na wyjście z tej sytuacji.

Badania wykazały, że wszyscy oceniają samotność jako stan nieprzyjemny i niepożądany. Nie potrafią jednak w sposób jednoznaczny określić jakie są jej przyczyny i jakie czynniki wpływają na proces kształtowania się tego uczucia. Badani niepełnosprawni mieszkańcy wsi są przekonani, że dysfunkcja ogranicza aktywność życiową i izoluje od świata, ale także świat nie zawsze jest im przyjazny. Pogłębianie i rozwijanie kontaktów między osobami zdrowymi i niepełnosprawnymi, przeciwstawianie się negatywnym stereotypom przyczynia się do tego, że osoby niepełnosprawne nie będą czuły się samotne w społecznym środowisku bytowania.

Niepełnosprawności jako sytuacji trudnej często towarzyszą myśli samobójcze, których występowanie potwierdziło 41,7% badanych, z taką samą częstotliwością mężczyźni jak i kobiety.

Na kłopoty ze zdrowiem skarżyło się 61,1% badanej populacji. Najczęściej były to kłopoty z poruszaniem się (22,9%), z czego 11,4% poruszało się na wózkach inwalidzkich, 8,6% przy pomocy kul i lasek a 1,1% przy pomocy innych osób. Ze snem problemy miało 21,1% badanych. Na kłopoty ze wzrokiem skarżyło się 6,9% badanych. Najmniej osób (1,7%) miało problemy ze słuchem. Na zaburzenia pamięci częściej niż mężczyźni (2,5%) skarżyły się kobiety (6,3%).

W ocenie stanu zdrowia ważne jest subiektywne odczucie własnego zdrowia (samoocena). Samoocena stanu zdrowia jest szeroko stosowanym wskaźnikiem do oceny stanu zdrowia i występujących nierówności w zdrowiu. Jest istotnym, niezależnym predykatorem oceny stanu zdrowia. WHO zaleca stosowanie samooceny stanu zdrowia populacji w badaniach zdrowia realizowanych za pomocą wywiadu [34]. Jako miara subiektywna samoocena stanu zdrowia może być zależna

od indywidualnych cech oraz społecznej charakterystyki badanej populacji, to oznacza że nie wszyscy respondenci stosują takie same odniesienia (ramy) udzielając odpowiedzi na pytanie [103].

Większość osób niepełnosprawnych oceniła swój stan zdrowia w kategoriach negatywnych. Dane te są zbieżne z wynikami uzyskanymi w badaniach prowadzonych przez D. I. Karwat, gdzie pozytywnie swój stan zdrowia oceniło 48,6% badanych, niezależnie od płci. Inni autorzy [82] wykazali, że uzyskane oceny stanu zdrowia były zróżnicowane ze względu na płeć oraz wiek respondentów, co potwierdziło zasadność przyjętej stratyfikacji danych według płci oraz grup wieku. Uzyskane oceny stanu zdrowia w przeprowadzonym badaniu były zróżnicowane ze względu na płeć oraz wiek badanych. Niska ocena stanu zdrowia niezależnie od płci była częściej wymieniana przez osoby z wyższych przedziałów wieku. Wśród analizowanych w badaniu czynników najbardziej ujawniło się znaczenie niskiego poziomu wykształcenia oraz złej sytuacji finansowej gospodarstwa domowego, które zwielokrotniły ryzyko niskiej oceny stanu zdrowia zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Znaczenie tych czynników narastało wraz z wiekiem, co może świadczyć o kumulacyjnym efekcie wpływu na stan zdrowia trudnej sytuacji materialnej oraz niskiego poziomu wykształcenia. Potwierdzono zależność samooceny stanu zdrowia badanych osób niepełnosprawnych od przyczyny i wieku nabycia niepełnosprawności (tab. 66).

Subiektywna ocena stanu zdrowia sprowadza się do percepcji tego stanu przez jednostkę w oparciu o doświadczenia, które kształtują jej ogólne poczucie dobrostanu [16, 47]. Subiektywna samoocena stanu zdrowia jest głównym „mediatorem” pomiędzy obiektywnymi uwarunkowaniami zdrowotnymi a samopoczuciem psychicznym, kondycją społeczną. W zależności od subiektywnej oceny zdrowia konsekwencje wynikające z niepełnosprawności są zróżnicowane.

Analiza funkcjonowania niepełnosprawnych mieszkańców wsi w kategoriach konsekwencji wynikających z niepełnosprawności wykazuje, że dotyczą one wielu obszarów ich życia. Badania A. Ostrowskiej, B. Szczepankowskiej [143] potwierdzają sytuację marginalizacji materialnej populacji niepełnosprawnych. Trudna sytuacja materialna związana bywa z wieloma ograniczeniami promowania zdrowia, troski o wygląd zewnętrzny i z redukcją form wypoczynku. Zdaniem D. Gorajewskiej [50] dodatkowym czynnikiem, który obniża odczuwany dobrostan jest poczucie udaremnienia rozwoju zawodowego. Zbliżony pogląd reprezentuje Stelcer [182],

zdaniem którego trudna sytuacja materialna nie tylko pogarsza standard życia, ale przekłada się na zaburzenia wielu ról społecznych.

Niepełnosprawność na ogół pogarsza sytuację ekonomiczną osób niepełnosprawnych i ich rodzin na co wskazało 81,3% mężczyzn i 80,8% kobiet. Jest to prawidłowość potwierdzona przez wszystkie badania, w których uwzględniano ten problem. Można więc stwierdzić, że wniosek o generalnym pogorszeniu sytuacji bytowej jest właściwie truizmem [87]. Zjawisko pogorszenia sytuacji zdrowotnej wśród osób niepełnosprawnych należy uznać za niepokojące z wielu powodów. Przy znacznym ograniczeniu sprawności pogorszenie stanu zdrowia samej osoby niepełnosprawnej czy jej opiekuna wpływa niekorzystnie na dalszy przebieg rehabilitacji i wydolność opiekuńcza rodziny.

Konsekwencje niepełnej sprawności dotyczą różnych aspektów życia rodzinnego. Nie można pominąć faktu, że zmiany w funkcjonowaniu najbliższej rodziny spowodowane niepełnosprawnością dotyczyły także planów życiowych pozostałych członków rodziny oraz wzrostu nieporozumień w rodzinie. W związku z niepełnosprawnością 18,2% badanych skarżyło się na takie stany jak: zmęczenie, osłabienie, bezsenność, objawy nerwicowe.

W ocenach osób niepełnosprawnych wysokie noty uzyskały również zmiany związane z pracą zawodową. Brak pracy lub trudności w jej wykonywaniu równie często postrzegali niepełnosprawni mężczyźni (44%), jak i kobiety (40,4%).

Utrata pracy zawodowej prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji. Obserwowano tendencje do zaburzeń emocjonalnych, wzrost zachorowalności, zachwianie sytuacji materialnej oraz obniżenie satysfakcji życiowej [68, 100].

Analiza konsekwencji wynikających z niepełnej sprawności człowieka wykazała, że nie można na nie patrzeć tylko w wymiarze indywidualnym. Jednocześnie uświadamia nam jak trudne i wieloaspektowe muszą być działania pracowników służby zdrowia i służb socjalnych zmierzające do ograniczenia konsekwencji negatywnych a zwiększenia tych, które wzmacniają szanse osób niepełnosprawnych na normalne życie.

Analiza stopnia sprawności do wykonywania złożonych czynności życia codziennego w oparciu o skalę Lavtona wykazuje, że najwięcej trudności sprawiają im te czynności, wykonywanie których związane jest z samodzielnym przemieszczaniem się. Do samodzielnego korzystania ze środków transportu oraz robienia zakupów w sklepie spożywczym nie było zdolnych około 30,1% mężczyzn i 10,5% kobiet.

Wykonanie większości zadań wymagało od badanych zastosowania pewnego rodzaju pomocy technicznej, wykonywanie niektórych czynności odbywało się powoli czy też odbywało się to z pomocą drugiej osoby.

Wyniki otrzymane w badaniach własnych dotyczące stopnia sprawności wykonywania poszczególnych czynności wykazały, że największy odsetek badanych mężczyzn (98,7%) i kobiet (93,7%) uzyskał wysoki poziom sprawności fizycznej.

Potwierdzono zależność pomiędzy stopniem sprawności fizycznej a stopniem niepełnosprawności i przyczyną nabycia niepełnosprawności ( $p=0,05$ ).

Przeprowadzone badania upoważniają do wniosku, że analiza socjomedyczna aspektów funkcjonowania przy użyciu Kwestionariusza wywiadu i Skali IADL może być użyteczna w diagnozowaniu wielopłaszczyznowych problemów badanych związanych ze zdrowiem i funkcjonowaniem psycho-społecznym.

Wielowymiarowa ocena funkcjonowania populacji osób niepełnosprawnych powinna stać się integralną częścią promocji zdrowia i profilaktycznych programów, ponieważ niesie korzyści zarówno dla badanych, jak i dla polityki państwa. Zdiagnozowane w środowisku życia potrzeby i problemy osób niepełnosprawnych mogą być pomocne w projektowaniu programów pomocy osobom niepełnosprawnym przez gminne ośrodki pomocy społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie.

Ważnym aspektem w potęgowaniu zdrowia i funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych w różnych obszarach życia staje się dokonywanie pragmatycznych zmian w krajowym ustawodawstwie. Podjęte badania powinny być impulsem do planowego działania na rzecz ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia publicznego.

Podsumowując analizę socjomedycznych aspektów funkcjonowania 175 osób niepełnosprawnych wyodrębnionych jako reprezentacja populacji w wieku 18-45 lat mieszkających na wsi w powiecie kaliskim przedstawiono wnioski, które powinny sprzyjać poprawie funkcjonowania osób niepełnosprawnych na wsi.

- łatwiejszy dostęp do informacji, doradztwa i specjalistów od zarządzania niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania,
- od najmłodszych lat uczyć dzieci i młodzież tolerancji, wpajać młodemu pokoleniu zasady współżycia społecznego z osobami niepełnosprawnymi,
- diagnozowanie potrzeb i problemów osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej,

- tworzenie zespołów interdyscyplinarnych obejmujących pracowników socjalnych, fizykoterapeutów, lekarzy pielęgniarzy, prawników i doradców zawodowych niosących pomoc niepełnosprawnym w aktywizacji zawodowej lub/i przezwyciężaniu trudności egzystencjalnych,
- specjalistyczne poradnictwo i podstawowe usprawnianie rehabilitacyjne w miejscu zamieszkania,
- działalność edukacyjna, która pozwoli złączyć na nowo osoby pełno – i niepełnosprawne, zatrzeć od lat budowane granice, zniweluje bariery, zburzy stereotypy,
- ukierunkowanie zawodowe, odpowiednie szkolenie zawodowe poprawi stopień zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- wspieranie rodziny opiekującej się osobą niepełnosprawną,
- włączenie grup społecznych do systemu wsparcia społecznego,
- budowanie współpracy pomiędzy władzami samorządowymi, a partnerami społecznymi w zakresie rozwiązywania różnych problemów osób niepełnosprawnych,
- dostarczanie informacji na temat możliwości pomocy i sposobów jej uzyskania,
- wykorzystywanie szans wynikających ze strukturalnych funduszy Unii Europejskiej, w tym szczególnie z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych zmierza do walki z przejawami dyskryminacji, organizowania państwa bez barier i wykluczenia społecznego. Każdego dnia społeczeństwo powinno „uczyć się niepełnosprawności” w aspekcie dostrzegania rangi problemu wraz z możliwością dokonywania racjonalnych zmian. Niepełnosprawność narusza bowiem cenne wartości jednostki: zdrowie, sprawność psychofizyczną, utrudnia lub uniemożliwia pełnienie ról społecznych.

Jak stwierdził A. Hulek [60] „nie ma takiego inwalidztwa, które zabrałoby więcej niż pozostawiło”. Ta myśl powinna towarzyszyć osobom niepełnosprawnym podczas analizy własnych możliwości rozwojowych i budowaniu celów życiowych. Powinna przyświecać także tym wszystkim, którzy pomagają osobom niepełnosprawnym „wkomponować” się w nurt normalnego życia społecznego.

## VIII. WNIOSKI

- Warunki socjalno-bytowe miały istotny wpływ na całokształt funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim.
- Gorsze szanse życiowe miały osoby niepełnosprawne o niższym poziomie wykształcenia, niższych dochodach i pozbawione pomocy od najbliższych.
- Osoby niepełnosprawne najczęściej oczekiwały emocjonalnego wsparcia rodziny, a następnie od lekarzy i pielęgniarek.
- Badane osoby niepełnosprawne w środowisku wiejskim cechowała mała aktywność zawodowa i społeczna. Duża grupa osób biernych zawodowo wykazywała chęć i gotowość do podjęcia pracy oraz podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych.
- Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności badanych były choroby, a następnie urazy. Najmniej było osób niepełnosprawnych od urodzenia.
- Większość badanych niepełnosprawnych źle oceniła swoją sytuację zdrowotną. Potrzeby zdrowotne osób niepełnosprawnych były zróżnicowane. Najpilniejszego zaspokojenia wymagały te związane z zaopatrzeniem w urządzenia rehabilitacyjne i przedmioty ortopedyczne oraz pomocniczy sprzęt rehabilitacyjny.
- Sama niepełnosprawność w niewielkim stopniu wpływała na samodzielność wykonywania złożonych czynności życia codziennego.

## IX. STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena socjomedycznych aspektów funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. W pracy starano się uzyskać odpowiedzi na pytania: czy społeczno-środowiskowe uwarunkowania życia osób niepełnosprawnych mają wpływ na ich funkcjonowanie?, czy rodzaj niepełnosprawności ogranicza ich aktywność i uczestnictwo w życiu społecznym?, czy osoby niepełnosprawne mogą liczyć na wsparcie społeczne w środowisku zamieszkania i czy praca zawodowa ma wpływ na ich funkcjonowanie oraz jak osoby niepełnosprawne oceniają swój stan zdrowia i od czego ta ocena zależy?

Badaniami objęto 175 niepełnosprawnych mieszkańców gminy Koźminek i Lisków, w tym 79 mężczyzn i 96 kobiet, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Badania, które były podstawą uzyskania niezbędnych informacji przeprowadzono metodą wywiadu kwestionariuszowego. Stan funkcjonalny badanej populacji oceniany był przy użyciu Skali Złożonych Czynności Życia Codziennego – Lawtona. Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2007 do sierpnia 2008.

W opracowaniu statystycznym zastosowano test niezależności  $\chi^2$  oraz test Fishera - Freemana - Haltona.

Stwierdzono, że społeczno-środowiskowe warunki życia osób niepełnosprawnych są wyznacznikiem ich miejsca w hierarchii społecznej. Decydują o dostępie do różnego rodzaju zasobów oraz szans życiowych, w tym również na zdrowie.

Jakość funkcjonowania niepełnosprawnych jest pochodną wielu czynników związanych z rodzajem dysfunkcji organizmu. Niepełnosprawność i choroby o głębszych stopniach nabyte w okresie rozwoju kompetencji życiowych stają się utrudnieniami w osiągnięciu wysokiego poziomu funkcjonowania.

Badania wykazały, że osoby niepełnosprawne charakteryzuje mała aktywność zawodowa, ale znaczna grupa deklaruje chęć i gotowość do podjęcia zatrudnienia. Podjęcie zatrudnienia jest uwarunkowane głównie poprawą sytuacji finansowej. Głównym źródłem wsparcia dla osób niepełnosprawnych jest rodzina, przy znikomej wiedzy na temat instytucji pomocowych, oczekują jednak na pomoc głównie finansową.

Generalnie stan zdrowia osób niepełnosprawnych w ich ocenie był zły, niezależnie od płci, stanu cywilnego i wykształcenia. Negatywna ocena stanu zdrowia



znamiennie częściej występowała wśród osób z gorszą sytuacją materialną i znacznym stopniem niepełnosprawności.

Niezależnie od wyżej wymienionych czynników osoby niepełnosprawne wymagają działań zapobiegawczych i kompleksowej rehabilitacji. Jest to jedyna słuszna droga do zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych i poprawy jakości ich funkcjonowania.

## **X. SUMMARY**

The main objective of this thesis was the assessment of the socio-medical dimension of the functioning of disabled people in the countryside. In the thesis the author aimed at achieving the answers to the following questions: do socio-environmental conditions of life of disabled people have an influence on their living? does the type of disability limit their activity and participation in social life? may physically handicapped people count on social support in their place of residence and does the job have an influence on their living and how do they appraise their health condition and what does this assessment depend on?

175 disabled inhabitants of Koźminek and Lisków parishes, including 79 men and 96 women, who have a medical opinion of the level of the disability, took part in the research.

The research, which was the basis of acquiring necessary information, was done by means of the questionnaire. The functional condition was evaluated with the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. The research was conducted between November, 2007 and August, 2008.

In the statistics the chi-square ( $\chi^2$ ) test and the Fisher-Freeman-Halton test were employed.

It was stated that the socio-environmental conditions of disabled people's life, which decide about the access a wide range of resources and chances including health, are determinants of their place in the social hierarchy.

According to the research the handicapped are characterized by the weak occupational mobility. However, the majority shows the eagerness and alertness to be employed, which is determined mainly by the financial situation. The main source of support for the disabled is the family, which because of a lack of knowledge about the assistance institutions await mainly for the financial aid.

Generally, in the opinion of the handicapped regardless of the gender, marital status or education their health condition was poor. The negative assessment of the health occurred more often among people with worse financial situation and higher level of disability.

In spite of determinants mentioned above, the handicapped require preventive treatment and complex rehabilitation. This is the only proper way of reducing the amount of disabled people and improve the quality of their life.

## XI. PIŚMIENNICTWO

1. Adamowicz A. (red.): Dostosowanie podstawowych rynków rolnych w Polsce do integracji z Unią Europejską. Wyd. SGGW, Warszawa 1999: 18-34.
2. Aleksandrowa J.: Sumienie ekologiczne. WP, Warszawa 1988: 4.
3. Aleksandrowicz J.: Nie ma nieuleczalnie chorych. Warszawa 1982: 10.
4. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995: 7-9.
5. Aouil B.: Człowiek niepełnosprawny - zagrożenia i szanse rozwoju. WU WSP, Bydgoszcz 1999: 49-51.
6. Asch A., Fine M.: Introduction; beyond pedestals. W: Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture, and Politics. M. Fine, Asch A. (red.). Philadelphia: Temple University Press, 1988: 1-37.
7. Balcerzak - Paradowska B.: Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce. W: Raport IPiSS, zeszyt nr 22, Warszawa 2002: 165-197.
8. Barczyński A.: Zakłady pracy chronionej w polskim systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Wyd. KIGR, Warszawa 2001: 37-44, 79.
9. Barnes C., Mercer G.: Disability Polity Press. Cambridge 2004: 72-73.
10. Barnes M.: Care. Communities and Citizens. Longman, London 1997: 33.
11. Baron - Wiaterek M.: Samorząd terytorialny a osoby niepełnosprawne. Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2010; 3: 84-97.
12. Bąbka J. (red.): Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia. Wyd. Akad. Żak, Warszawa 2004: 125-141, 225-242.
13. Bedir Khan Üstünt T.: Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Aktywności i Uczestnictwa ICIDM - 2, Warszawa 2002: 122-144.
14. Bee H.: Psychologie rozwoju człowieka. Zysk i Spółka, Poznań 2004: 433-468, 505-537.
15. Berthond R. i in.: The Economic Problems of Disabled People London: Policy Studies Institute. 1993: 9.
16. Bickenbach J. E.: Minority rights or universal participation: the politics of disablement. W: Disability, Diversity - ability and Legal Change. M. Jones, L. A. Marks (red.). The Hague: Kluwer Law International/ Martinus Nijhoff Publishers. 1999: 101 - 115.

17. Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M.: Socioeconomic factors material inequalities, and perceived control in self – rated health: cross – sectional data from seven post – communist countries, „Social Science and Medicine” 51(9): 1343-1350.
18. Boorse C.: Health as theoretica concept. *Filosofy of Sciencie*. 1997: 44, 542.
19. Borkowska M.: Niepełnosprawność - definicja, podział na grupy. W: Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Usprawnianie ruchowe. M. Borkowska (red.). Warszawa 1997: 12-18.
20. Borzykowska H.: Czas wolny osób niepełnosprawnych. W: Edukacja osób niepełnosprawnych. A. Hulek (red.) Wyd. UN-O, Warszawa 1993: 163-165.
21. Bożkowa K., Sito A. (red.): *Zdrowie rodziny*. PZWL, Warszawa 1983: 43,72.
22. Brand E., Pope A.(red.), institute of Medicine: *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Vashington DC. National Academy Press. 1997: 147-153.
23. Brzeski Z., Zagórski J.: Narażenia na szkodliwe czynniki środowiska ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich. *Med. Środowiskowa*, 1998: 1, 17.
24. Brzezińska A.: *Spółeczna psychologia rozwoju*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000: 249-258.
25. Bury M.: *Hyalth and Illeness in a Changing Society*. London. Routledge 1997: 116.
26. Byra S.: Samoocena, kompetencje społeczne a satysfakcja z życia studentów niepełnosprawnych ruchowo. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2006; 2: 60-80.
27. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz jej zastosowanie*. Materiały robocze na CD. Warszawa 8. 10. 2007.
28. Chatterji S., Ustron B., Bickenbach J. E.: What is disability afler all? *Disabil. Rehabil.* 1999; 8: 396-398.
29. Chouinard V.: Making space for disabling differences; chalenging ableits gegraphies. „*Erwironment and Plaming D.: Society and space*” 15 (4): 379-387.
30. Cichy B.: Dlaczego młodzież szkoły ponadgimnazjalnej pali tytoń? *Family Med.* 2007, (1): 82.

31. Comunnication of 12 May 2000 from, the Comuission to the Council, the Europen Parliament, the Economic and Social Comunittee and the Comunittee of the Regions "Towards a Barrier Europe for People with Disabilites" COM 248 final: 333.
32. Czapiński J.: Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys rozwoju zawodu. Warszawa 1994: 32-142.
33. Czogała M.: Formy spędzania wolnego czasu. 2004. [www.gus.pl](http://www.gus.pl)
34. De Bruin A., Picavet H. S. J., Nossikoxa.: Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments, „European Series” 58, WHO Regional Publications, Copenhagen. 1996: 63-73.
35. Dega W. i wsp.: Rehabilitacja medyczna. PZWL, 1993: 39-99.
36. Dryżałowska G., Żuraw H. (red.): Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Wyd. Akad. Żak, Warszawa 2004: 23-61, 158-167, 182-192.
37. Dyrektywa Rady Unii Europejskiej z dnia 27 listopad 2000 roku.
38. Dziennik Ustaw Nr 123, 1997, poz. 776 z późniejszymi zmianami.
39. Fine M., Asch A.: Women with Disabilities: Essays In Psychology, Culture, and Politics. Temple University Press. Philadelphia 1988: 262-274.
40. Finkelstein V.: Disability: a social challenge Or and administrative responsibility? W: Disabling Baries - Enabling Environments. J. Sawin, V. Finkelstein, S. French, M. Oliver (red.). Sage: Open University, London 1993: 34 - 43.
41. Fongeyrollas P. (red.): ICIDH and Environmental Factors International Network. Ottawa, Ontario; Conidian Society of ICIDH: 1998: 83-86.
42. Fornal R., Dworzański T., Jędrzejewska B.: Epidemiologia urazów jako problem najbliższej przyszłości. W: Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I.D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 143-144.
43. Frąckiewicz L.: Demograficzno-społeczne problemy osób niepełnosprawnych. „Polityka społeczna” 2001: (4): 7.
44. Frąckiewicz L., Koczur W. (red.): Niepełnosprawni a praca. Wyd. AE, Katowice 2004: 26-55.
45. Gałkowski T., Kiwerski J.: Encyklopedyczny słownik rehabilitacji. PZWL, Warszawa 1986: 194.

46. Gałkowski T.: Wokół definicji „osoba niepełnosprawna” - doświadczenia europejskie. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*. 1997: 3, 1, 153, 28-34.
47. Garbat M., Paszkowicz M. A.: Jakość życia osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim - diagnoza sytuacji materialno-bytowej. W: *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Z. Palak (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006: 261-275.
48. Garbat M.: Osoby niepełnosprawne w środowisku społecznym. *Auxilium sociale. Wsparcie społeczne* 2003: 25, 76 - 87.
49. Gitling M.: Socjologiczne koncepcje zdrowia, choroby i niepełnosprawności. W: *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. Kwartalnik Instytutu Rozwoju Służb Społecznych. 3; lipiec-wrzesień 2010: 7-29.
50. Gorajewska D. (red.): *Społeczeństwo równych szans. Tendencje i kierunki zmian*. Integracja. Warszawa 2005: 10-24.
51. Gorlach K., Drąg Z., Seręga Z.: *Młode pokolenie wsi III R P. Aspiracje życiowe w przeddzień integracji z Unią Europejską*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2003: 7 - 9.
52. Gorlach K., Pryc A. M.: *Węzłowe kwestie społeczne wsi polskiej u progu XXI wieku*. Instytut Socjologii UJ, Kraków 2000: 6,7.
53. Gryś G., Uszyński H., Sawicki G., Orłowski J.: Socjoekonomiczne następstwa obrażeń pourazowych ręki. *Chir. Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*. 1998. 63 (1): 67-74.
54. Grzyb B., Matsili R.: *Społeczny model niepełnosprawności*. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2010 (4): 31-40
55. Gumińska M.: *Chemiczne substancje w środowisku i ich wpływ na zdrowie człowieka*. Ossolineum, Wrocław 1990: 79-85.
56. GUS BAEL: *Aktywność Ekonomiczna Ludności Polski*. IV kwartał 2006, Warszawa 2007.
57. GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 roku*. Warszawa 2007; S. Kostrubiec, *Stan zdrowia niepełnosprawnych*. W: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2005 - 2006*, Warszawa 2007: 10-16.

58. Gutkowska K., Ozimek J.: Wiejskie gospodarstwa domowe w procesie zmian społeczno-ekonomicznych. W: Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.), Fundacja Fuga Mundi Norbertinum, Lublin 2001: 56-61.
59. Hulek A.: Świat ludziom niepełnosprawnym. Wyd. PTW, Warszawa 1992: 24-28.
60. Hulek A.: Zawodowa rehabilitacja inwalidów. PZWL, 1997: 156-167.
61. Hurst R.: To revise or not to revise „Disability and Society” 2000, 15 (7): 1083-1087.
62. International Classification of Functioning. Disability and Health. WHO, Genewa 2001: 110-160.
63. International Classification of Impairments, Activities and Participation. WHO, Genewa 1997: 1114-1118.
64. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Genewa 1980, Lancet 1964: 1, 1117 - 1120.
65. Iwanek A.: Rozmiar niepełnosprawności w Polsce na podstawie wyników badania stanu zdrowia ludności przeprowadzonego przez GUS w 1996 roku. Zdrowie Publiczne 1998; 5: 193.
66. Janiszewski Cz.: Rozpowszechnienie chorób układu krążenia wśród mieszkańców z rejonu Gminnego Ośrodka Zdrowia w Wyrykach. Med. Ogólna 1998, 4: 4.
67. Januszko L.: Niepełnosprawność - aspekt epidemiologiczny i społeczny. W: Niepełnosprawni na progu wejścia Polski do Unii Europejskiej. M. Waszenowski (red.). Warszawa 2004: 67-73.
68. Jezior J.: Wartość pracy. Studium socjologiczne na podstawie badań w regionie środkowowschodniej Polski. UMCS. Lublin 2005: 143-167, 169-199.
69. John - Borys M.: Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających. Katowice 2002: 17.
70. Juczyński Z.: Psychologia zdrowia. W: W. Szewczuk (red.). Encyklopedia psychologii. Warszawa 1998: 672.
71. Jurczewska M.: Niepełnosprawni w niesprawnym państwie. Gazeta Prawna nr 179 (1539), 2005.
72. Jurczewska M.: Przegrani na starcie. Gazeta Prawna nr 81 (1190), 2004.
73. Jurga L.: Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych - co oznacza i jak jest realizowana w Polsce i we Włoszech. Dyrektor Szkoły nr 11, 2004: 45-47.

74. Karski J. B.: Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy. CEDEWU PL. Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2006: 33-37.
75. Karski J.B.: Stan zdrowia a zachowania zdrowotne i inne uwarunkowania zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 1999: 7-8, 255.
76. Karski J.B.: Statystyka wypadków w Polsce. *Służba Zdrowia* 6-10 grudnia 2001, (94-95): 3089-3090.
77. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych - Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. (M.P. z dn. 13. 08. 1997 r. Nr 50, poz. 475).
78. Karwat D. I., Bulak M., Tront T.: Zdrowotne i socjalne potrzeby niepełnosprawnych mieszkańców wsi w starszym wieku. W: *Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II.* Liber, Lublin 2002: 82-91.
79. Karwat I. D., Jabłoński L., Krupa S.: Zależność poziomu komfortu życia osób niepełnosprawnych od środowiska rodzinnego i społecznego. W: *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce. Tom I.* I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 179-189.
80. Karwat I. D., Jabłoński L.: Rozmiary niepełnosprawności a możliwości i kierunki opieki nad osobami niepełnosprawnymi w nowych warunkach reformy ochrony zdrowia. W: *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce. Tom I.* I. D. Karwat (red.). Lublin 2002: 55-56.
81. Karwat I. D., Pencuła M.: Cechy zdrowotne i społeczne związane z definiowaniem niepełnosprawności. W: *Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II.* I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 116-126.
82. Karwat I. D.: Analiza problemów medycznych i społecznych niepełnosprawnych warunkach mieszkańców wsi. *Rozprawa habilitacyjna.* IMW, Lublin 1996: 178-184.
83. Karwat I. D.: Poszerzone rozważania nad definicjami niepełnosprawności. *Med. Ogólna*, 1996: 4, 381-389.
84. Kawczyńska - Butrym Z.: *Niepełnosprawność - specyfika pomocy społecznej.* Wyd. Śląskie, Katowice 1999: 55.
85. Kawczyńska - Butrym Z.: *Rodzina - zdrowie - choroba.* Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001: 37-39.



86. Kawczyńska - Butrym Z.: Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1994: 29-33.
87. Kawczyńska - Butrym Z.: Wyzwania rodziny, zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008: 60-61, 121-131.
88. Kaye H. S.: Computer and Internet Use among People with Disabilities, Disability Statistics Report, No 13, 2000, Washington DC: US Department of Education; National Institute on Disability and Rehabilitation Research: 307-311.
89. Kaźmierak Z.: Uwarunkowania zaopatrzenia ortopedycznego w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 233-240.
90. Kiernan W. E.: Strategia państw Unii Europejskiej wobec niepełnosprawnych. Nowa Szkoła, 2003 Nr 4: 4-6.
91. Kirenko J., Korczyński M.: Wobec niepełnosprawności. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2008: 11-33.
92. Kirenko J.: Oblicza niepełnosprawności. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno - Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2006: 15-36, 97-106, 107-122.
93. Kirenko J.: Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania, Ryki 2002: 349 - 361.
94. Kiwerski J.: Współczesne poglądy na rehabilitację. W: Rehabilitacja medyczna. J. Kiwerski (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 28-30.
95. Konarska J.: Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność. Mysłowice 2002: 33-35.
96. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. Nr 78, poz. 483.
97. Korczyńska B.: Uprawnienia pracownika z orzeczoną niepełnosprawnością. W: Zeszyty naukowe. Tom 2. M. Korczyński (red.). Pedagogika Specjalna, Lublin 2006: 83-98.
98. Kostrubiec S.: Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w Polsce w 2000. Warszawa 2001: 26-31, 194-209.

99. Kostrubiec S.: Potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia. W: Polskie doświadczenia w rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Ogólnopolska Konferencja Naukowa KIGR, Warszawa, 20 października 2003: 123-134.
100. Kościelska M., Aouil B. (red.): Człowiek niepełnosprawny rodzina i praca. Bydgoszcz 2004: 21-23, 203-204.
101. Kowalczyk O.: Potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia na tle krajów Unii Europejskiej. W: Polskie doświadczenia w rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Ogólnopolska Konferencja Naukowa KIGR, Warszawa, 20 października 2003: 87-105.
102. Kowalik S.: Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Wyd. Śląskie, Katowice 1999: 23-30, 39-72, 199-201.
103. Krause M. N., Jay G. M.: What do Global Self - Rated Health Items Measure? „Medical Care” 32 (9): 930 - 942.
104. Król M., Przybyłka A.: Rynek pracy osób niepełnosprawnych. W: Niepełnosprawni w środowisku społecznym. L. Frąckiewicz (red.). Wyd. AE, Katowice 1999: 143-183.
105. Krupa Sz., Karwat D. I.: Rodzaje urazów głowy a okoliczności wypadków. W: Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 127-130.
106. Kulik T. B.: Koncepcje zdrowia w medycynie. W: Zdrowie publiczne. T. B. Kulik, M. Latański (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002: 18.
107. Kurzynowski A.: Rehabilitacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych na wolnym rynku pracy. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej 1997, (152), 2: 104 - 110.
108. Kurzynowski A.: Społeczne skutki reform gospodarczych a zadania dla polityki społecznej, badania wśród bezrobotnych i świadczeniobiorców pomocy społecznej w wybranych miastach w latach 1992-1996. Warszawa 1997: 18-22.
109. La Plante M. P., Kenedy J., Kaye H. S., Wenger B. L.: Disability and Employment, abstrakt 11. January. University of California. Disability, Statistics Center <http://dsc. Uesf. Edu/abs/ ab 11 txf. htm>.
110. Lake T.: Samotność jak sobie z nią radzić. Warszawa 1993: 93.

111. Lawton M. P.: Multidimensional view of pvality of life in prail elders. W: The concept and Measurment of pvality of life in the Frail Elderly. J. E. Bieren, J. C. Lubben (red.). Rawe the conceptional Measurment of pvality of life in the Frail Elderly. Academic Press inc. New York 1991: 3-27.
112. Lawton M., Brody E.: Instrumental Activites of Daily Living (IADL) Scale: Orginal obserwer - reted version. Psychopharmacol, Bull 1988: 24, 785 - 792.
113. Lonsdale S.: Women and Disability; The Experience of Physical Disability among Women. Basingstoke Macmillan 1990: 4.
114. Maciarz A.: Wspomaganie rodziny w wychowywaniu i rehabilitacji dzieci. Problemy opiekuńczo-wychowawcze 5/6, 1992: 254-257.
115. Macierz A.: Współczesne problemy pedagogiki osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kraków 2006: 11.
116. Magnuszewska - Otulak C.: Ochrona zdrowia w polityce społecznej. W: Polityka społeczna. Firlit - Tesnak, M. Szylo - Skoczny (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2009: 202.
117. Magnuszewska - Otulak C.: Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce w świetle standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych. W: Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 26-44.
118. Majewski T.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Praca i rehabilitacja niepełnosprawnych. 2008; 3-4/119-120: 8-10.
119. Majewski T.: Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń - problemy i nowe propozycje. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej, nr 1: 1998.
120. Majewski T.: Przegląd polityki zatrudnienia osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej. 1995, (145) 3: 102-105.
121. Majewski T.: Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Warszawa 1995: 281-288.
122. Majewski T.: Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Zakład Badań Centrum Badawczo - Rozwojowego Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 1995.

123. Majewski T.: W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*. 1994: 1, 139, 33-37.
124. Marray C. J. L., Lopez A. D.: Globalne obciążenie chorobami. Tom I. Całościowa ocena umieralności i niesprawności na skutek chorób, urazów i czynników ryzyka w roku 1990 oraz prognozy do roku 2020. *Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”*, Warszawa - Kraków 2005: 291-293.
125. Mashow J., Reno V. P. (red.): *Balancing Security and opportunity: The challenge of disability income policy*. Vashington DC National Academy of Social Insurance, 1996: 795-800.
126. McDowell I., Nowell C.: *Measuring health; A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford Uniw. Press, 1987: 105-111.
127. Mehlman M. J., Nuhauser D.: Alternative definitions of disability: changes is a dichofomous v continuons system. *Disabil. Rehabil.* 1990: 8, 385-387.
128. Melosik Z. (red.): *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wydawnictwo Edytor, Toruń - Poznań 1999: 18-25.
129. Mielczarek A.: Człowiek ze wsi w systemie pomocy instytucjonalnej. W: *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.). *Fuga Mundi „Norbertinum”* Lublin 2001: 292-299.
130. Migas A.: O integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2009 (2): 24-44.
131. Miler J.: *Zatrudnienie i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. KUP, Warszawa 1998: 34-43.
132. Nagi Sz.: *Concruency in medical and self - assessment of disability*. *IMS Ind Med. Surg* 1969; 38: (3): 27-36.
133. Nagi Sz.: *Disability concepts revisited: Implications for prevention*. W: *A model for disability and disability prevention*. Institute of Medicine: *Disability in Amerca*. Vashington DC National Academy Press. A. M Pope., A. R. Tarlov (red.). 1991: 309-327.
134. *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Powszechny Spis Rolny 2002. Osoby Niepełnosprawne w Województwie Wielkopolskim*. Urząd Statystyczny w Poznaniu. Poznań 2006: 6-96.

135. Nowak E.: Ergonomia w kształtowaniu środowiska pracy i życia osób niepełnosprawnych. W: Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 233-240.
136. Nowak Z., Szewiczek J., Franek G.: Zakład pracy chronionej formą rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych. W: Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. I. D. Karwat (red.). Liber, Lublin 2002: 257-267.
137. Nowakowska M., Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu. W: Psychologia lekarska. M. Jarosz (red.). Warszawa 1983: 196-210.
138. Ochonczenko H., Nowicka A. (red.): Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych. Tom 1. Wydawca IMPULS, 2006: 18-36.
139. Ochonczenko H.: Sytuacja na rynku pracy osób niepełnosprawnych w dobie zmian społecznych i gospodarczych w Polsce. W: Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia. J. Bąbka (red.). Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004: 225-230.
140. Oliver M.: A sociology of disability or a disability sociology? W: Disability and Society: Emerging Issues and Insights. L. Barton (red.). London, Longman 1996: 18-42.
141. Ossowski R.: Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Bydgoszcz 1999: 41, 49.
142. Ostrowska A., Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji. Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1996: 165-174.
143. Ostrowska A., Szczepankowska B.: Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych - stan i potrzeby. W: Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym. Zeszyt informacyjno - metodyczny doradcy zawodowego. KUP, Warszawa 1998: 13-23.
144. Ostrowska A.: Badania nad niepełnosprawnością w Polsce. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1994: 267.
145. Otrębski W.: Koncepcja człowieka punktem wyjścia w planowaniu działań wobec osób niepełnosprawnych. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej 1997. 3 (153): 61.

146. Otrębski W.: System wsparcia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Fundacja Między Nami, Lublin 1999: 49-62.
147. Parsons T.: Struktura społeczna a osobowość. Wyd. PWN, Warszawa 1996: 330.
148. Petrila J., Brink T.: Mental illness and changing definitions of disability under the Americans with disabilities. Acta Psychiatr, Serv 2001; 52: 628-630.
149. Pfeiffer D.: The problem of disability definition: again. Disabil. Rehabil. 1999; 8: 392- 395.
150. Piasecki M., Stepniak M. (red.): Osoby niepełnosprawne w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych. Norbertinum, Lublin 2002: 25-27.
151. Piekoszewski W., Florek E.: Tytuł w liczbach na początku nowego stulecia. Przegląd Lekarski. 2006, (63): 823.
152. Pilch T., Lepalczyk J.: Pedagogika społeczna. Warszawa 1995: 127.
153. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Kraków 2002: 15.
154. Plan Rozwoju Gminy Koźminek na lata 2004-2013.
155. Plan Rozwoju Gminy Lisków na lata 2004-2013.
156. Pope A. M., Tarlov A. R. (red.): A modele for disability and disability prevention. Institute of Medicine: Disability in America Washington DC Natinal Academy Press; 1991: 76-108.
157. Popielski K.: Zdrowie jako kategoria antropologiczno-psychologiczna. Wyd. PTP, Olsztyn 1995: 72.
158. Powiat kaliski. Folder informacyjno-gospodarczy. 2009: 4-7.
159. Prałat K.: Realizacja polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Auxilium sociale. Wsparcie społeczne 2003, (26) 2: 134-139.
160. Radochoński M.: Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną. Problemy Rodziny. 6: 6-10.
161. Rajner C., Szczygielska-Majewska M.: Wybrane zagadnienia rehabilitacji. 1992: 85-92.
162. Ranavaya M. I.: Impairment, disability and compensation in the United States, an overview. Disability 1996; 4: 1-20.
163. Rola PEFRON w systemie finansowania rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Biofron. Biuletyn informacyjny. Warszawa 2004: 4-15.

164. Ronikier A.: Rehabilitacja środowiskowa - rzeczywistość i perspektywy. Postępy rehabilitacji. 1993; 3: 99-106.
165. Rutkowska E.: Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Wyd. Czelej, Lublin 2002: 45.
166. Rzempowska J., Jerzyk-Rajbiś M. i wsp.: Czynniki socjodemograficzne a palenie tytoniu wśród niepełnosprawnych mieszkańców wsi. Przegląd Lekarski. 2010, (67): 10, 1008-1010.
167. Saczuk J.: Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej. Tom 1. Biała Podlaska 2006: 10-13.
168. Sahaj T.: Wizerunek niepełnosprawności w literaturze, kulturze wizualnej i mediach. Niepełnosprawność i rehabilitacja. 2010 (4): 157-173.
169. Schromm J., Karwat I. D.: Praca jako rodzaj rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce. Tom I. I. D. Karwat (red.). Lublin 2002: 313-317.
170. Schuntermann M. F.: The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - results and problems. Int. J. Rehabil. Res, 1996, 19, 1: 1 -11.
171. Schuntermann M. F.: The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - results and problems. Rehabilitation Stuttg. 1996: 1, 13, 35.
172. Skalska A.: Kompleksowa ocena geriatryczna W: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. T. Grodzicki, A. Kocemba, A. Skalska (red.). Via Medical, Gdańsk 2006: 68-75.
173. Skórka G.: O dofinansowaniu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. Niepełnosprawność i Rehabilitacja nr 4 2008: 43-66.
174. Skrętowicz B., Latański M.: Stan zdrowia ludności wiejskiej w Polsce. Med. Ogólna 1995; 1 (XXX): 29-36.
175. Słupczyńska E.: Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Cz. I. Pojęcia i definicje. Psychiatria Polska 1985; 3: 217-223.
176. Sobiecka J.: Opinia sportowców niepełnosprawnych o roli sportu paraolimpijskiego w ich życiu. Postępy Rehabilitacji. 1997;4: 109-117.
177. Sokołowska M., Zdrowie a społeczeństwo. Zarys wybranych problemów. Warszawa 1972: 76-97.

178. Solak A., Wardzała T. E. (red.): Praca w przestrzeni życia osób niepełnosprawnych. Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Tarnowie 2008: 167.
179. Sowa J.: Pedagogika Społeczna w zarysie. Rzeszów 1997: 47-60.
180. Speck O.: Niepełnosprawni w społeczeństwie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 210.
181. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych. 1993. [http://www.mpips.gov.pl/osoby\\_niepełnosprawne.php](http://www.mpips.gov.pl/osoby_niepełnosprawne.php)
182. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, 2: 227-233.
183. Stochmiałek J.: Społeczna integracja dorosłych osób niepełnosprawnych. W: Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. G. Dryżałowska, H. Żuraw (red.). Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004: 76 - 97.
184. Styka J.: Sytuacja osób niepełnosprawnych na obszarach wiejskich w województwie lubelskim. Raport z badań. Lublin 2001: 40-42.
185. Sufin Z.: Ludzie niepełnosprawni w Polsce w świetle badań socjologicznych. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*. 1995, 1, 143: 49-56.
186. Syrek E.: Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000: 18.
187. Syrek E.: Zdrowie. W: Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej. T. Lalak, T. Pilch (red.). Warszawa 1999: 76-97.
188. Szawłowski K., Chojnacka-Szawłowska G.: Medyczne i społeczne podstawy rehabilitacji. AM Gdańsk, Gdańsk 1990: 18-20.
189. Szmatka J.: Modele pojęciowe w teorii roli społecznej. *Studia Socjol.* 1974; 1:73-97.
190. Szumilicz T.: Funkcjonowanie zakładów pracy chronionej. W: System rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. J. Mikulski, A. Kurzynowski (red.). Warszawa 1994: 104.
191. Thomas C.: *Female Forms: Experiencing and Understanding Disability*. Buckingham: Open University Press 1999: 42-44.
192. Tokarski S.: Możliwości i potrzeby opiekuńczo-lecznicze środowiska wiejskiego Lubelszczyzny. *Zdrowie Publiczne* 2001; 1: 13-19.



193. Trzeciak K.: Problemy kształcenia zawodowego i zatrudnienia osób niepełnosprawnych w działalności organizacji pozarządowych. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, 1998: 2-3, 156-157, 65-72.
194. Tyrer P. J.: *Personality disorder and social functioning*. W: .). *Measuring Human Problems A. Practical Guide*. Chichester: Wiley and Sons Ltd. D. F. Pech, C. M. Schapiro (red.). 1990: 35-41.
195. Vasey S.: A Response to Liz Crof. „Coalition”, September 1992: 42 - 44.
196. Wapiennik E., Piotrowicz R.: Niepełnosprawny - pełnoprawny obywatel Europy. *Urząd Komitetu Integracji Europejskiej*, Warszawa 2002: 19, 47-59.
197. Waszkiewicz - Stefańska M.: Zadania Samorządu Powiatowego w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2006: 73-75.
198. Wąsiewicz E. P., Berkowska M., Bryl W., Gałęcki J., Krzyżaniak A., Wiesiołowska A., Woźniak Z.: Potrzeby rehabilitacyjne osób niepełnosprawnych na przykładzie województwa poznańskiego. *RPBR MZ IV - 8*, Poznań 1990: 18-36.
199. Wiącek G.: Osoby głuchoniewidome - społeczno-środowiskowe uwarunkowania życia. W: *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej* nr 3: 12-320.
200. Wiersana D., de Jong A., Kraaijkamp HJM Ormel J. *GSDS: The Groning Social Disabilities Schedule*. Second Verison. University of Groningen. Department of Social. Psychiatry. 1990: 263-266.
201. Więckiewicz K.: Polityka Rządu na rzecz osób niepełnosprawnych. W: *Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej. Raport I Konkursu dla Samorządowców Powiatowych*, Warszawa 2007: 50-53.
202. Williams G.: *Representing disability: Some questions of nomenclology and politics*. W: *Exploring the Divide: Illness and Disability* (red.) Barnesce., Mercer G. Leeds: Disability Press 1996: 194-212.
203. Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D.: ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego. *Orzecznictwo Lekarskie* 2010, 7:1-13.
204. World Health Organization. *Psychiatric disability asseessment schedule (WHO/DAS)* Genewa; WHO; 1988. <http://www.who/icidu/whodas/generalInfo.html>.
205. World Health Organizations. *International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF*. Genewa: WHO; 2001.

206. Woynarowska B.: Encyklopedia zdrowia. Wyd. PWN, Warszawa 2008: 28-31.
207. Woźniak Z.: Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu. Europejski Fundusz Społeczny i Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, Warszawa 2009: 25-110.
208. Woźniak Z.: Socjologiczne aspekty funkcjonowania rodziny. CPBP, Poznań 1990: 30-36.
209. Wójcik A., Radej A., Lupa K., Sieklucka-Dziuba M.: Analiza stanu zdrowia w wybranej populacji ze środowiska wiejskiego. W: Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi. I. D. Karwat, Jabłoński L. (red.). Fundacja Fuga Mundi „Norbertinum”, Lublin 2001: 125-130.
210. Young I. M.: Justice and the Politics of Difference. Princeton University Press, Princeton 1990: 11.
211. Zabłocki J. K.: Wprowadzenie do rewalidacji. Toruń 1997: 65.
212. Zalecenie nr R(92)6 Komitetu Ministrów w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych. Załącznik do zalecenia. W: Rada Europy - geneza, struktura, działalność. Biuletyn Biura Informacji Rady Europy 1(1992): 49-82.
213. Załuska M.: Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. Psychiatria Polska. 1995: 631-640.
214. Zola I. K.: Self identity and the naming question: reflections on the language of disability. „Social Science and Medicine”, 36. 1993: 167-173.
215. Zweschper H.: Sight Savers Experience In Rehabilitation. III Europea Conference on Cooperation with the Blind and Partially Sighted in the Developing Countries, Hurdal, 1994: 291-301.
216. Żuraw H.: Kwestie terminologiczne w studiach nad osobami niepełnosprawnymi - refleksja antropologiczna. W: Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce. Tom I. I. D. Karwat. (red.). Liber, Lublin 2002: 386-396.

## SPIS TABEL

TABELA 1. LICZBA MIESZKAŃCÓW W POSZCZEGÓLNYCH SOŁECTWACH W GMINIE LISKÓW. ....	46
TABELA 2. LICZBA MIESZKAŃCÓW W POSZCZEGÓLNYCH WSIACH W GMINIE KOŹMINEK.....	49
TABELA 3. STRUKTURA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W GMINIE LISKÓW. ....	50
TABELA 4. STRUKTURA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W GMINIE KOŹMINEK.....	51
TABELA 5. LICZBA OSÓB BADANYCH WEDŁUG KRYTERIUM PŁCI I WIEKU. ....	56
TABELA 6. STAN CYWILNY BADANYCH WEDŁUG KRYTERIUM PŁCI I WIEKU. ....	57
TABELA 7. WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTÓW WEDŁUG KRYTERIUM WIEKU I PŁCI. ....	59
TABELA 8. LICZBA OSÓB W RODZINIE WSPÓLNIE ZAMIESZKAŁYCH WEDŁUG PŁCI I WIEKU.....	61
TABELA 9. LICZBA DZIECI W RODZINIE WEDŁUG KRYTERIUM PŁCI I WIEKU. ....	62
TABELA 10. LICZBA POSIADANEGO PRZEZ RESPONDENTÓW RODZEŃSTWA WEDŁUG PŁCI I WIEKU.....	63
TABELA 11. RODZAJE WYSTĘPUJĄCYCH PROBLEMÓW RODZINNYCH W OPINII OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WEDŁUG PŁCI I WIEKU. ....	64
TABELA 12. SUBIEKTYWNA OCENA SYTUACJI RODZINNEJ WEDŁUG PŁCI W POSZCZEGÓLNYCH PRZEDZIAŁACH WIEKU. ....	66
TABELA 13. ŹRÓDŁA DOCHODÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH MIESZKAŃCÓW WSI.....	68
TABELA 14. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY ŹRÓDŁEM DOCHODU BADANYCH A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. ....	69
TABELA 15. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY LICZBĄ OSÓB, OD KTÓRYCH POCHODZĄ DOCHODY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. ....	70
TABELA 16. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WYSOKOŚCIĄ DOCHODU NA OSOBĘ W RODZINIE A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. ....	73

TABELA 17.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POSIADANA KWOTĄ PIENIĘDZY NA WŁASNE WYDATKI A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNA I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	75
TABELA 18.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WIELKOŚCIĄ WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNA I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	77
TABELA 19.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY PŁCIĄ A WYSTARCZALNOŚCIĄ DOCHODU NA PODSTAWOWE WYDATKI.....	79
TABELA 20.	WIEK BADANYCH A WYSTARCZALNOŚĆ DOCHODU NA PODSTAWOWE WYDATKI.....	80
TABELA 21.	WYKSZTAŁCENIE A WYSTARCZALNOŚĆ DOCHODÓW NA PODSTAWOWE WYDATKI.....	80
TABELA 22.	STAN CYWILNY BADANYCH A WYSTARCZALNOŚĆ DOCHODÓW NA PODSTAWOWE WYDATKI.....	81
TABELA 23.	PRZYCZYNA I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI A WYSTARCZALNOŚĆ DOCHODÓW NA PODSTAWOWE WYDATKI.....	81
TABELA 24.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY OCENĄ WŁASNYCH DOCHODÓW W PORÓWNANIU ZE ŚREDNIĄ KRAJOWĄ A WYKSZTAŁCENIEM BADANYCH.....	83
TABELA 25.	DOCHODY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA TLE ŚREDNIEJ KRAJOWEJ A PŁEĆ, WIEK, STAN CYWILNY, PRZYCZYNY I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI BADANYCH.....	83
TABELA 26.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SAMOOCENĄ SYTUACJI FINANSOWEJ A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNA I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	85
TABELA 27.	NIEPEŁNOSPRAWNI MIESZKAŃCY WSI A KORZYSTANIE Z POMOCY OPIEKI SPOŁECZNEJ.....	87
TABELA 28.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POSIADANIEM WŁASNEGO MIESZKANIA A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNA I WIEKIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	92
TABELA 29.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POSIADANIEM WŁASNEGO POKOJU A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	94
TABELA 30.	WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY LICZBĄ POMIESZCZEŃ MIESZKALNYCH A PŁCIĄ, WIEKIEM, POZIOMEM WYKSZTAŁCENIA, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNA I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	96

TABELA 31. WYPOSAŻENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO W PODSTAWOWE UDOGODNIENIA WG PŁCI.....	97
TABELA 32. WYPOSAŻENIE GOSPODARSTW DOMOWYCH W TRWAŁY SPRZĘT UŁATWIAJĄCY FUNKCJONOWANIE W GOSPODARSTWIE WG PŁCI.....	98
TABELA 33. WSPÓLZALEŻNOŚĆ PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z SYTUACJĄ MIESZKANIOWĄ A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I CZASEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	100
TABELA 34. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY SAMOOCENĄ STANDARDU TECHNICZNEGO MIESZKANIA A PŁCIĄ, STANEM CYWILNYM, WYKSZTAŁCENIEM, WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I PRZYCZYNĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	102
TABELA 35. CODZIENNA AKTYWNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WG PŁCI.....	106
TABELA 36. ZAPRZESTANIE PRACY Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OSOBY BADANE.....	110
TABELA 37. ZAINTERESOWANIE SZKOLENIAMI WEDŁUG PŁCI, WIEKU, WYKSZTAŁCENIA, STANU CYWILNEGO, PRZYCZYNA I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	112
TABELA 38. NAJCZĘŚCIEJ WYMIENIANE KURSY, W KTÓRYCH CHCIELIBY UCZESTNICZYĆ BADANI.....	114
TABELA 39. WIEDZA BADANYCH NA TEMAT PFRON A PLEĆ, WIEK, WYKSZTAŁCENIE, STAN CYWILNY, PRZYCZYNA I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	115
TABELA 40. SAMOOCENA SYTUACJI ZAWODOWEJ WEDŁUG WIEKU BADANYCH.....	117
TABELA 41. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY OCENĄ SYTUACJI ZAWODOWEJ BADANYCH A STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	119
TABELA 42. DO JAKICH ORGANIZACJI/ INSTYTUCJI SPOŁECZNYCH PAN/I NALEŻY? .....	123
TABELA 43. Z CZYJEJ POMOCY PAN/I NAJCZĘŚCIEJ KORZYSTA?.....	124
TABELA 44. DO JAKIEJ OSOBY W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI ZWRÓCIŁBY SIĘ BADANY O POMOC WG KRYTERIUM PŁCI?.....	125
TABELA 45. INSTYTUCJE I ORGANIZACJE NA WSPARCIE KTÓRYCH MOGĄ LICZYĆ BADANI.....	126
TABELA 46. RODZAJ OCZEKIWANEGO WSPARCIA WG KRYTERIUM PŁCI.....	128

TABELA 47. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY OCENĄ POZIOMU OFEROWANEJ POMOCY PRZEZ INSTYTUCJE A PŁCIĄ, WIEKIEM, WYKSZTAŁCENIEM, STANEM CYWILNYM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	130
TABELA 48. CO ZMIENIŁBY PAN/I W SWOIM OTOCZENIU, ABY ŻYCIE BYŁO ŁATWIEJSZE.....	131
TABELA 49. ODPOWIEDZI BADANYCH NA PYTANIE Z KTÓRYM Z PONIŻSZYCH TWIERDZEŃ ZGADZA SIĘ PAN/I WG KRYTERIUM PŁCI, WIEKU, WYKSZTAŁCENIA, STANU CYWILNEGO, PRZYCZYNY I WIEKU NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	135
TABELA 50. WSPÓLZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY OCENĄ POLITYKI PAŃSTWA WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH A PŁCIĄ, WIEKIEM, STANEM CYWILNYM, WYKSZTAŁCENIEM, PRZYCZYNĄ I WIEKIEM NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	137
TABELA 51. JAKIE SĄ MARZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH? .....	142
TABELA 52. WŁASNA OCENA SYTUACJI SPOŁECZNEJ BADANYCH WG KRYTERIUM PŁCI, WIEKU, WYKSZTAŁCENIA, STANU CYWILNEGO, PRZYCZYNY I WIEKU NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	144
TABELA 53. STRUKTURA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZE WZGLĘDU NA PRZYCZYNĘ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I WIEK BADANYCH.....	149
TABELA 54. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WG GRUP NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I PŁCI.....	149
TABELA 55. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WG STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I PŁCI.....	150
TABELA 56. WIEK W MOMENCIE POWSTANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG PŁCI BADANYCH.....	150
TABELA 57. NIEPEŁNOSPRAWNI WEDŁUG PŁCI I CZASU TRWANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	150
TABELA 58. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE KORZYSTAJĄCE Z OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ.....	152
TABELA 59. MIEJSCE LECZENIA RESPONDENTÓW.....	153
TABELA 60. OCENA DOSTĘPNOŚCI DO OPIEKI LEKARSKIEJ ZE WZGLĘDU NA WYBRANE CECHY SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE.....	154
TABELA 61. UDZIAŁ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH ZE WZGLĘDU NA WIEK, WYKSZTAŁCENIE, STAN CYWILNY, PRZYCZYNĘ I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	160

TABELA 62. POTRZEBY ZAOPATRZENIA ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNEGO I INNYCH PRZEDMIOTÓW POMOCNICZYCH WYRAŻANE PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE.....	162
TABELA 63. AKCEPTACJA WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WEDŁUG WIEKU, WYKSZTAŁCENIA, STANU CYWILNEGO, PRZYCZYNY I WIEKU NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	166
TABELA 64. SPOŻYWANIE ALKOHOLU A PŁEĆ, WIEK, WYKSZTAŁCENIE, STAN CYWILNY, PRZYCZYNA I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	172
TABELA 65. PALENIE PAPIEROSÓW A WIEK, WYKSZTAŁCENIE, STAN CYWILNY, PRZYCZYNA I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	173
TABELA 66. SAMOOCENA STANU ZDROWIA WEDŁUG PŁCI, WIEKU, WYKSZTAŁCENIA, STANU CYWILNEGO, PRZYCZYNY I WIEKU NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	175
TABELA 67. PROCENTOWY OPIS STOPNIA ZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA ZADAŃ TESTU ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO BADANEJ GRUPY WEDŁUG PŁCI.....	181
TABELA 68. STOPIEŃ SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ A WIEK, WYKSZTAŁCENIE, STAN CYWILNY, PRZYCZYNA I WIEK NABYCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	183

## SPIS RYCIN

RYC. 1. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE W GMINIE KOŹMINEK I LISKÓW.....	45
RYC. 2. STAN CYWILNY BADANYCH.....	57
RYC. 3. WYKSZTAŁCENIE RESPONDENTÓW.....	58
RYC. 4. ŁĄCZNA LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM.....	60
RYC. 5. MIESIĘCZNY DOCHÓD NA OSOBE W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BADANYCH.....	72
RYC. 6. WYSOKOŚĆ „KIESZONKOWEGO.”.....	74
RYC. 7. UDZIAŁ WYDATKÓW WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MIESIĘCZNYM BUDŻECIE DOMOWYM BADANYCH.....	76
RYC. 8. CZY DOCHODY POKRYWAJĄ PODSTAWOWE WYDATKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH?.....	79
RYC. 9. DOCHODY BADANYCH NA TLE ŚREDNIEJ KRAJOWEJ.....	82
RYC. 10. SAMOOCENA SYTUACJI FINANSOWEJ.....	84
RYC. 11. KORZYSTANIE Z OPIEKI SPOŁECZNEJ PRZEZ NIEPEŁNOSPRAWNYCH.....	86
RYC. 12. LICZBA POMIESZCZEŃ W OPINII BADANYCH.....	95
RYC. 13. OCENA STOPNIA DOSTOSOWANIA MIESZKANIA DO POTRZEB ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, SKALA 0 - 5.....	99
RYC. 14. PRACA ZAWODOWA WG PŁCI BADANYCH.....	105
RYC. 15. RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY PRZEZ PRACUJĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WG PŁCI.....	106
RYC. 16. CZY ZMIENIŁBY/ZMIENIŁABY PAN/I OBECNIE WYKONYWANĄ PRACĘ?.....	107
RYC. 17. CHEĆ PODJĘCIA PRACY PRZEZ NIEPRACUJĄCE OSOBY BADANE.....	108
RYC. 18. DLACZEGO BADANY CHCE PRACOWAĆ?.....	108
RYC. 19. POBIERANIE RENTY Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG PŁCI.....	111
RYC. 20. OCENA WŁASNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY.....	116
RYC. 21. OCENA WŁASNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY WG PŁCI.....	117
RYC. 22. SYTUACJA ZAWODOWA BADANYCH W ICH WŁASNEJ OPINII WG WYKSZTAŁCENIA.....	118



RYC. 23. CZY MA PAN/PANI PRZYJACIÓŁ I ZNAJOMYCH, Z KTÓRYMI UTRZYMUJE STAŁE KONTAKTY?.....	122
RYC. 24. JAKIE OSOBY TWORZĄ KRĄG PRZYJACIÓŁ I ZNAJOMYCH?.....	122
RYC. 25. ORGANIZACJE DO KTÓRYCH W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI BADANI ZWRÓCILI BY SIĘ O POMOC.....	127
RYC. 26. OCENA POMOCY INSTYTUCJONALNEJ PRZEZ BADANYCH. ....	129
RYC. 27. CO ZMIENIŁBY PAN/I W SWOIM OTOCZENIU, ABY ŻYCIE BYŁO ŁATWIEJSZE?.....	132
RYC. 28. CZYNNIKI DECYDUJĄCE O POZYCJI SPOŁECZNEJ W OPINII BADANYCH WG PŁCI. ....	133
RYC. 29. CZYNNIKI DECYDUJĄCE O POZYCJI SPOŁECZNEJ W OPINII BADANYCH WG KATEGORII „PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.” .....	134
RYC. 30. SPOSOBY SPĘDZANIA WOLNEGO CZASU.....	139
RYC. 31. HOBBY, ZAINTERESOWANIA.....	140
RYC. 32. HOBBY, ZAINTERESOWANIA BADANYCH WG PŁCI. ....	141
RYC. 33. OGÓLNA OCENA WŁASNEJ SYTUACJI W SPOŁECZEŃSTWIE. ....	143
RYC. 34. NIEPEŁNOSPRAWNI ZE WZGLĘDU NA PRZYCZYNĘ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG PŁCI.....	148
RYC. 35. RODZAJE PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB WYSTĘPUJĄCE NIEZALEŻNIE OD NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	151
RYC. 36. POD OPIEKĄ JAKIEGO LEKARZA POZOSTAJE BADANY.....	152
RYC. 37. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE KORZYSTAJĄCE Z REHABILITACJI MEDYCZNEJ WG PŁCI. ....	155
RYC. 38. POTRZEBA REHABILITACJI MEDYCZNEJ WG WŁASNEJ OCENY BADANYCH (N=129).....	156
RYC. 39. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WG PŁCI I PREFEROWANYCH FORM REHABILITACJI MEDYCZNEJ.....	157
RYC. 40. CZĘSTOTLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z SANATORIUM PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WG PŁCI. ....	158
RYC. 41. UCZESTNICTWO BADANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH WEDŁUG PŁCI.....	159
RYC. 42. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WEDŁUG POTRZEBY STOSOWANIA SPRZĘTU ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNEGO.....	161

RYC. 43. WPŁYW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NA STAN PSYCHICZNY BADANYCH W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI.....	163
RYC. 44. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI A CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA MYŚLI SAMOBÓJCZYCH.....	164
RYC. 45. AKCEPTACJA WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WG PŁCI BADANYCH.....	165
RYC. 46. PODEJŚCIE DO WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	167
RYC. 47. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WEDŁUG KŁOPOTÓW I TRUDNOŚCI ZE ZDROWIEM. ....	168
RYC. 48. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE WEDŁUG PŁCI I KŁOPOTÓW ZE ZDROWIEM.....	169
RYC. 49. JAK CZĘSTO PIJA PAN KAWĘ?.....	170
RYC. 50. JAK CZĘSTO PIJA PANI KAWĘ?.....	170
RYC. 51. JAK CZĘSTO ZAŻYWA PAN LEKI PRZECIWBÓLOWE?.....	171
RYC. 52. JAK CZĘSTO ZAŻYWA PANI LEKI PRZECIWBÓLOWE? .....	171
RYC. 53. SAMOOCENA STANU ZDROWIA A SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA BADANYCH.....	177
RYC. 54. NIEPEŁNOSPRAWNI WEDŁUG STOPNIA SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ I PŁCI.....	182
RYC. 55. SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA A STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI BADANYCH.....	184
RYC. 56. NIEPEŁNOSPRAWNI WEDŁUG PŁCI I KONSEKWENCJI WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. ....	186

## **XII. ANEKS**

Załącznik 1. Formularz świadomej zgody.

### **Szanowni Państwo!**

Prowadzę badania dotyczące oceny funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Jest to grupa, która dotychczas nie została wystarczająco zdiagnozowana, a jak wiadomo jej potrzeby zdrowotne, psychiczne i społeczne są bardzo zróżnicowane.

Zależy mi na Pana (i) opinii, gdyż tylko wówczas badanie moje spełni funkcję tzn. pozwoli ocenić sytuację życiową młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim.

Zbieranie wywiadu przy pomocy tego kwestionariusza ma charakter anonimowy i sposób zbierania informacji nie pozwala na identyfikację osoby odpowiadającej, a udzielone odpowiedzi posłużą do badań naukowych.

*Dziękuję za przychyłność i udzielone odpowiedzi.*

*Jadwiga Rzempowska*

Załącznik 2. Kwestionariusz wywiadu.

## **KWESTIONARIUSZ WYWIADU**

(służący ocenie funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim)

### **A. DANE SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE**

1. Płeć            K            M

2. Wiek – data urodzenia.....

3. Jakie jest Pana/i wykształcenie?

- a) wyższe
- b) średnie
- c) zasadnicze zawodowe
- d) podstawowe

### **B. SYTUACJA RODZINNA**

1. Jaki jest Pana/i stan cywilny?

- a) zamężna/zonaty
- b) wolny
- c) rozwiedziony/a
- d) wdowiec/a

2. Z kim Pan/i mieszka?

- a) sam/a
- b) z żoną (mężem)
- c) z rodzicami i rodzeństwem
- d) tylko z ojcem
- e) tylko z matką
- f) inne

3. Czy posiada Pan/i dzieci?

TAK – ile? .....

NIE

4. Czy posiada Pan/i rodzeństwo?

TAK – liczba .....

NIE

Czy utrzymuje Pan/i z nimi kontakt?

TAK - bezpośredni (wzajemne odwiedziny)  
- pośredni (telefonicznie, listowny)

NIE

6. Jaka jest łączna liczba osób w Pana/i gospodarstwie domowym?

- a) 2 osoby
- b) 3 osoby
- c) 4 osoby
- d) 5 osób
- e) 6 osób i więcej

7. Czy są jakieś problemy w rodzinie, które Pana/ą szczególnie martwią?

Tak – jakie? .....  
Nie

8. Jak ocenia Pan/i swoją sytuację rodzinną?

- a) bardzo dobrze
- b) dobra
- c) przeciętna
- d) zła
- e) bardzo zła

## C. SYTUACJA EKONOMICZNA

1. Co stanowi dla Pana/i podstawowe źródło utrzymania?

	Wysokość	Od jak dawna?
A renta		
B renta socjalna		
C zasiłek		
D praca zarobkowa		
E dochody z gospodarstwa rolnego		
F na utrzymaniu rodziny		
G inne		

2. Od ilu osób pochodzą dochody we wspólnym gospodarstwie domowym:

jednej      dwóch      trzech      więcej niż trzech

3. Wysokość Pana/i miesięcznych zarobków (dochodów), podaj właściwe:

- a) nie pokrywa moich potrzeb
- b) pokrywa w minimalnym stopniu potrzeby
- c) jest zadawalająca i pokrywa w pełni moje potrzeby

4. Jak ocenia Pan/i swoje dochody na tle średniej krajowej?

- a) znacznie niższe
- b) raczej niższe
- c) takie same (przeciętne)
- d) raczej wyższe
- e) znacznie wyższe

5. Jaka kwotę dysponuje Pan/i miesięcznie na własne wydatki?

- a) do 50 zł
- b) 51 – 100 zł
- c) 101 – 150 zł
- d) 151 – 200 zł
- e) > 200 zł

6. Jaki procent w ramach budżetu domowego stanowią wydatki wynikające z Pana/i niepełnosprawności?

- a) nie ma takich wydatków
- b) do 10%
- c) 11 – 20%
- d) 21 – 30%
- e) 31 – 40%
- f) > 40%

7. Czy korzysta Pan/i z jakiegokolwiek formy pomocy świadczonej przez opiekę społeczną?

TAK

NIE

8. Ile wynosi w Pana/i rodzinie dochód na osobę?

- a) 300 – 500 zł
- b) 500 – 700 zł
- c) 700 – 1000 i więcej

9. Jak Pan/i ocenia swoją sytuację finansową?

- a) zła
- b) przeciętna
- c) dobra

#### **D. SYTUACJA MIESZKANIOWA**

1. Czy posiada Pan/i własne mieszkanie?

TAK

NIE

2. Proszę podać liczbę pomieszczeń w Pana(i) mieszkaniu (razem z kuchnią):

.....

3. Czy posiada Pan/i własny pokój?

TAK

NIE

4. Czy w domu jest:

a) światło elektryczne

TAK

NIE

b) wodociąg

TAK

NIE

c) gaz

TAK

NIE

d) łazienka

TAK

NIE

e) kuchnia

TAK

NIE

5. Proszę powiedzieć czy w domu jest:

a) radio

b) telewizor, video, DVD

c) komputer

d) pralka automatyczna

e) lodówka

f) maszyna do szycia

g) samochód

h) rower

i) telefon

j) możliwość korzystania z Internetu

k) inne

6. Jak ocenia Pan/i stopień dostosowania mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności?

- a) niepełnosprawność nie wymaga dostosowania
- b) brak dostosowania
- c) częściowe dostosowanie
- d) wystarczające
- e) dobre
- f) maksymalne dostosowanie

7. Jakich modyfikacji wymaga Pana/i mieszkanie ?

- a) nie wymaga
- b) .....
- .....

8. Czy ma Pan/i problemy związane z sytuacją mieszkaniową?

- a) nie mam problemów
- b) brak własnego mieszkania
- c) za małe mieszkanie
- d) brak środków na remont
- e) inne

9. Jak Pan/i ocenia Pan/i standard techniczny swojego mieszkania?

- a) dobry
- b) średni
- c) zły

## **E. FUNKCJONOWANIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SFERZE ZAWODOWEJ**

1. Jaka jest Pana/i codzienna aktywność? Co Pan/i robi?

- a) uczę się
- b) pracuję zawodowo
- c) prowadzę gospodarstwo rolne
- d) prowadzę dom
- e) inne



2. Czy wskutek zaistniałej niesprawności zmuszony Pan/i został/a do zmiany pracy?
- TAK NIE
3. Czy z powodu niepełnosprawności musiał Pan/i zaprzestać pracy?
- TAK NIE
4. Czy wskutek zaistniałej niepełnosprawności zmuszony Pan/i został/a pobierać rentę?
- TAK – jaką?..... NIE
5. Czy w związku ze swoją niepełnosprawnością korzystał/a Pan/i z kursów w celu podniesienia kwalifikacji, a może przekwalifikowania?
- TAK NIE
6. Czy skorzystał by Pan/i z takiego kursu, gdyby ono zagwarantowało zatrudnienie?
- a) tak  
b) raczej tak  
c) raczej nie  
d) nie  
e) nie wiem
7. W jakich kursach chciałby Pan/i uczestniczyć?
- .....  
.....
8. Czy korzystał Pan/i z pomocy w formie pożyczki udzielanej przez PFRON na własną przedsiębiorczość (samozatrudnienie)?
- TAK NIE
9. Czy słyszał Pan/i o takich pożyczkach?
- TAK NIE
10. Czy pracuje Pan/i zawodowo?
- TAK NIE

(pytania tylko dla osób aktywnych zawodowo)

11. Czy pracuje Pan/i w wyuczonym zawodzie?

TAK

NIE

2. Czy pracuje Pan/i zawodowo w:

- a) w firmie sektora państwowego – gdzie?.....
- b) w tak zwanej budżetówce – gdzie?.....
- c) firmie prywatnej – typ firmy.....
- d) zakład pracy chronionej
- e) gospodarstwo rolne
- f) inne

13. proszę określić jaką pracę Pan/i obecnie wykonuje?

- a) praca umysłowa
- b) praca fizyczna
- c) inna
- d) nie pracuję

14. Czy zmieniłby Pan/i obecnie wykonywaną pracę?

- a) tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) nie
- e) nie wiem

15. Czy chce Pan/i pracować?

- a) tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) nie
- e) nie wiem

16. Jeśli tak to dlaczego chce Pan/i pracować?

.....  
.....  
.....  
.....

17. Jak generalnie ocenia Pan(i) swoją sytuację zawodową?

- a) bardzo zła
- b) zła
- c) przeciętna
- d) dobra
- e) bardzo dobra
- f) nie wiem

## F. SYTUACJA SPOŁECZNA

1. Czy ma Pan/i przyjaciół wśród innych ludzi, z którymi utrzymuje kontakty towarzyskie?

- a) tak - wiele osób
- b) tak tylko kilku
- c) jedną osobę
- d) nie mam nikogo

2. Jakie osoby tworzą krąg przyjaciół i znajomych?

- a) spośród osób niepełnosprawnych
- b) spośród osób sprawnych
- d) różni
- e) nie mam nikogo

3. Do jakich organizacji i instytucji społecznych Pan/i należy?

- a) nie należę do żadnych
- b) .....
- .....

4. Na wsparcie kogo, których osób może Pan/i liczyć?

.....  
.....  
.....  
.....

5. Na wsparcie jakiej instytucji Pan/i może liczyć?

.....  
.....  
.....  
.....

6. Z czyjej pomocy Pan/i najczęściej korzysta?

.....

7. Do jakiej osoby w pierwszej kolejności zwróciłby się Pan/i o pomoc?

.....

8. Do jakiej instytucji w pierwszej kolejności zwróciłby się Pan/i o pomoc?

.....

9. Na jaki rodzaj wsparcia Pan/i oczekuje?

- a) ekonomiczne (materialne, finansowe, usługowe)
- b) informacyjne
- c) emocjonalne
- d) wsparcie w rozwoju
- e) nie oczekuję żadnego wsparcia

10. Czy poziom oferowanej Panu/i pomocy przez powołane do tego celu instytucje jest:

- a) bardzo dobry
- b) dobry
- c) zadawala
- d) zły
- e) bardzo zły
- f) nie wiem

11. Co zmieniłby Pan/i w swoim otoczeniu, aby życie było łatwiejsze?

.....

12. Co według Pana/i decyduje o pozycji społecznej?

- a) wykształcenie
- b) własna solidna praca
- c) własna inicjatywa i przedsiębiorczość
- d) zamożność rodziców
- e) protekcja
- f) inne

13. Kto Pana/i zdaniem ma największy wpływ na zmianę Pana/i sytuacji życiowej?

.....  
.....  
.....

14. Z którym z poniższych stwierdzeń na pański temat zgadza się Pan/i?

- a) zrobię wszystko, by poprawić swój los
- b) nie mam wpływu na własny los
- c) nie wiem

15. Jak ocenia Pan/i politykę państwa wobec osób niepełnosprawnych?

- a) źle
- b) bardzo źle
- c) dobrze
- d) nie wiem

16. Jak ogólnie ocenia Pan/i własną sytuację w społeczeństwie?

- a) bardzo dobra
- b) dobra
- c) przeciętna
- d) zła
- e) bardzo zła
- f) trudno powiedzieć

## **G. SYTUACJA ZDROWOTNA**

*Poniżej znajdują się pytania dotyczące Państwa zdrowia. Udzielenie odpowiedzi pomoże zorientować się jak się Państwo czują i jak potrafią wykonywać zwykłe czynności.*

1. Proszę podać typ Pana/i ograniczenia czy jest to:

- a) niepełnosprawność ruchowa
- b) zaburzenia słuchu, wzroku, mowy
- c) niepełnosprawność będąca rezultatem choroby somatycznej –  
jakiej?.....
- d) niepełnosprawność będąca rezultatem urazu –  
jakiego?.....
- e) inne

2. Proszę podać wiek nabycia przez Pana/ą niepełnosprawności:
- a) od urodzenia
  - b) .....
  - c) nie pamiętam
3. Jaki stopień niepełnosprawności Pan/i posiada?
- a) znaczny
  - b) umiarkowany
  - c) lekki
  - d) inne
4. Czy poza niepełnosprawnością choruje Pan/i na inną chorobę przewlekłą?
- a) tak jaką?
  - b) nie
  - c) nie wiem
5. Czy pozostaje Pan/i pod opieką lekarską?
- a) tak
  - b) nie
  - c) inne
6. Czy jest to opieka:
- a) stała
  - b) okresowa
  - c) inne
7. Pod opieką jakiego lekarza Pan/i pozostaje?
- a) lekarza rodzinnego
  - b) lekarza specjalisty jakiego?.....
  - c) inne
  - d) nie korzystam
8. Czy są to świadczenia?
- a) w ramach NFZ
  - b) gabinet prywatny
  - c) różnie
  - d) inne
  - e) nie korzystam w ogóle

9. Jak ocenia Pan/i dostępność do opieki lekarskiej?

- a) źle
- b) raczej źle
- c) jest wystarczająca
- d) dobrze
- e) nie wiem

10. Czy korzysta Pan/i z jakich form rehabilitacji medycznej?

- a) tak
- b) nie
- c) inne

11. Czy Pan/i ma potrzebę korzystania z rehabilitacji medycznej?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

12. Z jakiej formy rehabilitacji chciałby Pan/i skorzystać?

- a) środowiskowej
- b) szpitalnej
- c) sanatoryjnej
- d) innej (jakiej?).....
- e) nie wiem

13. Czy korzystał Pan/i z leczenia i rehabilitacji w sanatorium?

- a) tak
- b) nie

14. Czy Panu /i proponowano taką formę rehabilitacji?

- a) tak
- b) nie
- c) inne

15. Czy był Pan/i na Turnusie Rehabilitacyjnym?

- a) tak – wiele razy
- b) tylko raz
- c) nigdy

16. Jak Pan/i ocenia dostępność do ośrodków rehabilitacyjnych i różnych form rehabilitacji w swoim środowisku?

- a) źle
- b) raczej źle
- c) dobrze
- d) raczej dobrze
- e) nie mam rozeznania

17. Czy musi Pan/i korzystać ze sprzętu i pomocy rehabilitacyjnych?

- a) cały czas
- b) tylko w niektórych sytuacjach
- c) nie

18. Czy posiada Pan/i taki sprzęt?

- a) tak
- b) nie – dlaczego?.....

19. Jaki sprzęt, czy pomoce są Panu/i najbardziej potrzebne?

.....  
.....

20. Jeżeli ma Pan/i kłopoty z chodzeniem to proszę podać w jaki sposób Pan/i zmienia miejsce?

- a) samodzielnie
- b) o kulach
- c) na wózku
- d) przy pomocy innych osób
- e) inne

21. Czy posiadana niepełnosprawność wpływa na Pana/i stan psychiczny?

- a) tak – bardzo często
- b) czasami
- c) nie
- d) nie wiem



22. Czy odczuwa Pan/i takie stany jak:

- a) samotność
- b) że jest ciężarem dla innych
- c) wszystko stracone
- d) życie nie ma sensu
- e) inne

23. Czy tym reakcją towarzyszą lub towarzyszyły myśli samobójcze?

- a) tak często
- b) czasami
- c) nigdy

24. Zachowania prozdrowotne. Jak często Pan/i pije?

	kawa	alkohol	pali papierosy
bardzo często			
często			
czasami			
rzadko			
nigdy			

25. Jak często zażywa Pan/i leki przeciwbólowe?

- a) często
- b) czasami
- c) nigdy

27. Czy ma Pan/i kłopoty:

- a) z widzeniem
- b) ze słyszeniem
- c) z mówieniem
- d) z pamięcią
- e) ze snem
- f) inne

28. W jakim stopniu akceptuje Pan/i swoją niepełnosprawność?

- a) całkowicie akceptuję
- b) nie zupełnie
- c) nie potrafię zaakceptować
- d) nie wiem

29. Czy niepełnosprawność powoduje ograniczenia w Pana/i życiu?

- a) tak - jakie?.....
- b) nie

30. Ogólnie powiedzieliby Państwo, że ich zdrowie jest:

- a) doskonale
- b) bardzo dobre
- c) dobre
- d) nie złe
- e) złe

## **H. CZAS WOLNY, HOBBY, ZAINTERESOWANIA**

1. Czym się Pan/i najczęściej zajmuje?

.....  
.....

2. Czy posiada Pan/i jakieś hobby, zainteresowania?

TAK – jakie? ..... NIE

3. Czy interesuje się Pan/i polityką?

TAK ..... NIE

4. O czym Pan/i najczęściej marzy?

.....  
.....  
.....  
.....

Załącznik 3. Skala Lawtona.

**SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO  
( SKALA LAWTONA ) – IADL**

1. Czy potrafisz korzystać z telefonu ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = zupełnie nie jesteś w stanie korzystać

2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań

3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów

4. Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = nie jesteś w stanie

5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = zupełnie nie jesteś w stanie

6. Czy możesz samodzielnie majsterkować ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = nie jesteś w stanie

7. Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy (ręcznie bądź w pralce)?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = nie jesteś w stanie

8. Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = nie jesteś w stanie

9. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi ?

3 = bez pomocy

2 = z niewielką pomocą

1 = nie jesteś w stanie

Wynik końcowy...../27

*Max. 27 punktów. Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.*