



Karolina Pawłowska-Cyprysiak

Maria Konarska

Dorota Żołnierczyk-Zreda

UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITY

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy / Central Institute for Labour Protection –
National Research Institute, Warszawa, Poland
Zakład Ergonomii / Department of Ergonomics

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem badania było określenie uwarunkowań jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. **Materiał i metody:** Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w grupie 426 osób niepełnosprawnych ruchowo w wieku średnio 44,4 lata (SD = 12,6). Narzędziem badawczym jakości życia był kwestionariusz SF-36v2. Analizę jakości życia przeprowadzono pod kątem przyczyn powstania dysfunkcji, grupy inwalidzkiej, czasu rozpoznania niepełnosprawności i posiadania orzeczenia o niej oraz wieku, płci i miejsca zamieszkania. Przy ocenie jakości życia wzięto pod uwagę dwie główne sfery życia mające wpływ na ocenę jakości życia: zdrowie fizyczne i zdrowie psychiczne. **Wyniki:** Wyniki analizy regresji logistycznej wskazują, że na niższą jakość życia badanych osób niepełnosprawnych wpływały przede wszystkim takie czynniki, jak niski poziom wykształcenia i mieszkanie w małych miejscowościach. **Wnioski:** Do czynników, które można uznać za prognostyki jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo, zalicza się głównie poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania. Med. Pr. 2013;64(2):227–237

Słowa kluczowe: niepełnosprawność ruchowa, jakość życia, uwarunkowania społeczno-demograficzne

ABSTRACT

Background: The aim of the study was to identify determinants of quality of life in people with physical disability. **Materials and Methods:** A survey was conducted in a group of 426 people with physical disabilities (mean age, 44.4 years; SD = 12.6). The study group was divided into various sub-groups by the cause of dysfunction, degree of disability, time of disability diagnosis and issuing of disability certification, as well as age, gender and place of residence. Quality of life questionnaires SF36v2 served as a research tool. Assessing quality of life two major spheres of life associated with its quality, physical health and mental health, were taken into account. **Results:** The results of logistic regression analysis showed that a lower quality of life is mainly influenced by demographic factors, such as low levels of education and living in small places of residence. **Conclusion:** The level of education and place of living can be considered as main factors predicting quality of life of people with physical disability. Med Pr 2013;64(2):227–237

Key words: physical disability, quality of life, physical health, mental health, social functioning, socio-demographic conditions

Adres autorek: Zakład Ergonomii, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy,
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa, e-mail: kapaw@ciop.pl
Nadesłano: 7 lipca 2012, zatwierdzono: 22 lutego 2013

WSTĘP

Zgodnie z definicją dysfunkcję narządu ruchu określa się jako ograniczoną sprawność kończyn górnych, dolnych lub kręgosłupa, która jest wynikiem trwałego ubytku spowodowanego uszkodzeniem lub niedorozwojem mózgu, bądź schorzeń, uszkodzeń lub zniekształceń w układzie mięśniowo-szkieletowym (1). Reasumując, niepełnosprawność ruchowa to wszelkie zaburzenia narządu ruchu, które mogą być wywołane wieloma przyczynami, a ich konsekwencją jest zawsze ograniczenie sprawności ruchowej.

Osoby z uszkodzeniem narządu ruchu nie stanowią jednolitej grupy pod względem rodzaju i zakresu uszkodzenia oraz sprawności motorycznej. Są wśród nich osoby, u których obniżenie tej sprawności jest niewielkie, i takie, u których jest ono bardzo znaczne i niezbędny jest sprzęt ortopedyczny (np. niedowład czy porażenia spastyczne lub głębokie amputacje z wyluszczeniem w stawie biodrowym).

Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) „Stan zdrowia ludności Polski” w 2009 r. prawie 78% dorosłych osób niepełnosprawnych posiada prawne orzeczenie o niepełnosprawności, natomiast

pozostałe 22% go nie ma, ale deklaruje, że ma poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (2). W zbiorowości tej najliczniej reprezentowane są osoby mające umiarkowany stopień niepełnosprawności (bliżej 1,5 mln osób), następnie – znaczny (prawie 1,3 mln) oraz lekki (1,2 mln). Najczęstszym rodzajem niepełnosprawności jest niepełnosprawność ruchowa, która dotyczy 56% osób dorosłych niepełnosprawnych (59% mężczyźni, 51% kobiety) (2).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakością życia to kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań (3).

Każdy człowiek indywidualnie pojmuje znaczenie jakości życia. Należy jednak zwrócić uwagę na 2 grupy mierników, które pozwalają na jej ocenę (3):

- obiektywne, czyli takie, które wskazują na poziom zjawisk lub procesów przebiegających poza człowiekiem,
- subiektywne, czyli charakteryzujące wyrażone przez ludzi odczucia, w tym:
 - wartości i treści rozumiane jako „zadowolenie z życia”,
 - oczekiwania,
 - postrzeganie przeszłości i ocena perspektyw,
 - przyjmowane punkty odniesienia,
 - porównanie z przeszłością, aspiracje.

Celem niniejszego badania była ocena jakości życia w losowo dobranej grupie osób niepełnosprawnych ruchowo pod kątem czynników społeczno-demograficznych i zdrowotnych.

Wyniki badań analizowano w celu uzyskania odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- w jakim stopniu i na jakie sfery jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo mają wpływ takie czynniki, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, poziom wykształcenia, przyczyna powstania dysfunkcji, grupa inwalidzka, wiek, w którym rozpoznano niepełnosprawność (w ankiecie „czas rozpoznania niepełnosprawności”) czy okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności (w ankiecie „czas posiadania niepełnosprawności”);
- które z badanych czynników mogą być prognostykami niskiej jakości życia osób niepełnosprawnych.

Odpowiedzi na powyższe pytania mają służyć opracowaniu programów interwencji, których celem jest podniesienie jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo.

MATERIAŁ I METODY

Kryteria doboru grupy

W badaniu wzięło udział 426 osób niepełnosprawnych ruchowo w wieku 18–65 lat, pochodzących z różnych części Polski. Były to osoby aktywne na rynku pracy (pracujące na otwartym rynku pracy, w zakładach pracy chronionej, zarejestrowane w urzędach pracy jako osoby poszukujące zatrudnienia, zrzeszone w organizacjach działających na rzecz osób niepełnosprawnych).

Badania metodą wywiadu bezpośredniego przeprowadzili upoważnieni do tego ankieterzy w dużych i małych miastach oraz wsiach. W celu uzyskania odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze wyniki analizowano pod kątem poszczególnych danych demograficznych: płci, wieku, miejsca zamieszkania (miasto powyżej 500 tys. mieszkańców, miasto 500 tys.–100 tys. mieszkańców, miasto poniżej 100 tys. mieszkańców, wieś), przyczyn powstania dysfunkcji (wada wrodzona, przebyta choroba, uraz, inne), posiadanej grupy inwalidzkiej (I grupa – stopień znaczny, II grupa – stopień umiarkowany, III grupa – stopień lekki), wieku rozpoznania niepełnosprawności (przy urodzeniu, we wczesnym dzieciństwie, w wieku szkolnym, w wieku dojrzałym przed zatrudnieniem, w wieku dojrzałym po zatrudnieniu), okresu posiadania orzeczenia o niepełnosprawności.

Na wykonanie badań autorzy uzyskali zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym (Uchwała nr 43/2009 z dnia 5 marca 2009).

Narzędzia badawcze

Do badania użyto ankiety osobowej i kwestionariusza jakości życia SF-36v2.

Ankieta osobowa zawierająca dane społeczno-demograficzne to metryczka dotycząca informacji o osobie niepełnosprawnej opracowana na potrzeby zadania, która obejmuje w sumie 41 pytań dotyczących sytuacji osobistej:

- informacje ogólne – wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, informacje o zawodzie wyuczonym i wykonywanym;
- informacje o niepełnosprawności – przyczyny powstania dysfunkcji, czas rozpoznania niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, posiadane orzeczenie, czas i stałość posiadanego orzeczenia, trudności w życiu codziennym, stosowane pomoce techniczne;
- informacje o sytuacji rodzinnej i materialnej – informacje dotyczące współmałżonka, posiadanych dzie-

ci, oceny sytuacji mieszkaniowej, źródła utrzymania, oceny sytuacji finansowej.

Kwestionariusz jakości życia SF-36v2 jest skalą do pomiaru jakości życia osób z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi. Składa się z 36 pozycji tworzących wskaźniki 8 skal, tworzących 2 oddzielne czynniki wyższego rzędu, tzw. wskaźniki sumaryczne (4,5):

- zdrowie fizyczne – składa się z 4 następujących podskal: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym, ból oraz ogólne wyobrażenie na temat stanu własnego zdrowia.
- zdrowie psychiczne – składa się z 4 podskal: funkcjonowanie społeczne, psychologiczny dobrostan, ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych oraz witalność.

Wyniki badań określono w skali 1–6, która zmieniła się w zależności od pytania (skale: 1–3, 1–5 i 1–6). Wskaźniki skal stanowią sumaryczny wynik poszczególnych pozycji, wskaźniki 2 czynników wyższego rzędu – sumaryczny wynik poszczególnych podskal.

Zgodnie z koncepcją kwestionariusza wyższe wyniki w skalach ból, ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym oraz ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych oznaczają mniejsze nasilenie bólu oraz odczuwanie mniejszych ograniczeń zarówno ze względu na problemy ze zdrowiem fizycznym, jak i z powodu problemów emocjonalnych. Natomiast w zakresie zdrowia fizycznego, zdrowia ogólnego, zdrowia psychicznego oraz funkcjonowania społecznego, samopoczucia i witalności im wyższy jest wynik, tym wyższa jest ocena tych kategorii.

Analiza statystyczna

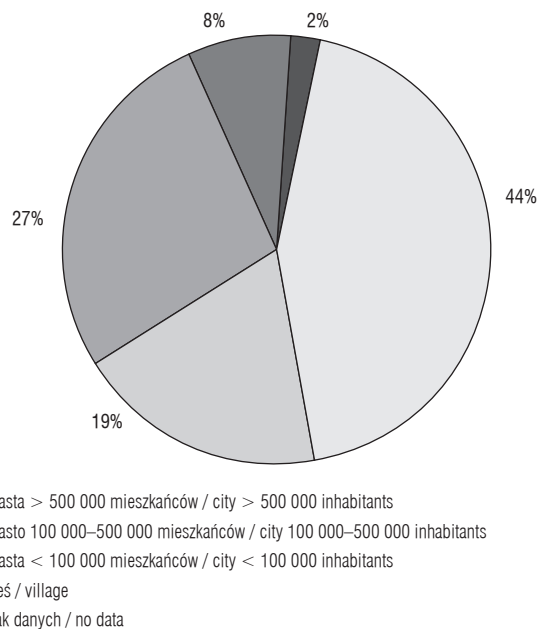
Analizę statystyczną danych przeprowadzono za pomocą programu SPSS w wersji 11.5. Wykonano następujące obliczenia: statystyki deskryptywne grupy badanej i analizę regresji logistycznej.

WYNIKI

Osoby badane – charakterystyka grupy

Rycina 1. przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi badanych na pytanie o wielkość miejsca zamieszkania.

Mężczyźni stanowili 54% całości grupy. Średnia wieku osób badanych wynosiła 44,4 lat (odchylenie standardowe: 12,6). Najmłodsza (18–34 lata) i średnia (35–49 lat) grupa wiekowa stanowiły po 27% całej grupy badanej, a grupa najstarsza (50 lat i powyżej) – 41%. Odpowiedzi na pytanie o wiek nie udzieliło 5% bada-



Ryc. 1. Odpowiedzi na pytanie o miejsce zamieszkania osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniu
Fig. 1. Places of residence reported by respondents

nych. Jako powód dysfunkcji narządu ruchu 34% respondentów wskazało urazy, zaliczając do nich np. uraz kolana, wypadek komunikacyjny, dyskopatię, złamanie, uraz głowy i skok do wody. Jako inną przyczynę badane osoby wskazywały: zmiany w stawie biodrowym, pracę za biurkiem, stany pooperacyjne, nieprawidłową postawę ciała, usunięcie dysku w okolicy lędźwiowej, upadek z wysokości i protezę stawu kolanowego.

Z badanych 42% ma II grupę inwalidzką – stopień umiarkowany niepełnosprawności, 31% – III grupę inwalidzką, 21% – I grupę inwalidzką (6% osób nie wskazało grupy). Średni czas posiadania orzeczenia o niepełnosprawności przez respondentów wynosił 31,5 (odchylenie standardowe: 15,1). Orzeczenie przyznane czasowo ma 58% badanych.

Jakość życia w zakresie zdrowia fizycznego

Jak przedstawiono w tabeli 1., na zmienną „zdrowie fizyczne” w stopniu statystycznie znamiennej wpływają: miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności. Zależności te mają charakter dodatni – czynniki takie, jak mieszkanie w większej miejscowości (OR = 3,17) i wyższe wykształcenie (OR = 2,30) zwiększały szanse na lepszą ocenę własnego zdrowia fizycznego. W miarę wydłużania się okresu orzeczenia o niepełnosprawności szansa na lepszą ocenę własnego zdrowia fizycznego zmniejszała się (OR = 0,24).

Jak wykazano w tabeli 2., tylko wiek, w którym rozpoznano niepełnosprawność (czas rozpoznania niepełnosprawności), jest czynnikiem wpływającym w stopniu statystycznie znamionym na odczuwanie ograniczeń w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym. Oszacowanie szans wskazało, że w im późniejszym wieku następowała niepełnosprawność, tym rzadziej odczuwano ograniczenia w pełnieniu ról związanych ze zdrowiem fizycznym (OR = 2,84).

Jak wykazano w tabeli 3., tylko okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności był czynnikiem statystycznie znamionie wpływającym na odczuwanie bólu u badanych osób niepełnosprawnych. Dłuższy okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności zwiększał szansę (OR = 3,91) odczuwania słabszego bólu. Na granicy istotności statystycznej na odczuwanie bólu wpływają również wiek i płeć – osoby starsze (OR = 3,30) i kobiety (OR = 2,98) wskazywały na odczuwanie słabszego bólu.

Na zmienną „wyobrażenie na temat własnego zdrowia”, tzw. zdrowie ogólne, istotnie statystycznie wpływał przede wszystkim okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności (tab. 4). Im był on dłuższy, tym mniejsza była szansa na lepszą ocenę własnego zdrowia (OR = 0,2). W mniejszym stopniu, na granicy istotności statystycznej, na ocenę zdrowia ogólnego wpływało również miejsce zamieszkania – większa miejscowość dawała większe szanse na lepszą ocenę zdrowia ogólnego (OR = 2,12).

W zakresie zmiennej „funkcjonowanie fizyczne” przeprowadzona analiza regresji logistycznej nie wykazała istotnie statystycznego wpływu żadnej ze zmiennych demograficznych branych pod uwagę (wyników tych nie zamieszczono w artykule).

Jakość życia w zakresie zdrowia psychicznego

Zgodnie z wynikami w tabeli 5., na zmienną sumaryczną „zdrowie psychiczne” statystycznie istotnie wpływa-

ły takie czynniki, jak miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia badanych osób. Oba czynniki zwiększały szansę na lepszą ocenę własnego zdrowia psychicznego – w przypadku mieszkania w większych aglomeracjach współczynnik ilorazu szans wynosił 2,50, a przy wyższym poziomie wykształcenia – 2,79.

Na funkcjonowanie społeczne istotny wpływ miały przede wszystkim: okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności oraz w mniejszym stopniu (na granicy istotności statystycznej) – stan cywilny i „inne” jako przyczyna powstania niepełnosprawności (tab. 6). Dłuższy czas posiadania orzeczenia o niepełnosprawności ponad 20-krotnie zwiększał (OR = 22,58) szansę na lepsze funkcjonowanie społeczne. Bycie w związku oraz „inne” wskazane jako przyczyny niepełnosprawności zwiększały szansę na lepszą ocenę funkcjonowania społecznego (odpowiednio: OR = 0,31 i OR = 0,16).

Wyniki zamieszczone w tabeli 7. wskazują, że na odczuwanie ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych w stopniu statystycznie znamionym wpływał wiek, w którym rozpoznano niepełnosprawność oraz „inne” jako przyczyna powstania niepełnosprawności. Późniejszy wiek rozpoznania niepełnosprawności zwiększał ryzyko odczuwania ograniczeń w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (OR = 0,40). Z kolei czynniki ujęte w kategorii „inne” jako przyczyny powstania niepełnosprawności zmniejszały to ryzyko (OR = 3,04).

Jak wynika z tabeli 8., jedyną zmienną, która w sposób istotny statystycznie wpływa na samopoczucie badanych osób, był poziom wykształcenia. Wyższy poziom wykształcenia ponad 2-krotnie (OR = 2,34) zwiększał szansę na lepsze samopoczucie.

Jak wykazano w tabeli 9., na zmienną witalność w stopniu istotnym statystycznie wpływało jedynie miejsce zamieszkania – szansę na lepszą ocenę własnej witalności zwiększało mieszkanie w większych miejscowościach (OR = 2,62).

Tabela 1. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na zdrowie fizyczne badanych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 1. Effects of particular socio-demographic factors on "physical health" measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs zdrowie fizyczne Socio-demographic factors vs. physical health (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,73	0,83	0,00	0,85	0,04	0,31	0,17	0,20	0,76	0,49	0,56	0,03
OR	0,80	1,14	3,17	0,93	2,30	0,62	0,53	0,56	1,17	0,74	3,58	0,24
-95% CI	0,23	0,36	1,44	0,47	1,04	0,25	0,22	0,23	0,42	0,31	0,95	0,07
+95% CI	2,81	3,55	6,97	1,87	5,06	1,55	1,31	1,37	3,22	1,74	1,14	0,85

OR – iloraz szans / odds ratio, 95% CI – 95-procentowy przedział ufności / 95% confidence interval.

Tabela 2. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym badanych
Table 2. Effects of particular socio-demographic factors on the limitation of role performance because of physical health measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym Socio-demographic factors vs. limitation of role performance because of physical health (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,98	0,62	0,26	0,80	0,12	0,84	0,51	0,95	0,44	0,02	0,71	0,20
OR	1,01	1,33	0,64	1,09	0,54	0,91	1,34	0,97	0,68	2,84	0,54	2,27
-95% CI	0,28	0,43	0,30	0,55	0,25	0,37	0,55	0,41	0,25	1,20	0,02	0,65
+95% CI	3,64	4,16	1,39	2,18	1,19	2,23	3,25	2,31	1,81	6,73	13,83	7,99

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 3. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na ból u badanych mierzony kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 3. Effects of particular socio-demographic factors on pain measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs ból Socio-demographic factors vs. pain (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,06	0,06	0,74	0,23	0,21	0,25	0,86	0,64	0,97	0,56	0,69	0,03
OR	3,30	2,98	1,14	0,65	0,60	0,59	0,92	1,22	1,02	0,77	0,53	3,91
-95% CI	0,95	0,95	0,53	0,32	0,28	0,24	0,38	0,52	0,38	0,33	0,02	1,11
+95% CI	11,48	9,39	2,47	1,31	1,32	1,44	2,23	2,91	2,71	1,82	12,51	13,78

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 4. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na zdrowie ogólne badanych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 4. Effects of particular socio-demographic factors on the general health measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs zdrowie ogólne Socio-demographic factors vs. general health (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,91	0,86	0,06	0,25	0,24	0,40	0,23	0,23	0,71	0,11	0,20	0,01
OR	1,08	1,11	2,12	0,67	1,61	0,67	0,57	0,58	0,82	0,49	0,09	0,20
-95% CI	0,30	0,35	0,96	0,33	0,73	0,26	0,23	0,24	0,30	0,21	0,00	0,06
+95% CI	3,81	3,55	4,69	1,33	3,56	1,70	1,43	1,42	2,28	1,17	3,78	0,71

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 5. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na zdrowie psychiczne badanych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 5. Effects of particular socio-demographic factors on mental health measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs zdrowie psychiczne Socio-demographic factors vs. mental health (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,79	0,52	0,02	0,35	0,01	0,59	0,96	0,50	0,08	0,55	0,39	0,32
OR	0,84	0,69	2,50	0,72	2,79	1,28	0,98	0,74	2,47	0,77	0,23	0,53
-95% CI	0,24	0,22	1,15	0,36	1,26	0,52	0,40	0,31	0,90	0,33	0,01	0,15
+95% CI	2,97	2,16	5,45	1,44	6,19	3,13	2,42	1,79	6,81	1,82	6,64	1,85

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 6. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na funkcjonowanie społeczne badanych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 6. Effects of particular socio-demographic factors on social functioning measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs funkcjonowanie społeczne Socio-demographic factors vs. social functioning (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification
P	0,23	0,50	0,43	0,06	0,86	0,49	0,16	0,31	0,06	0,73	0,55	0,02
OR	0,25	1,91	1,74	0,31	0,88	0,63	0,36	0,51	0,16	0,77	0,01	22,58
-95% CI	0,03	0,29	0,43	0,09	0,21	0,17	0,09	0,13	0,02	0,17	0,91	0,71
+95% CI	2,41	12,72	6,94	1,04	3,63	2,38	1,51	1,91	1,09	3,46	1,06	290,33

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 7. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na ograniczenie badanych w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 7. Effects of particular socio-demographic factors on the role performance limitation because of emotional problems measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych Socio-demographic factors vs. role performance limitation because of emotional problems (N = 426)										
	wiek age	płeć gender	miejsce zamieszkania place of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability
P	0,94	0,92	0,40	0,39	0,87	0,74	0,64	0,99	0,04	0,92	0,27
OR	0,95	1,06	1,39	0,74	1,07	0,85	1,26	1,01	0,40	0,86	0,49
-95% CI	0,27	0,34	0,64	0,37	0,49	0,33	0,48	0,38	0,17	0,04	0,14
+95% CI	3,37	3,32	3,02	1,48	2,36	2,21	3,35	2,72	0,96	17,97	1,75

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 8. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na samopoczucie badanych mierzone kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 8. Effects of particular socio-demographic factors on well-being measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs samopoczucie Socio-demographic factors vs. well-being (N = 426)										
	wiek age	płeć gender	miejsce zamieszkania place of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne others	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	grupa inwalidzka degree of disability
P	0,26	0,86	0,46	0,56	0,03	0,33	0,49	0,17	0,45	0,26	0,29
OR	0,49	0,90	1,33	0,82	2,34	0,65	0,74	0,54	0,72	0,09	0,51
-95% CI	0,14	0,29	0,62	0,41	1,07	0,27	0,31	0,23	0,31	0,00	0,15
+95% CI	1,70	2,82	2,89	1,62	5,14	1,56	1,77	1,29	1,69	6,04	1,79

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 9. Wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na vitalność badanych mierzoną kwestionariuszem SF-36 (analiza regresji logistycznej)
Table 9. Effects of particular socio-demographic factors on vitality measured by SF-36 Questionnaire (logistic regression analysis)

Parametry Parameters	Czynniki społeczno-demograficzne vs vitalność Socio-demographic factors vs. vitality (N = 426)											
	wiek age	pleć gender	miejsce zamieszkania place of residence	stan cywilny marital status	wykształcenie level of education	wada wrodzona congenital defect	przebyta choroba past illness	uraz trauma	inne other	czas rozpoznania niepełnospraw- ności time of disability diagnosis	okres posiadania orzeczenia o nie- pełnosprawności time of issuing disability certification	
P	0,29	0,35	0,02	0,21	0,86	0,14	0,14	0,70	0,73	0,38	0,42	0,19
OR	0,49	0,57	2,62	0,64	1,07	0,52	0,51	0,85	1,19	0,67	0,10	2,50
-95% CI	0,13	0,17	1,19	0,31	0,48	0,22	0,21	0,36	0,45	0,27	0,00	0,64
+95% CI	1,82	1,87	5,77	1,30	2,42	1,24	1,25	1,98	3,13	1,63	2,86	9,74

Objaśnienie jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Do oceny jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo zastosowano kwestionariusz SF-36v2 umożliwiający badanie osób z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi. Pozwala on na określenie jakości życia w 2 sferach – zdrowia fizycznego i zdrowia psychicznego.

Szczegółowa analiza wyników badań wykazała, że prognostykami niskiej jakości życia, ocenionej kwestionariuszem SF-36v2, na podstawie analizy regresji logistycznej badanej grupy osób niepełnosprawnych były takie czynniki społeczno-demograficzne, jak:

- wielkość miejsca zamieszkania – im mniejsza miejscowość, w której mieszkały osoby niepełnosprawne, tym gorsza była ocena własnego zdrowia fizycznego, zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego oraz gorsza ocena własnej vitalności;
- poziom wykształcenia – niższy poziom wykształcenia wpływał na gorszą ocenę zdrowia fizycznego i zdrowia psychicznego oraz własnego samopoczucia;
- okres posiadania niepełnosprawności – dłuższy czas posiadania orzeczenia o niepełnosprawności zmniejszał szansę na pozytywną ocenę własnego zdrowia fizycznego i zdrowia ogólnego, natomiast zwiększał szansę na lepsze funkcjonowanie społeczne;
- wiek, w którym rozpoznano niepełnosprawność – wpływał na odczucie ograniczeń w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym i z powodu problemów emocjonalnych, ale niejednorodnie (im wcześniej rozpoznano niepełnosprawność, tym większe było ryzyko odczuwania ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym, z kolei im później rozpoznano niepełnosprawność, tym szanse na odczucie ograniczeń w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych się zwiększały).

Tylko na jedną zmienną, na granicy istotności statystycznej, wpływać mogły takie czynniki demograficzne, jak wiek, płeć i stan cywilny:

- wiek – im osoba młodsza, tym odczucie bólu było silniejsze,
- płeć – mężczyźni odczuwają silniejszy ból niż kobiety,
- stan cywilny – stan wolny wpływał na pogorszenie oceny własnego funkcjonowania społecznego.

Na ocenę jakości życia badanych osób nie miały wpływu takie czynniki społeczno-demograficzne, jak grupa inwalidzka czy przyczyny nabycia niepełnosprawności: wada wrodzona, przebyta choroba, uraz.

Podsumowując, na wskaźnik „zdrowie fizyczne” miały wpływ 3 czynniki społeczno-demograficzne (miejsce zamieszkania, wykształcenie i okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności), natomiast na sumaryczny wskaźnik „zdrowie psychiczne” – tylko 2 czynniki (miejsce zamieszkania i wykształcenie).

Interpretacja uzyskanych wyników może wiązać się z wieloma relacjami społecznymi, które wpływają na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

Wyższy poziom wykształcenia jest czynnikiem zwiększającym szansę na zatrudnienie, a tym samym wpływającym pośrednio na poziom jakości życia i na integrację ze społeczeństwem. Są to elementy decydujące o powodzeniu rehabilitacji zarówno zawodowej, jak i społecznej osób niepełnosprawnych. Poziom wykształcenia, tak jak i wielkość miejsca zamieszkania, łączy się również z wyższym poziomem świadomości w zakresie możliwości wyboru różnorodnych usług dostępnych na rynku zarówno pod względem aktywności zawodowej, jak i kulturalnej oraz społecznej.

W dużych aglomeracjach miejskich coraz częściej stosowane są rozwiązania mające na celu niwelowanie barier architektonicznych oraz rozwiązania z zakresu tzw. projektowania uniwersalnego. Tak zaprojektowane nowe budynki użyteczności publicznej mogą stanowić centra integracji społecznej, jednocześnie umożliwiając zachowanie anonimowości. W małych miejscowościach osoby niepełnosprawne są częściej szykanowane z powodu własnej niepełnosprawności, a hermetyczność środowiska nie pozwala na anonimowość. Generować może to stres, poczucie osamotnienia, wycofanie się z życia społecznego, zawodowego i kulturalnego.

Dłuższy czas posiadania orzeczenia o niepełnosprawności jest w sposób oczywisty powiązany z długością okresu bycia osobą niepełnosprawną. Może to wynikać z pogorszenia się stanu zdrowia oraz pogłębienia upośledzenia organizmu, a więc i z gorszej oceny funkcjonowania fizycznego.

Zależności między omawianymi danymi społeczno-demograficznymi a jakością życia osób niepełnosprawnych były w ostatnich latach przedmiotem analiz w dostępnym piśmiennictwie. Pozytywny wpływ poziomu wykształcenia osób niepełnosprawnych na poczucie jakości życia wskazują Hannon i wsp. (6), a Brzezińska i wsp. (za 7) oprócz tego także wpływ wieku. Interesujące wyniki w zakresie wpływu długości czasu posiadania orzeczenia o niepełnosprawności publikują Powdthavee i wsp. (8). Nabywanie orzeczenia o niepełnosprawności w tych badaniach początkowo wpływało na wzrost zadowolenia osób niepełnosprawnych z ilości wolnego

czasu, miało również istotny wpływ na poczucie satysfakcji z własnego życia, natomiast miało mniejsze znaczenie w przypadku innych dziedzin życia – takich jak zdrowie, życie społeczne, sposób spędzania wolnego czasu, wielkość dochodów, sytuacja mieszkalna czy posiadanie partnera. Negatywne opinie dotyczące tych aspektów pojawiały się po około 4 latach od zaistnienia niepełnosprawności (8).

W badaniach Powdthavee i wsp. (8) oraz van Capena i Iedema (9) – podobnie jak w badaniach autorów niniejszego artykułu – biorąc pod uwagę subiektywną ocenę jakości życia i ocenę samopoczucia, osoby niepełnosprawne gorzej oceniały swoje zdrowie i funkcjonowanie fizyczne niż zdrowie i funkcjonowanie psychiczne oraz poczucie szczęścia. Duży udział w kształtowaniu samopoczucia ma odczuwanie bólu przez osoby niepełnosprawne. Jego wpływ u osób chorych na fibromyalię (występowanie bólów mięśni i stawów, którym może towarzyszyć silne zmęczenie, a czasami depresja) na obniżenie jakości życia mierzonej kwestionariuszem SF-36 stwierdzili Verbunt i wsp. (10).

Podobne badania przeprowadzone przez Mansa i Chada (11) u osób po urazie rdzenia kręgowego (paraplegicy i quadriplegicy) wykazały, że na ocenę jakości życia ma wpływ społeczne funkcjonowanie oprócz 8 innych komponentów, takich jak: funkcjonowanie fizyczne i niezależność, dobrostan psychologiczny, poczucie stygmatyzacji, relacje międzyludzkie, zatrudnienie, finanse, dobre samopoczucie pod względem fizycznym, dostępność otaczającego środowiska i żywiołowość (11).

Zmienna „funkcjonowanie społeczne” okazała się bardzo istotnie różnicująca ze względu na okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności. Wcześniej badania przeprowadzone przez autorów niniejszego artykułu wykazały, że ważnym elementem funkcjonowania społecznego jest aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych (12). W największym stopniu jakość życia zależna była od takich czynników, jak wiek i aktywność zawodowa, nawet na etapie starania się o pracę. W przypadku osób niepracujących oraz nieposzukujących pracy wyniki w poszczególnych skalach jakości życia obniżały się wraz z wydłużaniem się okresu bierności zawodowej (12).

Na gorszą ocenę funkcjonowania społecznego oraz na odczuwanie mniejszych ograniczeń w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych miał czynnik „inne” wskazany jako przyczyna niepełnosprawności. Ze względu jednak na dużą niejednorodność przyczyn niepełnosprawności podawanych przez respondentów interpretacja wyników w tym zakresie jest trudna.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na wskazanie istotnych czynników demograficznych – takich jak miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, okres posiadania orzeczenia o niepełnosprawności – które wpływają na kształtowanie jakości życia osób niepełnosprawnych. Będzie to podstawą do przygotowania programów mających na celu jej podniesienie. Szczególnie ważne wydaje się zwrócenie uwagi na ww. czynniki, ponieważ mogą one przyczynić się do zwiększenia efektywności życiowego i zawodowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Programy takie powinny uwzględniać również możliwość przystosowania stanowisk pracy do ich potrzeb psychofizycznych, zwiększając szansę na podejmowanie zatrudnienia i utrzymanie pracy, czyli korzystnie wpływając na poziom jakości życia (12,13).

WNIOSKI

Prognozy niskiej jakości życia, ocenionej kwestionariuszem SF-36v2 na podstawie analizy regresji logistycznej badanej grupy osób niepełnosprawnych, mogą być: długość czasu posiadania niepełnosprawności, poziom wykształcenia, wielkość miejscowości, w której mieszkają badane osoby niepełnosprawne, czy wiek, w którym rozpoznano niepełnosprawność. Na jakość życia badanej grupy osób, w mniejszym stopniu i w zakresie tylko jednej zmiennej (ból), wpływały wiek, płeć i stan cywilny. Analiza wyników uzyskanych w badaniach wskazała te sfery jakości życia, na które należy zwrócić szczególną uwagę w opracowywaniu programów poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo, uzależniając je również od uwarunkowań powstania niepełnosprawności. Programy te, obejmujące również aktywizację zawodową, mogą być częścią polityki społecznej oraz mogą być wdrażane przez organizacje działające na rzecz osób niepełnosprawnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Migas A.: Problemy integracji psychospołecznej osób z dysfunkcją narządu ruchu. Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych. Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna, Warszawa 2006, ss. 29–34
2. Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. [cytowany 6 sierpnia 2012]. GUS, Warszawa 2011. Adres: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_ZO_stan_zdrowia_2009.pdf
3. Kirenko J.: Jakość życia w niepełnosprawności. W: Pałak Z. [red.]. Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006, ss. 15–28
4. Ware J.E. jr, Kosinski M., Dewey J.E.: How to score version two of the sf-36 health survey. Quality Metric Incorporated, Lincoln, RI (USA) 2000
5. Żołnierczyk-Zreda D., Wrześniewski K., Bugajska J., Jędryka-Góral A.: Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. CIOP-PIB, Warszawa 2009
6. Hannon F., Fitzsimon N., Kelleher C.: Physical activity, health and quality of life among people with disabilities: An analysis of the SLÁN data. Disabil. Res. Ser. 4 2006 [cytowany 6 sierpnia 2012]. Adres: [http://www.nda.ie/website/nda/cntmgmtnew.nsf/0/C6D0B0055C0B0FD-880257878004C6E74/\\$File/PhysicalActivityHealthQualityofLife.pdf](http://www.nda.ie/website/nda/cntmgmtnew.nsf/0/C6D0B0055C0B0FD-880257878004C6E74/$File/PhysicalActivityHealthQualityofLife.pdf)
7. Pawłowska K.: Odczuwanie poziomu jakości życia przez osoby niepełnosprawne – przegląd wybranych badań. Bezpiecz. Pr. 2009;3:14–17
8. Powdthavee N.: What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. Soc. Sci. Med. 2009;69:1834–1844
9. Van Campen C., Iedema J.: Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modelling of objective participation and subjective well-being. Qual. Life Res. 2007;16: 635–645
10. Verbunt J.A., Pernot D., Smeets R.: Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. Health Qual. Life Outcomes 2008;6:8 [cytowany 6 sierpnia 2012]. DOI: 10.1186/1477-7525-6-8. Adres: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2265693>
11. Manns P.J., Chad K.E.: Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. Qual. Health Res. 2001;11(6):795–811
12. Pawłowska-Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk-Zreda D.: Self perceived quality of life of people with physical disabilities and labour force participation. J. Occup. Saf. Ergon. w druku 2013
13. Żołnierczyk-Zreda D., Majewski T.: Przystosowanie środowiska pracy do możliwości osób z dysfunkcją narządu ruchu oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie. Med. Pr. 2012;63(4):493–504