

ELŻBIETA KAMUSIŃSKA¹, TERESA STAWIŃSKA²

ANALIZA WYBRANYCH OBSZARÓW ŻYCIA OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH JAKO PRZYKŁAD ICH INTEGRACJI ZE
SPOŁECZEŃSTWEM

*ANALYSIS OF SELECTED AREAS OF LIFE OF THE DISABLED AS AN
EXAMPLE OF THEIR INTEGRATION WITH SOCIETY*

*АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ СФЕР ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ, КАК ПРИМЕР ИХ
ИНТЕГРАЦИИ С ОБЩЕСТВОМ*

*АНАЛІЗ ДЕЯКИХ СФЕР ЖИТТЯ ІНВАЛІДІВ, ЯК ПРИКЛАД ЇХ
ІНТЕГРАЦІЇ З СУСПІЛЬСТВОМ*

¹ Z Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
Dziekan: prof. dr hab. n. med. S. G ł u s z e k

² Z Zakładu Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji
Fizjoterapii i Balneoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik: dr n. med. P. M a j c h e r

W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczące analizy poczucia niepełnosprawności, zakresu samodzielności oraz wybranych obszarów życia osób niepełnosprawnych, tj. funkcjonowania w rodzinie, aktywności zawodowej i społecznej, jako przykład ich integracji ze społeczeństwem.

SŁOWA KLUCZOWE: niepełnosprawność, osoba niepełnosprawna, integracja społeczna, aktywność społeczna.

KEY WORDS: *the disabled, disability, social integration, social activity.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *инвалидность, инвалид, общественная интеграция, общественная активность.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *інвалідність, інвалід, суспільна інтеграція, суспільна активність.*

Integracja to proces łączenia odrębnych elementów w jedną całość. Termin „integracja społeczna” odnosi się do włączenia osób niepełnosprawnych we wszystkie sfery życia społecznego. Jej poziom uwarunkowany jest wieloma złożonymi czynnikami, które obejmują system społeczny, edukacyjny, ekonomiczny, prawny. Na przestrzeni ostatnich lat dla poprawienia sytuacji osób z ograniczoną sprawnością podejmowane były różnorodne działania w tych obszarach życia publicznego, np. utworzono szkoły, klasy integracyjne, powstały nowe możliwości zatrudniania na chronionym rynku pracy, opracowano akty prawne i standardy zabezpieczenia materialnego. W dalszym ciągu jednak daleko jest do stanu idealnego. Osoby niepełnosprawne przegrywają konkurencję ze zdrowymi pracownikami na rynku pracy. W tej grupie jest wielu bezrobotnych. W sferze kontaktów społecznych zmiany następują wolno; niepełnosprawni często

czują się osamotnieni, odizolowani od społeczeństwa, zamknięci w mieszkaniach i nieświadomi swoich praw.

Prowadzenie badań na temat aktywności niepełnosprawnych w rodzinie, w społeczności lokalnej, aktywności edukacyjnej, zawodowej pozwala monitorować sytuację tej grupy osób i modelować konstruktywnie podejmowane działania.

CEL BADAŃ

Celem badań była analiza poczucia niepełnosprawności i zakresu samodzielności oraz wybranych obszarów życia osób niepełnosprawnych, tj. funkcjonowania w rodzinie, aktywności zawodowej i społecznej, jako przykładu ich integracji ze społeczeństwem.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie 217 pacjentów oddziałów rehabilitacji na terenie województwa świętokrzyskiego. Wśród nich było 157 osób (72,4%) po przebytych udarze mózgu (U) oraz 60 osób (27,6%) po operacji protezoplastyki stawu biodrowego i/lub kolanowego (P). Badaną populację stanowiło 111 kobiet (51,2%) i 106 mężczyzn (48,8%). Wiek badanych osób wahał się od 26 do 87 lat (średnia wieku 63,43). Chorych podzielono na trzy grupy wiekowe: 26-49 lat (13,4%); 50-64 lata (30,4%); 65 lat i więcej (56,2%). Ponad połowa badanych, tj. 124 osoby (57,1%) mieszkała w mieście, a 93 osoby (42,9%) na wsi.

Do badań zakwalifikowano pacjentów na podstawie wstępnego rozpoznania lekarskiego ustalonego w oddziale rehabilitacji. Z badań wykluczono osoby, z którymi nie można było nawiązać logicznego kontaktu słownego z powodu afazji. Badaniom poddawano pacjentów w 8-9 dobie pobytu w oddziale rehabilitacji (czas hospitalizacji wynosił 21 dni).

Metodą doboru populacji do badań była metoda doboru celowego. W ramach tej metody zastosowano technikę wywiadu w oparciu o autorski Kwestionariusz wywiadu dla osób niepełnosprawnych hospitalizowanych w oddziałach rehabilitacji. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej i opisowej.

Analizy statystyczne prowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS v.12 pl.

Metody analiz istotności różnic dobierano stosownie do poziomu pomiarowego zmiennych, liczby kategorii w obrębie danej zmiennej oraz liczby porównywanych grup. W przypadku zmiennych kategorialnych, a także zmiennych porządkowych o małej liczbie kategorii, istotności różnic oceniano testem niezależności χ^2 lub testem χ^2 dla tabel czteropolowych.

W przypadku tabel czteropolowych, jeśli liczebność jednej z komórek wynosiła zero lub jej liczebność oczekiwana była mniejsza od 5, stosowano dokładny test Fishera. W przypadku zmiennych o poziomie pomiarowym porządkowym oraz zmiennych przedziałowych, odbiegających od rozkładu normalnego, do oceny różnic między grupami niezależnymi stosowano, zależnie od liczby porównywanych grup: przy 2 grupach — test *U Manna-Whitneya*; przy liczbie grup > 2 — test *Kruskala-Wallisa*.

Jako poziom krytyczny orzekania o istotności różnic przyjęto

prawdopodobieństwo błędu I rodzaju $p = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyk dla $p < 0,05$.

Prezentowane wyniki badań są częścią projektu na temat „Badania zakresów samodzielności funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku ich życia”.

WYNIKI BADAŃ

Poczucie niepełnosprawności

Na podstawie samooceny 77,4% respondentów uznało się za osoby niepełnosprawne; a 22,6% odpowiedziało, że nie uważają się za niepełnosprawnych. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między poczuciem niepełnosprawności osób a płcią, wiekiem, przyczyną niepełnosprawności, miejscem zamieszkania. Wraz z wiekiem wzrastały udziały badanych w kategorii odpowiedzi „jestem niepełnosprawna(y)” (26-49 lat: 65,5%; 50-64 lata: 77,3%; ≥ 65 lat: 80,3%) oraz malały w kategorii „nie uważam się za osobę niepełnosprawną” (26-49 lat: 34,5%; 50-64 lata: 22,7%; ≥ 65 lat: 19,7%). Pacjenci po przebytym udarze mózgu częściej niż po protezoplastyce stawu uznawali się za osoby niepełnosprawne (U: 81,5%; P: 66,7%).

Tabela I. Dlaczego uważa się Pan(i) za osobę niepełnosprawną – badani według przyczyny niepełnosprawności i miejsca zamieszkania.

Table 1. Why do you consider yourself as a disabled person – respondents by cause of disability and place of residence.

Таблиця 1. Чому Ви вважаєте себе інвалідом – досліджуєміє согласно причині інвалідності і місця мешкання.

Таблиця 1. Чому Ви вважаєте себе інвалідом – досліджувані згідно причини інвалідності і місця проживання.

Przyczyny poczucia niepełnosprawności		Przyczyna niepełnosprawności		Miejsce zamieszkania		Ogółem
		Protezoplastyka	Udar	Wieś	Miasto	
Trudności w lokomocji (poruszaniu się)	N	25	57	45	37	82
	%	62,5	44,5	58,4	40,7	48,8
Stan zdrowia	N	5	40	11	34	45
	%	12,5	31,3	14,3	37,4	26,8
Ograniczenie samodzielności (zależność od innych)	N	2	13	6	9	15
	%	5,0	10,2	7,8	9,9	8,9
Trudności lub brak możliwości wykonywania określonych prac	N	6	7	6	7	13
	%	15,0	5,5	7,8	7,7	7,7
Trudności w samoobsłudze	N	2	7	5	4	9
	%	5,0	5,5	6,5	4,4	5,4
Stałe przebywanie w łóżku	N	–	4	4	0	4
	%	–	3,1	5,2	0,0	2,4
Razem	N	40	128	77	91	168
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 11,76$ DF = 5, $p = 0,038$

$\chi^2 = 16,27$ DF = 5, $p = 0,006$

Osoby, które zaliczyły się do grona niepełnosprawnych zapytano o przyczynę takiej oceny. Wśród wymienionych powodów, na pierwszym miejscu znalazła się odpowiedź: ze względu na trudności w lokomocji (poruszaniu się) – 48,8%. Czwarta część osób (26,8%) za przyczynę swojej niepełnosprawności uznała zaburzenia stanu zdrowia. Pacjenci wskazywali również na ograniczenia samodzielności, uzależnienie od innych (8,9%), trudności lub brak możliwości wykonywania określonych prac (7,7%), trudności w samoobsłudze (5,4%), stałe przebywanie w łóżku (2,4%). Szczegółowy rozkład odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na kategorie niepełnosprawności i miejsce zamieszkania zaprezentowano w tabeli I.

Samoocena zakresu samodzielności

Pacjenci ocenili własny zakres samodzielności według przyjętych czterech kategorii: 1. zakres samodzielności pełny; 2. nieznacznie ograniczony; 3. znacznie ograniczony; 4. ograniczony całkowicie. Blisko połowa badanych (48,8%) określiła swoją samodzielność jako całkowicie ograniczoną; trzecia część (33,6%) wskazała na znaczne ograniczenie samodzielności; 15,7% na nieznacznie ograniczoną samodzielność; a jako pełną tylko 4 osoby (1,8%). Im wyższy był zakres ograniczenia samodzielności, tym wyższy był udział osób niepełnosprawnych.

Zakres samodzielności pacjentów związany był z ich wiekiem, oraz z przyczyną niepełnosprawności. Dokładne dane na ten temat przedstawiono w tabeli II.

Tabela II. Samoocena zakresu samodzielności – badani według wieku, przyczyny niepełnosprawności i miejsca zamieszkania.

Table II. Self-reported scope of independence – respondents by age, cause of disability and place of residence.

Таблиця II. Самооценка сфери самостійності – досліджувані згідно віку, причині інвалідності, причині інвалідності.

Таблиця II. Самооцінка сфери самостійності – досліджувані згідно віку, причині інвалідності і місця проживання.

Zakres samodzielności		Grupy wieku w latach			Przyczyna niepełnosprawności		Ogółem
		26-49	50-64	≥65	P	U	
Pełny	N	–	2	2	2	2	4
	%	–	3,0	1,6	3,3	1,3	1,8
Nieznacznie ograniczony	N	14	8	12	13	21	34
	%	48,3	12,1	9,8	21,7	13,4	15,7
Znacznie ograniczony	N	9	19	45	26	47	73
	%	31,0	28,8	36,9	43,3	29,9	33,6
Całkowicie ograniczony	N	6	37	63	19	87	106
	%	20,7	56,1	51,6	31,7	55,4	48,8
Razem	N	29	66	122	60	157	217
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Funkcjonowanie w rodzinie

Z analizy uzyskanych danych wynika, że w następstwie choroby, operacji

zakres obowiązków nie zmienił się tylko u 7,7% pacjentów.

U pozostałych badanych zakresy obowiązków w rodzinie uległy zmianie. Pacjenci dokładnie określili te obszary życia, w których nie brali udziału. Na pierwszym miejscu znalazło się stwierdzenie – obecnie nie wykonuję żadnych prac – 61,7%. Trzecia część osób (32,5%) nie wykonywała cięższych prac i nie brała udziału w załatwianiu spraw, które wymagały poruszania się na dalsze odległości. Kolejne grupy badanych wymieniły: nie wykonuję czynności prania (13,9%); nie pomagam w utrzymaniu porządku i czystości w mieszkaniu (6,7%); w ogóle nie pracuję w kuchni (5,7%); zrezygnowałam(em) z prowadzenia gospodarstwa rolnego i pracy w nim (4,8%); nie pracuję zawodowo (1,4%); nie biorę udziału w decyzjach dotyczących ważnych problemów (1,0%). 3,7% nie określiło rodzajów zmian w pełnionych rolach ze względu na nieobecność w domu od czasu zachorowania, operacji.

Zakres obowiązków częściej nie zmienił się wśród osób w najmłodszej grupie wieku (26-49 lat: 13,8%; 50-64: 8,1%; \geq 65: 5,6%). Znamienne częściej nie wykonywali żadnych prac mężczyźni w porównaniu z kobietami (M: 71,7%; K: 52,7%).

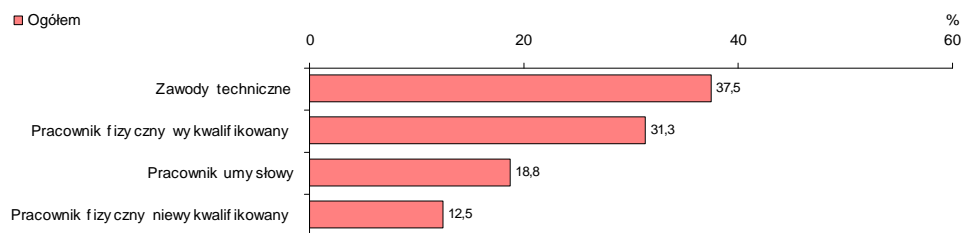
Aktywność zawodowa

Ważnym obszarem integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem jest ich sytuacja zawodowa. Badane osoby były pytane o fakt aktualnego zatrudnienia, konieczność codziennych dojazdów do pracy, rodzaj wykonywanego zawodu przed zachorowaniem/operacją, zawód wykonywany obecnie, fakt zmiany zawodu lub obowiązków po zachorowaniu/operacji, chęć i możliwości podjęcia pracy w obecnej sytuacji zdrowotnej.

W badanej populacji tylko 7,4% osób (16 pacjentów) było czynnych zawodowo. Stwierdzono, związek między aktywnością zawodową i wiekiem badanych ($\text{Chi}^2 = 34,49$). Im starsza była kategoria wieku, tym mniejszy był odsetek osób aktywnych zawodowo (26-49: 31,0%; 50-64: 10,6%). W grupie wieku ≥ 65 lat żaden z respondentów nie pracował, dlatego w dalszych analizach, które dotyczyły aktywności zawodowej, ta kategoria wieku była pomijana.

Z analizy danych dotyczących miejsc pracy stwierdzono, że 11 osób aktywnych zawodowo pracowało w instytucjach państwowych (budżetowych), a 5 w zakładach prywatnych. Spośród osób zaliczonych do subpopulacji pracujących codziennie do pracy dojeżdżało 12 respondentów.

W okresie sześciu miesięcy przed wystąpieniem udaru mózgu lub przebytą protezoplastyką stawu czynnych zawodowo było 29,0% ogółu badanych. Pracowali oni w takich zawodach, jak: pracownik fizyczny wykwalifikowany (39,7%), pracownik umysłowy (27,0%), technik (15,9%), pracownik fizyczny niewykwalifikowany (11,1%), rolnik, leśnik (6,3%) – ryc. 1. Z uzyskanych danych odnośnie aktualnie wykonywanych przez respondentów zawodów (ryc. 2) stwierdzono, że 37,5% pracowało w zawodach technicznych, 31,3% jako pracownicy fizyczni wykwalifikowani, 18,8% jako pracownicy umysłowi, 12,5% – pracownicy fizyczni niewykwalifikowani. Ze względu na małe liczebności w poszczególnych polach tabeli szczegółowe analizy nie były omawiane.

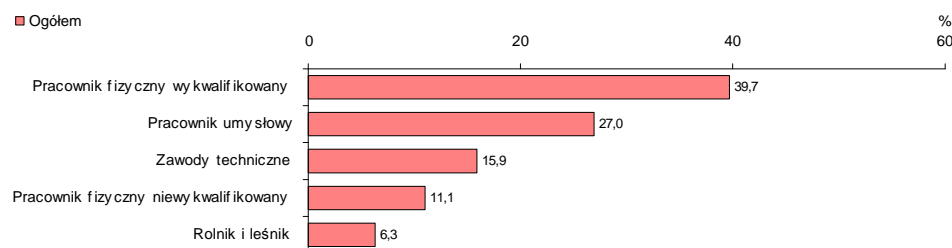


Ryc. 1. Zawód wykonywany do czasu zachorowania, operacji (okres 6 miesięcy) – badane osoby ogółem.

Fig. 1. Occupation performed before the disease, surgery (6 months period) – total number of respondents.

Рис. 1. Профессия, выполняемая до момента заболевания, операции (период 6 месяцев) – исследуемые лица в общем.

Мал. 1. Професія, що виконувалася до моменту захворювання, операції (період 6 місяців) – досліджувані особи загалом.



Ryc. 2. Aktualnie wykonywany zawód – badane osoby ogółem.

Fig. 2. Occupation performed at present – total number of respondents.

Рис. 2. Актуально выполняемая профессия – исследуемые лица, в общем.

Мал. 2. Актуально виконувана професія – досліджувані особи, загалом.

Z grupy osób czynnych zawodowo tylko jedna zmieniła miejsce pracy po zachorowaniu/operacji; trzy osoby miały zmieniony zakres wykonywanych obowiązków zawodowych, 13 osób pozostało na tych samych warunkach zatrudnienia.

Osoby biernie zawodowo zapytano o chęć podjęcia pracy (tab. III). Nieliczna grupa pacjentów (12,4%) zgłosiła chęć podjęcia pracy, głównie osoby najmłodsze.

Badane osoby wskazały rodzaje miejsc pracy, które akceptowałyby przy podjęciu zatrudnienia. 9 osób niepełnosprawnych (36,0%) chciałoby wykonywać pracę chałupniczą w domu, 16 osób (64,0%) w warunkach chronionych lub w innych miejscach, tj. we własnej firmie, biurze, handlu, w instytucji świadczącej opiekę nad osobami chorymi, w gospodarstwie rolnym, w każdym miejscu pracy. Na własny rachunek chciało pracować tylko 3 pacjentów.

Tabela III. Chęć podjęcia pracy przez osoby niepełnosprawne bierne zawodowo – badani według płci, wieku i przyczyny niepełnosprawności.

Table III. Willingness to undertake occupational activity by the disabled occupationally inactive – respondents by gender, age and causes of disability.

Таблиця III. Желание трудоустроиться среди инвалидов профессионально неактивных – исследуемые согласно полу, возрасту и причине инвалидности.

Таблиця III. Бажаання працевлаштуватися серед інвалідів професійно неактивних – досліджувані згідно статі, віку і причини інвалідності.

Chęć podjęcia pracy:		Płeć		Grupy wieku w latach			Przyczyna niepełnosprawności		Ogółem
		K	M	26-49	50-64	≥65	P	U	
Nie ma	N	92	84	12	49	115	46	130	176
	%	88,5	86,6	60,0	83,1	94,3	86,8	87,8	87,6
Jest	N	12	13	8	10	7	7	18	25
	%	11,5	13,4	40,0	16,9	5,7	13,2	12,2	12,4
Razem	N	104	97	20	59	122	53	148	201
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi² = 0,16 Chi² = 20,08 Chi² = 0,39

DF = 2; p = 0,000

W grupie osób biernych zawodowo, główną przyczyną niechęci do podjęcia pracy były zaburzenia stanu zdrowia (78,2%), zgłaszane głównie przez osoby z najmłodszej grupy wieku (26-49: 90,0%; 50-64: 78,3%; ≥ 65: 77,2%).

Na drugim miejscu, pod względem udziałów odsetkowych znalazła się odpowiedź – w ogóle nie chcę pracować (17,1%). Byli to głównie badani najstarsi (≥ 65: 21,1%, 50-64: 10,9%). Należy podkreślić, że takich osób nie było wśród najmłodszych, natomiast dwukrotnie częściej tej odpowiedzi udzielali mieszkańcy miast (22,2%) aniżeli wsi (9,9%). Na brak możliwości podjęcia pracy wskazywało 4,7% respondentów, a sześć osób nie umotywoowało swojej odpowiedzi.

Wszystkie osoby niepełnosprawne zapytano o możliwości podjęcia pracy w miejscu zamieszkania. W oparciu o uzyskane dane stwierdzono, że 65,0% osób nie miało takich możliwości, piąta część ankietowanych (21,2%) nie miała wiedzy na ten temat. Na pracę w miejscu zamieszkania mogło liczyć jedynie 12,9% badanych.

Udział w życiu społecznym

Ponad połowa niepełnosprawnych (61,8%) stwierdziła, że jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym, w tym: 45,6% po pokonaniu szeregu barier; a 16,1% w pełni. Pozostali (38,2%) uznali, że nie mogą uczestniczyć w tej dziedzinie życia.

Aktywność społeczna związana była z wiekiem i przyczyną niepełnosprawności. Im osoby były starsze, tym niższe były udziały tych, którzy deklarowali chęć uczestniczenia w życiu społecznym. Pacjenci po protezoplastyce stawu dwukrotnie częściej mogli w pełni brać udział w życiu społeczności (Protezoplastyka: 25,0%; Udar: 12,7%). Osoby po udarze mózgu uzyskały wyższe odsetki (Udar: 42,7%, Protezoplastyka: 26,7 %) w kategorii – nie może być aktywny.

Osoby, które nie wyrażały potrzeby aktywności społecznej, jako przyczyny podawały: trudności w czynnościach lokomocyjnych (43,4%), zaburzenia stanu

zdrowia (30,1%); ograniczenia samodzielności i inne przyczyny, np. brak akceptacji społecznej, niechęć do tego rodzaju aktywności (19,3%). 7,2% nie podało żadnych przyczyn (tab. IV.).

Tabela IV. Przyczyny niechęci do aktywności społecznej – badani według wieku, przyczyny niepełnosprawności i miejsca zamieszkania.

Table IV. Causes of unwillingness for social activity - - respondents by age, causes of disability and place of residence.

Таблица IV. Причины нежелания участвовать в общественной жизни – исследуемые согласно возрасту, причине инвалидности и месту жительства.

Таблиця IV. Причини небажання брати участь в суспільному житті – досліджувані згідно віку, причини інвалідності і місця проживання.

Przyczyny niechęci		Grupy wieku w latach			Przyczyna niepełnosprawności		Miejsce zamieszkania		Ogółem
		26-49	50-64	≥65	P	U	W	M-o	
Trudności w lokomocji (poruszaniu się)	N %	2 66,7	10 47,6	24 40,7	11 68,8	25 37,3	19 46,3	17 40,5	36 43,4
Stan zdrowia	N %	– –	6 28,6	19 32,2	4 25,0	21 31,3	9 22,0	16 38,1	25 30,1
Ograniczenie samodzielności (zależność od innych) i inne	N %	1 33,3	3 14,3	12 20,3	1 6,3	15 22,4	9 22,0	7 16,7	16 19,3
Bez uzasadnienia	N %	– –	2 9,5	4 6,8	– 0,0	6 9,0	4 9,8	2 4,8	6 7,2
Razem	N %	3 100,0	21 100,0	59 100,0	16 100,0	67 100,0	41 100,0	42 100,0	83 100,0

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Jednym z istotnych czynników w integracji osób niepełnosprawnych jest ich poczucie niepełnosprawności, akceptacja sytuacji życiowej, w której się znajdują. Na adaptację do istniejących dysfunkcji wynikających z niesprawności ma wpływ miejsce zamieszkania. W badanej populacji mieszkańcy wsi częściej aniżeli mieszkańcy miast uważali się za osoby niepełnosprawne. I. D. Karwat i wsp. podkreślają, że „duże znaczenie dla osoby niepełnosprawnej ma miejsce zamieszkania (tj. miasto i wieś). Niepełnosprawni (...) podlegają działaniu szeregu specyficznych uwarunkowań zdrowotnych, ekonomicznych i psychologicznych...”. W środowisku wiejskim występują dodatkowe, negatywne uwarunkowania związane zwykle z trudniejszymi warunkami życia [1].

Praca i zawód stanowią istotny element życia każdego człowieka. Praca ludzka definiowana jako „celowe i zorganizowane działanie, w procesie, którego przekształca się rzeczywistość i tworzy określone dobra materialne i duchowe celem zaspokojenia potrzeb ludzi” [2] „jest źródłem dochodów, organizacji czasu, płaszczyzną kontaktów społecznych, zadowolenia, samorealizacji”, a zawód – „jest źródłem poczucia tożsamości, poczucia jakości życia, identyfikacji z rolą

społeczną” [3]. Praca dla osób niepełnosprawnych, podobnie jak dla ludzi zdrowych, jest podstawowym źródłem dochodu, a ponadto pełni funkcje rehabilitacyjną i socjalizacyjną [2].

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych była trzykrotnie niższa niż aktywność zawodowa ludności ogółem i związana była z kategorią, charakterem, rodzajem i trwałością niepełnosprawności [4]. Przez ostatnie 6 miesięcy poprzedzające zachorowanie lub operację pracowało 29,0% respondentów. W czasie badania czynnych zawodowo było 7,4% osób. Aktywność zawodowa zależała od wieku, pracowały osoby w wieku do 65 roku życia. W badaniach własnych podobnie jak w badaniach GUS [4], wśród osób niepełnosprawnych biernych zawodowo oraz wśród ogółu ludności biernej przeważały nieznacznie kobiety, a większość osób niepełnosprawnych biernych zawodowo była mieszkańcami miasta.

Nabycie niepełnosprawności fizycznej „oznacza (...) rezygnacje i straty”, które dotyczą m. in. pracy i profesji [5].

Chęć podjęcia pracy przez osoby bierne zawodowo związana była z ich wiekiem. Aktywnymi zawodowo chciało być 12,4% osób, głównie najmłodszy (40,0%). Potencjalne miejsca pracy były różne, jednak należy zaznaczyć, że osoby niepełnosprawne bardzo rzadko chciały pracować na własny rachunek. W krajach zachodnich ta forma zatrudnienia jest popularna wśród niepełnosprawnych dzięki działaniom Europejskiego Funduszu Społecznego, który przeznaczają znaczne środki finansowe z tzw. funduszy strukturalnych na tworzenie własnych miejsc pracy. Badania przeprowadzone w ramach rządowego „Programu działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze środowiskiem” [6] potwierdzają, że część osób nie określała warunków pracy, podjęłaby każdą pracę (11,6%), pracę chałupniczą (8,6%) oraz pracę zgodną z wyuczonym zawodem (6,9%).

Przyczynami niechęci do podjęcia pracy przez respondentów były głównie zaburzenia stanu zdrowia (78,2%). Badania własne są zbieżne z wynikami innych autorów [5, 7, 8] i potwierdzają, że zły stan zdrowia jest „istotnym ilościowym czynnikiem w syndromie obniżonej indywidualnej aktywności zawodowej” [5].

Pracy w miejscu zamieszkania nie było dla większości niepełnosprawnych (65,9%). P. Ziętek i wsp. wykazali, że wiele osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego nie znajdowało pracy z powodu niechęci pracodawców w ich zatrudnianiu [8].

Wielu autorów wskazuje na problemy aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych [2, 5, 6, 9]. Wymieniane są grupy modyfikatorów, które wpływają na dostęp do rynku pracy. Są to: warunki pracy, jakie panują na stanowiskach pracy dostępnych dla osób niepełnosprawnych, świadomość pracodawców, świadomość współpracowników osób niepełnosprawnych [7].

Blisko czwarta część respondentów (38,2%) nie mogła uczestniczyć w życiu społecznym. Główna przyczyna bierności społecznej leżała w trudnościach lokomocyjnych (43,4%). Dla trzeciej części osób (30,1%) powodem niechęci do udziału w tej dziedzinie życia był stan zdrowia, Na ograniczenie samodzielności, zależność od innych wskazywał co piąty badany (19,3%). Zdaniem A. Ostrowskiej, J. Sikorskiej [5] ograniczenia funkcjonalne znacznie

silniej determinują aktywność życiową niepełnosprawnych, w tym społeczną, aniżeli dolegliwości somatyczne czy psychiczne. A wraz ze wzrostem ograniczeń funkcjonalnych wzrasta ogólna „pasywność życiowa i niechęć”.

Nadal istnieją potrzeby usprawniania, modyfikowania, podejmowania inicjatyw, które pełniej integrują poszczególne osoby i grupy niepełnosprawnych ze społeczeństwem. W tym zagadnieniu istotne jest rozpoznawanie zakresów funkcjonowania osób z ograniczoną sprawnością, opracowanie programów poszerzania tych zakresów i ich wdrażanie. Równoległe z tymi działaniami należy propagować wśród społeczeństwa zasady humanitaryzmu i sprawiedliwości w codziennym życiu.

WNIOSKI

1. Dla większości badanych osób, niepełnosprawność była przyczyną zmian w funkcjonowaniu w rodzinie i w środowisku zawodowym i społecznym.

2. Ponad połowa osób niepełnosprawnych deklarowała chęć aktywnego udziału w życiu społecznym, ale znaczna część z nich dopiero po pokonaniu różnych barier.

3. Wskazane jest dalsze prowadzenie działań zmierzających do zwiększania udziału osób niepełnosprawnych w różnych sferach życia społecznego, w szczególności zwiększanie ich samodzielności i niezależności, edukacja i pomoc rodzinom i opiekunom osób z zaburzeniami sprawności, preorientacja zawodowa, propagowanie samozatrudnienia, tworzenie miejsc pracy na zamkniętym i otwartym rynku pracy możliwie najbliżej miejsca zamieszkania, edukacja pracodawców, likwidowanie barier społecznych (mentalnych), urbanistycznych i architektonicznych.

E. Kamusińska, T. Stawińska

ANALYSIS OF SELECTED AREAS OF LIFE OF THE DISABLED AS AN EXAMPLE OF THEIR INTEGRATION WITH SOCIETY

Summary

Integration is the process of joining separate elements into the whole. The term 'social integration' refers to the inclusion of the disabled in all spheres of social life. The level of integration is conditioned by many complex factors which cover the social, education, economic and legal systems.

The objective of the study was analysis of the feeling of disability, scope of independence, and selected spheres of life of the disabled, i.e. functioning in a family, occupational and social activity, as an example of their integration with society, among 217 patients who had undergone cerebral stroke or prosthetic surgery of hip and knee, hospitalized in rehabilitation departments in the Kielce Region.

Based on a self-reported survey, 77.4% considered themselves as disabled, most frequently due to difficulties with motor activity – 48.8%. As a result of disability, 7.7% of patients did not change the family roles they performed, and 7.4% were occupationally active. A small group of respondents (12.4%) reported willingness to undertake occupational activity, mainly those who were the youngest. More than a half of the disabled (61.8%) admitted that they were capable of participating in social life.

1. For the majority of respondents disability was the cause of changes in their functioning in a family, as well as in the occupational and social environments.
2. More than a half of the disabled declared willingness to actively participate in social life; a great number of them, however, only after overcoming various barriers.
3. The carrying out further activities aimed at increasing the participation of the disabled in various spheres of social life is recommended.

E. Камусиньска, Т. Ставиньска

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ СФЕР ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ, КАК ПРИМЕР ИХ ИНТЕГРАЦИИ С ОБЩЕСТВОМ

Аннотация

Интеграция это процесс, соединяющий отдельные элементы в одно целое. Термин „общественная интеграция” определяется, как включение инвалидов во все области общественной жизни. Ее уровень обусловлен многими составными факторами, которые охватывают общественную, образовательную, экономическую, юридическую системы.

Целью исследований был анализ ощущения ограниченных возможностей, рамок самостоятельности, а также некоторых сфер жизни инвалидов, т.е. функционирования в семье, профессиональной и общественной активности, как пример их интеграции с обществом в группе 217 пациентов после инсульта или операции по протезированию тазобедренного/коленного сустава, госпитализированных в отделениях реабилитации на территории Свентокшиского воеводства.

На основе самооценки 77,4% респондентов, считают себя инвалидами, чаще всего по причине трудностей при передвижении – 48,8%. В результате инвалидства 7,7% пациентов не изменило выполняемых ролей в семье, а 7,4% респондентов было профессионально активных. Немногочисленная группа исследуемых (12,4%) проявило желание трудоустроиться, главным образом молодые люди. Свыше половины инвалидов (61,8%) утверждало, что могут принимать участие в общественной жизни.

1. Для большинства исследуемых лиц, инвалидность была причиной изменений в функционировании в семье и в профессиональной и общественной среде.

2. Свыше половины инвалидов декларировала желание активно участвовать в общественной жизни, но значительная часть респондентов, только после преодоления разных барьеров.

3. Рекомендовано последующее ведение действий, направленных на увеличение участия инвалидов в разных областях общественной жизни.

E. Камусиньска, Т. Ставиньска

АНАЛІЗ ДЕЯКИХ СФЕР ЖИТТЯ ІНВАЛІДІВ, ЯК ПРИКЛАД ЇХ ІНТЕГРАЦІЇ З СУСПІЛЬСТВОМ

Анотація

Інтеграція це процес, який сполучає окремі елементи в одне ціле. Термін „суспільна інтеграція” окреслюється, як включення інвалідів до усіх сфер суспільного життя. Її рівень обумовлений багатьма складеними чинниками, які охоплюють суспільну, освітню, економічну, юридичну системи.

Метою досліджень був аналіз відчуття обмежених можливостей, рамок самостійності, а також деяких сфер життя інвалідів, тобто функціонування в сім'ї, професійної і суспільної активності, як прикладу їх інтеграції з суспільством в групі 217 пацієнтів після інсульту або операції по протезуванню тазостегнового/колінного суглоба, госпіталізованих у відділеннях реабілітації на території Свентокшиського воеводства.

На основі самооцінки 77,4% респондентів, вважають себе інвалідами, найчастіше унаслідок труднощів при пересуванні – 48,8%. В результаті інвалідності 7,7% пацієнтів не змінило виконуваних ролей в сім'ї, а 7,4% респондентів було професійно активних. Нечисленна група досліджуваних (12,4%) проявило бажання працевлаштуватися, головним чином молоді люди. Понад половина інвалідів (61,8%) декларувала бажання брати участь в суспільному житті.

1. Для більшості досліджуваних осіб, інвалідність була причиною змін в функціонуванні в сім'ї і в професійному і суспільному середовищі.

2. Більш ніж половина інвалідів декларувала бажання активно брати участь у суспільному житті, але значна частина респондентів, лише після подолання різних бар'єрів.

3. Рекомендовано подальше ведення дій, направлених на збільшення участі інвалідів у різних сферах суспільного життя.

PIŚMIENNICTWO

1. Karwat ID., Jabłoński L.: Medyczne i społeczne problemy osób niepełnosprawnych. W: Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych. Red. Jabłoński L., Karwat ID. Wyd. Czelej, Lublin 2001, 161.

2. Król M., Przybyłka A.: Rynek pracy osób niepełnosprawnych. W: Niepełnosprawni w środowisku społecznym. Red. Frąckiewicz L. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Katowice 1999, 143.

3. Ochonczenko H.: Sytuacja na rynku pracy osób niepełnosprawnych w dobie zmian społecznych i gospodarczych Polski. W: Sytuacja niepełnosprawnych w różnych fazach życia. Red. Bąbka J. Wyd. Żak, Warszawa 2004, 223.

4. Osoby niepełnosprawne, ich gospodarstwa domowe oraz rodziny w latach 1988–2002. Wyd. GUS, Warszawa 2004, 43, 139.

5. Ostrowska A., Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji. Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1996.

6. Ostrowska A., Sikorska J.: Różnice między sytuacją życiową niepełnosprawnych na wsi i w mieście. W: Niepełnosprawni na wsi. Red. Piątkowski W., Ostrowska A. Wyd. PAN, Warszawa 1994, 61.

7. Karwat ID.: Możliwości rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenach wiejskich. Problemy Rehabil. Społ. i Zaw. 1997, 4 (154), 40.

8. Ziętek P., Gusta A., Bohatyrewicz A.: Aktywność zawodowa chorych z tetra- i paraplegią pourazową. Postępy Rehabil. 1999, 13 (4), 77.

9. Frąckiewicz L.: Demograficzno-społeczne problemy osób niepełnosprawnych. Polityka Społ. 2001, 4, 2.

Data otrzymania: 02.10.2008.

Adres Autorów: Elżbieta Kamusińska, 26-050 Zagnańsk, woj. Świętokrzyskie, Tumlin-Osowa, ul. Sosnowa 24.