

Marlena Duda

ORCID: 0000-0001-9168-808X

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Rola autonomii i uczestnictwa społecznego w kształtowaniu poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą

W efektywnej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością istotną rolę pełni aktywność i uczestnictwo w życiu oraz jego pozytywna ocena. Celem prezentowanych badań jest analiza związku pomiędzy autonomią i uczestnictwem w życiu społecznym oraz rodzinnym osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą a ich poczuciem jakości życia. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz WHOQOL-BREF Światowej Organizacji Zdrowia w adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz oraz Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) autorstwa M. Cardol w adaptacji S. Byry i M. Dudy. Przebadano 78 osób. Wyniki badań wskazują, że satysfakcjonujące relacje społeczne oraz autonomia, w szczególności autonomia dotycząca aktywności poza domem, mają istotne znaczenie w kształtowaniu poczucia jakości życia badanych z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową. Potwierdza to przyjętą hipotezę o pozytywnym związku autonomii i uczestnictwa z odczuwanym poczuciem jakości życia.

Słowa kluczowe: autonomia, uczestnictwo, jakość życia, długotrwała niepełnosprawność

The role of autonomy and social participation in determining the sense of quality of life of people with long-term acquired disabilities

In the effective rehabilitation of people with disabilities it is important to be active in life, and to evaluate it positively. The aim of the presented research is to analyse the relationship between autonomy and participation in social and family life of people with long-term acquired disabilities and their sense of quality of life. The following research tools were used: WHOQOL-BREF Questionnaire of the World Health Organization adapted by L. Wołowicka and K. Jaracz and the Questionnaire of Influence on Participation and Autonomy (KWUA) by M. Cardol adapted by S. Byra and M. Duda. A total of 78 people were surveyed. The results of the study indicate that satisfying social relations and autonomy, in particular autonomy concerning activities outside the home, are important in creating the sense of quality of life of the respondents with long-term motor disability. This confirms the hypothesis that autonomy and participation are positively related to perceived quality of life.

Key words: autonomy, participation, quality of life, long-term disability

Wprowadzenie

Ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia nowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF 2001) zaprezentowało nową perspektywę opisu niepełnosprawności, która wychodząc naprzeciw aktualnym zmianom (paradygmatycznym, światopoglądowym, medycznym), szeroko ujmuje niepełnosprawność z perspektywy temporalnej jako kompleksową – ale dynamiczną – całość, obejmującą wiele wymiarów funkcjonowania człowieka: biologicznego, psychologicznego, społecznego i środowiskowego (ICF 2001). W konsekwencji kształtują się obecnie nowe grupy społeczne – osoby długotrwale niepełnosprawne z ograniczeniami wrodzonymi, nabytymi w dzieciństwie lub wczesnej młodości oraz starzejące się z niepełnosprawnością. Stanowią one wyzwanie dla współczesnych nauk o człowieku, gdyż wymagają na nowo zdefiniowania potrzeb, potencjałów i ograniczeń tychże osób, ze szczególnym akcentem położonym na utrzymanie jak najdłużej autonomii i uczestnictwa w życiu społecznym. Biorąc pod uwagę owe zmiany wyzwaniem nie jest już tylko osiągnięcie największej przeżywalności w tej grupie, ale przede wszystkim zapewnienie jej wysokiej jakości życia. O konieczności pochylenia się nad tą tematyką dobitnie przesądza wzrastająca liczba osób starzejących się z niepełnosprawnością wynikająca z nakładających się ogólnoswiatowych trendów dotyczących starzenia się populacji (Chen i in. 2016).

Długotrwała niepełnosprawność a jakość życia

Osoby żyjące z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą stanowią swoistą populację osób, bardzo różnorodną pod kątem zarówno indywidualnym (wieku, płci, rodzaju niepełnosprawności, czasu nabycia oraz czasu trwania ograniczeń, historii życia, potrzeb i potencjału tych osób), jak i społecznym (wykształcenie, wsparcie, wypełnianie roli społecznej i zadań rozwojowych), stąd coraz większe znaczenie ma zrozumienie determinantów, które przyczyniają się do utrzymywania dobrego stanu zdrowia, efektywnego i pomyślnego funkcjonowania tych osób w środowisku rodzinnym i społecznym. Podkreśla to rolę własnej autonomii i poziomu uczestnictwa we wspieraniu aktywności, zdrowia i funkcjonalności, w przeciwieństwie do akcentowania ograniczeń płynących z niepełnosprawności (Martins i in. 2012). Stąd poszukiwanie rozwiązań zmniejszających problemy związane ze zdrowiem, ograniczenia autonomii i uczestnictwa w codziennym życiu, jest obecnie jednym z najważniejszych priorytetów w badaniach nad całościową rehabilitacją.

Wielopoziomowe, złożone funkcjonowanie osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową wynika z jednoczesnego wzajemnego oddziaływania czynników kontekstualnych (indywidualnych i środowiskowych) (Boczkowska, Duda 2017; Geyh i in. 2011; Hoefsmit i in. 2014; Virués-Ortega i in. 2011). Dodatkowo istotnym determinantem jest również temporalny aspekt zjawiska. Niepełnosprawność podlega wpływowi czasu i jest przez niego dynamicznie kształtowana w obszarze psychospołecznego funkcjonowania (Tsai i in. 2014), szczególnie w sytuacji starzenia się z niepełnosprawnością. Najczęściej w literaturze przedmiotu za punkt rozpoczynający długotrwałą niepełnosprawność traktuje się czas 10 lat od nabycia niepełnosprawności (Jørgensen i in. 2016). Wynika to z faktu zmieniających się potrzeb tych osób oraz obrazu ich niepełnosprawności (Byra 2011).

W przypadku osób z długotrwałą niepełnosprawnością poczucie jakości życia kształtowane jest wielotorowo i mimo rosnącego zainteresowania, zjawisko to nadal wymaga pogłębionych eksploracji (Jørgensen i in. 2021). Definicje jakości życia przedstawiają to zagadnienie zazwyczaj z dwóch perspektyw: globalnej – ujmującej jakość życia w odniesieniu do oceny poczucia satysfakcji z życia jako całości, oraz złożonej – w której jakość życia traktowana jest jako wypadkowa oceny szczegółowych zmiennych cząstkowych odnoszących się do poszczególnych dziedzin życia (Błażejowski, Rejman 2019: 11). Jakość życia jest analizowana w makroskali jako zobiektywizowana ocena wymiarów społeczno-ekonomicznych, oraz mikroskali jako subiektywna i indywidualna perspektywa badanej osoby (Brown i in. 2004). Dynamika związków oceny tych wymiarów z indywidualnej perspektywy jest związana z ich współzależnością w czasie (Błachnio 2019: 91). Aktualna ocena poczucia jakości życia dokonywana przez osobę opiera się na jej bieżących doświadczeniach jednocześnie bazujących na przeżyciach z przeszłości (Derbis 2007) i jest jej psychologicznym stosunkiem do własnego życia (Wołowicka, Jaracz 2001: 63).

Najczęściej jakość życia definiowana jest zgodnie z WHO jako „sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakość życia to tyle co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także osobistych wierzeń i przekonań” (Tobiasz-Adamczyk 2000: 239). Badania jakości życia w niepełnosprawności zyskują na wadze ze względu na dokonujące się zmiany paradygmatyczne, w wyniku których rekonstruują się nowe oblicza długotrwałej niepełnosprawności we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka. Warte podkreślenia, z punktu widzenia podjętych analiz, są przytoczone w literaturze warunki wysokiej jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Możliwa jest ona do uzyskania poprzez „a) doświadczanie niez-

leżności (jakość życia rozpatrywana na poziomie intrapersonalnym); b) posiadanie swobody dokonywania wyboru (jakość życia rozpatrywana na poziomie interpersonalnym) oraz c) nieskrępowany dostęp do ważnych dóbr znajdujących się w otoczeniu (jakość życia rozpatrywana na poziomie społecznym)” (Wołowicka, Jaracz 2001: 64). W budowaniu wysokiej jakości życia niebagatelną rolę – oprócz sfery biologicznej i ekonomicznej – pełnią zatem takie wymiary, jak: autonomia, decydowanie o sobie, dokonywane wybory czy pełnione role społeczne (Schallock, za: Oleś 2010: 36).

Wysoka jakość życia w niepełnosprawności ma istotne walory wspierające i ochronne. Poczucie jakości życia osób z nabytymi trwałymi ograniczeniami, po osiągnięciu pewnego poziomu, wydaje się być stabilne w czasie wykazując jedynie niewielkie odchylenia w poszczególnych wymiarach (Jørgensen i in. 2021). Dotychczasowe badania wskazują, że jakość życia przeciętnej osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest niższa niż norma w populacji ogólnej, niezależnie od wieku badanych i czasu trwania niepełnosprawności (Barker i in. 2009; Kemp, Ettelson 2001). Jednakże wyniki w tym przypadku nie są jednoznaczne. W przypadku długotrwałej niepełnosprawności może to ulegać dynamicznym zmianom w wyniku pogarszającego się z wiekiem stanu zdrowia i występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych (Hahn i in. 2013; Lammertse 2001; Smith i in. 2016), a w konsekwencji obniżania się sprawności funkcjonalnej i nasilających się poważnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (Koon i in. 2020; Remillard i in. 2019). Sposób w jaki funkcjonuje człowiek z długotrwałą niepełnosprawnością jest niezwykle złożony i uwarunkowany wieloma czynnikami natury indywidualnej i środowiskowej. Dla osoby długotrwanie niepełnosprawnej, np. z uszkodzeniem rdzenia, o osiągnięciu wysokiej jakości życia decyduje nie tylko obiektywny stan zdrowia i zaplecze materialno-bytowe, ale przede wszystkim pozytywne zasoby podmiotowe. Badania jednoznacznie wskazują, że występowanie wtórnych komplikacji zdrowotnych i pogarszający się w ich wyniku stan zdrowia, ograniczają uczestnictwo w życiu społecznym (Piatt i in. 2016), łączy się to z istotnie niższym poczuciem jakości życia (Adriaansen i in. 2016; por. Padureanu i in. 2020).

Badania R. Baker i wsp. (2009) wskazują, że istotny w kształtowaniu poczucia jakości życia jest stan zdrowia i występowanie wtórnych komplikacji zdrowotnych oraz uczestnictwo w życiu społecznym, wskazując, że nasilenie chorób oraz związane z tym ograniczenia są silnymi predyktorami poczucia jakości życia, znacząco przyczyniając się do jego obniżenia. Istotne znaczenie w kształtowaniu jakości życia mają czynniki kontekstualne, tkwiące zarówno w osobie, jak i jej otoczeniu, gdyż brak zasobów lub ograniczony do nich dostęp utrudnia osiąganie satysfakcjonującej jakości życia. Wśród czynników personalnych największe znaczenie w kształtowaniu poczucia jakości życia ma płeć, wiek, czas nabycia, czas trwania i rodzaj niepełnosprawności oraz stan zdrowia. Wysokie poczucie jakości

życia osób z niepełnosprawnością ruchową koreluje z młodszym wiekiem i zatrudnieniem, a ujemnie ze złym stanem zdrowia i towarzyszącymi temu wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi (Fekete i in. 2014; Müller i in. 2017). Osoby z długotrwałymi ograniczeniami charakteryzują się względnie wysokim poziomem jakości życia (Jørgensen i in. 2021), potwierdzają to wcześniejsze badania wykazujące dodatnią zależność między czasem trwania niepełnosprawności i jakością życia. Okazuje się, że globalne poczucie jakości życia rośnie wraz z upływającym czasem od momentu nabycia niepełnosprawności (Geyh i in. 2013). Systematyczne monitorowanie poczucia jakości życia może ukierunkowywać osoby z niepełnosprawnością, ich opiekunów i rehabilitantów na te wymiary, które wymagają dodatkowej troski i wsparcia, a obniżony poziom w niektórych wymiarach funkcjonowania może być traktowany jako sygnał do interwencji i odpowiedniego wsparcia.

Autonomia i uczestnictwo

Autonomia jest podstawowym warunkiem uczestnictwa i istotnym determinantem w kształtowaniu poczucia jakości życia osób z niepełnosprawnością (Cardol i in. 2002; Levasseur i in. 2004; Salvador-Carulla, Gasca 2010). Istotnie częściej łączy się z jej wysokim poziomem i samooceną zdrowia (Sibley i in. 2006), wskazując, że osoby z niepełnosprawnością postrzegają swoje życie jako satysfakcjonujące w sytuacji, gdy mogą podejmować decyzje dotyczące zarówno siebie, jak i otoczenia. Zagadnienie autonomii jest również głęboko wpisane w tradycję podmiotowości. Wpływ niepełnosprawności na subiektywną ocenę autonomii i uczestnictwa jest widoczny odpowiednio na poziomie indywidualnym i społecznym. Ocena zarówno uczestnictwa w życiu społecznym, jak i postrzeganej autonomii z perspektywy osoby niepełnosprawnej pozwala na oszacowanie pozytywnych lub negatywnych zmian w jej funkcjonowaniu. Istotnie wiąże się również z potraumatycznym wzrostem wśród osób z długotrwałą paraplegią (Byra 2021). Badania nad osobami z długotrwałą niepełnosprawnością wykazały, że ważnym aspektem w kształtowaniu pozytywnego życia tych osób jest utrzymywanie stałych i satysfakcjonujących kontaktów z otoczeniem poprzez wypełnianie ról społecznych. Zasadnicza jest bowiem realizacja własnych planów i celów wynikających ze świadomego zaspokajania potrzeb. Niemniej jednak wiele osób z niepełnosprawnością ruchową nadal doświadcza ograniczeń w uczestnictwie, które nasilają się wraz z upływem lat od momentu nabycia niepełnosprawności, w tym m.in. w aktywności poza domem, pracy, utrzymywaniem kontaktów społecznych czy relacji partnerskich (Sibley i in. 2006).

Uczestnictwo w życiu społecznym rozumiane jako zaangażowanie w działanie, zgodne z podjętą samodzielnie decyzją (Byra, Duda 2019a) jest silnie związa-

ne z poczuciem jakości życia (Barclay i in. 2016; Levasseur i in. 2004). Wyraża się w realizacji własnych celów, zamierzeń i podejmowaniu ról społecznych (Perenboom, Chorus 2003) osadzonych w pewnym kontekście społecznym (Eyssen i in. 2011). Uczestnictwo w różnorodnych, ważnych dla jednostki, aktywnościach podkreśla autonomię osoby. Uczestnictwo jest złożonym konstruktem, na który składają się doświadczenia związane z niepełnosprawnością oraz wachlarz przekonań o sobie samym i otaczającym świecie (Brown 2010). Autonomia jest zatem podstawowym warunkiem podjęcia działań (Eyssen i in. 2011), gdyż to w niej mieszczą się własne przekonania i wartości oraz wyraża się prawo do samostanowienia. Jest również elementem koncepcyjnym stanowiącym granicę między aktywnością a uczestnictwem (Fallahpour i in. 2011).

Zagrożenie obniżaniem się poczucia jakości życia oraz nasilające się ograniczenia zarówno w postrzeganej autonomii, jak i uczestnictwie niestety wpisują się w długoterminowe konsekwencje życia z niepełnosprawnością. Ograniczenia w autonomii i uczestnictwie często związane są ze stanem zdrowia i z występowaniem wtórnych komplikacji zdrowotnych (Cao, Krause 2021; Hilberink i in. 2017; Magasi i in. 2008), a nie pierwotnego zaburzenia. Stąd zrozumienie złożonych zagadnień funkcjonowania człowieka z długotrwałymi ograniczeniami wymaga przeprowadzenia analiz w każdym obszarze jego aktywności: fizycznym, społecznym i środowiskowym, w celu przeciwdziałania pogłębiającym się problemom w jego funkcjonowaniu psychospołecznym.

Cel pracy

Za cel niniejszych badań postawiono określenie charakteru zależności między odczuwaną jakością życia a postrzeganą autonomią i uczestnictwem osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą. Poczucie jakości życia jest rozumiane jako subiektywna ocena jednostki dotycząca jej pozycji w życiu, realizacji jej oczekiwań, potrzeb i zainteresowań (The WHOQOL Group 1998). Autonomia i uczestnictwo oznacza natomiast zdolność do decydowania o sobie i własnej aktywności oraz, zgodnie z własnymi preferencjami, aktywność w życiu społecznym i rodzinnym (Cardol i in. 2002). Przyjęto zatem, że zdolność do formułowania potrzeb, celów i decyzji oraz gotowość do podejmowania działań zgodnych z własnymi preferencjami są ważnymi predyktorami wysokiej jakości z życia, co sprzyja efektywnemu radzeniu sobie z sytuacją niepełnosprawności. Stąd w tak prezentowanym modelu badań postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jakie jest poczucie jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?

2. Jaka jest autonomia oraz uczestnictwo osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?
3. Czy i w jakim stopniu postrzegana autonomia i gotowość do uczestnictwa biorą udział w wyjaśnianiu zmienności poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową?

Zgodnie z przyjętą metodologią do pytań o charakterze diagnostycznym nie sformułowano hipotezy (Maszke 2008: 111). W zaprojektowanych badaniach zweryfikowano hipotezę o charakterze zależnościowym.

H1: Postrzegana autonomia i uczestnictwo w życiu społecznym i rodzinnym mają znaczący udział w wyjaśnianiu poczucia jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością.

Dotychczasowa literatura dostarcza dowodów na istotne znaczenie decyzyjności i możliwości kierowania własnym postępowaniem w kontekście angażowania się w codzienne czynności, w podnoszeniu poziomu odczuwanej jakości życia osób z niepełnosprawnością (Müller i in. 2017; Jain i in. 2007).

Material i metoda badań

W realizacji założonego celu badań posłużono się kwestionariuszem WHOQOL-BREF, Kwestionariuszem Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) oraz kwestionariuszem ankiety zawierającym pytania dotyczące sytuacji socjodemograficznej i związanej z niepełnosprawnością (własnego autorstwa).

Poczucie jakości życia zbadano za pomocą międzynarodowego kwestionariusza WHOQOL-Bref (The WHOQOL Group 1998) w polskiej adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz (2001). Polska wersja skali ma satysfakcjonujące właściwości psychometryczne i służy do oceny jakości życia w czterech obszarach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej (Kowalska i in. 2012; Wołowicka, Jaracz 2001). Za pomocą kwestionariusza Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) dokonano pomiaru autonomii i uczestnictwa w pięciu wymiarach: autonomia w domu, autonomia poza domem, relacje społeczne, rola w rodzinie oraz praca i edukacja. Narzędzie to powstało na podstawie obecnie obowiązującej klasyfikacji ICF (2001). „Kwestionariusz ten opiera się na subiektywnej perspektywie osoby z niepełnosprawnością, wskazującej na stopień posiadanej autonomii i swojego uczestnictwa w różnych płaszczyznach codziennego funkcjonowania. Ten aspekt diagnostyczny ma istotne znaczenie dla planowania oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych” (Byra, Duda 2019a). Polska wersja Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) pod nazwą Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) uzyskała zadowalające wartości

psychometryczne (wskaźniki rzetelności alfa Cronbacha poszczególnych wymiarów skali mieszczą się w przedziale od 0,87 do 0,96) i jest rzetelnym oraz trafnym narzędziem do oceny autonomii i uczestnictwa (Byra, Duda 2019a).

Badania o charakterze poprzecznym zaplanowano wśród osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową. Udział był w pełni dobrowolny i anonimowy. Warunki rekrutacji były następujące: osoby dorosłe w wieku od 18 do 60 roku życia z doświadczeniem nabycia trwałych ograniczeń ruchowych, czas trwania niepełnosprawności minimum 10 lat, z zachowanymi funkcjami poznawczymi, korzystające z placówek rehabilitacyjnych i objęte wsparciem MOPR-u i MOPS-u.

Badaniami objęto 78 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową trwającą przynajmniej 10 lat ($M=19,08$, $SD=8,38$). Grupę tworzyły osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego ($N=45$) i oraz po amputacji kończyny ($N=33$). W przeważającej części byli to mężczyźni (65%), kobiety stanowiły 35% grupy. Średnia wieku badanych wynosiła 36,51 lat ($SD=14,05$). Charakteryzowali się zróżnicowaną sytuacją zawodową. Najwięcej osób, bo 42% pobierało rentę lub przebywało na bezrobociu, 37% osób pracowało oraz 22% studiowało. Największą grupę respondentów stanowili mieszkańcy miasta (80%).

Wyniki

Na pierwszym etapie analiz dokonano podstawowej charakterystyki badanych zmiennych. Wyniki otrzymane w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością (tab. 1) wskazują, że w obrębie poszczególnych wymiarów, struktura jakości życia nie jest jednolita. Najwyższe wyniki uzyskano w zakresie środowiska. Osoby z niepełnosprawnością nabytą wysoko oceniają zaplecze mieszkaniowe, finansowe oraz infrastrukturę otoczenia ($M=24,45$ $SD=5,01$). Dostęp do opieki medycznej, informacji, zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego czy możliwość uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku stanowią dla tej grupy istotne wymiary jakości funkcjonowania. Na podobnym poziomie badani ocenili aspekt fizyczny jakości życia ($M=21,38$ $SD=3,51$), skupiający się wokół wykonywania czynności dnia codziennego, możliwości podejmowania pracy czy doświadczania symptomów somatycznych, takich jak ból, zmęczenie czy zaburzenia snu. Najniższe wyniki uzyskano w zakresie relacji społecznych ($M=9,05$ $SD=2,89$) wskazujące na trudności w budowaniu satysfakcjonujących, intymnych związków z innymi ludźmi oraz uzyskiwaniu nieadekwatnego (niezgodnego z oczekiwaniami i potrzebami osób z niepełnosprawnością) wsparcia społecznego. Wyniki te wydają się związane z temporalną dynamiką długotrwałej niepełnosprawności. Uwidocznione jest tu efektywne przystosowanie do funkcjonowania fizycznego z ograniczeniami oraz spełniające swoje funkcje dostosowanie zaplecza środowi-

skowego do potrzeb osób z niepełnosprawnością przy jednocześnie zmieniających się potrzebach w zakresie relacji społecznych i wsparcia społecznego. Wynikają one najprawdopodobniej ze zmieniających się na przestrzeni lat możliwości utrzymania satysfakcjonujących kontaktów z innymi osobami zarówno pod kątem jakościowym, jak i ilościowym.

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia jakości życia badanych

Wymiary poczucia jakości życia	M	SD	Min–Max
Fizyczna	21,38	3,51	13–29
Psychologiczna	18,37	3,81	11–26
Społeczna	9,05	2,89	3–15
Środowiskowa	24,45	5,01	13–37

Źródło: opracowanie własne.

Zbliżone wyniki otrzymano w ramach wymiarów postrzeganej autonomii i uczestnictwa w życiu społecznym w badanej grupie. Największe problemy badani zgłaszali w wymiarze wypełniania rodzinnych ról ($M=12,65$, $SD=5,93$) oraz pracy i edukacji ($M=11,35$, $SD=6,78$). Ograniczenia w tych sferach świadczą o trudnościach, na jakie napotykają osoby w realizowaniu codziennych domowych aktywności oraz rozwijaniu swoich kompetencji i zainteresowań, akcentując najwięcej problemów w angażowaniu się w ważne z osobistej perspektywy, sytuacje życiowe. Nieco niższy poziom ograniczeń jest widoczny w zakresie autonomii w decydowaniu o sobie w sytuacjach domowych ($M=9,88$, $SD=8,23$) i środowiskowych ($M=9,39$, $SD=5,10$). Wynika z tego, że nieco lepiej badani oceniają swoją samodzielność w podejmowaniu decyzji dotyczących swoich aktywności na tym polu oraz zdolność do dokonywania wyborów zgodnie z własnym systemem wartości (tab. 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe poczucia postrzeganej autonomii i uczestnictwa badanych

Autonomia i uczestnictwo	M	SD	Min–Max
Autonomia w domu	9,88	8,23	0–28
Autonomia poza domem	9,39	5,10	2–20
Relacje społeczne	10,78	6,61	0–26
Rola w rodzinie	12,65	5,93	2–27
Praca i edukacja	11,35	6,78	2–25

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc określić powiązania między postrzeganą autonomią a odczuwaną jakością życia przeprowadzono analizę korelacji r-Spearmana (tab. 3). Uzyskane rezultaty wskazują na istnienie istotnej statystycznie zależności między badanymi zmiennymi. Należy podkreślić, że istnieją silne związki między poziomem jakości życia a postrzeganą autonomią. Pokazuje to, że niskim wynikiom w zakresie poczucia jakości życia istotnie częściej towarzyszą wyższe ograniczenia w funkcjonowaniu psychospołecznym zarówno na poziomie wypełniania ról domowych czy zawodowych. Potwierdza to istotną zależność między prawem do decydowania o sobie i swojej aktywności, a subiektywną satysfakcją z życia. Kolejnym krokiem było zastosowanie analizy regresji, za pomocą której przeanalizowano udział postrzeganej autonomii i odczuwanego uczestnictwa w wyjaśnianiu natężenia poczucia jakości życia w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością (tab. 4).

Tabela 3. Poczucie jakości życia a autonomia i uczestnictwo badanych – współczynnik korelacji r-Spearmana

Autonomia i uczestnictwo	Jakość życia			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Autonomia w domu	-0,531**	-0,472**	-0,308*	-0,727**
Autonomia poza domem	-0,520**	-0,547**	-0,284*	-0,716**
Relacje społeczne	-0,596**	-0,486**	-0,488**	-0,724**
Rola w rodzinie	-0,547**	-0,444**	-0,358**	-0,611**
Praca i edukacja	-0,519**	-0,465**	-0,357**	-0,746**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z nabytą niepełnosprawnością widoczne są ujemne związki między odczuwaną jakością życia a postrzeganą autonomią i uczestnictwem we wszystkich badanych wymiarach. Ustalono tu zależności wskazujące, że ograniczeniom w możliwościach decydowania o sobie i własnej aktywności towarzyszy niska jakość życia. Osoby, które odczuwają ograniczenia w realizacji działań i kontroli w sferach dotyczących własnego życia domowego i rodzinnego oraz stanowieniu o sobie w różnorodnych sytuacjach życia codziennego, szczególnie poza domem, odczuwają niską jakość życia zarówno w wymiarze fizycznym, psychologicznym, jak i społecznym czy środowiskowym. Brak możliwości uczestnictwa w różnych aktywnościach opartych na relacjach społecznych oraz trudności w realizowaniu swoich planów zawodowych i edukacyjnych przyczynia się również do istotnego obniżania się zadowolenia ze swojego życia we

wszystkich badanych aspektach. Dotyczy to również wypełniania ról w rodzinie. Brak możliwości zaistnienia w swojej roli rodzinnej istotnie obniża poczucie jakości życia w każdym obszarze.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, poczucie jakości życia osób doświadczających wieloletnich ograniczeń można wyjaśnić przy udziale dwóch wymiarów autonomii i uczestnictwa: relacji społecznych i autonomii poza domem (tab. 4). Zatem wyższa ocena jakości życia zależna jest od możliwości podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie aktywności poza domem, i wiąże się również z relacjami społecznymi, szczególnie w wymiarze psychologicznym, społecznym i środowiskowym jakości życia.

Tabela 4. Podsumowanie analizy regresji krokowej: zmienna zależna „Jakość życia” oraz zmienne niezależne: „Autonomia i uczestnictwo” w badanej grupie

Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze fizycznym R=0,590 R ² =0,348 cR ² =0,324 F(1,54)=14,401			
	β	B	t	p
Relacje społeczne	-0,345	-0,201	-2,434	0,018
Autonomia poza domem	-0,307	-0,223	-2,166	0,035
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze psychologicznym R=0,525 R ² =0,276 cR ² =0,262 F(1,55)=20,918			
	β	B	t	p
Autonomia poza domem	-0,525	-0,412	-4,574	0,000
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze społecznym R=0,488 R ² =0,238 cR ² =0,224 F(1,55)=17,181			
	β	B	t	p
Relacje społeczne	-0,488	-0,227	-4,145	0,000
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Podsumowanie zmiennej zależnej poczucia jakości życia w wymiarze środowiskowym R=0,820 R ² =0,672 cR ² =0,660 F(1,54)=17,415			
	β	B	t	p
Autonomia poza domem	-0,487	-0,504	-4,848	0,000
Relacje społeczne	-0,420	-0,348	-4,173	0,000

p<0,05

Źródło: opracowanie własne.

Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością jest kształtowane przez możliwość podejmowania decyzji i kontakt z innymi ludźmi. Wyniki wskazują, że

autonomia oraz związane z nią uczestnictwo, są istotnymi czynnikami wiążącymi się z poczuciem jakości życia badanych. Poczucie jakości życia w każdej z domen wzrasta wraz z malejącymi ograniczeniami w autonomii i trudnościami w realizowaniu siebie w kontaktach z innymi ludźmi.

Podsumowanie

W odniesieniu do pierwszego i drugiego pytania badawczego można stwierdzić, że najwyższy poziom jakości życia badani deklarowali w obrębie swojego zaplecza mieszkaniowego oraz finansowego przy jednocześnie pozytywnej ocenie swojej autonomii w podejmowaniu decyzji w sytuacjach domowych. Powyższa analiza potwierdziła również przyjętą hipotezę, która zakładała pozytywny związek poczucia jakości życia z większymi możliwościami decydowania o sobie i aktywnym uczestnictwem w życiu społecznym. Istotną rolę autonomii i uczestnictwa podkreślano w założeniach teoretycznych ICF (Sibley i in. 2006). Badania wykazały, że ograniczenia, szczególnie w sytuacjach podejmowania decyzji dotyczącej aktywności poza domem i w kontaktach z innymi, istotnie przyczyniały się do obniżania się poczucia jakości życia. Potwierdzają to wyniki badań podkreślających zależności między trudnościami w angażowaniu się w sytuacje społeczne i rodzinne a niskim poczuciem jakości życia (Barker i in. 2009; Adriaansen i in. 2016; Piatt i in. 2016). Poczucie satysfakcji z podejmowanego działania, aktywne wypełnianie roli społecznej w aspekcie własnej autonomii podkreśla jak ważne są to wymiary społecznego funkcjonowania osób z długotrwałą niepełnosprawnością. Wyniki jednoznacznie wskazują, że działania podejmowane zgodnie z własną wolą, realizujące aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, są istotnymi determinantami satysfakcjonującego życia i wysokiej jego jakości (Byra, Duda 2019b). Podobne wyniki uzyskała M. Levasseur i wsp. (2004), które podkreślają istotną rolę aktywności osób z niepełnosprawnością na polu społecznym w podnoszeniu poczucia jakości życia. W badaniach R. Müller i wsp. (2017) stwierdzono, że nieograniczone lub satysfakcjonujące uczestnictwo w życiu społecznym w grupie osób z długotrwałą niepełnosprawnością jest kluczowym zasobem dla kształtowania poczucia jakości życia.

Aktualność problematyki jakości życia osób z długotrwałą niepełnosprawnością jest niezaprzeczalna. Celem rehabilitacji osób z nabytą niepełnosprawnością jest osiągnięcie możliwie wysokiej jakości życia i utrzymywanie jej w ciągu całego życia. Poszukiwanie uwarunkowań, które sprzyjają budowaniu wysokiej jakości życia na przestrzeni lat, są ważnym dążeniem w naukach społecznych i medycznych. Wyniki potwierdzają, że istotnym czynnikiem wysokiej jakości życia jest autonomia i związane z nią uczestnictwo w życiu społecznym. Większa autono-

mia i aktywność w życiu rodzinnym i społecznym, a poprzez to poprawa odczuwanej jakości życia może stanowić bufor przed negatywnymi konsekwencjami zarówno psychicznymi, fizycznymi i ekonomicznymi dla osoby z niepełnosprawnością, jak i jej rodziny. Wśród implikacji praktycznych prezentowanych badań zaleca się koncentrację na wspieraniu autonomii w decydowaniu o charakterze aktywności, a przez to wzmacnianie motywacji do zmian i wzięcia odpowiedzialności za własne życie, gdyż doświadczanie autonomii i uczestnictwa podnosi jakość życia, która jest traktowana jako ważny zasób w radzeniu sobie z wyzwaniami codzienności. Planowane w przyszłości badania powinny podejmować zagadnienie ochrony zdrowia, długoterminowej opieki, wsparcia i rehabilitacji oraz rozwiązań systemowych w kierunku podnoszenia autonomii i uczestnictwa osób z niepełnosprawnością.

Wśród ograniczeń badań należy wymienić niewielką liczebność próby badanych podyktowaną trudnościami w prowadzeniu badań terenowych i dotarciu do osób z niepełnosprawnością oraz wyrażeniem przez nich zgody na udział w badaniu. Kolejnym ograniczeniem jest konstrukcja wykorzystanych narzędzi badawczych, których celem jest dokonanie samooceny stopnia niezależności czy jakości życia, co może podlegać wpływom różnorodnych zmiennych zakłócających. Ponadto badania mają charakter poprzeczny, a w przypadku tak dynamicznych zmiennych, jak autonomia, uczestnictwo czy poczucie jakości życia, mogą w pełni nie wykazywać charakteru badanych zależności.

Bibliografia

- Adriaansen J., Ruij, L., Koppenhagen C., Asbeck F., Snoek G., Kuppevelt D., Post M. (2016), *Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, 48 (10): 853–860; <https://doi.org/10.2340/16501977-2166>.
- Barclay L., McDonald R., Lentin P., Bourke-Taylor H. (2016), *Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury*, „Australian Occupational Therapy Journal”, 63 (1): 19–28; <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12241>.
- Barker R.N., Kendall M.D., Amsters D.I., Pershouse K.J., Haines T.P., Kuipers P. (2009), *The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 47 (2): 149–155; <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>.
- Błachnio A. (2019), *Potencjał osób w starości: Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Błażejewski G., Rejman K. (2019), *Medyczne i społeczne aspekty jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów.
- Boczkowska M., Duda M. (2017), *Czynniki kontekstualne ICF w doświadczaniu niepełnosprawności* [w:] *Wybrane konteksty i wyzwania współczesnej pedagogiki specjalnej*, red. K. Barłóg, (s. 131–140), Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.

- Brown J., Bowling A., Flynn T. (2004), *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*, European Forum on Population Ageing Research, London–Bristol.
- Brown M. (2010), *Participation: The Insider's Perspective*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 91 (9): 34–37; <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.11.030>.
- Byra S. (2011), *Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 17 (2): 64–70.
- Byra S. (2021), *Associations between post-traumatic growth and wisdom in people with long-term paraplegia – the role of disability appraisals and participation*, „Disability and Rehabilitation”, 1–8; <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867903>.
- Byra S., Duda M. (2019a), *Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) – Sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, 35: 103–126; <https://doi.org/10.4467/25439561.NP.19.034.12277>.
- Byra S., Duda M. (2019b), *Postrzeżanie własnej autonomii a satysfakcja z życia u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową – analiza roli moderatorów*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, 45 (3): 17–36; <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.6222>.
- Cao Y., Krause J.S. (2021), *The association between secondary health conditions and indirect costs after spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 59 (3): 306–310; <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00567-4>.
- Cardol M., Beelen A., van den Bos G.A., de Jong B.A., de Groot I.J., de Haan R.J. (2002), *Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 83 (11): 1524–1529; <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.35099>.
- Chen B.K., Jalal H., Hashimoto H., Suen S., Eggleston K., Hurley M., Bhattacharya J. (2016), *Forecasting trends in disability in a super-aging society: Adapting the Future Elderly Model to Japan*, „The Journal of the Economics of Ageing”, 8: 42–51; <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2016.06.001>.
- Derbis R. (2007), *Poczucie jakości życia a zjawiska afektywne [w:] Społeczne konteksty jakości życia*, red. S. Kowalik, (s. 13–52), Wydawnictwo Uczelniane WSG, Bydgoszcz.
- Eyssen I.C., Steultjens M.P., Dekker J., Terwee C.B. (2011), *A Systematic Review of Instruments Assessing Participation: Challenges in Defining Participation*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 92 (6): 983–997; <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.006>.
- Fallahpour M., Jonsson H., Joghataei M.T., Kottorp A. (2011), *Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke*, „Scandinavian Journal of Occupational Therapy”, 18 (1): 59–71; <https://doi.org/10.3109/11038121003628353>.
- Fekete C., Wahrendorf M., Reinhardt J.D., Post M.W.M., Siegrist J. (2014), *Work stress and quality of life in persons with disabilities from four European countries: The case of spinal cord injury*, „Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation”, 23 (5): 1661–1671; <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0610-7>.
- Geyh S., Ballert C., Sinnott A., Charlifue S., Catz A., D'Andrea Greve J.M., Post M.W.M. (2013), *Quality of life after spinal cord injury: A comparison across six countries*, „Spinal Cord”, 51 (4): 322–326; <https://doi.org/10.1038/sc.2012.128>.

- Geyh S., Peter C., Müller R., Bickenbach J.E., Kostanjsek N., Ustün B.T., Cieza A. (2011), *The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature—A systematic review and content analysis*, „Disability and Rehabilitation”, 33 (13–14): 1089–1102; <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.523104>.
- Hahn J.E., Aronow H.U., Rosario E.R., Guenther N. (2013), *Multidimensional health risk appraisal among adults aging with acquired disabilities*, „Disability and Health Journal”, 6 (3): 195–203; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.02.002>.
- Hilberink S.R., van der Slot W.M.A., Klem M. (2017), *Health and participation problems in older adults with long-term disability*, „Disability and Health Journal”, 10 (2): 361–366, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.004>.
- Hoefsmid N., Houkes I., Nijhuis F. (2014), *Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using the ICF as a framework*, „Work (Reading, Mass.)”, 48 (2): 203–215; <https://doi.org/10.3233/WOR-131657>.
- ICF (2001), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- Jain N.B., Sullivan M., Kazis L.E., Tun C.G., Garshick E. (2007), *Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Spinal Cord Injury*, „American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation”, 86 (5): 387–396, <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31804a7d00>.
- Jørgensen S., Costa Andersson M.V., Lexell J. (2021), *Changes in health-related quality of life among older adults aging with long-term spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 59 (7): 769–776, <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00579-0>.
- Jørgensen S., Iwarsson S., Norin L., Lexell J. (2016), *The Swedish Aging With Spinal Cord Injury Study (SASCIS): Methodology and Initial Results*, PM&R, 8 (7): 667–677, <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.10.014>.
- Kemp B., Ettelson D. (2001), *Quality of Life While Living and Aging with a Spinal Cord Injury and Other Impairments*, „Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation”, 6 (3): 116–127, <https://doi.org/10.1310/L8TF-65XD-8K1U-UE3M>.
- Koon L.M., Remillard E.T., Mitzner T.L., Rogers W.A. (2020), *Aging Concerns, Challenges, and Everyday Solution Strategies (ACCESS) for adults aging with a long-term mobility disability*, „Disability and Health Journal”, 13 (4): 100936; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100936>.
- Kowalska M., Skrzypek M., Danso F., Humeniuk M. (2012), *Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców Aglomeracji Górnośląskiej*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 66 (3): 531–537.
- Lammertse D.P. (2001), *Maintaining Health Long-Term with Spinal Cord Injury*, „Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation”, 6 (3): 1–21, <https://doi.org/10.1310/XMBN-RWHP-GVN1-Q9JH>.
- Levasseur M., Desrosiers J., Noreau L. (2004), *Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities?*, „Disability and Rehabilitation”, 26 (20): 1206–1213; <https://doi.org/10.1080/09638280412331270371>.
- Magasi S.R., Heinemann A.W., Whiteneck G.G. (2008), *Participation Following Traumatic Spinal Cord Injury: An Evidence-Based Review for Research: Report on the National Institute on Disability and Rehabilitation Research Spinal Cord Injury Measures Meeting*, „The Journal of Spinal Cord Medicine”, 31 (2): 145–156; <https://doi.org/10.1080/10790268.2008.11760705>.

- Martins A.I., Queirós A., Cerqueira M., Rocha N., Teixeira A. (2012), *The International Classification of Functioning, Disability and Health as a Conceptual Model for the Evaluation of Environmental Factors*, „Procedia Computer Science”, 14: 293–300; <https://doi.org/10.1016/j.procs.2012.10.033>.
- Maszke A.W. (2008), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Müller R., Landmann G., Béchir M., Hinrichs T., Arnet U., Jordan X., Brinkhof M.W.G. (2017), *Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: Mediating role of participation*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, 49 (6): 489–496; <https://doi.org/10.2340/16501977-2241>.
- Oleś M. (2010), *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Padureanu R., Albu C.V., Pirici I., Mititelu R.R., Subtirelu M.S., Turcu-Stiolica R.A., Turcu-Stiolica A. (2020), *Personal Autonomy as Quality of Life Predictor for Multiple Sclerosis* „Patients, Journal of Clinical Medicine”, 9(5): 1349; <https://doi.org/10.3390/jcm9051349>.
- Perenboom R.J.M., Chorus A.M.J. (2003), *Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, „Disability and Rehabilitation”, 25 (11–12): 577–587; <https://doi.org/10.1080/0963828031000137081>.
- Piatt J.A., Nagat, S., Zahl M., Li J., Rosenbluth J.P. (2016), *Problematic secondary health conditions among adults with spinal cord injury and its impact on social participation and daily life*, „The Journal of Spinal Cord Medicine”, 39 (6): 693–698; <https://doi.org/10.1080/10790268.2015.1123845>.
- Remillard E.T., Fausset C.B., Fain W.B. (2019), *Aging With Long-Term Mobility Impairment: Maintaining Activities of Daily Living via Selection, Optimization, and Compensation*, „The Gerontologist”, 59 (3): 559–569; <https://doi.org/10.1093/geront/gnx186>.
- Salvador-Carulla L., Gasca V.I. (2010), *Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care*, „International Journal of Integrated Care”, 10 (5): 69–72; <https://doi.org/10.5334/ijic.495>.
- Sibley A., Kersten P., Ward C.D., White B., Mehta R., George S. (2006), *Measuring autonomy in disabled people: Validation of a new scale in a UK population*, „Clinical Rehabilitation”, 20 (9): 793–803; <https://doi.org/10.1177/0269215506070808>.
- Smith A.E., Molton I.R., Jensen M.P. (2016), *Self-reported incidence and age of onset of chronic comorbid medical conditions in adults aging with long-term physical disability*, „Disability and Health Journal”, 9 (3): 533–538; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.02.002>.
- The WHOQOL Group (1998), *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*, „Social Science & Medicine”, 46 (12): 1569–1585; [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4).
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tsai I.H., Graves D.E., Lai C.H. (2014), *The association of assistive mobility devices and social participation in people with spinal cord injuries*, „Spinal Cord”, 52 (3): 209–215; <https://doi.org/10.1038/sc.2013.178>.
- Virués-Ortega J., de Pedro-Cuesta J., del Barrio J.L., Almazan-Isla J., Bergareche A., Bermejo-Pareja F. (2011), *Spanish Epidemiological Study Group on Aging. Medical, environmental and personal factors of disability in the elderly in Spain: A screening survey based on*

the International Classification of Functioning, „Gaceta Sanitaria”, 25, Suppl 2: 29–38;
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.021>.

Wołowicka L., Jaracz K. (2001), *Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-Bref [w:] Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, (s. 231–238), Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.