

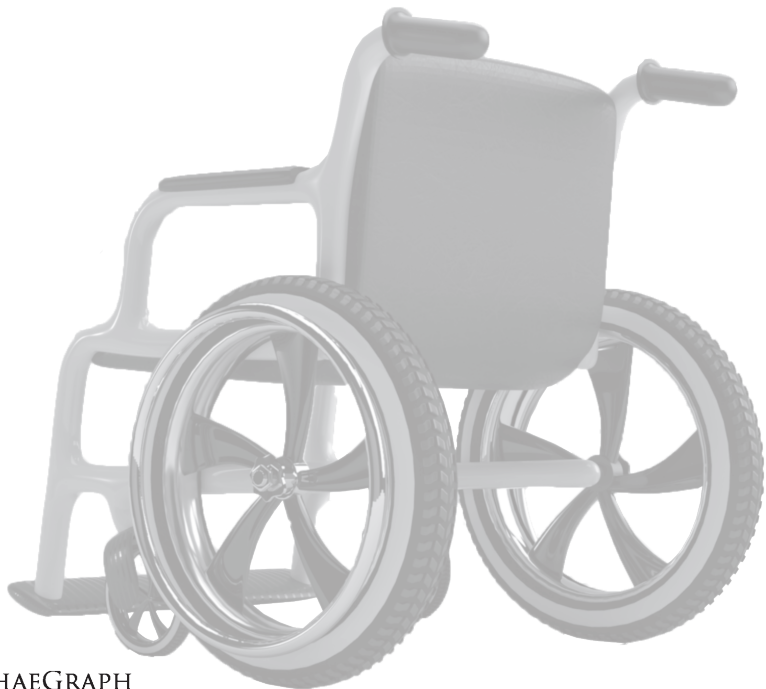
JOLANTA DYNDUR
ASPIRACJE I BARIERY
A JAKOŚĆ ŻYCIA
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
FIZYCZNIE NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO



ASPIRACJE I BARIERY
A JAKOŚĆ ŻYCIA
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
FIZYCZNIE NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

JOLANTA DYNDUR

JOLANTA DYNDUR
ASPIRACJE I BARIERY
A JAKOŚĆ ŻYCIA
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
FIZYCZNIE NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO



ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

Autorka
dr Jolanta Dyndur

Recenzja
dr Martyna Nawrocka

Korekta redaktorska i skład
Karol Łukomiak

Projekt okładki
Karol Łukomiak

Okładka została zaprojektowana przy użyciu zasobów z portalu Freepik.com

© Copyright by author & ArchaeGraph

ISBN: 978-83-67527-57-6

Wersja elektroniczna dostępna na stronie internetowej wydawcy:

www.archaeograph.pl

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

ŁÓDŹ, KWIECIEŃ 2023

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1	
Podstawy teoretyczne zagadnienia	9
Ewaluacja pojęcia jakości życia.....	9
Jakość życia w ujęciu socjo – społecznym.....	11
Jakość życia w perspektywie nauk medycznych.....	15
Rozdział 2	
Niepełnosprawność – terminologia, definicje	19
Niepełnosprawność w świetle polskiego prawa.....	20
Medyczne aspekty niepełnosprawności fizycznej.....	21
Rozdział 3	
Dynamika zjawiska niepełnosprawności w Polsce z uwzględnieniem woj. Lubelskiego	23
Rozdział 4	
Wybrane działania mające na celu aktywizację osób niepełnosprawnych w woj. Lubelskim	25
Działania zwiększające aktywność w życiu kulturalnym osób niepełnosprawnych.....	25
Działania mające na celu profilaktykę zdrowotną, edukację i promocję zdrowia dla osób niepełnosprawnych.....	26
Działania związane z polepszeniem sytuacji zawodowej osób z niepełnosprawnością.....	26
Rozdział 5	
Cel główny i cele szczegółowe. Problemy badawcze	29
Rozdział 6	
Materiał, metody, organizacja i przebieg badań	31

Rozdział 7

Wyniki badań	35
Charakterystyka badanej grupy.....	35
Ocena sprawności w wykonywaniu czynności życia codziennego w badanej grupie.....	40
Ocena życia zawodowego ankietowanych.....	44
Ocena stylu życia ankietowanych.....	67
Ocena zadowolenia z życia ankietowanych.....	79
Ocena akceptacji choroby (AIS).....	87
Ocena poczucia koherencji w badanej grupie (SOC 29).....	93
Ocena wpływu wybranych czynników na poziom koherencji.....	105
Ocena jakości życia ankietowanych (WHOQOL-Bref).....	106
Ocena wpływu wybranych czynników na jakość życia.....	122

Rozdział 8

Dyskusja	125
-----------------------	-----

Rozdział 9

Wnioski	133
----------------------	-----

Zakończenie	135
--------------------------	-----

Bibliografia	139
---------------------------	-----

Spis tabel i rycin	151
---------------------------------	-----

Załączniki	161
-------------------------	-----

Załącznik 1 Aspiracje życiowe i styl życia osób niepełnosprawnych ruchowo Sadowskiego i Skowronka.....	161
Załącznik 2 – AIS – Skala akceptacji własnej choroby adaptacja Z. Juczyńskiego.....	166
Załącznik 3 – WHOQOL BREF – Skala oceny jakości życia.....	168
Załącznik 4 - SOC - 29 – Kwestionariusz orientacji życiowej.....	172
Załącznik 5 - Formularz świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu.....	178
Załącznik 6.....	179

Wstęp

Zjawisko niepełnosprawności jest obecnie jednym z najistotniejszych problemów społecznych, z którym mierzy się świat. Nieustannie rośnie liczba osób niepełnosprawnych, co stanowi ogromne wyzwanie nie tylko dla osób rządzących państwami, ale także dla organizacji międzynarodowych, stowarzyszeń, środowiska naukowego oraz grup zajmujących się osobami niepełnosprawnymi. Najtrudniejszym zadaniem jest włączenie tych osób we wszystkie dziedziny aktywności społecznej, a także zawodowej. Przy poszukiwaniu jeszcze szerszego kontekstu społecznego niepełnosprawności, należy zwrócić uwagę na wysoko usytuowaną pozycję zdrowia, sprawności fizycznej oraz siły witalnej w hierarchii wartości w naszym społeczeństwie, ale również produktywność, zawodowy sukces, czy zamożność.

Problem przyznania odpowiedniego miejsca osobom o niepełnej sprawności w społeczeństwie często wiąże się ze zjawiskiem marginalizacji, dlatego wszelkie działania powinny zmierzać ku aktywizacji tejże grupy społecznej. Szczególnie w Polsce, gdzie wskaźnik zatrudnienia osób z orzeczoną niepełnosprawnością jest najniższy ze wszystkich krajów Unii Europejskiej.

Definicje „jakości życia” są wieloczynnikowe i niejednoznaczne, jednak z punktu widzenia badań medycznych, uogólnione pojęcie ulega znacznemu zawężeniu. Ogranicza się ono do zależności od stanu zdrowia. W tym kontekście oczywistym staje się fakt, że osoby o niepełnej sprawności fizycznej mogą uskarżać się na gorszą jakość życia. Powszechna jest świadomość wielu barier utrudniających integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Najczęściej są to bariery architektoniczne, organizacyjne czy te związane z zatrudnieniem. Należy jednak zastanowić się, w jakim stopniu są one przejawem obojętności czy niewiedzy lub stereotypowego myślenia społeczeństwa.

Problemy osób niepełnosprawnych, ich jakość życia, wydają się być szczególnie istotne i wymagają szybkiego rozwiązania w aspekcie nie tylko prawnym, ale również medycznym, a przede wszystkim społecznym.

PODSTAWY TEORETYCZNE ZAGADNIENIA

Ewaluacja pojęcia jakości życia

Problem jakości życia pojawia się w literaturze nie tylko w związku z rozważaniami dotyczącymi osób niepełnosprawnych. Jak podkreśla Kane „dla niektórych jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty życia”, (Kane, R.A., Zawisłak, A., 2006), (Trzebiatowski, J., 2011). Koncepcję jakości życia określa się w literaturze jako multidemencjonalną, gdyż jest ona złożona i niesie za sobą sporo wewnętrznych powiązań (Brown, R.I., 1997; Baumann, K., 2006).

Od czasów starożytnych można zauważyć zainteresowanie zdrowiem. Najstarsi myśliciele próbowali określić najistotniejsze cele, które miały doprowadzić do satysfakcjonującego życia. Hipokrates, Arystoteles, filozofowie chrześcijańscy czy Ci wywodzący się ze Wschodu, próbowali w swoich poglądach odnaleźć wskazówki, których realizacja doprowadziłaby do szczęśliwego życia (Ostiak, W., 2008).

Należy zatem stwierdzić, że ówczesne prowadzone przez filozofów analizy koncentrowały się na determinantach, które dziś można by określić mianem wysokiej jakości życia.

Lata 60 XX wieku przyniosły pierwsze doniesienia dotyczące problematyki z zakresu jakości życia. Badania przeprowadził Campbell na grupie Amerykanów. Celem jego badań było określenie dobrostanu psychologicznego i jego uwarunkowań na podstawie subiektywnych aspektów oceny badanych i ich własnych, życiowych doświadczeń (Górna, K., 2005).

Na samym początku należy zwrócić szczególną uwagę na już istniejące uzgodnienia międzynarodowe. Najistotniejsze wydaje się być stanowisko wypracowane przez The Quality of life Special Interest Group, która powstała przy The International Association for Study of the Scientific Intellectual Disabilities (IASSID). Koncepcja ta została opracowana na podstawie pracy międzynarodowego zespołu i przyczyniła się do usystematyzowania współczesnego rozumienia pojęcia jakości życia. Opiera się na następujących założeniach:

- „postrzeganie pojęcia, jako pewnej koncepcji, niekoniecznie ściśle zdefiniowanej, mającej związek z polityką społeczną i oceną usług przez nią oferowanych oraz z różnego rodzaju lokalnymi, narodowymi czy ponadnarodowymi inicjatywami i programami.
- uznanie faktu, iż kluczowym aspektem pojęcia jest indywidualna percepcja i subiektywne odczucia jednostki odnośnie jej jakości życia” (Zawiślak, A., Palak, Z., Lewicka, A., Bujnowska, A., 2006).

Definicje jakości życia ze względu na strukturę dzieli się na globalne, złożone, mieszane i specyficzne.

- Globalne – odwołują się do dobrego samopoczucia (well-being) i odnoszą się do subiektywnego zadowolenia z życia, jako całości (np. poczucie satysfakcji z życia).

Przykłady: Jakość życia to satysfakcja z życia i poczucie szczęścia lub jego brak. Jakość życia to subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości;

- Złożone – dotyczą oceny subiektywnej i obiektywnej w wymiarze ogólnym, a także w poszczególnych obszarach funkcjonowania człowieka.

Przykłady: Jakość życia to subiektywna ocena zadowolenia z życia oraz obiektywna ocena warunków zewnętrznych. Jest to poczucie dobrostanu wynikającego z satysfakcji lub jej braku w odniesieniu do istotnych dziedzin życia jednostki;

- Mieszane – zawierają składowe definicje globalnych, a także złożonych oraz aspekty związane ze środowiskiem, organizacją życia społecznego, oczekiwaniami i stanem emocjonalnym itp.

Przykłady: Jakość życia to indywidualna percepcja osobistej pozycji życiowej przy uwzględnieniu czynników kulturowych, systemu wartości. Wpływa na nią: stan psychiczny, zdrowie fizyczne, stopień niezależności, a także relacje z innymi ludźmi oraz cechy środowiska (WHO). Jakość

życia to interpersonalne społeczno – normatywne kryteria systemu człowiek – środowisko w odniesieniu do przeszłości, terażniejszości i przyszłości;

- Specyficzne – dotyczą jakości życia, która warunkowana jest stanem zdrowia.

Przykłady: Jakością życia jest samoocena pacjenta, która dotyczy jego stanu zdrowia oraz zdolności funkcjonowania zarówno w aspekcie fizycznym, psychicznym, jak i społecznym (Zawiślak, A., Palak, Z., Lewicka, A., Bujnowska, A., 2006; Baumann, K., 2006; Farquahar, M., Melosik, Z., 2001).

Jakość życia w ujęciu socjo - społecznym

Jakość życia w naukach społecznych ściśle wiąże się ze sferą psychiczną człowieka. Nie opracowano, jak dotąd, uniwersalnej definicji, która byłaby przyjmowana przez wszystkich badaczy. Jakość życia zostaje zatem rozpatrywana pod kątem zaspokajania potrzeb egzystencjalnych – mieć, potrzeb dotyczących bezpieczeństwa – być oraz potrzeb związanych z kontaktem społecznym – kochać i być kochanym (Czeraniawska, O., 2000).

Do najczęściej przytaczanych definicji jakości życia zaliczyć należy propozycje Kowalika S., Tomaszewskiego T., Suchodolskiego B. oraz Nordenfelta L.

Według Kowalika o jakości życia decydują codzienne przeżycia, ich jednostkowa jakość. „Im większe uzdolnienia kognitywne, tym wyższa zdolność przeżywania” (Trzebiatowski, J., 2011). Kumulacja wszystkich przeżyć spowoduje utworzenie się doświadczenia życiowego, które będzie wskazywało wysoką jakość życia, bądź zupełnie odwrotnie (Kowalik, S., Bańka, A., Derbis, R., 1995).

Podobną koncepcję można zauważyć w teorii Nordenfelta. Uważa on bowiem, że jakość życia wiąże się z poznaniem podmiotowym oraz „emocjonalną recepcją świata”. Człowiek staje się w życiu społecznym aktorem, który bez przerwy wysyła i odbiera różnorodne komunikaty. Ten fakt powoduje, że przeobrażają się one w pewne doznania i uczucia – pozytywne i negatywne. Dalej Nordenfelt tłumaczy, że w zależności od aktywności danej jednostki, a także stopnia rozwoju aktor doświadczał będzie różne emocje, wynikające z zaspokojenia bądź nie swoich potrzeb. I te właśnie emocje będą decydowały o poziomie jakości życia (Nordenfelt, L., 1993).

Suchodolski skupia się na dwóch opozycjach – „mieć” czy „być”. W zależności od nich można zaobserwować odniesienie zarówno do siebie, jak i do świata, co w sposób indywidualny wpłynie na całość odczuwania, myślenia i działania ludzkiego. Przeanalizowanie tych dwóch motywacji, „pragnienia życia” i „pragnienia posiadania” będzie wpływało na definicję jakości życia – niską lub wysoką (Suchodolski, B., 1990).

Tomaszewski podaje, że jakość życia jest „(...) zespołem elementów występujących w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, na które składają się:

- bogactwo przeżyć
- poziom świadomości
- poziom aktywności
- twórczość
- współuczestnictwo w życiu społecznym” (Tomaszewski, T., 1976).

Inne koncepcje nauk społecznych dotyczące jakości życia, skupiają na zaspokajaniu indywidualnych potrzeb.

Jakość życia, jak podaje Kaleta dotyczy potrzeb, które „(...) jednostka uważa za najistotniejsze dla swojego życia, oraz opinie jednostki na temat poziomu ich zaspokajania” (Kaleta, A., 1988). Podobnie jakość życia definiuje Gałęski, który rozróżnia pojęcia poziomu życia odnosząc się do stopnia zaspokajania potrzeb, a także jakości życia, jako sposobu zaspokajania potrzeb (Wrzesień, W., Wachowiak, A., 2001). Warto również przytoczyć definicję Borowicza, w której jakość życia również sprowadza się do stopnia zaspokojenia potrzeb. Analiza poziomu zaspokojenia może być „(...) próbą opisu świata życia oraz przestrzeni, w której funkcjonują ludzie, rozpatrując to, co obiektywne (mieralne zewnętrznie) i co subiektywne (stan świadomości, zadowolenie)” (Borowicz, R., 1988).

Zbliżone koncepcje jakości życia można zauważyć u autorów, dla których jest ona kategoryzowana, jako sens życia. Przedstawicielem tego typu definicji jest A. Michalos, który zauważa istotę wielkości rozbieżności pomiędzy potrzebą, a poziomem jej zaspokojenia. Ważne jest jednak to, której sfery życia dotyczy potrzeba. Im sfera jest ważniejsza, tym mniejsze niezaspokojenie jej wywoła dyskomfort, a w konsekwencji gorszą jakość życia. Należy jednak pamiętać, że niezadowolenie może wynikać z wcześniejszych doświadczeń życiowych, z porównania siebie do innych osób, bądź odwołania się do indywidualnych przekonań. Michalos podkreśla również, że sfery życia istotne

dla jakości życia ulegają zmianom w zależności od wieku, pełnionych ról i pozycji w społeczeństwie (Michalos, A., 2007).

Jeszcze inną kategorię definicji jakości życia reprezentują J. M. Raeburn i I. Rootman, Wysoka lub niska ocena jakości życia odnosi się wg autorów do zadań stawianych przed człowiekiem. Zadania te mają charakter rozwojowy i życiowy. Raeburn i Rootman uważają, że rozwój osobisty, realizacja własnych zamierzeń wpływa na jakość życia. Niemożność zrealizowania własnych planów i zadań obniża poziom jakości życia (Aleksińska A), (Raeburn, JM, Rootman I., Renwick, R., Brown, I., Nagler, M., 1996).

Ostatnia grupa definicji jakości zdrowia odnosi się do wskaźników subiektywnych i obiektywnych oraz kolidowania ich ze stopniem zaspokojenia różnych potrzeb (Trzebiatowski, J., 2011). Wskaźnikami obiektywnymi są np. przeciętna długość życia, ubóstwo, poziom edukacji, natomiast subiektywnymi np. poziom szczęścia, stopień zadowolenia z różnych aspektów życia, sens życia (Peace, S.M., 1990).

Zwolennikiem tego nurtu definicji jest Czapiński. Autor wskazuje subiektywne i obiektywne miary poczucia szczęścia. Te pierwsze obejmują „(...) oceny życia oraz poszczególnych jego aspektów doświadczane indywidualnie wydarzenia stresowe i problemy z adaptacją psychiczną, system wartości i inne cechy osobowości warunkujące postawę wobec życia, aktywność życiową i zdolność przystosowania się do zmian” (Czapiński J., 2001). Natomiast do wskaźniki obiektywne dotyczą warunków egzystencji grup społecznych, które wpływają na następujące obszary: problem samobójstw, zanieczyszczenie środowiska czy dynamika PKB (Czapiński J., 2001). Jak wskazuje Baumann w piśmiennictwie wyróżnia się wiele indyktorów pośrednio lub bezpośrednio wpływających na jakość życia:

1. Dobrostan fizyczny (*physical well being*), np. seksualność,

- seksualność
- funkcjonalność;
- jakość opieki zdrowotnej;
- brak odczuwania bólu;
- dobre funkcjonowanie zmysłów
- czasu na relaks.

2. Dobrostan finansowy i materialny:

- niezależność i zabezpieczenie finansowe
- stałe przychody
- własny majątek (np. mieszkanie, samochód).

3. Dobrostan osobisty (*personal well-being*):

- zachowane zdrowie psychiczne;
- poczucie szczęście;
- wysoka samoocena;
- poczucie godności i własnej tożsamości ;
- ciągły rozwój;
- dobra pamięć i poczucie kontroli nad swoim życiem;
- poczucie niezależności;
- brak uporczywego stresu;

4. Dobrostan społeczny (*social well-being*):

- pozycja społeczna i dobre kontakty międzyludzkie
- rodzina;
- wsparcie.

5. Życiowa satysfakcja:

- poczucie spełnienia w życiu
- kreatywność;
- zachowana pogoda ducha.

6. Cel życia (*purposeful well-being*):

- udział w życiu osób bliskich
- poczucie zaangażowania przez bliskich
- pozytywny proces starzenia się.

7. Dobrostan estetyczny (*aesthetic well-being*):

- spędzanie wolnego czasu w sposób zgodny z zainteresowaniami;
- posiadanie pasji;
- kontakt z ogólnie pojętą kulturą.

8. Wesołość/radość (*joyfulness*):

- sprawianie sobie przyjemności
- chęć zachowania radości życia.

9. Dobrostan moralny (*moral well-being*)

- życie w zgodzie z własnym sumieniem.

10. Duchowość

11. Życie terazniejszością:

- poczucie naturalności;
- wolność od zaabsorbowania przeszłością i przyszłością.

13. Koniec życia:

- godne starzenie się i umieranie
- poczucie kontroli własnego życia;
- zachowanie jakości opieki zdrowotnej (zmniejszenie bólu i cierpienia) (Baumann, K., 2006).

Po przeanalizowaniu piśmiennictwa można odnieść wrażenie, że badacze zajmujący się koncepcją jakości życia na gruncie nauk socjo – społecznych nie opracowali dotąd wspólnej, jednobrzmiącej i przyjętej przez wszystkich definicji.

Jakość życia w perspektywie nauk medycznych

Zadania stawiane medycynie od zawsze miały spełniać jeden cel – walkę o jak najdłuższe życie. Kryteriami oceny stanu zdrowia były głównie badania laboratoryjne, biologiczne i biochemiczne parametry ludzkiego organizmu (Farquhar, M., 1995). Wraz z rozwojem medycyny, techniki i cywilizacji zauważono, że sama długość życia nie jest celem samym w sobie, chodzi o coś więcej, aby życie toczyło się w zdrowiu i szczęściu. Istotnym etapem badań nad jakością życia stał się fakt przyjęcia w preambule do konstytucji WHO (World Health Organization) definicji zdrowia (WHO, 1946), według której jest ono „kompleksowym stanem dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brakiem choroby i niedomagania”. Dodatkowo zamieszczono tam stwierdzenie, iż „zdrowie (...) jest fundamentem do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa” (WHO, 1946).

Powyższe stwierdzenia doprowadziły do dalszych badań nad oceną jakości życia. Jednym z ważniejszych była opracowana 1972 „The Rosser Index Matrix”, której autorem był Rosser (Rosser R.M., Watts W.C., 1972).

Metoda łączyła dwa wskaźniki: „ograniczoną aktywność życiową (mobilność) i doświadczane cierpienie (ból). „The Rosser Index Matrix” łączy subiektywną miarę niepełnosprawności sięgającej od 1 (dla braku niepełnosprawności) do 8 (dla rażącej niepełnosprawności) z subiektywną miarą odczuwanego bólu” (WHO, 1946).

Od lat 90 XX wieku, zauważono kolejny wzrost zainteresowań badaniami nad jakością życia. Wtedy właśnie WHO powołując grono międzynarodowych ekspertów opracowuje kolejne narzędzia badawcze. Są to WHOQOL – 100 oraz WHOQOL – BREF – jako skróconą wersję tego pierwszego (Wolowicka, L., 2001). Skale umożliwiają badanie zarówno chorych, jak i zdrowych pacjentów.

Próbę integracji i ujednoczenia definicji jakości życia z punktu widzenia medycyny wprowadził Schipper określając ją mianem HRQOL (health – related quality of life) (Schipper, H., 1990). HRQOL w rozumieniu Schipper’a było funkcjonalnym efektem fizycznej, społecznej i psychicznej odpowiedzi na chorobę odbieranym subiektywnie przez pacjenta (Schipper, H., 1990). Natomiast definicja, którą podaje Gotay i wsp. mówi, że HRQOL to „stan pomysłowości, który jest połączeniem dwóch komponentów: zdolności wykonywania codziennej aktywności, która jest odbiciem fizycznej, psychologicznej i społecznej satysfakcji oraz przebiegu i kontroli choroby i/lub określonych symptomów leczenia” (Gotay, C.C., Korn, E.L., McCabe, N.S., 1992). Z kolei Cella i Tulsky definiują HRQOL, jako „ocenę satysfakcji pacjenta z aktualnego poziomu funkcjonowania w porównaniu do takiego, jaki postrzega on, jako możliwy lub idealny” (Cella, D.F., Tulsky, D.S., 1990).

Jednak najbardziej znaną i najczęściej cytowaną klasyfikacją służącą uporządkowaniu definicji jakości życia na gruncie nauk medycznych jest zaproponowana przez M. Farquahar’a (Cella, D.F., Tulsky, D.S., 1990). Podzielił on wszystkie definicje na 2 grupy:

1. definicje sformułowane przez ekspertów
 - definicje globalne
 - definicje złożone
 - definicje specyficzne
 - definicje mieszane
2. definicje sformułowane przez laików (Farquahar, M., Melosik, Z., 2001).

Typ pierwszy, jak zauważa Jaracz, związane są poziomem satysfakcji z życia oraz ogólnie pojętym szczęściem. Typ drugi natomiast to definicje zwierające wiele cząstkowych zmiennych wpływających na jakość życia, a ta zaś jest zmienną globalną. Podobnie jak w typie pierwszym zmienne te odczuwane są w sposób subiektywny i obiektywny. Definicje specyficzne utożsamiane są głównie z koncepcją łączenia jakości życia z konkretną zmienną

(np. zdrowiem, wykształceniem itp.). Czwarty typ definicji łączy w sobie elementy wszystkich poprzednich (Jaracz, K., Melosik Z., 2001).

Wartość życia nieodłącznie wpisana jest jego jakość. Problematyka jakości życia wzbudzała i nadal wzbudza coraz większe zainteresowanie badaczy w obszarze wielu nauk. Wielowymiarowość pojęcia rozpatrywana jest w kategoriach nie tylko społecznych i medycznych, ale również w kontekście filozoficznym, psychologicznym, kulturowym czy ekonomicznym. Stąd nie sposób opisać jest każdy z jej aspektów.

Niepełnosprawność - terminologia, definicje

Industrializacja oraz szybki rozwój cywilizacyjny niosą za sobą nie tylko same korzyści, ale także zagrożenia. Jednym z nich jest niepełnosprawność, której konsekwencje nie mają jedynie indywidualnego wymiaru, ale wpływają również na funkcjonowanie całego społeczeństwa. Dlatego istotne wydaje się dążenie do ujednoczenia i wyrównania szans w życiu każdego człowieka w trzech sferach jego bytu: biologicznej, osobowej i społecznej. Aby dążenia te zostały spełnione, trzeba zatem dokładnie sprecyzować, czym jest niepełnosprawność (ONZ, 1994), (Sienkiewicz, E., Szymańska, J., 2011). W literaturze możemy spotkać wiele definicji niepełnosprawności w zależności od dziedziny nauki, którą prezentuje autor.

Jedną z pierwszych prób została podjęta przez WHO i zaowocowała definicją, która miała być kompromisem między naukami społecznymi i medycznymi. Koncepcja ta dzieliła niepełnosprawność w następujący sposób:

- Upośledzenie lub uszkodzenie (impairment) – oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenia funkcji psychicznych lub fizycznych organizmu,
- Niepełnosprawność funkcjonalna (disability) – oznacza wszelkie ograniczenie lub brak wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania czynności w sposób i zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (handicap) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wykonywanie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturą (WHO, 1980), (Karaś, M., 2012).

Według Kowalika, niepełnosprawność to „utrata zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale również na poziomie psychologicznym i społecznym i obejmuje ona:

- dysfunkcjonalność – jako defekt biologiczny polegający na niezdolności do wypełniania właściwych funkcji przez cały organizm lub poszczególne układy lub narządy
- skutki społeczne – wynikające z niezdolności człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych oraz aktywności społecznej
- konsekwencje psychologiczne polegające na częściowej lub całkowitej utracie zdolności do podmiotowego działania, utrudniając lub uniemożliwiając zaspokojenie własnych potrzeb oraz oczekiwań społecznych (Gorczycka, E., 1981), (Kirenko, J., 1995).

Warto podkreślić za Witkowskim, że niepełnosprawność jest stanem braku, a nie procesem chorobowym. Stąd przeciwstawianie osoby niepełnosprawnej do osoby pełnosprawnej, zdrowej jest błędne. (Witkowski, T., Juroś A., Otrębski, 1997).

Niepełnosprawność w świetle polskiego prawa

Dz. U. 2011, Nr 127, poz.721 z późn. zm.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definicja osoby niepełnosprawnej brzmi: „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”. Ustawa ta określa trzy stopnie niepełnosprawności:

- znaczny – do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji,
- umiarkowany – do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej

lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych,

- lekki – do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością fizyczną lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (Dz. U. 2011, Nr 127, poz.721 z późn. zm.).

Medyczne aspekty niepełnosprawności fizycznej

Wybierając kryterium medyczne, rodzaje niepełnosprawności można podzielić w następujący sposób:

- osoby z niepełnosprawnością fizyczną – dotyczy to uszkodzenia, zaburzenia, choroby narządu ruchu oraz niektórych zaburzeń mowy
- osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (zmysłową) – niewidomi, niedowidzący, niesłyszący, niedosłyszący
- osoby z niepełnosprawnością psychiczną lub umysłową – zaburzenia oraz choroby psychiczne, z upośledzenia umysłowe, autyzm
- osoby z niepełnosprawnością złożoną – więcej niż jedna niepełnosprawność (Borkowska, M., Borkowska M., 1997; Majewski, T., 1994; Rzempowska, J., 2011).

Niepełnosprawność ze względu na dysfunkcję narządu ruchu (niepełnosprawność fizyczna) WHO klasyfikuje w następujący sposób:

1. „uszkodzenie i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu – zaliczono do nich uszkodzenia kości i mięśni kończyn spowodowane urazami i amputacjami. W zależności od liczby i zakresu uszkodzenia kończyn, czynności manipulacyjne i lokomocyjne ulegają częściowemu lub całkowitemu zniesieniu. Uszkodzenia te dotyczyć mogą:

- jednej kończyny – dolnej lub górnej
- 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. Powodem mogą być wady wrodzone lub schorzenia 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” (Rzempowska, J., 2011; Kantyka, S., 2011).

DYNAMIKA ZJAWISKA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POLSCE Z UWZGLĘDNIENIEM WOJ. LUBELSKIEGO

W krajach Unii Europejskiej szacuje się, że około 15% populacji stanowią osoby niepełnosprawne. W Polsce, jak wynika z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, które przeprowadził Główny Urząd Statystyczny w 2011 r. osoby niepełnosprawne stanowiły 12,2% całej populacji (Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, 2012), wobec 14,3% w 2002r. Średnia w Polsce jest nieznacznie niższa niż w krajach Unii Europejskiej¹. (Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań . Powszechny Spis Rolny 2002. 2006). Województwo lubelskie na przestrzeni kilku lat wciąż utrzymuje wysoki odsetek osób niepełnosprawnych – ponad 19% (Jońska, R., 2010). W skali całego kraju, jedynie województwo małopolskie wyróżnia się wyższym odsetkiem osób niepełnosprawnych. Podobnie jak w kraju, w woj. lubelskim większą grupę osób niepełnosprawnych stanowią kobiety – 53,7% ogólnej liczby osób z orzeczoną niepełnosprawnością w województwie.

Według wyników BAEL – Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności prowadzonych przez GUS co kwartał od roku 1993 liczba osób niepełnosprawnych w Polsce w 2008 r. wynosiła ok. 3,7mln, natomiast w roku 2009 zmniejszyła się ona do 3,5 mln . Oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością żyją w co trzecim gospodarstwie domowym na terenie naszego kraju, a jak podaje wśród tych osób, 12,5% to niepełnosprawni będący „głowami rodzin” (GUS, 2007).

Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności są – jak wynika z badań – schorzenia układu krążenia, dalej narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne (Jońska, R., 2010).

¹ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Powszechny Spis Rolny 2002. Osoby Niepełnosprawne w Województwie Lubelskim. Urząd Statystyczny w Lublinie 2006: 6-96.

Z analizy badań wynika, iż w roku 2013 orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności miało 28,5% osób (16 lat i więcej), 41,6% - orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a 29,9% - orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności². W województwie lubelskim odsetek osób ze znaczną niepełnosprawnością jest zasadniczo niższy, natomiast odsetek osób z lekką niepełnosprawnością wyraźnie wyższy. Odsetki wynoszą kolejno: 18,7%, 39,8% oraz 41,5%.

Niepełnosprawność jest czwartym w kolejności powodem (za ubóstwem, bezrobociem i długotrwałą chorobą) w województwie lubelskim, dla którego zostają przyznawane środki pomocy społecznej (Jońska, R., 2010).

² Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2013 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”. Warszawa 2014: 4-17.

WYBRANE DZIAŁANIA MAJĄCE NA CELU AKTYWIZACJĘ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WOJ. LUBELSKIM

Specyfika regionu lubelskiego – duża ilość terenów rolniczych – zwiększa ryzyko większej wypadkowości wśród całej populacji. Stąd zjawisko niepełnosprawności jest w tym regionie niezwykle częste. Ważnym problemem społecznym jest ciągle zbyt mała liczba działań, które kierowane są do osób niepełnosprawnych w każdej dziedzinie życia.

Wojewódzki program wyrównania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych powstał w woj. lubelskim na lata 2007 – 2013 i jest częścią Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego. Jego obszar dotyczy:

- zapobiegania powstawaniu zjawiska niepełnosprawności
- ograniczenia i łagodzenia skutków niepełnosprawności
- wspierania edukacji i zatrudnienia w celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu oraz wyrównaniu szans życiowych osób niepełnosprawnych
- współpracy z jednostkami kształcącymi
- promowaniu i wspieraniu postaw obywatelskich ¹ (Jońska, R., 2010).

Działania zwiększające aktywność w życiu kulturalnym osób niepełnosprawnych

„Zadanie to wypełniają poszczególne oddziały Departamentu Kultury, Edukacji i Sportu Urzędu Marszałkowskiego oraz podległe mu wojewódzkie samorządowe instytucje kultury, m.in. Muzeum Lubelskie, Muzeum Nadwiślańskie w Kazimierzu Dolnym, Muzeum Wsi Lubelskiej, Teatr im. Juliusza

¹ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, www.rops.lubelskie.pl (Dostęp 14.10.2022).

Osterwy w Lublinie, Teatr Muzyczny w Lublinie, Wojewódzki Dom Kultury, Wojewódzka Biblioteka Publiczna im. H. Łopacińskiego, Muzeum im. Zamoysskich w Kozłowie². W 2009 roku podjęto m.in. następujące działania:

- dostosowanie ekspozycji w Muzeum na Zamku do osób niepełnosprawnych
- udostępnienie książek mówionych
- prowadzenie wystaw przy współudziale osób niepełnosprawnych

Działania mające na celu profilaktykę zdrowotną, edukację i promocję zdrowia dla osób niepełnosprawnych

Z dostępnych informacji wynika, że Zakłady Opieki Zdrowotnej, które podlegają Samorządowi Województwa Lubelskiego w 2012 r. realizowały usługi i/lub świadczenia dla osób niepełnosprawnych w postaci: świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych oraz leczniczych. „Jednostki ochrony zdrowia prowadziły także działania edukacyjne i informacyjne. W części jednostek ochrony zdrowia podległych Samorządowi Województwa Lubelskiego przeprowadzono bądź rozpoczęto w ubiegłym roku modernizację obiektów, a przy tym usunięto bariery architektoniczne i przystosowano placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych³.”

Działania związane z polepszenie sytuacji zawodowej osób z niepełnosprawnością

Według Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Lublinie w roku 2012 liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych z orzeczeniem niepełnosprawności wynosiła na Lubelszczyźnie 5 633 – to liczba o 494 większa od roku poprzedniego. Należy zwrócić uwagę, że jedynie 498 osób posiadało prawo do zasiłku⁴.

Informacje, które otrzymano od powiatowych urzędów pracy są następujące: „wszystkie powiatowe strategie i programy działań na rzecz osób niepełnosprawnych posiadają zapisy dot. działań na rzecz zatrudnienia. (...) Urzędy pracy wywiązują się z nich oferując poradnictwo indywidualne i grupowe, informację zawodową, pomoc w podnoszeniu kompetencji zawodowych, a wreszcie pośrednictwo pracy i rozpowszechniania wśród pracodawców

² Tamże.

³ Informacja dla Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych o działalności Samorządu Województwa Lubelskiego w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych roku 2012.

⁴ Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie

informacji o korzyściach, jakie mogą uzyskać z tytułu zatrudnienia niepełnosprawnego pracownika”⁵. Natomiast badania pokazują, że prowadzone działania wciąż nie są wystarczające – liczba osób niepełnosprawnych stale rośnie. 2001 – liczba osób 1685, 2005 – liczba osób 2983, 2009 r. – 4939os., 2012 r. - 5663⁶.

Osoby niepełnosprawne oprócz zmagania się ze swoimi ograniczeniami w życiu muszą także przełamywać liczne stereotypy, często negatywne, w odbierze ich osoby przez społeczeństwo. Pokonywanie barier społecznych, a także psychicznych skutków niepełnosprawności w ogromnym stopniu przyczynia się do osiągania, optymalnego poziomu życia osób z niepełnosprawnością. Podejmowanie wszelkich działań, przedsięwzięć, tworzenie instytucji służących szeroko pojętej rehabilitacji osób niepełnosprawnych jest nieodzownym czynnikiem wpływającym na ich jakość życia. Należy jednak pamiętać, że działania te muszą koncentrować się zarówno na osobie z niepełnosprawnością, jak również na osobach z najbliższego otoczenia – rodzinie, środowisku lokalnym itp.

⁵ Informacja dla Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych o działalności Samorządu Województwa Lubelskiego w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych roku 2012.

⁶ Informacja dla Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych o działalności Samorządu Województwa Lubelskiego w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w roku 2012.

CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE. PROBLEMY BADAWCZE

Celem głównym niniejszej pracy jest ocena aspiracji i barier w zetknięciu z jakością życia

W celu realizacji głównego problemu badawczego, sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Jak osoby niepełnosprawne fizycznie oceniają swoją jakość życia?
2. Jakie są oczekiwania i aspiracje osób niepełnosprawnych fizycznie?
3. Jakie trudności i bariery stanowią przeszkody w życiu codziennym osób niepełnosprawnych fizycznie?
4. Jak osoby niepełnosprawne fizycznie radzą sobie w sytuacjach trudnych?
5. Jaką formę aktywności społecznej i zawodowej przejawiają osoby niepełnosprawne fizycznie?
6. Czy istnieje zależność pomiędzy zaspokojeniem oczekiwań respondentów, a ich satysfakcją?

Następnym etapem badawczym jest stworzenie hipotez badawczych, relacji między pewnymi zjawiskami oraz antycypacji kierunku (Mayntz, R., Hubner, P., Holm, K., 1985).

Hipoteza główna pracy brzmi: Czynniki socjospołeczne, stopień akceptacji własnej choroby wpływają na aspiracje i jakość życia osób z niepełnosprawnością fizyczną.

Hipotezy szczegółowe:

1. Osoby niepełnosprawne fizycznie uważają, że ich jakość życia nie jest zadowalająca.
2. Aktywność zawodowa oraz możliwość utrzymania dotychczasowych świadczeń są najczęstszymi oczekiwaniami osób z niepełnosprawnością fizyczną.

3. Brak pojazdów do miejsc użytku publicznego oraz niedostosowanie pojazdów użyteczności publicznej to najczęstsze trudności napotykane przez osoby niepełnosprawne fizycznie.
4. Osoby niepełnosprawne fizycznie potrafią odnaleźć się w sytuacjach trudnych
5. Aktywność zawodowa należy do najczęściej wykonywanej formy aktywności społecznej
6. Im zaspokojenie oczekiwań respondentów jest wyższe, tym wyższa satysfakcja z życia.

MATERIAŁ, METODY, ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Specjalnie dla celów badawczych zastosowano odpowiednio dobrane narzędzia badawcze. Ich przygotowanie obejmowało trzy etapy.

Pierwszy etap dotyczył dokonania wyboru standaryzowanych narzędzi badawczych, które zostały zastosowane w pracy. Następnie uzyskano zgodę Autorów wybranych narzędzi badawczych na ich zastosowanie w niniejszej pracy. W dalszej kolejności opracowano oświadczenie dla respondentów potwierdzające zgodę na udział w badaniach.

W drugim etapie przeprowadzono badania pilotażowe na grupie 30 osób, w celu oceny, czy wybrane narzędzia badawcze są właściwie dobrane do szczególnej grupy respondentów.

Trzeci etap opierał się na analizie badań pilotażowych. Analiza wykazała konieczność niewielkich poprawek metodologicznych w autorskim kwestionariuszu ankiety.

W niniejszej pracy zastosowaną techniką badawczą był kwestionariusz ankiety, sformułowany z konkretnych, jednoprotblemowych pytań.

Narzędziami badawczymi, które zastosowano w pracy były:

- Aspiracje życiowe i styl życia osób niepełnosprawnych Sadowskiego i Skowronka - składający się z 32 pytań. Pytania dotyczyły sytuacji socjo – demograficznej badanych, w dalszej kolejności pytania odnosiły się do informacji o niepełnosprawności, sytuacji finansowej i aktywności zawodowej respondenta. Następnie pytania dotyczyły sposobu spędzania wolnego czasu oraz trudności i barier napotykanym w codziennym życiu.
- Skala Akceptacji Choroby (AIS) B. J. Feltona, T. A. Revensona i G. A. Hinrichsen w adaptacji Z. Juczyńskiego – Skala służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia

akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia.

- Skala Oceny Jakości Życia (WHOQOL – BREF) – skala służy do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Opiera się ona na 4 dziedzinach jakości życia: fizycznej (czynności dnia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy), psychicznej (wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja), społecznej (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna) i funkcjonowaniu w środowisku (zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo, zdrowie i opieka zdrowotna, środowisko domowe, zdobywanie nowych informacji i umiejętności, uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku), transport. Skala składa się z 26 pytań.
- Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC – 29) A. Antonovsky'ego – służy do badania koherencji. Składa się on z 29 stwierdzeń oraz trzech podskal: poczucia zrozumiałości (SOC – 29 ZR), zaradności (SOC – 29 Z) oraz sensowności (SOC – 29 S). Do pierwszej skali należy 11 stwierdzeń, do następnej 10 stwierdzeń, a do ostatniej 8. Respondent udzielając odpowiedzi korzysta z 7-stopniowej skali Likertowskiej. Dodatkowo można uzyskać także wynik ogólny świadczący o nasileniu poczucia koherencji u osoby badanej.

Przed rozpoczęciem badań, projekt otrzymał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie o numerze KE – 0254/163/2014.

W przedstawionej pracy zbadano opinię osób z obniżoną sprawnością narządu ruchu, powstałą w wyniku choroby lub urazu, na temat jakości życia, aspiracji i barier, na jakie napotykają. Ankietowani wypowiadali się na temat swoich życiowych szans, potrzeb i przeszkód.

Badania zostały przeprowadzone w sposób stacjonarny. Kwestionariusze wręczane były osobiście, dając tym samym bezpośredni kontakt z osobami niepełnosprawnymi. Łącznie rozdanych zostało 280 ankiet, ostatecznie zakwalifikowano 233 poprawnie i kompletnie wypełnione ankiety. Badania zostały przeprowadzone pośród pacjentów dwóch Uniwersyteckich Szpitali znajdujących się na terenie miasta Lublin, były to:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 – Lublin, ul. Stanisława Staszica 16.
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 – Lublin, ul. Jaczewskiego 8

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy jakością życia a oceną zaburzeń seksualnych zastosowano korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 .

Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników wyjaśniających poziom koherencji i jakość życia pacjentów zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla $F > 0,01$. Wyniki analizy regresji przedstawiono podając wartości skorygowanego współczynnika determinacji (R^2), który informuje o wielkości wyjaśnianej zmiennej zależnej przez zawarte w modelu zmienne niezależne oraz wartości współczynników parametrów modelu (Beta). Podano także, wartości i poziomy istotności testu t, testującego istotność każdego parametru równania oraz wartości i poziomy istotności testu F testującego wartości wszystkich parametrów razem. Dodatkowo, podano wartość współczynnika korelacji cząstkowej informującego o wkładzie danej zmiennej niezależnej w wyjaśnienie zmienności zmiennej zależnej.

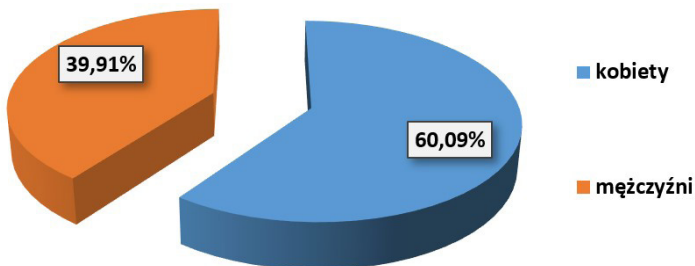
Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA (StatSoft, Polska).

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

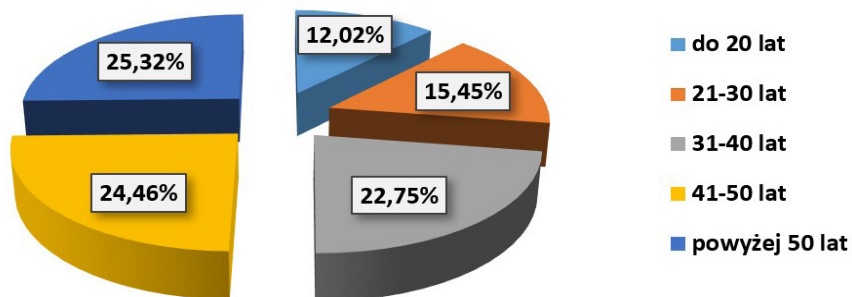
Badana grupę stanowiło 233 pacjentów z niepełnosprawnością. Wśród ankietowanych 60,09% (n=140) stanowiły kobiety, zaś 39,91%, (n=93) mężczyźni, (ryc.1).

Rycina 1. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem płci.



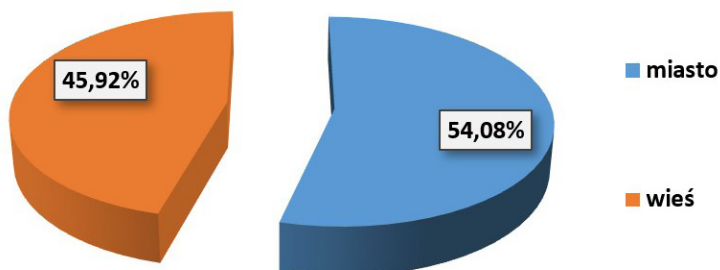
Średnia wieku ankietowanych wynosiła $41,76 \pm 15,29$ lat (zakres od 18 do 81 lat). W badanej grupie 12,02% (n=28) stanowiły osoby w wieku do 20 lat, natomiast 15,45%, (n=36) w wieku od 21 do 30 lat, 22,75%, (n=53) ankietowanych było w wieku od 31 do 40 lat, 24,46%, (n=57) w wieku 41-50 lat i 25,32%, (n=59) w wieku powyżej 50 lat (ryc.2).

Rycina 2. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem grup wiekowych.



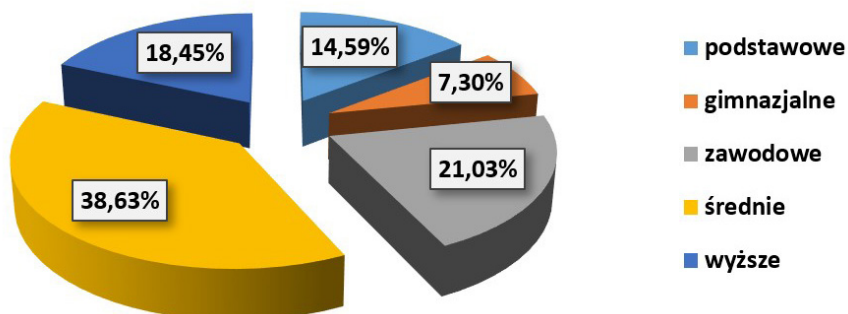
Ankietowani w 54,08% (n=126) mieszkali w mieście, natomiast 45,92%, (n=107) badanych mieszkało na wsi, (ryc. 3).

Rycina 3. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.



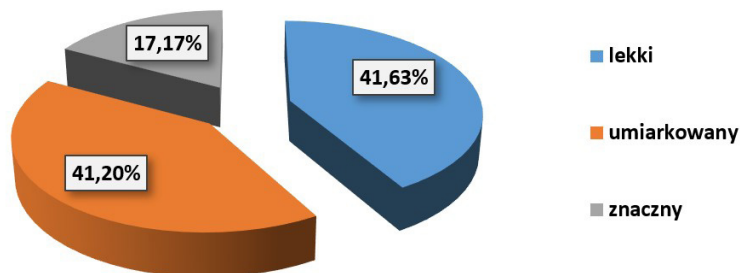
Ankietowani w 14,59% (n=34) mieli wykształcenie podstawowe natomiast 7,30%, (n=17) badanych posiadało wykształcenie gimnazjalne, 21,03%, (n=49) zawodowe, 38,63%, (n=90) średnie i 18,45%, (n=43) wyższe, (ryc. 4).

Rycina 4. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia.



Z przeprowadzonych badań wynika, że 41,63% (n=97) ankietowanych miało lekki stopień niepełnosprawności, natomiast 41,20%, (n=96) umiarkowany i 17,17%, (n=40) znaczny, (ryc. 5).

Rycina 5. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności



Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni nieznacznie częściej mieli znaczny stopień niepełnosprawności, (20,43%) w porównaniu z kobietami, (15,00%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,46$), (tabela 1).

Tabela 1. Stopień niepełnosprawności ankietowanych z uwzględnieniem płci.

Płeć	Stopień niepełnosprawności			Ogółem
	lekki	umiarkowany	znaczny	
	n %	n %	n %	n %
Kobiety	62 44,29%	57 40,71%	21 15,00%	140 100,00%
Mężczyźni	35 37,63%	39 41,94%	19 20,43%	93 100,00%
Razem	97 41,63%	96 41,20%	40 17,17%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=1,57$; $p=0,46$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku powyżej 50 lat istotnie częściej posiadali znaczny stopień niepełnosprawności, (27,12%) w porównaniu z badanymi w wieku 41-50 lat, (27,12%), 31-40 lat, (19,30%), 31-40 lat, (15,09%) oraz do 30 lat, (7,81%), ($p=0,003$), (tabela 2).

Tabela 2. *Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem wieku.*

Wiek	Stopień niepełnosprawności			Razem
	lekki	umiarkowany	znaczny	
	n %	n %	n %	n %
Do 30 lat	39 60,94%	20 31,25%	5 7,81%	64 100,00%
31-40 lat	18 33,96%	27 50,95%	8 15,09%	53 100,00%
41-50 lat	24 42,10%	22 38,60%	11 19,30%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	16 27,12%	27 45,76%	16 27,12%	59 100,00%
Razem	97 41,63%	96 41,20%	40 17,17%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=19,57$; $p=0,003$ **

Z badań wynika, że osoby stanu wolnego częściej miały znaczny stopień niepełnosprawności, (22,02%) w porównaniu z osobami w związku, (12,90%). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej ($p=0,06$), (tabela 3).

Tabela 3. *Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem stanu cywilnego.*

Stan cywilny	Stopień niepełnosprawności			Ogółem
	lekki	umiarkowany	znaczny	
	n %	n %	n %	n %
Wolny	48 44,04%	37 33,94%	24 22,02%	109 100,00%
W związku	49 39,52%	59 47,58%	16 12,90%	124 100,00%
Razem	97 41,63%	96 41,20%	40 17,17%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=5,71$; $p=0,06$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani ze wsi istotnie częściej mieli znaczny stopień niepełnosprawności, (25,23%) niż badani z miasta, (10,32%), ($p=0,0007$), (tabela 4).

Tabela 4. *Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.*

Miejsce zamieszkania	Stopień niepełnosprawności			Ogółem
	lekki	umiarkowany	znaczny	
	n %	n %	n %	n %
Miasto	65 51,58%	48 38,10%	13 10,32%	126 100,00%
Wieś	32 29,91%	48 44,86%	27 25,23%	107 100,00%
Razem	97 41,63%	96 41,20%	40 17,17%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2 = 14,68$; $p = 0,0007^*$</i>				

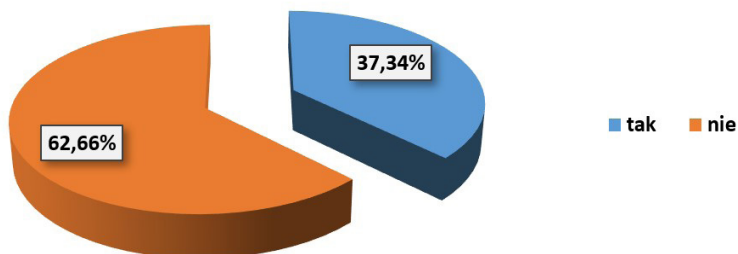
W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym nieznacznie częściej mieli znaczny stopień niepełnosprawności, (29,41%) w porównaniu z badanymi z wykształceniem zawodowym, (14,28%), średnim, (8,89%) lub wyższym, (23,26%). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej ($p=0,06$), (tabela 5).

Tabela 5. *Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem wykształcenia.*

Wykształcenie	Stopień niepełnosprawności			Razem
	lekki	umiarkowany	znaczny	
	n %	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	16 31,37%	20 39,22%	15 29,41%	51 100,00%
Zawodowe	20 40,82%	22 44,90%	7 14,28%	49 100,00%
Średnie	44 48,89%	38 42,22%	8 8,89%	90 100,00%
Wyższe	17 39,53%	16 37,21%	10 23,26%	43 100,00%
Razem	97 41,63%	96 41,20%	40 17,17%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2 = 12,09$; $p = 0,06$</i>				

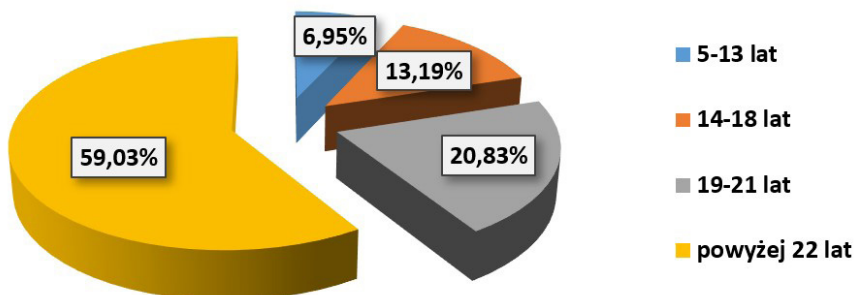
W badanej grupie 37,34% (n=87) ankietowanych stanowiły osoby niepełnosprawne od urodzenia, natomiast 62,66%, (n=146) badanych niepełnosprawność uzyskało w późniejszym czasie, (ryc. 6).

Rycina 6. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem występowania niepełnosprawności od urodzenia.



Ankietowani, którzy byli niepełnosprawni w późniejszym wieku w 6,95%, (n=10) nabyli niepełnosprawność w wieku 5-13 lat, natomiast 13,19%, (n=19) w wieku 14-18 lat, zaś 20,83%, (n=30) osób uzyskało niepełnosprawności w wieku 19-21 lat i 59,03%, (n=85) w wieku powyżej 22 lat, (ryc. 7).

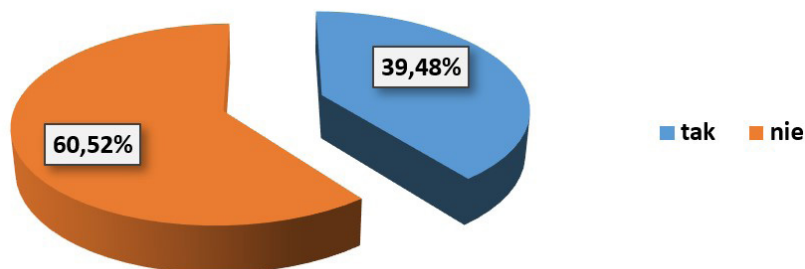
Rycina 7. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem wieku nabycia niepełnosprawności.



Ocena sprawności w wykonywaniu czynności życia codziennego w badanej grupie

W większości ankietowani nie potrzebowali pomocy drugiej osoby przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (n=141; 60,52%), natomiast 39,48%, (n=92) badanych przyznało, że potrzebuje pomocy, (ryc. 8).

Rycina 8. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego.



Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni nieznacznie częściej wymagali pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (41,94%) w porównaniu z kobietami, (37,86%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,53$), (tabela 6).

Tabela 6. Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem płci.

Płeć	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	53 37,86%	87 62,14%	140 100,00%
Mężczyźni	39 41,94%	54 58,06%	93 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,39$; $p=0,53$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku powyżej 50 lat istotnie częściej wymagali pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (55,93%) niż badani w wieku do 30 lat, (37,50%), 31-40 lat, (37,74%) oraz 41-50 lat, (26,32%), ($p=0,01$), (tabela 7).

Tabela 7. *Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem wieku.*

Wiek	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	24 37,50%	40 62,50%	64 100,00%
31-40 lat	20 37,74%	33 62,26%	53 100,00%
41-50 lat	15 26,32%	42 73,68%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	33 55,93%	26 44,07%	59 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=10,99$; $p=0,01$ **

Z badań wynika, że ankietowani stanu wolnego istotnie statystycznie częściej wymagali pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (49,54%) w porównaniu z osobami, które były w związku, (30,65%), ($p=0,003$), (tabela 8).

Tabela 8. *Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem stanu cywilnego.*

Stan cywilny	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	54 49,54%	55 50,46%	109 100,00%
W związku	38 30,65%	86 69,35%	124 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=8,67$; $p=0,003$ **

Badania wykazały, że respondenci mieszkający na wsi istotnie statystycznie częściej potrzebowali pomocy przy wykonywaniu czynności życia

codziennego, (51,40%) w porównaniu z ankietowanymi z miasta, (29,37%), ($p=0,0006$), (tabela 9).

Tabela 9. *Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.*

Miejsce zamieszkania	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	37 29,37%	89 70,63%	126 100,00%
Wieś	55 51,40%	52 48,60%	107 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=11,76$; $p=0,0006^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym istotnie częściej potrzebowali pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (66,67%) w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (30,61%), średnim, (28,89%) lub wyższym, (39,53%), ($p=0,00008$), (tabela 10).

Tabela 10. *Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem wykształcenia.*

Wykształcenie	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/gimnazjalne	34 66,67%	17 33,33%	51 100,00%
Zawodowe	15 30,61%	34 69,39%	49 100,00%
Średnie	26 28,89%	64 71,11%	90 100,00%
Wyższe	17 39,53%	26 60,47%	43 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=21,61$; $p=0,00008^$*

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej potrzebowali pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego, (95,00%) w porównaniu z badanymi z umiarkowaną niepełnosprawnością, (47,92%) lub lekką, (8,25%), ($p < 0,0001$), (tabela 11).

Tabela 11. *Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.*

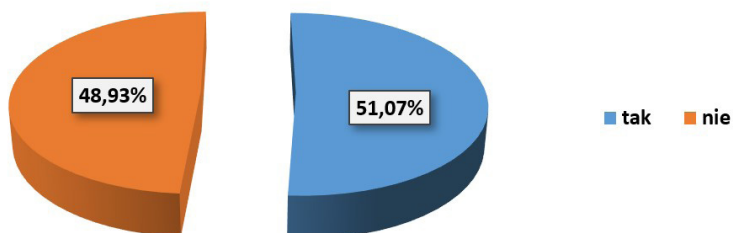
Stopień niepełnosprawności	Potrzeba pomocy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	8 8,25%	89 91,75%	97 100,00%
Umiarkowany	46 47,92%	50 52,08%	96 100,00%
Znaczny	38 95,00%	2 5,00%	40 100,00%
Razem	92 39,48%	141 60,52%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2 = 94,06$; $p < 0,0001$ **

Ocena życia zawodowego ankietowanych

Z przeprowadzonych badań wynika, że 51,07% (n=119) ankietowanych pracowało zawodowo, natomiast 48,93%, (n=114) nie pracowało, (ryc. 9).

Rycina 9. *Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem aktywności zawodowej.*



Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety nieznacznie częściej były aktywne zawodowo, (52,14%) w porównaniu z mężczyznami, (49,46%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,69$), (tabela 12).

Tabela 12. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem płci.

Płeć	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	73 52,14%	67 47,86%	140 100,00%
Mężczyźni	46 49,46%	47 50,54%	93 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,16$; $p=0,69$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku 31-40 lat istotnie częściej byli aktywni zawodowo, (69,81%) niż badani w wieku do 30 lat, (42,19%) oraz 41-50 lat, (54,39%) i powyżej 50 lat, (40,68%), ($p=0,007$), (tabela 13).

Tabela 13. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	27 42,19%	37 57,81%	64 100,00%
31-40 lat	37 69,81%	16 30,19%	53 100,00%
41-50 lat	31 54,39%	26 45,61%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	24 40,68%	35 59,32%	59 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%

Analiza statystyczna : $\chi^2=12,27$; $p=0,007^$*

Z badań wynika, że ankietowani będący w związku istotnie statystycznie częściej byli aktywni zawodowo, (63,71%) w porównaniu z osobami stanu wolnego, (36,70%), ($p=0,00004$), (tabela 14).

Tabela 14. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	40 36,70%	69 63,30%	109 100,00%
W związku	79 63,71%	45 36,29%	124 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=16,94$; $p=0,00004^$*

Badania wykazały, że respondenci mieszkający w mieście istotnie statystycznie częściej byli aktywni zawodowo, (65,08%) w porównaniu z ankietowanymi ze wsi, (34,58%), ($p<0,00001$), (tabela 15).

Tabela 15. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	82 65,08%	44 34,92%	126 100,00%
Wieś	37 34,58%	70 65,42%	107 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=21,54$; $p<0,00001^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem wyższym istotnie częściej byli aktywni zawodowo, (72,09%) w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (44,90%), średnim, (68,89%) lub podstawowym i gimnazjalnym, (7,84%), ($p<0,00001$), (tabela 16).

Tabela 16. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	4 7,84%	47 92,16%	51 100,00%
Zawodowe	22 44,90%	27 55,10%	49 100,00%
Średnie	62 68,89%	28 31,11%	90 100,00%
Wyższe	31 72,09%	12 27,91%	43 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=57,92$; $p<0,00001$*</i>			

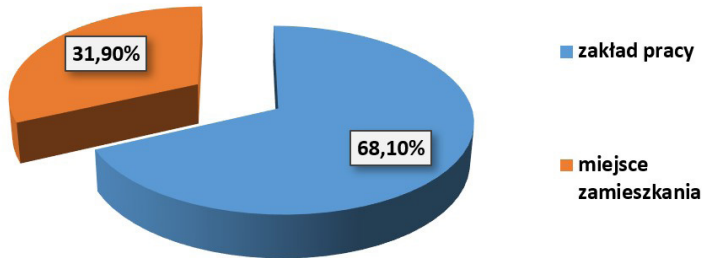
Analiza statystyczna wykazała, że respondenci z lekkim stopniem niepełnosprawności istotnie częściej byli aktywni zawodowo, (69,07%) w porównaniu z badanymi z umiarkowaną niepełnosprawnością, (46,88%) lub znaczną, (17,50%), ($p<0,00001$), (tabela 17).

Tabela 17. Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Aktywność zawodowa		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	67 69,07%	30 30,93%	97 100,00%
Umiarkowany	45 46,88%	51 53,13%	96 100,00%
Znaczny	7 17,50%	33 82,50%	40 100,00%
Razem	119 51,07%	114 48,93%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=31,30$; $p<0,00001$*</i>			

Ankietowani, którzy pracowali (n=119) w większości pracowali w zakładzie pracy, (n=79; 68,10%), zaś 31,90%, (n=37) badanych pracowało w domu, (ryc. 10).

Rycina 10. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem miejsca pracy.



W wyniku analizy statystycznej nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy stopniem niepełnosprawności a miejscem pracy ($p=0,92$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 18.

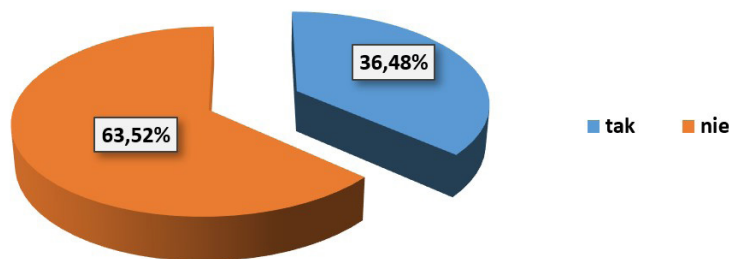
Tabela 18. Miejsce pracy z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Miejsce pracy		Razem
	Zakład pracy	Dom	
	n %	n %	n %
Lekki	45 69,23%	20 30,77%	65 100,00%
Umiarkowany	29 65,91%	15 34,09%	44 100,00%
Znaczny	5 71,43%	2 28,57%	7 100,00%
Razem	79 68,10%	37 31,90%	116 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,17$; $p=0,92$

Respondenci najczęściej nie uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe (n=148; 63,52%), natomiast 36,48%, (n=85) badanych uczestniczyło, (ryc. 11). Średni czas trwania kursów wyniósł $5,35 \pm 4,33$ miesiące (od 2 miesięcy do 36 miesięcy).

Rycina 11. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje.



Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni nieznacznie częściej uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, (38,71%) w porównaniu z kobietami, (35,00%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,56$), (tabela 19).

Tabela 19. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem płci.

Płeć	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	49 35,00%	91 65,00%	140 100,00%
Mężczyźni	36 38,71%	57 61,29%	93 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,33$; $p=0,56$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w do 30 lat nieznacznie częściej uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, (45,31%) niż badani w wieku do 31-40 lat, (41,51%) oraz 41-50 lat, (35,09%) i powyżej 50 lat, (23,73%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,07$), (tabela 20).

Tabela 20. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	29 45,31%	35 54,69%	64 100,00%
31-40 lat	22 41,51%	31 58,49%	53 100,00%
41-50 lat	20 35,09%	37 64,91%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	14 23,73%	45 76,27%	59 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=6,92$; $p=0,07$

Z badań wynika, że ankietowani będący w związku nieznacznie częściej uczestniczyli w kursach podnoszących ich kwalifikacje zawodowe, (38,71%) w porównaniu z osobami stanu wolnego, (33,94%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,45$), (tabela 21).

Tabela 21. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	37 33,94%	72 66,06%	109 100,00%
W związku	48 38,71%	76 61,29%	124 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,57$; $p=0,45$

Badania wykazały, że respondenci mieszkający w mieście istotnie statystycznie częściej podnosili swoje kwalifikacje zawodowe na kursach, (47,62%) w porównaniu z ankietowanymi ze wsi, (23,36%), ($p=0,0001$), (tabela 22).

Tabela 22. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	60 47,62%	66 52,38%	126 100,00%
Wieś	25 23,36%	82 76,64%	107 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 14,69$; $p = 0,0001^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem średnim (47,78%) oraz wyższym, (44,19%) istotnie częściej uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (26,53%) lub podstawowym i gimnazjalnym, (19,61%), ($p = 0,002$), (tabela 23).

Tabela 23. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	10 19,61%	41 80,39%	51 100,00%
Zawodowe	13 26,53%	36 73,47%	49 100,00%
Średnie	43 47,78%	47 52,22%	90 100,00%
Wyższe	19 44,19%	24 55,81%	43 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 14,42$; $p = 0,002^$*

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci z lekkim stopniem niepełnosprawności istotnie częściej podnosili kwalifikacje zawodowe, (47,42%) w porównaniu z badanymi z umiarkowaną niepełnosprawnością, (37,50%) lub znaczną, (7,50%), ($p=0,00006$), (tabela 24).

Tabela 24. Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Kursy		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	46 47,42%	51 52,58%	97 100,00%
Umiarkowany	36 37,50%	60 62,50%	96 100,00%
Znaczny	3 7,50%	37 92,50%	40 100,00%
Razem	85 36,48%	148 63,52%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=19,55$; $p=0,00006^$*

Ankietowani, którzy podnosili swoje kwalifikacje zawodowe, ($n=85$) najczęściej robili prawo jazdy, (61,18%) lub kurs komputerowy, (45,88%), zaś nieco rzadziej kurs językowy, (32,94%) lub inne kursy, (17,65%), (tabela 25).

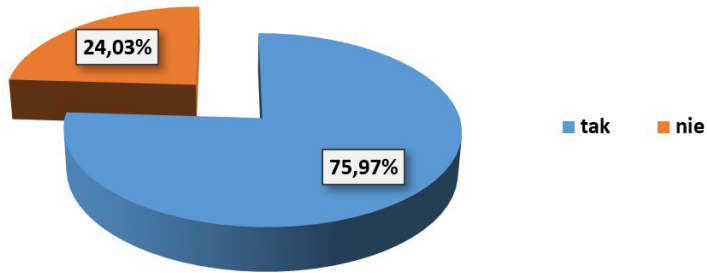
Tabela 25. Rodzaje kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe.

L.p	Rodzaj kursu	n	%
1	Językowe	28	32,94%
2	Komputerowe	39	45,88%
3	Prawa jazdy	52	61,18%
4	Inne	15	17,65%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Ankietowani w 75,97%, ($n=177$) przyznali, że posiadają możliwości dalszego doksztalcania się, natomiast 24,03%, ($n=56$) badanych odpowiedziało, że nie, (ryc. 12). Średnia odległość miejsca zamieszkania od szkoły, której ofertą byli zainteresowani ankietowani wynosiła $27,64 \pm 26,17$ km, ($Me=17,50$ km).

Rycina 12. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy posiadają możliwość dalszego doksztalcania się.



Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety nieznacznie częściej twierdziły, że mają możliwość dalszego doksztalcania się, (80,00%) w porównaniu z mężczyznami, (69,89%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,08$), (tabela 26).

Tabela 26. Możliwość dalszego doksztalcania się z uwzględnieniem płci.

Płeć	Dalsze doksztalcenie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	112 80,00%	28 20,00%	140 100,00%
Mężczyźni	65 69,89%	28 30,11%	93 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\text{Chi}^2=3,12$; $p=0,08$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w do 30 lat istotnie częściej twierdzili, że mają możliwość dalszego doksztalcania się, (90,63%) niż badani w wieku do 31-40 lat, (81,13%) oraz 41-50 lat, (78,95%) i powyżej 50 lat, (52,54%), ($p=0,00001$), (tabela 27).

Tabela 27. *Możliwość dalszego doksztalcania się z uwzględnieniem wieku.*

Wiek	Dalsze doksztalcenie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	58 90,63%	6 9,38%	64 100,00%
31-40 lat	43 81,13%	10 18,87%	53 100,00%
41-50 lat	45 78,95%	12 21,05%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	31 52,54%	28 47,46%	59 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=26,31$; $p=0,00001^$*

Z badań wynika, że ankietowani będący w związku nieznacznie częściej mieli możliwość dalszego doksztalcenia się, (78,23%) w porównaniu z osobami stanu wolnego, (73,39%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,39$), (tabela 28).

Tabela 28. *Możliwość dalszego doksztalcenia się z uwzględnieniem stanu cywilnego.*

Stan cywilny	Dalsze doksztalcenie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	80 73,39%	29 26,61%	109 100,00%
W związku	97 78,23%	27 21,77%	124 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,74$; $p=0,39$

Badania wykazały, że respondenci mieszkający w mieście istotnie statystycznie mieli możliwość dalszego doksztalcenia się, (84,13%) w porównaniu z ankietowanymi ze wsi, (66,36%), ($p=0,002$), (tabela 29).

Tabela 29. *Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.*

Miejsce zamieszkania	Dalsze dokształcanie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	106 84,13%	20 15,87%	126 100,00%
Wieś	71 66,36%	36 33,64%	107 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=10,01$; $p=0,002^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem średnim (82,22%) oraz wyższym, (81,40%) istotnie częściej mieli możliwość dalszego dokształcania się, w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (75,51%) lub podstawowym i gimnazjalnym, (60,78%), ($p=0,03$), (tabela 30).

Tabela 30. *Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem wykształcenia.*

Wykształcenie	Dalsze dokształcanie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	31 60,78%	20 39,22%	51 100,00%
Zawodowe	37 75,51%	12 24,49%	49 100,00%
Średnie	74 82,22%	16 17,78%	90 100,00%
Wyższe	35 81,40%	8 18,60%	43 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=9,07$; $p=0,03^$*

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci z lekkim stopniem niepełnosprawności istotnie częściej twierdzili, że mają możliwość dalszego dokształcania się, (89,69%) w porównaniu z badanymi z umiarkowaną niepełnosprawnością, (73,96%) lub znaczną, (47,50%), ($p<0,00001$), (tabela 31).

Tabela 31 *Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.*

Stopień niepełnosprawności	Dalsze dokształcanie się		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	87 89,69%	10 10,31%	97 100,00%
Umiarkowany	71 73,96%	25 26,04%	96 100,00%
Znaczny	19 47,50%	21 52,50%	40 100,00%
Razem	177 75,97%	56 24,03%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=27,97$; $p<0,00001$ **

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej środki na dodatkową naukę ankietowani mieli ze środków własnych, (57,06%), od rodziny, (50,28%) lub z pracy, (42,37%), zaś rzadko w PEFRON, (7,91%), PCPR, (2,82%) lub innych źródeł, (12,99%), (tabela 32).

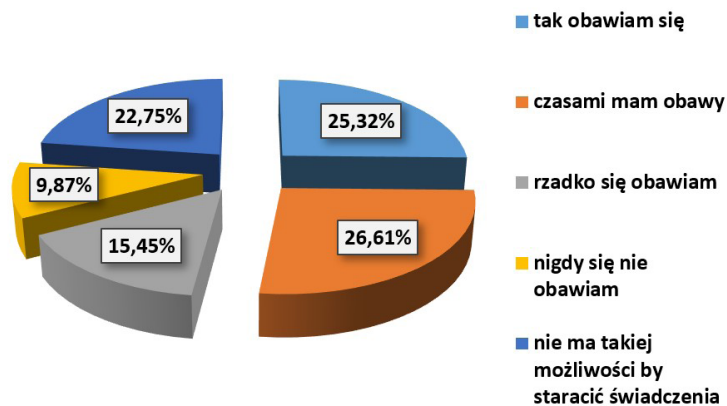
Tabela 32. *Środki z jakich korzystają ankietowani na sfinansowanie dalszej nauki.*

Lp.	Środki finansowe	n	%
1	Własne	101	57,06%
2	Rodzina	89	50,28%
3	Praca	75	42,37%
4	PEFRON	14	7,91%
5	PCPR	5	2,82%
6	Inne	23	12,99%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

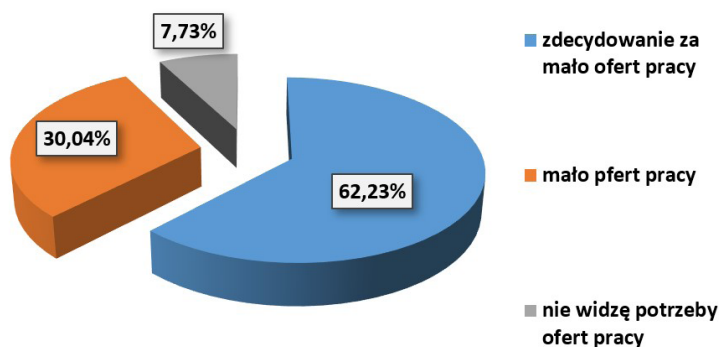
Z przeprowadzonych badań wynika, że 25,32%, (n=59) badanych obawiało się ewentualnej utraty świadczeń (renta, zasiłek) z powodu niepełnosprawności, natomiast 26,61%, (n=62) badanych czasami miało obawy, 15,45%, (n=36) rzadko, 9,87%, (n=23) nigdy nie miało obaw i 22,75%, (n=53) respondentów odpowiedziało, że nie ma takiej możliwości, aby utracili świadczenia, (ryc. 13).

Rycina 13. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy obawiają się ewentualnej utraty świadczeń (renta, zasiłek).



W większości ankietowani uważali, że na rynku jest zdecydowanie za mało ofert pracy dla osób niepełnosprawnych, ($n=145$; 62,23%), natomiast 30,04%, ($n=70$) ankietowanych sądziło, że jest rzeczywiście mało ofert i 7,73%, ($n=18$) badanych nie widziało potrzeby takich ofert, (ryc. 14).

Rycina 14. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy na rynku pracy jest zbyt mało ofert pracy.

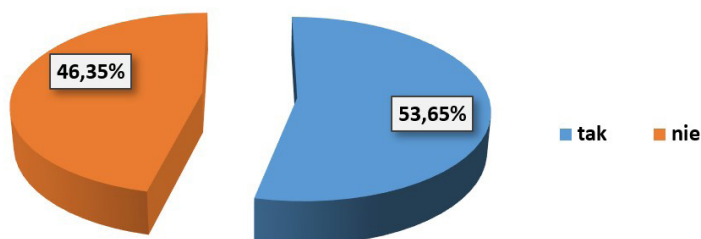


Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nieznacznie częściej uważali, że na rynku jest zdecydowanie zbyt mało ofert pracy, (65,63%) niż ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności, (60,82%) lub znacznym, (57,50%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,66$), (tabela 33).

Tabela 33. *Opinia na temat, czy na rynku pracy jest zbyt mało ofert pracy z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.*

Stopień niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Razem
	Zdecydowanie za mało	Zbyt mało	Nie ma potrzeby	
	n %	n %	n %	n %
Lekki	59 60,82%	32 32,99%	6 6,19%	97 100,00%
Umiarkowany	63 65,63%	26 27,08%	7 7,29%	96 100,00%
Znaczny	23 57,50%	12 30,00%	5 12,50%	40 100,00%
Razem	145 62,23%	70 30,04%	18 7,73%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=2,41$; $p=0,66$</i>				

Z badań wynika, że 53,65% (n=125) ankietowanych korzysta z turnusów rehabilitacyjnych, natomiast 46,35%, (n=108) ankietowanych nie korzystało, (ryc. 15).

Rycina 15. *Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z turnusów rehabilitacyjnych.*

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety istotnie częściej korzystały z rehabilitacji, (59,29%) w porównaniu z mężczyznami, (45,16%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,03$), (tabela 34).

Tabela 34. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem płci.

Płeć	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	83 59,29%	57 40,71%	140 100,00%
Mężczyźni	42 45,16%	51 54,84%	93 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=4,48$; $p=0,03$ **

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku do 30 lat istotnie częściej korzystali z rehabilitacji, (71,88%) niż badani w wieku do 31-40 lat, (50,94%) oraz 41-50 lat, (42,11%) i powyżej 50 lat, (47,46%), ($p=0,005$), (tabela 35).

Tabela 35. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	46 71,88%	18 28,13%	64 100,00%
31-40 lat	27 50,94%	26 49,06%	53 100,00%
41-50 lat	24 42,11%	33 57,89%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	28 47,46%	31 52,54%	59 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=12,67$; $p=0,005$ **

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie korzystania z rehabilitacji pomiędzy ankietowanymi stanu wolnego a badanymi, którzy byli w związku, ($p=0,89$), (tabela 36).

Tabela 36. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	59 54,13%	50 45,87%	109 100,00%
W związku	66 53,23%	58 46,77%	124 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2=0,02$; $p=0,89$</i>			

Badania wykazały, że respondenci mieszkający w mieście nieznacznie częściej korzystali z rehabilitacji, (55,56%) w porównaniu z ankietowanymi ze wsi, (51,40%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,53$), (tabela 37).

Tabela 37. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	70 55,56%	56 44,44%	126 100,00%
Wieś	55 51,40%	52 48,60%	107 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna : $Chi^2=0,40$; $p=0,53$</i>			

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, (66,67%) oraz wyższym, (62,79%) istotnie częściej korzystali z turnusów rehabilitacyjnych w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (32,65%) lub średnim, (53,33%), ($p=0,003$), (tabela 38).

Tabela 38. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/gimnazjalne	34 66,67%	17 33,33%	51 100,00%
Zawodowe	16 32,65%	33 67,35%	49 100,00%
Średnie	48 53,33%	42 46,67%	90 100,00%
Wyższe	27 62,79%	16 37,21%	43 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=13,61$; $p=0,003^$*

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci z umiarkowanym, (57,25%) i znacznym, (57,50%) stopniem niepełnosprawności nieznacznie częściej korzystali z rehabilitacji w porównaniu z badanymi z lekką niepełnosprawnością, (49,48%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,56$), (tabela 39).

Tabela 39. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	48 49,48%	49 50,52%	97 100,00%
Umiarkowany	54 56,25%	42 43,75%	96 100,00%
Znaczny	23 57,50%	17 42,50%	40 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=1,18$; $p=0,56$

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani potrzebujący pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych istotnie częściej korzystali z rehabilitacji, (69,57%) w porównaniu z badanymi, którzy nie potrzebowali pomocy, (43,26%), ($p=0,00008$), (tabela 40).

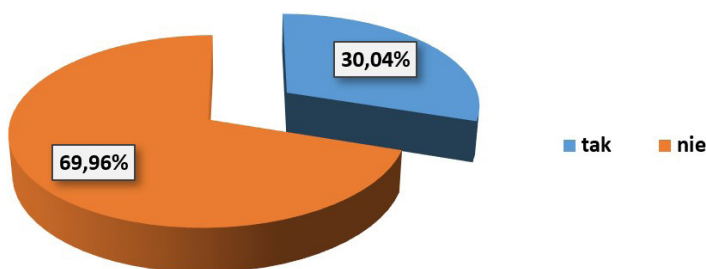
Tabela 40. Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.

Pomoc drugiej osoby	Korzystanie z rehabilitacji		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Tak	64 69,57%	28 30,43%	92 100,00%
Nie	61 43,26%	80 56,74%	141 100,00%
Razem	125 53,65%	108 46,35%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=15,49$; $p=0,00008^$*

W większości ankietowani nie korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, ($n=163$; 69,96%), zaś 30,04%, ($n=70$) ankietowanych przyznało, że korzysta, (ryc. 16).

Rycina 16. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.



Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani ze znacznym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, (65,00%) w porównaniu z osobami z umiarkowaną, (31,25%) lub lekką niepełnosprawnością, (14,43%), ($p<0,00001$), (tabela 41).

Tabela 41. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Lekki	14 14,43%	83 85,57%	97 100,00%
Umiarkowany	30 31,25%	66 68,75%	96 100,00%
Znaczny	26 65,00%	14 35,00%	40 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

*Analiza statystyczna : $\chi^2=34,57$; $p<0,00001$ **

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani potrzebujący pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych istotnie częściej z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, (55,43%) w porównaniu z badanymi, którzy nie potrzebowali pomocy, (13,48%), ($p<0,00001$), (tabela 42).

Tabela 42. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.

Pomoc drugiej osoby	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Tak	51 55,43%	41 44,57%	92 100,00%
Nie	19 13,48%	122 86,52%	141 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=46,64$; $p<0,00001$ **

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w korzystaniu z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p=0,78$), (tabela 43).

Tabela 43. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem płci.

Płeć	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Kobiety	43 30,71%	97 69,29%	140 100,00%
Mężczyźni	27 29,03%	66 70,97%	93 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=0,08$; $p=0,78$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku powyżej 50 lat, (37,29%) oraz do 30 lat, (35,94%) istotnie częściej korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje niż badani w wieku do 31-40 lat, (15,09%) oraz 41-50 lat, (29,82%), ($p=0,04$), (tabela 44).

Tabela 44. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	23 35,94%	41 64,06%	64 100,00%
31-40 lat	8 15,09%	45 84,91%	53 100,00%
41-50 lat	17 29,82%	40 70,18%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	22 37,29%	37 62,71%	59 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=8,17$; $p=0,04^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani stanu wolnego istotnie częściej korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, (38,53%) niż ankietowani będący w związku, (22,58%), ($p=0,008$), (tabela 45).

Tabela 45. Korzystanie z ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Wolny	42 38,53%	67 61,47%	109 100,00%
W związku	28 22,58%	96 77,42%	124 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=7,02$; $p=0,008^$*

Badania wykazały, że respondenci mieszkający na wsi istotnie statystycznie częściej korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, (38,32%) w porównaniu z ankietowanymi z miasta, (23,02%), ($p=0,01$), (tabela 46).

Tabela 46. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Miasto	29 23,02%	97 76,98%	126 100,00%
Wieś	41 38,32%	66 61,68%	107 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%

Analiza statystyczna : $\chi^2=6,45$; $p=0,01^$*

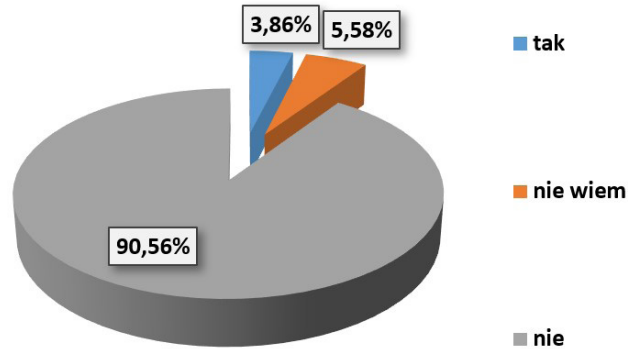
Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym istotnie częściej korzystali z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje, (54,90%) w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym, (32,65%), średnim, (21,11%) lub wyższym, (16,28%), ($p=0,00005$), (tabela 47).

Tabela 47. Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje		Razem
	Tak	Nie	
	n %	n %	n %
Podstawowe/gimnazjalne	28 54,90%	23 45,10%	51 100,00%
Zawodowe	16 32,65%	33 67,35%	49 100,00%
Średnie	19 21,11%	71 78,89%	90 100,00%
Wyższe	7 16,28%	36 83,72%	43 100,00%
Razem	70 30,04%	163 69,96%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=22,45$; $p=0,00005^*$</i>			

Respondenci w większości nie uczęszczali na zajęcia, które są pomocne przy nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu, ($n=211$; 90,56%), natomiast tylko 3,86%, ($n=9$) badanych uczęszczało i 5,58%, ($n=13$) ankietowanych odpowiedziało, że nie wie, (ryc. 17).

Rycina 17. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z zajęć, które są pomocne przy nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.

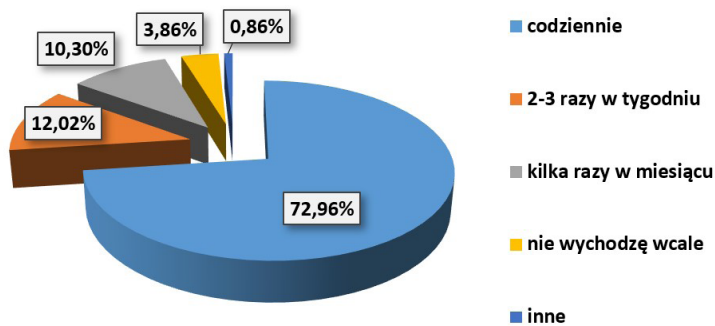


Ocena stylu życia ankietowanych

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej respondenci codziennie wychodzili z domu, (n=170; 72,96%), natomiast 12,02%, (n=28) badanych wychodziło dwa lub trzy razy

w tygodniu, 10,30% (n=24) kilka razy w miesiącu, zaś 3,86%, (n=9) nie wychodziło i 0,86%, (n=2) ankietowanych wychodziło z domu z inną częstotliwością, (ryc. 18).

Rycina 18. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem częstotliwości wychodzenia z domu.



Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani ze znacznym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej wychodzili rzadziej z domu niż codziennie, (60,00%) w porównaniu z osobami z umiarkowaną, (25,00%) lub lekką niepełnosprawnością, (15,46%), ($p < 0,00001$), (tabela 48).

Tabela 48. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Lekki	82 84,54%	15 15,46%	97 100,00%
Umiarkowany	72 75,00%	24 25,00%	96 100,00%
Znaczny	16 40,00%	24 60,00%	40 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

*Analiza statystyczna : $\chi^2=28,82$; $p<0,00001$ **

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani potrzebujący pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych istotnie częściej wychodzili z domu rzadziej niż codziennie, (44,57%) w porównaniu z badanymi, którzy nie potrzebowali pomocy, (15,60%), ($p<0,00001$), (tabela 49).

Tabela 49. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.

Pomoc drugiej osoby	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Tak	51 55,43%	41 44,57%	92 100,00%
Nie	119 84,40%	22 15,60%	141 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=23.67$; $p<0,00001$ **

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w częstości wychodzenia z domu pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p=0,73$), (tabela 50).

Tabela 50. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem płci.

Płeć	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Kobiety	101 72,14%	39 27,86%	140 100,00%
Mężczyźni	69 74,19%	24 25,81%	93 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,12$; $p=0,73$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku powyżej 50 lat istotnie częściej wychodzili z domu rzadziej niż codziennie, (37,29%) niż badani w wieku 41-50 lat, (26,32%) oraz 31-40 lat, (32,08%) i do 30 lat, (14,06%), ($p=0,02$), (tabela 51).

Tabela 51. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Do 30 lat	55 85,94%	9 14,06%	64 100,00%
31-40 lat	36 67,92%	17 32,08%	53 100,00%
41-50 lat	42 73,68%	15 26,32%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	37 62,71%	22 37,29%	59 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=9,30$; $p=0,02^$*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani stanu wolnego nieznacznie częściej wychodzili z domu rzadziej niż codziennie, (31,19%) niż ankietowani będący w związku, (23,39%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,18$), (tabela 52).

Tabela 52. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Wolny	75 68,81%	34 31,19%	109 100,00%
W związku	95 76,61%	29 23,39%	124 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=1,79$; $p=0,18$

Badania wykazały, że respondenci mieszkający na wsi nieznacznie częściej wychodzili rzadziej z domu niż codziennie, (30,84%) w porównaniu z ankietowanymi z miasta, (23,81%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,23$), (tabela 53).

Tabela 53. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Miasto	96 76,19%	30 23,81%	126 100,00%
Wieś	74 69,16%	33 30,84%	107 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=1,45$; $p=0,23$

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w częstości wychodzenia z domu pomiędzy grupami wykształcenia ($p=0,53$), (tabela 54).

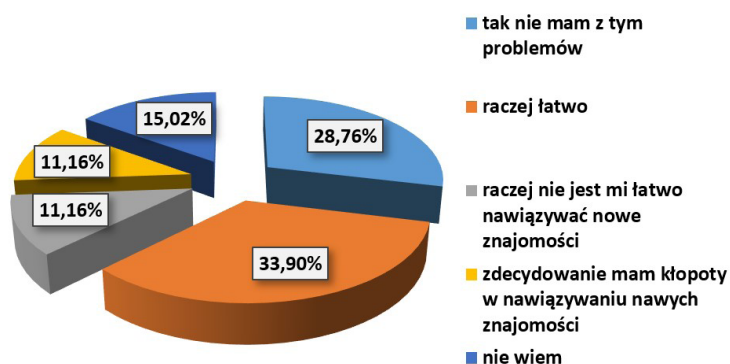
Tabela 54. Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Częstość wychodzenia z domu		Razem
	Codziennie	Rzadziej	
	n %	n %	n %
Podstawowe/gimnazjalne	35 68,63%	16 31,37%	51 100,00%
Zawodowe	36 73,47%	13 26,53%	49 100,00%
Średnie	70 77,78%	20 22,22%	90 100,00%
Wyższe	29 67,44%	14 32,56%	43 100,00%
Razem	170 72,96%	63 27,04%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=2,21$; $p=0,53$

Ankietowani w 28,76%, (n=67) badanych twierdziło, że nie ma problemów w nawiązywaniu nowych znajomości, natomiast 33,90%, (n=79) badanych odpowiedziało, że raczej łatwo, 11,16%, (n=26), że raczej nie jest im łatwo nawiązywać nowe znajomości, 11,16%, (n=26) badanych opowiedziało, że zdecydowanie ma kłopoty w nawiązywaniu nowych znajomości i 15,02%, (n=35) respondentów nie potrafiło ocenić, (ryc. 19).

Rycina 19. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązuje nowe znajomości.



Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety nieznacznie częściej twierdziły, że łatwo nawiązują nowe znajomości, (65,71%) w porównaniu z mężczyznami (58,06%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,42$), (tabela 55).

Tabela 55. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem płci.

Płeć	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Ogółem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Kobiety	92 65,71%	30 21,43%	18 12,86%	140 100,00%
Mężczyźni	54 58,06%	22 23,66%	17 18,28%	93 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2 = 1,74$; $p = 0,42$</i>				

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani w wieku do 30 lat istotnie częściej nie mieli problemów w nawiązywaniu nowych znajomości, (70,31%) w porównaniu z badanymi w wieku 31-40 lat, (69,81%), 41-50 lat, (68,42%) oraz powyżej 50 lat, (42,37%), ($p=0,004$), (tabela 56).

Tabela 56. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Razem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Do 30 lat	45 70,31%	14 21,88%	5 7,81%	64 100,00%
31-40 lat	37 69,81%	11 20,75%	5 9,43%	53 100,00%
41-50 lat	39 68,42%	11 19,30%	7 12,28%	57 100,00%
Powyżej 50 lat	25 42,37%	16 27,12%	18 30,51%	59 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $Chi^2 = 19,13$; $p = 0,004^*$</i>				

Z badań wynika, że osoby będące w związku nieznacznie częściej twierdziły, że nie mają problemów w nawiązywaniu nowych znajomości, (66,94%) w porównaniu z osobami stanu wolnego, (57,80%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,11$), (tabela 57).

Tabela 57. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Ogółem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Wolny	63 57,80%	24 22,02%	22 20,18%	109 100,00%
W związku	83 66,94%	28 22,58%	13 10,48%	124 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=4,41$; $p=0,11$

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z miasta istotnie częściej nie mieli problemów w nawiązywaniu nowych znajomości, (76,19%) niż badani ze wsi, (46,73%), ($p<0,00001$), (tabela 58).

Tabela 58. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Ogółem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Miasto	96 76,19%	23 18,25%	7 5,56%	126 100,00%
Wieś	50 46,73%	29 27,10%	28 26,17%	107 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=26,41$; $p<0,00001$ **

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani z wykształceniem średnim istotnie częściej twierdzili, że nie mają problemów w nawiązywaniu nowych znajomości, (77,78%) w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym, (74,42%), zawodowym, (44,90%) lub podstawowym i gimnazjalnym, (43,14%), ($p=0,00004$), (tabela 59).

Tabela 59. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem wykształcenia.

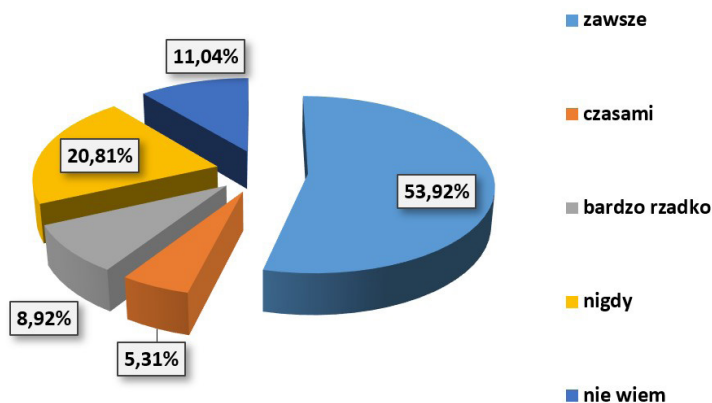
Wykształcenie	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Razem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	22 43,14%	17 33,33%	12 23,53%	51 100,00%
Zawodowe	22 44,90%	13 26,53%	14 28,57%	49 100,00%
Średnie	70 77,78%	13 14,44%	7 7,78%	90 100,00%
Wyższe	32 74,42%	9 20,93%	2 4,65%	43 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=30,17$; $p=0,00004^*$</i>				

Tabela 60. Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości			Razem
	Łatwo	Niełatwo	Trudno ocenić	
	n %	n %	n %	n %
Lekki	81 83,51%	10 10,31%	6 6,19%	97 100,00%
Umiarkowany	54 56,25%	30 31,25%	12 12,50%	96 100,00%
Znaczny	11 27,50%	12 30,00%	17 42,50%	40 100,00%
Razem	146 62,66%	52 22,32%	35 15,02%	233 100,00%
<i>Analiza statystyczna: $\chi^2=51,56$; $p<0,00001^*$</i>				

Respondenci w większości nie odczuwali lęku przed wyjściem z domu (n=98; 42,06%), natomiast 22,32%, (n=52) ankietowanych nie potrafiło ocenić, zaś 6,86%, (n=16) badanych zawsze miało obawy przed wyjściem z domu, 10,73%, (n=25) miewało lęk przed wyjściem i 18,03%, (n=42) ankietowanych bardzo rzadko odczuwało lęk przed wyjściem, (ryc. 20).

Rycina 20. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy odczuwają lęk przed wyjściem z domu.



Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej zawsze lub czasami mieli lęk przed wyjściem z domu, (23,96%) w porównaniu z badanymi ze znacznym stopniem, (17,50%) lub lekkim, (11,34%), ($p < 0,00001$), (tabela 61).

Tabela 61. Lęk przed wyjściem z domu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Lęk przed wyjściem z domu				Razem
	Zawsze/ czasami	Rzadko	Nigdy	Nie wiem	
	n %	n %	n %	n %	
Lekki	11 11,34%	17 17,53%	59 60,82%	10 10,31%	97 100,00%
Umiarkowany	23 23,96%	19 19,79%	35 36,46%	19 19,79%	96 100,00%
Znaczny	7 17,50%	6 15,00%	4 10,00%	23 57,50%	40 100,00%
Razem	41 17,59%	42 18,03%	98 42,06%	52 22,32%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2 = 52,09$; $p < 0,00001$ **

Z badań wynika, że najczęściej czas wolny ankietowani spędzali przed telewizorem lub komputerem, (57,51%) lub z przyjaciółmi, (56,65%), bądź w innej formie (spacer, z rodziną, na wycieczce), (46,78%), natomiast rzadziej

słuchali muzyki, (22,32%), czytali książki, (21,89%), na zakupach, (16,31%), ćwicząc, (11,16%) lub wychodząc do teatru lub kina, (5,58), (tabela 62).

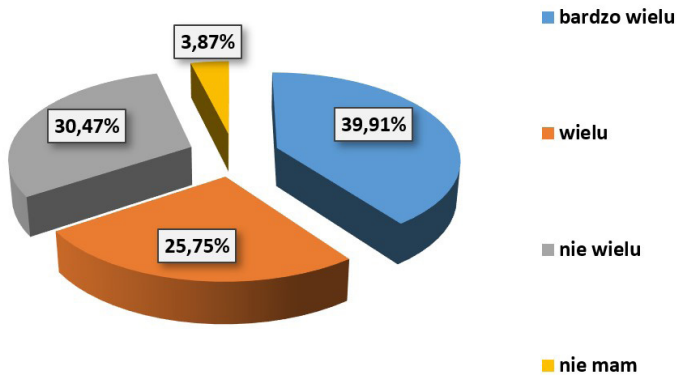
Tabela 62. *Formy spędzania czasu wolnego.*

L.p	Formy spędzania czasu	n	%
1	Przed TV/komputerem	134	57,51%
2	Z przyjaciółmi	132	56,65%
3	Inne	109	46,78%
4	Słucham muzyki	52	22,32%
5	Czytam książkę	51	21,89%
6	Na zakupach	38	16,31%
7	Ćwiczę	26	11,16%
8	Kino/teatr	13	5,58%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Ankietowani w większości mieli bardzo wielu znajomych ($n=93$; 39,91%), natomiast 25,75%, ($n=60$) ankietowanych miało wielu znajomych, 30,47%, ($n=71$) niewielu i 3,87%, ($n=9$) badanych nie miało znajomych, (ryc. 21).

Rycina 21. *Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem liczby posiadanych znajomych.*



Z badań wynika, że ankietowani ze znacznym stopniem niepełnosprawności mieli istotnie statystycznie częściej niewielu znajomych, (70,00%) w porównaniu z ankietowanymi z umiarkowanym, (35,42%) lub lekkim stopniem, (9,28%), ($p<0,00001$), (tabela 63).

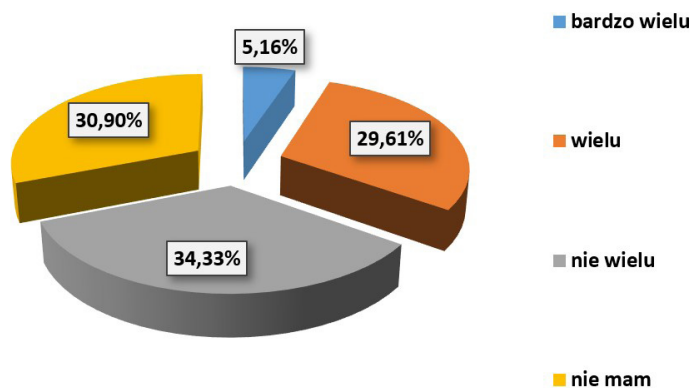
Tabela 63. Liczba posiadanych znajomych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Liczba znajomych				Razem
	Bardzo wielu	Wielu	Niewielu	Nie mam	
	n %	n %	n %	n %	n %
Lekki	49 50,52%	35 36,08%	9 9,28%	4 4,12%	97 100,00%
Umiarkowany	37 38,54%	23 23,96%	34 35,42%	2 2,08%	96 100,00%
Znaczny	7 17,50%	2 5,00%	28 70,00%	3 7,50%	40 100,00%
Razem	93 39,91%	60 25,75%	71 30,47%	9 3,87%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=56,39$; $p<0,00001$ **

Respondenci w większości mieli niewiele przyjaciół ($n=80$; 34,33%), zaś 30,90%, ($n=72$) badanych nie miało przyjaciół, 29,61%, ($n=69$) miało wielu i 5,16%, ($n=12$) bardzo wielu, (ryc. 22).

Rycina 22. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem liczby posiadanych przyjaciół.



Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani ze znacznym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej nie mieli przyjaciół, (67,50%) w porównaniu z ankietowanymi z umiarkowanym, (35,42%) lub lekkim stopniem, (11,34%), ($p<0,00001$), (tabela 64).

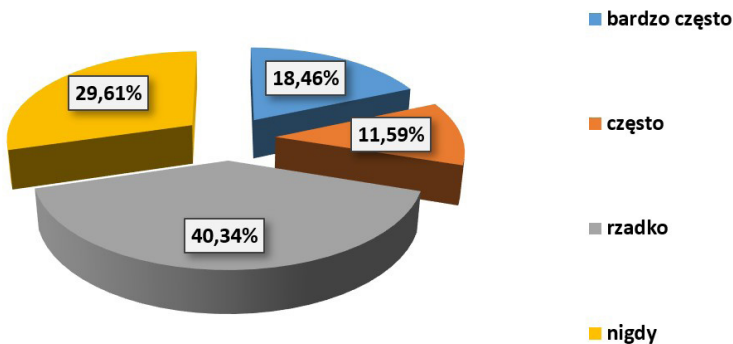
Tabela 64. Liczba posiadanych przyjaciół z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Liczba przyjaciół			Razem
	Bardzo wielu/ wielu	Niewielu	Nie mam	
	n %	n %	n %	n %
Lekki	47 48,45%	39 40,21%	11 11,34%	97 100,00%
Umiarkowany	31 32,29%	31 32,29%	34 35,42%	96 100,00%
Znaczny	3 7,50%	10 25,00%	27 67,50%	40 100,00%
Razem	81 34,77%	80 34,33%	72 30,90%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=46,04$; $p<0,00001$ **

Przeprowadzone badania wykazały, że najczęściej ankietowani rzadko czuli się wykluczeni z życia społecznego, ($n=94$; 40,34%), natomiast 29,61%, ($n=69$) badanych nigdy, 11,59%, ($n=27$) często i 18,46%, ($n=43$) bardzo często, (ryc. 23).

Rycina 23. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy często czują się wykluczeni z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.



Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani ze znacznym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej odczuwali bardzo często lub często wykluczenie z życia społecznego, (67,50%) w porównaniu z badanymi z umiarkowaną niepełnosprawnością, (32,29%) lub lekką, (12,37%), ($p<0,00001$), (tabela 65).

Tabela 65. *Odczuwanie wykluczenia z życia społecznego z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.*

Stopień niepełnosprawności	Odczuwanie wykluczenia z życia społecznego			Razem
	Bardzo często/ często	Rzadko	Nigdy	
	n %	n %	n %	n %
Lekki	12 12,37%	42 43,30%	43 44,33%	97 100,00%
Umiarkowany	31 32,29%	43 44,79%	22 22,92%	96 100,00%
Znaczny	27 67,50%	9 22,50%	4 10,00%	40 100,00%
Razem	70 30,04%	94 40,34%	69 29,61%	233 100,00%

*Analiza statystyczna: $\chi^2=46,51$; $p<0,00001$ **

Ocena zadowolenia z życia ankietowanych

Średnia ocena zadowolenia z życia w skali od 1 do 10 (1-najniższe zadowolenie, 10-najwyższe) wynosiła $7,37 \pm 2,11$, ($Me=8,00$). W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że badani w wieku 31-40 lat oraz do 30 lat byli nieznacznie bardziej zadowoleni z życia niż ankietowani w wieku 41-50 lat i powyżej 50 lat. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,16$), (tabela 66).

Tabela 66. *Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem wieku.*

Wiek	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do 30 lat	7,52	2,25	6,00	8,00	9,00
31-40 lat	7,74	1,97	6,00	9,00	9,00
41-50 lat	7,33	1,97	6,00	8,00	9,00
Powyżej 50 lat	6,93	2,16	5,00	7,00	9,00

Analiza statystyczna: $H=5,15$; $p=0,16$

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie zadowolenia z życia pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p=0,89$), (tabela 67).

Tabela 67. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem płci.

Płeć	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Kobiety	7,42	2,00	6,00	8,00	9,00
Mężczyźni	7,30	2,26	6,00	8,00	9,00
Analiza statystyczna: $Z=0,14$; $p=0,89$					

Z badań wynika, że osoby będące w związku istotnie statystycznie bardziej były zadowolone z życia niż badani stanu wolnego, ($p=0,002$), (tabela 68).

Tabela 68. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Wolny	6,84	2,31	5,00	7,00	9,00
W związku	7,84	1,79	7,00	8,00	9,00
Analiza statystyczna: $Z=3,14$; $p=0,002^*$					

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani z miasta byli istotnie bardziej zadowoleni z życia niż osoby mieszkające na wsi, ($p=0,000007$), (tabela 69).

Tabela 69. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Miasto	7,97	1,84	7,00	8,00	9,00
Wieś	6,67	2,19	5,00	7,00	9,00
Analiza statystyczna: $Z=4,49$; $p=0,000007^*$					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem wyższym istotnie bardziej byli zadowoleni z życia w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim, zawodowym lub podstawowym i gimnazjalnym, ($p<0,0001$), (tabela 70).

Tabela 70. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Podstawowe/gimnazjalne	6,16	2,34	4,00	5,00	9,00
Zawodowe	6,92	1,96	5,00	7,00	8,00
Średnie	7,92	1,89	7,00	8,00	9,00
Wyższe	8,19	1,62	7,00	8,00	10,00
Analiza statystyczna: H=28,82; p<0,0001*					

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności odczuwały istotnie większe zadowolenie z życia niż badani z umiarkowanym lub znacznym stopniem, ($p<0,0001$), (tabela 71).

Tabela 71. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Lekki	8,14	1,65	7,00	9,00	9,00
Umiarkowany	7,36	2,07	6,00	8,00	9,00
Znaczny	5,52	2,06	4,00	5,00	6,50
Analiza statystyczna: H=38,38; p<0,0001*					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani niepotrzebujący pomocy drugiej osoby w codziennym wykonywaniu podstawowych czynności mieli istotnie większe zadowolenie z życia niż osoby potrzebujące pomocy, ($p<0,0000001$), (tabela 72).

Tabela 72. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem potrzeby pomocy drugiej osoby w wykonywaniu codziennych czynności.

Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	5,90	2,12	4,00	5,00	8,00
Nie	8,33	1,44	8,00	9,00	9,00
Analiza statystyczna: Z=8,13; p<0,000001*					

Z analizy wynika, że respondenci, którzy uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe odczuwali istotnie większe zadowolenie z życia w porównaniu z badanymi, którzy nie podnosili swoich kwalifikacji, ($p=0,000001$), (tabela 73).

Tabela 73. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Kursy	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	8,31	1,50	8,00	9,00	9,00
Nie	6,84	2,22	5,00	7,00	9,00
Analiza statystyczna: $Z=4,86$; $p=0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani mający możliwość dokończania się od-
czuwali istotnie większe zadowolenie z życia niż ankietowani, którzy przyznali,
że nie mają takiej możliwości, ($p<0,000001$), (tabela 74).

Tabela 74. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem możliwości dalszego dokończania się.

Możliwość dokończania się	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	7,92	1,73	7,00	8,00	9,00
Nie	5,66	2,27	4,00	5,00	7,50
Analiza statystyczna: $Z=6,21$; $p<0,000001^*$					

Przeprowadzona analiza wykazała, że respondenci, którzy nie korzystali
z turnusów rehabilitacyjnych byli istotnie statystycznie bardziej zadowoleni
z życia w porównaniu z badanymi, którzy korzystali z rehabilitacji, ($p=0,003$),
(tabela 75).

Tabela 75. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.

Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	7,01	2,11	5,00	8,00	9,00
Nie	7,80	2,03	6,00	8,00	10,00
Analiza statystyczna: $Z=-2,97$; $p=0,003^*$					

Stwierdzono także, że ankietowani nie korzystający z pomocy ośrodków
typu PCPR, PFRON, Fundacje mieli istotnie statystycznie większe zadowo-
lenie z życia niż osoby, które korzystały z pomocy, ($p<0,000001$), (tabela 76).

Tabela 76. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.

Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	6,00	2,08	5,00	5,00	8,00
Nie	7,96	1,83	7,00	8,00	9,00
Analiza statystyczna: $Z=-6,26$; $p<0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani pracujący zawodowo mieli istotnie statystycznie większą satysfakcję z życia niż osoby, które nie pracowały, ($p<0,000001$), (tabela 77).

Tabela 77. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem pracy zawodowej.

Praca zawodowa	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	8,41	1,37	8,00	9,00	9,00
Nie	6,29	2,19	5,00	6,00	8,00
Analiza statystyczna: $Z=-7,30$; $p<0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani, którzy wychodzili z domu codziennie istotnie statystycznie lepiej oceniali swoje zadowolenia z życia niż osoby, które wychodziły rzadziej lub wcale, ($p<0,000001$), (tabela 78).

Tabela 78. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.

Częstość wychodzenia z domu	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Codziennie	7,98	1,82	7,00	8,00	9,00
Rzadziej/wcale	5,75	1,97	4,00	5,00	7,00
Analiza statystyczna: $Z=6,94$; $p<0,000001^*$					

Badania wykazały, że respondenci, którzy łatwo nawiązywali nowe znajomości mieli istotnie statystycznie większe zadowolenie z życia niż osoby, które raczej niełatwo nawiązywały kontakty lub nie potrafiły ocenić, ($p<0,0001$), (tabela 79).

Tabela 79. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązuje nowe znajomości.

Łatwość w nawiązywaniu znajomości	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Łatwo	8,36	1,41	8,00	9,00	9,00
Raczej niełatwo/ mam problemy	5,90	2,00	4,00	5,50	7,00
Nie wiem	5,46	2,13	4,00	5,00	6,00
Analiza statystyczna: H=77,54; p<0,0001*					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani nigdy nieodczuwający lęku przed wyjściem z domu istotnie lepiej oceniali zadowolenie z życia niż osoby, które bardzo rzadko odczuwały lęk lub zawsze, bądź często, ($p<0,0001$), (tabela 80).

Tabela 80. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy odczuwa lęk przed wyjściem z domu.

Lęk przed wyjściem z domu	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Zawsze/czasami	5,90	2,06	5,00	5,00	7,0
Bardzo rzadko	8,07	1,50	7,00	8,00	9,0
Nigdy	8,49	1,40	8,00	9,00	10,0
Nie wiem	5,87	2,11	4,00	5,00	7,50
Analiza statystyczna: H=72,45; p<0,0001*					

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy mieli bardzo wielu znajomych odczuwali istotnie większe zadowolenie z życia niż badani, którzy mieli wielu znajomych lub niewielu, bądź nie mieli wcale znajomych, ($p<0,001$), (tabela 81).

Tabela 81. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy posiadają znajomych.

Posiadanie znajomych	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo wielu	8,67	1,43	8,00	9,00	10,0
Wielu	8,00	1,34	7,00	8,00	9,0
Niewielu	5,38	1,62	4,00	5,00	6,0
Nie mam	5,56	2,70	3,00	4,00	8,0
Analiza statystyczna: H=101,80; p<0,001*					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani posiadający bardzo wielu lub wielu przyjaciół odczuwali istotnie większe zadowolenie z życia niż osoby, które miały niewielu przyjaciół lub wcale, ($p < 0,001$), (tabela 82).

Tabela 82. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy posiadają przyjaciół.

Posiadanie przyjaciół	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo wielu/wielu	8,75	1,03	8,00	9,00	9,00
Niewielu	7,88	1,63	6,50	8,00	9,00
Nie mam	5,26	1,83	4,00	5,00	7,00
Analiza statystyczna: $H=102,63$; $p < 0,001^*$					

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy nigdy nie czuli się wykluczeni z życia społecznego istotnie bardziej byli zadowoleni z życia niż badani, którzy bardzo często lub często czuli się wykluczeni, bądź rzadko, ($p < 0,001$), (tabela 104).

Tabela 83. Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy czują się wykluczeni z życia społecznego z powody dysfunkcji.

Odczuwanie wykluczenia z życia społecznego	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo często/często	4,99	1,48	4,00	5,00	6,0
Rzadko	8,10	1,18	8,00	8,00	9,0
Nigdy	8,81	1,52	8,00	9,00	10,0
Analiza statystyczna: $H=126,86$; $p < 0,001^*$					

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej ankietowani tylko częściowo się zgadzali z przekonaniem, że ludzie pełnosprawni są tolerancyjni wobec ludzi niepełnosprawnych. Podobnie najczęściej częściowo zgadzali się z opinią, że ludzie pełnosprawni są tolerancyjni wobec ludzi niepełnosprawnych ruchowo, zaś najczęściej całkowicie się zgadzali z opinią, że ludzie niepełnosprawni ruchowo mają utrudniony start w życie zawodowe, (tabela 84).

Tabela 84. Ocena przekonań ankietowanych na temat niepełnosprawności.

Twierdzenia	Zgadzam się całkowicie		Zgadzam się częściowo		Całkowicie się nie zgadzam	
	n	%	n	%	n	%
Ludzie pełnosprawni są tolerancyjni wobec ludzi niepełnosprawnych	40	17,17%	124	53,22%	69	29,61%
Ludzie pełnosprawni są tolerancyjni wobec ludzi niepełnosprawnych ruchowo	19	8,15%	158	67,81%	56	24,04%
Ludzie niepełnosprawni ruchowo mają utrudniony start w życie zawodowe	206	88,41%	24	10,30%	3	1,29%

Ankietowani utrudniające wyjście z domu z powodu barier architektonicznych w skali od 1 do 5 (1-bardzo duży problem, 5-brak problemu) najgorzej oceniali nieodpowiednie dostosowania pojazdów użyteczności publicznej, brak podjazdów do restauracji, sklepów, klubów oraz brak windy w miejscu zamieszkania, natomiast nieznacznie lepiej ocenili organizację przejść dla pieszych i nierówności chodników, (tabela 85).

Tabela 85. Ocena stopnia barier architektonicznych, które utrudniają wyjście z domu.

Bariery architektoniczne	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Brak windy w miejscu zamieszkania	2,87	1,83	1,00	2,00	5,00
Brak podjazdów do restauracji, sklepów, klubów	2,74	1,50	1,00	2,00	4,00
Nieodpowiednie dostosowania pojazdów użyteczności publicznej	2,24	1,34	1,00	2,00	3,00
Zła organizacja przejść dla pieszych	2,85	1,44	1,00	3,00	4,00
Nierówne chodniki	3,06	1,58	1,00	3,00	4,00

Ankietowani w skali od 1 do 6 (1-najbardziej ważny motyw, 6-najmniej ważny) oceniali motywy skłaniające ich do założenia własnej rodziny. Stwierdzono, że najważniejszym motywem dla ankietowanych była potrzeba kochania oraz poczucie bezpieczeństwa, zaś mniej ważna była chęć posiadania partnera, ucieczka przed samotnością oraz chęć posiadania dzieci, zaś najmniej ważnym motywem była potrzeba usamodzielnienia się, (tabela 86).

Tabela 86. Ocena motywów skłaniających do założenia własnej rodziny.

Motywy	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Potrzeba kochania	1,57	1,00	1,00	2,00	1,17
Poczucie bezpieczeństwa	3,09	2,00	2,00	4,00	1,63
Chęć posiadania partnera	3,88	4,00	2,00	5,00	1,62
Ucieczka przed samotnością	3,94	4,00	3,00	5,00	1,29
Chęć posiadania dzieci	3,90	3,00	3,00	5,00	1,44
Potrzeba usamodzielnienia się	4,58	5,00	4,00	6,00	1,25

Ocena akceptacji choroby (AIS)

Średnia ocena akceptacji choroby w skali AIS wynosiła $26,58 \pm 9,35$ ($Me=28,00$). W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że badani w wieku do 30 lat oraz 31-40 lat istotnie bardziej akceptowali chorobę niż ankietowani w wieku 41-50 lat i powyżej 50 lat. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,01$), (tabela 87).

Tabela 87. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do 30 lat	28,06	10,00	21,00	30,00	36,50
31-40 lat	28,00	8,17	23,00	29,00	34,00
41-50 lat	26,93	9,72	20,00	27,00	35,00
Powyżej 50 lat	23,36	8,66	16,00	23,00	31,00
Analiza statystyczna: $H=10,54$; $p=0,01^*$					

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie akceptacji choroby pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p=0,72$), (tabela 88).

Tabela 88. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem płci.

Płeć	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Kobiety	26,49	9,09	20,00	27,00	34,00
Mężczyźni	26,72	9,77	19,00	29,00	34,00
Analiza statystyczna: $Z=-0,36$; $p=0,72$					

Z badań wynika, że osoby będące w związku istotnie statystycznie bardziej akceptowały chorobę niż badani stanu wolnego, ($p=0,007$), (tabela 89).

Tabela 89. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Stan cywilny	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Wolny	24,71	9,94	16,00	25,00	33,00
W związku	28,23	8,50	23,00	30,00	34,50
Analiza statystyczna: $Z=2,69$; $p=0,007^*$					

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani z miasta istotnie bardziej akceptowali chorobę niż osoby mieszkające na wsi, ($p=0,00005$), (tabela 90).

Tabela 90. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Miasto	28,89	8,81	23,00	30,50	36,00
Wieś	23,86	9,27	15,00	25,00	32,00
Analiza statystyczna: $Z=4,06$; $p=0,00005^*$					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wykształceniem wyższym istotnie bardziej akceptowali swoją chorobę w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim, zawodowym lub podstawowym i gimnazjalnym, ($p<0,0001$), (tabela 91).

Tabela 91. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Podstawowe/gimnazjalne	21,24	9,85	12,00	20,00	29,00
Zawodowe	25,41	8,64	19,00	26,00	32,00
Średnie	28,26	8,43	24,00	29,50	35,00
Wyższe	30,74	8,45	25,00	32,00	38,00
Analiza statystyczna: $H=27,21$; $p<0,0001^*$					

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności w istotnie statystycznie większym stopniu akceptowali chorobę niż badani z umiarkowanym lub znacznym stopniem, ($p<0,0001$), (tabela 92).

Tabela 92. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Lekki	31,88	7,49	29,00	33,00	38,00
Umiarkowany	25,35	8,09	20,00	26,00	32,00
Znaczny	16,68	6,96	11,00	16,00	20,00
Analiza statystyczna: $H=76,75$; $p<0,0001^*$					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani niepotrzebujący pomocy drugiej osoby w codziennym wykonywaniu podstawowych czynności istotnie bardziej akceptowali chorobę niż osoby potrzebujące pomocy, ($p<0,0000001$), (tabela 93).

Tabela 93. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem potrzeby pomocy drugiej osoby w wykonywaniu codziennych czynności.

Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	19,02	8,38	11,50	19,00	24,00
Nie	31,51	6,10	27,00	32,00	37,00
Analiza statystyczna: $Z=-9,54$; $p<0,000001^*$					

Z analizy wynika, że respondenci, którzy uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe istotnie statystycznie bardziej akceptowali chorobę w porównaniu z badanymi, którzy nie podnosili swoich kwalifikacji, ($p<0,000001$), (tabela 94).

Tabela 94. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Kursy	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	30,94	6,83	26,00	32,00	36,00
Nie	24,07	9,70	16,00	24,00	32,00
Analiza statystyczna: $Z=-5,25$; $p<0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani mający możliwość doksztalcenia się istotnie statystycznie bardziej akceptowali chorobę niż ankietowani, którzy przyznali, że nie mają takiej możliwości, ($p<0,000001$), (tabela 95).

Tabela 95. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem możliwości dalszego doksztalcania się.

Możliwość doksztalcania się	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	28,86	7,95	24,00	30,00	35,00
Nie	19,36	9,82	11,00	16,00	26,50
Analiza statystyczna: $Z=-6,01$; $p<0,000001^*$					

Przeprowadzona analiza wykazała, że respondenci, którzy nie korzystali z turnusów rehabilitacyjnych nieznacznie bardziej akceptowali swoją chorobę w porównaniu z badanymi, którzy korzystali z rehabilitacji. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,20$), (tabela 96).

Tabela 96. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.

Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	25,78	9,78	19,00	26,00	34,00
Nie	27,51	8,78	21,50	29,00	34,00
Analiza statystyczna: $Z=-1,28$; $p=0,20$					

Stwierdzono także, że ankietowani korzystający z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje istotnie bardziej akceptowali chorobę niż osoby, które nie korzystały z pomocy, ($p<0,000001$), (tabela 97).

Tabela 97. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.

Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	19,23	8,00	12,00	19,00	25,00
Nie	29,74	8,03	25,00	31,00	36,00
Analiza statystyczna: $Z=-7,74$; $p<0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani pracujący zawodowo istotnie statystycznie bardziej akceptowali chorobę niż osoby, które nie pracowały, ($p<0,000001$), (tabela 98).

Tabela 98. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem pracy zawodowej.

Praca zawodowa	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Tak	31,16	5,89	27,00	32,00	36,00
Nie	21,80	9,91	13,00	20,00	29,00
Analiza statystyczna: $Z=-7,22$; $p<0,000001^*$					

Z badań wynika, że ankietowani, którzy wychodzili z domu codziennie istotnie statystycznie bardziej akceptowali chorobę niż osoby, które wychodziły rzadziej lub wcale, ($p=0,000001$), (tabela 99).

Tabela 99. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.

Częstość wychodzenia z domu	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Codziennie	28,68	7,58	24,00	30,00	34,00
Rzadziej/wcale	20,92	11,22	11,00	17,00	32,00
Analiza statystyczna: $Z=4,82$; $p=0,000001^*$					

Badania wykazały, że respondenci, którzy łatwo nawiązywali nowe znajomości istotnie statystycznie bardziej akceptowali swoją chorobę niż osoby, które raczej niełatwo nawiązywały kontakty lub nie potrafiły ocenić, ($p<0,0001$), (tabela 100).

Tabela 100. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązują nowe znajomości.

Łatwość w nawiązywaniu znajomości	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Łatwo	30,96	6,40	26,00	32,00	36,00
Raczej niełatwo/ mam problemy	19,00	8,10	11,00	19,00	25,00
Nie wiem	19,57	10,13	11,00	16,00	25,00
Analiza statystyczna: $H=77,01$; $p<0,0001^*$					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani nigdy nieodczuwający lęku przed wyjściem z domu istotnie bardziej akceptowali chorobę niż osoby, które bardzo rzadko odczuwały lęk lub zawsze, bądź często, ($p<0,0001$), (tabela 101).

Tabela 101. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązują nowe znajomości.

Lęk przed wyjściem z domu	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Zawsze/czasami	20,12	7,73	12,00	20,00	27,00
Bardzo rzadko	27,40	7,89	20,00	28,50	34,00
Nigdy	31,67	6,63	27,00	32,00	37,00
Nie wiem	21,40	10,29	12,00	19,00	31,50
Analiza statystyczna: H=62,18; p<0,0001*					

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy mieli wielu lub bardzo wielu znajomych istotnie bardziej akceptowali chorobę niż badani, którzy mieli niewielu znajomych lub nie mieli wcale, (p<0,0001), (tabela 102).

Tabela 102. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy posiadają znajomych.

Posiadanie znajomych	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo wielu	30,35	6,13	26,00	30,00	34,00
Wielu	31,20	7,22	26,00	33,00	37,00
Niewielu	18,28	7,83	12,00	18,00	23,00
Nie mam	22,22	14,95	10,00	11,00	39,00
Analiza statystyczna: H=80,18; p<0,0001*					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani posiadający bardzo wielu lub wielu przyjaciół istotnie bardziej akceptowali chorobę niż osoby, które miały niewielu przyjaciół lub wcale, (p<0,0001), (tabela 103).

Tabela 103. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy posiadają przyjaciół.

Posiadanie przyjaciół	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo wielu/wielu	32,04	5,60	29,00	32,00	37,00
Niewielu	29,01	7,08	24,00	29,50	34,00
Nie mam	17,74	8,64	11,00	15,50	21,00
Analiza statystyczna: H=86,02; p<0,0001*					

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy nigdy nie czuli się wykluczeni z życia społecznego istotnie bardziej akceptowali chorobę niż badani, którzy bardzo często lub często czuli się wykluczeni, bądź rzadko, (p<0,001), (tabela 104).

Tabela 104. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy czują się wykluczeni z życia społecznego z powodu dysfunkcji.

Odczuwanie wykluczenia z życia społecznego	Średnia	Odch.std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Bardzo często/często	16,31	6,43	11,00	15,50	20,00
Rzadko	29,70	6,22	25,00	31,00	34,00
Nigdy	32,74	6,55	29,00	33,00	39,00
Analiza statystyczna: H=116,19; p<0,001*					

Ocena poczucia koherencji w badanej grupie (SOC 29)

Z badań wynika, że najwyższy poziom koherencji ankietowanych pacjentów był umiejscowiony w poczuciu zrozumienia, natomiast niższy poziom stwierdzono w ocenie poczucia sensowności o zaradności. Ogólny poziom koherencji wyniósł $126,18 \pm 42,76$ pkt (Me=132 pkt). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 105.

Tabela 105. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów.

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartył	Górny kwartył	Odch.std
Poczucie zrozumienia (PZR)	46,82	47,00	38,00	56,00	14,57
Poczucie zaradności (PZ)	43,55	45,00	34,00	55,00	15,39
Poczucie sensowności (PS)	44,09	47,00	32,00	56,00	16,34
Ogółem (SOC)	126,18	132,00	96,00	157,00	42,76

Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni mieli nieznacznie wyższe poczucie koherencji w porównaniu z kobietami oraz wyższe poczucie zrozumienia i zaradności, zaś kobiety miały wyższy poziom poczucia sensowności. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami tylko w ocenie poczucia zrozumienia ($p=0,04$), zaś w pozostałych podskalach i w ocenie ogólnej nie stwierdzono istotnych różnic, ($p>0,05$), (tabela 106).

Tabela 106. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem płci.

Podskale	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	45,46	45,00	15,09	48,88	51,00	13,57	2,06	0,04*
Poczucie zaradności (PZ)	42,91	44,00	15,81	44,52	48,00	14,77	0,78	0,43
Poczucie sensowności (PS)	44,45	47,50	16,69	43,55	46,00	15,89	-0,51	0,61
Ogółem (SOC)	124,61	126,50	44,06	128,56	138,00	40,85	0,73	0,47

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy wiekiem i ogólną oceną poczucia koherencji, ($R=-0,18$) oraz z poczuciem zaradności, ($R=-0,20$) i sensowności, ($R=-0,21$). Wraz z wiekiem poczucie koherencji, zaradności i sensowności maleje. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku wieku z poczuciem zrozumienia ($p>0,05$), (tabela 107).

Tabela 107. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a wiekiem.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	-0,11	0,09
Poczucie zaradności (PZ)	-0,20	0,003*
Poczucie sensowności (PS)	-0,21	0,001*
Ogółem (SOC)	-0,18	0,01*

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że osoby będące w związku miały istotnie wyższy poziom poczucia koherencji niż badani stanu wolnego, ($p=0,00001$). Również stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie poczucia zrozumienia ($p=0,0001$), zaradności, ($p=0,000005$) i sensowności, ($p=0,00002$), (tabela 108).

Tabela 108. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Podskale	Wolny			W związku			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	43,17	43,00	14,35	50,03	51,00	14,04	-3,84	0,0001*
Poczucie zaradności (PZ)	38,61	40,00	15,62	47,89	50,00	13,85	-4,58	0,000005*
Poczucie sensowności (PS)	39,06	40,00	16,84	48,51	50,00	14,59	-4,32	0,00002*
Ogółem (SOC)	113,13	116,00	43,13	137,66	144,00	39,14	-4,48	0,00001*

Z badań wynika, że ankietowani z miasta mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji w porównaniu z badanymi mieszkającymi na wsi, ($p=0,001$). Również osoby z miasta miały wyższy poziom poczucia zrozumienia ($p=0,01$), zaradności, ($p=0,001$) i sensowności, ($p=0,00002$), (tabela 109).

Tabela 109. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Podskale	Miasto			Wieś			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	49,06	49,00	14,16	44,19	44,00	14,66	-2,49	0,01*
Poczucie zaradności (PZ)	46,69	48,00	13,87	39,85	41,00	16,31	-3,20	0,001*
Poczucie sensowności (PS)	48,33	51,00	14,62	39,10	41,00	16,92	-4,30	0,00002*
Ogółem (SOC)	135,23	140,00	39,26	115,53	119,00	44,42	-3,41	0,001*

Analiza statystyczna wykazała, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności oraz ogólne poczucie koherencji, ($p<0,0001$). Ankietowani z wykształceniem wyższym uzyskali najwyższe wyniki (tabela 110).

Tabela 110. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem wykształcenia.

Podskale	Podstawowe/gimnazjalne			Zawodowe			Średnie			Wyższe			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Poczucie zrozumienia (PZR)	41,12	40,00	16,11	42,69	44,00	12,88	48,93	48,50	13,67	53,88	53,00	12,56	24,91
Poczucie zaradności (PZ)	35,84	36,00	16,87	39,41	42,00	14,63	46,54	48,50	13,91	51,14	53,00	12,04	29,65	<0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	36,04	36,00	18,09	38,59	42,00	15,02	47,28	50,00	14,40	53,23	55,00	12,94	35,91	<0,0001*
Ogółem (SOC)	105,63	104,00	47,21	113,27	116,00	39,61	134,26	139,50	38,31	148,40	150,00	34,54	30,92	<0,0001*

Tabela 111. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Podskale	Lekki			Umiarkowany			Znaczny			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Poczucie zrozumienia (PZR)	51,84	52,00	13,26	45,45	46,00	13,07	37,98	37,50	16,32	25,36
Poczucie zaradności (PZ)	49,25	50,00	13,25	42,65	44,00	14,09	31,90	28,00	16,48	33,16	<0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	49,87	51,00	13,90	43,60	46,50	15,04	31,25	24,50	17,59	32,49	<0,0001*
Ogółem (SOC)	142,03	146,00	37,11	123,30	126,00	38,81	94,67	80,00	46,43	31,75	<0,0001*

Z badań wynika, że ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności mieli istotnie wyższy poziom koherencji, poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności w porównaniu z badanymi z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności ($p < 0,0001$), (tabela 111).

Badania wykazały, że respondenci, którzy nie wymagali pomocy w wykonywaniu codziennych czynności mieli istotnie wyższy poziom koherencji, poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności niż badani wymagający pomocy, ($p < 0,000001$), (tabela 112).

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani którzy uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe odczuwali istotnie wyższy poziom koherencji, poczucia zrozumienia, zaradności i sensowności niż badani, którzy nie brali udziału w kursach zawodowych, ($p = 0,0003$), (tabela 113).

Z badań wynika, że ankietowani, którzy mieli możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji, poczucia zrozumienia, zaradności i sensowności niż ankietowani, którzy przyznali, że nie mieli możliwości podnoszenia kwalifikacji, ($p = 0,00001$), (tabela 114).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie poczucia koherencji oraz podskal pomiędzy badanymi korzystającymi z turnusów rehabilitacyjnych a osobami, które nie korzystały z rehabilitacji, ($p > 0,05$), (tabela 115).

Z badań wynika, że ankietowani nie korzystający z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji, zrozumienia, zaradności i sensowności niż badani, którzy korzystali z pomocy, ($p < 0,000001$), (tabela 116).

Analiza statystyczna wykazała, że aktywność zawodowa istotnie różnicuje poziom koherencji, zaradności, zrozumienia i sensowności, ($p < 0,000001$). Ankietowani aktywni zawodowo mieli wyższy poziom koherencji (tabela 117).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie poczucia koherencji i podskal pomiędzy ankietowanymi, którzy uczestniczyli w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu a osobami, które nie uczestniczyły w takich zajęciach lub nie wiedziały, czy brały udział, ($p > 0,05$), (tabela 118).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że ankietowani, którzy codziennie wychodzili z domu mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji, zrozumienia, zaradności i sensowności niż badani, którzy wychodzili z domu rzadziej lub wcale, ($p = 0,000001$), (tabela 119).

Tabela 112. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem potrzeby pomocy osoby drugiej w wykonywaniu codziennych czynności.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	40,01	39,500	15,99	51,27	51,00	11,62	-5,66	<0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	35,08	34,500	16,94	49,08	49,00	11,32	-6,42	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	35,08	31,000	18,23	49,97	50,00	11,76	-6,36	<0,000001*
Ogółem (SOC)	102,77	95,500	47,05	141,46	142,00	31,57	-6,38	<0,000001*

Tabela 113. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem uczestniczenia w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	51,22	50,00	10,29	44,30	44,00	16,03	-3,60	0,0003*
Poczucie zaradności (PZ)	49,02	49,00	10,74	40,41	42,00	16,75	-3,81	0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	49,72	50,00	11,73	40,86	42,50	17,72	-3,62	0,0003*
Ogółem (SOC)	141,32	143,00	29,60	117,49	121,00	46,66	-3,84	0,0001*

Tabela 114. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	49,24	49,00	12,01	39,18	35,00	18,84	-4,34	0,00001*
Poczucie zaradności (PZ)	46,93	48,00	12,45	32,86	27,00	18,70	-5,27	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	47,67	49,00	13,08	32,79	25,00	20,21	-5,25	<0,000001*
Ogółem (SOC)	135,15	139,00	34,48	97,84	77,00	53,22	-5,11	<0,000001*

Tabela 115. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	47,25	46,00	17,14	46,33	48,00	10,92	-0,36	0,72
Poczucie zaradności (PZ)	44,32	44,00	16,84	42,66	46,00	13,55	-0,80	0,43
Poczucie sensowności (PS)	45,18	44,00	18,03	42,83	47,00	14,12	-1,07	0,28
Ogółem (SOC)	128,14	124,00	48,22	123,93	135,00	35,50	-0,74	0,46

Tabela 116. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	37,40	38,00	12,85	50,87	51,00	13,37	-6,70	<0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	32,66	31,50	15,05	48,23	49,00	13,02	-6,99	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	32,69	30,50	15,66	48,99	51,00	14,06	-6,87	<0,000001*
Ogółem (SOC)	95,73	89,00	39,90	139,26	143,00	36,98	-7,07	<0,000001*

Tabela 117. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem aktywności zawodowej.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	51,95	51,00	11,20	41,47	40,00	15,75	-5,61	<0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	49,82	50,00	10,81	37,00	37,00	16,72	-6,23	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	51,17	51,00	11,51	36,70	36,00	17,38	-6,61	<0,000001*
Ogółem (SOC)	144,01	146,00	30,07	107,58	107,00	46,11	-6,36	<0,000001*

Tabela 118. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem uczestniczenia w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.

Podskale	tak			Nie wiem			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	47,22	43,00	15,54	45,15	44,00	13,09	46,91	47,00	14,67	0,62	0,73
Poczucie zaradności (PZ)	45,67	43,00	17,71	41,77	41,00	14,83	43,57	45,00	15,39	0,51	0,77
Poczucie sensowności (PS)	44,67	44,00	19,89	43,00	40,00	15,91	44,13	47,00	16,29	0,16	0,92
Ogółem (SOC)	129,56	121,00	47,89	122,08	118,00	40,55	126,29	134,00	42,86	0,35	0,84

Tabela 119. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.

Podskale	Codziennie			Rzadziej			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	49,69	49,00	12,73	39,10	39,00	16,40	-4,39	0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	47,08	48,00	13,23	34,03	34,00	16,83	-5,21	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	47,99	49,50	14,07	33,57	32,00	17,48	-5,51	<0,000001*
Ogółem (SOC)	135,95	138,50	36,72	99,84	96,00	46,92	-5,20	<0,000001*

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy łatwo nawiązywali nowe znajomości mieli istotnie wyższy poziom koherencji w ocenie ogólnej i w podskalach niż badani, którzy raczej mieli problemy w nawiązywaniu kontaktów lub nie potrafili ocenić, ($p < 0,0001$), (tabela 120).

Z badań wynika, że respondenci rzadko lub nigdy odczuwający lęk przed wyjściem z domu mieli istotnie wyższy poziom koherencji w ocenie ogólnej i w podskalach niż badani, którzy odczuwali lęk zawsze lub często, bądź nie potrafili ocenić, ($p < 0,0001$), (tabela 121).

Analiza statystyczna wykazała, że badani, którzy posiadali bardzo wielu lub wielu znajomych odczuwali istotnie wyższy poziom koherencji w ocenie ogólnej i w podskalach niż badani, którzy mieli niewielu znajomych lub wcale, ($p < 0,0001$), (tabela 122)

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że badani, którzy posiadali bardzo wielu lub wielu przyjaciół odczuwali istotnie wyższy poziom koherencji w ocenie ogólnej i w podskalach niż badani, którzy mieli niewielu znajomych lub wcale, ($p < 0,001$), (tabela 123).

Z badań wynika, że ankietowani, którzy nigdy nie odczuwali wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji, zrozumienia, zaradności i sensowności niż ankietowani, którzy odczuwali wykluczenie rzadko lub często, ($p < 0,001$), (tabela 124).

W wyniku analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną zadowolenia z życia a poczuciem koherencji ($R=0,68$), zrozumienia, ($R=0,62$) oraz zaradności, ($R=0,68$) i sensowności, ($R=0,69$). Większe poczucie koherencji wpływa na wyższe zadowolenie z życia (tabela 125).

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy akceptacją choroby a oceną poczucia koherencji, zrozumienia, zaradności i sensowności. Korelacje przyjmowały wartości od $R= 0,77$ do $R=0,79$. Większa akceptacja choroby wpływa na zwiększenie poczucia koherencji (tabela 126).

Tabela 120. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem łatwości w nawiązywaniu nowych znajomości.

Podskale	Łatwo/raczej łatwo			Raczej niełatwo/mam problemy			Nie wiem			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Poczucie zrozumienia (PZR)	52,60	52,00	11,56	37,12	36,00	12,30	37,17	34,00	16,38	59,74
Poczucie zaradności (PZ)	50,48	50,50	11,14	33,06	29,50	13,20	30,23	23,00	16,37	72,02	<0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	51,62	51,00	11,83	32,96	30,00	13,25	29,20	23,00	17,35	78,21	<0,0001*
Ogółem (SOC)	145,53	146,00	31,19	96,31	88,50	35,61	89,86	73,00	45,77	73,06	<0,0001*

Tabela 121. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem odczuwania lęku przed wyjściem z domu.

Podskale	Zawsze			Często			Rzadko/nigdy			Nie wiem			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Poczucie zrozumienia (PZR)	35,73	34,00	10,51	49,38	49,00	11,14	53,22	53,00	10,92	41,44	41,00	18,43	52,71
Poczucie zaradności (PZ)	32,73	31,00	12,22	47,76	49,00	12,33	50,23	50,50	11,14	36,08	35,50	18,72	50,45	<0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	33,22	31,00	12,95	48,50	51,00	12,75	50,93	51,00	12,22	36,21	34,00	20,11	46,81	<0,0001*
Ogółem (SOC)	94,78	89,00	33,19	136,60	140,50	32,73	145,34	146,00	30,88	106,44	107,50	52,87	51,21	<0,0001*

Tabela 122. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem posiadania znajomych.

Podskale	Bardzo wielu			Wielu			Niewielu			Nie mam			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	52,04	51,00	11,02	52,88	53,00	12,58	35,96	35,00	12,38	38,22	28,000	22,94	64,35	<0,0001*
Poczucie zaradności (PZ)	50,60	50,00	10,21	48,77	49,50	12,45	30,80	27,00	14,26	36,44	29,000	21,62	70,31	<0,0001*
Poczucie sensowności (PS)	52,49	52,00	10,43	48,68	49,50	13,24	30,14	28,00	14,39	36,67	24,000	24,97	79,47	<0,0001*
Ogółem (SOC)	145,87	146,00	28,74	141,35	142,50	34,96	90,32	79,00	37,25	104,56	75,000	64,85	74,34	<0,0001*

Tabela 123. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem posiadania przyjaciół.

Podskale	Bardzo wielu/wielu			Niewielu			Nie mam			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	55,27	55,00	12,07	49,34	50,00	10,59	34,53	34,00	12,76	79,21	<0,0001*
Poczucie zaradności (PZ)	53,37	53,00	10,58	46,88	48,00	10,39	28,81	25,00	13,60	92,73	<0,001*
Poczucie sensowności (PS)	54,91	55,00	11,02	47,45	49,00	11,03	28,18	24,00	14,05	100,07	<0,001*
Ogółem (SOC)	153,69	153,00	30,26	135,14	139,00	29,23	85,29	75,50	36,65	94,65	<0,001*

Tabela 124. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem odczuwania wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.

Podskale	Bardzo często/często			Rzadko			Nigdy			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	32,70	33,00	11,98	52,41	51,50	12,50	53,54	54,00	8,39	93,58	<0,001*
Poczucie zaradności (PZ)	27,71	24,50	12,58	49,59	49,00	12,17	51,39	52,00	8,61	98,03	<0,001*
Poczucie sensowności (PS)	27,40	24,50	13,13	50,78	50,00	12,86	51,91	52,00	9,99	97,34	<0,001*
Ogółem (SOC)	81,69	72,50	33,70	143,53	141,00	34,03	147,70	148,00	24,06	101,31	<0,001*

Tabela 125. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a oceną zadowolenia z życia.

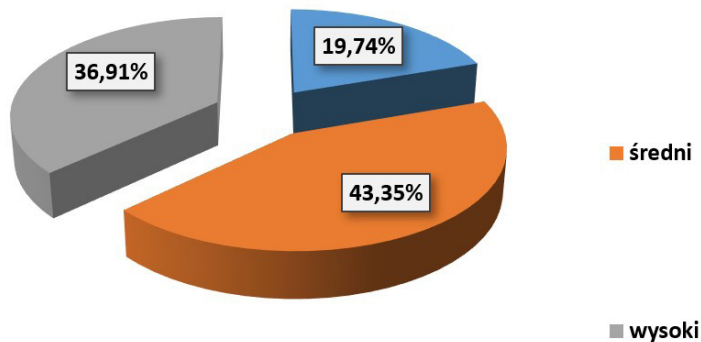
Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	0,62	<0,000001*
Poczucie zaradności (PZ)	0,68	<0,000001*
Poczucie sensowności (PS)	0,69	<0,000001*
Ogółem (SOC)	0,68	<0,000001*

Tabela 126. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a akceptacją choroby (AIS).

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	0,77	<0,01*
Poczucie zaradności (PZ)	0,78	<0,01*
Poczucie sensowności (PS)	0,77	<0,01*
Ogółem (SOC)	0,79	<0,01*

Przeprowadzone badania wykazały na podstawie przyjętych w skali SOC 29 norm, że 19,74% (n=46) ankietowanych miło niski poziom koherencji, 43,35% (n=101) średni i 36,91% (n=86) wysoki, (ryc. 24).

Rycina 24. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem poziomu poczucia koherencji.



Ocena wpływu wybranych czynników na poziom koherencji

Do analizy regresji krokowej postępującej dla zmiennej SOC 29 (ogólna ocena poczucia koherencji) uwzględniono takie zmienne jak: akceptacja choroby (AIS), płeć (jako zmienne oznaczone kodami 1-kobieta, 2-mężczyzna), częstość wychodzenia z domu (1- często; 2-rzadko lub wcale), wiek, stan cywilny (1-wolny, 2-w związku), wykształcenie (1 inne; 2-wyższe), poziom niepełnosprawności (1-łagodny, umiarkowany, 2-znaczny), liczba znajomych, przyjaciół (1-posiada, 2-brak), miejsce zamieszkania (1-miasto; 2-wieś), aktywność zawodowa, (1-tak; 2-nie), potrzeba pomocy w codziennym funkcjonowaniu, (1- tak; 2 nie), poziom zadowolenia z życia. Do modelu wyjaśniającego zmienność SOC 29 weszły zmienne: akceptacja choroby (AIS), poziom zadowolenia z życia, potrzeba pomocy w codziennym życiu, liczba przyjaciół. Parametry strukturalne modelu wraz z wyrazem wolnym są wysoce istotne ($p < 0,0001$). Otrzymany model regresji wyjaśnił 73% wariacji zmiennej SOC 29. Oszacowaną liniową funkcję regresji zapisano wzorem poniżej:

$$\text{SOC 29} = 48,302 + 2,958 \text{ AIS} + 6,307 \text{ zadowolenie z życia} - 17,749 \text{ potrzeba pomocy w życiu} - 6,335 \text{ liczba przyjaciół} \pm 22,00$$

Tabela 127. Model regresji dla zmiennej poczucie koherencji (SOC 29).

Czynniki	Beta	Błąd std, Beta	b	Błąd std. b	t	p
Akceptacja choroby (AIS)	0,647	0,056	2,958	0,255	11,596	0,000001
Poziom zadowolenia z życia	0,311	0,054	6,307	1,100	5,733	0,000001
Potrzeba pomocy w codziennym życiu	-0,203	0,046	-17,749	3,985	-4,454	0,00001
Liczba przyjaciół	-0,120	0,047	-6,335	2,483	-2,551	0,01
	R ² skoryg.=0,74			F=86,41, p<0,0001		

Z otrzymanych wyników wynika, że poziom koherencji wzrasta wraz ze akceptacją choroby, wzrostem zadowolenia z życia, większą liczbą przyjaciół, zaś maleje u osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu i nieposiadających przyjaciół. O sile powiązania poszczególnych zmiennych z SOC 29 świadczy standaryzowany współczynnik BETA. Najwyższą wartość dla zmiennej AIS (0,647) .

Ocena jakości życia ankietowanych (WHOQOL-Bref)

Z badań wynika, że ankietowani przeciętnie oceniali swoją ogólną jakość życia i percepcję zdrowia (Me=3,00). W zakresie dziedzin najlepsza jakość życia ankietowani odczuwali w dziedzinie psychologicznej i środowisko, zaś gorzej w dziedzinie relacje społeczne i fizycznej. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 128.

Tabela 128. Ocena jakości życia w badanej grupie pacjentów.

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartył	Górny kwartył	Odch.std
Ogólna jakość życia	3,26	3,00	3,00	4,00	0,87
Ogólna percepcja zdrowia	2,92	3,00	2,00	4,00	1,13
Dziedzina fizyczna	12,56	13,71	9,71	15,43	3,67
Dziedzina psychologiczna	14,79	14,67	13,33	16,67	2,44
Dziedzina relacje społeczne	13,56	13,33	10,67	16,00	3,05
Dziedzina środowisko	12,92	14,00	10,50	15,50	3,59

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie jakości życia, percepcji zdrowia oraz w ocenie jakości życia w dziedzinach pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p > 0,05$), (tabela 129).

Tabela 129. Ocena jakości życia z uwzględnieniem płci.

Podskale	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std	Średnia	Mediana	Odch. std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,29	3,00	0,85	3,23	3,00	0,91	0,50	0,61
Ogólna percepcja zdrowia	2,94	3,00	1,16	2,89	3,00	1,09	0,34	0,73
Dziedzina fizyczna	12,67	13,71	3,69	12,40	13,71	3,66	0,86	0,39
Dziedzina psychologiczna	14,65	14,67	2,44	14,99	16,00	2,43	-1,25	0,21
Dziedzina relacje społeczne	13,76	14,67	3,00	13,25	13,33	3,11	1,43	0,15
Dziedzina środowisko	12,88	14,00	3,53	12,99	14,50	3,68	-0,55	0,58

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy wiekiem i ogólną jakością życia ($R = -0,22$), ogólną percepcją zdrowia, ($R = -0,22$) oraz jakością życia w dziedzinie fizycznej, ($R = -0,29$), psychologicznej, ($R = -0,18$), relacje społeczne, ($R = -0,26$) i środowisko, ($R = -0,26$). Wraz z wiekiem jakość życia ulega pogorszeniu (tabela 130).

Tabela 130. Ocena związku pomiędzy jakością życia a wiekiem.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Ogólna jakość życia	-0,22	0,0009*
Ogólna percepcja zdrowia	-0,22	0,0007*
Dziedzina fizyczna	-0,29	0,00001*
Dziedzina psychologiczna	-0,18	0,005*
Dziedzina relacje społeczne	-0,26	0,0001*
Dziedzina środowisko	-0,26	0,00004*

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że osoby będące w związku miały istotnie lepszą jakość życia ogólną w porównaniu z badanymi stanu wolnego, ($p=0,03$). Również jakość życia w dziedzinie fizycznej, relacje społeczne i środowisko była istotnie lepsza wśród badanych będących w związku, ($p=0,02$), natomiast nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami w ocenie ogólnej percepcji zdrowia i w ocenie jakości życia w dziedzinie psychologicznej, ($p>0,05$), (tabela 131).

Tabela 131. Ocena jakości życia z uwzględnieniem stanu cywilnego.

Podskale	Wolny			W związku			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std.	Średnia	Mediana	Odch. std.	Z	p
Ogólna jakość życia	3,13	3,00	0,86	3,38	4,00	0,87	2,17	0,03*
Ogólna percepcja zdrowia	2,79	3,00	1,20	3,04	3,00	1,05	1,53	0,13
Dziedzina fizyczna	11,45	12,00	3,93	13,54	14,29	3,14	3,81	0,0001*
Dziedzina psychologiczna	14,55	14,67	2,45	15,00	15,33	2,41	1,76	0,08
Dziedzina relacje społeczne	13,03	13,33	3,23	14,02	14,67	2,81	2,36	0,02*
Dziedzina środowisko	12,28	13,00	3,84	13,50	14,50	3,26	2,42	0,02*

Z badań wynika, że ankietowani z miasta mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach z wyjątkiem dziedziny psychologicznej w porównaniu z badanymi mieszkającymi na wsi, ($p=0,00004$). Również osoby z miasta istotnie lepiej oceniały swoją ogólną jakość życia ($p=0,000001$). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami w ocenie jakości życia w dziedzinie psychologicznej ($=0,23$) oraz bliskie istotności w ocenie ogólnej percepcji zdrowia, ($p=0,05$), (tabela 132).

Tabela 132. Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Podskale	Miasto			Wieś			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. std	Średnia	Mediana	Odch. std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,55	4,00	0,78	2,93	3,00	0,87	5,02	0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,06	3,00	1,13	2,76	3,00	1,11	1,93	0,05
Dziedzina fizyczna	13,67	14,29	3,28	11,25	11,43	3,69	5,06	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	14,98	15,33	2,36	14,57	14,67	2,52	1,20	0,23
Dziedzina relacje społeczne	14,53	14,67	2,72	12,41	13,33	3,03	5,26	<0,000001*
Dziedzina środowisko	13,86	14,50	3,30	11,83	12,50	3,62	4,11	0,00004*

Analiza statystyczna wykazała, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje jakość życia ogólna oraz w poszczególnych dziedzinach, ($p=0,0003$). Ankietowani z wykształceniem wyższym uzyskali najlepsze wyniki w ocenie jakości życia i zdrowia, (tabela 133).

Z badań wynika, że ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności mieli istotnie lepszą jakość życia i ogólna percepcję zdrowia w porównaniu z badanymi z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności ($p=0,001$), (tabela 134).

Badania wykazały, że respondenci, którzy nie wymagali pomocy w wykonywaniu codziennych czynności mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia ogólna i w poszczególnych dziedzinach oraz ogólna percepcję zdrowia niż badani wymagający pomocy, ($p=0,000007$), (tabela 135).

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani którzy uczestniczyli w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe odczuwali istotnie lepszą jakość życia oraz lepiej oceniali percepcje zdrowia niż badani, którzy nie brali udziału w kursach zawodowych, ($p=0,0002$), (tabela 136).

Z badań wynika, że ankietowani, którzy mieli możliwość dalszego doształcania się mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia ogólną oraz w poszczególnych dziedzinach a także lepiej oceniali ogólna percepcje zdrowia niż ankietowani, którzy przyznali, że nie mieli możliwości podnoszenia kwalifikacji, ($p=0,000003$), (tabela 137).

Tabela 133. Ocena jakości życia z uwzględnieniem wykształcenia.

Podskale	Podstawowe/gimnazjalne			Zawodowe			Średnie			Wysze			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	2,90	3,00	0,88	2,84	3,00	0,80	3,43	4,00	0,79	3,81	4,00	0,70	44,16	<0,0001*
Ogólna percepcja zdrowia	2,43	2,00	1,27	2,67	3,00	1,05	3,23	3,00	0,98	3,14	3,00	1,10	19,44	0,0002*
Dziedzina fizyczna	10,41	9,14	4,10	11,35	11,43	3,11	13,35	14,29	2,99	14,84	15,43	3,25	42,82	<0,0001*
Dziedzina psychologiczna	14,44	14,00	2,30	14,00	14,00	2,59	14,79	15,33	2,32	16,09	16,67	2,21	18,62	0,0003*
Dziedzina relacje społeczne	12,24	12,00	3,41	12,46	13,33	2,63	13,93	13,33	2,56	15,60	16,00	2,75	38,79	<0,0001*
Dziedzina środowisko	11,21	10,50	3,75	12,17	12,50	3,06	13,62	14,50	3,37	14,37	15,00	3,47	25,49	<0,0001*

Tabela 134. Ocena jakości życia z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Podskale	Lekki			Umiarkowany			Znaczny			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	3,63	4,00	0,68	3,13	3,00	0,87	2,70	3,00	0,91	35,14	<0,0001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,40	4,00	1,01	2,86	3,00	1,02	1,90	2,00	0,96	49,14	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	14,30	14,86	2,97	12,19	12,79	3,35	9,23	8,00	3,47	54,57	<0,0001*
Dziedzina psychologiczna	15,47	16,00	2,09	14,38	14,00	2,48	14,12	14,33	2,75	13,14	0,001*
Dziedzina relacje społeczne	14,61	14,67	2,73	13,26	13,33	2,90	11,70	12,00	3,16	29,01	<0,0001*
Dziedzina środowisko	14,88	15,00	2,49	12,67	13,50	3,01	8,80	8,00	3,49	68,76	<0,0001*

Tabela 135. Ocena jakości życia z uwzględnieniem potrzeby pomocy osoby drugiej w wykonywaniu codziennych czynności.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	2,83	3,00	0,93	3,55	4,00	0,70	5,61	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	2,23	2,00	1,06	3,38	4,00	0,93	7,25	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	10,05	9,14	3,77	14,20	14,29	2,51	7,70	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	13,84	14,00	2,74	15,40	16,00	2,00	4,51	0,000007*
Dziedzina relacje społeczne	12,07	12,00	3,29	14,52	14,67	2,44	5,74	<0,000001*
Dziedzina środowisko	10,19	9,50	3,53	14,71	15,00	2,26	8,83	<0,000001*

Tabela 136. Ocena jakości życia z uwzględnieniem uczestniczenia w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,62	4,00	0,65	3,05	3,00	0,92	4,23	0,00002
Ogólna percepcja zdrowia	3,29	3,00	0,97	2,71	3,00	1,16	3,57	0,0004
Dziedzina fizyczna	14,36	14,29	2,32	11,53	12,00	3,91	5,26	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	15,64	16,00	1,86	14,30	14,67	2,60	3,77	0,0002
Dziedzina relacje społeczne	14,98	14,67	2,30	12,74	13,33	3,13	5,40	<0,000001*
Dziedzina środowisko	14,91	15,50	2,38	11,78	12,50	3,67	6,43	<0,000001*

Tabela 137 Ocena jakości życia z uwzględnieniem możliwości dalszego kształcenia się

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,44	4,00	0,77	2,71	3,00	0,97	4,71	0,000003*
Ogólna percepcja zdrowia	3,18	3,00	1,04	2,13	2,00	1,03	5,78	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	13,49	14,29	2,99	9,61	8,57	4,08	5,99	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	15,30	15,33	2,19	13,17	13,33	2,50	5,44	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	14,15	14,67	2,77	11,67	11,33	3,13	5,07	<0,000001*
Dziedzina środowisko	14,00	15,00	2,85	9,53	8,50	3,59	7,52	<0,000001*

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia ogólnej i w podskalach oraz w ocenie ogólnej percepcji zdrowia pomiędzy badanymi korzystającymi z turnusów rehabilitacyjnych a osobami, które nie korzystały z rehabilitacji, ($p > 0,05$), (tabela 138).

Z badań wynika, że ankietowani nie korzystający z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz istotnie lepiej oceniali ogólną percepcję zdrowia niż badani, którzy korzystali z pomocy, ($p = 0,00002$), (tabela 139).

Analiza statystyczna wykazała, że aktywność zawodowa istotnie różnicuje jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz percepcję zdrowia, ($p < 0,000001$). Ankietowani aktywni zawodowo mieli lepszą jakość życia i ocenę zdrowia, (tabela 140).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie jakości życia ogólnej oraz w podskalach oraz w ocenie percepcji zdrowia pomiędzy ankietowanymi, którzy uczestniczyli w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu a osobami, które nie uczestniczyły w takich zajęciach lub nie wiedziały, czy brały udział, ($p > 0,05$), (tabela 141).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że ankietowani, którzy codziennie wychodzili z domu mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz lepiej oceniali swoją percepcję zdrowia niż badani, którzy wychodzili z domu rzadziej lub wcale, ($p = 0,004$), (tabela 142).

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy łatwo nawiązywali nowe znajomości istotnie lepiej oceniali swoją jakość życia ogólną oraz w podskalach a także swoją percepcję zdrowia niż badani, którzy raczej mieli problemy w nawiązywaniu kontaktów lub nie potrafili ocenić, ($p < 0,001$), (tabela 143).

Z badań wynika, że respondenci rzadko lub nigdy odczuwający lęk przed wyjściem z domu istotnie statystycznie lepiej oceniali swoją jakość życia i zdrowia niż badani, którzy odczuwali lęk zawsze lub często, bądź nie potrafili ocenić, ($p < 0,0001$), (tabela 144).

Analiza statystyczna wykazała, że badani, którzy posiadali bardzo wielu lub wielu znajomych odczuwali istotnie lepszą jakość życia w podskalach oraz w ogólnej ocenie zdrowia i życia niż badani, którzy mieli niewielu znajomych lub wcale, ($p < 0,0001$), (tabela 145).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że badani, którzy posiadali bardzo wielu lub wielu przyjaciół odczuwali istotnie lepszą jakość życia i zdrowia niż badani, którzy mieli niewielu znajomych lub wcale, ($p < 0,001$), (tabela 146).

Tabela 138. Ocena jakości życia z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,34	4,00	0,93	3,17	3,00	0,80	-1,70	0,09
Ogólna percepcja zdrowia	2,98	3,00	1,16	2,86	3,00	1,10	-0,72	0,47
Dziedzina fizyczna	12,77	14,29	4,08	12,32	13,14	3,14	-1,60	0,11
Dziedzina psychologiczna	14,74	14,67	2,77	14,84	15,33	2,00	0,07	0,95
Dziedzina relacje społeczne	13,67	14,67	3,21	13,42	13,33	2,85	-0,82	0,41
Dziedzina środowisko	12,80	14,50	3,63	13,06	13,50	3,55	0,30	0,77

Tabela 139. Ocena jakości życia z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	2,64	3,00	0,80	3,53	4,00	0,76	6,67	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	2,14	2,00	1,03	3,26	3,00	1,00	6,50	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	9,78	8,86	3,41	13,75	14,29	3,10	7,18	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	13,67	14,00	2,55	15,27	15,33	2,23	4,33	0,00002*
Dziedzina relacje społeczne	11,60	10,67	2,86	14,40	14,67	2,73	6,22	<0,000001*
Dziedzina środowisko	10,09	9,00	3,61	14,14	15,00	2,81	7,31	<0,000001*

Tabela 140. Ocena jakości życia z uwzględnieniem aktywności zawodowej.

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,66	4,00	0,64	2,84	3,00	0,89	6,76	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,34	4,00	0,94	2,49	2,00	1,15	5,43	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	14,60	14,29	2,11	10,43	9,71	3,75	8,14	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	15,62	16,00	2,00	13,92	14,00	2,56	5,24	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	14,78	14,67	2,41	12,28	12,00	3,13	6,18	<0,000001*
Dziedzina środowisko	14,76	15,00	2,05	11,00	10,50	3,84	7,36	<0,000001*

Tabela 141. Ocena jakości życia z uwzględnieniem uczestniczenia w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.

Podskale	Tak			Nie wiem			Nie			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	3,89	4,00	0,60	3,38	4,00	0,96	3,23	3,00	0,87	5,19	0,07
Ogólna percepcja zdrowia	3,00	3,00	1,41	3,38	4,00	1,12	2,89	3,00	1,12	2,99	0,22
Dziedzina fizyczna	14,03	14,86	3,82	13,45	14,29	4,10	12,44	13,71	3,64	2,73	0,26
Dziedzina psychologiczna	14,59	14,00	2,09	14,05	13,33	2,99	14,84	15,33	2,42	1,26	0,53
Dziedzina relacje społeczne	14,96	16,00	2,38	13,33	13,33	3,69	13,51	13,33	3,03	2,38	0,30
Dziedzina środowisko	13,67	15,00	3,76	13,77	14,50	3,03	12,84	14,00	3,62	0,99	0,61

Tabela 142. Ocena jakości życia z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.

Podskale	Codziennie			Rzadziej			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Z	p
Ogólna jakość życia	3,39	4,00	0,82	2,92	3,00	0,94	-3,24	0,001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,06	3,00	1,07	2,54	2,00	1,20	-2,93	0,003*
Dziedzina fizyczna	13,35	14,29	3,22	10,42	9,71	3,98	-4,85	0,000001*
Dziedzina psychologiczna	15,35	16,00	2,22	13,28	13,33	2,37	-5,72	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	13,94	14,00	2,97	12,53	13,33	3,03	-2,87	0,004*
Dziedzina środowisko	13,71	14,50	2,86	10,79	9,50	4,42	-4,68	0,000003*

Tabela 143. Ocena jakości życia z uwzględnieniem łatwości w nawiązywaniu nowych znajomości.

Podskale	Łatwo/raczej łatwo			Raczej niełatwo/mam problemy			Nie wiem			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	3,62	4,00	0,68	2,75	3,00	0,74	2,54	3,00	0,98	64,62	<0,0001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,38	4,00	0,96	2,15	2,00	0,96	2,17	2,00	1,04	61,75	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	14,34	14,29	2,55	9,91	9,71	3,05	9,06	8,00	3,66	85,85	<0,001*
Dziedzina psychologiczna	15,63	16,00	1,98	13,44	13,33	2,65	13,26	13,33	2,26	44,45	<0,0001*
Dziedzina relacje społeczne	14,76	14,67	2,47	11,72	12,00	2,55	11,28	10,67	3,29	61,06	<0,0001*
Dziedzina środowisko	14,60	15,00	2,49	10,60	10,50	3,11	9,39	8,50	3,69	79,82	<0,0001*

Tabela 144. Ocena jakości życia z uwzględnieniem odczuwania lęku przed wyjściem z domu.

Podskale	Zawsze			Często			Rzadko/nigdy			Nie wiem			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Ogólna jakość życia	2,80	3,00	0,71	3,38	3,50	0,70	3,63	4,00	0,69	2,83	3,00	1,06	42,00
Ogólna percepcja zdrowia	2,27	2,00	0,90	3,07	3,00	0,95	3,41	4,00	0,98	2,40	2,00	1,24	43,09	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	9,82	9,71	3,12	13,12	13,71	2,65	14,43	14,29	2,60	10,75	9,43	4,34	56,78	<0,0001*
Dziedzina psychologiczna	13,38	13,33	2,55	15,17	15,33	2,06	15,68	16,00	1,90	13,91	14,00	2,76	32,20	<0,0001*
Dziedzina relacje społeczne	12,03	12,00	2,85	13,68	13,33	2,26	14,79	14,67	2,69	12,33	12,67	3,42	33,70	<0,0001*
Dziedzina środowisko	10,74	10,00	3,01	13,52	14,50	3,05	14,76	15,00	2,36	10,71	10,25	4,22	53,17	<0,0001*

Tabela 145. Ocena jakości życia z uwzględnieniem posiadania znajomych.

Podskale	Bardzo wielu			Wielu			Niewielu			Nie mam			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Ogólna jakość życia	3,62	4,00	0,62	3,55	4,00	0,77	2,59	3,00	0,77	2,89	3,00	1,36	65,36
Ogólna percepcja zdrowia	3,24	3,00	0,99	3,43	4,00	0,93	2,15	2,00	1,06	2,33	2,00	0,87	52,60	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	14,28	14,29	2,58	14,04	14,29	2,63	9,24	8,57	2,99	11,11	8,00	5,80	82,83	<0,0001*
Dziedzina psychologiczna	15,80	16,00	1,92	15,28	15,33	2,20	13,29	13,33	2,20	12,89	12,67	3,76	49,22	<0,0001*
Dziedzina relacje społeczne	14,77	16,00	2,68	14,53	14,67	2,29	11,25	10,67	2,64	12,74	13,33	3,89	61,86	<0,0001*
Dziedzina środowisko	14,59	15,00	2,44	14,43	15,00	2,25	9,72	9,00	3,28	11,00	8,50	5,34	77,70	<0,0001*

Tabela 146. Ocena jakości życia z uwzględnieniem posiadania przyjaciół.

Podskale	Bardzo wielu/wielu			Niewielu			Nie mam			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	3,83	4,00	0,54	3,41	4,00	0,69	2,46	2,00	0,77	96,53	<0,001*
Ogólna percepcja zdrowia	3,56	4,00	0,96	3,13	3,00	0,89	1,99	2,00	0,93	75,38	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	15,26	15,43	2,15	13,11	13,71	2,39	8,91	8,00	3,22	111,45	<0,001*
Dziedzina psychologiczna	15,97	16,00	1,87	15,23	15,33	2,00	12,98	13,33	2,43	55,97	<0,0001*
Dziedzina relacje społeczne	15,67	16,00	1,97	13,78	13,33	2,52	10,93	10,67	2,60	95,78	<0,001*
Dziedzina środowisko	15,06	15,00	1,82	13,93	14,50	2,81	9,41	8,75	3,27	89,45	<0,001*

Tabela 147. Ocena jakości życia z uwzględnieniem odczuwania wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.

Podskale	Bardzo często/często			Rzadko			Nigdy			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Ogólna jakość życia	2,50	2,00	0,81	3,53	4,00	0,68	3,67	4,00	0,66	72,36	<0,0001*
Ogólna percepcja zdrowia	1,97	2,00	0,93	3,24	3,00	0,94	3,45	4,00	0,96	69,79	<0,0001*
Dziedzina fizyczna	8,63	8,00	2,90	14,04	14,29	2,51	14,53	14,29	2,45	99,33	<0,001*
Dziedzina psychologiczna	12,72	12,67	2,32	15,46	15,67	1,96	15,97	16,00	1,78	69,08	<0,0001*
Dziedzina relacje społeczne	11,10	10,67	2,72	14,57	14,67	2,39	14,67	14,67	2,74	62,55	<0,0001*
Dziedzina środowisko	9,10	9,00	2,86	14,07	14,50	2,46	15,25	15,50	2,24	107,43	<0,001*

Z badań wynika, że ankietowani, którzy nigdy nie odczuwali wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji mieli istotnie statystycznie lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach oraz ogólną percepcję zdrowia niż ankietowani, którzy odczuwali wykluczenie rzadko lub często, ($p < 0,001$), (tabela 147).

W wyniku analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną zadowolenia z życia a oceną ogólną jakości życia ($R=0,59$), ogólna ocena zdrowia, ($R=0,48$) oraz ocena jakości życia w dziedzinie fizycznej, ($R=0,68$), psychologicznej, ($R=0,59$), relacje społeczne, ($R=0,56$) i środowisko, ($R=0,63$). Większe zadowolenie z życia wpływa na lepszą jakość życia w dziedzinach oraz lepsze zdrowie, (tabela 148).

Tabela 148. Ocena związku pomiędzy jakością życia a oceną zadowolenia z życia.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	P
Ogólna jakość życia	0,59	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,48	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,68	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,59	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,56	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,63	<0,000001*

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotny związek pomiędzy akceptacją choroby a oceną jakości życia w podskalach oraz w ocenie ogólnej jakości życia i zdrowia. Korelacje przyjmowały wartości od $R=0,56$ do $R=0,83$. Większa akceptacja choroby wpływa na lepszą jakość życia i lepsze zdrowie, (tabela 149).

Tabela 149. Ocena związku pomiędzy jakością życia a akceptacją choroby (AIS).

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	P
Ogólna jakość życia	0,71	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,66	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,83	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,56	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,67	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,81	<0,000001*

Badania wykazały wysoce istotny związek pomiędzy poczuciem zrozumienia a ocena jakości życia w poszczególnych podskalach oraz z ocena ogólna jakości życia i percepcji zdrowia. Większe poczucie zrozumienia wpływa na poprawę jakości życia i zdrowia, ($p < 0,000001$), (tabela 150).

Tabela 150. Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem zrozumienia.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Ogólna jakość życia	0,76	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,55	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,82	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,70	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,66	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,75	<0,000001*

Analiza statystyczna wykazała także wysoce istotny związek pomiędzy poczuciem zaradności a ocena jakości życia w podskalach w ocenie ogólnej oraz w ocenie percepcji zdrowia. Większe poczucie zaradności wpływa na poprawę jakości życia i zdrowia, ($p < 0,000001$), (tabela 151).

Tabela 151. Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem zaradności.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Ogólna jakość życia	0,76	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,58	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,86	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,69	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,71	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,78	<0,000001*

W wyniku analizy korelacji stwierdzono wysoce istotny związek pomiędzy poczuciem sensowności a oceną ogólną jakości życia oraz w podskalach oraz z ocena percepcji zdrowia, ($p < 0,000001$). Większe poczucie sensowności wpływa na poprawę jakości życia i zdrowia, (tabela 152).

Tabela 152. Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem sensowności.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Ogólna jakość życia	0,75	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,57	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,87	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,71	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,72	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,77	<0,000001*

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotny związek pomiędzy ogólnym poziomem poczucia koherencji a oceną jakości życia ogólnej oraz w podskalach a także z oceną percepcji zdrowia, ($p < 0,000001$), (tabela 153).

Tabela 153. Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem koherencji.

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Ogólna jakość życia	0,78	<0,000001*
Ogólna percepcja zdrowia	0,59	<0,000001*
Dziedzina fizyczna	0,88	<0,000001*
Dziedzina psychologiczna	0,72	<0,000001*
Dziedzina relacje społeczne	0,71	<0,000001*
Dziedzina środowisko	0,79	<0,000001*

Ocena wpływu wybranych czynników na jakość życia

Do analizy regresji krokowej postępującej dla zmiennej ogólna jakość życia uwzględniono takie zmienne jak: akceptacja choroby (AIS), płeć (jako zmienne oznaczone kodami 1-kobieta, 2-mężczyzna), wiek, stan cywilny (1-wolny, 2-w związku), wykształcenie (1 inne; 2-wyższe), poziom niepełnosprawności (1-łagodny, umiarkowany, 2-znaczny), miejsce zamieszkania (1-miasto; 2-wieś), liczba znajomych, przyjaciół (1-posiada, 2-brak), aktywność zawodowa, (1-tak; 2-nie), potrzeba pomocy w codziennym funkcjonowaniu, (1- tak; 2 nie), częstość wychodzenia z domu (1- często; 2-rzadko lub wcale), poziom zadowolenia z życia, poziom poczucia zrozumienia, zaradności i sensowności. Do modelu wyjaśniającego zmienność jakości życia weszły zmienne: poczucie zrozumienia, liczba przyjaciół, miejsce zamieszkania,

aktywność zawodowa, akceptacja choroby (AIS) oraz częstość wychodzenia z domu. Parametry strukturalne modelu wraz z wyrazem wolnym są wysoce istotne ($p < 0,0001$). Otrzymany model regresji wyjaśnił 69% wariacji zmiennej jakość życia. Oszacowaną liniową funkcję regresji zapisano wzorem poniżej:

$$\text{JAKOŚĆ ŻYCIA} = 2,54 + 0,030 \text{ PZR} - 0,200 \text{ LICZBA PRZYJACIÓŁ} - 0,253 \text{ MIEJSCE ZAMIESZKANIA} - 0,205 \text{ AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA} + 0,013 \text{ AIS} + \text{CZĘSTOŚĆ WYCHODZENIA Z DOMU} \pm 0,49$$

Tabela 154. Model regresji dla zmiennej ogólna jakość życia.

Czynniki	Beta	Błąd std, Beta	b	Błąd std. b	t	P
Poczucie zrozumienia (PZR)	0,508	0,059	0,030	0,004	8,621	0,000000
Liczba przyjaciół	-0,185	0,050	-0,200	0,054	-3,693	0,0003
Miejsce zamieszkania	-0,145	0,040	-0,253	0,070	-3,598	0,0004
Aktywność zawodowa	-0,118	0,045	-0,205	0,078	-2,641	0,009
AIS (akceptacja choroby)	0,140	0,064	0,013	0,006	2,173	0,03
Częstość wychodzenia z domu	0,085	0,041	0,166	0,080	2,080	0,04
			R ² skoryg.=0,69		F=83,56, p<0,0001	

Z otrzymanych wyników wynika, że jakość życia ulega poprawie wraz ze wzrostem poczucia zrozumienia, większą liczbą przyjaciół (bardzo wielu lub wielu), zamieszkaniem w mieście, wykonywaniem pracy zawodowej, wzrostem akceptacji choroby oraz zaś maleje u osób rzadko lub wcale nie wychodzących z domu. O sile powiązania poszczególnych zmiennych z jakością życia świadczy standaryzowany współczynnik BETA. Najwyższą wartość dla poczucia zrozumienia (PZR), (0,508) .

DYSKUSJA

Badania własne wykazały, iż na terenie województwa lubelskiego bardziej liczną grupą osób z niepełnosprawnością pod względem płci są kobiety (60,09%). Jak wynika z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2011 r. podobnie, jak w badaniach własnych, kobiety stanowiły większą grupę w ogólnej populacji osób niepełnosprawnych (54%)(GUS 2012: 64). Jak podaje Kryńska, w krajach Unii Europejskiej zauważono, podobną tendencję większego udziału kobiet w ogólnej populacji osób niepełnosprawnych (Kryńska, E., 2013).

Zwrócono także uwagę na wiek osób niepełnosprawnych na tle Unii Europejskiej i porównano z wynikami własnymi. Jak wynika z badań prowadzonych przez Grammenos S. odsetek osób niepełnosprawnych do 64 roku życia w Unii Europejskiej w roku 2009 wynosił 17,6%. Natomiast osoby po 65 roku stanowiły aż 54,6% całej populacji osób niepełnosprawnych (Grammenos S., CESEP ASBL, 2011).

Badania własne wykazały, iż na terenie woj. lubelskiego największy odsetek osób niepełnosprawnych stanowią osoby od 21 roku życia do 50 roku życia (62,66%), zaś osoby o niepełnej sprawności po 50 roku życia to zaledwie 25,32% całej populacji osób niepełnosprawnych.

Odwołując się do badań wyżej wymienionego autora, zauważano, że rozkład ankietowanych w badaniach własnych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności jest równie inny w Unii Europejskiej od tego, jaki otrzymano w badaniach własnych. Stopień lekki niepełnosprawności (bez stwierdzonego stopnia ograniczenia) w UE stwierdzono u 74,6% , natomiast badania własne pokazują – 41,63%. Stopień umiarkowany i znaczny wynosił w UE kolejno: 17,2% i 8,2%. Badania własne natomiast, kolejno 41,20% oraz 17,17%.

Jak wynika z badań własnych 37,34% respondentów zamieszkujących woj. lubelskie, stanowiły osoby, których niepełnosprawność fizyczna dotknęła

od urodzenia. Ponad 60% badanych niepełnosprawność uzyskało w późniejszym czasie. Badania przeprowadzone przez Radomskiego pokazują, że osoby, które dotyka problem niepełnosprawności fizycznej od urodzenia stanowią, aż 71% (Radomski, D., 2005). Inne badania przeprowadzone przez Napierałę i wsp. wykazują, że największa liczba respondentów leczących się w Klinice Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy zmagają się z niepełnosprawnością od roku, zaledwie niewiele, powyżej 5% zadeklarowało walkę z niepełnosprawnością od urodzenia (Nowicka J., Napierała M., Napierała M., Muszkiet R., Cieśliska M., Żukow W., 2013).

Jak podaje Błędowski, pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego wymaga ponad 60% osób - szczególnie starszych - które mają ograniczoną samodzielność (Błędowski P., 2011). Badania własne wykazały, że wśród przebadanych osób większość nie potrzebuje pomocy osób trzecich w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Tak odpowiedziało 60,52% badanych respondentów. Badania przeprowadzone przez GUS, dotyczące wykonywania czynności dnia codziennego w 2009 r. pokazują, że aż 60% niepełnosprawnych osób miało problemy z przeniesieniem ciężaru o wadze 5kg, trudności w przeczytaniu prasy zgłosiło w tym samym roku - 30%, problem z rozpoznaniem twarzy przy odległości 4m zgłaszała, co 3 osoba niepełnosprawna (Wilmowska - Pietruszyńska A., Hrynkiewicz J., 2012).

Środowisko pracy osób niepełnosprawnych fizycznie, poza przestrzenią, wyposażeniem miejsca pracy oraz związkami pomiędzy pracownikami obejmuje również wiele innych aspektów (Górska E., 2012). Stąd dostosowanie miejsca pracy dla osób niepełnosprawnych jest pojęciem szeroko rozumianym. Walusiak - Skorupa i wsp. wymieniają: ograniczenie czasu pracy, zmianę systemu pracy, czy zakaz wykonywania niektórych prac (Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Krawczyk - Szulc P., i wsp., 2011). Aktywność zawodowa ma wpływ na jakość życia osób niepełnosprawnych, co potwierdzają wyniki badań przeprowadzone przez Szczupą. Autor wskazuje, że 89,1% niepełnosprawnych, bezrobotnych osób określiło, iż brak pracy uważają za zubożenie życia. Konsekwencją są straty finansowe, ale również społeczne i rodzinne (Szczupa B., Palak Z., 2006). Inne badania wskazują, że osoby niepełnosprawne fizycznie, pracujące mają istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia. W przypadku osób niepracujących zależność ta jest odwrotna (Brzezińska A.I., Kaczan R., Piotrowski K., Rycielski P., 2008). Badania własne wykazały, że niepełnosprawni mieszkańcy woj. lubelskiego w 51,07% to osoby pracujące zawodowo. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez CIOP - PIB (Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy)

wśród 426 osób niepełnosprawnych głównym źródłem przychodów finansowych była praca zawodowa, respondenci w znacznej większości byli aktywni zawodowo (Pawłowska-Cyprysiak K., 2011). Wśród przebadanych osób pracujących 59% z nich pracowało w zakładach pracy chronionej, co pokrywa się z wynikami badań własnych. Pracę w zakładach zadeklarowało 10% respondentów. Badania przeprowadzone przez Pawłowską – Cyprysiak i wsp. wykazują, że na jakość życia osób z niepełnosprawnością fizyczną w największym stopniu wpływają wiek oraz aktywność zawodowa już na etapie poszukiwania pracy, (Pawłowska – Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk – Zreda D., 2013; Pawłowska – Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk – Zreda D., 2013). Jak wynika z badań w latach 2007 – 2009 zauważono wzrost współczynnika aktywności zawodowej, a także wskaźnika zatrudnienia i jednocześnie spadek stopy bezrobocia wśród niepełnosprawnych fizycznie¹ (Cyran A., Wiszniewska M., Walusiak – Skorupa J., 2012). Jednak na tle Unii Europejskiej stopa bezrobocia w Polsce jest nadal najwyższa wśród osób z niepełnosprawnością ruchową.

Aktywność fizyczna jest przejawem wielu dziedzin życia każdego człowieka. Ruch działa pozytywnie na poprawę szeroko pojętej sprawności i wydolności, natomiast jego brak osłabia organizm (Tabęcki R., Kosmol A., Mastalerz A., 2009; Boguszewski D., Adamczyk J. G., Ochal A. i wsp., 2011). Prowadzone badania naukowe potwierdzają, że aktywność ruchowa u osób niepełnosprawnych przynosi pozytywny skutek (Czerwiak G., Lewicka R. Wybraniec – Lewicka B. i wsp., 2007; Tasiemski T., 1999).

Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Sobiecką, w których większość respondentów uznała, że dzięki regularnemu uprawianiu sportu ich sprawność, nie tylko fizyczna, znacznie się poprawiła w porównaniu z respondentami nie trenującymi (Sobiecka J., 2001). Zauważono jednak w badaniach przeprowadzonych przez Czerwiak i wsp., że dla osób niepełnosprawnych większą wartością pozytywną z uprawiania sportu nie była zwiększona siła i witalność, ale częste i regularne kontakty z ludźmi (Czerwiak G., Lewicka R. Wybraniec – Lewicka B. i wsp., 2007). Aspekt społeczny uprawiania sportu podkreślali również przebadani przez Molika i wsp. niepełnosprawni sportowcy (Molik B., Zubala T., Słyk K. i wsp., 2010). Badania własne potwierdzają aspekt społeczny i sportowy wśród niepełnosprawnych ruchowo osób zamieszkujących woj. lubelskie. Znacząca większość respondentów (72,96%)

¹ Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: Niepełnosprawność w liczbach. Rynek Pracy <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach> (Dostęp: 22.10.2022).

odpowiedziała, że wychodzi z domu codziennie. Jedynie 3,86% nie wychodzi z domu wcale. Jak wynika z badań również społeczeństwo jest nastawione pozytywnie do osób niepełnosprawnych. Według Śliwaka w wyniku przeprowadzonych testów „postawy badanych osób wobec ludzi niepełnosprawnych są (...) w miarę pozytywne. Świadczyć mogą o tym odpowiedzi respondentów, którzy zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie badań oceniali osobę niepełnosprawną, jako pracowitą, chętną do współpracy, użyteczną, dobrą, lubianą, sympatyczną i odpowiedzialną. Dodatkowo respondenci mówili, że osoba niepełnosprawna jest spostrzegawcza, ambitna, aktywna i twórcza. (...) w stosunku do porównywanych grup (alkoholik, bezrobotny, narkoman, odmienna orientacja seksualna, bezdomny) dystans społeczny do osoby niepełnosprawnej jest najmniejszy” (Śliwak J., Piasecki M., Śliwak J., 2008).

Należy również zwrócić uwagę, że nie każda niepełnosprawność fizyczna jest taka sama, ale z każdą wiążą się problemy psychologiczne. Zagadnieniami trudnymi w tym kontekście mogą być te związane z problemami natury psychicznej, a nawet suicydologicznej (Stradowska M., 2018; 2019; 2020a; 2020b). Zupełnie inne problemy psychologiczne będą dotyczyły osób, które urodziły się z defektami narządu ruchu, a jeszcze inne będą dotyczyły, tych, którym pełna sprawność została odebrana, jako wynik postępującej choroby, czy nagłej utraty sprawności np. w wyniku wypadku. Każdy z tych problemów wpłynie na poczucie własnej wartości – które jest odzwierciedleniem obrazu własnej osoby. Wg Reykowskiego na własny obraz swojej osoby wpływają: wygląd fizyczny, umiejętności, postawy i potrzeby, a także pozycja wśród innych ludzi (Reykowski J., 2010). Jak podaje Gromnicka konsekwencje niepełnosprawności ruchowej w kontekście psychologicznym należy podzielić na 2 grupy: intrapsychiczne i interpersonalne. Pierwsze dotyczą wewnętrznych przeżyć i odczuć, drugie natomiast obniżonych umiejętności interpersonalnych (Gromnicka D., on-line; Zajac B., Odrobińska I., 2003). Badania własne wykazały, że osoby niepełnosprawne z woj. lubelskiego w 62,66% deklarują, że nie mają problemów z nawiązywaniem nowych znajomości oraz że jest to raczej łatwe. Jednak istotny statystycznie okazał się wiek badanych osób. Po 30 roku życia łatwość w nawiązywaniu kontaktów nie jest dla respondentów częstą deklaracją. Podobne wyniki uzyskała Rzempowska. Znaczna większość respondentów (97,7%) odpowiedziała, że posiada przyjaciół i znajomych, z którymi przebywa w stałym kontakcie (Rzempowska J., 2011).

Natomiast zupełnie inne badania opublikowała Ostrowska. Wyniki wskazują, że co trzecia osoba niesprawna fizycznie oceniła, że jej kontakty

ze społeczeństwem są niewystarczające. Dodatkowo problem ten dotyczył głównie ludzi młodych (Ostrowska A., 1994).

Badania własne wykazały, że respondenci są raczej zadowoleni z własnego życia. W 10stopniowej skali, w której 1 oznaczało – najniższe zadowolenie, a 10 – najwyższe, średnia ocen wynosiła 7,37. Podobne wyniki otrzymali Jastrzębski i Pasiak, którzy przebadali osoby niepełnosprawne ruchowo. Wykazują one również zadowolenia ze swojego życia, przy czym kobiety wykazują istotnie statystycznie wyższe zadowolenie z życia niż mężczyźni, czego nie zaobserwowano w badaniach własnych (Jastrzębski J., Pasiak M., 2013).

Badania przeprowadzone przez Rzempekowską wskazują, że czynniki socjo – społeczne nie mają istotnego statystycznie wpływu na akceptację własnej niepełnosprawności, jedynie zwrócono uwagę, że osoby z wyższym wykształceniem gorzej radzą sobie z zaakceptowaniem niepełnosprawności (Rzempekowska J., 2011). Badania własne wykazały, że wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie są czynnikami, które w sposób istotny wpływają na akceptację własnej choroby osób niepełnosprawnych ruchowo, zamieszkujących województwo lubelskie. Ta sama skala AIS (Acceptance Illness Scale), której użyto w badaniach własnych, została zastosowana w badaniach przeprowadzonych przez Kułak i Kondzior, wśród osób z dyskopatią kręgosłupa w odcinku lędźwiowo – krzyżowym. Największą grupę – 48%, stanowiły osoby, które zadeklarowały akceptację swojej choroby (Kułak W., Kondzior D., 2010). Podobne wyniki można zaobserwować u innych autorów (Hampel P., Graef T., Krohn-Grimberghe B., Tlach L., 2009). Dużo gorsze wyniki akceptacji własnej choroby zaobserwowano po przebadaniu osób z niepełnosprawnością psychiczną (Brzezińska A. I., Zwolińska K., 2010). Średnią akceptację własnej choroby przejawili pacjenci oddziałów zabiegowych w Wysokiem Mazowieckiem, którą przebadali Moczydłowska i wsp. (Moczydłowska A., Krajewska – Kułak E., Kózka M. i wsp., 2014). Ciekawy wynik uzyskały, gdzie badania przeprowadzono wśród osób, które miały problemy z kończynami dolnymi. W grupie pacjentów, którzy zostali poddani operacji akceptacja choroby była na niskim poziomie, natomiast pacjenci, którzy nie zostali poddani operacji przejawiali wysoki poziom akceptacji choroby (Wiśniewska – Szumacher A., Karakiewicz B., Bażydło M. i wsp., 2013). Niski poziom akceptacji choroby posiadali pacjenci objęci długoterminową opieką stacjonarną w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Ustrzeszy. Jak zauważają autorki Toczyńska, Krajewska – Kułak i Łukaszyk „większość podopiecznych 30/56 nie potrafiła pogodzić się z chorobą i jej skutkami, gdyż uzyskali oni poniżej 20 punktów, co jest bardzo niskim wynikiem,

odczuwali oni też silny dyskomfort psychiczny” (Toczyńska A., Krajewska – Kułak E., Łukaszyk C., 2012). Różniące się wyniki od badań własnych pokazują Zielazny i wsp. Wykazują oni, iż najczęściej pacjentów, u których stwierdzono zwyrodnienia kręgosłupa i związane z tym problemy z poruszaniem się, ujawniało przeciętną akceptację choroby, ponad 30% dobra akceptację, a tylko jedna osoba zadeklarowała brak akceptacji choroby (Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M. i wsp., 2013).

Analiza badań własnych wykazała, że niepełnosprawni fizycznie zamieszkujący teren województwa lubelskiego najwyższy poziom koherencji przejawiają w poczuciu zrozumienia, natomiast niższy w ocenie poczucia sensowności i zaradności. Średni, ogólny poziom koherencji wyniósł 126,18. Jest to wyższy wynik, niż u pacjentów przebadanych przez Zielińską – Więczkowską i wsp. Autorzy wskazują, że ich pacjenci uzyskali średni poziom SOC 114, 49. Wśród przebadanych osób znacznie niesprawnych wyniki wszystkich składowych SOC były niskie, a w szczególności podskala: zrozumiałość. Grupa przebadanych, która deklarowała sprawne wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego uzyskała wysokie wyniki SOC (Zielińska – Więczkowska H., Miłowska M., Rybicka R. i wsp., 2013). Potwierdzają to także badania własne. Poziom koherencji jest wyższy u respondentów, którzy nie wymagali pomocy w wykonywaniu codziennych czynności. Można porównać wcześniej wymieniane wyniki osób o niepełnej sprawności fizycznej z wynikami, które publikuje Badura – Brzoza i wsp. dotyczącymi osób o niepełnej sprawności psychicznej. Należy podkreślić, że badani pacjenci byli w częściowej bądź całkowitej remisji objawów, a ich stan pozwalał na przeprowadzenie badań. Średni wynik SOC w przebadanej grupie wyniósł 110,37 (Badura – Brzoza K., Piegza M., Błachut M. i wsp., 2012). Koherencja osób z niepełnosprawnością psychiczną jest jeszcze niższa niż osób z niepełnosprawnością fizyczną. Podobne badania przeprowadzili Bengtsson – Tops i wsp. uzyskując niewiele różniące się wyniki (Bengtsson – Tops A., Brunt D., Rask M., 2005). Wracając do osób o niepełnej sprawności ruchowej analiza badań własnych wykazała wśród pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej, że ogólny poziom koherencji wyniósł 144,01. Zrozumiałość, zaradność i sensowność wynosiła średnio analogicznie 51,95; 49,82 i 51,17. Podobne badania przeprowadzili Kurowska i Szumacher. Globalny poziom SOC pracowników niepełnosprawnych wynosił 110,65, natomiast zrozumiałość, zaradność i sensowność – odpowiednio 43,72; 36,33 oraz 30 (Kurowska K., Szumacher I., 2011). Wpływ, jaki ma SOC na przebieg pracy zawodowej udowodnił również Andruszkiewicz (Andruszkiewicz A., 2005). Badania własne wykazały,

że respondenci, którzy rzadko lub nigdy nie odczuwały lęku przed wyjściem z domu mieli istotnie statystycznie wyższy poziom koherencji ogólnej, a także w podskalach, niż Ci, którzy odczuwali niepokój. Podobne badania przeprowadzili Karlsson i wsp., którzy wykazali, że respondenci, których poziom SOC był wysoki rzadziej doznawali nieprzyjemnych odczuć typu samotność, stres czy przygnębienie (Karlsson I., Berglin E., Larsson P., 2000). Waszkowska i wsp. natomiast zwracają uwagę, iż płeć różnicuje poczucie koherencji. Mężczyźni wykazują wyższe średnie poziomów poszczególnych kategorii SOC (Waszkowska M., Dudek B., Sęk H., Pasikowski T., 2001). Potwierdzają to również badania własne, choć różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami nie są istotne statystycznie. Analiza wykazała, że jedynie ocena poczucia zrozumienia wykazuje istotną różnicę pomiędzy płcią. Autorzy podkreślają, że osoby w obliczu choroby przewlekłej, a także niepełnosprawności powinny być aktywne. Nie mniejsze znaczenie „mają postawy społeczne w kształtowaniu zachowań zdrowotnych oraz rola poczucia koherencji w ich ewolucji, jako dyspozycji osobowej” (Kurowska K., Szumacher I., 2011). Okazywanie wsparcia, którego udziela się osobom przewlekle chorym i osobom niepełnosprawnym powinno koncentrować się głównie na strategii zwiększania aktywności tychże osób. Do takich wniosków doszli Sandin – Eriksson i wsp., którzy badali wpływ silnej koherencji na kontrolę choroby i możliwość dokonywania dzięki temu radykalnych zmian u osób z przewlekłymi chorobami (Sandin – Eriksson B., 2000).

Jakość życia ujmowana jest w bardzo szerokim spektrum. Dotyczy ona dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego, spełnienia pragnień i oczekiwań, które dotyczą własnego życia, a także satysfakcji z tego, co już zostało osiągnięte (Zielińska –Więczkowska H., Kędziora – Kornatowska K., Bartuzi Z., 2007). Badaniami nad jakością życia zajęli się Fidecki i wsp. Przebadali oni 292 osoby w wieku podeszłym, z których najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z problemami kostno- stawowymi. Badana grupa dokonała oceny ogólnej jakości swojego życia, na podstawie skali WHOQOL-Bref. Średnia ocena wyniosła 2,80. Natomiast samoocena stanu zdrowia kształtowała się na zbliżonym poziomie i wynosiła 2,35 (Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I. i wsp., 2011). Badanie własne wskazują, że średnia ocena jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie, jest wyższa niż u wyżej wymienionych autorów i wynosi ona 3,26. Natomiast średnia ocena percepcji zdrowia wynosi 2,92. Badania przeprowadzone przez Zboinę i Kulik wskazują, że osoby objęte opieką długoterminową najniżej oceniają jakość życia w dziedzinach: psychologicznej i fizycznej (Zboina B., Kulik T., Pacian A.

i wsp., 2006; Zboina B., Kulik T., Zboina B., 2005). Analiza badań własnych wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością ruchową w różnym wieku najniżej oceniają dziedzinę relacji społecznych, a także dziedzinę fizyczną. Badania, które przeprowadzono na Tajwanie wskazują, że podobnie jak powyżej, osoby z niepełną sprawnością ruchową najniżej oceniają dziedzinę fizyczną, ale dodatkowo niską ocenę miała również dziedzina psychologiczna (Lai K. L., Tzeng R. J. i wsp., 2005). Gnacińska-Szymańska i wsp. przebadali grupę osób, która z powodu otyłości nie jest w pełni sprawna ruchowo. Wyniki średniej oceny jakości życia wyniosły 3,84, natomiast średnia ocena stanu zdrowia wyniosła 3,11 (Gnacińska – Szymańska M., Dardzińska J.A., Majkowicz M. i wsp., 2012). Są to wyższe wyniki, od tych uzyskanych w badaniach własnych. Inna autorka, Gałczyńska – Rusin przebadła pacjentów poddanych leczeniu protetycznemu. Wyniki wskazują, że średnia ocena jakości życia pacjentów wynosiła 3,81, natomiast średnia ocena ogólnej percepcji zdrowia wynosiła 3,36 (Gałczyńska – Rusin M., 2013). Podobne badania przeprowadzono w Wielkiej Brytanii, wśród osób urodzonych w 1921 roku, a także w 1936 roku, u których z powodu wieku również stwierdzono niepełną sprawność fizyczną. Osoby urodzone 1921 r. wskazują, że najniższą dziedziną jakości życia jest dziedzina fizyczna, natomiast osoby urodzone w 1936 roku najniżej oceniły dziedzinę psychologiczną (Gobbens R.J., Luijckx K.G., 2012; Brett C.E., Gow A.J., Corley J., i wsp. 2012). Skala WHOQOL – Bref została także wykorzystana do przebadania osób z silnymi bólami dolnego odcinka kręgosłupa, którym dolegliwości bólowe ograniczały sprawność ruchową, a także równie często nie pozwalały na wykonywanie czynności życia codziennego. „Zaobserwowano nieznaczne różnice między poszczególnymi dziedzinami w skali WHOQOL – Bref. Najwyższy wynik (15,91) uzyskano w kategorii społecznej (...). Następnie niższe wartości uzyskano w kategorii psychologicznej (14,32) (...) i w kategorii środowiskowej (14,27)”. Najniższy wynik uzyskano w kategorii fizycznej (13,49) (Zaniewska R., Okurowska – Zawada B., Kułak W. i wsp., 2012).

Na ocenę jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo wpływa wiele czynników, należą do nich: odczuwanie bólu, sprawność fizyczna, świadomość życia z niepełnosprawnością, odnalezienie pozycji w społeczeństwie, osobnicze możliwości każdego człowieka, siły adaptacyjne, czy wreszcie wsparcie społeczeństwa (The WHOQOL Group 551-558).

WNIOSKI

1. Poziom koherencji osób niepełnosprawnych fizycznie z woj. lubelskiego wzrasta wraz ze wzrostem akceptacji choroby, wzrostem zadowolenia z życia, większą liczbą przyjaciół. Maleje zaś u osób potrzebujących pomocy w czynnościach życia codziennego i nieposiadających przyjaciół
2. Osoby niepełnosprawne fizycznie zamieszkujące woj. lubelskie oceniają swoją jakość życia na poziomie przeciętnym.
3. Jakość życia osób niesprawnych fizycznie ulega poprawie wraz ze wzrostem poczucia zrozumienia, większą liczbą przyjaciół, zamieszkaniem w mieście, wykonywaniem pracy zawodowej, wzrostem akceptacji choroby. Maleje u osób, które rzadko bądź wcale nie wychodzą z domu.
4. Największymi barierami osób niepełnosprawnych fizycznie z terenu Lubelszczyzny są niedostosowane pojazdy użyteczności publicznej, brak podjazdów do restauracji, sklepów, klubów, a także brak windy w miejscu zamieszkania.
5. W przypadku sytuacji trudnych osoby niesprawne fizycznie najczęściej zwracają się do swoich znajomych, przyjaciół i rodziny.
6. Osoby niepełnosprawne ruchowo w nieznaczej większości pracują w zakładach pracy chronionej, co jest przejawem aktywności społecznej.

Zakończenie

Ostatnie lata owocują w coraz bardziej liczne publikacje na temat niepełnosprawności ruchowej, sytuacji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Temat ten staje się głównym celem polityki wszystkich państw na świecie.

Coraz częściej zaczyna mówić się o poczuciu osamotnienia, nieprzydatności osób niepełnosprawnych. Problem ten pojawia się nawet w najbardziej przystosowanych domach opieki, ale także w normalnych strukturach rodzinnych. Jako społeczeństwo ciągle rozwijające się, mamy obowiązek przyjęcia modelu integracyjnego z osobami niepełnosprawnymi. Stąd szczególnie istotne wydaje się rozpoznanie wszystkich barier, które należałoby przezwyciężyć, w celu umożliwienia, jak najlepszego i najpełniejszego uczestniczenia w życiu społecznym osób z niepełnosprawnością ruchową. Niestety ciągle jeszcze obserwuje się marginalizację środowiska osób niepełnosprawnych, nie tylko w codziennych kontaktach, ale także w niewystarczających działaniach polityków, dyrektorów, decydentów. Ciągle w naszym społeczeństwie istnieją stereotypy, niejednokrotnie niewłaściwe w stosunku do osób niesprawnych fizycznie, a zapominamy, że sami niepełnosprawni, których zachowania czasem mogą odbiegać od przyjętych wzorców, a nie są od nich zależne, powodują utrudnienia akceptacji przez samych siebie. Dlatego rozpatrywanie sytuacji osób niepełnosprawnych fizycznie, nie może ograniczać się jedynie do oceny ciężkości ich kalectwa, ale musi dotyczyć szeroko pojętej jakości życia.

Przyczyny niepełnosprawności, jak pokazuje model społeczny nie tkwią jedynie w jednostce, ale we wszystkich barierach, jakie niepełnosprawni napotykną (ekonomiczne, społeczne). Niepełnosprawność jest ich wynikiem. Statystyki wskazują, że co 3,5 min rodzice dowiadują się, że ich dziecko cierpi na jakiś rodzaj niepełnosprawności.

Summary

The phenomenon of disability is currently one of the most fundamental social problems that the world has to face. The number of disabled is growing, which is a huge challenge not only to governments but also to international organisations, associations, academic circles, and groups that provide care for the disabled. The most difficult task is to include those people in all fields of social and vocational activity. In the attempt to establish the broader social context of disability, attention must be paid to the great importance of health, physical fitness and vigour in the hierarchy of values, as well as to the importance of productivity, a successful career and wealth.

The problems of the disabled and the quality of their lives are particularly crucial and need to be solved fast, not only in the legal respect, but also in the medical and social aspects in particular.

It is estimated that disabled people comprise about 15% of the population of the European Union countries. According to the National Population and Housing Census conducted by the Central Statistical Office in 2011, disabled people constituted 12.2% of the entire Polish population, compared to 14.3% in 2002. The average number in Poland is insignificantly lower than in other EU countries. Over a span of a couple of years, the Lublin Province noted a high percentage of disabled people – over 19%.

According to research, the most common causes of disability are cardiovascular diseases, motor organ disorders and neurological disorders.

Large farmland areas, which is characteristic of the Lublin region, are a factor in the increased risk of accidents among the general population. It is for that reason that the phenomenon of disability is so frequent here. The insufficient number of activities directed towards disabled people in every sphere of life still poses a significant social problem.

Apart from the need to struggle with their own limitations, the disabled must also overcome countless stereotypes, often negative, which appear

in society's image of the disabled person. The optimum level of a disabled person's life can be achieved by overcoming social barriers and the psychological effects of disability. Taking various actions and initiatives, and setting up institutions aimed at rehabilitating the disabled comprehensively, are indispensable factors that influence the quality of their lives. However, we need to remember that these activities must be focused not only on the disabled person but also on the people from their immediate surroundings – family, local community.

The aim of this thesis is to establish the views of people with physical disability living in the area of the Lublin Province on their functioning, the quality of their lives, and the barriers that they encounter in life.

In order to develop the main research problem, the following specific goals have been established:

1. How do physically disabled people evaluate the quality of their lives?
2. What are the expectations and ambitions of physically disabled people?
3. What difficulties and barriers constitute obstacles that physically disabled people have to overcome in their everyday lives?
4. How do physically disabled people cope in difficult situations?
5. What forms of social and vocational activity do physically disabled people display?
6. Is there a correlation between satisfying the respondents' expectations and their satisfaction?

Materials and methods

The participants received the questionnaires in person, which was an opportunity to establish direct contact with the disabled. There were 280 questionnaires distributed in total; 233 were qualified as completed correctly and in full. Patients at two University Hospitals in Lublin took part in the research. These were:

- The Independent Public Teaching Hospital No.1 - Lublin, ul. Stanisława Staszica 16
- The Independent Public Teaching Hospital No.4 - Lublin, ul. Jaczewskiego 8.

The surveyed group comprised 233 patients with physical disabilities. 60.09% were women, 39.91% were men. The residents of towns and cities constituted a larger group (54.08%) than the residents of rural areas (45.92%). Among the respondents, there were people with primary-school education (14.59%), lower-secondary education (7.30%), vocational education (21.03%), secondary education (38.63%) and higher education (18.45%). 37.34% of the surveyed group were people with congenital disability, whereas 62.66% were people with acquired disability.

The research shows that 51.07% of respondents were vocationally active, while 48.93% had not taken up any employment. Women were more often vocationally active (52.14%) compared to men (49.46%).

The respondents with severe disability expressed the feeling of exclusion from social life (67.50%) more often than the respondents with moderate disability (32.29%) or mild disability (12.37%).

In order to establish the survey results, the following research tools were applied:

1. Standardised questionnaire – the life ambitions and lifestyle of people with motor disability, by Sadowski and Skowronek.
2. The Acceptance of Illness Scale (AIS), by B.J. Felton, T.A. Revenson and G.A. Hinrichsen, adapted by Z. Juczyński.
3. The Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL – BREF).
4. The Orientation to Life Questionnaire (SOC – 29) by A. Antonovsky.

BIBLIOGRAFIA

1. Andruszkiewicz A. Poziom poczucia koherencji, a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Pielęg. Pol.* 2005;1: 58-61.
2. Aleksyńska A. Pojęcia jakości życia. www.psychologia.net.pl (Dostęp: 22.10.2022).
3. Badura – Brzoza K., Piegza M., Błachut M. i wsp. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria Polska* 2012;6: 975-984.
4. Baumann K. Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 14(4): 165-171.
5. Bengtsson – Tops A., Brunt D., Rask M., The structure of Antonovky's sense of coherence In patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scand. J. Caring Sci.* 2005;19: 187-280.
6. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: Niepełnosprawność w liczbach. Rynek Pracy <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach> (Dostęp: 22.10.2022).
7. Błędowski P. Sytuacja ekonomiczna i potrzeby opiekuńcze osób starszych w Polsce. *Polityka Społeczna* 2011; 31-36.
8. Boguszewski D., Adamczyk J. G., Ochal A. i wsp. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych niepełnosprawnych sportowców. *Postępy Rehabilitacji* 2011; 4: 57-62.
9. Borkowska M. Niepełnosprawność – definicja, podział na grupy. [w] Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Usprawnianie ruchowe. Borkowska M. (red.) Warszawa 1997: 12-18.

10. Borowicz R. Równość i sprawiedliwość społeczna. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1988.
11. Brett C.E., Gow A.J., Corley J., i wsp. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life In community – dwelling older adults. *Qual Life Res.* 2012;21(3): 505-516.
12. Brown R.I. Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Stanly Thornes Publishers, Cheltenham UK 1997.
13. Brzezińska A.I., Kaczan R., Piotrowski K., Rycielski P. Uwarunkowania aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności: kapitał osobisty i społeczny. *Nauka* 2008; 2.
14. Brzezińska A. I., Zwolińska K., marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych. *Polityka Społeczna.* 2010; 2: 16-22.
15. Cella D.F., Tulsky D.S. Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38.
16. Cieślík A. Jakość życia w naukach medycznych. *Studia Medyczne* 2010; 19:49-53
17. Constitution of the World Health Organization Conference. New York 1946; 19-22.
18. Constitution of the World Health Organization [w] Basic Documents. World Health Organization. Geneva 2005.
19. Cyran A., Wiszniewska M., Walusiak – Skorupa J. Bariery w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej nad pracownikiem. *Medycyna Pracy* 2012; 63(6):637-650.
20. Czapiński J. Diagnoza społeczna 2000. Wyd. PTS, Warszawa 2001: 68.
21. Czerniawska O. Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2000.
22. Czerwiak G., Lewicka R. Wybraniec – Lewicka B. i wsp. The role of sport In acceptance of disability by disabled. *Med Sport* 2007; 11(2): 65-69.

23. Dz. U. 2011, Nr 127, poz.721 z późn. zm.
24. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995, 22(Issue 3)
25. Farquhar M. Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Social and Science and Medicine* 1995; 41(10): 1439-1446.
26. Farquahar M. Jakość życia w naukach medycznych [w] Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje. Melosik Z. (red.) Wyd. WOLUMIN, Poznań 2001: 216.
27. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I. i wsp. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92(2): 221-225.
28. Gałczyńska – Rusin M. Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu. Rozprawa Doktorska Poznań 2013; 54-61.
29. Gnacińska-Szymańska M., Dardzińska J.A., Majkowicz M. i wsp. Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL – Bref. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2012; 8(4):136-141.
30. Gobbens R.J., Luijckx K.G., van Assen M.A. Explaining quality of life of older people In the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Qual Life Res* 2012
31. Gotay C.C., Korn E.L., McCabe N.S. et al. Quality of life assessment In cancer treatment protocols: research issues In protocol development. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 575-579.
32. Gorczycka E. Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego. Warszawa PZWL 1981.
33. Górna K. Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po Zawisłak A. Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych. [w] Jakość życia, a niepełnosprawność. Pałak Z., Lewicka A., Bujnowska A. Wyd UMCS Lublin 2006: 149-158 pierwszej hospitalizacji. Akademia Medyczna, Poznań 2005.

34. Górská E. Projektowanie stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych. Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej. Warszawa 2012.
35. Grammenos S., CESEP ASBL, Idee indicators of disability equality in Europe, Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005. 2011, Task 4, Update and extend the piloting of quantitative implementation indicators, Comparative data on a selection of quantitative implementation indicators.
36. Gromnicka D. Psychologiczne aspekty niepełnosprawności ruchowej. http://www.abcd.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=95:psychologiczne-aspekty-niepenosprawno-ci-ruchowej&catid=18:osoba-z-dysfunkcj-narzdu-ruchu (Dostęp: 20.09.2022.)
37. GUS: Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. [w] Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2005-2006, Warszawa 2007: 10-16.
38. Hampel P., Graef T., Krohn-Grimberghe B., Tlach L., Effects of gender and cognitive – behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain a 1 year longitudinal study. *European Spain J* 2009;18: 1867-1880.
39. Informacja dla Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych o działalności Samorządu Województwa Lubelskiego w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych roku 2012
40. Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2013 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”. Warszawa 2014: 4-17.
41. Internet: www.niepelnosprawni.gov.pl Dostęp: 9.10.2022.
42. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, www.ropls.lubelskie.pl/; Dostęp: 14.10.2022.
43. Jaracz K. Jakość życia w naukach medycznych. [w:] Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje. Melosik Z (red.). Wyd WOLUMIN, Poznań 2001.

44. Jastrzębski J. Pasiak M. Samoocena i poczucie alienacji jako predykatory jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. *Journal of Modern Science*; 2013;4(19):88-105
45. Jońska R. Analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim. Lublin 2010.
46. Kalandyk H., Dyndur J. Assessment of the Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *The journal of neurological and neurosurgical nursing*, 2021, 10(2): 58-64.
47. Kalandyk H, Dyndur J. Assessment of the Knowledge of Nursing Students about the Quality of Life of Patients after Stroke. *The journal of neurological and neurosurgical nursing*, 2020, 9(4), 132–137.
48. Kaleta A. Jakość życia młodzieży wiejskiej. Wydawnictwo UMK, Toruń 1988.
49. Kane R.A. [w] Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych. Zawisła A. Wyd. UMCS , Lublin 2006, 151.
50. Kantyka S. (red.) Niepełnosprawni - przedsiębiorcom, przedsiębiorcy – niepełnosprawnym. Ruda Śląska 2011: 31-34.
51. Karaś M. Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies. *Economical and Social Review* 2012 (4): 20-33.
52. Karlsson I., Berglin E., Larsson P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery – a longitudinal study. *J. Adv. Nurs* 2000; 31: 1383-1394.
53. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 1 sierpnia 1997.
54. Kirenko J. Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Lublin UMCS 1995.
55. Kowalik S. Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne.[w:] Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych. Bańka A, Derbis R (red.). Wyd UAM i WSP, Poznań – Częstochowa 1995.

56. Kryńska E. (red) Analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce i Unii Europejskiej. Raport przygotowany w ramach projektu „Zatrudnienie osób niepełnosprawnych – perspektywa wzrostu”, Warszawa 2013: 15-17.
57. Kułak W., Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo – krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Prob. Hig Epidemiol* 2010; 91(1): 153-157.
58. Kurowska K., Szumacher I. Poczucie koherencji a otrzymywane wsparcie wśród niepełnosprawnych pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011;19(1): 92-98.
59. Lai K. L., Tzeng R. J. i wsp. Health – related quality of life and health utility for the institutional edlerly In Taiwan. *Quality of life Research* 2005;14: 1169-1180.
60. Majewski T. W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej* 1994: 1,139: 33-37.
61. Mayntz R., Hubner P., Holm K. Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej. Warszawa 1985.
62. Michalos A. C. *Essays on the Quality of Life*. Springer-Verlag GmbH 2007.
63. Młynarska M, Nowicki G, Rudnicka-Drożak E, Zagaja A, Misztal-Okońska P, Dyndur J, Majcher P, Health behaviors of people over 65 years of age and their socio-demographic factors. *Gerontologia Polska*, 2015, (4), 179-185.
64. Moczydłowska A., Krajewska – Kułak E., Kózka M. i wsp. Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health* 2014;49(3): 584-595.
65. Molik B., Zubala T., Słyk K. i wsp. Motivation of the disabled to participate In chosen Paralympics events (wheelchair basketball, wheelchair rugby and Baccia). *Physiotherapy* 2010; 18(1): 42-51.
66. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań . Powszechny Spis Rolny 2002. Osoby Niepełnosprawne w Województwie Lubelskim. Urząd Statystyczny w Lublinie 2006: 6-96.

67. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników, GUS, Warszawa 2012, s. 64.
68. Nordenfelt L. Quality of life, health and happiness. Aldershot, Avebury 1993
69. Nowicka J., Napierała M. Aktywność fizyczna pacjentów z Kliniki Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy (w) Napierała M., Muszkieta R., Cieślicka M., Żukow W. (red) Zdrowie i rekreacja w różnym wieku. Bydgoszcz – Poznań 2013: 17/13: 28.
70. Nowicki G, Młynarska M, Dyndur J, Ślusarska B, Jagnick J, Chemperek E, Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością fizyczną z województwa lubelskiego a czynniki społeczno-demograficzne. *Rozprawy Społeczne*, 2018, (12), 80-85.
71. Ostiak W. Funkcja kończyny dolnej , aktywność codzienna i jakość życia u chorych leczonych stabilizatorami zewnętrznymi. Wyd. Nauk Uniw Med. Poznań 2008
72. Ostrowska A. Badania nad niepełnosprawnością w Polsce. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1994: 267.
73. Pawłowska - Cyprysiak K. Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. *Bezpieczeństwo pracy* 2011; 10: 6-9.
74. Pawłowska – Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk – Zreda D. Self preceived quality of life of people with physical disabilities and labour force participation. *J. Occup. Saf. Ergon.*
75. Pawłowska – Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk – Zreda D. Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. *Medycyna Pracy* 2013;64(2): 227-237.
76. Peace S.M.: Researching social gerontology. Concepts, methods and issues. SAGE Publications, Londyn 1990.
77. Pilch T. Zasady badań pedagogicznych. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo; 1997: 59.
78. Radomski D. Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie. *Seksuologia Polska* 2005; 1(8): 8-12.

79. Raeburn JM, Rootman I. Quality of life and health promotion. [w:] *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* Renwick R, Brown I, Nagler M (red.). Thousand Oaks, CA, Sage 1996: 75-88.
80. Reykowski J. Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik pedagogiczny*. 2010 tom 3.
81. Rosser R.M. Watts W.C. The measurement of hospital output. I. *J Epidemiol* 1972; 1:179-186.
82. Rzempowska J. Socjomedyczne aspekty funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Rozprawa Doktorska. Poznań 2011: 26.
83. Sandin – Eriksson B., Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J. Adv. Nurs* 2000; 231: 1393-1401.
84. Schipper H. Quality of life : Principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol* 1990; 8(23): 171-185.
85. Schipper H. Guidelines and caveats for quality of life measurement In clinical practice and research. *Oncology* 1990; 4: 51-57.
86. Sienkiewicz E., Szymańska J. Niepełnosprawność–terminologia, klasyfikacja. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121(4): 412-416.
87. Sobiecka J. Sport osób niepełnosprawnych jako czynnik utrwalający efekty leczenia i usprawniania. *Wych Fiz Sport* 2001; 1:41-51.
88. Stradomska M. Proces leczenia w sytuacji zagrożenia życia – analiza suicydologiczna na podstawie działalności Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. Humanum Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji w Warszawie 2018, 31(1): 105-113.
89. Stradomska M. Determinants of suicide attempts in a group of students – a preventive program at the university, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2019, 19(3), 293-307.
90. Stradomska M. Zagrożenie samobójstwem a dostęp do środków letalnych – analiza suicydologiczna. *Facta Simonidis* 2020, 1(13), 131-143.

91. Stradomska M. Komunikacja w sytuacji leczenia - biały personel a pacjent – ujęcie suicydologiczne. *Journal of Modern Science*, 2020, 44(1), 29-42.
92. Suchodolski B. Wychowanie mimo wszystko. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1990: 23.
93. Szczupał B. Wybrane aspekty poczucia jakości życia bezrobotnych osób niepełnosprawnych [w] Palak Z. (red) *Jakość życia niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej Lublin 2006.
94. Śliwak J. Społeczna percepcja osób niepełnosprawnych. [w] *Wybrane zagadnienia z aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*. Piasecki M., Śliwak J. (red). Lublin 2008.
95. Tabęcki R., Kosmol A., Mastalerz A. Effects of strength training on physical capacities of the disabled with cervical spine injuries. *Human Movement* 2009;10 (2): 126-129.
96. Tasiemski T. Sport w życiu osób z para – i tetraplegią. *Med Sport* 1999;101:9-14
97. The WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL – Brief Quality of life assessment. *Psychol. Med.* 1998; 28(3): 551-558.
98. Toczyńska A., Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(3): 369-379.
99. Tomaszewski T. Ślady i wzorce. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1976:204
100. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 25-31.
101. United Nations Standard Rules on Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities. Adopted by the United Nations General Assembly at its 48th Session on 20 December 1993 (Resolution 48/96) New York, United Nations Department of Public Information, 1994.

102. Walusiak – Skorupa J., Wiszniewska M., Krawczyk – Szulc P., i wsp. Opieka profilaktyczna nad pracownikiem niepełnosprawnym - problem współczesnej medycyny pracy? *Medyczne Problemy* 2011; 62(2): 175-186.
103. Waszkowska M., Dudek B. Poczucie koherencji a zdrowotne następstwa stresu zawodowego [w] Sęk H., Pasikowski T. (red) *Zdrowie – stres – zasoby. Oznaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora 2001: 203-211.
104. WHO, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* 1980
105. Wilmowska – Pietruszyńska A. Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji. [w] Hrynkiewicz J. (red) *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa 2012: 126-150.
106. Wiśniewska – Szumacher A., Karakiewicz B., Bażydło M. i wsp. Czynniki determinujące akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żyłaków kończyn dolnych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(4): 489-495.
107. Witkowski T. Niepełnosprawność – terminologia pojęcia [w] Juroś A., Otrębski W. red. *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*. Lublin FŚCEDS 1997.
108. Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie (Internet: <http://wup.bip.lubelskie.pl/index.php?id=niepelnosprawni> dostęp: 14.10.2022 r.)
109. Wołowicka L. *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo AM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001.
110. Wrzesień W. Jakość życia, a pokolenie. [w] *Jak żyć, wybrane problemy jakości życia*. Wachowiak A. (red) Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001:113-147
111. Wnuk M., Marcinkowski J.T. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 21-26.
112. Zaczyński W. *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP: 9.
113. Zając B. Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych. [w] *Odrobińska I. Osobisty asystent osoby niepełnosprawnej*. Materiały poseminaryjne, Dębe 2003.

114. Zaniewska R., Okurowska – Zawada B., Kułak W. i wsp. Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przez skórnej elektrycznej stymulacji nerwów – TENS. *Medycyna Pracy*, 2012; 63(3): 295-302.
115. Zboina B., Kulik T. Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno – leczniczych [w] Zboina B. (red) *Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2005: 79-90.*
116. Zboina B., Kulik T., Pacian A. i wsp. Biopsychosocial factors shaping perception of quality of life of elderly people in long term care. *Polish J Environ Stud* 2006; 15(2a): 940-944.
117. Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M. i wsp. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2013;22(4): 251-258.
118. Zielińska –Więczkowska H., Kędziora – Kornatowska K. Potrzeba rozszerzenia badań nad jakością życia w populacji geriatrycznej. [w] Bartuzi Z.(red) *Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medium, Bydgoszcz 2007: 509-512.*
119. Zielińska – Więczkowska H., Miłowska M., Rybicka R. i wsp. Pożycie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska* 2013; 10(1): 23-32.

SPIS TABEL I RYCIN

Spis tabel

Tabela 1 Stopień niepełnosprawności ankietowanych z uwzględnieniem płci.....	37
Tabela 2 Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem wieku.....	38
Tabela 3 Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	38
Tabela 4 Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	39
Tabela 5 Stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem wykształcenia.....	39
Tabela 6 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem płci.....	41
Tabela 7 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem wieku.....	42
Tabela 8 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	42
Tabela 9 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	43
Tabela 10 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem wykształcenia.....	43
Tabela 11 Potrzeba pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	44
Tabela 12 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem płci.....	45
Tabela 13 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem wieku.....	45
Tabela 14 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	46
Tabela 15 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	46

Tabela 16 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia.....	47
Tabela 17 Aktywność zawodowa ankietowanych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	47
Tabela 18 Miejsce pracy z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	48
Tabela 19 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem płci.....	49
Tabela 20 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem wieku.....	50
Tabela 21 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	50
Tabela 22 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	51
Tabela 23 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem wykształcenia.....	51
Tabela 24 Uczestnictwo w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	52
Tabela 25 Rodzaje kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe.....	52
Tabela 26 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem płci.....	53
Tabela 27 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem wieku.....	54
Tabela 28 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	54
Tabela 29 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	55
Tabela 30 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem wykształcenia.....	55
Tabela 31 Możliwość dalszego dokształcania się z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	56
Tabela 32 Środki z jakich korzystają ankietowani na sfinansowanie dalszej nauki.....	56
Tabela 32 Opinia na temat, czy na rynku pracy jest zbyt mało ofert pracy z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	58
Tabela 34 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem płci.....	59
Tabela 35 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem wieku.....	59
Tabela 36 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	60

Tabela 37 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	60
Tabela 38 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem wykształcenia.....	61
Tabela 39 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	61
Tabela 40 Korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.....	62
Tabela 41 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	63
Tabela 42 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.....	63
Tabela 43 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem płci.....	64
Tabela 44 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem wieku.....	64
Tabela 45 Korzystanie z ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	65
Tabela 46 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	65
Tabela 47 Korzystanie z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje z uwzględnieniem wykształcenia.....	66
Tabela 48 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	68
Tabela 49 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem pomocy drugiej osoby przy czynnościach życia codziennego.....	68
Tabela 50 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem płci.....	69
Tabela 51 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem wieku.....	69
Tabela 52 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	70
Tabela 53 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	70
Tabela 54 Częstość wychodzenia z domu z uwzględnieniem wykształcenia.....	71
Tabela 55 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem płci.....	72
Tabela 56 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem wieku.....	72

Tabela 57 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	73
Tabela 58 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	73
Tabela 59 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem wykształcenia.....	74
Tabela 60 Łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	74
Tabela 61 Lęk przed wyjściem z domu z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	75
Tabela 62 Formy spędzania czasu wolnego.....	76
Tabela 63 Liczba posiadanych znajomych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	77
Tabela 64 Liczba posiadanych przyjaciół z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	78
Tabela 65 Odczuwanie wykluczenia z życia społecznego z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	79
Tabela 66 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem wieku.....	79
Tabela 67 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem płci.....	80
Tabela 68 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	80
Tabela 69 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	80
Tabela 70 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem wykształcenia.....	81
Tabela 71 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	81
Tabela 72 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem potrzeby pomocy drugiej osoby w wykonywaniu codziennych czynności.....	81
Tabela 73 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.....	82
Tabela 74 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem możliwości dalszego dokończenia się.....	82
Tabela 75 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.....	82
Tabela 76 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.....	83
Tabela 77 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem pracy zawodowej.....	83

Tabela 78 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.....	83
Tabela 79 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązuje nowe znajomości.....	84
Tabela 80 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy odczuwa lęk przed wyjściem z domu.....	84
Tabela 81 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy posiadają znajomych.....	84
Tabela 82 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy posiadają przyjaciół.....	85
Tabela 83 Ocena zadowolenia z życia z uwzględnieniem opinii, czy czują się wykluczeni z życia społecznego z powody dysfunkcji.....	85
Tabela 84 Ocena przekonań ankietowanych na temat niepełnosprawności.....	86
Tabela 85 Ocena stopnia barier architektonicznych, które utrudniają wyjście z domu.....	86
Tabela 86 Ocena motywów skłaniających do założenia własnej rodziny.....	87
Tabela 87 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku.....	87
Tabela 88 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem płci.....	87
Tabela 89 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	88
Tabela 90 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	88
Tabela 91 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wykształcenia.....	88
Tabela 92 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	89
Tabela 93 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem potrzeby pomocy drugiej osoby w wykonywaniu codziennych czynności.....	89
Tabela 94 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.....	89
Tabela 95 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem możliwości dalszego dokształcania się.....	90
Tabela 96 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.....	90
Tabela 97 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.....	90
Tabela 98 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem pracy zawodowej.....	91
Tabela 99 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.....	91

Tabela 100 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązują nowe znajomości.....	91
Tabela 101 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązują nowe znajomości.....	92
Tabela 102 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy posiadają znajomych.....	92
Tabela 103 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy posiadają przyjaciół.....	92
Tabela 104 Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem opinii, czy czytają się wykluczeni z życia społecznego z powodu dysfunkcji.....	93
Tabela 105 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów.....	93
Tabela 106 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem płci.....	94
Tabela 107 Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a wiekiem.....	94
Tabela 108 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	95
Tabela 109 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	95
Tabela 110 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem wykształcenia.....	96
Tabela 111 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	96
Tabela 112 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem potrzeby pomocy osoby drugiej w wykonywaniu codziennych czynności.....	98
Tabela 113 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem uczestniczenia w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.....	98
Tabela 114 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych.....	98
Tabela 115 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.....	99
Tabela 116 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje.....	99
Tabela 117 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem aktywności zawodowej.....	99

Tabela 118 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem uczestniczenia w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.....	100
Tabela 119 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.....	100
Tabela 120 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem łatwości w nawiązywaniu nowych znajomości.....	102
Tabela 121 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem odczuwania lęku przed wyjściem z domu.....	102
Tabela 122 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem posiadania znajomych.....	103
Tabela 123 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem posiadania przyjaciół.....	103
Tabela 124 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem odczuwania wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.....	104
Tabela 125 Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a oceną zadowolenia z życia.....	104
Tabela 126 Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a akceptacją choroby (AIS).....	104
Tabela 127 Model regresji dla zmiennej poczucie koherencji (SOC 29).....	106
Tabela 128 Ocena jakości życia w badanej grupie pacjentów.....	106
Tabela 129 Ocena jakości życia z uwzględnieniem płci.....	107
Tabela 130 Ocena związku pomiędzy jakością życia a wiekiem.....	107
Tabela 131 Ocena jakości życia z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	108
Tabela 132 Ocena poziomu koherencji w badanej grupie pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	109
Tabela 133 Ocena jakości życia z uwzględnieniem wykształcenia.....	110
Tabela 134 Ocena jakości życia z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	111
Tabela 135 Ocena jakości życia z uwzględnieniem potrzeby pomocy osoby drugiej w wykonywaniu codziennych czynności.....	111
Tabela 136 Ocena jakości życia z uwzględnieniem uczestniczenia w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.....	112
Tabela 137 Ocena jakości życia z uwzględnieniem możliwości dalszego dokształcania się.....	112
Tabela 138 Ocena jakości życia z uwzględnieniem korzystania z turnusów rehabilitacyjnych.....	114

Tabela 139 Ocena jakości życia z uwzględnieniem korzystania z pomocy ośrodków typu PCPR, PEFRON, Fundacje.....	114
Tabela 140 Ocena jakości życia z uwzględnieniem aktywności zawodowej.....	115
Tabela 141 Ocena jakości życia z uwzględnieniem uczestniczenia w zajęciach pomocnych w nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.....	115
Tabela 142 Ocena jakości życia z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.....	116
Tabela 143 Ocena jakości życia z uwzględnieniem łatwości w nawiązywaniu nowych znajomości.....	116
Tabela 144 Ocena jakości życia z uwzględnieniem odczuwania lęku przed wyjściem z domu.....	117
Tabela 145 Ocena jakości życia z uwzględnieniem posiadania znajomych.....	118
Tabela 146 Ocena jakości życia z uwzględnieniem posiadania przyjaciół.....	119
Tabela 147 Ocena jakości życia z uwzględnieniem odczuwania wykluczenia z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.....	119
Tabela 148 Ocena związku pomiędzy jakością życia a oceną zadowolenia z życia.....	120
Tabela 149 Ocena związku pomiędzy jakością życia a akceptacją choroby (AIS).....	120
Tabela 150 Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem zrozumienia.....	121
Tabela 151 Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem zaradności.....	121
Tabela 152 Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem sensowności.....	122
Tabela 153 Ocena związku pomiędzy jakością życia a poczuciem koherencji.....	122
Tabela 154 Model regresji dla zmiennej ogólnej jakości życia.....	123

Spis rycin

Rycina 1. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem płci.....	35
Rycina 2. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem grup wiekowych.....	36
Rycina 3. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	36
Rycina 4. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia.....	36
Rycina 5. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	37

Rycina 6. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem występowania niepełnosprawności od urodzenia.....	40
Rycina 7. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem wieku nabycia niepełnosprawności.....	40
Rycina 8. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności życia codziennego.....	41
Rycina 9. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem aktywności zawodowej.....	44
Rycina 10. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem miejsca pracy.....	48
Rycina 11. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje.....	49
Rycina 12. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy posiadają możliwość dalszego doksztalcania się.....	53
Rycina 13. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy obawiają się ewentualnej utraty świadczeń (renta, zasiłek).....	57
Rycina 14. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy na rynku pracy jest zbyt mało ofert pracy.....	57
Rycina 15. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z turnusów rehabilitacyjnych.....	58
Rycina 16. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje.....	62
Rycina 17. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy korzystają z zajęć, które są pomocne przy nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu.....	67
Rycina 18. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem częstości wychodzenia z domu.....	67
Rycina 19. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy łatwo nawiązuje nowe znajomości.....	71
Rycina 20. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy odczuwają lęk przed wyjściem z domu.....	75
Rycina 21. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem liczby posiadanych znajomych.....	76
Rycina 22. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem liczby posiadanych przyjaciół.....	77
Rycina 23. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem opinii, czy często czują się wykluczeni z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji.....	78
Rycina 24. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem poziomu poczucia koherencji.....	105

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1.

Aspiracje życiowe i styl życia osób niepełnosprawnych ruchowo Sadowskiego i Skowronka

Szanowni Państwo, zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariuszy ankietowych. Wypowiedziom Państwa zapewniam pełną anonimowość, dlatego proszę o szczerą i uważną przy wypełnianiu ankiety. Uzyskane wyniki będą wykorzystane w pracy naukowej. Przeczytajcie Państwo każde z poniższych pytań i wskażcie, w jakim stopniu zgadzacie się z nim bądź nie, poprzez zakreślenie właściwej odpowiedzi. Wybrana przez Państwa odpowiedź, powinna być zgodna z Państwa rzeczywistymi poglądami. Analiza wyników Państwa odpowiedzi pozwoli na określenie aspiracji życiowych, a także określi Państwa styl życia.

1. Płeć

- kobieta
- mężczyzna

2. Wiek

- poniżej 16 lat
- 17 lat – 27 lat
- 28 lat – 38 lat
- 39 lat – 49 lat
- 50 lat i więcej

3. Miejsce zamieszkania

- miasto
- wieś

4. Wykształcenie

- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

5. Stopień niesprawności

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

6. Czy jest Pani/Pan niepełnosprawna/y od urodzenia?

- tak
- nie

7. Wiek nabycia niepełnosprawności?

- poniżej 4 roku życia
- 5 lat – 13 lat
- 14 lat – 18 lat
- 19 lat – 21 lat
- powyżej 22 lat

8. Czy potrzebuje Pani/Pan pomocy osoby drugiej przy czynnościach życia codziennego?

- tak
- nie

9. Czy uczestniczył/a Pan/Pani w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe? (jeśli nie przejdź do pytania 12)

- tak
- nie

10. W jakiego rodzaju kursach Pani/Pan brał udział?

- językowe
- komputerowe
- prawa jazdy
- inne

11. Okres trwania kursu?

.....

12. Czy posiada Pani/Pan możliwość dalszego dokształcania się?
 tak
 nie (dlaczego?)
13. Z jakich środków Pani/Pan ma zamiar sfinansować dalszą naukę? Zaznacz co najwyżej 3 odpowiedzi
 własnych
 rodzina
 praca
 PFRON
 PCPR
 inne (jakie?)
14. Proszę określić mniej więcej odległość od Pani/Pana miejsca zamieszkania do szkoły, której ofertą jest Pani/Pan zainteresowana/y

15. Czy korzysta Pani/Pan z turnusów rehabilitacyjnych?
 tak
 nie (dlaczego?)
16. Czy korzysta Pani/Pan z pomocy ośrodków typu PCPR, PFRON, Fundacje?
 tak (jakie?)
17. Czy uczęszcza Pani/Pan na jakieś zajęcia, które uznaje Pan/Pani za pomocne przy nabywaniu umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu?
 tak, są to
18. Czy pracuje Pani/Pan zawodowo? (jeśli nie przejdź do pytania 21)
 tak
 nie
19. Wykonywany zawód?

20. Miejsce Pani/Pana pracy?
 zakład pracy
 miejsce zamieszkania

21. Czy Pani/Pan obawia się ewentualnej utraty świadczeń (renty, zasiłków itp.)?

- tak, obawiam się
- czasami mam obawy
- rzadko się obawiam
- nigdy się nie obawiam
- nie ma takiej możliwości bym stracił/a świadczenia

22. Czy Pani/Pan uważa, że na rynku pracy jest mało ofert pracy dla osób niepełnosprawnych?

- tak uważam, że jest zdecydowanie za mało ofert pracy
- sądzę, że rzeczywiście jest mało ofert pracy
- nie widzę potrzeby ofert pracy dla osób niepełnosprawnych

23. Jak często wychodzi Pani/Pan z domu?

- codziennie
- dwa, trzy razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- nie wychodzę wcale
- inne (jakie?)

24. Czy łatwo nawiązuje Pani/Pan nowe znajomości?

- tak nie mam z tym problemów
- raczej łatwo
- raczej nie jest mi łatwo nawiązać nowe znajomości
- Niezdecydowanie mam kłopoty w nawiązywaniu nowych znajomości
- Nie wiem, trudno mi powiedzieć

25. Czy posiada Pani/Pan lęk przed wyjściem z domu?

- tak zawsze mam jakieś obawy przed wyjściem z domu
- miewam lęk przed wyjściem z domu
- bardzo rzadko zdarza mi się mieć lęk przed wyjściem z domu
- nigdy nie przejawiam lęku przed wyjściem z domu
- trudno powiedzieć, nie wiem

26. Jak Pani najchętniej spędza wolny czas? (zaznacz najwyżej 3 odpowiedzi)

- z przyjaciółmi
 przed telewizorem, komputerem
 kino/teatr
 na zakupach
 ćwiczę
 czytam książki
 słucham muzyki
 inne(jakie?)

27. Czy posiada Pani/Pan znajomych i przyjaciół poza najbliższą rodziną?

	Mam ich bardzo wielu	Mam wielu	Mam niewielu	Nie mam
Znajomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjaciele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Czy czuje się Pani/pan wykluczona z życia społecznego z powodu posiadanych dysfunkcji?

- tak bardzo często
 często
 rzadko
 nigdy

29. W jakim stopniu ocenia Pani/Pan swoje zadowolenie z życia w skali 1-10? (1 oznacza najniższy stopień zadowolenia, 10 najwyższy)

.....

Załącznik 2.

AIS - Skala akceptacji własnej choroby adaptacja

Z. Juczyńskiego

Proszę ustosunkować się do każdego z poniższych stwierdzeń zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra, o ile jest prawdziwa. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji przez Państwa choroby.

1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę

Zdecydowanie
zgadzam się

1

2

3

4

Zdecydowanie
nie zgadzam się

5

2. Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię

Zdecydowanie
zgadzam się

1

2

3

4

Zdecydowanie
nie zgadzam się

5

3. Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny

Zdecydowanie
zgadzam się

1

2

3

4

Zdecydowanie
nie zgadzam się

5

4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę

Zdecydowanie
zgadzam się

1

2

3

4

Zdecydowanie
nie zgadzam się

5

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół

Zdecydowanie zgadzam się					Zdecydowanie nie zgadzam się
1	2	3	4		5

6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem

Zdecydowanie zgadzam się					Zdecydowanie nie zgadzam się
1	2	3	4		5

7. Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być

Zdecydowanie zgadzam się					Zdecydowanie nie zgadzam się
1	2	3	4		5

8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby

Zdecydowanie zgadzam się					Zdecydowanie nie zgadzam się
1	2	3	4		5

Załącznik 3.

WHOQOL BREF - Skala oceny jakości życia

Proszę przeczytać wszystkie pytania, wziąć pod uwagę swoje odczucia i zakreślić tę odpowiedź, która najlepiej odpowiada obecnym Państwa odczuciom

1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?

Wcale	Trochę	Średnio	Prawie wystarczające	Całkowicie wystarczające
1	2	3	4	5

2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

3. W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

4. W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

5. Jak bardzo cieszysz się życiem?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

6. W jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens, znaczenie?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

7. Jak łatwo możesz się skupić?

Wcale	Trochę	Dość łatwo	Bardzo łatwo	Niezwykle łatwo
1	2	3	4	5

8. Czy czujesz się bezpieczny w codziennym życiu?

Wcale	Trochę	Dość bezpieczny	Bardzo bezpieczny	Niezwykle bezpieczny
1	2	3	4	5

9. Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica, w której żyjesz?

Wcale	Trochę	Średnio zdrowa	Bardzo zdrowa	Niezwykle zdrowa
1	2	3	4	5

10. Czy masz wystarczająco dużo sił „energii” do prowadzenia normalnego życia?

Wcale	Trochę	Średnio wystarczające	Prawie wystarczające	Całkowicie wystarczające
1	2	3	4	5

11. Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?

Wcale	Trochę	Średnio wystarczające	W większości	Całkowicie
1	2	3	4	5

12. Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy, by zaspokoić swoje potrzeby?

Wcale	Trochę	Średnio wystarczające	Prawie wystarczające	Całkowicie wystarczające
1	2	3	4	5

13. Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?

Wcale	Trochę	Średnio wystarczające	W większości	Całkowicie
1	2	3	4	5

14. W jakim stopniu masz możliwość spędzenia wolnego czasu jakbyś chciał?

Wcale	Trochę	Średnio wystarczające	Prawie wystarczające	Całkowicie wystarczające
1	2	3	4	5

15. W jakim stopniu możesz się poruszać?

Bardzo źle	Źle	Ani dobrze, ani źle	Dobrze	Bardzo dobrze
1	2	3	4	5

16. Jak zadowolony jesteś ze swojego snu?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

17. Jak zadowolony jesteś ze swoich możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

18. Jak zadowolony jesteś ze swoich zdolności do pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

19. Jak zadowolony jesteś z samego siebie?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

20. Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

21. Jak zadowolony jesteś ze swojego życia seksualnego?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

22. Jak zadowolony jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

23. Jak zadowolony jesteś z warunków, w których mieszkasz?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

24. Jak zadowolony jesteś z dostępności do opieki medycznej?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

25. Jak zadowolony jesteś ze swej możliwości przemieszczania się?

Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani niezadowolony, ani zadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

26. Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?

Nigdy	Rzadko	Dość często	Zadowolony	Bardzo zadowolony
1	2	3	4	5

Załącznik 4.

SOC - 29 - Kwestionariusz orientacji życiowej

1. Gdy rozmawiasz ludźmi, czy masz poczucie, że nie rozumieją Cię?

 1 2 3 4 5 6 7

Nigdy nie mam takiego poczucia

Zawsze mam takie poczucie

2. W przeszłości, kiedy musiałeś zrobić coś, co zależało od współpracy z innymi ludźmi, czy miałeś poczucie, że to:

 1 2 3 4 5 6 7

Na pewno nie będzie zrobione

Za pewno zostanie zrobione

3. Pomyśl o ludziach, z którymi kontaktujesz się na co dzień, przy czym nie chodzi tu o Twoich najbliższych. Jak dobrze znasz większość z nich?

 1 2 3 4 5 6 7

Czujesz, że to obcy ludzie

Znasz ich bardzo dobrze

4. Czy masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cie, to co się dzieje wokół Ciebie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo rzadko lub nigdy

Bardzo często

5. Czy zdarzyło się w przeszłości, że byłeś zaskoczony zachowaniem ludzi, których – jak sądziłeś – dobrze znasz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Nigdy tak się nie zdarzyło

Zawsze tak było

6. Czy zdarzyło się, że zawiedli Cię ludzie, na których liczyłeś?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Nigdy się tak nie zdarzyło

Zawsze tak było

7. Życie jest:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo ciekawe

Jednostajne

8. Do tej pory w Twoim życiu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Nie było żadnych
wraźnych celów czy dążeń

Były bardzo wyraźne
cele czy dążenia

9. Czy masz poczucie, że jesteś traktowany niesprawiedliwie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo często

Bardzo rzadko lub nigdy

10. W ciągu ostatnich 20 lat Twoje życie było:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Pełne zmian i nie wiedziałeś,
co się za chwilę przydarzy

Całkowicie
uporządkowane i jasne

11. Większość tego, co będziesz robił w przyszłości, będzie prawdopodobnie:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Niezwykłe fascynująca

Śmiertelnie nudna

12. Czy miewasz wrażenie, że jesteś w nieznannej Ci sytuacji i nie wiesz, co zrobić?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo często

Bardzo rzadko lub nigdy

13. Co najlepiej opisuje Twój sposób patrzenia na życie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Zawsze można znaleźć wyjście
z przykrych sytuacji życiowych

Nie ma wyjścia
z przykrych sytuacji życiowych

14. Kiedy myślisz o swoim życiu, bardzo często:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Czujesz, jak dobrze jest żyć

Zadajesz sobie pytanie, po co w ogóle żyć

15. Kiedy stajesz przed trudnym problemem, wybór rozwiązania jest:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Zawsze zagmatwany i trudno go dokonać

Zawsze zupełnie jasny

16. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Ciebie źródłem:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Dużej przyjemności i zadowolenia

Przykrości i nudy

17. Twoje życie w przyszłości będzie prawdopodobnie:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Pełne zmian i nie będziesz wiedział,
co się za chwile wydarzy

Całkowicie uporządkowane
i jasne

18. Kiedy coś nieprzyjemnego zdarzało się w przeszłości byłeś skłonny:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Gryźć się tym i zamartwiać

Mówić sobie: „w porządku, muszę jakoś
z tym żyć” i dalej robić swoje

19. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo często

Bardzo rzadko lub nigdy

20. Kiedy robisz coś, co wprawia Cię w dobry nastrój:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Z pewnością pozostaniesz
w dobrym nastroju

Z pewnością stanie się coś,
co zepsuje Ci dobry nastrój

21. Czy zdarza się, że masz w sobie uczucia, których wolałbyś nie mieć?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo często

Bardzo rzadko lub nigdy

22. Przewidujesz, że Twoje życie osobiste będzie w przyszłości:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Zupełnie bez sensu czy celu

W pełni sensowne i celowe

23. Czy myślisz, że w przyszłości zawsze będą ludzie, na których będziesz mógł liczyć?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Jesteś pewny, że będą

Wątpisz, czy będą

24. Czy miewasz wrażenie, że nie wiesz, co dokładnie się wydarzy?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Bardzo często

Bardzo rzadko lub nigdy

25. Jak często czułeś się tak w przeszłości?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Nigdy

Bardzo często

26. Kiedy coś się zdarzyło, czy zwykle stwierdziłeś, że:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Przeceniłeś znaczenie tego wydarzenia
lub go nie doceniłeś

Widziałeś sprawy
we właściwych proporcjach

27. Kiedy myślisz o trudnościach, które możesz napotkać w ważnych dziedzinach naszego życia, czy masz poczucie, że:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Zawsze uda Ci się pokonać te trudności

Nie uda Ci się pokonać trudności

Załącznik 5.

Formularz świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu

Tytuł badania: *Aspiracje i bariery a jakość życia osób niepełnosprawnych fizycznie na terenie województwa lubelskiego*

Imię i nazwisko Pacjenta.....

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem Informację dla Pacjenta oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uczestniczenie w badaniu naukowym dotyczącym poznania aspiracji i barier oraz jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie na terenie województwa lubelskiego leczących się w uniwersyteckich szpitalach lubelskich, które prowadzone są przez Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie pod warunkiem, że wyniki badania będą wykorzystane dla dobra publicznego w sposób uniemożliwiający identyfikację osób badanych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z dn. 29 sierpnia 1997 r.) oraz przetwarzane przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie w zakresie i celu niezbędnym do przeprowadzenia tego badania, a także celach archiwalnych.

Posiadam wiedzę o dobrowolności podania danych. Zostałem również poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści danych dotyczących mnie, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z w/w Ustawy.

.....
Miejscowość, dnia

.....
Czytelny podpis Pacjenta

Załącznik 6.

Miejsca, w których przeprowadzono badania

Badania zostały przeprowadzone pośród pacjentów dwóch Uniwersyteckich Szpitalach znajdujących się na terenie miasta Lublin, były to:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 –
Lublin, ul. Stanisława Staszica 16
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 –
Lublin, ul. Jaczewskiego 8

Zjawisko niepełnosprawności jest obecnie jednym z najistotniejszych problemów społecznych, z którym mierzy się świat. Nieustannie rośnie liczba osób niepełnosprawnych, co stanowi ogromne wyzwanie nie tylko dla osób rządzących państwami, ale także dla organizacji międzynarodowych, stowarzyszeń, środowiska naukowego oraz grup zajmujących się osobami niepełnosprawnymi. Najtrudniejszym zadaniem jest włączenie tych osób we wszystkie dziedziny aktywności społecznej, a także zawodowej. Przy poszukiwaniu jeszcze szerszego kontekstu społecznego niepełnosprawności, należy zwrócić uwagę na wysoko usytuowaną pozycję zdrowia, sprawności fizycznej oraz siły witalnej w hierarchii wartości w naszym społeczeństwie, ale również produktywność, zawodowy sukces czy zamożność. [...]

Osoby niepełnosprawne oprócz zmagania się ze swoimi ograniczeniami w życiu muszą także przełamywać liczne stereotypy, często negatywne, w odbierze ich osoby przez społeczeństwo. Pokonywanie barier społecznych, a także psychicznych skutków niepełnosprawności w ogromnym stopniu przyczynia się do osiągnięcia optymalnego poziomu życia osób z niepełnosprawnością. Podejmowanie wszelkich działań, przedsięwzięć, tworzenie instytucji służących szeroko pojętej rehabilitacji osób niepełnosprawnych jest nieodzownym czynnikiem wpływającym na ich jakość życia. Należy jednak pamiętać, że działania te muszą koncentrować się zarówno na osobie z niepełnosprawnością, jak również na osobach z najbliższego otoczenia – rodzinie, środowisku lokalnym.

Celem pracy było poznanie opinii osób niepełnosprawnych fizycznie zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego na temat funkcjonowania jakości życia i barier na jakie napotykają w życiu. [...]

Kwestionariusze wręczone były osobiście, dając tym samym bezpośredni kontakt z osobami niepełnosprawnymi. Łącznie rozdanych zostało 280 ankiet, ostatecznie zakwalifikowano 233 poprawnie i kompletnie wypełnione ankiety. Badania zostały przeprowadzone pośród pacjentów dwóch Uniwersyteckich Szpitali znajdujących się na terenie miasta Lublin [...]