

POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI



Anna Hołowienko
Barbara Jankowiak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Mgr Anna Hołowienko

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Bożena Baczevska

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Regina Sierżantowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN

978-83-67454-92-6

Opracowanie graficzne

wykorzystano darmowy wektor z <https://pl.freepik.com/>

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

**Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
Mgr Anny Hołowienko**

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż

**POSTAWY SPOŁECZNE
WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

WYKAZ AUTORÓW

Anna Hołowienko

mgr piel.

- Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- Klinika Kardiologii z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Jankowiak Barbara

dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	11
Definicja niepełnosprawności.....	12
Statystyki.....	12
Podział niepełnosprawności.....	12
Skale umożliwiające ocenę stopnia niepełnosprawności.....	15
Choroby predysponujące do niepełnosprawności	18
Nowoczesna rehabilitacja osób niepełnosprawnych	21
Problemy osób niepełnosprawnych	23
Aktywizacja społeczna osób niepełnosprawnych	27
Założenia i cel pracy.....	28
Materiał i metoda	29
Wyniki	30
Przedstawienie grupy badanej.....	30
Szczegółowe opracowanie badań.....	32
Analiza statystyczna	47
Dyskusja	53
Wnioski.....	56
Piśmiennictwo	57

WYKAZ SKRÓTÓW

- ADL- *Activities of Daily Living*, Skala podstawowych czynności życia codziennego
- ICF- *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
- MMSE- *Mini-Mental State Examination*, Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego
- MNA- *Mini Nutrition Assessment*, Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia
- MoCa- *Montreal Cognitive Assessment*, Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych
- MPD- mózgowie porażenie dziecięce
- PFRON- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- POChP- przewlekła obturacyjna choroba płuc
- PTSD- *Post-traumatic stress disorders*, Zespół Stresu Pourazowego
- SARS CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, wirus ostrej niewydolności oddechowej koronawirus 2
- SM- *Sclerosis Multiplex*, stwardnienie rozsiane

Definicja niepełnosprawności

Zgodnie z definicją opublikowaną w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych „*Niepełnosprawność- oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy*” [1]. Dotyczy ona każdego wymiaru życia człowieka: społecznego, ekonomicznego, medycznego, prawnego i psychologicznego. Obecnie pojęcie niepełnosprawności jest postrzegane bardziej holistycznie, co przekłada się na zmianę podejścia społeczeństwa do osób niepełnosprawnych [2, 3].

Statystyki

Zgodnie z danymi opublikowanymi w Światowym Raporcie o Niepełnosprawności na świecie żyje około miliard ludzi niepełnosprawnych [4]. W związku z rozwojem medycyny i możliwościami leczenia chorób, które jeszcze niedawno uchodziły za śmiertelne, ale również znaczną ilością schorzeń przewlekłych oraz wypadków i urazów odsetek osób uznawanych za niepełnosprawne stale rośnie i obecnie wynosi około 15% populacji. Statystycznie częściej niepełnosprawność dotyka kobiety, osób z niższej klasy ekonomicznej oraz osób starszych [5].

Podział niepełnosprawności

Ze względu na stopień upośledzenia wyróżnia się trzy poziomy niepełnosprawności:

- Znaczny stopień niepełnosprawności- osoba taka nie jest zdolna do podjęcia aktywności zawodowej z wyjątkiem możliwości podjęcia pracy chronionej, wymaga opieki i pomocy ze strony innych ludzi z powodu niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności- osoba nie jest zdolna do podjęcia pracy z wyłączeniem pracy chronionej, ale wymaga tylko częściowej pomocy ze strony innych osób w pełnieniu ról społecznych.
- Lekki stopień niepełnosprawności- zdolność do podjęcia pracy przez taką osobę jest znacznie ograniczona, w porównaniu z osobą o tych samych kwalifikacjach, ale z pełną sprawnością psycho-fizyczną. Pełnienie ról społecznych jest znacznie ograniczone, ale możliwe do usprawnienia przy pomocy sprzętu ortopedycznego, środków technicznych i pomocniczych [6].

Klasyfikacja ICF

Klasyfikacja ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) jest to narzędzie pomagające ocenić cechy charakterystyczne stanu zdrowia człowieka, z uwzględnieniem jego aktualnej sytuacji życiowej oraz wpływu czynników środowiska zewnętrznego. Ma ona zastosowanie w przygotowywaniu i modyfikowaniu systemów informacyjnych dotyczących dokumentacji medycznej oraz terminologii lekarskiej, ulepszaniu metod orzecznictwa o niepełnosprawności, możliwościach edukacyjnych, prawnych oraz monitorowania sytuacji na rynku pracy, a także do oceny skutków terapeutycznych jednostki w odniesieniu do większych grup społecznych lub całej populacji [7].

Klasyfikacja ta podzielona jest na dwie kategorie: funkcjonowanie i niepełnosprawność oraz czynniki kontekstowe. Pierwsza z nich dotyczy 8 funkcji organizmu:

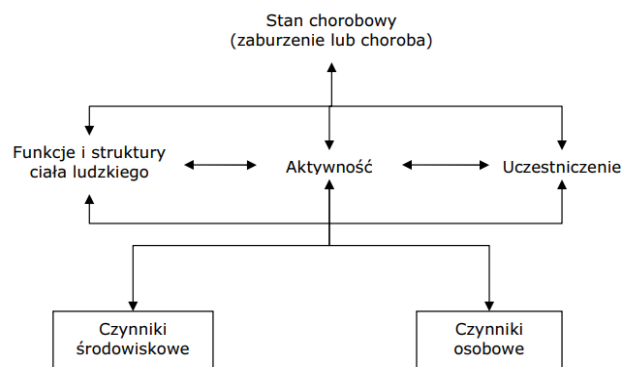
- umysłowe,
- narządy zmysłów i ból,
- głos i mowa,
- układ sercowo-naczyniowy, oddechowy, krwiotwórczy i odpornościowy
- układ trawienny, metabolizm oraz układ hormonalny
- układ moczowo-płciowy i rozrodczy
- układ nerwowo-mięśniowy oraz funkcje związane z ruchem
- skóra i struktury z nią powiązane [8].

Do tej kategorii należą również Aktywność i Uczestniczenie rozumiane jako działania podejmowane przez człowieka jako jednostkę (aktywność) oraz spełnianie ról społecznych w różnych sytuacjach życiowych (uczestniczenie) [9].

Druga część klasyfikacji ICF obejmuje czynniki kontekstowe, które zostały podzielone na środowiskowe, czyli takie, które dotyczą otoczenia społecznego i fizycznego danego człowieka z uwzględnieniem postaw osób mających jakikolwiek wpływ na jego całe życie oraz czynniki osobowe, które dotyczą takich aspektów jak płeć, wiek, rasa, styl życia, używki, pochodzenie, wychowanie, wykształcenie, doświadczenie życiowe, podejście do zdrowia. Mogą mieć charakter pozytywny (ułatwiający) lub też negatywny.

Klasyfikacja ICF

Czynniki środowiskowe dzielą się one na dwa poziomy. Pierwszy z nich dotyczy indywidualnego otoczenia i skupiają się na takich aspektach jak dom, praca, rodzina, szkoła, znajomi. Drugi rozumiany jest jako formalne i nieformalne sytuacje społeczne wywierające jakikolwiek wpływ na danego człowieka. Czynniki osobowe nie zostały jeszcze dokładnie sprecyzowane ze względu na różnice kulturowe i społeczne w poszczególnych rejonach świata [10, 11].



Rycina 1. Składniki Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania [12].

Skale umożliwiające ocenę stopnia niepełnosprawności

Do oceny poziomu niepełnosprawności wykorzystuje się wiele skal, które są niezbędnym elementem procesu diagnostycznego i leczniczego. Konieczne jest określenie możliwości chorego w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, ale też w przypadku nagłego zachorowania bądź urazu porównanie zakresu wykonywanych zadań przed i po pojawieniu się niepełnosprawności [13].

Skala ADL (*Activities of Daily Living*, Skala podstawowych czynności życia codziennego)

Narzędzie zostało stworzone w 1970r. przez amerykańskiego uczonego Sidneya Katza. Skala pozwala ocenić zdolność chorego do podjęcia czynności codziennych, które u zdrowego człowieka nie powinny sprawiać żadnych trudności: kąpanie się, ubieranie, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrola nad zwieraczami odbytu i pęcherza moczowego i spożywanie posiłków. Za każdą czynność chory może uzyskać 1 punkt, w przypadku braku problemów z wykonaniem danego zadania lub 0, gdy nie jest w stanie poradzić sobie samodzielnie. Maksymalna liczba punktów do uzyskania to 6 i świadczy o w pełni zachowanych czynnościach, 4 punkty oznaczają umiarkowane trudności, a 2 i poniżej ciężkie upośledzenie czynnościowe, które świadczy o konieczności wsparcia ze strony osób trzecich [14].

Skala Barthel

Jest to skala niezbędna do oceny samodzielności osoby chorej lub niepełnosprawnej w zakresie zarówno podstawowych, jak i bardziej złożonych czynności życia codziennego. Umożliwia ona ocenę stopnia zależności od osób trzecich w takich aspektach jak spożywanie posiłków, mycie się, korzystanie z toalety, czynność zwieraczy, poruszanie się zarówno po powierzchniach płaskich, jak i po schodach. Pacjent w końcowej ocenie może otrzymać maksymalnie 100 punktów. W przypadku uzyskania wyniku 40 punktów i mniej chory jest kwalifikowany jako osoba wymagająca znacznej pomocy w czynnościach codziennych i najczęściej korzysta z opieki długoterminowej w warunkach domowych lub w placówce opiekuńczej. Skala ta jest bardzo często wykorzystywana do oceny osób starszych, którzy stanowią znaczny odsetek osób niepełnosprawnych [15].

Skala Norton

W przypadku pacjentów przewlekle leżących oraz długotrwale unieruchomionych należy bezwzględnie ocenić ryzyko wystąpienia odleżyn. W tym celu wykorzystuje się skalę Norton, która pozwala stwierdzić, czy chory jest w grupie ryzyka. Opiera się ona o 5 kryteriów: stan ogólny chorego, samodzielność przy zmianie pozycji i podczas chodu, stan świadomości, czynność zwieraczy. Maksymalnie chory może uzyskać 20 punktów. W przypadku uzyskania poniżej 15 punktów rozpoznaje się zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn i należy wprowadzić czynności związane z profilaktyką przeciwoodleżynową [16].

Skala Tinetti

Duża część osób niepełnosprawnych ruchowo ma problem z utrzymaniem równowagi. Jest to spowodowane zaburzeniami w narządzie przedsionkowym zawartym w uchu wewnętrznym, narządzie wzroku lub upośledzeniem czucia głębokiego. Taki stan znacząco zwiększa ryzyko upadków, które można ocenić wykorzystując skalę Tinetti. Powstała ona w USA w 1986 roku. Służy do oceny równowagi zarówno statycznej, jak i dynamicznej u osób w wieku podeszłym, które stanowią znaczną grupę osób niepełnosprawnych. Chory jest proszony o wykonanie kilku prostych zadań związanych z oceną chodu oraz utrzymania równowagi. Maksymalnie pacjent może uzyskać 28 punktów. Wynik poniżej 18 punktów świadczy o znacznym ryzyku wystąpienia upadku [17].

Ocena stanu odżywienia

Bardzo istotnym aspektem w leczeniu i opiece nad osobą niepełnosprawną jest dieta i stan odżywienia. Zadowalające efekty terapeutyczne można osiągnąć tylko wtedy, gdy zostaną zaspokojone podstawowe potrzeby w zakresie żywienia. Jedną ze skal do oceny odżywienia chorego jest skala MNA (*Mini Nutrition Assessment*, Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia). Obejmuje ona dwie składowe. Pierwsza z nich dotyczy faktycznego stanu odżywienia chorego, a druga ocenia ryzyko wystąpienia niedożywienia. Pacjent może uzyskać maksymalnie 14 punktów, natomiast wynik niższy bądź równy 11 świadczy o zwiększonej predyspozycji do wystąpienia niedożywienia [18].

Ocena funkcji poznawczych

Poza oceną stanu fizycznego pacjenta z niepełnosprawnością niezbędnym elementem procesu terapeutycznego jest analiza stanu psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji poznawczych. Zaburzenia tej sfery mogą skupiać się na problemach z uwagą, pamięcią, czy koncentracją. Do oceny tych funkcji często wykorzystuje się skalę MMSE (Mini-Mental State Examination, Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego) zwaną inaczej od nazwiska jej twórcy skalą Folsteina. Innym narzędziem do oceny stanu psychicznego jest skala MoCa (Montreal Cognitive Assessment, Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych). Obie te skale mają podobną czułość diagnostyczną i pozwalają określić zaburzenia poznawcze u pacjentów z niepełnosprawnościami [19].

Choroby predysponujące do niepełnosprawności

Wady wrodzone

Istotnym problemem współczesnej medycyny są wady wrodzone OUN prowadzące do trwałej niepełnosprawności fizycznej, czy umysłowej. Niestety bardzo często nie da się zapobiec ich wystąpieniu, dlatego bardzo istotnym elementem jest rehabilitacja dzieci z takimi uszkodzeniami już od pierwszych dni życia. Pozwala to na zwiększenie samodzielności w późniejszych okresach życia i zapobiega powikłaniom wynikającym z występowania tych schorzeń.

Przyczyny upośledzenia umysłowego można podzielić na prenatalne, czyli związane z okresem przed urodzeniem, perinatalne, czyli wszelkie uszkodzenia, do których dochodzi podczas porodu oraz postnatalne, które występują już po narodzinach. Wśród przyczyn prenatalnych należy wyróżnić spożywanie alkoholu przez matkę, zakażenia wirusowe i bakteryjne w trakcie ciąży np. toksoplazmoza, awitaminoza i niedożywienie kobiety w trakcie ciąży oraz zaburzenia krążenia zarówno u matki, jak i płodu. Przyczyny perinatalne to głównie poród przedwczesny i związane z nim wcześniactwo, uraz okołoporodowy, czy zamartwica noworodka. W okresie postnatalnym możliwymi przyczynami upośledzenia umysłowego są na przykład zakażenia, urazy, niewłaściwe odżywianie oraz brak lub niewłaściwa stymulacja noworodka przez czynniki zewnętrzne [20].

Niepełnosprawność w wyniku wypadków komunikacyjnych

Zgodnie z danymi Komendy Głównej Policji w 2021 roku zostały zgłoszone 22 816 zdarzeń drogowych kwalifikowanych jako wypadki. W wyniku incydentów rannych zostało 26 415 osób, a śmierć poniosło 2 245. Wśród przyczyn tych zdarzeń podaje się niedostosowanie prędkości, nieustąpienie pierwszeństwa, czy niezachowanie odpowiedniej odległości od poprzedzającego pojazdu. Istotnym czynnikiem jest również prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości. Wypadki komunikacyjne niosą ze sobą poważne konsekwencje fizyczne, psychiczne, społeczne oraz materialne osób w nich poszkodowanych. Większość ofiar zdarzeń drogowych nie jest w stanie zaakceptować swojej niepełnosprawności. Rehabilitacja takich pacjentów jest wieloetapowa, kosztowna i niestety często nie jest możliwe przywrócenie utraconych podczas wypadku umiejętności. Duża grupa pacjentów, którzy odnieśli poważne obrażenia zmagają się później z PTSD (*Post-traumatic stress disorders*, Zespół Stresu Pourazowego). Dotyczy on głównie osób, które doznały poważnych uszkodzeń głowy,

kręgosłupa, złamań kości, amputacji kończyn, urazów wielonarządowych klatki piersiowej i jamy brzusznej. W procesie rehabilitacyjnym wykorzystuje się zabiegi fizjoterapeutyczne, pozwalające na powrót sprawności fizycznej, ale również psychoterapię. Leczenie jest długotrwałe i wielokierunkowe [21, 22].

Uszkodzenia układu nerwowego

Schorzenia neurologiczne są przyczyną deficytu samoopieki na każdym etapie życia człowieka. U dzieci chorobą kojarzoną z niepełnosprawnością jest mózgowie porażenie dziecięce. Wbrew pozorom znaczna część osób dotkniętych MPD (Mózgowe Porażenie Dziecięce) doskonale radzi sobie w życiu codziennym. Wynika to z faktu coraz lepszych możliwości rehabilitacyjnych i terapeutycznych, wprowadzanych już od pierwszych dni życia. Upośledzenie funkcji zależne jest od rodzaju i stopnia zaawansowania zaburzenia. Ogromne znaczenie ma również otoczenie chorego, jego rodzina i bliscy, rówieśnicy. Wpływ właściwego oddziaływania, na początku rodziców, a w kolejnych etapach życia specjalistów pozwala osiągnąć cele, które wydają się być niemożliwe do zdobycia [23].

Wśród osób młodych schorzeniem prowadzącym do znacznego deficytu sprawności pod względem intelektualny, ale przede wszystkim fizycznym jest stwardnienie rozsiane, które ze względu na postępujący charakter objawów uniemożliwia pacjentom normalne funkcjonowanie. Osoby dotknięte tą chorobą często wymagają pomocy w czynnościach życia codziennego, a deficyt neurologiczny zwiększa się w miarę upływu czasu. Podczas oceny pacjentów z SM (*Sclerosis Multiplex*, Stwardnienie Rozsiane) wykorzystuje się np. Skalę Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy. Ocenia ona dwanaście elementów: funkcje poznawcze, wzrok, mowę, nastrój, zdolność połykania, funkcjonowanie kończyn górnych, dolnych, pęcherza moczowego, jelit, popęd seksualny, zamęczenie i inne. Stopień niepełnosprawności, w zależności od deficytu określa się na jednym z sześciu poziomów, gdzie etap 0 oznacza normalną sprawność, a 5 całkowity brak samodzielności. Dzięki temu można zaproponować choremu odpowiednie możliwości leczenia oraz zapewnić adekwatną do stanu zdrowia opiekę zarówno w ośrodkach terapeutycznych, jak i w warunkach domowych [24].

W przypadku osób starszych schorzeniem powodującym znaczną niepełnosprawność, która dotyka pacjenta i jego rodzinę nagle jest udar mózgu. Choroba ta niesie ze sobą poważne konsekwencje i powoduje utratę wielu funkcji życia codziennego. Udar mózgu jest główną przyczyną hospitalizacji pacjentów na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Tylko u 10% osób, które przeżyły udar następuje całkowity powrót sprawności zarówno intelektualnej, jak i

Choroby predysponujące do niepełnosprawności

fizycznej. Pozostała część chorych wymaga specjalistycznej rehabilitacji, a niektórzy również całodobowej opieki w ośrodkach specjalistycznych. Głównym problemem pacjentów są zaburzenia ruchowe, wiotkość, obniżone napięcie mięśniowe. Brak samodzielności ruchowej pociąga za sobą obniżenie jakości życia i wycofanie z życia społecznego, co predysponuje do wystąpienia zaburzeń depresyjnych i upośledzenia funkcji psychicznych. Dlatego tak istotne jest jak najszybsze wdrożenie kompleksowej rehabilitacji psychoruchowej [25].

Choroby układu krążenia

Postęp inwazyjnych metod terapeutycznych w dziedzinie kardiologii spowodował, że coraz więcej pacjentów ma szansę na przeżycie, ale również znaczna część z nich wymaga kompleksowej rehabilitacji. Są to wszelkie działania umożliwiające choremu na serce jak najszybszy powrót do normlanego życia rodzinnego i zawodowego. Nie tak dawno temu pacjent z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego stawał się kompletnie niepełnosprawny i unieruchomiony w obrębie łóżka na kilka tygodni. Obecnie wykonuje się zabiegi małoinwazyjne, które umożliwiają choremu szybki powrót do pełnej sprawności i zmniejszają tym samym powikłania wynikające z długotrwałego unieruchomienia. Badania dowodzą, że wcześniej podjęta rehabilitacja kardiologiczna poprawia zarówno warunki fizyczne, jak i psychiczne chorego i znacznie redukuje ryzyko niepełnosprawności [26].

Choroby układu oddechowego

W dobie pandemii wirusa SARS CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, wirus ostrej niewydolności oddechowej koronawirus 2) zaczęto zwracać uwagę na znaczenie chorób układu oddechowego w aspekcie niepełnosprawności. Obniżenie wydolności oddechowej bardzo często uniemożliwia pacjentom prawidłowe funkcjonowanie i wymusza na nich konieczność korzystania z pomocy osób trzecich w podstawowych czynnościach życiowych. Przewlekłe choroby układu oddechowego takie jak astma, czy POChP wymagają prowadzenia kompleksowego leczenia przy udziale całego zespołu interdyscyplinarnego, aby umożliwić chorym w miarę normalne funkcjonowanie. Podstawowym elementem leczenia jest farmakoterapia, która pozwala na utrzymanie kontroli nad danym schorzeniem i w razie konieczności modyfikację podjętych działań. Elementem niezbędnym w leczeniu tych schorzeń jest również fizjoterapia, która pozwala zachować wydolność oddechową oraz poprawić stan mięśni usprawniających proces oddychania [27, 28].

Nowoczesna rehabilitacja osób niepełnosprawnych

Udział zwierząt w terapii osób niepełnosprawnych

Terapia z udziałem zwierząt jest stosunkowo nową metodą leczenia. Powstała w latach 70-tych XX w. W Stanach Zjednoczonych i stopniowo rozprzestrzeniła się na cały świat. W Polsce jako metoda terapeutyczna została wprowadzona w 1988 roku. Wykorzystuje się ją w leczeniu chorych z niepełnosprawności intelektualną, autyzmem, zespołem Aspergera, mózgowym porażeniem dziecięcym, u osób niewidomych i niesłyszących, chorych psychicznie, epileptyków, ale również osób zdrowych dotkniętych nadmiernym stresem lub zagubionych życiowo. W powrocie funkcji fizycznych najczęstsze zastosowanie ma hipoterapia, czyli rehabilitacja z udziałem koni. Miednica pacjenta siedzącego na koniu jest usprawniana w trzech wymiarach, co pozwala stymulować prawidłowy wzorzec chodu, również u osób, które nigdy nie chodziły. Temperatura ciała zwierzęcia jest nieznacznie wyższa od temperatury ciała człowieka, co sprzyja rozluźnieniu napiętych mięśni i zredukowaniu przykurczów. Jazda konna poprawia również orientację przestrzenną i koordynację ruchową.

Pierwszymi placówkami realizującymi animaloterapię były ośrodki psychiatryczne. Możliwość obcowania ze zwierzętami powoduje wzrost pewności siebie. Obecność zwierząt w trakcie sesji terapeutycznych powoduje łatwiejsze otwieranie się pacjenta na psychoterapeutę i ułatwia pozbywanie się lęków i traum. Udowodniono, że obecność zwierzęcia ułatwia poradzenie sobie ze stratą bliskiej osoby, czy wyjście z nałogu i powrót do prawidłowego życia w społeczeństwie [29, 30].

Rehabilitacja z wykorzystaniem robotów

W związku z rozwojem nowoczesnych technologii do świata medycyny zaczęły przenikać różne, często bardzo zaawansowane sprzęty ułatwiające proces leczenia i poprawiającego jego efekty. Do takich narzędzi należą roboty wykorzystywane w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Są to wszystkie urządzenia reprogramowalne, umożliwiające fizyczną interakcję z ciałem pacjenta, wykorzystywane do celów leczniczych. W zależności od zaprogramowania roboty wykorzystuje się do poprawy zdolności manualnych chorego, jak również komunikacji, uczenia się, czy samoobsługi. Najlepszym przykładem zastosowania robota w rehabilitacji jest reedukacja chodu przy użyciu egzoszkieletu. Urządzenie to jest łatwe w użyciu, może być wykorzystane do niemal wszystkich czynności życia codziennego oraz pozwala na uzyskanie wzorca chodu najbardziej zbliżonego do naturalnego. Klasyczna terapia

przy współpracy z fizjoterapeutą jest znacznie bardziej obciążająca, a uzyskane efekty odbiegają od tych zdobytych przy użyciu robota. Wykorzystanie egzoszkieletu łączy się również z innymi korzyściami, jak np. możliwość zmiany parametrów ćwiczeń zgodnie z aktualnym stanem pacjenta, zwiększenie motywacji chorego ze względu na użycie zaawansowanych technologii, czy poprawa bezpieczeństwa podczas sesji terapeutycznej. Jednak pomimo zastosowania egzoszkieletu nie można zapominać o tradycyjnych metodach leczenia: fizjoterapii, kinezyterapii, farmakoterapii, zabiegach chirurgicznych. Zastosowanie kompleksowej i wielokierunkowej terapii pozwala osiągnąć najlepsze efekty [31, 32].

Problemy osób niepełnosprawnych

Seksualność osób niepełnosprawnych

Seksualność jest nieodłącznym elementem osobowości każdego człowieka. Dotyczy to również osób niepełnosprawnych. Za prawidłowy rozwój seksualności uznaje się równouprawienie w relacjach partnerskich, satysfakcję seksualną oraz wolność od przemocy, niemocy i chorób związanych z tą sferą życia. Ważnym elementem seksualności człowieka jest inicjacja seksualna, czyli pierwszy stosunek płciowy w życiu. Jest to nierozdzielnie związane z występowaniem naturalnego popędu seksualnego, który dotyczy zarówno osób zdrowych jak i tych obarczonych niepełnosprawnością. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mają zaburzoną harmonię rozwoju psychicznego, ale pod względem fizycznym, seksualnym, czy duchowym bardzo często nie odbiegają od przyjętych norm. Rozwój seksualności rozpoczyna się już w dzieciństwie. Jeżeli rodzice nie potrafili z jakichkolwiek względów zaakceptować swojego niepełnosprawnego dziecka to w życiu dorosłym może się okazać, że ta osoba będzie miała ogromny problem z zaufaniem i okazywaniem uczuć, w tym również miłości. Niepełnosprawni intelektualnie nastolatki odczuwają taką samą potrzebę bliskości oraz są świadomi swojej seksualności w takim samym bądź podobnym stopniu co ich zdrowi rówieśnicy. Problemem osób niepełnosprawnych intelektualnie jest więc brak wiedzy na temat płciowości, czy budowy narządów rodnych. Główna wina leży po stronie rodziców, którzy nie podejmują rozmów z dorastającymi dziećmi na ten temat. Edukacja seksualna w szkole jest cały czas tematem dyskusji, gdyż o ile u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim można przeprowadzić takie zajęcia w ramach lekcji wychowania do życia w rodzinie, o tyle problematyczne staje się realizowanie takich zajęć z dziećmi upośledzonymi w stopniu umiarkowanym bądź ciężkim. Nastolatki, nie uzyskując wiarygodnych informacji od rodziców lub nauczycieli zaczynają szukać informacji w innych źródłach: Internecie, filmach pornograficznych, czy od kolegów i koleżanek, skąd czerpią wiedzę przedstawioną często w bardzo wulgarny sposób, co powoduje zakrzywienie prawidłowego obrazu seksualności człowieka. Osoby niepełnosprawne intelektualnie ze względu na problemy ze znalezieniem partnera oraz okazywaniem uczuć starają się sobie poradzić z zaspokojeniem popędu seksualnego w najróżniejszy sposób. Uciekają się do masturbacji, która może mieć również podłoże chorobowe, tzw. masturbacja epileptyczna, ale bardzo często wynika z ciekawości, nudów, chęci zwrócenia na siebie uwagi lub jako forma radzenia sobie z samotnością. Problem seksualności wśród osób niepełnosprawnych rodzi bardzo wiele kontrowersji.

W społeczeństwie przyjęło się, że dorosłe osoby upośledzone intelektualnie są jak duże dzieci i sfera seksualna ich nie dotyczy. Podjęcie inicjacji seksualnej przez takie osoby wiąże się często z problemem niewydolności wychowawczej takiej rodziny w momencie pojawienia się dziecka. Wynika to z faktu, że osoby niepełnosprawne umysłowe nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb swojego dziecka, co bardzo często kończy się umieszczeniem go w placówce opiekuńczej [33, 34, 35].

Przemoc wobec osób niepełnosprawnych

Osoby niepełnosprawne w życiu codziennym spotykają się z brakiem zrozumienia i szacunku, co niejednokrotnie prowadzi do wystąpienia zachowań agresywnych. Bardzo często są poniżane przez osoby zdrowe znajdujące się w ich otoczeniu oraz doświadczają łamania podstawowych praw człowieka. Jedną z przyczyn zachowań agresywnych wobec osób niepełnosprawnych jest ich odmienność, zarówno fizyczna np. specyficzny wygląd odmienny od przyjętej normy, jak i umysłowa, np. wycofanie, nieśmiałość. Zauważyć należy, że częstszą przyczyną zachowań agresywnych ze strony społeczeństwa jest niepełnosprawność fizyczna. Negatywne postrzeganie inwalidów ma trzy etapy: uprzedzenie, dystans społeczny i izolacja oraz w końcowej fazie agresji [36].

Od niedawna medialnym zainteresowaniem cieszy się temat przemocy seksualnej. W programach pokazywane są doświadczenia osób dotkniętych tą formą przemocy, jak również prowadzone są kampanie informacyjne mające na celu uwrażliwienie ludzi na wszechobecny problem. Osoby dotknięte niepełnosprawnością nie pozostają poza kręgiem ofiar przemocy seksualnej. Problem jednak ten jest niejako ignorowany w społeczeństwie, ze względu na stereotyp braku seksualności wśród inwalidów. Badania pokazują, że nawet blisko 80% osób dotkniętych niepełnosprawnością intelektualną w swoim życiu doświadczyło przemocy seksualnej. Odsetek ten jest zdecydowanie większy niż w przypadku osób zdrowych. Brak jest jednak danych pozwalających na dokładną ocenę skali tego zjawiska w społeczeństwie. Trudności w ocenie przysparza również fakt, że zjawisko przemocy seksualnej wśród osób niepełnosprawnych zostaje często umniejszone bądź pozostaje tajemnicą, ze względu na bliskie pokrewieństwo ofiary i sprawcy. W społeczeństwie występuje również stereotyp, że osoba niepełnosprawna intelektualnie jest nieatrakcyjna, asekualna oraz nieświadoma wyrządzonej krzywdy. Ze względu na upośledzenie umysłowe osoby chore nie są traktowane poważnie podczas śledztw i pełnosprawny sprawca przestępstwa ma znaczną przewagę nad ofiarą również w trakcie procesu sądowego [37].

Osoby niepełnosprawne korzystające z mediów społecznościowych, również w świecie wirtualnym spotykają się z agresją. Zjawisko to ma nazwę cyberbullyingu i odnosi się od psychicznego bądź fizycznego wykorzystania ofiary przez jednego lub grupę sprawców w Internecie. Wirtualna rzeczywistość jest dla osób niepełnosprawnych niezwykle atrakcyjnym narzędziem. Mogą oni w ten sposób zrekompensować ograniczenia, których doświadczają w realnym świecie. Nowoczesne technologie zwiększają niezależność i poczucie własnej wartości w środowisku osób niepełnosprawnych. Pomimo pozytywnych aspektów wynikających z korzystania z Internetu, osoby upośledzone często padają ofiarami agresji. Zachowania takie mogą mieć różnorodny charakter: obraźliwy e-mail wysłany do ofiary, czy upublicznienie niekorzystnego wizerunku w sieci. Osoby niepełnosprawne będące ofiarami cyberbullyingu doświadczają negatywnych skutków, jakie pociągają za sobą zachowania agresywne w sieci, np. objawy somatyczne, trudności w nauce i koncentracji, a nawet myśli samobójcze [38].

Stygmatyzacja

Jednym z głównych problemów osób niepełnosprawnych nadal pozostaje stygmatyzacja. Jest to postawa społeczna polegająca na negatywnym odbiorze osób niepełnosprawnych z powodu występującej odmienności fizycznej, psychicznej, ale też stylu życia, systemu wartości. Powoduje to nasilenie cierpienia osób dotkniętych niepełnosprawnością i jest to odbierane przez nie jako krzywdzące i niesprawiedliwe. Przejawem stygmatyzacji może być dystansowanie się i unikanie kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, upowszechnianie wszechobecných stereotypów, wprowadzanie ograniczeń w funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej, czy segregacja społeczna z podziałem na osoby chore i zdrowe. Powoduje to występowanie ogólnospołecznego poglądu, że osoba niepełnosprawna musi być wycofana, nieśmiała, wywołująca litość. Postrzeganie zależne jest od stopnia i rodzaju niepełnosprawności, możliwości samoopieki oraz komunikacji i niezależności i samodzielności w życiu codziennym. Osoby z upośledzeniem umysłowym są gorzej odbierane przez społeczeństwo niż na przykład niewidomi, głusi, czy niepełnosprawni ruchowo. Z tego względu osoby chore często dotyka problem wykluczenia społecznego. Polega ono na separacji i izolacji wybranych osób od pozostałej części społeczeństwa. Wśród przyczyn można doszukiwać się ubóstwa, bezrobocia, niskiego poziomu wykształcenia, złych warunków bytowych, uzależnienia, chorób psychicznych i niepełnosprawności. Osoba wykluczona ponosi koszty psychologiczne, które zależne są od subiektywnego podejścia do życia oraz własnych doświadczeń [39, 40].

Bariery w życiu osób niepełnosprawnych

W zależności od rodzaju niepełnosprawności osoby nią dotknięte napotykać w życiu codziennym przeróżne bariery, które utrudniają bądź uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie. Niepełnosprawność ruchowa łączy się nierozdzielnie z utrudnieniami architektonicznymi, będącymi skutkiem niedostosowania przestrzeni publicznej do potrzeb osób korzystających na przykład z wózków inwalidzkich, czy innego sprzętu ortopedycznego. Problem dotyczy głównie braku podjazdów, wind, czy toalet wyposażonych w udogodnienia takie jak uchwyty, czy podnośniki.

W przypadku osób niewidomych lub słabowidzących głównym mankamentem okazują się nierówności w nawierzchniach, brak informacji głosowej, czy tablic w języku Braille'a w przestrzeni publicznej. Problematyczne jest również korzystanie z supermarketów, czy innych sklepów wielkopowierzchniowych ze względu na brak oznaczeń alejek i rozmieszczenie towarów na dużej przestrzeni.

Osoby głuchonieme lub słabosłyszące stykają się z brakiem komunikatów i informacji wyświetlanych w formie cyfrowej, ale również z niewyraźną i szybką mową ze strony personelu placówek państwowych. Nieznajomość języka migowego wśród osób zdrowych powoduje brak możliwości porozumienia się osób głuchoniemych w społeczeństwie.

Niepełnosprawność intelektualna wiąże się natomiast z problemem braku zrozumienia i akceptacji w przestrzeni publicznej. Osoby upośledzone umysłowe mają problem z wchodzeniem w relacje i artykułowaniem własnych potrzeb, co często powoduje marginalizację i wykluczenie [41].

Aktywizacja społeczna osób niepełnosprawnych

Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych pozostaje ciągłym przedmiotem badań i analiz. Wynika to z faktu, że znaczący odsetek osób w wieku produkcyjnym z tej grupy społecznej pozostaje bierny zawodowo pomimo posiadania odpowiednich kwalifikacji. Mniejszy stopień zatrudnienia wśród niepełnosprawnych w porównaniu z osobami zdrowymi to problem globalny. Z tego powodu kładzie się nacisk na budowanie systemów aktywizacji zawodowej i wspierania zatrudnienia. Coraz większą popularnością cieszy się otwarty rynek pracy, co ma za zadanie tworzyć konkurencję dla zakładów pracy chronionej. Osoby niepełnosprawne mogą znaleźć zatrudnienie nie tylko w warunkach ochronnych, ale również w zwykłej firmie, fabryce, czy urzędzie, gdzie będą pracowały na równych prawach, co osoby zdrowe. Takie rozwiązanie wspiera równouprawnienie ale również zwiększa poczucie własnej wartości ludzi zmagających się z niepełnosprawnością i powoduje wzrost integracji społeczeństwa. Współcześnie w Polsce obowiązuje system wspierania osób niepełnosprawnych, co wymusza na pracodawcy zatrudnienie w swoim zakładzie przynajmniej 6% pracowników posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, a w przypadku niewywiązania się z tego nakazu wpłatę składki na PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych). Przyczyny niskiego zatrudnienia w tej grupie społecznej leżą zarówno po stronie zakładu jak i osób niepełnosprawnych. Pracodawcy obawiają się niższej wydajności, czy niewystarczających kompetencji takiego pracownika, wzmożonych kontroli instytucji zewnętrznych, dyskryminacji ze strony współpracowników, czy konieczności dostosowania warunków lokalowych. Osoby niepełnosprawne boją się natomiast utraty świadczeń socjalnych, ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia. Często takie osoby mają za sobą przykre doświadczenia związane z wcześniejszym zatrudnieniem, pomimo podjęcia czynności mających na celu aktywizację zawodową [42, 43].

Istotnym elementem terapii oraz aktywizacji osób niepełnosprawnych jest ich indywidualne nastawienie do życia z chorobą i chęć podjęcia leczenia. Pozytywna samoocena pacjenta jest kluczowa do podjęcia czynności mających na celu maksymalne przywrócenie utraconych funkcji lub zastąpienia ich innymi. Znaczący wpływ w tym aspekcie wywiera najbliższe środowisko osoby niepełnosprawnej i podejście społeczeństwa. Obecnie osoby niepełnosprawne stopniowo zaczynają być coraz bardziej empatyczne oraz wrażliwe na potrzeby inwalidów. Dzięki temu niepełnosprawni mają szanse odnieść sukces w zakresie życia prywatnego, zawodowego, czy rodzinnego, a dzięki temu poprawić postrzeganie samego siebie i nastawienie do życia pomimo posiadanych dysfunkcji.

Założenia i cel pracy

Niepełnosprawność dotyczy bardzo dużej części społeczeństwa. Obejmuje ona zarówno obszar fizyczny oraz psychiczny znacząco upośledzając codzienne funkcjonowanie zmagających się z nią osób. Dotyka w równym stopniu dzieci, młodzież i dorosłych, często powodując uzależnienie od osób trzecich i brak zdolności do samodzielnej egzystencji w społeczeństwie [45].

Osoby niepełnosprawne niejednokrotnie doświadczają dyskryminacji, stygmatyzacji, ale również przemocy ze strony społeczeństwa. Zjawiska te mają postać przemocy fizycznej, jak również znęcania się w sposób psychiczny [46].

Głównym celem pracy była ocena zachowań społeczeństwa wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Cel główny rozbudowano o następujące cele szczegółowe:

1. Ocena wpływu wieku i wykształcenia osób badanych na podejście do zatrudnienia osób niepełnosprawnych.
2. Wpływ wieku ankietowanych na postrzeganie najczęstszej przyczyny niepełnosprawności ruchowej.
3. Ocena gotowości osób ankietowanych do wejścia w związek partnerski z osobą niepełnosprawną.

Material i metoda

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 200 pełnoletnich respondentów zamieszkujących województwo podlaskie, w tym 110 kobiet oraz 90 mężczyzn. Dobór grupy był losowy.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety w okresie styczeń-maj 2023r. po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB Uchwała nr: APK.002.471.2022.

Kwestionariusz zawierał 27 pytań, z czego 2 były wielokrotnego wyboru. W pozostałych pytaniach respondenci mogli wybrać tylko jedną odpowiedź. W ankiecie zawarto 5 pytań ogólnych dotyczących płci, wieku, miejsca, zamieszkania, wykształcenia oraz stanu cywilnego osób badanych oraz 22 pytania szczegółowe dotyczące podejścia społeczeństwa do osób niepełnosprawnych, odczuć towarzyszących im podczas kontaktu z takimi osobami, występowania stygmatyzacji i przemocy wobec inwalidów oraz opinii na temat zawierania związków i zakładania rodzin przez osoby dotknięte niepełnosprawnością.

Uzyskane dane poddano zbiorczej analizie i przedstawiono w postaci rycin i tabel.

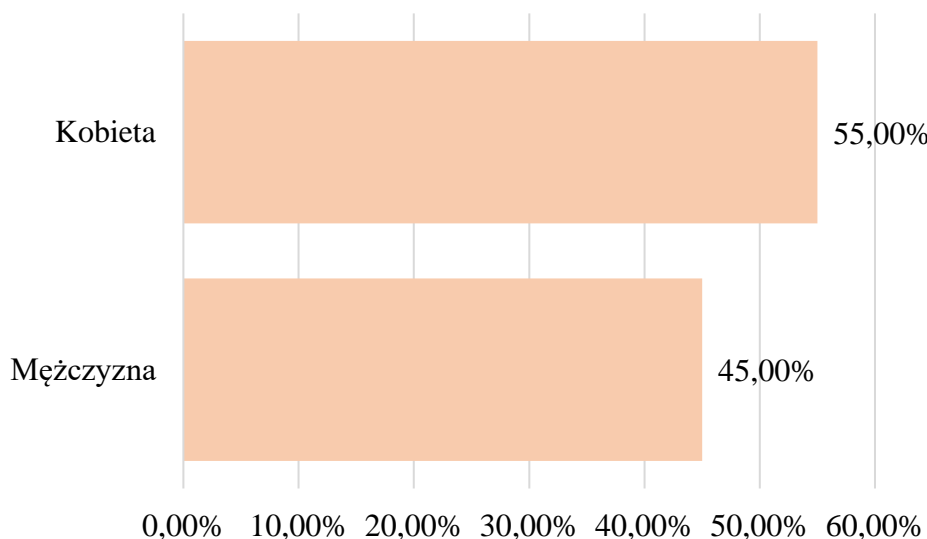
Wyniki opracowano ilościowo oraz przeprowadzono analizę statystyczną. Analiza statystyczna to proces badania danych za pomocą technik matematycznych i statystycznych w celu wydobycia informacji, zrozumienia wzorców i trendów, a także wyciągnięcia wniosków lub decyzji na podstawie analizowanych danych.

W pracy posłużono się testem chi-kwadrat. Wartość p (p-value) to statystyczna miara prawdopodobieństwa, że wyniki badania wynikają z przypadku, a nie z istotnej statystycznie różnicy lub związku. Im mniejsza wartość p, tym silniejsza zależność. Wartość $p > 0,05$ świadczy o braku zależności istotnej statystycznej, a $p < 0,05$ – zależność na poziomie istotnym statystycznie.

Wyniki

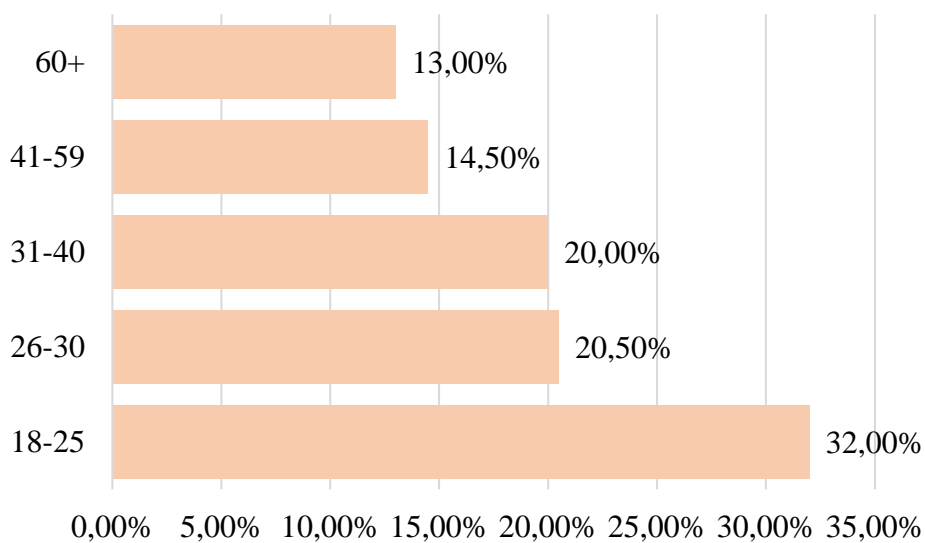
Przedstawienie grupy badanej

W badaniu udział wzięło 200 osób (100,00%), w tym 55,00% grupy to kobiety (N=110). Mężczyźni stanowili 45,00% badanych (N=90) – Rycina 2.



Rycina 2. Podział ankietowanych ze względu na płeć

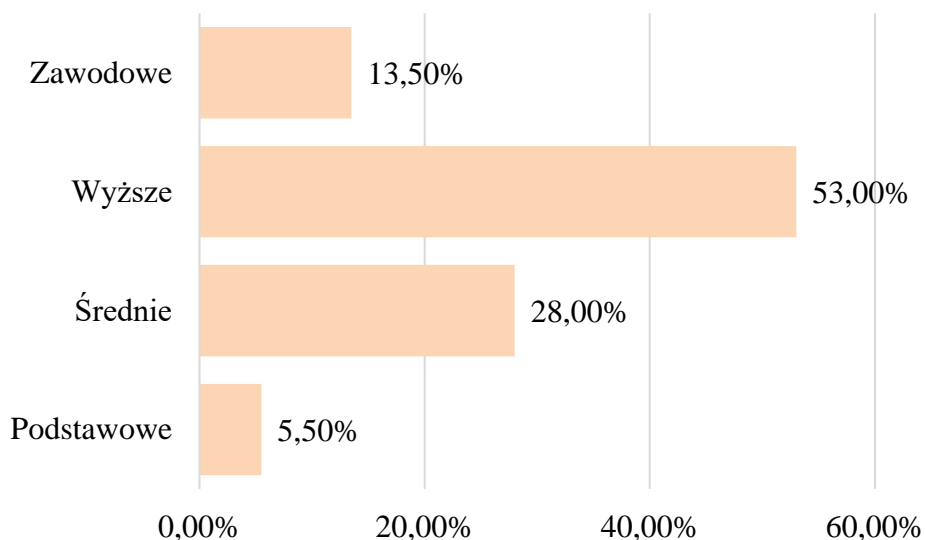
Najwięcej badanych miała od 18 do 25 roku życia (32,00%, N=64). Kolejną grupą były osoby od 26 do 30 roku życia (20,50%, N=41). Najmniejsze grono tworzyli respondenci w wieku 60 lat i więcej (13,00%, N=26) – Rycina 3.



Rycina 3. Podział ankietowanych ze względu na wiek

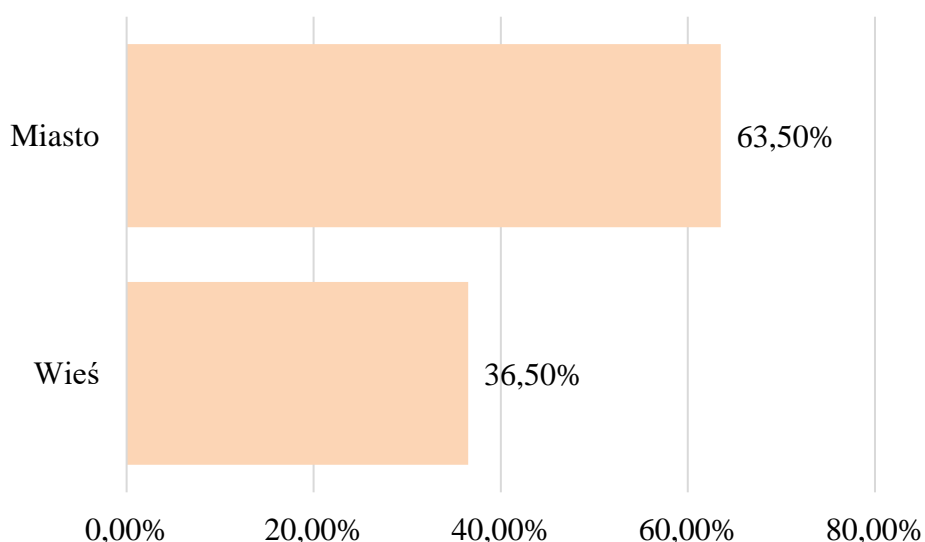
Wyniki / Przedstawienie grupy badanej

Ponad połowa badanych (53,00%) posiadała wykształcenie wyższe (N=106). O wykształceniu średnim poinformowało 28,00% ankietowanych (N=56). Wykształcenie podstawowe posiadało 5,50% badanych (N=11). Wszystkie informacje uszeregowano na Rycinie 4.



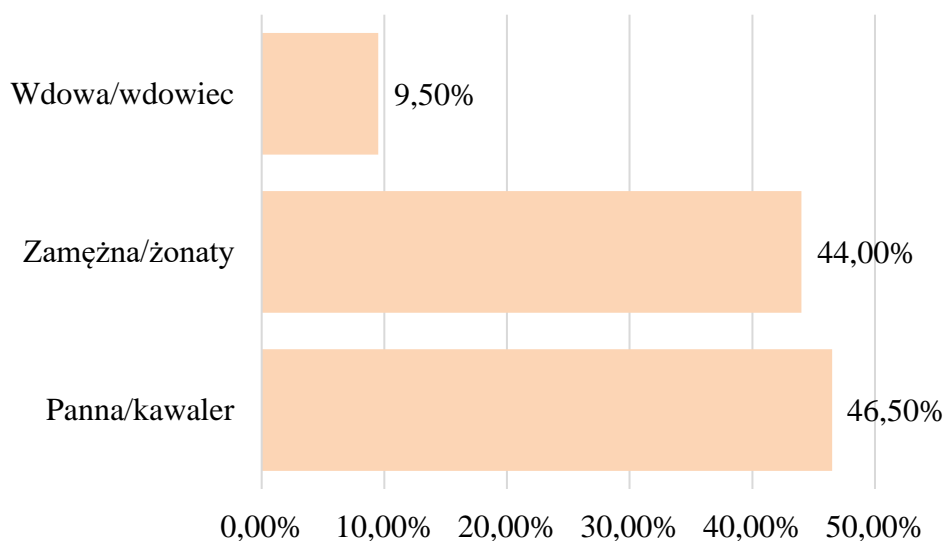
Rycina 4. Podział ankietowanych ze względu na wykształcenie

Analizując miejsce zamieszkania uczestników badania wykazano, że 63,50% grupy pochodziło z terenów miejskich (N=127), pozostałe osoby mieszkały na wsi (36,50%, N=73) – Rycina 5.



Rycina 5. Podział ankietowanych ze względu na miejsce zamieszkania

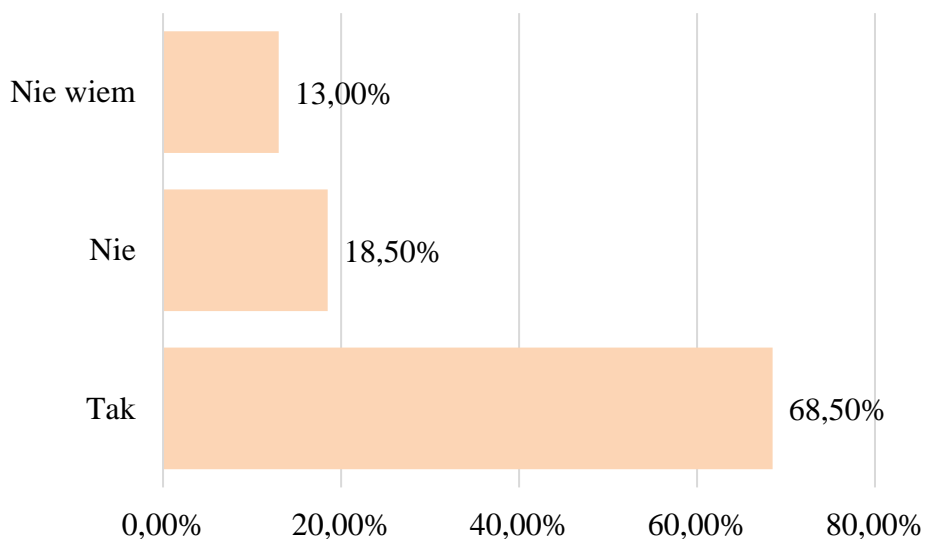
Stanu wolnego było 46,50% grupy (N=93). O posiadaniu żony/ męża poinformowało 44,00% badanych (N=88). Wszystkie dane ukazano na Rycinie 6.



Rycina 6. Podział ankietowanych ze względu na stan cywilny

Szczegółowe opracowanie badań

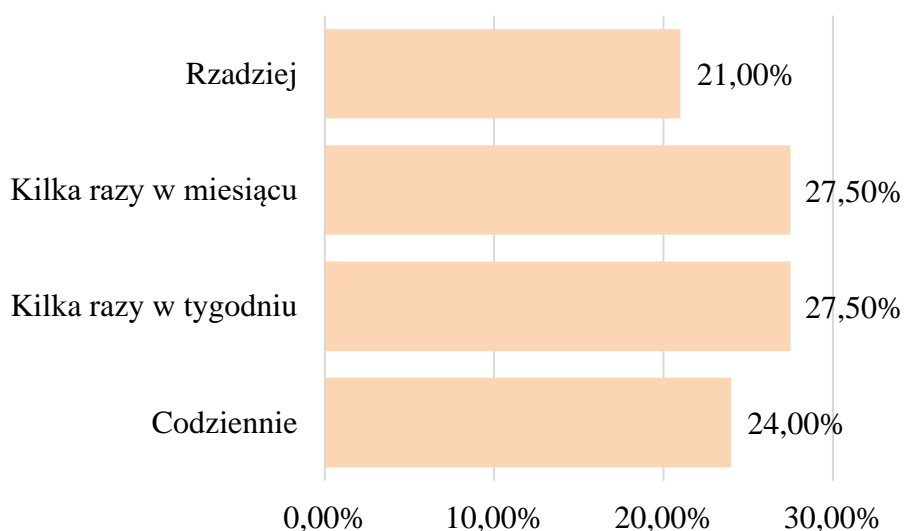
Większość uczestników badania poinformowało, że w swoim najbliższym otoczeniu ma osoby niepełnosprawne (68,50%, N=137). Odpowiedź „nie wiem” wskazało 13,00% grupy (N=26) – Rycina 7.



Rycina 7. Podział ankietowanych ze względu na osoby niepełnosprawne w otoczeniu

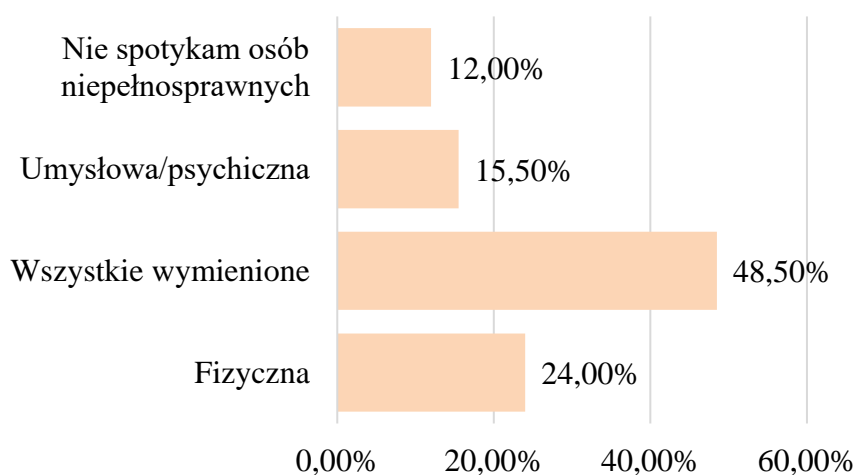
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań

27,50% (N=55) respondentów poinformowało, że ma kontakt z osobami niepełnosprawnymi kilka razy w tygodniu, podczas gdy taka sama liczba osób (27,50%, N=55) spotyka osoby z niepełnosprawnościami kilka razy w miesiącu. Codzienny kontakt z osobami niepełnosprawnymi deklaruje 24,00% (N=48) badanych. Z kolei, 21,00% (N=42) respondentów spotyka osoby niepełnosprawne rzadziej niż kilka razy w miesiącu – Rycina 8.



Rycina 8. Podział ankietowanych ze względu na częstotliwość kontaktu z osobami niepełnosprawnymi

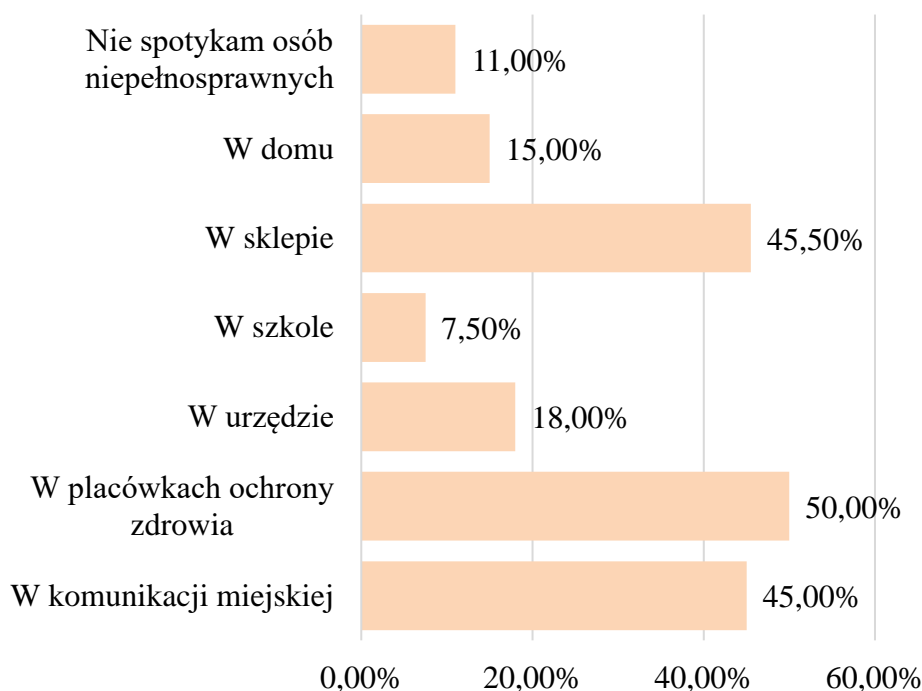
Znacząca większość badanych, czyli 48,50% (N=97) deklarowało, że spotyka się ze wszystkimi wymienionymi rodzajami niepełnosprawności. Natomiast 24,00% (N=48) badanych najczęściej spotyka się z niepełnosprawnością fizyczną. Umysłową lub psychiczną niepełnosprawność wskazało 15,50% (N=31) osób – Rycina 9.



Rycina 9. Podział ankietowanych ze względu na rodzaje spotykanej niepełnosprawności

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań

W grupie osób objętych badaniem 45,00% (N=90) deklaruowało, że najczęściej spotykają osoby niepełnosprawne w komunikacji miejskiej. Tymczasem w placówkach ochrony zdrowia taki kontakt zdarza się aż u 50,00% (N=100) respondentów. Istotny odsetek respondentów, bo 45,50% (N=91), zaznaczyło, że najczęściej ma kontakt z osobami niepełnosprawnymi w sklepach. Pozostałe odpowiedzi ukazano na Rycinie 10.

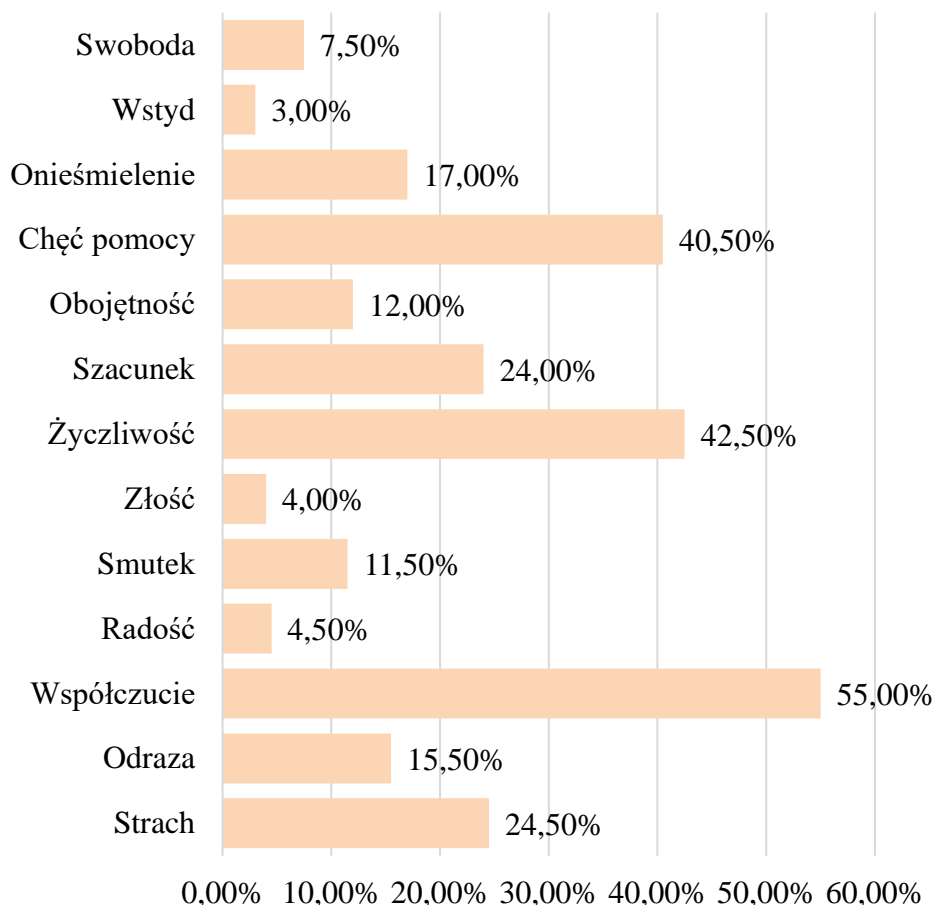


*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 10. Podział ankietowanych ze względu na sytuacje, w których najczęściej spotyka się osoby niepełnosprawne

Kontakt z osobą niepełnosprawną często budzi różne uczucia. 55,00% (N=110) badanych odczuwało współczucie, natomiast 42,50% (N=85) manifestowało życzliwość. Wielu badanych, bo 40,50% (N=81), deklaruowało chęć pomocy osobom niepełnosprawnym. W kontakcie z osobą niepełnosprawną 24,50% (N=49) uczestników badania odczuwało strach, a 24,00% (N=48) szacunek. Wszystkie odpowiedzi uczestników badania uszeregowano na Rycinie 11.

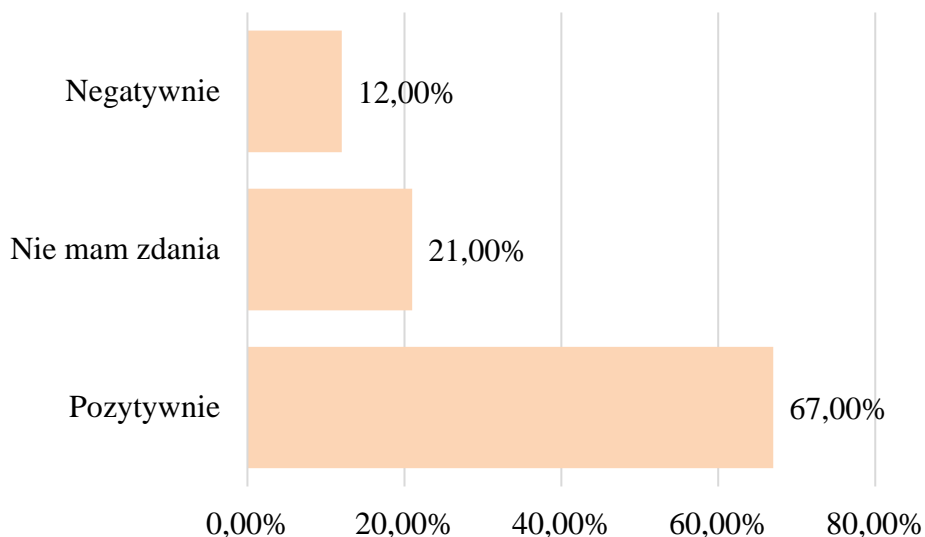
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

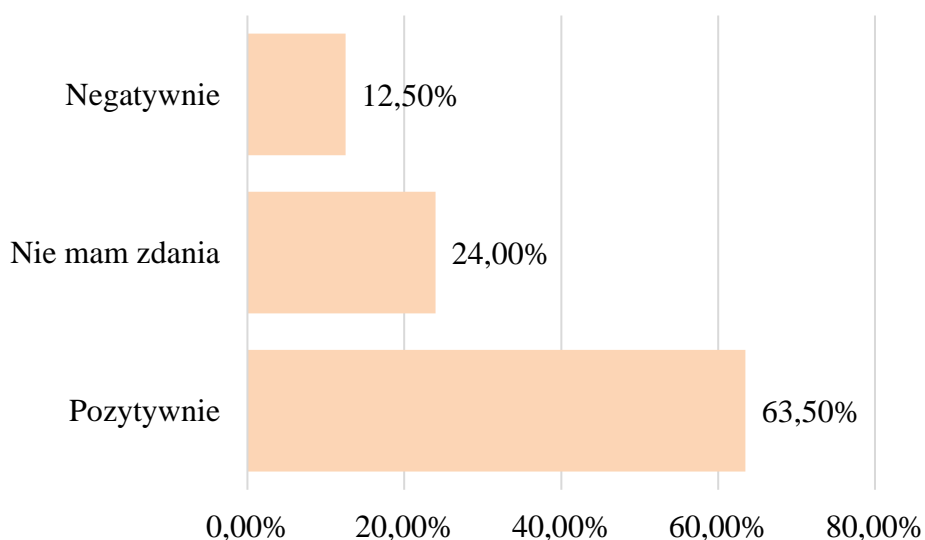
Rycina 11. Podział ankietowanych ze względu na odczucia towarzyszące podczas kontaktu z osobą niepełnosprawną

W grupie wypełniających ankietę, dominująca większość, czyli 67,00% (N=134), oceniło swoje stosunki z osobami niepełnosprawnymi ruchowo pozytywnie. Z drugiej strony, 21,00% (N=42) z badanych nie posiada wyraźnej opinii na ten temat. Mniejsza grupa, składająca się z 12,00% (N=24) osób udzielających odpowiedzi, przyznaje się do negatywnego stosunku do osób z niepełnosprawnością ruchową – Rycina 12.



Rycina 12. Podział ankietowanych ze względu na ocenę własnego stosunku do osób niepełnosprawnych ruchowo

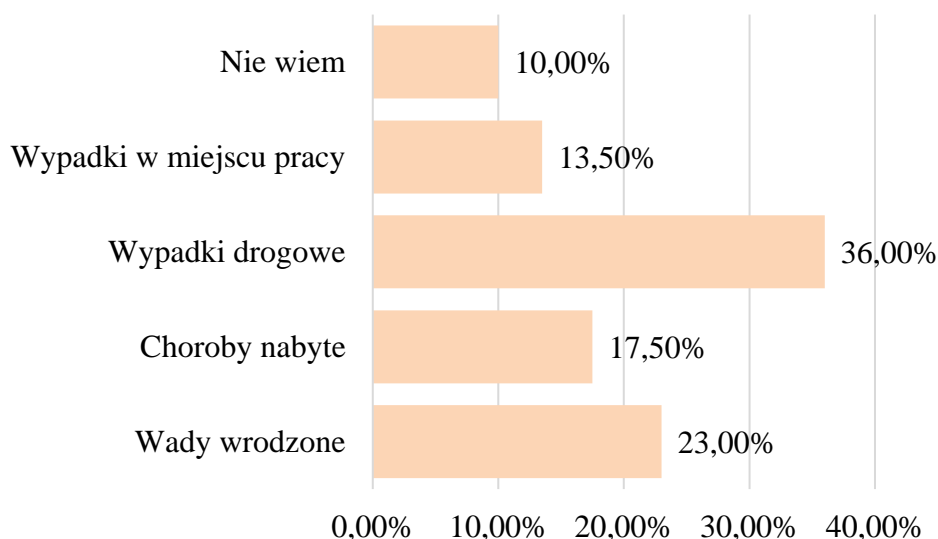
Znacząca większość, to jest 63,50% (N=127), wyraziła pozytywne odczucia wobec osób z niepełnosprawnością umysłową. Natomiast neutralny stosunek, nie posiadając wyraźnego zdania na ten temat, zgłosiło 24,00% (N=48) respondentów. Z kolei, 12,50% (N=25) z grupy objętej badaniem przyznało się do negatywnego podejścia do osób z niepełnosprawnością umysłową – Rycina 13.



Rycina 13. Podział ankietowanych ze względu na ocenę własnego stosunku do niepełnosprawnych umysłowo

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań

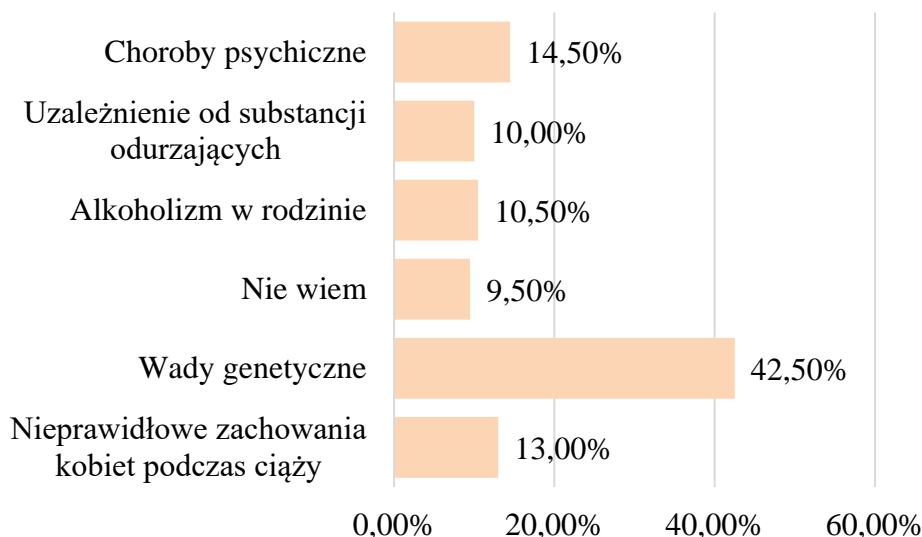
W populacji badanej, najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności ruchowej są wypadki drogowe, co zaznaczyło 36,00% (N=72) ankietowanych. Drugim najczęściej podawanym powodem są wady wrodzone, które wskazało 23,00% (N=46) osób. Z kolei, 17,50% (N=35) respondentów uznało choroby nabyte jako główne źródło problemu. Inne warianty odpowiedzi ukazano na Rycinie 14.



Rycina 14. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności ruchowej

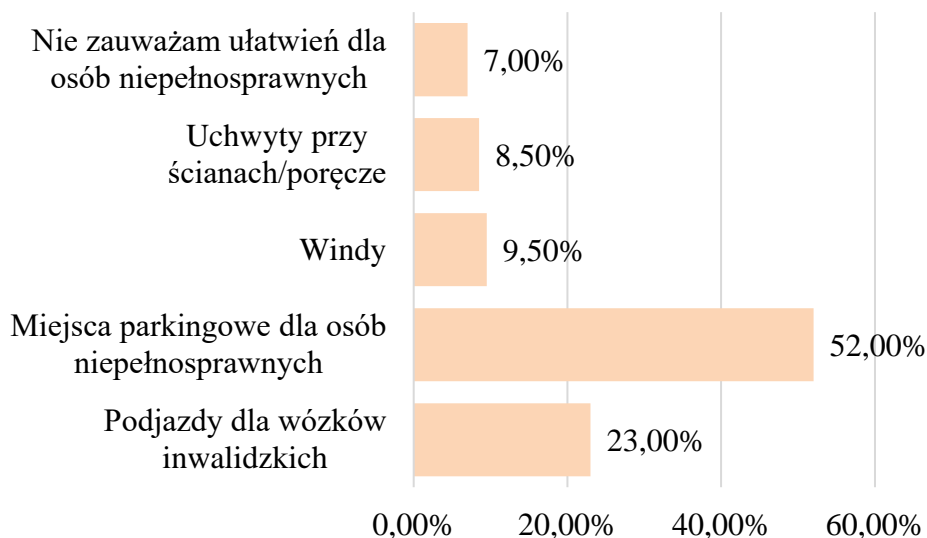
Aż 42,50% (N=85) badanych uważało, że niepełnosprawność umysłową najczęściej powodują wady genetyczne. Na drugim miejscu uplasowały się choroby psychiczne, które zostały zaznaczone przez 14,50% (N=29) ankietowanych. Natomiast 13,00% (N=26) badanych zauważa związek między nieprawidłowymi zachowaniami kobiet podczas ciąży a powstawaniem niepełnosprawności umysłowej. Uzależnienie od substancji odurzających oraz alkoholizm w rodzinie wskazało odpowiednio 10,00% (N=20) i 10,50% (N=21) badanych – Rycina 15.

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



Rycina 15. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności umysłowej

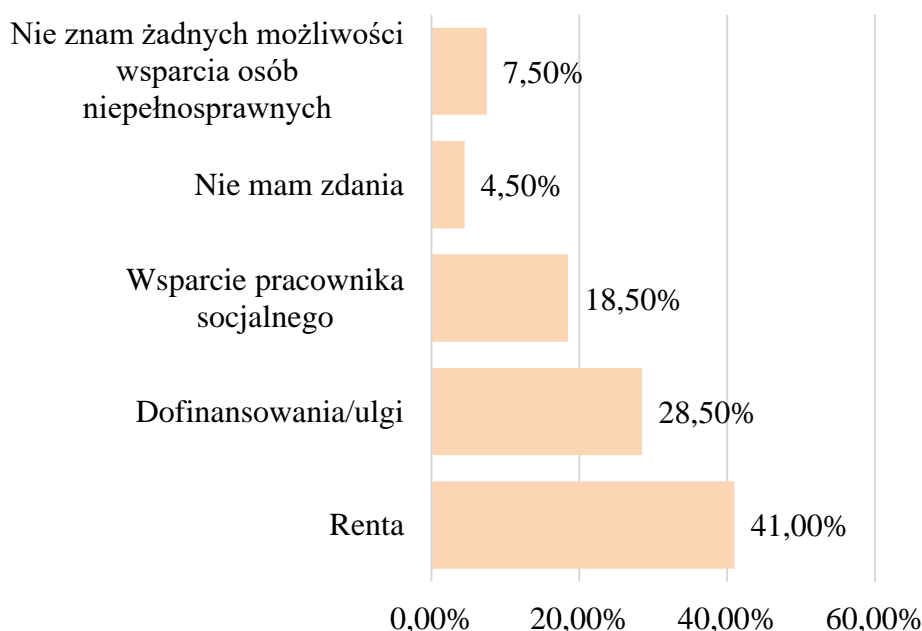
52,00% (N=104) respondentów zauważyło, że miejsca parkingowe dla osób niepełnosprawnych są najczęściej występującym ułatwieniem w przestrzeni publicznej. Tymczasem o podjazdach dla wózków inwalidzkich wspomniało 23,00% (N=46) badanych. Wszystkie odpowiedzi ukazano na Rycinie 16.



Rycina 16. Podział ankietowanych ze względu na zaobserwowane ułatwienia dla osób niepełnosprawnych w przestrzeni publicznej

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań

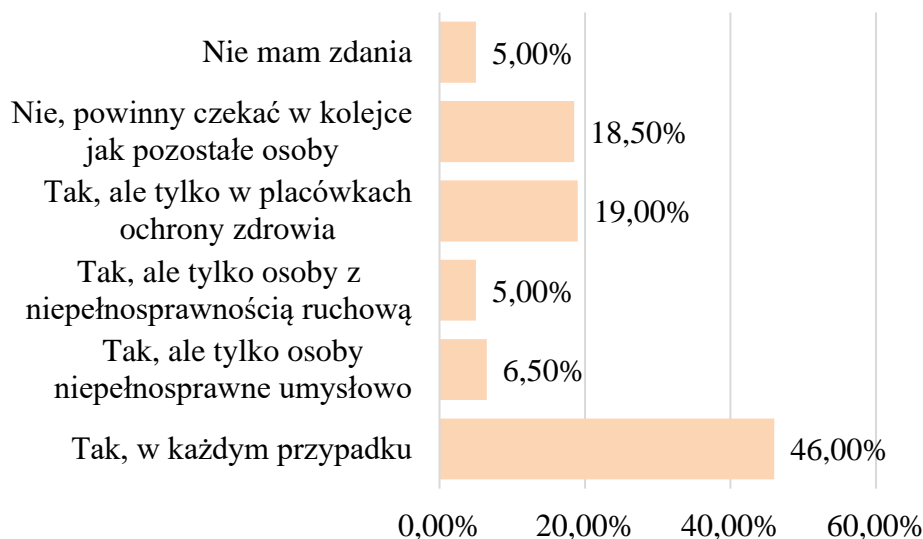
Najbardziej rozpoznawalnym wsparciem dla osób niepełnosprawnych ze strony władz rządzących jest renta, co potwierdziło 41,00% (N=82) respondentów. Na drugim miejscu znajdują się różnego rodzaju dofinansowania i ulgi, które są znane dla 28,50% (N=57) osób wypełniających ankietę. Mniej popularna jest świadomość o wsparciu pracownika socjalnego, które wskazało 18,50% (N=37) badanych – Rycina 17.



Rycina 17. Możliwości wsparcia ze strony władz osób niepełnosprawnych

Wśród badanych znacząca większość, czyli 46,00% (N=92) uważało, że osoby niepełnosprawne powinny być obsługiwane w instytucjach publicznych poza kolejnością, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności. Wyraźnie mniejszy odsetek, 6,50% (N=13) uznało, że ten przywilej powinny mieć tylko osoby z niepełnosprawnością umysłową, a 5,00% (N=10) respondentów wskazało, że tylko osoby z niepełnosprawnością ruchową. Natomiast dla 19,00% (N=38) osób udzielających informacji, priorytetowe traktowanie powinny otrzymywać osoby niepełnosprawne jedynie w placówkach ochrony zdrowia – Rycina 18.

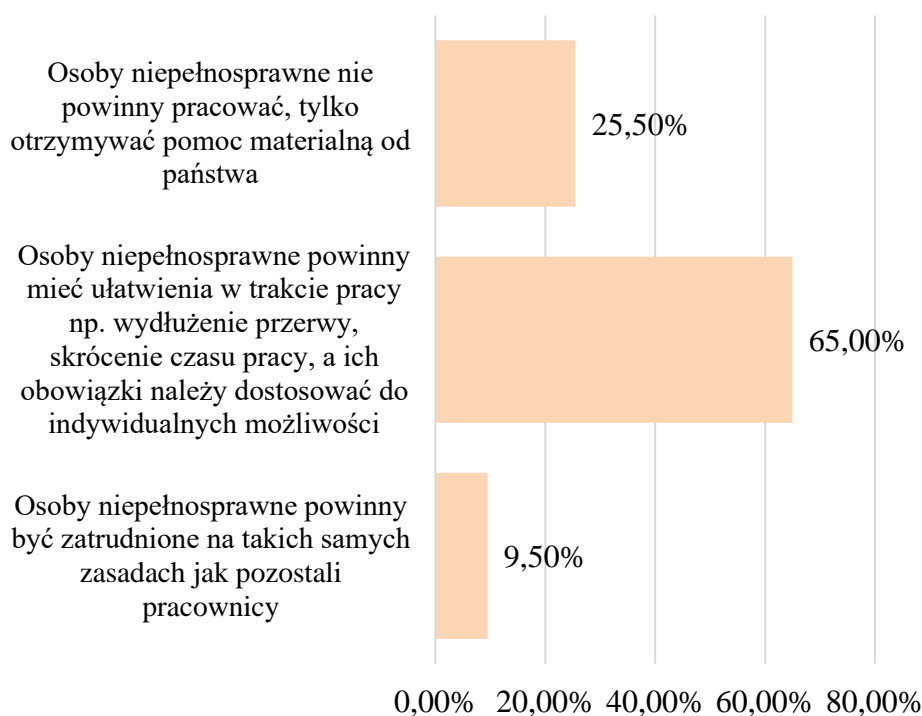
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



Rycina 18. Osoby niepełnosprawne powinny być obsługiwane w instytucjach publicznych poza kolejnością

W badanej grupie osób, aż 65,00% (N=130) wyraziło przekonanie, że osoby niepełnosprawne powinny mieć ułatwienia w trakcie pracy, takie jak wydłużenie przerwy, skrócenie czasu pracy, a ich obowiązki należy dostosować do indywidualnych możliwości. Zaledwie 9,50% (N=19) badanych uważało, że osoby niepełnosprawne powinny być zatrudnione na takich samych zasadach, jak pozostali pracownicy. Z kolei 25,50% (N=51) respondentów było zdania, że osoby niepełnosprawne nie powinny pracować, lecz otrzymywać pomoc materialną od państwa – Rycina 19.

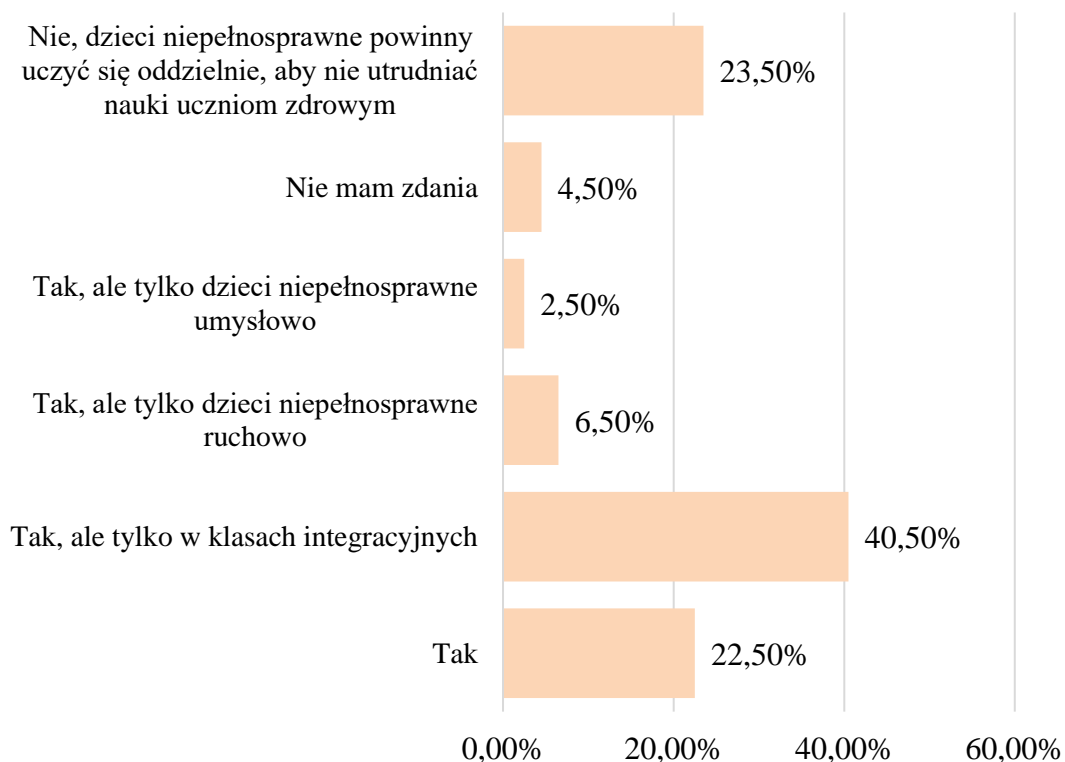
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



Rycina 19. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych umysłowo lub fizycznie w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem

22,50% (N=45) badanych zgadzało się z twierdzeniem, że niepełnosprawne dzieci powinny uczyć się w jednej klasie z uczniami zdrowymi. Znaczna większość - 40,50% (N=81) badanych popierało jednak koncepcję klas integracyjnych. Natomiast 23,50% (N=47) osób było przeciwnych wspólnej nauce dzieci niepełnosprawnych i zdrowych, argumentując, że nie powinno się utrudniać nauki uczniom zdrowym – Rycina 20.

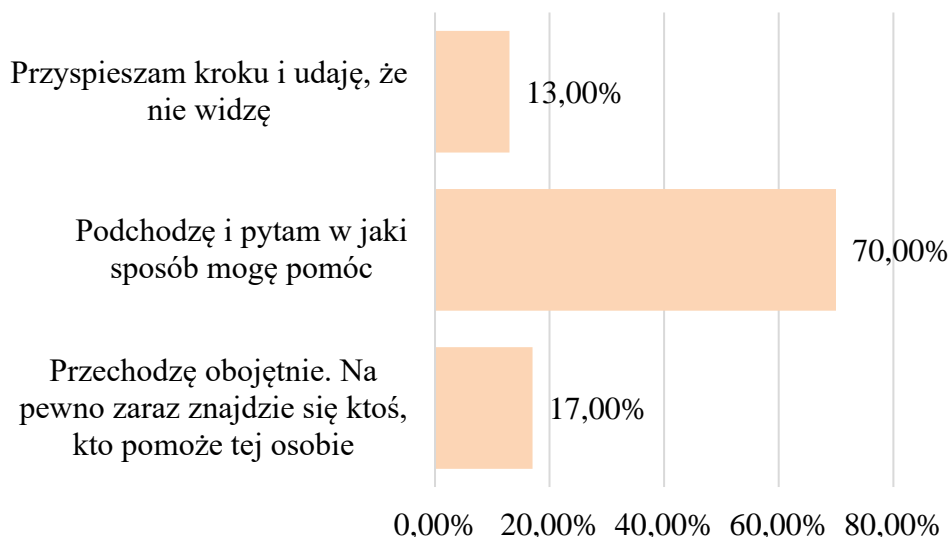
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



Rycina 20. Niepełnosprawne dzieci powinny uczyć się w jednej klasie z uczniami zdrowymi

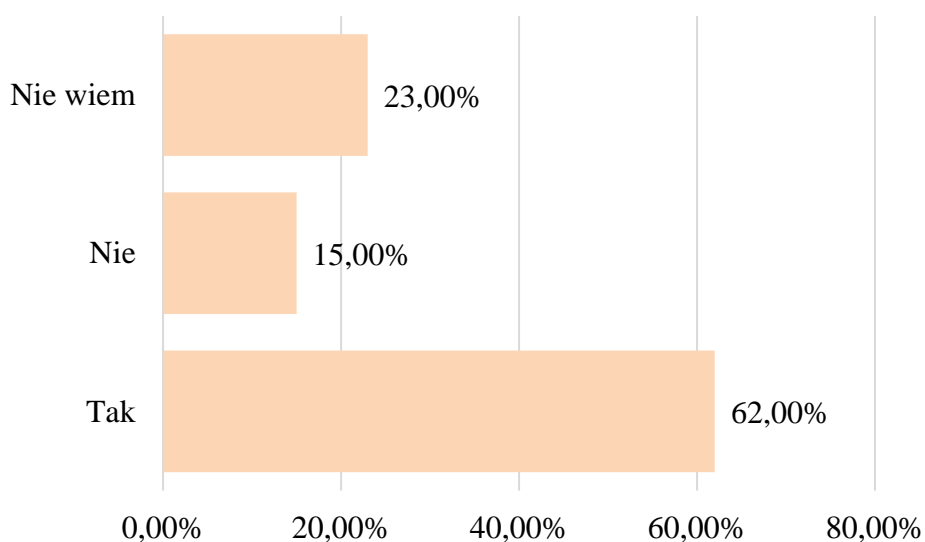
W grupie osób, które wzięły udział w badaniu, aż 70,00% (N=140) zadeklarowało, że podchodzi i pyta, w jaki sposób mogą pomóc osobie niepełnosprawnej potrzebującej pomocy. Niemniej jednak, 17,00% (N=34) respondentów przyznało, że przechodzi obojętnie, zakładając, że ktoś inny na pewno pomoże. Z kolei 13,00% (N=26) ankietowanych przyznaje się do przyspieszania kroku i udawania, że nie zauważają potrzebującej osoby – Rycina 21.

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



Rycina 21. Podział ankietowanych ze względu na sposób udzielenia pomocy osobie niepełnosprawnej podczas spaceru

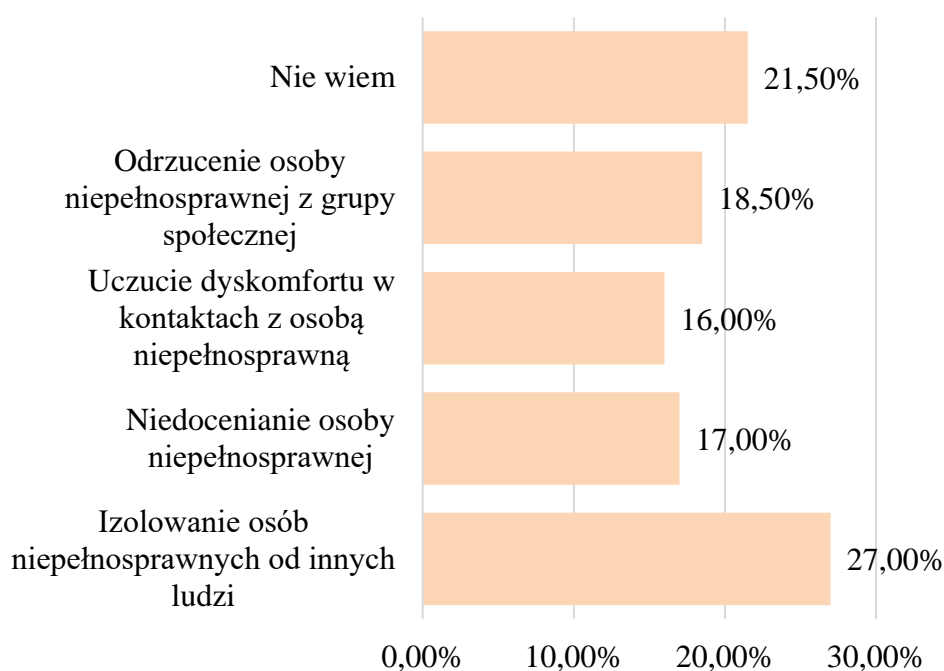
W badanej grupie 62,00% (N=124) osób zauważyło problem stygmatyzacji osób niepełnosprawnych w swoim środowisku. Natomiast 15,00% (N=30) respondentów twierdziło, że nie dostrzega takiego problemu. Z kolei 23,00% (N=46) uczestników badania nie jest w stanie ocenić tej sytuacji i deklaruje, że nie wie, czy w ich środowisku występuje problem stygmatyzacji osób niepełnosprawnych – Rycina 22.



Rycina 22. Problem stygmatyzacji osób niepełnosprawnych w środowisku

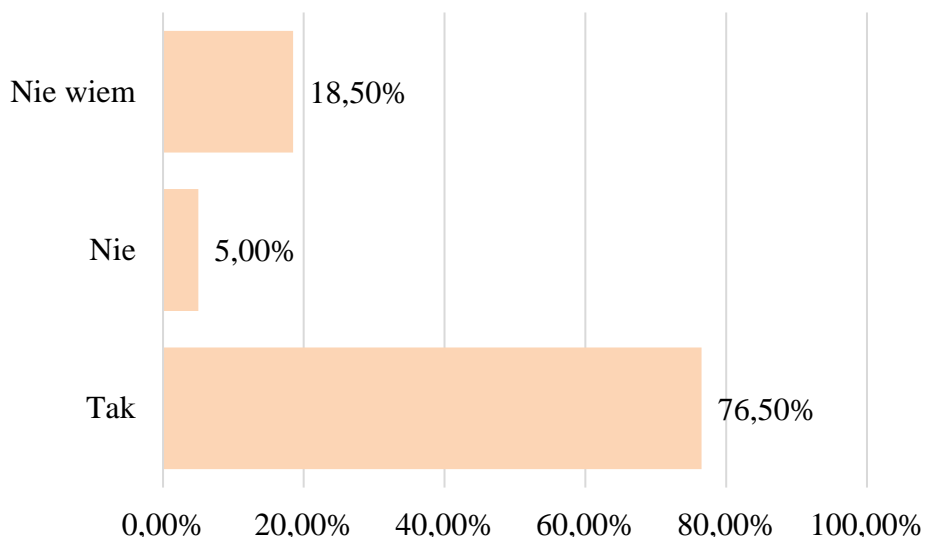
Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań

27,00% (N=54) respondentów uważało, że najczęstszą formą stygmatyzacji osób niepełnosprawnych jest izolowanie ich od innych ludzi. Na drugim miejscu, 18,50% (N=37) badanych zauważyło odrzucenie osób niepełnosprawnych z grup społecznych jako częstą formę stygmatyzacji. Kolejne dwie kategorie to: niedoceniające osób niepełnosprawnych, które wskazało 17,00% (N=34) badanych oraz uczucie dyskomfortu w kontaktach z osobą niepełnosprawną, dostrzegane przez 16,00% (N=32) uczestników badania. Wreszcie, 21,50% (N=43) uczestników ankietowania zadeklarowało, że nie wiedzą, jakie formy stygmatyzacji osób niepełnosprawnych występują najczęściej – Rycina 23.



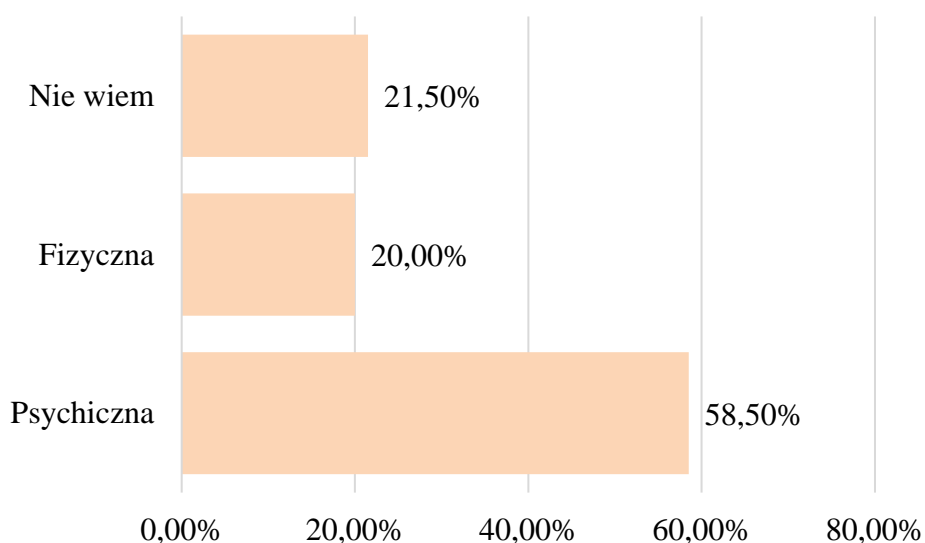
Rycina 23. Najczęściej występujące formy stygmatyzacji osób upośledzonych

W grupie ankietowanych, aż 76,50% (N=153) odpowiedziało, że według nich osoby niepełnosprawne doświadczają cierpienia w społeczeństwie. Z drugiej strony, zaledwie 5,00% (N=10) respondentów nie podziela tego zdania – Rycina 24.



Rycina 24. Osoby niepełnosprawne doświadczają cierpienia w społeczeństwie

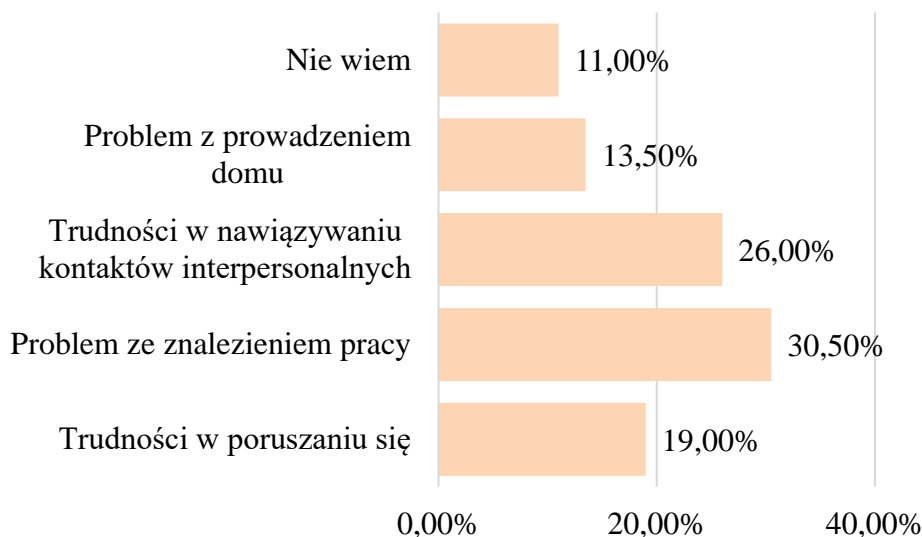
Najczęściej występującą formą przemocy wobec osób niepełnosprawnych jest przemoc psychiczna, co zostało wskazane było przez badanych - 58,50% (N=117). Przemoc fizyczna została wymieniona jako forma przemocy przez 20,00% (N=40) ankietowanych – Rycina 25.



Rycina 25. Najczęściej stosowane formy przemocy wobec osób niepełnosprawnych

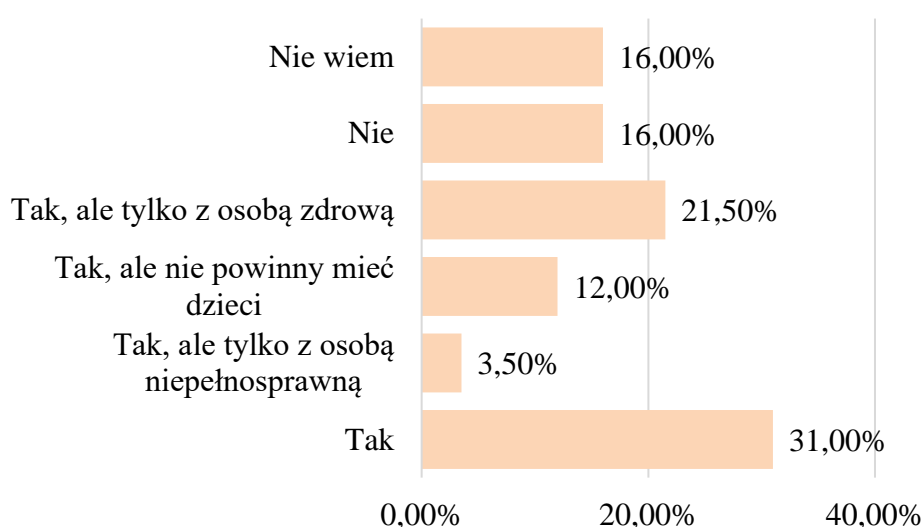
Problem ze znalezieniem pracy został wskazany jako jedno z głównych utrudnień z jakimi spotykają się osoby niepełnosprawne w życiu codziennym przez 30,50% (N=61) ankietowanych. Trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych były zgłaszane przez 26,00% (N=52) badanych. Problem z prowadzeniem domu został wymieniony przez 13,50% (N=27) osób. Pozostałe odpowiedzi ukazano na Rycinie 26.

Wyniki / Szczegółowe opracowanie badań



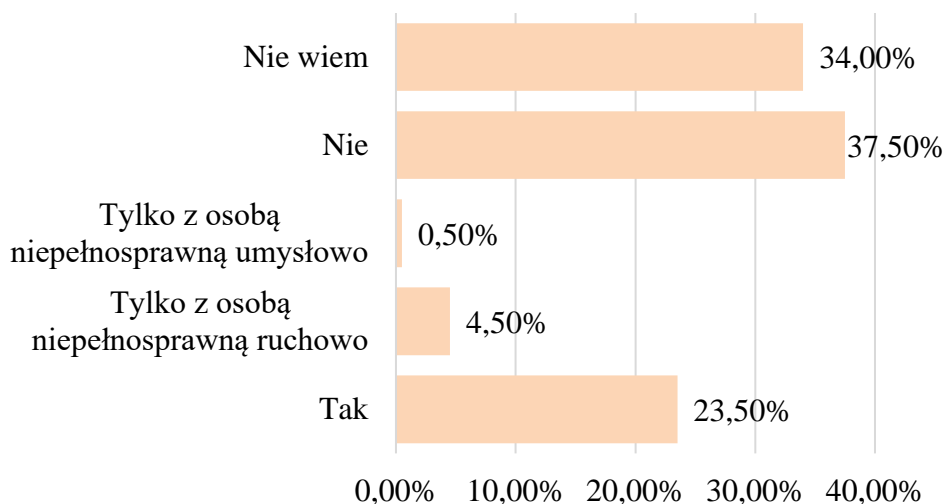
Rycina 26. Utrudnienia z jakimi spotykają się osoby niepełnosprawne w życiu codziennym

Wyniki pokazują, że 31,00% (N=62) badanych uważało, że osoby niepełnosprawne powinny zakładać rodziny. Kolejne 3,50% (N=7) ankietowanych wybrało odpowiedź, że tak, ale tylko z osobą niepełnosprawną, natomiast 12,00% (N=24) osób wskazało, że osoby niepełnosprawne powinny zakładać rodziny, ale nie powinny mieć dzieci. Kolejne 21,50% (N=43) badanych odpowiedziało, że osoby niepełnosprawne powinny zakładać rodziny, ale tylko z osobą zdrową. Z kolei 16,00% (N=32) ankietowanych odpowiedziało, że osoby niepełnosprawne nie powinny zakładać rodziny, a 16,00% (N=32) osób nie wiedziało, jakie jest ich zdanie w tej sprawie – Rycina 27.



Rycina 27. Osoby niepełnosprawne powinny zakładać rodzin

W grupie badanych, 23,50% (N=47) osób odpowiedziało, że byłoby w stanie związać się z osobą niepełnosprawną. 4,50% (N=9) badanych wskazało, że związałyby się tylko z osobą niepełnosprawną ruchowo, natomiast 0,50% (N=1) osób wybrało możliwość związania się tylko z osobą niepełnosprawną umysłowo. Z kolei 37,50% (N=75) ankietowanych odpowiedziało, że nie byłoby w stanie związać się z osobą niepełnosprawną, a 34,00% (N=68) osób nie wiedziało, czy byłoby w stanie nawiązać taką relację – Rycina 28.



Rycina 28. Podział ankietowanych ze względu na możliwość zawarcia związku z osobą niepełnosprawną

Analiza statystyczna

Największy odsetek osób w wieku 18-25 lat uważało, że osoby niepełnosprawne powinny być zatrudnione na takich samych zasadach jak inni pracownicy. Ta tendencja jest mniejsza w starszych grupach wiekowych. Większość osób w każdej grupie wiekowej było zdania, że osoby niepełnosprawne powinny mieć pewne ułatwienia w pracy, takie jak wydłużenie przerwy, skrócenie czasu pracy i dostosowanie obowiązków do ich indywidualnych możliwości. Pomimo że mniejszość respondentów uważa, że osoby niepełnosprawne powinny otrzymywać tylko pomoc materialną od państwa, zamiast pracować, odsetek ten jest wyższy w grupie wiekowej 60+. Warto zauważyć, że wynik testu chi-kwadrat sugeruje, że różnice między grupami wiekowymi nie są statystycznie istotne ($p=0,36171843$), co oznacza, że różnice te mogą wynikać z przypadku, a nie z rzeczywistych różnic w przekonaniach różnych grup wiekowych – Tabela 1.

Tabela 1. Wiek badanych a ich zdanie na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych umysłowo/fizycznie w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem

Wiek	Co sądzi Pan/Pani na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych umysłowo /fizycznie w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem?					
	Osoby niepełnosprawne powinny być zatrudnione na takich samych zasadach jak pozostali pracownicy		Osoby niepełnosprawne powinny mieć ułatwienia w trakcie pracy		Osoby niepełnosprawne nie powinny pracować, tylko otrzymywać pomoc materialną od państwa	
	N	%	N	%	N	%
18-25	9	47,37%	41	31,54%	14	27,45%
26-30	3	15,79%	27	20,77%	11	21,57%
31-40	2	10,53%	29	22,31%	9	17,65%
41-59	3	15,79%	21	16,15%	5	9,80%
60+	2	10,53%	12	9,23%	12	23,53%
chi ²	8.774					
P	0.36171843					

Osoby z wyższym wykształceniem wyrażają największe poparcie dla ułatwień dla osób niepełnosprawnych w pracy. Z drugiej strony, osoby z wykształceniem zawodowym są najbardziej skłonne do uznania, że osoby niepełnosprawne powinny być zatrudniane na takich samych zasadach jak inni pracownicy. Co istotne wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2=29.378$) sugeruje, że różnice między grupami wykształcenia są statystycznie istotne ($p=0,00005159$), co oznacza, że różnice te prawdopodobnie nie są przypadkowe, a faktycznie odzwierciedlają różnice w przekonaniach między grupami o różnym poziomie wykształcenia – Tabela 2.

Tabela 2. Wykształcenie badanych a ich zdanie na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych umysłowo/fizycznie w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem

Wykształcenie	Co sądzi Pan/Pani na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych umysłowo /fizycznie w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem?					
	Osoby niepełnosprawne powinny być zatrudnione na takich samych zasadach jak pozostali pracownicy		Osoby niepełnosprawne powinny mieć ułatwienia w trakcie pracy		Osoby niepełnosprawne nie powinny pracować, tylko otrzymywać pomoc materialną od państwa	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	2	10,53%	3	2,31%	6	11,76%
Średnie	5	26,32%	32	24,62%	19	37,25%
Wyższe	5	26,32%	84	64,62%	17	33,33%
Zawodowe	7	36,84%	11	8,46%	9	17,65%
chi ²	29.378					
P	0.00005159					

W grupie wiekowej 18-25 lat najczęściej jako przyczynę niepełnosprawności ruchowej wskazywano wypadki drogowe. Ta tendencja maleje w starszych grupach wiekowych. W grupie 60 lat i więcej zauważalne jest większe rozproszenie odpowiedzi, z równym odsetkiem osób wskazujących na wady wrodzone, choroby nabyte i wypadki drogowe, a najwięcej respondentów w tej grupie wiekowej wskazało wypadki w miejscu pracy jako najczęstszą przyczynę niepełnosprawności ruchowej. Różnice między grupami wiekowymi, zgodnie z wynikiem testu chi-kwadrat ($\chi^2=18.39$), nie są statystycznie istotne ($p=0,30155904$). Oznacza to, że różnice te mogą wynikać z przypadku, a nie z rzeczywistych różnic w przekonaniach między różnymi grupami wiekowymi – Tabela 3.

Tabela 3. Wiek badanych a ich zdanie na temat najczęstszej przyczyny niepełnosprawności ruchowej

Wiek	Co Pana/Pani zdaniem jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej?									
	Wady wrodzone		Choroby nabyte		Wypadki drogowe		Wypadki w miejscu pracy		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-25	15	32,61%	7	20,00%	27	37,50%	5	18,52%	10	50,00%
26-30	12	26,09%	4	11,43%	16	22,22%	5	18,52%	4	20,00%
31-40	9	19,57%	10	28,57%	13	18,06%	5	18,52%	3	15,00%
41-59	6	13,04%	7	20,00%	9	12,50%	5	18,52%	2	10,00%
60+	4	8,70%	7	20,00%	7	9,72%	7	25,93%	1	5,00%
chi ²	18.39									
P	0.30155904									

Wszystkie grupy wiekowe, z wyjątkiem grupy 60 lat i więcej, wykazują największą niechęć do związania się z osobą niepełnosprawną, z największym odsetkiem odpowiedzi "Nie" w grupie 18-25 lat. Największa gotowość do związania się z osobą niepełnosprawną, bez względu na rodzaj niepełnosprawności, występuje w grupie 18-25 lat i grupie 60 lat i więcej. Warto zauważyć, że wynik testu chi-kwadrat sugeruje, że różnice między grupami wiekowymi nie są statystycznie istotne ($p=0,82075778$), co oznacza, że różnice te mogą wynikać z przypadku, a nie z rzeczywistych różnic w przekonaniach między różnymi grupami wiekowymi – Tabela 4.

Tabela 4. Wiek badanych a ich zdanie na temat związku z osobą niepełnosprawną

Wiek	Czy byłby/byłaby Pan/Pani w stanie związać się z osobą niepełnosprawną?									
	Tak		Tylko z osobą niepełnosprawną ruchowo		Tylko z osobą niepełnosprawną umysłowo		Nie		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-25	14	29,79%	3	33,33%	0	0,00%	24	32,00%	23	33,82%
26-30	12	25,53%	2	22,22%	0	0,00%	16	21,33%	11	16,18%
31-40	9	19,15%	2	22,22%	0	0,00%	15	20,00%	14	20,59%
41-59	4	8,51%	2	22,22%	1	100,00%	11	14,67%	11	16,18%
60+	8	17,02%	0	0,00%	0	0,00%	9	12,00%	9	13,24%
chi ²	10.815									
P	0.82075778									

Więcej kobiet niż mężczyzn deklarowało, że byłyby w stanie związać się z osobą niepełnosprawną, bez względu na rodzaj niepełnosprawności. Więcej mężczyzn niż kobiet poinformowało, że mogliby związać się tylko z osobą niepełnosprawną ruchowo. Mężczyźni są bardziej skłonni niż kobiety do zadeklarowania, że nie byłoby w stanie związać się z osobą niepełnosprawną (62,67% mężczyzn w porównaniu do 37,33% kobiet). Test chi-kwadrat pokazuje, że różnice między płciami są statystycznie istotne ($p=0,00030047$), co sugeruje, że różnice te nie są przypadkowe, ale prawdopodobnie odzwierciedlają rzeczywiste różnice w przekonaniach między mężczyznami a kobietami – Tabela 5.

Tabela 5. Płeć badanych a ich zdanie na temat związku z osobą niepełnosprawną

Płeć	Czy byłby/byłaby Pan/Pani w stanie związać się z osobą niepełnosprawną?									
	Tak		Tylko z osobą niepełnosprawną ruchowo		Tylko z osobą niepełnosprawną umysłowo		Nie		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mężczyzna	15	31,91%	6	66,67%	1	100,00%	47	62,67%	21	30,88%
Kobieta	32	68,09%	3	33,33%	0	0,00%	28	37,33%	47	69,12%
chi ²	21.115									
P	0.00030047									

Więcej respondentów z miast (71,77%) niż z wsi (28,23%) zauważa problem stygmatyzacji osób niepełnosprawnych. Wynik testu chi-kwadrat sugeruje, że te różnice między mieszkańcami miast a mieszkańcami wsi są statystycznie istotne ($p=0,01077529$), co oznacza, że nie są one prawdopodobnie przypadkowe, ale raczej odzwierciedlają rzeczywiste różnice w percepcji stygmatyzacji osób niepełnosprawnych między tymi dwiema grupami – Tabela 6.

Tabela 6. Miejsce zamieszkania badanych a problem stygmatyzacji w środowisku

Miejsce zamieszkania	Czy w swoim środowisku zauważa Pan/Pani problem stygmatyzacji osób niepełnosprawnych?					
	Tak		Nie		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	35	28,23%	14	46,67%	24	52,17%
Miasto	89	71,77%	16	53,33%	22	47,83%
chi ²	9.061					
P	0.01077529					

Dyskusja

Podczas kontaktu z niepełnosprawnymi ludziami towarzyszą różne odczucia. W badaniach własnych na pytanie dotyczące uczuć towarzyszących podczas kontaktu z osobami niepełnosprawnymi najczęstszymi odpowiedziami było współczucie- 55 % oraz życzliwość- 42,5%. Najmniej ankietowanych określiło swoje emocje jako złość, wstyd. Bardzo podobne wyniki uzyskali Machalski i wsp. [47] w swoich badaniach na temat postrzegania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Podobne zbieżności wyników zaobserwowano analizując wpływ wykształcenia na podejście do zatrudnienia osób niepełnosprawnych. W przypadku badań Machalskiego i wsp. ankietowani deklarujący wykształcenie policealne w największym odsetku uważali, że osoby niepełnosprawne powinny pracować, jeżeli stan zdrowia im na to pozwala. W badaniach własnych respondenci z wykształceniem wyższym twierdzili, że osoby niepełnosprawne powinny być zatrudniane z uwzględnieniem ich własnych możliwości i zastosowaniem ułatwień podczas pracy.

Analizując materiał własny znacząca większość ankietowanych (67%) zadeklarowała pozytywny stosunek do osób niepełnosprawnych ruchowo, natomiast (21%) badanych nie miała zdania na ten temat. Pozostałe osoby określiły swój stosunek jako negatywny. Porównując uzyskane wyniki do badań przeprowadzonych przez Katarzynę Nowak [48] również największy odsetek badanych określił swoje podejście do osób upośledzonych ruchowo jako pozytywne, natomiast do negatywnego stosunku nie przyznał się żaden ankietowany. Katarzyna Nowak uzyskała podobne wyniki także w przypadku pytania o przyczyny niepełnosprawności ruchowej. Ankietowani badani uznali w największym odsetku, iż najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej są wypadki drogowe, w dalszej kolejności wady wrodzone i choroby nabyte. W badaniach własnych dominującą odpowiedzią były również wypadki komunikacyjne (36%), następnie wady wrodzone (23%) oraz choroby nabyte (17,5%). 10% ankietowanych nie potrafiło wskazać przyczyny niepełnosprawności ruchowej.

Małgorzata Marmola [49] w swoich badaniach dotyczących relacji dzieci niepełnosprawnych z rówieśnikami w klasach integracyjnych zwróciła uwagę na niezbyt komfortową sytuację dzieci z niepełnosprawnością. Pomimo akceptacji ze strony pozostałych uczniów, nie mogą one liczyć na głębsze relacje przyjacielskie, czy interakcje pozaszkolne. Znaczna część niepełnosprawnych uczniów jest odrzucana i nie ma możliwości nawiązania kontaktu w grupie rówieśniczej. W badaniach własnych zapytano ankietowanych o ich stosunek do edukacji dzieci niepełnosprawnych ze zdrowymi rówieśnikami. Znacząca większość

Dyskusja

respondentów popiera koncepcję klas integracyjnych (40,5%), jednak 23,5% badanych uważa, że dzieci niepełnosprawne powinny się uczyć w oddzielnych klasach, aby nie utrudniać nauki dzieciom zdrowym.

Niezwykle istotną kwestią dotyczącą życia każdego człowieka jest jego seksualność. W badaniach własnych zapytano ankietowanych o opinię na temat zakładania rodziny przez osoby niepełnosprawne. 31% odpowiadających stwierdziło, że tak, natomiast po 16% osób ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że nie lub nie było w stanie określić swojego podejścia. Ankietowanych zapytano również, czy byłiby w stanie związać się z osobą niepełnosprawną. Wykazano znaczące różnice względem płci w przypadku odpowiedzi na to pytanie. Zdecydowanie więcej kobiet (68,9%) wyraziło pozytywny stosunek do wchodzenia w bliższą relację z niepełnosprawnymi. Z kolei zdecydowanie większa część mężczyzn (62,67%) zadeklarowała niechęć do wchodzenia w takie zażyłości. Istotny jest również wiek badanych, gdyż największa liczba respondentów z negatywnym podejściem do wchodzenia w związek z osobą niepełnosprawną dotyczy najmłodszej grupy badanych w przedziale wiekowym 18-25 lat. Monika Piega [50] przeprowadziła badania dotyczące opinii młodych dorosłych na temat intymnych związków osób niepełnosprawnych. W uzyskanych przez nią wynikach znacząca większość respondentów nie widzi problemu w zawarciu związku z osobą upośledzoną. Również na pytanie dotyczące zakładania rodziny i posiadania dzieci ankietowani wykazują pozytywną opinię.

Podjmując się analizy postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych należy zwrócić uwagę na zjawisko przemocy oraz stygmatyzacji. W badaniach własnych wykazano, że 76,5% ankietowanych zauważa problem cierpienia osób upośledzonych w życiu codziennym. Za najczęstszą formę przemocy respondenci uznają przemoc psychiczną- 58,5%. 62% badanych zauważa w swoim środowisku zjawisko stygmatyzacji osób niepełnosprawnych, która najczęściej zdaniem blisko 1/3 odpowiadających przybiera formę izolowania inwalidów od reszty ogółu. Porównując te wyniki do badań przeprowadzonych przez Grzankę-Tykwińską A. i wsp., [51] która analizowała zjawisko przemocy wśród osób starszych, najwięcej badanych doświadczyło przemocy w wymiarze psychicznym. Inne formy znęcania się występowały rzadziej. Nieliczni zadeklarowali obecność przemocy w środowisku domowym, ale znaczna część badanych zauważa ten problem wśród innych osób z otoczenia. Osoby starsze podobnie jak niepełnosprawni doświadczają również zjawiska stygmatyzacji, która przybiera najczęściej formę wyśmiewania z powodu wieku.

Dyskusja

Kolejnym istotnym aspektem jest dostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób dotkniętych niepełnosprawnością. Analizując wyniki uzyskane w materiale własnym można stwierdzić, że 93% badanych zauważa w swoim najbliższym otoczeniu ułatwienia dla osób niepełnosprawnych, które przybierają różne formy. Najczęstszą odpowiedzią respondentów były miejsca parkingowe, które zauważa w życiu codziennym aż 52% badanych. Do tematu ułatwień w przestrzeni publicznej odniósł się również Wolniak Radosław [52] analizując bariery architektoniczne obecne w Urzędzie Miejskim w Dąbrowie Górniczej w opinii osób niepełnosprawnych. Ocenili oni w sposób pozytywny dostępność infrastruktury urzędu do ich potrzeb. Bardziej rygorystycznie odnosiły się do tematu osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w porównaniu z lekkim.

Ocenę dostępności względem osób niepełnosprawnych poczynili również Bitkowska Agnieszka oraz Łabędzki Krzysztof [53] w swoich badaniach dotyczących przystosowania infrastruktury metra warszawskiego. Większość respondentów uznała, że inwalidzi mają problem z poruszaniem się w obrębie stacji, ale dostępność stacji jak i taboru metra do potrzeb tych osób zdaniem przeważającej większości jest dobra. Szczególną uwagę zwraca fakt obojętności ze strony zdrowej części społeczeństwa na problemy podczas przemieszczania się w metrze osób niepełnosprawnych. Chęć pomocy wyraziło jedynie 11% badanych. Monika Czerew i wsp. [54] w swojej pracy odnieśli się do przystosowania jednej z uczelni wyższych do potrzeb niepełnosprawnych studentów oraz pracowników. Wykazali oni istnienie barier architektonicznych, które były największym problemem zauważanym wśród społeczności akademickiej. Szczególną uwagę ankietowanych zwrócił uwagę brak przystosowania toalet i obecność wysokich progów utrudniających przemieszczanie się. Zarówno ponad połowa studentów jak i pracowników uznała, że konieczne są szkolenia podnoszące świadomość społeczności na temat obecności osób upośledzonych w obrębie uczelni. Istotne jest również dostosowanie formy i poziomu kształcenia do osób dotkniętych niepełnosprawnościami.

Wnioski

1. Wiek badanych nie ma wpływu na podejście do tematu zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.
2. Wykształcenie ankietowanych ma wpływ na postrzeganie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w zawodach wymagających kontaktu z drugim człowiekiem.
3. Wiek ankietowanych nie ma wpływu na określenie przez respondentów najczęstszej przyczyny niepełnosprawności ruchowej.
4. Wiek badanych nie ma wpływu na gotowość zawarcia związku z osobą niepełnosprawną.
5. Kobiety częściej deklarują chęć zawarcia związku z osobą niepełnosprawną niż mężczyźni.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776, art.2, pkt 10).
2. Wojtyńska J.: Niepełnosprawni seniorzy- problemy operacjonalizacji pojęcia [w:] Jak badać zjawisko niepełnosprawności. Szanse i zagrożenia założeń teoretycznych i metodologicznych studiów nad niepełnosprawnością. Całek G., Niedbalski J., Żochowska-Skiba D. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020: 255-273.
3. Gąciarz B.: Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej. [w:] Polscy Niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej. Gąciarz B., Rudnicki S. (red.). Wydawnictwo AGH, Kraków 2014: 17–43.
4. Czechowski K.: Skutki pandemii COVID-19 dla funkcjonowania społecznego osób z niepełnosprawnością. Zabezpieczenie społeczne. Teoria, Prawo, Praktyka 2021, 14: 27-28.
5. Kawwa J., Wilmowska-Pietruszyńska A.: Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności. Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania 2016, 2(19): 76-90.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 123, poz.776, art. 4).
7. Knopik T.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w edukacji-możliwości i wyzwania. Edukacja 2021, 11 (56): 68-83.
8. Wilmowska-Pietruszyńska A., Ćwirlej-Sozańska A.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia - model biopsychospołeczny. Bezpieczeństwo Pracy 2015, 8: 11-13.
9. Sadowska S., Janiszewska-Nieścioruk Z.: O diagnozie z wykorzystaniem ICF jako podstawie organizowania pomocy osobom z niepełnosprawnością- między polityką, wiedzą naukową i praktyką. Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej 2018, 29: 108.
10. Wilmowska- Pietruszyńska A., Bilski D.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Orzecznictwo Lekarskie 2014, 9(1): 19-27.

Piśmiennictwo

11. Mitra S., Shekspeare T.: Remodeling the ICF. *Disability and Health Journal* 2019, 12: 337-339.
12. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Światowa Organizacja Zdrowia 2009 [online]. Dostępne: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_pol.pdf?sequence=67 . Data pobrania: 25.08.2022.
13. Skwarcz A., Majcher P.: Wybrane badania fizykalne i czynnościowe osób niepełnosprawnych [w:] *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Rutkowska E. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2018: 48-65.
14. Pashmdarfard M., Azad A.: Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2020, 13: 33-34.
15. Brudzińska I.: Zakres wydolności funkcjonalnej seniorów wg skali Barthel. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej* 2017, 2 (4): 24-34.
16. Dullek M., Młynarska A.: Ocena stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pensjonariuszek zakładu opiekuńczo-leczniczego. *Współczesne pielęgniarstwo i ochrona zdrowia* 2016, 5 (1): 3-7.
17. Borowicz Adrianna M., Kaczmarek P., Pawlaczyk M.: Wykorzystanie skali Tinetti do programowania rehabilitacji osób starszych. *Kontekst społeczny a zachowania zdrowotne w starości* 2016, 11 (1): 121-129.
18. Błaszczyk- Bębenek E., Kostrz A., Schlegel-Zawadzka M.: Ocena zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym osób starszych z uwzględnieniem zachowań żywieniowych. *Geriatrics* 2016, 10: 231-239.
19. Rajtar A., Przewoźnik D., Bober-Płonka B., Nowak R.: Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) versus Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE)- porównanie skuteczności testów w wykrywaniu zaburzeń poznawczych u chorych po udarze mózgu. *Geriatrics* 2014, 8: 5-12.
20. Skotnicka B.: Prenatalne, perinatalne i postnatalne czynniki zagrożenia niepełnosprawnością intelektualną – profilaktyka i edukacja. *Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób niepełnosprawnych* 2014, 18 (1): 67-79.

Piśmiennictwo

21. Wypadki drogowe w Polsce w 2021 roku. Komenda Główna Policji. Warszawa 2022.
[online] Dostępne:
<https://statystyka.policja.pl/download/20/381967/Wypadkidrogowe2021.pdf>. Data pobrania: 25.08. 2022.
22. Ucińska M., Odachowska E.: Niepełnosprawność jako konsekwencja wypadku drogowego- psychologiczne wsparcie osób z dysfunkcjami. *Transport Samochodowy* 2016, 3: 53-70.
23. Czyż E.: Codziennosc osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym (na przykładzie przypadku Bartosza). *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2017, 4 (25): 106-116.
24. Dymecka J., Bidzan M., Rautszko R., Bidzan-Bluma I., Atroszko P.: Skala Niepełnosprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2017, 1 (22): 85-103.
25. Starosta M., Redlicka J., Brzeziński M., Niwald M., Miller E.: Udar mózgu- ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. *Polski Merkurusz Lekarski* 2016, 41 (241): 51-54.
26. Cieślik B.: Fizyczne i psychiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej- przegląd piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna* 2016, 22 (2): 71-97.
27. Hupa M., Orczyk M., Baryła A., Orczyk A.: Wpływ rehabilitacji pulmonologicznych na stan pacjentów z astmą oskrzelową. *Fizjoterapia oddechowa* 2015, 3: 24-27.
28. Rysiak E., Osińska M., Kazberuk A.: Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farmacja Współczesna* 2017, 10: 115-120.
29. Chmiel K., Kubińska Z., Derewiecki T.: Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014, 95 (3): 591-595.
30. Bednarczyk M.: Dogoterapia jako forma rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Student niepełnosprawny. Szkice i rozprawy* 2016, 16: 167-178.
31. Mikołajewska E., Mikołajewski D.: Wykorzystanie robotów rehabilitacyjnych do usprawniania. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2013, 4, (9): 21-44.

Piśmiennictwo

32. Mikołajewska E., Mikołajewski D.: Możliwość wykorzystania egzoszkieletu medycznego jako nowoczesnej formy terapii. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2012, 4 (5): 121-141.
33. Padrak A.: Seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne* 2013 (9): 121-135.
34. Tobała Gerard Cz.: Wybrane aspekty seksualności człowieka z niepełnosprawnością intelektualną. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy* 2018, 29 (4): 83-97.
35. Soczka Z.: Rola i miejsce edukacji seksualnej dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w szkole podstawowej specjalnej. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2019, 2 (31): 95-121.
36. Kowalczyk K.: Przemoc wobec osób niepełnosprawnych [w:] *Różne barwy przemocy*. T.1. Krajewska-Kułak E., Kowalczyk K., Kułak-Bejda A., Guzowski A., Kułak W. (red.) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu 2016: 97-115
37. Karwacka M.: Przemoc seksualna wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2013, 2: 57-74.
38. Plichta P.: Rozpowszechnienie cyberbullyingu i innych form agresji elektronicznej wśród uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2015, 1 (14): 109-132.
39. Wolińska J.: Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa autora i obserwatora. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J- Pedagogia-Psychologia* 2015, 28 (1): 45-66.
40. Czupała- Chudzicka A., Gałuszka A.: Wykluczenie społeczne osób chorych i niepełnosprawnych- aspekty etyczne. *Psychologiczne koszty stygmatyzacji. Społeczeństwo i edukacja* 2016, 20 (1): 47-58.
41. Szulc P.: Bariery w życiu codziennym i ich wpływ na jakość życia osób z niepełnosprawnościami. *Przegląd Krytyczny* 2021, 3 (2): 51-64.
42. Giermanowska E.: Niepełnosprawność, aktywizacja zawodowa i rynek pracy. *Niepełnosprawność- zagadnieniem, problemy, rozwiązania* 2021, 1-2 (38-39): 80-102.
43. Becker-Pestka D.: Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych- problemy i wyzwania. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik* 2012, 4: 29-50.

Piśmiennictwo

44. Borowiecki P.: Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. *Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2015, 2 (15): 109-126.
45. Golinowska S.: O powstawaniu i zapobieganiu niepełnosprawności. *Polityka Społeczna* 2021, 48 (10): 1-7.
46. Chrzanowska P.: Rola mowy nienawiści w zjawiskach dyskryminacji i stygmatyzacji, [w:] Hejterstwo. Nowa praktyka kulturowa? Geneza, przypadki, diagnozy. Dynkowska J., Lemann N., Wróblewski M., Zatora A. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017: 187-201.
47. Machalski D., Kołpa M., Grochowska A.: Postrzeganie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. *Health Promotion & Physical Activity* 2019, 4 (9): 40-45.
48. Nowak K.: Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych ruchowo. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia* 2015, 28 (1): 67-81.
49. Marmola M.: Relacje dzieci niepełnosprawnych z rówieśnikami w klasach integracyjnych. *Kultura-Przemiany-Edukacja* 2016, 4: 229-240.
50. Piega M.: Intymne związki osób z niepełnosprawnościami w opinii młodych osób dorosłych. *Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością* 2016: 203–216.
51. Grzanka-Tykwińska A., Rzepka A., Chudzińska M., Sygit B., Kusza K., Kędziora-Kornatowska K.: Problematyka przemocy wobec osób starszych. *Nowiny Lekarskie* 2012, 81 (1): 44-48.
52. Wolniak R.: Bariery architektoniczne w urzędzie miejskim- postrzeganie przez klienta niepełnosprawnego na przykładzie Dąbrowy Górniczej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej* 2015: 265-278.
53. Bitkowska A., Łabędzki K.: Uwarunkowania dostosowania usług transportu publicznego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. *Turystyka i rozwój regionalny* 2020, 13: 29-41.
54. Czerew M., Karpuszenko E., Kukła D.: Niepełnosprawni w szkolnictwie wyższym- doniesienia z badań. *Szkoła-Zawód-Praca* 2020, 19: 237-247.

ISBN
978-83-67454-92-6