

Problemy życiowe osób niepełnosprawnych na tle uwarunkowań socjodemograficznych

Life problems of the disabled in the aspect of socio-demographic factors

¹Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, Collegium Medicum, Bydgoszcz

²Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Bydgoszcz

KEY WORDS

life problems, disability, everyday life, socio-demographic factors

SUMMARY

Introduction. Disability still constitutes a serious social and medical problem and limits a person's functioning in numerous crucial fields of everyday life.

Aim. The aim of this work was to develop knowledge of various fields of everyday life of the disabled in the aspect of socio-demographic factors.

Material and methods. The research was conducted among 81 patients (aged 18-80) of the Rehabilitation Ward of the 10th Military Research Hospital with Polyclinic of Independent Public Health Care in Bydgoszcz. More than 90% of the surveyed were in the age group of 18-35. Self-made questionnaire was used as a research tool. The inclusion in the study decided to adopt a disabled person over 18 the age of the 10th Military Research Hospital with Polyclinic of Independent Public Health Care in Bydgoszcz. Study was carried out completely anonymous and random.

Results. In the investigated group (n = 81) a physical disability constituted the dominant type of disability (53.1%). When applying statistical tests, a number of correlations were found. Education, place of residence and material status turned out to be the most differentiating factors. Statistical analysis proved disable people with higher degree or those living in cities, mostly bigger ones, to be in a better life situation. Only 16% of respondents reported no architectural barriers. However, the following were listed by others as the architectural barriers: urban barriers, curbs, doorstep, stairs, bathroom facilities. Over 67% experience lack of tolerance from the society. 60% of the surveyed are professionally active.

Conclusions. The below should be granted to the disabled: 1. good conditions for constant development, education and raising their qualifications; 2. improvement of their housing and social conditions, especially in small towns and villages; 3. elimination of architectural barriers, especially in small towns and villages.

WSTĘP

Niepełnosprawność w literaturze przedmiotu bywa różnie definiowana. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa niepełnosprawność jako „wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanym w otoczeniu fizycznym i społecznym” (1). Niepełnosprawność stanowi poważny problem socjomedyczny współczesnych czasów. Skala tego zjawiska wykazuje w Polsce tendencje wzrostowe (2, 3). Z doniesień wynika,

że w naszym kraju mamy obecnie prawie 3,4 miliona osób niepełnosprawnych w wieku powyżej 15. roku życia, z czego 2,1 miliona stanowią osoby w wieku produkcyjnym (4). Przyczyn wzrostu liczby osób niepełnosprawnych należy upatrywać w przemianach demograficznych, skutkach schorzeń cywilizacyjnych (otyłość, udary mózgu) oraz niskiej aktywności fizycznej (komputeryzacja stanowisk pracy, rozwój motoryzacji). Warto podkreślić, że główną przyczyną niepełnosprawności w populacji osób po 40. roku życia jest udar mózgu (5). Przemiany demograficzne, jakie zachodzą we współczesnym świecie, pociągają za sobą wyraźny

wzrost odsetka osób starszych, a tym samym schorzeń przewlekłych, prowadzących do ograniczenia mobilności, zniedołężnienia i niepełnosprawności.

Z badań niemieckich przeprowadzonych na dużej grupie osób starszych ($n = 4117$) wynika, że u blisko co drugiej osoby występowała niepełnosprawność (44,7%). Szczególnie dotyczyła kobiet, osób o niskich dochodach, cierpiących na choroby stawów lub oczu (6). Wymienione czynniki mogą być prognostykami niepełnosprawności nabytej i stanowić cenne źródło kierunku działań profilaktycznych.

Wśród innych przyczyn prowadzących do niepełnosprawności wymienia się ponadto: przesunięte macierzyństwo, ekodramat, postęp medycyny, który powoduje wydłużenie życia, a co za tym idzie perspektywicznie wzrost odsetka osób z niepełnosprawnością, duże rozwarstwienie grup społecznych i związaną z nim pauperyzację, która wpływa na ograniczenia w korzystaniu z usług medycznych (2). W grupie osób niepełnosprawnych znajdują się także ludzie młodzi z wadą wrodzoną oraz po różnego rodzaju doznanych urazach (wypadki komunikacyjne, budowlane, skoki do wody itp.).

Niepełnosprawność znajduje swoje niekorzystne odzwierciedlenie w jakości życia (7). Osoby niepełnosprawne doświadczają złożonych problemów w wielu ważnych obszarach codziennego funkcjonowania.

Największą grupę wśród osób niepełnosprawnych stanowią osoby z dysfunkcją narządu ruchu (8). Według doniesień badawczych spadek mobilności w większym stopniu rzutuje na jakość życia niż wielość schorzeń przewlekłych (7).

Ze względu na uszkodzenie i istniejące deficyty wyróżnia się trzy grupy osób niepełnosprawnych: osoby z deficytami sensorycznymi (słuch, wzrok), z ograniczeniami w poruszaniu się i z ograniczeniami w sferze psychicznej (1).

Osoby niepełnosprawne napotykać na bariery (urbaniistyczne, komunikacyjne, organizacyjne), których skutkiem jest wycofanie się tej grupy osób z różnych form aktywności (1). Zdaniem socjologów w minimalizowaniu barier powinno się przestrzegać trzech zasad: stwarzania formy zachęty do organizowania przestrzeni bez barier, kompleksowej koordynacji działań oraz sankcji (1).

Osoby niepełnosprawne są jedną z grup społecznych najbardziej doświadczających marginalizacji (9). W krajach Unii Europejskiej od 2001 roku podejmowane są działania zapobiegające ubóstwu i społecznemu wykluczeniu (9). Z doniesień empirycznych wynika, że stygmatyzacja dotyczy także ich opiekunów (10). Dlatego bardzo pożądane są różne formy wsparcia, zarówno osób niepełnosprawnych, jak i ich opiekunów. Należy przełamywać stereotypy tkwiące w świadomości osób niepełnosprawnych. Ważną rolę mają tu do spełnienia instytucje o charakterze pomocowym i doradczym (11). Jak wynika z przeglądu doniesień, doświadczanie marginalizacji przez osoby niepełnosprawne wyznaczają: sytuacja materialna, poczucie bezsilności i krzywdzące stereotypy (12). Bezrobocie i wynikające z tego faktu trudności finansowe to krótka droga, aby znaleźć się na marginesie życia społecznego (8). Z piśmiennictwa wynika, że wyższy status społeczny wyznacza bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (13). W stosunku do osób niepełnosprawnych przeważa postawa unikająca (14).

Pozytywne postawy częściej przejawiają osoby młodsze oraz kobiety (8).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za III kwartał 2011 roku aktywnych zawodowo jest tylko 27,3% osób niepełnosprawnych (4). Według doniesień wskaźnik aktywności zawodowej w grupie osób niepełnosprawnych w Polsce jest jednym z najniższych spośród krajów europejskich (15, 16). W Unii Europejskiej wynosi on około 50% (4). Dąży się do uzyskania wskaźnika oscylującego na poziomie 40%, zbliżonego do pozostałych państw Unii (17). Przyczyn bezrobocia wśród niepełnosprawnych upatruje się w barierach systemowych, w zakresie przepisów prawnych oraz procesie kształcenia (4).

CEL PRACY

Celem pracy było ukazanie istotnych problemów obrazujących sytuację życiową osób niepełnosprawnych w ważnych sferach życia na tle uwarunkowań socjodemograficznych oraz poszukiwanie w tym zakresie zależności korelacyjnych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2010 roku w grupie 81 pacjentów (37 kobiet i 44 mężczyzn) Oddziału Rehabilitacji 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Zakres wieku badanych wyniósł 18-80 lat, jednak przeważająca większość to osoby w wieku 18-35 lat. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety (31 pytań). Ankieta dotyczyła ważnych obszarów codziennego funkcjonowania osób niepełnosprawnych, w tym danych socjodemograficznych. O włączeniu do badań zdecydowało przyjęcie osoby niepełnosprawnej powyżej 18. roku życia do Oddziału Rehabilitacji 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB/110/2010).

Analizę statystyczną przeprowadzono w programie STATISTICA 6.0. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Wartości powyżej uznano za nieistotne statystycznie.

WYNIKI

Uczestniczące w badaniu osoby niepełnosprawne to głównie ludzie młodzi (95,1%). W badanej grupie osób ($n = 81$) dominowało średnie wykształcenie (40,7%), w dalszej kolejności: zawodowe (25,9%), wyższe (6,2%) i podstawowe (6,2%). Większość chorych mieszkała w mieście (72,8%), z tego prawie 20% w dużej aglomeracji miejskiej (pow. 100 tys. mieszkańców). Ze środowiska wiejskiego pochodziło 27,2% badanych. Co drugi niepełnosprawny pacjent mieszkał w bloku, 40% – w domku jednorodzinny, prawie 9% – w domu pomocy społecznej i pozostałe nieliczne osoby w innych placówkach. Co trzecia osoba mieszkała z małżonkiem, prawie 30% z partnerem życiowym, samotnie – 20%. Pozostałe osoby zamieszkiwały z dziećmi.

U ponad połowy pacjentów występowała niepełnosprawność nabyta (60,5%), w pozostałych przypadkach – wrodzona (39,5%). Wśród ankietowanych głównym rodzajem niepełnosprawności była dysfunkcja narządu

ruchu (53,1%), prawie 20% stanowiła niepełnosprawność spowodowana ogólnym stanem zdrowia, dla 13,6% była to dysfunkcja narządu słuchu i mowy. W pozostałych przypadkach (ponad 13%) – dotyczyła narządu wzroku.

Ponad połowa badanych (60,5%) była aktywna zawodowo. Większość wykonywała pracę biurową (37%) i fizyczną (23,5%), pozostali respondenci – pracę zleconą/chałupniczą w warunkach domowych. Blisko połowa ankietowanych pracowała w wymiarze tygodniowym 25-35 godzin, pozostali – w wymiarze krótszym niż 25 godzin. Nieomal wszyscy aktywni zawodowo mieli wcześniej problemy z podjęciem pracy (59,3%). Wykazano istotną korelację pomiędzy wykształceniem a aktywnością zawodową ($r = -0,3083$, $p = 0,0051$) oraz wykształceniem a problemami z podjęciem pracy ($r = 0,2369$, $p = 0,0333$). Wśród osób aktywnych zawodowo, najwięcej było z wykształceniem wyższym (81,8%), najmniej z podstawowym (40%). Podobnie też, najmniej problemów z podjęciem pracy mieli respondenci deklarujący wykształcenie wyższe. Największe trudności przy podjęciu pracy miały osoby mieszkające z dziećmi (100%), a najmniejsze – pozostające w związku partnerskim (37,5%). Najwięcej badanych określiło swoją sytuację materialną jako przeciętną – 50,6%, dobrą – 29,6%, pozostali respondenci – jako złą. Odnotowano istotną statystycznie niską zależność poziomu wykształcenia i sytuacji materialnej ($r = -0,2486$, $p = 0,0252$) oraz wykształcenia i zadowolenia z miesięcznych dochodów ($r = -0,2782$, $p = 0,0119$). W najkorzystniejszej sytuacji finansowej byli badani z wykształceniem średnim, w najtrudniejszej – osoby z wykształceniem zawodowym. Analogiczna sytuacja była w przypadku zadowolenia z miesięcznych dochodów. Na podstawie testu Kruskala-Wallisa wykazano istotne statystycznie różnice w grupach zamieszkiwania dotyczące oceny sytuacji materialnej i zadowolenia z miesięcznych dochodów ($H = 12,6918$, $df = 3$, $n = 81$, $p = 0,0054$). Najlepiej swoją sytuację finansową ocenili badani mieszkający z partnerem/partnerką, najgorzej – mieszkający z dziećmi.

Większość ankietowanych spotyka się na co dzień z barierami architektonicznymi. Rodzaj napotykaných barier architektonicznych w środowisku zamieszkania i poza nim szczegółowo obrazują tabele 1 i 2. Większość badanych (63%) była średnio zadowolona z warunków mieszkaniowych. Całkowicie zadowolonych było prawie 20% respondentów. Pozostali byli zdecydowanie niezadowoleni. Odnotowano istotną statystycznie korelację pomiędzy wykształceniem a zadowoleniem z warunków mieszkaniowych ($r = -0,3270$; $p = 0,0029$). Najbardziej zadowoleni w tym zakresie byli respondenci z wykształceniem wyższym, najmniej – z zawodowym.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono istotną różnicę pomiędzy miejscem zamieszkania (ze względu na liczbę mieszkańców) a częstością występowania barier architektonicznych ($H = 13,7584$, $df = 4$, $n = 81$, $p = 0,0081$). Najczęściej bariery architektoniczne napotykali badani mieszkający w mieście do 50 tys. mieszkańców i w mieście do 10 tys. mieszkańców, a najrzadziej mieszkańcy dużego miasta powyżej 100 tys. mieszkańców. Co drugi mieszkaniec (55%) dużego miasta nie doświadczał takich trudności. Przeważająca większość ankietowanych zamiesz-

Tabela 1. Rodzaj barier architektonicznych w środowisku zamieszkania osób niepełnosprawnych.

Rodzaj barier	n (%)
Armatura sanitarna	17 (21,0)
Wyposażenie kuchni	13 (16,0)
Progi	26 (32,1)
Schody	16 (19,8)
Wąskie futryny	3 (3,7)
Pochylenia	4 (4,9)
Inne	2 (2,5)
Razem	81 (100)

Tabela 2. Rodzaj barier architektonicznych poza miejscem zamieszkania osób niepełnosprawnych.

Rodzaj barier	n (%)
Krawężniki	32 (39,5)
Pojedyncze stopnie	5 (6,2)
Schody	22 (27,2)
Brak pojazdów	10 (12,3)
Brak windy	6 (7,4)
Brak miejsc sanitarnych dla osób niepełnosprawnych	1 (1,2)
Brak sygnalizacji i oznakowania	2 (2,5)
Inne	3 (3,7)
Razem	81 (100)

kująca z dziećmi zgłaszała skargi na występowanie w ich środowisku zamieszkania barier architektonicznych (83,6%). Zniesienia barier komunikacyjnych najbardziej oczekują osoby mieszkające samotnie (68,8%). Częściej – w ocenie subiektywnej – napotykają na bariery architektoniczne osoby z niepełnosprawnością nabytą (88,5%) niż z dysfunkcją wrodzoną (75%). Odnotowano też istotne różnice zadowolenia z warunków mieszkaniowych mieszkańców miast i wsi ($H = 10,9777$, $df = 4$, $n = 81$, $p = 0,0268$). Generalnie mieszkańcy miast, niezależnie od liczby mieszkańców, byli bardziej zadowoleni z warunków mieszkaniowych niż mieszkańcy wsi. Co druga badana osoba (50%) zamieszkująca na wsi oczekiwała poprawy warunków sanitarnych.

Ponad połowa badanych (60,5%) korzystała w ostatnich trzech miesiącach z pomocy lekarskiej 1-5 razy, pozostali – częściej. Najwięcej ankietowanych korzystało z usług medycznych w przychodni (46,9%), najmniej – z turnusów rehabilitacyjnych (13,6%). Wykazano istotną korelację pomiędzy wykształceniem a częstością korzystania z pomocy lekarskiej ($r = -0,2948$, $p = 0,0075$). W okresie ostatnich trzech miesięcy najczęściej z wizyt lekarskich korzystało osób z wykształceniem podstawowym, najmniej – z wykształceniem wyższym. Na podstawie testu Kruskala-Wallisa odnotowano różnicę pomiędzy wielkością miasta a korzystaniem z pomocy lekarskiej ($H = 11,7453$, $df = 4$, $n = 81$, $p = 0,0194$). Rzadziej z pomocy lekarskiej korzystali mieszkańcy dużego miasta niż małych miast/miejscowości.

Wykazano istotną korelację pomiędzy wykształceniem a stopniem akceptacji niepełnosprawności ($r = -0,2688$, $p = 0,0153$) oraz pomiędzy wykształceniem a wsparciem społecznym ($r = -0,2994$, $p = 0,0066$). Największą akceptację swojej niepełnosprawności zadeklarowały osoby z wykształceniem średnim (84,8%), najmniejszą – z wykształceniem podstawowym (40%). Analogiczną zależność stwierdzono w zakresie otrzymywanego wsparcia. Tylko nieliczne osoby (8,6%) zgłaszały brak wsparcia.

Na podstawie testu Kruskala-Wallisa stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a wielkością (pod względem liczby mieszkańców) miejsca zamieszkania ($H = 16,5275$, $df = 4$, $n = 81$, $p = 0,0024$). W największym stopniu swoją niepełnosprawność zaakceptowali mieszkańcy dużego miasta.

Tylko 1/3 respondentów nie spotykała się z przejawami nietolerancji ze strony otoczenia (tab. 3). Na podstawie testu Kruskala-Wallisa wykazano istotne różnice w doświadczaniu nietolerancji otoczenia a wielkością miasta/wsi ($H = 16,9505$, $df = 4$, $n = 81$, $p = 0,0020$). Najczęściej z takim problemem spotykają się mieszkańcy małych miast, a najrzadziej – dużej aglomeracji miejskiej.

Tabela 3. Doświadczanie nietolerancji spowodowanej niepełnosprawnością.

Nietolerancja	n (%)
Tak, często	18 (22,2)
Tak, czasami	37 (45,7)
Nie	26 (32,1)
Razem	81 (100)

Ponad 3/4 ankietowanych (77,8%) uprawiała aktywność fizyczną, przy czym częściej osoby z wykształceniem wyższym i średnim. Najczęstszą formą aktywności fizycznej były spacery. Co druga badana osoba deklarowała podnoszenie kwalifikacji zawodowych (56,8%). Wśród najczęściej wymienianych form doskonalących znalazły się kursy kwalifikacyjne (24,7%) i studia wyższe (13,6%). Co piąta badana osoba nie korzystała z internetu. Nieco ponad połowa ankietowanych deklarowała uczestnictwo w różnych formach życia kulturalnego (54,3%), jednak najczęściej były to osoby z wykształceniem wyższym.

Analiza statystyczna nie wykazała wpływu płci na problemy w codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych.

DYSKUSJA

Nasze badania doprowadziły do kilku istotnych spostrzeżeń, które korespondują z doniesieniami niektórych autorów. Dowiodły, że sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych w głównej mierze zależy od poziomu wykształcenia, który wyznacza status społeczny i jego konsekwencje. Niski poziom wykształcenia powoduje utrudniony dostęp do aktywności zawodowej, zwłaszcza w czasach bezrobocia istniejącego na rynku pracy. To z kolei kształtuje trudną sytuację bytową. Należy w pełni zgodzić się z doniesieniami Pawłowskiej-Cyprysiak i wsp. (18), że wyższy poziom wykształcenia zwiększa szansę na rynku pracy, wiąże się z wyż-

szą świadomością i jest czynnikiem, który sprzyja wyższej jakości życia. Badania wyraźnie dowiodły, że w najtrudniejszej sytuacji życiowej znajdują się osoby niepełnosprawne z niskim poziomem wykształcenia zamieszkujące w małych miejscowościach, często bez większych perspektyw na poprawę swojej sytuacji życiowej. W małych miejscowościach osoby niepełnosprawne są bardziej narażone na ryzyko stygmatyzacji (18). W mniejszym stopniu niż mieszkańcy dużej aglomeracji miejskiej akceptują swoją niepełnosprawność. Ponadto badania dowiodły, że osoby zamieszkujące w małych miejscowościach częściej napotykają na bariery architektoniczne i doświadczają braku tolerancji ze strony otoczenia. Najważniejsze wnioski z naszych badań korespondują z doniesieniami Pawłowskiej-Cyprysiak i wsp. (18), którzy wykazali, że niski poziom wykształcenia i zamieszkiwanie w małych miejscowościach kształtują niską jakość życia w grupie osób niepełnosprawnych. Duże aglomeracje miejskie w znacznie większym stopniu pozbawione są barier architektonicznych, o czym dowodzą wyniki naszych badań. Nowe budownictwo mieszkaniowe, jak i budownictwo użytku publicznego projektuje się już na potrzeby osób niepełnosprawnych.

Szansą na poprawę sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych są zatem studia wyższe (11). Wyraźnie o tym dowodzą przeprowadzone przez nas badania. Osoby lepiej wykształcone generalnie doświadczały w życiu codziennym mniej problemów. Ich wyższy status społeczny wiązał się z korzystniejszą sytuacją materialną. Osoby te, zwłaszcza mieszkające w mieście, były bardziej zadowolone z warunków mieszkaniowych, lepiej zaakceptowały swoją dysfunkcję zdrowotną i w większym stopniu mogły liczyć na wsparcie otoczenia, szczególnie osoby posiadające małżonka lub partnera życiowego. W gorszej sytuacji życiowej były osoby samotne i/lub wychowujące małe dzieci.

Warto podkreślić, że przyszłym absolwentom wyższej uczelni z pomocą przychodzą akademickie biura karier, które zwiększają umiejętność sprawnego poszukiwania pracy (11). Edukacja na poziomie wyższym kształtuje ponadto kreatywność, przedsiębiorczość, innowacyjność, odpowiedzialność za siebie, wzmacnia pozytywną samoocenę – cechy jakże pożądane na obecnie zauważalnie „kurczącym” się rynku pracy. Nowoczesne technologie coraz częściej zastępują pracę fizyczną, a to wymusza na pracowniku konieczność ustawicznego doskonalenia się i solidnego przygotowania merytorycznego. W naszych badaniach 40% respondentów było nieaktywnych zawodowo, przy czym nieomal wszystkie osoby pracujące przyznały, że wcześniej miały problemy z jej podjęciem. Wskaźnik zatrudnienia w naszej grupie respondentów ($n = 81$) na poziomie 60% można uznać za dość optymistyczny. Mogło to wynikać z faktu, że 40% badanych miało średnie wykształcenie, a 6,3% wyższe. W badaniach Olszak-Krzyżanowskiej (8) na próbie badawczej $n = 100$ wskaźnik aktywnych zawodowo oscylował na granicy nieco ponad 25%, czyli w porównaniu do naszych wyników był niski.

Nowe technologie informatyczne stwarzają dodatkowe szanse dla osób niepełnosprawnych, jak np. możliwość kształcenia zdalnego (e-learning) czy perspektywa zatrudnienia na odległość. Zwiększa to możliwości

szybkiego komunikowania się, redukuje granice i czyni świat bardziej otwartym na wiele życiowych możliwości. Dlatego w pełni należy zgodzić się, że bardzo ważną kwestią jest poczucie odpowiedzialności za siebie i własny rozwój oraz życie społeczne (19). Nieco ponad połowa naszych respondentów deklarowała podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych.

Największe szanse na rynku pracy mają osoby z wykształceniem wyższym oraz z lekkim stopniem niepełnosprawności (20), co potwierdzają nasze badania. Brak pracy wyraźnie obniża standard życia oraz stopień zaspokojenia potrzeb, co niekorzystnie wpływa na jakość życia. Obniżenie standardu życia zwiększa poczucie wyobcowania i marginalizacji (20). Powoduje spadek motywacji do podejmowania działań w kierunku zmian na lepsze, a nawet brak sensu życia. Wówczas może skutkować to poczuciem opuszczenia, samotnością, chorobą psychiczną, poważnymi problemami radzenia sobie ze stresem prowadzącymi w skrajnych przypadkach do prób samobójczych (20). W naszych badaniach przejawy nietolerancji ze strony otoczenia częściej dotyczyły mieszkańców małych miejscowości. Osoby te częściej uskarżały się na istnienie w ich środowisku zamieszkania barier architektonicznych. Większość z nich oczekiwała poprawy warunków sanitarnych. W badaniach Kowala (21) również znaczący odsetek osób niepełnosprawnych (40%) wskazał tego typu oczekiwania.

Badania dowiodły, że generalnie nadal dużym problemem w codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych są bariery komunikacyjne, krawężniki, progi, schody, armatura sanitarna. Schody to zdaniem Kowala jedna z najważniejszych barier architektonicznych (21).

Na brak wsparcia społecznego najbardziej uskarżali się respondenci z wykształceniem podstawowym.

Nasze badania dowiodły, że sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych nie zależy od płci. Z badań przeprowadzonych wśród osób niepełnosprawnych przez Kowala wynika, że kobiety częściej podejmują się wyzwań dla poprawy swojej sytuacji życiowej (21).

Reasumując, sytuację życiową osób niepełnosprawnych istotnie wyznacza poziom wykształcenia wpływający na status społeczny oraz miejsce zamieszkania. Stąd najważniejszą kwestią dla poprawy całościowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych jest motywowanie i stwarzanie korzystnych warunków pozbawionych barier komunikacyjnych, organizacyjnych i prawnych do podnoszenia poziomu wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. To generuje wyższy status społeczny i jego pozytywne skutki.

WNIOSKI

1. Sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych zależy od poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i warunków materialnych.
2. Najwięcej problemów życiowych doświadczają osoby z najniższym poziomem wykształcenia, zamieszkujące w małych miejscowościach, wychowujące dzieci oraz osoby samotne.
3. Bariery architektoniczne najczęściej dotyczą mieszkańców wsi i małych miast.
4. Aktywność zawodowa w grupie osób niepełnosprawnych kształtowała się na poziomie 60%, przy czym niemal wszyscy mieli wcześniej problemy z podjęciem pracy.
5. Na brak wsparcia najbardziej uskarżały się osoby z wykształceniem podstawowym.
6. Z pomocy lekarskiej częściej korzystały osoby najmniej wykształcone i mieszkańcy małych miast.
7. Płeć nie wpływała istotnie na sytuację życiową osób niepełnosprawnych.

Adres do korespondencji:

Halina Zielińska-Więczkowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
UMK CM
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
tel. +48 (52) 585-58-07
wieczkowska@cm.umk.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Woźniak Z: Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa 2008.
2. Kiwerski JE: Czynniki wpływające na wzrost niepełnosprawności i możliwych działań profilaktycznych. *Postępy Rehabilitacji* 2008; 2: 49-53.
3. Borys B: Strategie radzenia sobie ze stresem osób niepełnosprawnych. *Fizjoterapia* 2007; 15: 42-49.
4. Kołodziejska A: Niepełnosprawni a polski rynek pracy. Dostępne na stronie: <http://www.bezrobocie.org.pl> (stan na dzień 6.06.2013).
5. Hebel K, Bieniaszewski L: Wsparcie społeczne i pomoc instytucjonalna dla osób niepełnosprawnych po udarze mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008; 2: 76-83.
6. Strobl R, Müller M, Emeny R et al.: Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from the German KORA-Age study. *BMC Public Health* 2013; 13: 137. doi:10.1186/1471-2458-13-137.
7. Groessl EJ, Kaplan RM, Rejeski WJ et al.: Health-Related Quality of Life in Older Adults at Risk for Disability. *Am J Prev Med* 2007; 33: 214-218. doi:10.1016/j.amepre.2007.04.031.
8. Olszak-Krzyżanowska B: Problemy życiowe osób niepełnosprawnych z uszkodzonym narządem ruchu. [W:] Miłkowska G, Olszak-Krzyżanowska B (red.): *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 199-212.
9. Ochoczenko H: Kierunki działań w polityce Unii Europejskiej wobec osób niepełnosprawnych. [W:] Miłkowska G, Olszak-Krzyżanowska B (red.): *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 15-24.
10. Chou YC, Pu CY, Lee YC et al.: Effect of perceived stigmatisation on the quality of life among ageing female family

carers: a comparison of carers of adults with intellectual disability and carers of adults with mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research* 2009; 53: 654-664. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01173.x. 11. Kutek-Sladek K: Studia wyższe szansą dla osób niepełnosprawnych. [W:] Flanczewska-Wolny M (red.): *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Gliwice-Kraków 2007: 211-221. 12. Barnes C, Mercer G: *Niepełnosprawność*. Wydawnictwo Sic! s.c., Warszawa 2008. 13. Wolska-Zogata I: Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych – przegląd badań. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2012; 1: 81-86. 14. Ferenz K: Źródła kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych. [W:] Miłkowska G, Olszak-Krzyżanowska B (red.): *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 97-104. 15. Cyran A, Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J: Bariery w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej nad pracownikiem. *Med Pr* 2012; 63: 637-650. 16. Żołnierczyk-Zreda D, Majewski T: Przystosowanie środowiska pracy do możliwości osób z dysfunkcją ruchu oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie. *Med Pr* 2012; 63: 493-504. 17. Mizera L: Rola PFRON w aktywizowaniu zawodowym i wspieraniu zatrudnienia osób niepełnosprawnych. [W:] Ochonczenko H, Paszkowicz M (red.): *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*. Tom II. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006: 93-113. 18. Pawłowska-Cyprysiak K, Konarska M, Żołnierczyk-Zreda D: Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. *Med Pr* 2013; 64: 227-237. 19. Konarska J: Przemiany społeczne szansą dla osób niepełnosprawnych. [W:] Miłkowska G, Olszak-Krzyżanowska B (red.): *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 85-93. 20. Jesionek A: Zjawisko bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych. [W:] Miłkowska G, Olszak-Krzyżanowska B (red.): *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008: 269-277. 21. Kowal E: Problemy życia codziennego osób niepełnosprawnych. [W:] Ochonczenko H, Nowicka A (red.): *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach przemian społeczno-gospodarczych*. Tom I. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006: 77-87.

nadesłano: 14.07.2014
zaakceptowano do druku: 19.08.2014