

Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo

Psychosocial aspects of functioning of persons with reduced mobility

LUCYNA ŚCISŁO^{1/}, GRAŻYNA PUTO^{1/}, AGNIESZKA PTAK^{1/}, ELŻBIETA WALEWSKA^{1/}, ANTONI CZUPRYNA^{2/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

^{2/} Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, I Katedra Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp. Osoby niepełnosprawne ruchowo to osoby, u których istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i wypełnianie ról społecznych.

Cel badań. Określenie czynników psychospołecznych wyznaczających stan funkcjonalny osób niepełnosprawnych ruchowo.

Materiał i metody. Badaniem objęto osoby niepełnosprawne ruchowo z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. W badaniu posłużono się kwestionariuszem własnej konstrukcji, skalą Barthele i Lawton oraz Skalą Satisfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS).

Wyniki. W badaniu wykazano zależność między stopniem niepełnosprawności a stanem funkcjonalnym, gdzie badani ze znacznym stopniem niepełnosprawności mają większy deficyt w zakresie podstawowych i instrumentalnych czynności dnia codziennego, niż osoby z umiarkowanym czy z lekkim stopniem niepełnosprawności ($p < 0,05$).

Wnioski. Stan funkcjonalny osób niepełnosprawnych ruchowo jest uwarunkowany stopniem niepełnosprawności. Osoby z niepełnosprawnością ruchową rozpoznaną we wczesnym okresie życia cechują się większą samodzielnością w czynnościach dnia codziennego. Największym problemem w funkcjonowaniu osób niesprawnych ruchowo są bariery architektoniczne. Rodzina jest głównym źródłem wsparcia dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

Słowa kluczowe: osoby niepełnosprawne ruchowo, adaptacja psychospołeczna, stan funkcjonalny, bariery architektoniczne

Introduction. Persons with reduced mobility are individuals with major damage and physical performance deterioration, which in turn leads to hindered or reduced performance of life tasks and social roles or to no performance whatsoever.

Aim. To determine psychosocial factors indicating functional state of persons with reduced mobility.

Method & Materials. The research target were persons with reduced mobility with a confirmed disability level. The research included the questionnaire developed by the Authors, the Barthel and Lawton Scale and The Satisfaction with Life Scale – SWLS.

Results. The research showed that the level of disability determines the functional state. The subjects with significant disability presented higher deficit related to basic and instrumental daily activities than the persons with moderate or minor impairment ($p < 0,05$).

Conclusions. Functional state of persons with reduced mobility is determined by their disability level. Patients with reduced mobility diagnosed in their early life tend to be more self-sufficient in everyday activities. People with reduced mobility are affected the most by architectonic barriers. Family is the principal source of support for persons with reduced mobility.

Key words: persons with reduced mobility, psychosocial adjustment, functional state, architectural barriers

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 596-601

www.h-ph.pl

Nadesłano: 19.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 23.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Grażyna Puto

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa

i Położnictwa, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

e-mail: grazynaputo@plusnet.pl

Wstęp

Niepełnosprawność ruchową uznaje się za szczególnie ważny i doniosły problem społeczny XXI wieku, wynika to zarówno z powszechności, jak i rozmiarów tego zjawiska. Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkańców przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w 2011 r. w Pol-

sce wykazały, że liczba osób, które zadeklarowały ograniczoną zdolność do wykonywania czynności życia codziennego dla swojego wieku lub posiadały orzeczenie kwalifikujące do zaliczenia ich do osób z niepełnosprawnością wynosiła 4 697,5 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju (38 511,8 tys.) [1].

Osoby niepełnosprawne ruchowo to osoby, u których istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, stan, czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe [2]. Podstawowym skutkiem niepełnosprawności ruchowej jest zatem upośledzenie funkcjonowania człowieka w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, rodzinnej oraz zawodowej. Niepełnosprawność występująca od urodzenia, jak i nabyta, w zależności od jej stopnia i charakteru wpływa na te poszczególne sfery życia, a intensywność jej wpływu i wynikające z niej trudności są indywidualne dla każdej osoby niepełnosprawnej ruchowo [3-5].

Osoby niepełnosprawne ruchowo stanowią zróżnicowaną grupę pod względem rodzaju i zakresu uszkodzenia oraz zmniejszonej sprawności funkcjonalnej. Zakres obniżenia stopnia sprawności funkcjonalnej może być stopnia niewielkiego, umiarkowanego albo głębokiego. Uszkodzenia u osób z niepełnosprawnością ruchową mogą występować w obrębie kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa. Uszkodzenia kończyn górnych powodują ograniczenia, utrudnienia albo uniemożliwiają wykonywanie czynności manipulacyjnych, które odgrywają decydującą rolę w działaniach samoobsługowych i innych czynnościach związanych z pracą. Natomiast uszkodzenia w różnym stopniu kończyn dolnych utrudniają, ograniczają lub uniemożliwiają poruszanie się w przestrzeni czyli siadanie, stanie, chodzenie, bieganie, skakanie itp. Dysfunkcje kręgosłupa powodują wady postawy, które w zależności od rodzaju i stopnia uszkodzenia ograniczają przyjmowanie odpowiedniej postawy ciała i wykonywanie ruchów i czynności codziennych, w tym także związanych z pracą zawodową [4-6].

Jednym z podstawowych skutków niepełnosprawności ruchowej jest ograniczenie stanu funkcjonalnego oznaczającego zdolności do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego. Stan funkcjonalny odgrywa niezwykle istotną rolę w życiu osób niepełnosprawnych ruchowo, decyduje o takich aspektach życia, jak pełnienie ról społecznych, zakres interakcji społecznych i jest niezależnym predyktorem wpływającym na poczucie satysfakcji z życia [5, 6].

Cel badań

Określenie czynników psychospołecznych wyznaczających stan funkcjonalny osób niepełnosprawnych ruchowo.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 50 osób niepełnosprawnych ruchowo zamieszkałych w Tarnowie w okresie od marca do maja 2012 r. Za kryterium

doboru osób do badań przyjęto: potwierdzoną w dokumentacji medycznej niepełnosprawność (zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku) [7], zachowany kontakt werbalny (brak zaburzeń w zakresie komunikatywności), wyrażenie zgody na udział w badaniu. Wszystkie badane osoby zostały poinformowane o celu badań, ich anonimowości oraz sposobie wykorzystywania uzyskanych wyników.

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza wywiadu, który składał się z pytań dotyczących: charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy, jak również niezbędnych informacji dotyczących przedmiotu badań. W badaniu posłużono się także standaryzowanymi skalami: Barthela (*Barthel Index*) i Lawton (*Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*) oraz Skalą Satysfakcji z Życia.

Sprawność samoobsługową w zakresie czynności podstawowych (P-ADL – *Personal Activities of Daily Living*) oceniano przy pomocy skali Barthela zaś w zakresie czynności złożonych (I-ADL – *Instrumental Activities of Daily Living*) skalą Lawton.

Skala Barthela jest powszechnie stosowanym narzędziem do oceny podstawowych czynności dnia codziennego w zakresie: spożywania posiłków, przemieszczania się z łóżka na krzesło i z krzesła na łóżko, umiejętności utrzymania higieny osobistej (np. mycie twarzy, czesanie się) korzystania z toalety oraz z wanny/prysznic, przemieszczania się w obrębie większym niż 50 metrów, poruszania się na wózku inwalidzkim, ubierania/rozbierania się, kontrolowania trzymania moczu oraz stolca [8].

Skala Lawton dotyczy samodzielności w zakresie: korzystania z telefonu i środków transportu, robienia zakupów, przygotowania posiłków, wykonywania prac domowych m.in. sprzątania, prania, samodzielnego używania środków transportu, przyjmowania leków, oraz gospodarowania pieniędzmi [8].

Ocenę poczucia satysfakcji z życia przeprowadzono w oparciu o Skalę Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale* – SWLS) autorstwa E. Dienera i wsp. (1985), wg adaptacji Z. Juczyńskiego, która pozwala zróżnicować ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia badanego ze swojego dotychczasowego życia. SWLS zawiera 5 twierdzeń ocenianych na 7-stopniowej skali (zupełnie nie zgadzam się, nie zgadzam się, raczej nie zgadzam się, ani się zgadzam, ani się nie zgadzam, raczej zgadzam się, zgadzam się, całkowicie zgadzam się). Globalny wynik mieści się w granicach od 5 do 35 punktów, im wyższy wynik tym większe poczucie satysfakcji z życia. Skala ta przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Rzetelność (0,81) i trafność skali są zadowalające [9].

Analizę statystyczną uzyskanych wyników badania wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 PL. Ze względu na brak zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym do porównań tych zmiennych zastosowano: test U Manna-Whitney'a, test Kruskala-Wallisa. We wszystkich przeprowadzonych analizach istnienie różnic i siły związku między zmiennymi oszacowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Wśród 50 osób objętych prezentowaną analizą, odsetek badanych kobiet był wyższy w porównaniu z odsetkiem badanych mężczyzn (56% vs 44%). Połowa badanej grupy była w wieku 31-40 lat (50%), w wieku 20-30 lat było 30%, najmniejszą grupę 20% stanowiły osoby w wieku 41-50 lat. Wykształcenie średnie posiadało 36% badanych, zasadnicze zawodowe 26%, wyższe 20%, natomiast podstawowe 18%. Ponad połowę badanej grupy stanowiły osoby stanu wolnego (60%), w związkach małżeńskich pozostawało 40%. Odsetek osób mieszkających na wsi i w mieście był równy (50% vs 50%). Analiza struktury zamieszkania wykazała, iż badani najczęściej mieszkali z rodziną (90%), niewielki odsetek badanych mieszkał z przyjacielem/przyjaciółką (10%). Połowa badanych osób oceniła swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (50%), natomiast 40% jako przeciętne, 6% bardzo dobre i 4% złe. Analiza historii pracy zawodowej w badanej grupie wykazała, iż 50% nigdy nie pracowało zawodowo, utrzymywało się z renty i zasiłku dla osób niepełnosprawnych, 20% było osobami aktywnymi zawodowo, 30% poszukiwało pracy. Badani najczęściej oceniali swoją sytuację materialną jako średnią 36%, jako ciężką oceniło 32%, a dobrą 20%. Taki sam odsetek badanych ocenił swoją sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą (6%). Głównym źródłem wsparcia w badanej grupie byli członkowie rodziny (60%), rzadziej przyjaciel (28%) czy sąsiedzi (12%).

W klasyfikacji stopnia niepełnosprawności wykazano, iż 60% w badanej grupie posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, a 34% o umiarkowanym i 6% lekkim stopniu niepełnosprawności. W badanej grupie 38% miało stwierdzoną niepełnosprawność w okresie wczesnego dzieciństwa (do 7 roku życia), natomiast u 62% niepełnosprawność wystąpiła w okresie aktywności zawodowej. Wśród przyczyn niepełnosprawności dominującą chorobą przyczyniającą się do niepełnosprawności był udar mózgu 38% (bez zaburzeń intelektualnych), stwardnienie rozsiane 34%, uszkodzenie rdzenia kręgowego w wyniku wypadku 22%, oraz porażenie mózgowie 6%. Przy pomocy wózka inwalidzkiego poruszało się 60% badanych, 34% korzystało z balkonika, a 6% z kul łokciowych.

Wśród czynników najbardziej utrudniających codzienne funkcjonowanie badani najczęściej wskazywali na bariery architektoniczne (60%), dolegliwości zdrowotne (20%) oraz brak akceptacji społecznej (10%) i uzależnienie od innych (10%). Zdecydowana większość badanych mogła liczyć na pomoc ze strony innych osób (92%), niewielki odsetek badanych uważa, że ludzie są obojętni wobec/na ich potrzeb/ (8%).

Najwięcej badanych odczuwało w życiu zarówno smutek, jak i radość (80%), zdecydowanie mniej badanych było w pełni szczęśliwych (16%), lub odczuwało przygnębienie (4%).

Analiza poczucia osamotnienia wykazała, iż połowa badanej grupy „zazwyczaj” odczuwała samotność (50%), rzadko 32% odczuwało samotność, często 10%, natomiast 8% badanych nie miała poczucia samotności.

Ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie P-ADL przeprowadzona za pomocą skali Barthela wykazała, iż najwięcej badanych nie potrafi: pokonać odległości powyżej 50 metrów, samodzielnie się umyć/kąpiel. Najwięcej badanych wymaga pomocy w zakresie korzystania z WC, utrzymania higieny osobistej oraz przy przechodzeniu z łóżka na wózek. Samodzielność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego prawie wszyscy badani wykazali w zakresie spożywania posiłków (tab. I).

Statystyczną zależność wykazano między stopniem niepełnosprawności a stanem funkcjonalnym w zakresie P-ADL, gdzie badani z I stopniem niepełnosprawności (znacznym) mają większy deficyt w zakresie tych czynności, niż osoby z II stopniem niepełnosprawności (umiarkowanym) czy III stopniem niepełnosprawności (lekkim) ($p < 0,05$).

Tabela I. Sprawność w zakresie P-ADL – wg skali Barthel
Table I. Functional state in P-ADL – by Barthel scale

Czynność	Poziom niesprawności		
	nie potrafi N (%)	wymaga pomocy N (%)	samodzielny N (%)
spożywanie posiłków	0 (0)	5 (10)	45 (90)
przechodzenie z łóżka na wózek	4 (8)	27 (54)	19 (38)
utrzymanie higieny osobistej	0 (0)	33 (66)	17 (34)
korzystanie z WC	0 (0)	32 (64)	18 (36)
mycie, kąpiel całego ciała	6 (12)	30 (60)	14 (28)
przejście powyżej 50 m (ew. przy pomocy sprzętu ortopedycznego)	31 (62)	13 (26)	6 (12)
poruszanie się na wózku inwalidzkim	0 (0)	23 (46)	27 (54)
ubieranie i rozbieranie się	0 (0)	23 (46)	27 (54)
kontrola zwieracza odbytu	5 (10)	19 (38)	26 (52)
kontrola zwieracza pęcherza moczowego	5 (10)	19 (38)	26 (52)

N – liczba badanych

Poziom sprawności w zakresie PADL wśród osób niesprawnych był również uwarunkowany czasem trwania niepełnosprawności, osoby ze stwierdzoną niepełnosprawnością do 7 r.ż. charakteryzowały się lepszą sprawnością w zakresie P-ADL ($p < 0,05$).

Sprawność funkcjonalna w zakresie czynności I-ADL wg skali Lawtona wykazała, iż badani nie są w stanie najczęściej chodzić po zakupy, z niewielkiej pomocy korzystają poruszając się komunikacją miejską, taksówkami oraz chodzeniu po zakupy. W badanej grupie nikt nie wymagał pomocy w zakresie korzystania z telefonu i rozporządzania pieniędzmi (tab. II).

Statystyczną zależność wykazano między stopniem niepełnosprawności a stanem funkcjonalnym, gdzie wraz ze wzrostem stopnia niesprawności wzrastała niesprawność w zakresie I-ADL ($p < 0,05$).

Ocena poziomu satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością oceniana za pomocą skali SWLS wykazała, iż 48% jest „raczej zadowolona z życia” (20-25 pkt.), a 20% jest „zadowolonych z życia” (26-30 pkt.). Wśród badanych 18% było „raczej niezadowolone z życia” (15-19 pkt.), a 6% „bardzo zadowolonych z życia” (31-35 pkt.). Charakterystykę poczucia satysfakcji w poszczególnych domenach przedstawia tabela III.

Tabela II. Sprawność z zakresie I-ADL wg skali Lawtona
Table II. Functional state in I-ADL – by Lawton scale

Czynność	Poziom niesprawności		
	nie jest w stanie N (%)	z niewielką pomocą N (%)	bez pomocy N (%)
korzystanie z telefonu	0 (0)	0 (0)	50 (100)
korzystanie z komunikacji miejskiej, taksówek	5 (10)	45 (90)	0 (0)
chodzenie po zakupy	6 (12)	44 (88)	0 (0)
przygotowanie posiłków	0 (0)	26 (52)	24 (48)
wykonywanie prac domowych (sprząatanie)	2 (4)	26 (52)	22 (44)
wykonywanie drobnych napraw	3 (6)	16 (32)	31 (62)
pranie	3 (6)	16 (32)	31 (62)
przyjmowanie lekarstw	0 (0)	26 (52)	24 (48)
rozporządzanie pieniędzmi	0 (0)	0 (0)	50 (100)

N – liczba badanych

Tabela III. Poziom satysfakcji życiowej – wg skali SWLS
Table III. Level of satisfaction with life – by SWLS scale

	zupełnie nie zgadzam się N (%)	nie zgadzam się N (%)	raczej nie zgadzam się N (%)	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam N (%)	raczej zgadzam się N (%)	zgadzam się N (%)	całkowicie zgadzam się N (%)
życie bliskie ideału	0 (0)	7 (14)	13 (26)	0 (0)	16 (32)	10 (20)	4 (8)
zadowolenie ze zdrowia	2 (4)	8 (16)	6 (12)	12 (24)	15 (30)	7 (14)	0 (0)
satysfakcja z życia	2 (4)	8 (16)	6 (12)	12 (24)	15 (30)	7 (14)	0 (0)
istnienie rzeczy nadających sens życiu	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (28)	21 (42)	15 (30)
przeżycie życia jeszcze raz	0 (0)	0 (0)	8 (16)	4 (8)	28 (56)	5 (10)	5 (10)

N – liczba badanych

Poziom satysfakcji życiowej wg skali SWLS nie wykazał istotnej zależności ze stopniem niepełnosprawności. Oznacza to, iż stopień niepełnosprawności nie wpływa na poziom satysfakcji życiowej odczuwanej przez osoby niepełnosprawne ($p > 0,05$). Wyższą satysfakcją z życia charakteryzowały się natomiast osoby ze stwierdzoną niepełnosprawnością we wczesnym okresie życia do 7 r.ż. ($p < 0,05$).

Dyskusja

Problemy osób niepełnosprawnych w tym niepełnosprawnych ruchowo są przedmiotem licznych badań o charakterze interdyscyplinarnym. Wyniki tych badań potwierdzają szczególną sytuację osób niepełnosprawnych ruchowo związaną z trudnościami w funkcjonowaniu człowieka w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, rodzinnej oraz zawodowej.

Edukacja osób niepełnosprawnych służy osiągnięciu satysfakcjonującego rozwoju osobistego i społecznego. W uzyskanych wynikach badania wykazano zróżnicowany poziom wykształcenia, 36% badanych posiadało wykształcenie średnie, 26% zasadnicze zawodowe, 20% wyższe i 18% podstawowe. Chociaż osoby niepełnosprawne w tym niepełnosprawne ruchowo są niestety wciąż znacznie gorzej wykształcone niż osoby sprawne, to w ciągu ostatnich lat obserwowano stopniowy wzrost udziału osób niepełnosprawnych z co najmniej średnim poziomem wykształcenia – do 35,5% w 2013 roku, a wśród osób w wieku produkcyjnym do 34,4%. W 2013 r. wzrósł też udział osób niepełnosprawnych posiadających wyższe wykształcenie – do 7,7%, a wśród osób w wieku produkcyjnym – do 9,1%. Wykształcenie zasadnicze zawodowe posiadało 31,7% osób niepełnosprawnych (wśród osób w wieku produkcyjnym – 40,9%) [10]. Wpływ poziomu wykształcenia na satysfakcję z życia osób niesprawnych ruchowo potwierdzają badania przeprowadzone przez: Brzezińska, Piotrowski [11]. W badaniu tym wykazano, iż niski poziom wykształcenia dominujący wśród osób niepełnosprawnych stanowi istotny czynnik obniżający satysfakcję z życia poprzez zmniejszenie szansy na rynku pracy i poczucie niskiej wartości jako pracownika [11].

Aktywność zawodowa, która jest jedną z podstawowych ludzkich form działania, odgrywa zasadniczą rolę w życiu każdego człowieka. Przeprowadzone badanie wykazało, że osoby niepełnosprawne ruchowo charakteryzuje mała aktywność zawodowa, ale znaczna część grupy deklaruje chęć i gotowość do podjęcia zatrudnienia. Podjęcie zatrudnienia jest głównie uwarunkowane poprawą sytuacji finansowej. Niepełnosprawność ruchowa trwała czy czasowa, wiąże się z dużym obciążeniem finansowym, powodując wzrost wydatków na leki, sprzęt medyczny, dojazdy na leczenie szpitalne i sanatoryjne czy wizyty u lekarzy [12]. W uzyskanych wynikach badania wykazano, iż badani najczęściej oceniali swoją sytuację materialną jako średnią (36%), lub jako ciężką (32%). Przyczyną tego stanu jest wiele czynników m.in. niezarobkowe źródło utrzymania - aż 50% nie pracowało, utrzymywało się ze świadczeń emerytalno rentownych, a tylko 20% było osobami aktywnymi zawodowo. W Polsce świadczenia te nie należą do wysokich, niejednokrotnie nie są wystarczające dla osób chorych i niepełnosprawnych.

Osoby niepełnosprawne w tym niepełnosprawne ruchowo, z powodu swojej niepełnosprawności napotykają na liczne ograniczenia w dostępie do edukacji oraz aktywności zawodowej. Z analiz badania przeprowadzonego w ramach projektu badawczego „Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych” wynika, że jednym z głównym ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych ruchowo są bariery przestrzenno-architektoniczne (problemy z dotarciem i poruszaniem się po placówkach oświatowych, instytucjach czy też zakładach pracy). Budynek użyteczności publicznej, ale również pojazdy komunikacji miejskiej nie zawsze dostosowane są do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. W przeprowadzonym badaniu również potwierdzono niekorzystny wpływ barier architektonicznych na codzienne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych ruchowo.

Codziennie funkcjonowanie osób niepełnosprawnych ruchowo związane jest z dylematami wyboru i pozostaje zazwyczaj w dysproporcji do możliwości człowieka zdrowego. W uzyskanych wynikach badania wykazano, statystyczną zależność między stopniem niepełnosprawności, a stanem funkcjonalnym w zakresie P-ADL i I-ADL gdzie badani ze znacznym stopniem niepełnosprawności mają większy deficyt w zakresie czynności dnia codziennego, niż osoby z umiarkowanym czy z lekkim stopniem niepełnosprawności. Poziom sprawności w zakresie PADL wśród osób niesprawnych był również uwarunkowany czasem trwania niepełnosprawności, osoby ze stwierdzoną niepełnosprawnością w okresie wczesne

dzieciństwa (do 7 r.ż.) charakteryzowały się lepszą sprawnością w zakresie P-ADL niż osoby z rozpoznaną niepełnosprawnością w okresie aktywności zawodowej.

Samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego jest niezwykle ważne, gdyż zmniejsza poczucie zależności od innych oraz przyczynia się do zwiększenia aktywności społecznej. W znaczący sposób wpływa na stopień odczuwania trudności związanych z własną sytuacją psychospołeczną. Osoby z niepełnosprawnością ruchową na pierwszym miejscu stawiają konieczność wytrwałości, aby możliwe było pokonanie skutków niepełnosprawności i dążenie do rozwoju [13].

Osoby niepełnosprawne rozpatrywane są w ramach systemu, w którym funkcjonują przede wszystkim rodzina, gdzie rodzina jest traktowana jako system, w którym funkcjonuje indywidualna osoba o ograniczonej sprawności. Z przeprowadzonych badań wynika, że 90% osób niepełnosprawnych mieszkało z rodziną, która stanowiła dla nich źródło wsparcia. W oparciu o uzyskane wyniki badania wykazano również, że rodzina jest głównym źródłem wsparcia, a poprawny stosunek ze strony najbliższych przyczynia się do zwiększenia satysfakcji życiowej. Respondenci w znacznej części pozytywnie oceniają relacje z rodziną, przyjaciółmi i czują się w pełni akceptowani w rodzinie i najbliższym środowisku – 60% spośród badanych. Badania pokazują także, że w chwilach zwątpienia i smutku ankietowani najbardziej mogą liczyć na rodzinę – 67% i przyjaciół – 20%. A najczęstszą formą spędzania wolnego czasu jest rozmowa z rodziną i przyjaciółmi: 40%. W Polsce fundamentalnym źródłem wsparcia osób z niepełnosprawnością była i jest rodzina, co zostało potwierdzone w niedawno opublikowanym badaniu przeprowadzonym przez: Kamusińska, Strzyż [12]. Rodzina jest często określana jako wartość „sensotwórcza” i największe źródło satysfakcji życiowej [12].

Wnioski

1. Stan funkcjonalny osób niepełnosprawnych ruchowo jest uwarunkowany stopniem niepełnosprawności.
2. Osoby z niepełnosprawnością ruchową rozpoznaną we wczesnym okresie życia (do 7 r.ż.) wyróżniają się większą samodzielnością w czynnościach dnia codziennego.
3. Rodzina jest głównym źródłem wsparcia dla osób z niepełnosprawnością ruchową.
4. Największym problemem w funkcjonowaniu osób niesprawnych ruchowo są bariery architektoniczne.

Piśmiennictwo / References

1. GUS, Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkańców, Warszawa 2012. http://tuudi.net/wp-content/uploads/2012/08/lu_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf (07.06.2014).
2. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Genewa 1980, Lancet 1964, 1: 1117-1120. https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf (26.06.2014).
3. Majewski T. W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej. *Probl Rehab Społecz Zaw* 1994, 1(139): 33-37.
4. Rutkowska E. Niepełnosprawność – wybrane problemy i definicje. [w:] *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla zawodowych studiów licencjackich w zakresie pielęgniarstwa*. Rutkowska E (red). Czelej, Lublin 2002: 13-36.
5. Czarnota-Chlewicka J. Adaptacja psychiczna, fizyczna i społeczna chorego do stanu niepełnosprawności. [w:] *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych ruchowo*. Strugała M, Talarska D (red). PZWL, Warszawa 2013: 50-59.
6. Kózka M. Społeczne skutki choroby i niepełnosprawności. [w:] *Modele opieki pielęgniarstwa nad chorym dorosłym*. Kózka M, Płaszewka-Żywko L (red). PZWL, Warszawa 2010: 39-43.
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. z 2008 roku nr 14 poz. 92.
8. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. [w:] *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red). Via Medica, Gdańsk 2006: 163-168.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2001.
10. GUS, 2013. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/dane-wstepne-dotyczace-szkolnictwa-wyzszego-stand-w-dniu-30-xi-2013-r-8,1.html> (29.06.2014).
11. Brzezińska AI, Piotrowski K. Wyznaczniki satysfakcji z wykonywanej pracy osób z ograniczoną sprawnością: kompetencje i relacje. SWPS, Warszawa 2008.
12. Kamusińska E, Strzyż M. Wpływ niepełnosprawności ruchowej na funkcjonowanie rodziny. *Stud Med* 2013, 29(1): 73-82.
13. Witkowski T. *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Małe Dzieło Boskiej Opatrzności, Warszawa 1993.