

Niepełnosprawna młodość w środowisku wiejskim – diagnoza problemów

Disabled youth in rural areas – a diagnosis of problems

JADWIGA RZEMPOWSKA^{1/}, MONIKA ZYSNARSKA^{2/}, BARBARA STAWIŃSKA-WITOSZYŃSKA^{3/}, JAN KŁOS^{4/},
MAŁGORZATA GROMADECKA-SUTKIEWICZ^{4/}, ALICJA KRZYŻANIAK^{3/}

^{1/} Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

^{2/} Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

^{3/} Zakład Epidemiologii, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

^{4/} Pracownia Socjologii Medycznej, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wprowadzenie. Niepełnosprawność fizyczna ogranicza funkcjonalność w codziennym życiu. W przypadku młodych osób niepełnosprawnych aktywność zawodowa i zdrowie są na niższym poziomie, a gorsza infrastruktura i bezrobocie na wsi zmniejszają ich możliwości funkcjonowania w społeczeństwie.

Cel. Diagnoza sytuacji socjomedycznej młodych osób niepełnosprawnych żyjących na wsi.

Materiały i metody. Badaną populację stanowiło 175 osób niepełnosprawnych fizycznie – z prawnie orzeczoną grupą inwalidzką, mieszkających na wsi w woj. wielkopolskim w wieku 18-45 lat. Zastosowano technikę wywiadu, wykorzystując autorski kwestionariusz.

Wyniki. Badane osoby charakteryzowały się niskimi poziomami: wykształcenia, dochodów, aktywności zawodowej. Większość stanowiły osoby z niepełnosprawnością nabytą (86,9%), negatywnie oceniające swój stan zdrowia (53,7%) oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych (68,0%). Spośród badanych, aż 73,7% nie korzystało z rehabilitacji medycznej, a przeszło 40% z potrzebujących sprzętu wspomagającego codzienne funkcjonowanie nie dysponowało takim.

Wnioski. Rozpoznane problemy osób niepełnosprawnych powinny być impulsem do tworzenia skutecznego porządku instytucjonalnego oraz adekwatnych działań odpowiedzialnych podmiotów.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, wieś, diagnoza problemów

Introduction. Physical disability limits everyday functioning. Occupational activity and health among young people with disabilities are at a lower level, while inferior infrastructure and unemployment in rural areas reduce their ability to function in the society.

Aim. The socio-medical diagnosis of the situation of young people with disabilities living in rural areas.

Material & Method. The research was conducted on the population of physically disabled people – with legally granted disability class, living in the countryside in the Wielkopolskie province, aged 18-45 years. The interview technique was applied with the use of an original questionnaire.

Results. The respondents were characterized by low levels of: education, income, occupational activity. The majority were the people with acquired disability (86.9%), negatively evaluating their health (53.7%) and access to health care services (68.0%). Among the respondents, up to 73.7% did not benefit from medical rehabilitation, and more than 40% of those in need of equipment supporting daily functioning did not have it.

Conclusion. The identified problems of people with disabilities should be an impulse for creating effective institutional order and appropriate actions of responsible parties.

Key words: disability, rural area, diagnosis of problems

© Hygeia Public Health 2016, 51(4): 356-363

www.h-ph.pl

Nadesłano: 03.02.2016

Zakwalifikowano do druku: 14.11.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. biol. Monika Zysnarska

Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań

tel. 607 81 1167, e-mail: zysmonika@interia.pl

Wprowadzenie

Jednym ze zjawisk obserwowanych we współczesnej Europie jest wzrost liczby osób niepełnosprawnych, będący następstwem zmian cywilizacyjnych, w tym: postępu w medycynie, wydłużania się ludzkiego życia i ogólnego wzrostu dobrobytu. To jednak nie statystyczny aspekt zwiększania się liczby osób niepełnosprawnych jest najważniejszym wymiarem określającym znaczenie tego procesu dla współczesnych społeczeństw. Coraz wyższa ranga zjawiska niepełnosprawności związana jest bowiem z rosnącym uświadamianiem jego wymiaru społecznego. Zadaniem polityki społecznej jest tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób niepełnosprawnych oraz zapobieganie ich marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. W konsekwencji takie zagadnienia jak pozycja społeczno-ekonomiczna osób niepełnosprawnych, jakość ich życia i aktywność zawodowa, a także uprze-

snych społeczeństw. Coraz wyższa ranga zjawiska niepełnosprawności związana jest bowiem z rosnącym uświadamianiem jego wymiaru społecznego. Zadaniem polityki społecznej jest tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób niepełnosprawnych oraz zapobieganie ich marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. W konsekwencji takie zagadnienia jak pozycja społeczno-ekonomiczna osób niepełnosprawnych, jakość ich życia i aktywność zawodowa, a także uprze-

dzenia i dyskryminacja wobec tych osób to problemy, które muszą stawać się centralnymi zagadnieniami debaty publicznej i działań – także w Polsce. Dodatkowo zobowiązania wynikające z członkostwa Polski w UE narzucają nam zadania ze względu na „Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier”. Wdrożenie tej strategii, powinno prowadzić do szeregu zmian, w szczególności w odniesieniu do sfery edukacji, pracy i uczestnictwa w życiu społecznym [1].

Postanowiono zatem rozpoznać rzeczywiste problemy zdrowotne młodych osób niepełnosprawnych fizycznie, mieszkających w środowisku wiejskim – jest ono bowiem jednym z tych, w którym zjawisko niepełnosprawności występuje ze szczególnym natężeniem [2, 3].

Cel

Diagnoza sytuacji socjomedycznej młodych osób niepełnosprawnych żyjących na wsi.

Materiały i metody

Badaną populację stanowiły osoby niepełnosprawne fizycznie mieszkające na wsi w woj. wielkopolskim. Kryterium definiowania niepełnosprawności stanowiła Międzynarodowa Klasyfikacja Niepełnosprawności i Zdrowia ICF lub ICIDH-2 [4, 5].

W drodze losowania warstwowego wytypowano do badania powiat kaliski. Następnie wylosowano dwie gminy o charakterze wiejskim, w których przeprowadzono badania (Koźminek i Lisków). Główne kryteria włączenia do badań to: wiek 18-45 lat, niepełnosprawność fizyczna prawnie orzeczona, zamieszkanie na wsi w gminie Koźminek i Lisków i 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 przyjętym kryteriom. W wyniku analizy zebranych informacji utworzono grupę 245 osób. Udział w badaniach był dobrowolny połączony z zapewnieniem anonimowości. Przed badaniem wytypowani respondenci wypełnili formularz świadomej zgody. Spośród wybranej grupy, 64 osoby nie spełniały przyjętego kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności (były to osoby z niepełnosprawnością psychiczną), a 6 nie wyraziło zgody na udział w badaniu, argumentując to brakiem czasu. Ostatecznie badaniami objęto 175 osób badanych, co stanowiło 96,7% wszystkich osób wyznaczonych do badania – zgodnie z kryteriami.

Badania przeprowadzono w 2009 r., stosując technikę wywiadu. Część zrealizowano w oparciu o narzędzie autorskie – kwestionariusz, który składał się z 96

pytań dotyczących następujących sfer życia: sytuacji społecznej, zawodowej, ekonomicznej i zdrowotnej. Natomiast do oceny funkcjonalnej osób niepełnosprawnych wykorzystano Skalę Złożonych Czynności Życia Codziennego Lawtona (IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*) [6, 7].

Badanie pilotażowe objęło 20 osób niepełnosprawnych. Stwierdzono, że badani mają problemy z udzieleniem odpowiedzi na niektóre pytania otwarte. Zgodnie z uwagami, dokonano pożądanej korekty.

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

Wyniki

Charakterystyka demograficzno-społeczna

Osoby niepełnosprawne stanowiły 11,2% wszystkich mieszkańców terenu objętego badaniem, było to 175 osób niepełnosprawnych spełniających wszystkie kryteria doboru próby. Mężczyźni stanowili 46,1% badanych, a kobiety 53,9%. Najliczniejszą podgrupą były osoby niepełnosprawne między 40 a 45 r.ż. (37,1%). Zdecydowanie najwięcej wśród wszystkich badanych osób niepełnosprawnych było żonaty i zamężnych (61,1%), następnie kawalerów i panien (34,3%), rozwiedzionych (4,0%) oraz wdowców (0,6%). Najliczniejszą grupę wśród osób stanu wolnego stanowiły osoby najmłodsze, których wiek mieścił się w przedziale 18-29 lat (56,6%). Osoby rozwiedzione znajdowały się tylko w przedziale wiekowym 40-45 lat. Również w tej grupie wiekowej znajdował się jedyny mężczyzna będący wdowcem.

Większość badanych to osoby z wykształceniem podstawowym (59,4%) i zasadniczym zawodowym (25,2%). Wśród respondentów 24 osoby (13,7%) deklarowały wykształcenie średnie i zaledwie 3 osoby (1,7%) wyższe.

W większości przypadków (97,7%) osoby badane nie mieszkały same i nie prowadziły samodzielnie gospodarstwa domowego. Dzieci nie posiadało 41,1% badanych. Pozostałe osoby miały dwoje – 24,0%, troje – 17,2%, jedno – 12,5%, czworo i więcej – 5,2% dzieci.

Sytuacja ekonomiczna i zawodowa

Największy odsetek badanych (60,0%) uzyskiwał dochód na osobę w gospodarstwie domowym nie przekraczający 500 PLN, 24,0% osiągało dochód między

500 a 700 PLN, a 16,0% powyżej 700 PLN. Poziom uzyskiwanego dochodu w danym gospodarstwie domowym skorelowany był z płcią – gospodarstwa niepełnosprawnych kobiety częściej posiadały niższe dochody ($\chi^2=8,581938$; $p=0,0136$). Dochody powiązane były również z poziomem wykształcenia niepełnosprawnych, im niższe wykształcenie tym niższe dochody (TFFH $p=0,0001$) oraz przyczyną niepełnosprawności – osoby z niepełnosprawnością wrodzoną najczęściej miały najniższe dochody ($\chi^2=21,33457$; $p=0,00002$). Osoby niepełnosprawne przeważnie korzystały z niezarobkowych źródeł dochodu (renta, zasiłek), przy czym 45,1% wyłącznie z tegoż źródła. Korzystanie z niezarobkowych źródeł dochodu związane było z: wiekiem ($\chi^2=19,29$; $p=0,0133$ – im starsza osoba, tym częściej korzystała ze źródeł niezarobkowych), wykształceniem (TFFH $p=0,0148$, im niższe wykształcenie tym częstsze korzystanie ze źródeł niezarobkowych), przyczyną niepełnosprawności ($\chi^2=13,63$; $p=0,0085$, osoby z nabytą niepełnosprawnością częściej miały zarobkowe źródło utrzymania). Zaobserwowano także, iż wśród prawie połowy badanych (49,7%) indywidualny dochód własny osoby niepełnosprawnej stanowił jedyne źródło utrzymania dla całego gospodarstwa domowego. Nie można jednak pominąć faktu, iż z powodu niepełnosprawności 74 osoby (42,3%), zmuszone były do zaprzestania pracy, a 29 respondentów (16,6%) musiało ją zmienić. Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych kształtowała się na poziomie 51%. Spośród badanej grupy 71,2% było zainteresowanych podnoszeniem swoich kwalifikacji zawodowych. Chęć pracy deklarowało 64% niepracujących niepełnosprawnych.

Sytuacja zdrowotna i jej uwarunkowania

Problemy zdrowotne

W badanej zbiorowości wyróżniono osoby z dysfunkcją fizyczną wrodzoną (13,1%) i nabytą (86,9%), w tym spowodowaną chorobami (59,4%) i wypadkami (7,7%). Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności nabytej były choroby narządu ruchu (21,7%), układu krążenia (13,7%) i układu nerwowego (9,7%). Choroby układu kostno-mięśniowego występowały 3-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Natomiast choroby układu krążenia były 2-krotnie częstszą przyczyną niepełnosprawności u mężczyzn, przy czym różnica nie była istotna statystycznie.

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (48,5%), dalej ze znacznym stopniem niepełnosprawności (26,9%) oraz niepełnosprawni w stopniu lekkim (24,6%).

Co trzeci badany mężczyzna i co druga badana kobieta dotknięci byli – niezależnie od niepełnosprawności – również chorobą przewlekłą; najczęściej była

Tabela 1. Struktura osób niepełnosprawnych ze względu na przyczynę niepełnosprawności i wiek badanych

Table 1. Structure of people with disabilities by cause of disability and age of respondents

Wiek /Age	Wada wrodzona /Birth defect		Choroba /Disease		Wypadek /Accident		Razem /Total	
	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	10,3	16	55,2	10	34,5	29	16,6
35-39	4	12,5	21	65,6	7	21,9	32	18,3
40-45	1	1,5	59	90,8	5	7,7	65	37,1
Ogółem /Total	23	13,1	104	59,4	48	27,4	175	100,0

to alergią (38,8%), w drugiej kolejności schorzenia układu trawiennego (16,0%) i krążenia (12,0%). Na astmę chorowało 10,3%, choroby neurologiczne występowały u 6,8% badanych, rzadziej była to nerwica, cukrzyca i padaczka.

Samoocena stanu zdrowia badanych

Co drugi respondent (53,7%) ocenił negatywnie stan swojego zdrowia. Oceny negatywne dominowały wśród badanych z najstarszej grupy wiekowej (40-45 lat) – 69,2% i najmłodszej (18-24 lat) – 66,7% (TFFH $p=0,001$). Samoocena stanu zdrowia okazała się istotna z poziomem wykształcenia badanych (TFFH $p=0,0182$). Szczególnie negatywnie swoje zdrowie oceniły osoby z wykształceniem podstawowym. Przyczyną nabycia niepełnosprawności była ważnym wyznacznikiem oceny (TFFH $p=0,0004$); jednostki które niepełnosprawność nabyły na skutek choroby częściej (71,2%) oceniały swój stan zdrowia negatywnie ($p=0,0001$).

Dostępność do opieki zdrowotnej

Pod opieką lekarzy rodzinnych przebywało 94,9% mężczyzn i 95,8% badanych kobiet, przy czym regularnie z ich usług korzystało 82,3% mężczyzn i 78,1% kobiet. Pod opieką poradni specjalistycznych było 60,0% respondentów; głównie były to poradnie: ortopedyczne, reumatologiczne, neurologiczne i kardiologiczne. Mężczyźni najczęściej leczyli się u ortopedy (30,4%) i kardiologa (15,2%), a kobiety u reumatologa (22,9%) i neurologa (12,4%).

Opinie respondentów dotyczące dostępności do opieki lekarskiej były w przeważającej części negatywne. Jako złą oceniło ją 68,0% respondentów, jako dostateczną 18,3%, a jako dobrą 9,1%. Zdania na temat dostępności do opieki medycznej nie miało 4,6% badanych. Wykazano istotną zależność między płcią badanych a ich opiniami na temat dostępności do opieki lekarskiej; mężczyźni byli bardziej skrajni w swoich sądach ($\chi^2=14,61$; $p=0,0021$). Również istotnie na te opinie wpływał stan cywilny respondentów; gorzej dostępność oceniali osoby żyjące w związ-

kach ($\chi^2=12,61$; $p=0,0495$), jak i nabyta przyczyna niepełnosprawności ($\chi^2=17,61$; $p=0,0072$).

Potrzeby rehabilitacyjne

Spośród ogółu badanych, aż 129 osób (73,7%) nie korzystało obecnie z rehabilitacji medycznej. Wśród osób korzystających z rehabilitacji zdecydowanie dominowały kobiety ($p=0,0007$). Znaczna część badanych nie korzystająca obecnie z rehabilitacji deklarowała chęć uczestnictwa w przyszłości w rehabilitacji (K – 42,6%, M – 27,9%).

Preferowaną formą rehabilitacji medycznej była rehabilitacja ambulatoryjna, najlepiej odbywająca się blisko miejsca zamieszkania (71,3% wskazań). Stosunkowo rzadko badani zainteresowani byli rehabilitacją sanatoryjną (5,5% wskazań).

Co trzeci badany deklarował, że musi korzystać ze sprzętu wspomagającego codzienne funkcjonowanie; spośród nich aż 42,4% takim sprzętem nie dysponowało. Zgłaszane przez niepełnosprawnych potrzeby w zakresie sprzętu pomocniczego dotyczyły głównie wózków inwalidzkich, okularów, balkoników, kul i lasek. Rzadziej potrzeby dotyczyły obuwia ortopedycznego, gorsetów ortopedycznych, aparatów słuchowych, protez i łóżek ortopedycznych.

Ocena funkcjonowania fizycznego badanych na podstawie wykonywania złożonych czynności życia codziennego

Określenia poziomu niepełnej sprawności dokonano przy użyciu skali Lawtona (IADL – *Instrumental Activities Of Daily Living*), uwzględniającej czynności, których wykonanie jest niezbędne do samodzielnego funkcjonowania (tab. II).

Analiza otrzymanych wyników wykazała, że badani uzyskali wysoki poziom sprawności. Nie wykazano istotnych różnic w ocenie zdolności do

wykonywania zadań pomiędzy mężczyznami i kobietami ($p=0,09642$). Przyczyna i stopień niepełnosprawności okazały się czynnikami wpływającymi na sprawność badanych ($p<0,05$); niepełnosprawni od urodzenia ze znacznym stopniem niepełnosprawności otrzymali najniższe oceny sprawności. Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy stopniem sprawności fizycznej (IADL), a stopniem niepełnosprawności ($p=0,0301$). Pozostałe zmienne niezależne (wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny) nie wpływały istotnie na analizowaną kwestię.

Analizując poszczególne czynności uwzględniane przez skalę IADL zauważa się, iż niektórych z nich część respondentów nie jest w stanie wykonać samodzielnie. Co czwarty badany nie mógł wykonywać prac domowych (np. sprzątać w domu) czy prac, 1/6 nie mogła wykonywać drobnych napraw domowych czy przemieszczać się na dystansie poza spacerowym, a 1/7 przygotowywać posiłków i robić zakupów w pobliskich sklepach spożywczych. W odniesieniu do wykonywania domowych prac porządkowych ($p=0,0007$), drobnych napraw ($p=0,000$) oraz prania ($p=0,003$) stwierdzono występowanie istotnych różnic między płciami; kobiety częściej zgłaszały zapotrzebowanie na uzyskanie przy tych czynnościach pomocy.

Dyskusja

Dysfunkcja fizyczna ogranicza funkcjonalność w codziennym życiu, zaburza poczucie własnej wartości oraz często prowadzi do zależności od otoczenia. W tej sytuacji pojawia się realne zagrożenie w zakresie zaspokajania potrzeb i relacji z otoczeniem.

Do zajęcia się problematyką niepełnosprawności osób młodych skłania m.in. fakt, iż osiągnięcie wieku dorosłego często pozbawia pomocy o charakterze systemowym [8, 9]. Diagnozowanie jest rozpozna-

Tabela II. Skala wykonywania złożonych czynności życia codziennego (%)
Table II. Instrumental activities of daily living scale (%)

Zadania do wykonania /Tasks to do	Stopień sprawności IADL /Functioning in IADL scale								
	3 – pełna samodzielność /full independence			2 – z niewielką pomocą /with some assistance			1 – nie jest w stanie /unable to perform		
	K /W	M /M	Ogółem /Total	K /W	M /M	Ogółem /Total	K /W	M /M	Ogółem /Total
domowe prace porządkowe /routine housework	63,5	86,1	74,9	32,3	11,4	21,8	4,2	2,5	3,3
pranie /laundry	66,6	86,1	76,3	27,1	11,4	19,3	6,3	2,5	4,4
drobne naprawy /minor repairs	66,7	97,5	82,1	30,2		15,1	3,1	2,5	2,8
robienie zakupów /shopping	83,3	88,6		6,3	1,3	3,8	10,4	10,1	10,2
samodzielne przygotowywanie posiłków /preparing meals on one's own	79,1	88,6	83,8	18,8	1,3	10,1	2,1	10,1	6,1
posługiwanie się telefonem /using the telephone	93,7	100,0	96,9	6,3		3,1			
przemieszczanie się na dystansie pozaspacerowym /walking the distance – other than strolling	77,0	87,4	82,2	11,5	2,5	7,0	11,5	10,1	10,8
przyjmowanie leków /taking medications	95,8	100,0	97,9	4,2		2,1			
gospodarowanie pieniędzmi /managing finances	96,9	100,0	98,5	2,1		1,0	1,0		0,5

waniem potrzeb i problemów ludzi z ograniczeniami w sprawności, które to staje się punktem wyjścia do dyskusji oraz projektowania i wdrażania kompleksowych działań ukierunkowanych na poprawę dostępności do zróżnicowanych form wsparcia oraz jakości życia.

Osoby niepełnosprawne stanowiły 11,2% wszystkich mieszkańców terenu objętego badaniem. Ogół badanej populacji charakteryzował się zbliżonym odsetkiem mężczyzn (46,1%) i kobiet (53,9%). Uzyskane wyniki są zbieżne z obserwacjami Karwat [10] i badaniami prowadzonymi przez GUS [2]. Wśród respondentów stwierdzono zależność między wiekiem i niepełnosprawnością: wraz z wiekiem wzrasta natężenie niepełnosprawności, co potwierdzają też inni autorzy [10].

Istotnym elementem mającym wpływ na funkcjonowanie społeczne niepełnosprawnych jest poziom wykształcenia jednostki. Blisko 60% badanych legitymowało się wykształceniem podstawowym, co w porównaniu ze strukturą wykształcenia ogółu populacji polskiej oznacza znacznie niższy poziom od przeciętnej. W 2008 r. jedynie 6% osób niepełnosprawnych miało wykształcenie wyższe, aż 68% nie posiadało nawet wykształcenia średniego. W populacji generalnej odsetek osób z wykształceniem wyższym wynosił 17%, a 49% legitymowało się wykształceniem poniżej średniego [2]. Podobne wnioski wyciągnięto w raporcie przygotowanym na zlecenie PFRON, gdzie stwierdzono, że odsetek osób z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym dla osób pełnosprawnych wynosił 24,4%, a dla niepełnosprawnych 38,1% [11]. Osoby niepełnosprawne, szczególnie mieszkające w środowisku wiejskim, często nie mają możliwości uzyskania wyższych poziomów wykształcenia. Najczęściej ich edukacja, ze względu na organizację pomocy, brak środków materialnych i stereotypy społeczne kończy się na szkole obowiązkowej.

Za wskaźnik oceny sytuacji ekonomicznej można uznać miesięczny budżet gospodarstwa domowego oraz strukturę wydatków. Analiza struktury źródeł dochodów wskazuje, że wśród badanych dominującą formą dochodów były wyłącznie źródła niezarobkowe (45,1%). Zarobkowe źródła dochodu (z pracy w gospodarstwie rolnym, w sektorze publicznym i prywatnym) często stanowiły uzupełnienie dochodów gospodarstw domowych (22,9%). Większość respondentów uzyskiwała dochód na osobę w rodzinie poniżej 500 PLN, co sytuowało ich w grupie gospodarstw ubogich [12]. Dla blisko połowy badanych (49,7%) indywidualny dochód osoby niepełnosprawnej stanowił jedyne źródło utrzymania całego gospodarstwa domowego. Blisko połowa badanych (49%) stwierdziła, że żyje bardzo oszczędnie i ich dochód nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Zależność

między biedą i niepełnosprawnością powszechnie uznaje się za dwustronną [13]. Z jednej strony niepełnosprawność ogranicza możliwości edukacji i pracy generując ubóstwo, z drugiej przez niskie dochody osoby niepełnosprawne nie są w stanie edukować się, prowadzić rehabilitacji, a tym samym wymagają pomocy rodziny lub instytucji socjalnych. Potrzeby, a co za tym idzie rosnące wydatki wraz z pojawieniem się niepełnosprawności oraz jej stopniem. Istotnym problemem jest brak pracy wśród osób niepełnosprawnych fizycznie zdolnych do pracy. Bezrobocie jest jednym z najważniejszych problemów, zarówno w wymiarze politycznym, ekonomicznym, jak i socjalnym, co stwierdzają m.in. Kostrubiec, Kościelska i Kowalczyk [14-17]. Według badań Frąckiewicz i Koczur z 2002 r., większość osób niepełnosprawnych (85,5%) pozostaje biernych zawodowo [18]. Natomiast z raportu na temat aktywności zawodowej niepełnosprawnych mieszkańców wsi wynika, że 59,9% osób niepełnosprawnych jest biernych zawodowo [19]. Wyniki uzyskane w niniejszych badaniach są zbliżone do przedstawionych powyżej. Brak pracy wpływa negatywnie na zdrowie osób niepełnosprawnych, sprzyja chorobom i progresji dysfunkcji. Praca zawodowa jest ważnym aspektem integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem [18]. Wielu autorów podkreśla, że aktywność zawodowa sprzyja poczuciu własnej wartości i poszerza kontakty społeczne [20-22].

W badanej populacji główne przyczyny niepełnosprawności były zdecydowanie częściej nabyte (choroby i urazy) niż wrodzone. Dominującymi schorzeniami, ze względu na które przyznano orzeczenie o niepełnosprawności, były choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej oraz choroby układu krążenia. Podobne wyniki uzyskała Skrętowicz, która w latach 90. XX w. przeprowadziła kompleksowe badanie stanu zdrowia ludności wiejskiej w wieku 24-60 lat. Stwierdziła, że w strukturze chorób badanej populacji dominowały choroby układu krążenia i układu mięśniowo-kostnego [23]. Również Janiszewski wykazał, że dominującą grupą schorzeń były choroby układu krążenia, kolejne miejsce zajmowały choroby układu ruchu oraz układu pokarmowego [24]. Omawiane tu badania wykazały, że choroby układu kostno-mięśniowego występowały 3-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Podobne wyniki uzyskała Promińska podkreślając, iż częstość występowania zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa wzrasta z wiekiem oraz częściej występuje wśród kobiet [25]. Z badań prowadzonych w 2009 r. wynika również, że główną przyczyną niepełnosprawności były choroby narządu ruchu, częściej występujące w populacji kobiet [26]. Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (48,5%), dalej ze stopniem znacznym (26,9%), a najmniej liczną nie-

pełnosprawni w stopniu lekkim (24,6%). Porównując uzyskane wyniki z danymi dla populacji Polski w wieku 16 lat i więcej należy stwierdzić, że wśród badanych większy jest odsetek niepełnosprawnych o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a niższy o stopniu lekkim (umiarkowany 41%, znaczny 27%, lekki 32%) [27]. Rozbieżność może wynikać z faktu, iż populacje te są różne wiekowo.

Szeroko stosowanym wskaźnikiem i predyktorem do oceny stanu zdrowia i występujących nierówności w zdrowiu jest samoocena stanu zdrowia. Między innymi WHO zaleca stosowanie samooceny stanu zdrowia populacji w badaniach zdrowia realizowanych za pomocą wywiadu [20, 28]. Mniej niż połowa badanych osób niepełnosprawnych oceniła swój stan zdrowia pozytywnie, co jest zbieżne z wynikami Karwat, gdzie pozytywnie swój stan zdrowia oceniło 48,6% badanych [29]. Badania wykazały, iż osoby z niższym wykształceniem oceniają swoje zdrowie jako gorsze, co najprawdopodobniej powiązane jest z ich pozycją społeczną. Niska pozycja społeczna powiązana jest bowiem z większym ryzykiem posiadania gorszego stanu zdrowia, jak również gorsze zdrowie zmniejsza prawdopodobieństwo uzyskania lepszego wykształcenia. Zła ocena stanu zdrowia skorelowana jest również z nabyciem niepełnosprawności w skutek choroby. Jest to prawdopodobnie związane z możliwością porównania sytuacji z przeszłości z pogarszającym się obecnie stanem zdrowia i samym faktem pogarszania się stanu zdrowia.

Jednym z czynników znaczących dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych jest dostępność do opieki zdrowotnej. Badana populacja (95,3%) powszechnie korzystała z tej opieki, w tym regularnie 80,2%. Dostępność jest jednak oceniana negatywnie (68%), przy czym częściej krytyczne pozostają osoby będące w związkach i mające niepełnosprawność nabytą. Może to być rezultatem częstszego korzystania z usług przez te osoby, jak również w przypadku jednostek pozostających w związkach z szerszym spektrum opinii do jakich mają dostęp, a w przypadku niepełnosprawności nabytej ze zmianą swojej sytuacji życiowej. Badania innych autorów również wykazują podobny poziom niezadowolonych niepełnosprawnych z dostępności do opieki zdrowotnej [30, 31]. Jest to zjawisko występujące w skali globalnej na co zwracają uwagę dane WHO wskazując, iż osoby niepełnosprawne trzy razy częściej niż pozostała część populacji pozabawiani są opieki zdrowotnej i cztery razy częściej są źle traktowani przez system opieki zdrowotnej [32].

Skuteczna rehabilitacja osób niepełnosprawnych sprzyja poprawie ich funkcjonowania. Zdaniem Garbat [33], struktura środowiska społecznego ma wpływ na proces rehabilitacji i integracji społecznej. Celem

rehabilitacji jest uzyskanie maksymalnego możliwego poziomu sprawności. Wyposażenie w niezbędny sprzęt wspomagający codzienne życie, edukacja członków rodziny, nauka szeroko pojętych ról społecznych, znacznie poprawiają komfort życia człowieka i zwiększają integrację społeczną oraz samodzielne funkcjonowanie [34-36]. Pomimo istniejących potrzeb znaczna grupa osób niepełnosprawnych (73,7%) nie korzystała z rehabilitacji. Zgłaszane zapotrzebowanie dotyczy ambulatoryjnej pomocy blisko miejsca zamieszkania, natomiast leczenie sanatoryjne, mimo propozycji ze strony lekarzy jest sporadyczne. Rezygnowanie z sanatorium najprawdopodobniej wynika z niemożności pokrycia częściowej odpłatności przez osoby niepełnosprawne, których dochód w większości nie przekraczał 500 PLN na osobę w gospodarstwie domowym. Przeszło 42% osób, którym niezbędny był sprzęt rehabilitacyjny nie miało zaspokojonych potrzeb w tym zakresie. Z badań ogólnopolskich, do których odwołuje się Karwat wynika, że z ogółu osób potrzebujących sprzętu rehabilitacyjnego tylko 17% dysponuje nim [31]. Różnica najprawdopodobniej jest efektem odmienności badanych populacji ze względu na: wiek – badania ogólnopolskie obejmują wszystkie grupy wiekowe, definicję niepełnosprawności – w badaniach ogólnopolskich brano również pod uwagę samoocenę, a więc orzeczenie lekarskie nie było konieczne, a także okres ich przeprowadzania. Z kolei z badań gdańskich wynika, że 16% niepełnosprawnych nie miało zaspokojonych potrzeb w zakresie sprzętu ortopedycznego i jest to wynik zbliżony do opisywanych tu badań. Zarówno badania zrealizowane w Gdańsku, jak i przedstawiane w niniejszym artykule wskazują, że najczęściej potrzebnym sprzętem są przedmioty ułatwiające poruszanie się (laski, kule, balkoniki, wózki inwalidzkie) oraz okulary [30].

Poziom wykonywania złożonych czynności życia codziennego badany przy użyciu skali IADL wykazał wysoką funkcjonalność respondentów, aczkolwiek samodzielne przygotowywanie posiłków, korzystanie ze środków transportu, robienie zakupów, wykonywanie prac domowych i drobnych napraw nastręczało trudności znacznej grupie niepełnosprawnych. Porównując uzyskane dane z raportem gdańskim należy podkreślić wyższą sprawność niepełnosprawnych objętych niniejszym badaniem. Opisywana sytuacja dotyczy tylko niektórych wskaźników badanych przez gdańszczan (wykonywania prac porządkowych, przygotowania posiłków, gospodarowania pieniędzmi i przemieszczania się na dłuższych dystansach) [30]. Odmienność ta może być następstwem młodszego wieku osób objętych niniejszym badaniem oraz wzięcia pod uwagę tylko niepełnosprawności fizycznej.

Wnioski

1. Blisko połowa młodych niepełnosprawnych żyjących na wsi, to osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, a przyczynami niepełnosprawności są przede wszystkim choroby nabyte.
2. Niepełnosprawni w odniesieniu do populacji ogólnopolskiej charakteryzują się niskimi poziomami wykształcenia, dochodów i aktywności zawodowej, co utrudnia ich codzienne funkcjonowanie również w sferze zdrowotnej.
3. Przeszło połowa niepełnosprawnych oceniła stan swojego zdrowia negatywnie, przy czym powiązane to było z niskim poziomem wykształcenia, wiekiem oraz nabyciem niepełnosprawności na drodze choroby.
4. Respondenci często korzystali z usług opieki zdrowotnej i oceniali ją negatywnie.
5. Zdecydowana większość badanych nie korzystała z rehabilitacji medycznej, a jednocześnie duża

grupa deklarowała taką potrzebę; wśród korzystających dominowały kobiety.

6. Co trzeci niepełnosprawny powinien korzystać ze sprzętu wspomagającego codzienne funkcjonowanie, a 42,4% spośród nich takim sprzętem nie dysponowało.
7. Respondenci wykazują się wysokim stopniem wykonywania złożonych czynności życia codziennego, niemniej jednak dużej grupie sprawiają one problemy.

Wielowymiarowa ocena funkcjonowania populacji osób niepełnosprawnych powinna stać się integralną częścią promocji zdrowia i programów profilaktycznych, ponieważ niesie korzyści zarówno dla badanych, jak i społeczeństwa. Zdiagnozowane w badaniach problemy osób niepełnosprawnych powinny być impulsem do tworzenia skutecznego porządku instytucjonalnego (administracyjno-prawnego) oraz adekwatnych działań odpowiedzialnych podmiotów.

Piśmiennictwo / References

1. Gąciarz B, Rudnicki S (red). Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. AGH, Kraków 2014.
2. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Powszechny Spis Rolny 2002. Osoby Niepełnosprawne w Województwie Wielkopolskim. Urz Stat, Poznań 2006.
3. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. osób niepełnosprawnych. Częstość występowania niepełnosprawności według płci i miejsca 2011. <http://www.niepełnosprawni.gov.pl> (26.01.2016).
4. International Classification of Functioning. Disability and Health. WHO, Genewa 2001.
5. Wilmanowska-Pietruszyńska A, Bilski D. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Niepełnospr Zag Probl Rozw 2013, 2(7): 5-20.
6. Lawton MP, Brody E. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: Original observer-rated version. "Does do" form-for women only. Psychopharmacol Bull 1988, 24(4): 785-787.
7. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red). Via Medica, Gdańsk 2007: 68-75.
8. Wilmowska-Pietruszyńska A. Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnymi w Polsce. Orzech Lek 2009, 6(1): 1-12.
9. Gąciarz B, Kubicki P, Rudnicki S. System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji. [w:] Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. Gąciarz B, Rudnicki S (red). AGH, Kraków 2014: 105-127.
10. Karwat ID, 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. Karwat ID (red). Liber, Lublin 2002: 55-56.
11. Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Pentor Research International, 2009. www.pfron.org.pl/ftp/dokumenty/Badania_i_analazy/Raport_CZESC_1z6_final.pdf (15.01.2016).
12. Kurowski P. Dane archiwalne – minimum egzystencji – informacje średnioroczne. www.ipiss.com.pl/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=121 (26.01.2016).
13. Ingstad B, Eide AH. Introduction. [in:] Disability and poverty: a global challenge. Eide AH, Ingstad B (eds). University of Bristol, Bristol (GB) 2011: 1-14.
14. Kostrubiec S. Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w Polsce w 2000. GUS, Warszawa 2001.
15. Ossowski R. Jakość życia – efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji. [w:] Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca. Kościelska M, Aouil B (red). AB, Bydgoszcz 2004: 21-35.
16. Otrębski W. Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w sytuacji pracy niepełnosprawnych mężczyzn zatrudnionych w zakładach pracy chronionej. [w:] Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca. Kościelska M, Aouil B (red). AB, Bydgoszcz 2004: 203-220.
17. Kowalczyk O, Kamiński S. Polityka rynku pracy. [w:] Wymiary polityki społecznej. Kowalczyk O, Kamiński S (red). UE, Wrocław 2013: 171-199.
18. Barczyński A. Zatrudnienie chronione w Polsce na tle rozwiązań europejskich. [w:] Niepełnosprawni a praca. Frąckiewicz L, Koczura W (red). AE, Katowice 2004: 26-55.
19. Tomczyszyn D. Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością w opiniach osób niepełnosprawnych pochodzących z terenów wiejskich województwa lubelskiego. [w:] Determinanty aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych zamieszkałych na obszarach wiejskich. Raport z badań. Tom I. Bergier J, Tomczyszyn D (red). PSW, Biała Podlaska 2011: 29-113.

20. Krause MN, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994, 32(9): 930-942.
21. Ossowski R. Koncepcja funkcjonowania człowieka – ujęcie na użytek rehabilitacji. [w:] Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Ossowski R (red). WSP, Bydgoszcz 1999: 8-43.
22. Janocha W. Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego. *Rocz Nauk Rodz Pr Soc* 2012, 4(59): 375-392.
23. Skrętowicz B (red). Zdrowie mieszkańców polskiej wsi. IMW, Lublin 1994.
24. Janiszewski C. Rozpowszechnienie chorób układu krążenia wśród mieszkańców z rejonu Gminnego Ośrodka Zdrowia w Wyrkach. *Med Ogólna* 1998, 4: 437-446.
25. Promińska E. Zmiany zwyrodnieniowe układu kostnego w filogenezie człowieka. *Postęp Rehabil* 1992, 6: 59-67.
26. Kozak-Sykała A, Wdowiak L, Saracen A. Choroby narządu ruchu jako przyczyna orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji osób ubezpieczonych w Kasie Rolniczej Ubezpieczenia Społecznego. *Med Ogólna* 2009, 15(44), 1: 82-91.
27. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 roku. GUS, Warszawa 2011.
28. de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series 58, Copenhagen, 1996: 49-110.
29. Karwat ID. Analiza problemów medycznych i społecznych niepełnosprawnych mieszkańców wsi. Rozprawa habilitacyjna. IMW, Lublin 1996.
30. Nowak A. Dyskryminacja osób niepełnosprawnych. *Polit Społ* 2010, 10: 12-16.
31. Karwat ID, Bulak M, Tront T. Charakterystyka zdrowotnych i społecznych potrzeb niepełnosprawnych mieszkańców wsi w starszym wieku. [w:] Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Solecki L (red). IMW, Lublin 2004: 186-193.
32. World Report on Disability, WHO, Genewa, 2011. <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (15.01.2016).
33. Garbat M. Osoby niepełnosprawne w środowisku społecznym. *Auxilium Socjale* 2003, 1(25): 75-88.
34. Rutkowska E. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Czelej, Lublin 2002.
35. Kaźmierak Z. Uwarunkowania zaopatrzenia ortopedycznego w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. [w:] Problemy Rehabilitacyjne i Zagadnienia Pomocy Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Tom II. Karwat ID (red). Liber, Lublin 2002: 233-240.
36. Skórka G. O dofinansowaniu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. *Niepełnospr Rehabil* 2008, 4: 43-66.