

Sytuacja zdrowotna i socjalno-bytowa osób niepełnosprawnych i ich rodzin w naturalnych środowiskach zamieszkania

Health and welfare situation of the disabled and their families in their natural residential environment

Ewa Sienkiewicz¹_{A-G}, Jolanta Szymańska²_{A,D,E,F}

1 Uniwersytet Medyczny w Lublinie

2 Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Oceniono sytuację zdrowotną i socjalno-bytową osób niepełnosprawnych i ich rodzin w naturalnym środowisku zamieszkania.

Badaniami objęto 199 osób niepełnosprawnych ruchowo i ich rodziny. W domach pomocy społecznej mieszkało 99 osób niepełnosprawnych, w domach rodzinnych - 100 osób niepełnosprawnych. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego.

Osoby niepełnosprawne mieszkające w domach pomocy społecznej to głównie samotne kobiety, pochodzące ze środowisk wiejskich, z wykształceniem podstawowym, których problemy zdrowotne wynikały z dysfunkcji narządu ruchu i układu nerwowego. W przewadze były to osoby o ograniczonej samodzielności, wymagające doraźnej pomocy i opieki, a także niesamodzielne, potrzebujące całodobowej opieki.

Niepełnosprawni mieszkający w domach rodzinnych to osoby pochodzące ze środowisk miejskich z wykształceniem średnim lub wyższym. Korzystny wpływ na sytuację socjalno-bytową niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych miał wysoki odsetek osób aktywnych zawodowo w rodzinie. W domach rodzinnych było więcej osób z ograniczoną samodzielnością, które dzięki wsparciu swojej rodziny lepiej radzą sobie z utratą niepełnosprawności i jej psychologicznymi skutkami w porównaniu z osobami mieszkającymi w domach pomocy społecznej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, przystosowanie do życia z niepełnosprawnością, radzenie sobie z niepełnosprawnością, rodzina z osobą niepełnosprawną, domy pomocy społecznej

Abstract

The aim of this study was to assess the health and welfare situation of the disabled and their families in their natural residential environment.

The study covered 199 persons with motor disability and their families. Ninety-nine study participants lived in nursing homes, while 100 – in their family homes. The study was conducted using a diagnostic survey.

The disabled who lived in nursing homes were mainly single women from rural environments, with primary education; their health problems were related to the disorders of motor organs and nervous system. Most of them either had limited independence and needed occasional care or were fully dependent and needed twenty-four-hour care.

The surveyed disabled who lived in family homes came from urban environments and had secondary or university education. The welfare situation of the disabled living in family homes was positively affected by a high percentage of professionally active family members. Thanks to the support of their families, people with a limited independence that lived in family homes coped with their disability and its psychological effects better than the disabled living in nursing homes.

Keywords: disability, adaptation to living with a disability, coping with disability, the family of the person with a disability, nursing homes

Wstęp

Na sytuację zdrowotną i socjalno-bytową osób niepełnosprawnych i ich rodzin wpływa wiele czynników, m.in. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pochodzenie społeczne, źródła utrzymania. Istotne znaczenie ma ocena sytuacji zawodowej rodziny i jej pozycji materialnej. Informacje o rodzinie osób niepełnosprawnych jej liczebności, źródle utrzymania, stopniu zaspokojenia podstawowych potrzeb socjalno-bytowych są wskaźnikami przyczyn korzystania z pomocy społecznej. Sytuacji zdro-

wotna rodziny i osób niepełnosprawnych jest zależna nie tylko od dostępu do świadczeń zdrowotnych ale również od występujących w rodzinach uzależnień. Za czynniki determinujące sytuację zdrowotną osób niepełnosprawnych w naturalnych środowiskach zamieszkania uznano cechy charakteryzujące niepełnosprawność: grupa inwalidzka, rodzaj schorzenia, przyczyna niepełnosprawności, rodzaj dysfunkcji, stopień samodzielności oraz ograniczenia funkcjonalne. Obniżają one jakość życia i stanowią przyczynę problemów psychospołecznych osób niepełnosprawnych i rodzin.

Niepełnosprawność jest sytuacją psychologicznie nową i trudną w obszarze „akceptacji straty”. Nieradzenie sobie z niepełnosprawnością stanowi konsekwencję braku przystosowania do życia w sytuacji trudnej. Niepełnosprawność powoduje zachwianie równowagi między potrzebami i zadaniami jednostki a sposobami i warunkami jej realizacji, które dotychczas uznawane były za normalne. Sytuacje trudne tworzą czynniki zagrażające i zakłócające aktywność osoby niepełnosprawnej. Konsekwencją jest zmiana zachowania osoby, a zachowanie jest adekwatne do sytuacyjnych uwarunkowań stanu deprywacji, przeciążenia, zagrożenia i utrudnienia [1].

Sposób funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w środowisku zamieszkania determinuje postawy zdrowotne, sprzyja zdrowiu, lub może mieć negatywny wpływ na jego zachowanie. Zaspokojenie potrzeb socjalno-bytowych stanowi bazę zabezpieczenia socjalnego. Duże znaczenie ma sytuacja rodzinna osób wspólnie zamieszkujących, prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, występowanie konfliktów w rodzinie oraz zagrożenia ze strony środowiska. Przemoc w rodzinie i przemoc społeczna, negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin, prowadzą do ograniczenia aktywności społecznej i wykluczenia społecznego.

Osoba niepełnosprawna oczekuje przede wszystkim wsparcia ze strony rodziny. W przypadku braku pomocy i opieki ze strony najbliższych, oczekiwane jest wsparcie ze strony systemu instytucjonalnego.

Podstawowym kryterium decydujące o rodzajach i formach pomocy społecznej jest ocena sytuacji zdrowotnej i socjalno-bytowej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. W zależności od potrzeb może dotyczyć pomocy materialnej, usług opiekuńczych, skierowania do ośrodka wsparcia lub mieszkania chronionego oraz ewentualnego umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Wzrost liczby osób niepełnosprawnych, wydłużenie długości trwania życia, prognozowany ujemny przyrost naturalny wskazują na narastanie problemu zapewnienia odpowiedniej pomocy i jakości życia osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Jednym z zadań opieki zdrowotnej jest utrzymanie osób niepełnosprawnych, chorych i starszych w dotychczasowym środowisku w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności. Istotne jest zapewnienie im odpowiedniej jakości życia bez względu na rodzaj niepełnosprawności i subiektywność spostrzegania tej grupy osób. Umiejętność życia w niepełnosprawności stanowi wartość szczególną, bowiem mimo funkcjonalnych i psychologicznych ograniczeń – pozwala niepełnosprawnym potwierdzać swoją użyteczność i pełnowartościowość w społeczeństwie pełnosprawnych

Tradycyjne ujęcie zdrowia implikuje stan fizjologiczno-biologiczny organizmu i jego funkcjonowanie na

poziomie norm uznanych za prawidłowe. Człowiek stanowi jedność socjo-psycho-fizyczną w całokształcie harmonijnych elementów oraz współdziałania poszczególnych narządów. Każde zaburzenie zdrowia, na skutek działania czynników zewnętrznych lub wewnętrznych, może spowodować uszkodzenie poszczególnych narządów lub czynności. Konsekwencją jest trwałe lub okresowe ograniczenie sprawności organizmu określane jako niepełnosprawność [2].

Istnieje wiele określeń niepełnosprawności. Najbardziej adekwatną jest opracowana, przez WHO, która określa niepełnosprawność jako konsekwencje stanu zdrowia (choroby, zaburzenia, np. genetycznego lub urazu), czyli ograniczenia możliwości funkcjonowania człowieka na trzech poziomach jego życia: biologicznym, osobowym i społecznym [3].

Potoczne rozumienie niepełnosprawności jest związane z organem somatycznym - narządem ruchu, zmysłu, centralnym układem nerwowym i starością. Badania dowodzą, że niepełnosprawność somatyczna ma swoje następstwa psychologiczne. Utrata sprawności i zdrowia stawia pacjenta w sytuacji nadmiernego obciążenia systemu regulacji, wzbudza stan napięcia emocjonalnego i wywołuje zmiany w różnych sferach psychiki [4].

Kowalik [5] proponuje określenie niepełnosprawności jako utratę zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, psychologicznym i społecznym. Obejmuje ona:

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

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych rozpatrywane jest przede wszystkim w aspekcie przystosowania się jednostki do życia z niepełnosprawnością. Jest to możliwe w sytuacji osiągnięcia kontinuum na płaszczyznach: niepełnosprawność – funkcjonowanie. Ważną rolę odgrywają tu czynniki psychologiczne i społeczne. Oba te uwarunkowania wzajemnie na siebie oddziałują. Odczuwanie braku sprawności i ograniczenie osobistej niezależności w wielu dziedzinach życia, stanowią przyczyny niezaspokojenia wielu potrzeb. Trudności w kształtowaniu realnego obrazu samego siebie, stosowanie mechanizmów obronnych powodują, że w wyniku tych problemów mogą pojawiać się trudności w zakresie przystosowania społecznego [6].

Nieodzownym elementem do osiągnięcia stanu optymalnego przystosowania do życia z niepełnosprawnością dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin jest umiejętność radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Niepełnosprawność i jej psychospołeczne konsekwencje to sytuacje stresogenne dla osób nią dotkniętych.

Radzenie sobie to charakterystyczny dla danej osoby styl, którego znajomość pozwala przewidywać jej zachowanie wobec trudności. Traktować go można również jako proces charakteryzujący się określoną dynamiką i stosowaniem różnych strategii, które zależą od interakcji czynników podmiotowych i sytuacyjnych. Człowiek reagując na sytuację problemową koncentruje się: albo na zmianach fizjologicznych będących skutkiem stresu, albo na czynnikach psychologicznych i poznawczych [7]. Radzenie sobie z niepełnosprawnością polega na skoncentrowaniu się na niej i ocenie jej jako stresora. Podjęte czynności dotyczą albo koncentracji na problemie, która obejmuje proces ukierunkowany na uporanie się z wewnętrznymi lub zewnętrznymi wymaganiami, które są spostrzegane jako nadmiernie obciążające, czyli przekraczające zasoby danej jednostki (opanowanie stresora w celu zmniejszenia lub opanowania jego negatywnych właściwości monitorowanie stresu, strukturalizacja, wykorzystanie umiejętności społecznych), albo **na koncentracji na emocjach**, zmierzającej do opanowania reakcji emocjonalnej związanej z działaniem stresora. Każda strategia, którą przyjmuje człowiek w radzeniu sobie z problemami zawiera komponenty warunkujące jej skuteczność. Są to: **racjonalność** – trafna, obiektywna ocena sytuacji, **elastyczność** – wyrażająca się w możliwościach dysponowania różnymi strategiami w radzeniu sobie oraz **dalekowzroczność** – określająca zdolność przewidywania skutków zastosowanej strategii [8]. Sposoby radzenia sobie są również określane jako zespół zachowań człowieka stosowanych w formie obrony organizmu przed potencjalnie szkodliwymi czynnikami. Dobór określonej strategii zależy od specyfiki konkretnej sytuacji stresowej, a także od uwarunkowań osobowościowych, takich jak poziom samooceny, styl radzenia sobie, optymizm, wiek [9].

Osoby niepełnosprawne niezależnie od miejsca zamieszkania przede wszystkim oczekują pomocy i wsparcia ze strony najbliższej rodziny. Obowiązujące w społeczeństwie normy społeczne zobowiązują rodzinę do zapewnienia bytu i opieki tym jej członkom, którzy nie są w stanie zaspokoić swoich potrzeb. Stanowi to jedno z podstawowych zadań rodziny. Zgodnie z systemowym ujęciem rodziny, niepełnosprawność nie jest wyłącznie problemem jednostki, ale poprzez sieć powiązań stanowi sytuację, w której uczestniczy całe otoczenie. Rodzina z niepełnosprawnością dotknięta jest nią we wszystkich swych funkcjach, we wszystkich wymiarach swej egzystencji

i w swoim codziennym życiu. Osoba niepełnosprawna zmienia dotychczasowy tryb życia rodziny, narzuca zmianę jej planów, pogarsza sytuację materialną, obarcza ją nowymi funkcjami opiekuńczymi. Niepełnosprawność w rodzinie może mieć wpływ pozytywny lub negatywny. Pozytywny – wyróżniający się większą troską o osobę niepełnosprawną, częste okazywanie miłości i unikanie konfliktów, integrację rodziny i sąsiadów niosących pomoc i wsparcie osobie niepełnosprawnej [10]. Negatywny – wynikający z postrzegania osoby niepełnosprawnej przez pryzmat ekonomii, w którym jest ona widziana jako biorca, ciężar wymagający opieki, niezdolny do pełnienia ról społecznych i źródło spadku dochodu finansowego [11]. Rodzina ponosi konsekwencje natury egzystencjalnej – pogorszenie sytuacji ekonomicznej i bytowej rodziny. Wynikają one z dużych nakładów finansowych na leczenie, rehabilitację oraz zakup sprzętu ortopedycznego. Pogorszenie sytuacji materialno-ekonomicznej rodzin i towarzyszące temu zjawisku konsekwencje, nie tylko w sferze emocjonalnej, takie jak: wstrząs, szok i stres prowadzą do depresji, ale także w relacjach wewnątrzrodzinnych – opieka nad osobą niepełnosprawną, przyczyniają się do zaniedbania pozostałych członków rodziny. Jak wynika z badań, trudna sytuacja materialna przyczynia się do występowania u osób niepełnosprawnych objawów o charakterze psychogennym, takich jak: zwiększona nerwowość, rozdrażnienie (65,9% badanych osób) oraz złe samopoczucie i przygnębienie (60,2% badanych osób). Inną grupę zaburzeń stanowią bezsenność (52% badanych osób), brak apetytu (36,6% badanych osób) oraz kołatanie serca, bezdech, trudności w oddychaniu [12]. Wyniki badań Sawickiej [13] wskazują, że 70% rodzin z osobą niepełnosprawną, izoluje się z wyboru, broniąc swojej jedności i integralności.

Witkowski [14] analizując psychologiczne problemy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu (z uszkodzonym rdzeniem kręgowym i mózgowym porażeniem dziecięcym) stwierdził, że osoby niepełnosprawne spotykają najmniej problemów w życiu rodzinnym. Z wypowiedzi osób wynika, że widoczna jest duża wdzięczność wobec rodziny, jednak towarzyszy im świadomość, że są ciężarem dla najbliższych.

Funkcję wspierającą, osoby niepełnosprawne i ich rodziny, spełnia pomoc społeczna. Jest ona instytucją polityki społecznej państwa mającej na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości [15]. Zadaniem pomocy społecznej jest również zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Pomoc instytucjonalna pojawia się dopiero wtedy, gdy zawodzi rodzina, która

nie może lub nie chce zajmować się osobą niepełnosprawną.

„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej” [16]. Do domów pomocy społecznej powinny być kierowane jedynie te osoby, którym codzienna egzystencja przysparza wiele trudności, a mimo świadczenia im usług opiekuńczych wymagają całodobowej opieki. W pozostałych wypadkach zasadne jest zapewnienie osobom potrzebującym opieki i usług w ich naturalnym środowisku zamieszkania.

Cel

Celem pracy była ocena sytuacji zdrowotnej i socjalno-bytowej osób niepełnosprawnych i ich rodzin w naturalnym środowisku zamieszkania.

Materiał i metody

Badaniami objęto 199 osób niepełnosprawnych ruchowo i ich rodziny w naturalnych środowiskach zamieszkania. Były to domy pomocy społecznej i domy rodzinne.

Wśród badanych wyszczególniono dwie grupy badawcze: - 99 osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej na terenie miasta Lublina oraz 100 osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych. Osoby z tej grupy przebywały czasowo na terenie lubelskich specjalistycznych szpitali, gdzie były objęte leczeniem i rehabilitacją. Badaniami w tej grupie objęto również osoby niepełnosprawne uczestniczące w zajęciach aktywnej rehabilitacji (przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych i poruszających się na wózkach inwalidzkich) oraz członków Lubelskiego Związku Inwalidów Narządu Ruchu.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Użyty kwestionariusz to narzędzie własnej modyfikacji, według wzoru oryginalnego Kwestionariusza Wywiadu Środowiskowego (Rodzinnego) stosowanego powszechnie przy udzielaniu pomocy społecznej i wsparcia społecznego dla potrzeb pomocy społecznej.

Ze względu na specyfikę badań oraz w celu ujednolicenia grup, dobór osób opierał się na następujących kryteriach:

- 1) ukończony 18 rok życia,
- 2) zaliczenie do grupy osób z niepełnosprawnością ruchową według dokumentacji zawartej w opisie medycznym i orzeczeniach lekarskich,
- 3) wykluczona niepełnosprawność intelektualna i sensoryczna (norma).

Przyjęcie tych kryteriów było konieczne dla zapewnienia takiego doboru osób z niepełnosprawnością ruchową, który dawałby wartościowe wyniki poznawcze.

W opracowaniu statystycznym wyników wykorzystano program statystyczny Statistica 5.1.

Wyniki

Charakterystyka badanych osób

Średnia wieku ogółu badanych osób niepełnosprawnych wynosiła 59,65 lat. Najmłodszy z badanych miał 19 lat, najstarszy 93 lata. Najwięcej badanych, bo 56 osób (28,14%) znajdowało się w przedziale wiekowym 75-93 lata, a więc w wieku poprodukcyjnym tzw. późnej dorosłości, natomiast najmniej badanych było w przedziale wiekowym 54-63 lata - 29 osób (14,57%).

Wśród badanych niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej nie było osób w wieku 19-34 lata, 20 osób (20,2%) było w wieku 35-53 lata, 17 osób (17,17%) w wieku 54-63 lata, 23 osoby (23,23%) w wieku 65-74 lata, a najwięcej - 39 osób (39,39%) liczyło 75-93 lata. Średnia wieku badanych mieszkających w domach pomocy społecznej wynosiła 70,19 lat, natomiast w grupie niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych średnia wieku była dużo niższa i wynosiła 49,11 lat. Wśród osób niepełnosprawnych w grupie porównawczej najwięcej - 30 osób (30%) było w wieku 19-34 lata, natomiast najmniej - 12 osób (12%) w wieku 54-63 lat.

W badanej grupie osób niepełnosprawnych, kobiety stanowiły ponad połowę badanych, bo 54,27% (108 kobiet), grupa mężczyzn liczyła 91 osób (45,72%). Większy udział kobiet stwierdzono w grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej - 62,63% (62 kobiety), natomiast w grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych było ich 46% (46 kobiet). Przewagę mężczyzn stwierdzono w grupie niepełnosprawnych zamieszkujących domy rodzinne, stanowili oni 54% badanej grupy porównawczej (54 mężczyzn), znacznie mniej, bo 37,37% (37 mężczyzn) mieszkowało w domach pomocy społecznej.

Wśród badanych osób niepełnosprawnych, było: 122 osoby stanu wolnego (61,3%), 58 osób (29,14%) pozostawało w związku małżeńskim, a 9,54% (19 osób) było rozwiedzionych. Wśród osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej przeważały osoby stanu wolnego - 71 osób (71,72%), 14 osób (14,14%) było rozwiedzionych i pozostających w związku małżeńskim. W domach rodzinnych, niewiele ponad połowę badanych - 51 osób (51%) było w stanie wolnym. Osób rozwiedzionych było 5% (5 osób) w związku małżeńskim pozostawały 44 osoby (44%).

Przeważająca część badanych osób mieszkała w miastach, bo aż 142 osoby (71,35%). Za swoje miej-

sce zamieszkania 61 osób (61,62%) przebywających w domach pomocy społecznej podawało miasto. Wśród osób mieszkających w swoich domach rodzinnych 71 osób mieszkało w mieście i stanowili oni 71% grupy porównawczej. Ze środowisk wiejskich w grupie podstawowej było 38 osób niepełnosprawnych (38,38%), natomiast wśród osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych było takich osób mniej, bo 29 (29%).

Wśród badanych niepełnosprawnych najwięcej było osób, które podawały, że są pochodzenia robotniczego - 85 osób (42,71%). Najmniej było osób pochodzenia inteligenckiego - 39 osób (19,59%). W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej - 43 osoby (43,43%) podawały, że są pochodzenia chłopskiego, a 41 osób (41,41%) robotniczego. W grupie osób niepełnosprawnych zamieszkających w domach rodzinnych znacznie więcej było pochodzenia inteligenckiego - 24 osoby (24%).

Wykształcenie badanych osób niepełnosprawnych było zróżnicowane, wykształcenie wyższe miało 34 osoby, co stanowiło 17,08% ogółu badanych. Wśród ogółu osób niepełnosprawnych przeważały osoby z wykształceniem średnim - 74 osoby (37,18%). Stosunkowo liczną grupę 49 osób (24,62%) stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym. Wykształcenie zasadnicze zawodowe posiadało 35 osób (35%), natomiast najmniej - 7 osób (3,51%) nie posiadało wykształcenia. Osoby niepełnosprawne mieszkające w domach pomocy społecznej charakteryzował niższy poziom wykształcenia, najwięcej było osób z wykształceniem podstawowym - 38 osób (38%), natomiast wśród osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych najwięcej osób było z wykształceniem średnim - 45 osób (45%) i z wyższym - 24 osoby (24%).

Z badań wynika, że 165 osób niepełnosprawnych (82,91%) posiadało orzeczenie o niepełnosprawności, a 34 osoby (17,08%) nie posiadały takiego orzeczenia. Najwięcej osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności było w grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej - 87 osób (87,88%) i niewiele mniej w grupie mieszkającej w domach rodzinnych - 78 osób (78%). Orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadało 12 osób (12,12%) w grupie domów pomocy społecznej, 22 osoby (22%) w grupie domów rodzinnych.

Rodzaj dysfunkcji układowej badanych osób niepełnosprawnych dotyczył głównie, ze względu na specyfikę niepełnosprawności - dysfunkcji układu ruchu. Ponad połowa badanych - 122 osoby (61,3%) swoją niepełnosprawność łączyła z układem kostno-mięśniowym. Dysfunkcje układu nerwowego były przyczyną niepełnej sprawności u 29 osób (14,57%), nieco mniej, bo u 27 osób (15,56%) dysfunkcje zdrowotne wynikały z problemów związanych z układem krążenia. Zaburzenia ogólnoustrojowe, które były konsekwencją wieku podeszłego stanowiły przyczynę dysfunkcji u 18

osób (9,04%). Natomiast najmniej - 3 osoby (3%) wskazały, że ich problemy zdrowotne są konsekwencją chorób wewnętrznych. W grupie osób mieszkających w domach pomocy społecznej ponad połowa miała problemy zdrowotne wynikłe z dysfunkcji narządu ruchu - 59 osób (59,59%), 20 osób (20%) wskazało na choroby układu nerwowego. Zaburzenia ogólnoustrojowe związane z wiekiem podeszłym określały sytuację zdrowotną u 8 osób (8,08%). W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych ograniczenia zdrowotne dotyczyły głównie dysfunkcji narządu ruchu, problemy takie miały 63 osoby (63%), natomiast zaburzenia ogólnoustrojowe ograniczały aktywność 10 osób (10%). Choroby układu nerwowego uniemożliwiały codzienne funkcjonowanie 9 osobom (9%) a choroby wewnętrzne - 3 osobom (3%).

W badanej grupie niepełnosprawnych wrodzoną niepełnosprawność miało 19 osób (9,54%). Najwięcej było osób z niepełnosprawnością nabytą (choroby zawodowe, konsekwencje przewlekłych chorób, wypadki) - 180 osób (90,45%), przy czym choroby przewlekłe były przyczyną niepełnosprawności u 118 osób (59,29%), ponad połowa badanych - 61 osób (30,65%) doznała niepełnosprawności na skutek wypadku, 19 osób (9,54%) miało wrodzoną niepełnosprawność a jedna osoba (0,5%) doznała niepełnosprawności w wyniku choroby zawodowej. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej, 62 osoby (62,62%) doznały niepełnosprawności na skutek chorób przewlekłych, 27 osób (27,27%) utraciło sprawność w wyniku wypadku. Niepełnosprawność wrodzoną miało 10 osób (10,1%). Wśród osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych ponad połowa doznała niepełnosprawności, stanowiącej konsekwencję chorób przewlekłych - 56 osób (56%), 34 osoby (34%) - na skutek wypadku, natomiast jedna osoba (0,5%) utraciła sprawność w wyniku choroby zawodowej. Zarówno w grupie osób niepełnosprawnych zamieszkających w domach pomocy społecznej, jak i w domach rodzinnych najczęściej występującą przyczyną nabycia niepełnosprawności były konsekwencje przewlekłych chorób.

Biorąc pod uwagę rodzaj dysfunkcji w badanej grupie osób niepełnosprawnych, najwięcej, bo 64 osoby (32,16%) utraciły sprawność z powodu niedowładów kończyn dolnych i górnych w tym: niedowładów kończyn dolnych - 45 osób (26,61%), niedowładów kończyn górnych - 3 osoby (1,5%), niedowładów łączonych - 7 osób (3,51%), niedowładów połowicznych ze śladem ruchu i z zachowanym czuciem - 9 osób (4,52%). Po amputacjach kończyn było 36 osób (18,09%) w tym: po amputacjach kończyn dolnych - 33 osoby (16,58%), po amputacjach łączonych kończyn dolnych i górnych - 3 osoby (1,5%). Wśród ogółu badanych - 62 osoby (31,15%) swoje schorzenia funkcjonalne określiły jako konsekwencje chorób przewlekłych. W badanej grupie

niepełnosprawnych u 31 osób (15,57%) stwierdzono tetraplegię, a u 6 osób (3,01%) paraplegię.

W badanej grupie ogółu niepełnosprawnych najwięcej, bo 108 osób (54,27%) cechowała ograniczona samodzielność, 49 osób (24,62%) było niesamodzielnymi a 42 osoby (21,1%) były samodzielne, nie wymagały pomocy i opieki przy wykonywaniu codziennych czynności. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej tylko 17 osób (17,17%) było samodzielnych, połowę badanych - 51 osób (51,51%) stanowiły osoby z ograniczoną samodzielnością, wymagające pomocy doraźnej, 31 osób (31,31%) to osoby niesamodzielne, wymagające całodobowej pomocy i opieki. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych - 25 osób (25%) to osoby samodzielne, - 57 osób (57%) z ograniczoną samodzielnością i 18 osób (18%) niesamodzielnych.

W badanej grupie niepełnosprawnych u 158 osób (79,39%) była co najmniej jedna osoba niepełnosprawna w rodzinie, u 38 osób (19,09%) - dwie lub więcej osoby niepełnosprawne. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej u 79 osób (79,39%) w rodzinach była jedna osoba niepełnosprawna, u 19 osób (19,9%) - dwie lub więcej osoby niepełnosprawne. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych, tak jak w grupie podstawowej - 79 osób (79%) podało, że w rodzinie była jedna osoba niepełnosprawna, a u 2 osób (2%) w rodzinie nie było osoby niepełnosprawnej.

Wśród badanych niepełnosprawnych u 8 osób (4,02%) była jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi w rodzinie. W badanych grupach osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej i grupie mieszkającej w domach rodzinnych rozkłady liczbowe dotyczące obecności osób z zaburzeniami psychicznymi są podobne - u 95 osób (95%) nie było takich zaburzeń w rodzinach, a u 4 osób (4%) była jedna osoba z takimi zaburzeniami. Jedynie w grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych u jednej osoby w rodzinie były dwie osoby z zaburzeniami psychicznymi.

W badanej grupie niepełnosprawnych 192 osoby podały (96,48%), że w ich rodzinie nie ma osób uzależnionych od alkoholu, u 7 osób (3,51%) - była co najmniej jedna osoba uzależniona. W grupie niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej u 4 osób (4,04%) w rodzinie była co najmniej jedna osoba uzależniona od alkoholu, natomiast wśród osób mieszkających w domach rodzinnych u 3 osób (3%).

Uzyskane dane wskazują, że w badanej grupie niepełnosprawnych u 198 osób (99,49%) w rodzinach nie było osób uzależnionych od narkotyków

Wśród badanych niepełnosprawnych u 155 osób (77,88%) nie było problemu uzależnienia od nikotyny, a u 44 osób (22,11%) stwierdzono uzależnienie w rodzinie. W rodzinach osób niepełnosprawnych

mieszkających w domach pomocy społecznej było więcej osób niepalących - 91 osób (91,92%), niż w rodzinach osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych - 64 osoby (64%).

W analizowanej grupie osób niepełnosprawnych, 190 badanych (95,47%) podało, że w ich rodzinie nie było uzależnienia od leków, u 8 osób (4,02%) - była co najmniej jedna osoba uzależniona. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej u jednej osoby (1,01%) w rodzinie była co najmniej jedna osoba uzależniona od leków, natomiast spośród osób mieszkających w domach rodzinnych - 8 osób (8%) stwierdziło, że w rodzinie wystąpił problem lekomani u co najmniej jednej osoby.

Warunki socjalno-bytowe osób niepełnosprawnych i ich rodzin

Wśród ogółu badanych 117 osób (88,94%) podało, że ich rodziny posiadają źródło utrzymania, natomiast 22 osoby (11,05%) nie miały zapewnionego utrzymania dla rodziny. W grupie podstawowej 12 osób (12,12%) nie miało stałego źródła dochodu niezbędnego do utrzymania rodziny, natomiast w grupie porównawczej - 10 osób (10%).

Analiza zaspokojenia potrzeb socjalno-bytowych w rodzinach osób badanych wskazuje, że były one zaspokajane tylko u 123 osób (61,8%). W rodzinach osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej były zaspokajane u 55 osób (55,56%). Pozostałe 44 osoby (44,44%) miały problemy bytowe. W grupie porównawczej zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych w rodzinach przedstawiało się następująco: 68 osób (68%) podało, że potrzeby socjalno-bytowe były zaspokojone, natomiast u 32 osób (32%) rodziny miały trudności z utrzymaniem.

Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych i ich rodzin

W badanej grupie niepełnosprawnych u 80 osób (40,2%) stwierdzono brak aktywności zawodowej w rodzinie, u 49 osób (24,62%) pracowała jedna osoba w rodzinie, u 37 osób (18,59%) - dwie osoby, a u 33 badanych (16,58%) - od trzech do sześciu osób pracujących. W rodzinach osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej - 57 osób (57,58%) podało, że w ich rodzinach nie było osób aktywnych zawodowo, u 9 osób (9,09%) pracowało w rodzinie od trzech do sześciu osób. Natomiast u osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych - 27 osób (27%) w rodzinie była tylko jedna osoba pracująca. Dwie osoby pracujące były w rodzinach u 26 osób (26%), u 24 osób (24%) pracowało od trzech do sześciu osób w rodzinie, a brak aktywności zawodowej w rodzinie wystąpił u 23 osób (23%).

Sytuacja mieszkaniowa osób niepełnosprawnych i ich rodzin

Analizując sytuację mieszkaniową rodziny badanych osób niepełnosprawnych stwierdzono, że w badanej grupie niepełnosprawnych 119 osób (59,79%) prowadziło gospodarstwo domowe razem z rodziną, a 80 osób (40,2%) nie prowadziło wspólnego gospodarstwa domowego. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej - 45 osób (45,45%) podało, że przed umieszczeniem w domu pomocy społecznej prowadziło wspólne gospodarstwo z rodziną, a 54 badanych (54,54%) nie prowadziło wspólnego gospodarstwa domowego. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych - 74 osoby (74%) podały, że gospodarowały wspólnie ze swoją rodziną, natomiast 26 osób (26%) prowadziło gospodarstwa oddzielnie. W badanej grupie niepełnosprawnych najwięcej osób użytkowało mieszkania typu własnościowego - 82 osoby (42,2%), 53 osoby (26,63%) mieszkały w domach jednorodzinnych, 25 osób (12,56%) w mieszkaniu lokatorskim, 21 osób (10,55%) - komunalnym, 4 osoby (2,01%) - w części domu jednorodzinnego. Badani mieszkali również w mieszkaniach chronionych, służbowych i kwaterunkowych - po 3 osoby badane (1,5%), w barakach i mieszkaniach wynajętych - po 2 osoby (1%), w hotelu pracowniczym - 1 osoba (0,5%). W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej najwięcej osób zajmowało mieszkania własnościowe, bo 29 osób (29,29%) i domy jednorodzinne - 25 osób (25,25%), 2 osoby (2,02%) mieszkały w baraku, 1 osoba (1,01%) w mieszkaniu chronionym i jedna w hotelu pracowniczym. U osób niepełnosprawnych mieszkających ze swoją rodziną ponad połowa badanych użytkowała mieszkania typu własnościowego - 53 osoby (53%), domy jednorodzinne - 28 osób (28%). Najmniej zajmowało mieszkania wynajęte - 2 osoby (2%) i mieszkania chronione - 2 osoby (2%). Najwięcej osób w grupie badanych niepełnosprawnych zajmowało mieszkania dwuizbowe - 82 osoby (41,2%), 40 osób (20,1%) mieszkało w trzyizbowych, 37 osób (18,59%) w jednoizbowych, 35 osób (2,51%) w wieloizbowych (4 do 6 izb), najmniej, bo 5 osób (2,51%) mieszkało w mieszkaniach większych niż 6-izbowe. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej najwięcej osób mieszkało w mieszkaniach dwuizbowych - 42 osoby (42,42%), najmniej w mieszkaniach składających się z czterech do sześciu izb - 6 osób (6,06%). Wśród niepełnosprawnych mieszkających wspólnie ze swoją rodziną najwięcej osób mieszkało również w mieszkaniach dwuizbowych - 40 osób (40%), najmniej w większych (więcej niż 6 izb) - 5 osób (5%).

Badani niepełnosprawni podali, że u 181 osób (90,95%) nie było windy w budynkach w których mieszkali, a tylko 18 osób (9,04%) mogło korzystać

z windy w miejscu zamieszkania. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej tylko 6 osób (6,06%) miało możliwość korzystania z windy, a wśród niepełnosprawnych zamieszkujących z rodziną - 12 osób (12%).

W badanej grupie osób niepełnosprawnych 93 osoby (46,73%) mieszkały na parterze, 41 osób (20,6%) na pierwszym piętrze, 35 osób (17,58%) na drugim piętrze, a 30 osób (15,07%) na trzecim i wyższych piętrach. Wśród niepełnosprawnych mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej najwięcej osób mieszkało na parterze - 50 osób (50,5%), na drugim piętrze - 19 osób (19,19%), na trzecim piętrze i wyżej mieszkało 14 osób (14,14%). W grupie niepełnosprawnych mieszkających razem ze swoimi rodzinami najwięcej osób mieszkało na parterze - 43 osoby (43%), 25 osób (25%) - na pierwszym piętrze, najmniej - 16 osób (16%) na drugim piętrze i tyle samo osób na trzecim piętrze i wyżej.

W grupie niepełnosprawnych najwięcej osób oceniło wyposażenie techniczne swojego mieszkania jako bardzo dobre - 131 osób (65,82%), 34 osoby (17,08%) uznały je za niedostatecznie wyposażone, 33 osoby (16,58%) za dobre, natomiast jedna osoba (0,5%) stwierdziła, że jest ono nieodpowiednie pod względem technicznym. Ponad połowa osób niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej - 54 osoby (54,54%) oceniały swoje poprzednie miejsce zamieszkania za bardzo dobrze wyposażone pod względem technicznym, natomiast 32 osoby (32,32%) jako niedostatecznie wyposażone, a jedna osoba (1,01%) - nieodpowiednie pod względem wyposażenia. W grupie osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie ze swoimi rodzinami, 77 osób (77%) uznało, że wyposażenie techniczne mieszkań jest bardzo dobre, 21 osób (21%) uznało je za dobre, natomiast dwie osoby (2%) uznały, że mieszkania ich są niedostatecznie wyposażone pod względem technicznym. W badanej grupie osób niepełnosprawnych aż 156 osób (78,39%) stwierdziło, że mieszkania są niedostosowane do ich potrzeb. Osoby niepełnosprawne mieszkające obecnie w domach pomocy społecznej oceniły swoje poprzednie miejsca zamieszkania za niedostosowane do ich potrzeb - 89 osób (89,89%) z tej grupy, natomiast tylko 33 osoby (33 %) badane mieszkające ze swoimi rodzinami uznały, że ich mieszkania posiadały elementy dostosowane do ich niepełnej sprawności.

Relacje rodzinne badanych osób niepełnosprawnych

Relacje rodzinne u badanych osób niepełnosprawnych mają istotny wpływ na prawidłową kondycję psychofizyczną i jakość życia w rodzinie. W grupie niepełnosprawnych 67 osób (33,66%) podało, że miały miejsce konflikty w rodzinie, natomiast 132 osoby (66,33%), że konflikty nie miały miejsca lub były mało istotne. Wśród badanych niepełnosprawnych mieszkających w domach rodzinnych 40 osób (40%) podało, że

konflikty w rodzinie występują w ich codziennym życiu, a wśród mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej - 27 osób (27,27%). Badane osoby niepełnosprawne stwierdziły, że u 170 osób (85,42%) w zasadzie nie istniało zagrożenie ich rodzin ze strony środowiska zamieszkania, natomiast 29 osób (14,57%) doznało negatywnych postaw ze strony otoczenia. Zarówno w grupie osób mieszkających obecnie w domach pomocy społecznej, jak i w domach rodzinnych, opinie potwierdzające istnienie zagrożenia ze strony środowiska zamieszkania są prawie zbliżone: 14 osób (14,14%) w grupie mieszkających w domach pomocy społecznej i 15 osób (15%) w grupie mieszkających w domach rodzinnych stwierdziło, że miało miejsce zagrożenie ze strony środowiska wobec ich rodzin.

Częstotliwość kontaktów z rodziną badanych osób niepełnosprawnych

Wśród ogółu badanych najwięcej osób miało regularne kontakty z rodziną - 47 osób (23,61%), częste - 44 osób (22,11%), nieregularne - 41 osób (20,6%), bardzo częste kontakty z rodziną utrzymywało 29 osób (14,57%), sporadyczne - 18 osób badanych (9,04%), 8 osób (4,02%) kontaktowało się bardzo rzadko a 2 osoby (1%) miało z bliskimi tylko telefoniczny kontakt. Natomiast 10 osób (5,02%) nie utrzymywało kontaktów ze swoimi bliskimi. Wśród niepełnosprawnych zamieszkałych w domach pomocy społecznej najwięcej, bo 28 osób (28,28%) miało nieregularne kontakty ze swoimi rodzinami, natomiast bardzo częste tylko 3 osoby (3,03%). Niepełnosprawni mieszkający w domach rodzinnych z racji wspólnego zamieszkania bardzo często kontaktowali się ze swoją rodziną - 26 osób (26%), częsty kontakt miało 31 osób (31%), natomiast bardzo rzadki kontakt oraz telefoniczny - po jednej osobie badanej (1%).

Podsumowanie

Sytuacja zdrowotna badanych osób niepełnosprawnych i ich rodzin w naturalnych środowiskach zamieszkania nie jest różnicowana w zależności od miejsca funkcjonowania.

Osoby niepełnosprawne mieszkające w domach pomocy społecznej to głównie samotne kobiety, pochodzące ze środowisk wiejskich, z wykształceniem podstawowym, których problemy zdrowotne wynikały z dysfunkcji narządu ruchu i układu nerwowego. W przewadze były to osoby o ograniczonej samodzielności, wymagające doraźnej pomocy i opieki, a także niesamodzielne - potrzebujące całodobowej opieki. Niepełnosprawność była konsekwencją chorób przewlekłych i wypadków. Rodzaj dysfunkcji to niedowłady kończyn dolnych, amputacje i tetraplegia.

Osoby niepełnosprawne mieszkające w domach pomocy społecznej ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzy-

stencji spełniały kryteria predysponujące do umieszczenia ich w domu pomocy społecznej. Ich rodziny ze względu trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb socjalno-bytowych nie były wydolne funkcjonalnie i opiekuńczo.

Niepełnosprawni mieszkający w domach rodzinnych to osoby pochodzące ze środowisk miejskich z wykształceniem średnim lub wyższym. Korzystny wpływ na ich sytuację socjalno-bytową miał wysoki odsetek osób aktywnych zawodowo w rodzinie. W domach rodzinnych było więcej osób z ograniczoną samodzielnością, które dzięki wsparciu swojej rodziny lepiej radzą sobie z utratą niepełnosprawności i jej psychologicznymi skutkami w porównaniu z osobami mieszkającymi w domach pomocy społecznej.

Obszar badań dotyczący osób niepełnosprawnych i ich rodzin nie uwzględniał pożądanej cechy u rodzin, która zawiera się w oczywistej i bezinteresownej pomocy swoim bliskim adekwatnie do sytuacji zdrowotnej i bez względu na sytuację socjalno-bytową.

References

1. Tomaszewski T. Psychologia. Warszawa; PWN: 1975.
2. Zabłocki J.K. Wprowadzenie do rewalidacji. Toruń; Wyd. Adam Marszałek: 1998.
3. Wilmonska-Pietruszyńska A. Niepełnosprawność. *Orzec. Lek.*, 2009; 6(2): 82-89.
4. Majewicz P. Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Warszawa; CBRON: 2002.
5. Kowalik Z. Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Katowice; Wyd. Śląsk: 1999.
6. Sękowska Z. Pedagogika specjalna. Warszawa; Wyd. PWN: 1991.
7. Zimbardo P.G., Ruch F.L. Psychologia i Życie. Warszawa; PWN: 1994.
8. Sheridan C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa; Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia: 1998.
9. Włodarczyk D. Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegl. Psychol.*, 1999; 4: 95-113.
10. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Lubli; Wyd. UMCS: 2008.
11. Szczygielska-Majewska M i wsp. Wybrane problemy dotyczące niepełnosprawności. *Ann. UMCS S. D. Medicina* 2005; Vol. LX; SUPPL. XVI N. 5 295: 355-358.
12. Kawczyńska-Butrym Z. Rodziny osób niepełnosprawnych. Problemy wspierania rodzin z osobami niepełnosprawnymi. W: Ostrowska A. red., *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce 1993*. Warszawa; IFiS PAN: 1994.
13. Sawicka M. Rodzice i dzieci chore na schizofrenię. W: Pisul E., Danielewicz D. red., *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*. Gdańsk; DWP: 2007.
14. Witkowski T. Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych. Warszawa; MBO: 1993.
15. Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

(Dz.U. z 2011 nr 127 poz. 721 Art. 3, 4 tekst obowiązujący od 1 kwietnia 2012 r.).

16. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. art. 16 Dz.U. z 2004 r. Art. 20 ust 7 z dnia 29 XI 1990 o pomocy społecznej.

Correspondence address

Jolanta Szymańska
Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Lublinie
ul. Karmelicka 7, 20-081 Lublin
tel. 81 53 496 37