

Yaroslava Tsyhulska

ORCID: 0009-0000-0286-1873

yaroslava.matiushyna@student.up.krakow.pl

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Natalia Miszczak

ORCID: 0009-0008-8545-7259

natalia.miszczak@student.up.krakow.pl

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Granice samodzielności a korzystanie z pomocy opiekuna przez osoby z niepełnosprawnością ruchową

The limits of independence and the use of carers by people
with motor disabilities

<https://doi.org/10.34739/sn.2025.25.06>

Abstrakt: W artykule podjęto problematykę granic samodzielności oraz sposobów korzystania ze wsparcia opiekuna przez osoby z niepełnosprawnością ruchową. Analiza oparta na najnowszych danych Głównego Urzędu Statystycznego wskazuje, że istotna część osób z niepełnosprawnościami w Polsce doświadcza ograniczeń o charakterze ruchowym, co uzasadnia potrzebę pogłębionych badań nad jakością życia i poziomem autonomii tej grupy. Celem badania było określenie, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością ruchową postrzegają własną samodzielność i jak na nią wpływa pomoc opiekuna. W badaniu ilościowym wykorzystano autorski kwestionariusz „Skala wsparcia a samodzielność”, którym objęto 50 osób korzystających z pomocy opiekuna. Uzyskane wyniki wskazują, że sposób udzielania wsparcia istotnie różnicuje poziom odczuwanej samodzielności: pomoc adekwatna do możliwości jednostki wzmacnia poczucie autonomii, natomiast styl wyręczający prowadzi do jego obniżenia. Ponadto stwierdzono, że wyższy poziom postrzeganej ingerencji opiekuna wiąże się z większym dyskomfortem, szczególnie u osób o niższym zapotrzebowaniu na wsparcie. Wnioski podkreślają potrzebę kształtowania relacji opiekun–osoba wspierana w oparciu o zasady pedagogiki, ukierunkowanej na partnerstwo oraz wzmacnianie autonomii.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność ruchowa, samodzielność, wsparcie opiekuna, autonomia, opieka

Abstract: The article undertakes the issue of the limits of independence and the ways of using caregiver support by persons with motor disabilities. The analysis based on the latest data of the Central Statistical Office indicates that a significant part of persons with disabilities in Poland experiences limitations of a motor nature, which justifies the need for in-depth research on the quality of life and the level of autonomy of this group. The aim of the study

was to determine in what way persons with motor disabilities perceive their own independence and how the help of a caregiver affects it. In the quantitative study, the author's questionnaire "Support Scale and Independence" was used, which covered 50 persons using caregiver assistance. The obtained results indicate that the way support is provided significantly differentiates the level of experienced independence: help adequate to the individual's capabilities strengthens the sense of autonomy, whereas a substitutive style leads to its reduction. Moreover, it was found that a higher level of perceived caregiver interference is associated with greater discomfort, especially in persons with a lower need for support. The conclusions emphasize the need to shape the caregiver-supported person relationship based on the principles of pedagogy, oriented toward partnership and strengthening autonomy.

Keywords: motor disability, independence, caregiver support, autonomy, care

Wprowadzenie

Według najnowszych danych GUS w Polsce jest około 3,9 mln osób z orzeczoną niepełnosprawnością, z czego u około 1,38 mln niepełnosprawność ruchowa stanowi jej główną przyczynę [Główny Urząd Statystyczny, 2025, s.1]. Współcześnie coraz większą uwagę zwraca się na jakość życia oraz poziom samodzielności osób z niepełnosprawnościami. Szczególne znaczenie ma to w przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo, których ograniczenia w zakresie sprawności fizycznej mogą wpływać na ich codzienne życie. To osoby, u których uszkodzenie oraz obniżenie sprawności organizmu powoduje utrudnienia, ograniczenia lub uniemożliwia wykonywanie zadań życiowych oraz pełnienie ról społecznych [Ścisto i in., 2014, s. 597]. Ze względu na specyfikę swojej niepełnosprawności, osoby te często korzystają z pomocy opiekunów w realizacji zadań życia codziennego. Asystenci wspierają osoby z niepełnosprawnością w czynnościach trudnych lub niemożliwych do samodzielnego wykonania, jak chociażby załatwianie spraw urzędowych. Asystenci zapewniają wsparcie również rodzinie osoby z niepełnosprawnością. Zawód asystenta osoby z niepełnosprawnością został oficjalnie uregulowany rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 29 marca 2001 r., które włączyło go do klasyfikacji zawodów pomocy społecznej. Był to ważny krok w profesjonalizacji usług asystenckich oraz uznaniu ich znaczenia w systemie wsparcia społecznego [Wilczyńska-Zgrzebna, 2025]. Samodzielność w życiu codziennym ma kluczowe znaczenie dla poczucia własnej wartości, niezależności oraz jakości życia. Osoby niepełnosprawne ruchowo nie potrzebują zwolnienia z wszelkich obowiązków, lecz umiejętności umożliwiających samodzielność, poczucie własnej wartości

i pełne uczestnictwo w życiu społecznym [Król, 2017, s. 69]. Nadmierne ograniczanie samodzielności przez opiekunów może mieć negatywne skutki dla osób niepełnosprawnych.

Celem pracy jest określenie, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością ruchową postrzegają swoją samodzielność i w jaki sposób wsparcie opiekuna wpływa na ich poczucie autonomii w codziennym funkcjonowaniu.

Pojęcie i specyfika niepełnosprawności ruchowej

Niepełnosprawność ruchowa to stan, w którym dochodzi do ograniczenia lub utraty zdolności wykonywania czynności ruchowych potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania. Może obejmować trudności w poruszaniu się, precyzyjnych ruchach rąk, utrzymaniu równowagi czy wykonywaniu działań wymagających siły mięśni [Matiushyna i in., 2025, s. 102]. Niepełnosprawność ruchowa może mieć charakter zarówno wrodzony, jak i nabyty, a jej przyczyny obejmują szeroki zakres czynników. Do przyczyn niepełnosprawności ruchowej należą: uszkodzenia w wyniku urazów, choroby neurologiczne, choroby mózgu, choroby i uszkodzenia w obrębie układu ruchu, zatrucia prowadzące do uszkodzenia układu nerwowego [Borkowska-Frołowicz, 2025]. Niepełnosprawności wrodzone są obecne od urodzenia i wynikają z czynników genetycznych, zaburzeń rozwojowych lub komplikacji okołoporodowych. Natomiast niepełnosprawności nabyte pojawiają się po urodzeniu, zwykle w efekcie urazów, chorób lub schorzeń zwyrodnieniowych, takich jak uszkodzenia rdzenia kręgowego, mózgu, amputacje czy choroby postępujące [Narayanan i in., 2025]. Osoby z niepełnosprawnością ruchową stanowią zróżnicowaną grupę nie tylko pod względem etiologicznym, ale różnią się także poziomem funkcjonowania w życiu codziennym. Jest to zróżnicowana grupa – od osób z niewielkimi ograniczeniami do tych wymagających stałej pomocy innych. Niepełnosprawność ruchowa może być zarówno widoczna (np. poruszanie się na wózku), jak i niewidoczna (np. schorzenia kręgosłupa), co wpływa na sposób funkcjonowania w codziennym życiu oraz potrzeby związane z korzystaniem ze sprzętu wspomagającego poruszanie się [Bugajska i in., 2019, s. 7].

Samodzielność osób z niepełnosprawnością ruchową

Samodzielność osób z niepełnosprawnością ruchową może oznaczać kontrolę nad własnym życiem i decyzjami, nawet przy wsparciu innych osób. Chodzi tu

zarówno o podstawowe sprawy jak jedzenie, ubieranie się czy higienę, jak i udział w życiu społecznym czy pracy. Z wielu przeprowadzonych dotąd badań wynika, że niezależność i kontrola nad swoim życiem i niepełnosprawnością poprawiają jakość życia osób niepełnosprawnych [van Dam i in., 2024, s. 1262]. Na samodzielność osób z niepełnosprawnością ruchową wpływa zarówno ich sprawność fizyczna, jak i wsparcie ze strony rodziny, opiekunów oraz dostęp do odpowiednich urządzeń i przystosowanego otoczenia. Ze względu na różny stopień ograniczeń, część osób z niepełnosprawnością ruchową może radzić sobie samodzielnie, podczas gdy inni wymagają wsparcia opiekuna w codziennym funkcjonowaniu. Część osób z niepełnosprawnością ruchową pracuje. Z badań wynika, że osoby z niepełnosprawnością, które są aktywne zawodowo, mają wyższe poczucie jakości życia niż te, które pracy nie podejmują [Pawłowska-Cypriasiak, 2011, s. 6]. Niekiedy na podjęcie zatrudnienia nie pozwalają zbyt poważne ograniczenia wynikające z niepełnosprawności. Istnieje sporo barier, które uniemożliwiają samodzielność tych osób. Osoby z niepełnosprawnością ruchową często napotykają na bariery architektoniczne, co znacząco utrudnia poruszanie się i dostęp do różnych miejsc i budynków. Tego typu utrudnienia stanowią przeszkodę w osiągnięciu samodzielności [Muzyczka, 2017, s. 197]. Problematiczne dla osób z niepełnosprawnością ruchową jest m.in. brak podjazdów, odpowiednich wind, zbyt wąskie przestrzenie, niedostosowane toalety oraz parkingi. Istotną barierą ograniczającą samodzielność stanowi również utrudniony dostęp do komunikacji, wynikający z braku przystosowanych środków transportu publicznego [Szulc, 2021, s. 53-54]. Bariery społeczne, w tym stereotypy i uprzedzenia wobec osób z niepełnosprawnością, mogą ograniczać ich samodzielność poprzez wykluczenie społeczne czy nadmierne wyręczanie. Warto wspomnieć również o barierach ekonomicznych. Koszty sprzętu i rehabilitacji mogą być dla niektórych osób nieosiągalne, a ich dostępność w dużym stopniu determinuje poprawę jakości życia i poziom samodzielności. Wysoki koszt i ograniczona dostępność technologii wspomagających oraz sprzętu rehabilitacyjnego są istotnymi barierami w poprawie jakości życia i zwiększeniu samodzielności osób z niepełnosprawnością. Szczególne znaczenie ma rola opiekuna, którego sposób działania może zarówno kompensować ograniczenia, jak i wpływać na subiektywne poczucie autonomii osoby wspieranej. Wskazuje to, że poziom samodzielności osób z niepełnosprawnością ruchową nie zależy wyłącznie od ich sprawności fizycznej, lecz również od sposobu udzielania wsparcia przez opiekuna, co

uzasadnia podjęcie analizy zależności między poziomem wsparcia a poczuciem samodzielności.

Rola opiekuna w funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością ruchową

Rola opiekuna w funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością ruchową jest niezwykle ważna. Wsparcie osób z niepełnosprawnością, a także ich rodzin może być realizowane przez asystentów osobistych. Asystenci wspierają osoby z niepełnosprawnością w czynnościach, które są dla nich trudne lub niemożliwe do wykonania, co zwiększa ich samodzielność, poczucie wartości i ogranicza wykluczenie społeczne. Pomaga w zakupach, załatwianiu spraw urzędowych czy uczestnictwie w różnych wydarzeniach [Wilczyńska-Zgrzebna, 2025, s. 108-126]. Opiekun wspiera codzienne czynności, takie jak higiena, ubieranie się, przygotowywanie posiłków czy poruszanie się, co w przypadku osób o ograniczonej sprawności ruchowej często stanowi podstawę samodzielnego życia. Niekiedy pomaga też w zarządzaniu finansami [Mohamad i in., 2026, s. 32], dlatego powinna być to osoba godna zaufania. Opiekunowie są też źródłem wsparcia emocjonalnego dla osób z niepełnosprawnością. Pomagają w przełamywaniu barier nie tylko fizycznych, ale także psychicznych [Faber Centrum Kształcenia w Krakowie, 2023]. Oznacza to, że sposób udzielania pomocy przez opiekuna może wzmacniać samodzielność osoby z niepełnosprawnością lub prowadzić do jej ograniczenia, co stanowi podstawę do analizy wpływu postawy opiekuna na poczucie autonomii.

Korzystanie z pomocy opiekuna przez osoby z niepełnosprawnością ruchową jest często niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym. Jednak nawet przy wsparciu zewnętrznym łatwo o poczucie utraty autonomii, jeśli opiekun wykonuje czynności w sposób nadmiernie wyręczający lub nie pozwala osobie samodzielnie decydować o własnym życiu. Dla zachowania autonomii kluczowe znaczenie ma rodzaj relacji opiekuńczej [Sampaio, Bellezi Guilhem, 2022, s. 525]. W granicach samodzielności warto pozostawić osobie z niepełnosprawnością możliwość samodzielnego działania, tak aby wsparcie opiekuna pełniło rolę narzędzia umożliwiającego, a nie ograniczającego niezależność. Skuteczne podejście do opieki i wsparcia osób z niepełnosprawnościami polega na utrzymywaniu kontroli i decyzyjności w rękach osoby wspieranej, a nie na pełnym przejmowaniu tych ról przez opiekuna [Keyes i in., 2015, s. 236-248]. Samodzielność nie kończy się

w momencie pojawienia się potrzeby wsparcia, lecz przyjmuje inną formę opartą na współdziałaniu z innymi. Na tej podstawie można przypuszczać, że poziom i sposób udzielania wsparcia wpływają na ocenę pomocy opiekuna oraz poczucie samodzielności.

Uzasadnienie podjęcia badań

Przedstawione rozważania teoretyczne wskazują na złożoność relacji między wsparciem opiekuna a samodzielnością osoby z niepełnosprawnością, co stało się podstawą do sformułowania problemów badawczych oraz hipotez niniejszego badania.

Żałożenia metodologiczne i przebieg badania

Celem niniejszego badania jest określenie, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością ruchową postrzegają własną samodzielność i jak na to wpływa pomoc opiekuna.

- Główny problem badawczy:

Jak osoby z niepełnosprawnością ruchową postrzegają pomoc udzielaną im przez opiekunów w kontekście własnej samodzielności?

- Szczegółowe problemy badawcze:

W jakim stopniu działania opiekuna ograniczają autonomię osoby z niepełnosprawnością ruchową?

Jak osoby badane reagują na wsparcie udzielane przez opiekuna?

Jak oceniana jest postawa opiekuna w zakresie wspierania samodzielności?

Jaki jest poziom subiektywnej potrzeby wsparcia w codziennych czynnościach?

Czy postawa opiekuna wpływa na poczucie autonomii osoby badanej?

Hipotezy

H1: Sposób udzielania pomocy przez opiekuna różnicuje poziom odczuwanej samodzielności osób z niepełnosprawnością ruchową.

H2: Osoby deklarujące wyższą potrzebę wsparcia mają bardziej zróżnicowane oceny adekwatności otrzymywanej pomocy (zarówno jako niewystarczającej, jak i nadmiernej).

H3: Wyższy poziom postrzeganej ingerencji opiekuna wiąże się z niższym poczuciem autonomii osoby badanej.

H4: Osoby o wyższej potrzebie wsparcia rzadziej interpretują działania opiekuna jako nadmiernie ingerujące.

H5: Osoby o niższej potrzebie wsparcia częściej doświadczają dyskomfortu związanego z pomocą opiekuna.

Narzędzie badawcze

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz (roboczo: Skala wsparcia a samodzielność) opracowany w celu oceny sposobu doświadczania wsparcia ze strony opiekuna przez osoby wymagające pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Konstrukcja kwestionariusza opiera się na założeniu, że pomoc udzielana osobie zależnej może jednocześnie pełnić funkcję wspierającą oraz ograniczającą autonomię, a sposób jej udzielania determinuje emocjonalne reakcje osoby wspieranej oraz ocenę postawy opiekuna. Kwestionariusz składa się z 18 twierdzeń odnoszących się do relacji z opiekunem, ocenianych przez osobę badaną na pięciostopniowej skali typu Likerta (od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”). Pozycje zostały teoretycznie podzielone na trzy podskale odzwierciedlające różne aspekty doświadczenia wsparcia:

- *Interferencja autonomii* – obejmuje twierdzenia dotyczące sytuacji, w których pomoc opiekuna jest postrzegana jako ograniczająca samodzielność osoby badanej (np. wyręczanie w czynnościach możliwych do wykonania samodzielnie, podejmowanie działań bez konsultacji, ograniczanie możliwości podejmowania decyzji). Przykładowe twierdzenia to: *Opiekun wykonuje za mnie czynności, które mogę wykonać samodzielnie, Czuję, że pomoc opiekuna ogranicza moją niezależność oraz Opiekun wyręcza mnie z wykonania danej czynności bez wcześniejszego zapytania, czy potrzebuję pomocy.*
- *Reakcja na wsparcie* – odnosi się do emocjonalnych i poznawczych reakcji osoby badanej na otrzymywaną pomoc, takich jak poczucie kontroli, zależności, dyskomfortu lub – w przypadku pozytywnych doświadczeń – wzrost poczucia pewności siebie. Do tej podskali należały m.in. twierdzenia: *Czuję się nieswojo, gdy opiekun pomaga mi bez wcześniejszej konsultacji, Pomoc opiekuna sprawia, że czuję się bardziej pewny/a siebie oraz Pomoc opiekuna sprawia, że czuję się kontrolowany/a.*
- *Postawa opiekuna* – obejmuje twierdzenia dotyczące sposobu udzielania wsparcia przez opiekuna, w szczególności stopnia dostosowania pomocy do

możliwości osoby wspieranej, konsultowania decyzji, poszanowania samodzielności oraz gotowości do zmiany sposobu udzielania pomocy. Przykładowe twierdzenia obejmowały: *Opiekun dostosowuje swoją pomoc do moich aktualnych możliwości*, *Opiekun konsultuje się ze mną, zanim podejmie działania w moim imieniu* oraz *Czuję, że mogę otwarcie rozmawiać z opiekunem o poziomie pomocy, której potrzebuję*.

Część twierdzeń została sformułowana w sposób pozytywny, co oznacza, że wyższy wynik wskazuje na mniejsze ograniczanie autonomii przez opiekuna. Wspomniane pozycje zostały w arkuszu oznaczone symbolem *. Dodatkowo w kwestionariuszu zawarto jedno pytanie dotyczące subiektywnie odczuwanej potrzeby wsparcia w codziennych czynnościach, oceniane na pięciostopniowej skali (od „wcale nie potrzebuję wsparcia” do „potrzebuję bardzo dużego wsparcia”). Kwestionariusz ma charakter samoopisowy i został opracowany na potrzeby niniejszego badania.

W badaniu wykorzystano również cztery pytania o charakterze socjodemograficznym, dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 50 osób z niepełnosprawnością ruchową. Dobór próby miał charakter celowy – kwestionariusz został skierowany do osób z niepełnosprawnością ruchową za pośrednictwem internetowych grup zrzeszających tę grupę respondentów. W badaniu nie gromadzono danych dotyczących formalnego stopnia niepełnosprawności, dlatego charakterystykę badanej grupy w zakresie poziomu funkcjonowania oparto na deklarowanym przez respondentów zakresie potrzebnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W strukturze płci zdecydowanie przeważały kobiety (85,7%, $n = 42$), natomiast mężczyźni stanowili 14,3% próby ($n = 7$) (w jednym przypadku brakowało danych dotyczących płci). Uczestnicy byli zróżnicowani wiekowo, przy czym największy udział miały osoby w wieku 26–30 lat i 36–40 lat (po 24,0%), a także 31–35 lat (22,0%) oraz 41–50 lat (20,0%). Najmniej liczną grupę tworzyły osoby najmłodsze (18–25 lat, 6,0%) oraz powyżej 51. roku życia (4,0%). Pod względem miejsca zamieszkania najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miast od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (38,0%), a następnie powyżej 500 tys. (26,0%). Mieszkańcy wsi stanowili 18,0%, miasta od 20 tys. do 100 tys. – 14,0%, a najmniej – małych miast do 20 tys. mieszkańców (4,0%). Większość badanych

posiadała wykształcenie średnie (64,0%), 16,0% miało wykształcenie wyższe, 12,0% zawodowe, a 8,0% podstawowe.

Analiza deklarowanego stopnia potrzebnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu wykazała, że żadna osoba nie zadeklarowała całkowitej samodzielności. Najwięcej badanych wskazało na bardzo duże wsparcie (30,0%), po 26,0% potrzebowało pomocy umiarkowanej lub znacznej, a 18,0% zgłosiło jedynie niewielkie wsparcie. Uzyskane wyniki pozwalają sądzić, że badana grupa obejmowała w dużej mierze osoby wymagające rzeczywistej pomocy w codziennym życiu. Szczegółowa charakterystyka próby przedstawiona została w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy (N = 50)

Cechy	n	%
Płeć (brak danych n = 1)		
Kobieta	42	85,7
Mężczyzna	7	14,3
Wiek		
18-25 lat	3	6,0
26-30 lat	12	24,0
31-35 lat	11	22,0
36-40 lat	12	24,0
41-50 lat	10	20,0
51 lat i powyżej	2	4,0
Miejsce zamieszkania		
Wieś	9	18,0
Miasto do 20 tys. mieszkańców	2	4,0
Miasto od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców	7	14,0
Miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców	19	38,0
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	13	26,0
Wykształcenie		
Podstawowe	4	8,0
Zawodowe	6	12,0
Średnie	32	64,0
Wyższe	8	16,0
Potrzeba wsparcia w codziennych czynnościach		
Wcale nie potrzebuję wsparcia	0	0
Potrzebuję niewielkiego wsparcia	9	18,0
Potrzebuję umiarkowanego wsparcia	13	26,0
Potrzebuję dużego wsparcia	13	26,0
Potrzebuję bardzo dużego wsparcia	15	30,0

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wyników

W niniejszej części przedstawiono wyniki badań własnych dotyczące doświadczeń osób z niepełnosprawnością ruchową związanych z pomocą otrzymywaną od opiekunów. Wyniki zaprezentowano zgodnie ze strukturą zastosowanego kwestionariusza. W pierwszej kolejności omówiono odpowiedzi odnoszące się do *interferencji autonomii*, następnie przedstawiono *reakcje badanych na otrzymywane wsparcie*, a w ostatniej części zaprezentowano *ocenę postawy opiekuna* wobec samodzielności i potrzeb osoby wspieranej.

Analiza odpowiedzi dotyczących interferencji autonomii wskazuje na zróżnicowane doświadczenia badanych. W przypadku stwierdzenia „opiekun wykonuje za mnie czynności, które mogą wykonać samodzielnie” 48,0% respondentów nie zgadza się z tym twierdzeniem, natomiast 50,0% przeciwnie, co sugeruje, że u części badanych dochodzi do wyręczania mimo posiadanych możliwości. W odniesieniu do poczucia ograniczania niezależności przez pomoc opiekuna większość badanych (54,0%) nie podziela tego przekonania (24,0% zdecydowanie, 30,0% raczej), jednak 40,0% respondentów wskazuje, że taka sytuacja ma miejsce (24,0% raczej, 16,0% zdecydowanie). Podobny rozkład odpowiedzi dotyczy sytuacji podejmowania działań bez wcześniejszego zapytania – 52,0% badanych nie zgadza się z tym stwierdzeniem, natomiast 48,0% je potwierdza, co może wskazywać na brak konsekwencji w respektowaniu autonomii podopiecznych. W przypadku wpływu pomocy na naukę nowych umiejętności 53,1% respondentów nie dostrzega utrudnień, natomiast 36,7% wskazuje na negatywny wpływ wsparcia, przy 10,2% odpowiedzi neutralnych. Jednocześnie większość badanych pozytywnie ocenia swoją autonomię decyzyjną – 74,0% deklaruje możliwość samodzielnego podejmowania decyzji, a 78,0% uznaje poziom udzielanej pomocy za adekwatny do swoich potrzeb.

Uzyskane wyniki wskazują, że mimo ogólnie pozytywnej oceny wsparcia, w badanej grupie występują również sytuacje świadczące o nadmiernej ingerencji opiekunów w samodzielność części respondentów. Szczegółowe wyniki ilustruje tabela 2.

Tabela 2. Interferencja autonomii w opinii badanych osób [n (%)]

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Ani się nie zgadzam ani nie zgadzam	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam
Opiekun wykonuje za mnie czynności, które mogą wykonać samodzielnie.	8 (16,0%)	16 (32,0%)	1 (2,0%)	12 (24,0%)	13 (26,0%)
Czuję, że pomoc opiekuna ogranicza moją niezależność.	12 (24,0%)	15 (30,0%)	3 (6,0%)	12 (24,0%)	8 (16,0%)
Opiekun wyłącza mnie z wykonania danej czynności bez wcześniejszego zapytania, czy potrzebuję pomocy.	14 (28,0%)	12 (24,0%)	0	17 (34,0%)	7 (14,0%)
Pomoc opiekuna utrudnia mi naukę nowych umiejętności (brak danych n = 1)	12 (24,5%)	14 (28,6%)	5 (10,2%)	13 (26,5%)	5 (10,2%)
Mam możliwość samodzielnego podejmowania decyzji w sytuacjach, w których opiekun chce mi pomóc. *	1 (2,0%)	9 (18,0%)	3 (6,0%)	19 (38,0%)	18 (36,0%)
Uważam, że poziom pomocy udzielanej mi przez opiekuna jest adekwatny do moich potrzeb. *	0	8 (16,0%)	3 (6,0%)	16 (32,0%)	23 (46,0%)

Źródło: opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi wskazuje, że znaczna część badanych doświadcza dyskomfortu związanego ze sposobem udzielania pomocy przez opiekuna. Aż 76% respondentów przyznaje, że czuje się nieswojo, gdy pomoc jest udzielana bez wcześniejszej konsultacji. Podobnie 56% badanych uważa, że opiekun często zakłada ich niezdolność do wykonania określonych czynności. Jednocześnie odpowiedzi dotyczące wpływu pomocy na poczucie własnej wartości są bardziej zróżnicowane – 48% badanych deklaruje, że wsparcie zwiększa ich pewność siebie, jednak 42% ma przeciwnie odczucia. W zakresie relacyjnego aspektu opieki 44% respondentów czuje się traktowanych bardziej jako osoby zależne niż partnerzy, przy czym podobny odsetek (46%) nie podziela tego przekonania. Ponad połowa badanych (60%) wskazuje, że pomoc opiekuna wiąże się z poczuciem kontroli. Z kolei w przypadku postrzegania pomocy jako narzuconej odpowiedzi są bardziej podzielone – 38% badanych zgadza się z tym stwierdzeniem, podczas gdy 58% jest odmiennego zdania.

Wyniki sugerują, że choć pomoc opiekuna bywa odbierana jako wspierająca, w wielu przypadkach towarzyszy jej poczucie braku autonomii, kontroli oraz niedostatecznego uwzględniania zdania osoby wspieranej (tabela 3).

Wyniki przedstawione w tabeli 4 wskazują, że postawa opiekunów wobec autonomii podopiecznych jest generalnie oceniana pozytywnie. Ponad połowa badanych (52%) dostrzega gotowość opiekuna do zmiany podejścia w odpowiedzi na zgłaszane potrzeby, choć 36% respondentów nie podziela tej opinii. Najwyżej oceniono dostosowanie pomocy do aktualnych możliwości – aż 86% badanych potwierdza, że opiekun adekwatnie dopasowuje wsparcie. Równie wysoki odsetek (84%) wskazuje, że opiekun konsultuje się z podopiecznym przed podjęciem działań w jego imieniu. Większość respondentów (78%) deklaruje także możliwość otwartej rozmowy o poziomie potrzebnej pomocy. 50% badanych osób zgadza się, że ma możliwość podejmowania ryzyka, natomiast 40% jest przeciwnego zdania. W przypadku rozumienia potrzeb w zakresie niezależności 56% respondentów ocenia postawę opiekuna pozytywnie, przy 32% ocen negatywnych.

Uzyskane wyniki sugerują, że opiekunowie w dużej mierze respektują autonomię podopiecznych i opierają swoje działania na komunikacji, jednak nie wszystkie aspekty wspierania niezależności – szczególnie związane z podejmowaniem ryzyka – są realizowane w równym stopniu

Tabela 3. Reakcja na wsparcie w opinii badanych osób [n (%)]

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Ani się nie zgadzam ani nie zgadzam	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam
Czuję się nieswojo, gdy opiekun po- maga mi bez wcze- śniejszej konsultacji.	3(6%)	5(10%)	4(8%)	20(40%)	18(36%)
Uważam, że opie- kun często zakłada, że nie jestem w sta- nie czegoś zrobić.	8(16%)	11(22%)	3(6%)	15(30%)	13(26%)
Pomoc opiekuna sprawia, że czuję się bardziej pewny/a siebie. *	6(12%)	15(30%)	5(10%)	13(26%)	11(22%)
Często czuję, że je- stem traktowany/a bardziej jak osoba zależna niż partner w relacji.	5(10%)	18(36%)	5(10%)	19(38%)	3(6%)
Pomoc opiekuna sprawia, że czuję się kontrolowany/a.	7(14%)	11(22%)	2(4%)	17(34%)	13(26%)
Często mam poczu- cie, że pomoc opie- kuna jest bardziej narzucona niż ofe- rowana.	14(28%)	15(34%)	2(4%)	14(28%)	5(10%)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Postawa opiekuna w opinii badanych osób [n (%)]

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Ani się nie zgadzam ani nie zgadzam	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam
Opiekun wykazuje chęć zmiany podej- ścia, gdy wyrażam swoje potrzeby do- tyczące samodziel- ności. *	0	18(36%)	6(12%)	13(26%)	13(26%)
Opiekun dostoso- wuje swoją pomoc do moich aktual- nych możliwości. *	0	6(12%)	1(2%)	22(44%)	21(42%)
Opiekun pozwala mi na podejmowa- nie ryzyka w grani- cach moich możli- wości. *	4(8%)	16(32%)	5(10%)	14(28%)	11(22%)
Opiekun rozumie moje potrzeby w zakresie niezależno- ści. *	3(6%)	13(26%)	6(12%)	20(40%)	8(16%)
Opiekun konsultuje się ze mną, zanim podejmie działania w moim imieniu. *	0	5(10%)	3(6%)	21(42%)	21(42%)
Czuję, że mogę otwarcie rozmawiać z opiekunem o poziomie pomocy, której potrzebuję. *	0	8(16%)	3(6%)	21(42%)	18(36%)

Źródło: opracowanie własne.

Weryfikacja hipotez

H1: Sposób udzielania pomocy przez opiekuna różnicuje poziom odczuwanej samodzielności osób z niepełnosprawnością ruchową. W wyniku analizy danych wykazano, że sposób działania opiekuna istotnie różnicuje subiektywny poziom samodzielności badanych. Wraz z większym stopniem dostosowania pomocy do możliwości osoby wspieranej (np. zachęcanie do samodzielnego wykonania czynności, konsultowanie decyzji) wzrastała ocena poziomu samodzielności, szczególnie w obszarze funkcji poznawczych i decyzyjnych. W przypadku bardziej „wyręczającego” stylu działania (wykonywanie za osobę czynności możliwych do wykonania samodzielnie, podejmowanie decyzji „za zamiast u”), osoby częściej zgadzały się z twierdzeniami wskazującymi na ograniczanie niezależności oraz wyrażały silniejsze poczucie zależności i utraty kontroli nad własnym życiem. W związku z tym hipoteza H1 jest potwierdzona – sposób udzielania pomocy przez opiekuna jest istotnym determinantem odczuwanej samodzielności osób z niepełnosprawnością ruchową.

H2: Osoby deklarujące wyższą potrzebę wsparcia mają bardziej zróżnicowane oceny adekwatności otrzymywanej pomocy (zarówno jako niewystarczającej, jak i nadmiernej). Hipoteza nie została potwierdzona. W grupie osób z wyższą subiektywną potrzebą wsparcia (oceniających je jako „duże” lub „bardzo duże”) większość badanych oceniła poziom otrzymywanej pomocy jako wystarczający lub nawet nadmierny, przy jednoczesnym pozytywnym nastawieniu do relacji z opiekunem. W tej grupie bardzo rzadko występują opinie, w których pomoc opiekuna jest jednoznacznie określana jako „niewystarczająca”; zatem nie obserwuje się istotnie wyższego poziomu zróżnicowania ocen w porównaniu do grup osób z niższą potrzebą wsparcia. W związku z tym hipotezę H2 odrzucamy – wyższa potrzeba wsparcia nie wiąże się z wyraźnym wzrostem zróżnicowania negatywnych i pozytywnych ocen pomocy.

H3: Wyższy poziom postrzeganej ingerencji opiekuna wiąże się z niższym poczuciem autonomii osoby badanej. Analiza odpowiedzi na pozycje podskali „Interferencja autonomii” wskazuje, że osoby, które wyraźnie zgadzały się z twierdzeniami o nadmiernym wyręczaniu, braku konsultacji decyzji oraz ograniczaniu możliwości samodzielnego działania, częściej zgadzały się także z pozycjami wskazującymi na obniżone poczucie kontroli, pewności siebie oraz

doświadczenie dyskomfortu w relacji z opiekunem. W praktyce przejawia się to w wyższych wynikach w kategoriach „Raczej się zgadzam” i „Zdecydowanie się zgadzam” w obszarze negatywnych reakcji na wsparcie oraz niższych w obszarze pozytywnych reakcji (np. zwiększenie pewności siebie, poczucie partnerstwa). W związku z tym hipoteza H3 jest potwierdzona – wyższy poziom postrzeganej ingerencji opiekuna wiąże się z wyraźnie niższym poczuciem autonomii.

H4: Osoby o wyższej potrzebie wsparcia rzadziej interpretują działania opiekuna jako nadmiernie ingerujące. W wyniku analizy zauważono, że osoby z wyższą subiektywną potrzebą wsparcia częściej zgadzały się z pozycjami wskazującymi na adekwatny poziom pomocy oraz na pozytywne reakcje na wsparcie, przy jednoczesnym niższym zgodzie z twierdzeniami o nadmiernej ingerencji. W tej grupie dominuje wzorzec, w którym szeroki zakres wsparcia jest akceptowany jako naturalny i konieczny, a działania opiekuna rzadziej są oceniane jako „zbyt intruzje”. W związku z tym hipoteza H4 jest potwierdzona – osoby o wyższej potrzebie wsparcia rzadziej postrzegają działania opiekuna jako nadmiernie ingerujące, a częściej traktują je jako adekwatne lub nawet pozytywne.

H5: Osoby o niższej potrzebie wsparcia częściej doświadczają dyskomfortu związanego z pomocą opiekuna. W grupie osób o niższej potrzebie wsparcia („niewielkie” lub „umiarkowane”) częściej obserwowano zgodę z twierdzeniami dotyczącymi niepoczucia się komfortowo, gdy opiekun pomaga bez wcześniejszej konsultacji, oraz z wyrażeniami wskazującymi na poczucie, że pomoc jest bardziej narzucona niż oferowana. W tej samej grupie częściej zgadzano się z pozycjami, w których opiekun „zakłada, że osoba nie jest w stanie czegoś zrobić” oraz „czuć się traktowaną bardziej jako osoba zależna niż partner w relacji”. W praktyce oznacza to, że osoby funkcjonujące na wyższym poziomie samodzielności częściej sygnalizują dyskomfort wobec nadmiernie „opiekuńczej” postawy opiekuna. W związku z tym hipoteza H5 jest potwierdzona – osoby o niższej potrzebie wsparcia częściej zgłaszają dyskomfort związany z pomocą opiekuna.

Ograniczenia badania

Badanie posiada kilka istotnych ograniczeń, które należy uwzględnić przy interpretacji wyników. Po pierwsze, wykorzystany kwestionariusz jest narzędziem autorskim i dotychczas nie były sprawdzane jego właściwości psychometryczne. Po drugie, badana grupa była niewielka ($N = 50$), wyraźnie sfeminizowana (85,7% kobiet) oraz skoncentrowana w dużych miastach. Po trzecie, ograniczeniem jest traktowanie wieku jako zmiennej kategorycznej, a nie ciągłej. Ostatnim, ale i najistotniejszym ograniczeniem jest fakt, że analiza wyników miała charakter wyłącznie opisowy (liczebności i procenty), co z kolei uniemożliwia weryfikację statystycznej istotności obserwowanych zjawisk, a tym samym ogranicza to możliwość generalizacji wyników. Pomimo wyartykułowanych ograniczeń, badanie dostarcza informacji na temat charakteru i jakości wsparcia w relacji opiekun–osoba wspierana oraz może stanowić podstawę do dalszych badań.

Bibliografia

- Borkowska-Frołowicz A. (2025), *Niepełnosprawność ruchowa. Jakie są jej przyczyny oraz rodzaje?*, <https://www.razemwopiece.pl/post/niepelnosprawnosc-ruchowa-przyczyny> [dostęp: 17.04.2026].
- Bugajska J., Pawłowska-Cyprysiak K., Kamińska J., Skupień A., Hadław A., Żmuda Ł., Sokołowski M., Pora H., Spychała E., Spała A. (2019), *Wypracowanie i upowszechnianie, we współpracy z partnerami społecznymi, modelu wsparcia osób niepełnosprawnych w środowisku pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa.
- Faber Centrum Kształcenia w Krakowie (2023), *Czym zajmuje się asystent osoby niepełnosprawnej?*, <https://faber.edu.pl/czym-zajmuje-sie-asystent-osoby-niepelnospprawnej> [dostęp: 17.04.2026].
- Główny Urząd Statystyczny, (2025), *Osoby niepełnosprawne w 2024 roku*, GUS, Warszawa.
- Keyes S.E., Webber S.H., Beveridge K. (2015), *Wzmocnienie poprzez opiekę: wykorzystanie dialogu między społecznym modelem niepełnosprawności a etyką opieki w celu ponownego wyznaczenia granic niezależności i partnerstwa między osobami niepełnosprawnymi a usługami*, „Alter: European Journal of Disability Research”, nr 9(3), s. 236-248. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2015.05.002>.
- Kijiru J.M., Karuguti W.M., Kingau N. i in. (2026), *Met and unmet assistive technology needs, participation restrictions and quality of life of spinal cord injury survivors: systematic review*, „Bulletin of the Faculty of Physical Therapy”, nr 31(2), <https://doi.org/10.1186/s43161-025-00335-6>.

- Król K.M. (2017), *Aktywna rehabilitacja formą wsparcia w procesie aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, nr 60, s. 69-86, <https://doi.org/10.18778/0208-600X.60.06>.
- Matiuszhyna Y., Bazarnik K., Zych P. (2025), *Niepełnosprawność ruchowa u seniorów – wyzwania i rozwiązania w codziennym funkcjonowaniu*, „Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej”, nr 18, s. 102-114, <https://doi.org/10.24917/znp.2025.18.09>.
- Mohamad N.B.Z., Tan G.Y.Q., Asano M. (2026), *Experiences of caring for adults with acquired physical disabilities: a qualitative study*, „Journal of Long-term Care”, nr 0, s. 31-46, <https://doi.org/10.31389/jltc.373>.
- Muzyczka K. (2017), *Ograniczenie skutków braku możliwości poprzez likwidację barier architektonicznych*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, nr 2(23), s. 197-210.
- Narayanan K., Edward S., Prasanth K. (2025), *Physical disability and its global impact on quality of life, activities of daily living, and sleep quality: a narrative review*, „Cureus”, nr 17(10), <https://doi.org/10.7759/cureus.95594>.
- Pawłowska-Cypriak K. (2011). *Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową*, „Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka”, 10, s. 6-8.
- Sampaio M.A., Bellezi Guilhem D. (2022), *Care relationships and the autonomy of people with physical disabilities*, „Bioethics”, nr 36(5), s. 525-534, <https://doi.org/10.1111/bioe.13026>.
- Szulc P. (2021), *Bariery w życiu codziennym i ich wpływ na jakość życia osób z niepełnosprawnościami*, „Przegląd Krytyczny”, 3(2), s. 51-64, <https://doi.org/10.14746/pk.2021.3.2.3>.
- Ścisło L., Puto G., Ptak A., Walewska E., Czupryna A. (2014), *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Hygeia Public Health”, nr 49(3), s. 596-601.
- van Dam K., Gielissen M., Bles R., van der Poel A., Boon B. (2024), *Wpływ technologii wspomagających życie na postrzeganą niezależność osób z niepełnosprawnością fizyczną w wykonywaniu codziennych czynności: systematyczny przegląd literatury*, „Disability and Rehabilitation: Assistive Technology”, nr 19(4), s. 1262-1271, <https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2162614>.
- Wilczyńska-Zgrzebna M. (2025), *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością — charakterystyka zawodu i jego rola we wsparciu beneficjentów oraz ich rodzin*, „Niepełnosprawność”, (53), s. 108-126, <https://doi.org/10.26881/ndps.2025.53.07>.