

# Grzegorz Brzuzy

---

## Uszkodzenie wzroku a poczucie jakości życia

---

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.  
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 3, 137-150

---

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## Uszkodzenie wzroku a poczucie jakości życia

### 1. Niepełnosprawność wzroku jako potencjalne źródło obniżenia się jakości życia

Problematyka jakości życia staje się coraz bardziej popularna we wszystkich naukach o człowieku. Badacze starają się wyjaśniać, co tak naprawdę i w jakim stopniu wpływa na poziom jakości życia. Jak wskazują wyniki dotychczas przeprowadzonych badań na poziom jakości życia wpływa duża liczba czynników. Jednym z nich jest właśnie niepełnosprawność, na temat której w ostatnich latach powstało wiele opracowań.

W Polsce i na świecie coraz częściej podejmowane są badania nad jakością życia osób chorych i niepełnosprawnych (Ostrzyżek, 2002, Mayou, Bryant, 1987; Palak, Lewicka, Bujnowska, 2006). Badania te zmierzają do wyjaśnienia w jakim stopniu dysfunkcje organizmu, ich rodzaj i wielkość wpływają na poziom jakości życia. Poza tym badacze starają się określać jakie inne czynniki wpływają na poziom jakości życia osób chorych i niepełnosprawnych (Fox, Kilvert, 2003). Dzięki tym badaniom można organizować proces rehabilitacji w taki sposób, aby osoby niepełnosprawne w jak najmniejszym stopniu odczuwały trudności życiowe. Należy zaznaczyć, iż badania nad jakością życia nie są prowadzone z równą intensywnością w odniesieniu do różnych niepełnosprawnych. Stosunkowo mała liczba badań dotyczy osób z dysfunkcją wzroku. A przecież w przypadku osób z uszkodzonym wzrokiem istnieje wiele czynników wpływających negatywnie na poziom ich jakości życia. Po pierwsze z punktu widzenia biologicznego ludzie ci zostali gorzej wyposażeni w możliwość dostosowania się do istniejących warunków życia. Osoby, które nie widzą bardzo często już od urodzenia muszą zmagać się z licznymi przeciwnościami losu, a co się z tym wiąże mają oni znacznie mniejsze szanse osiągnięcia w życiu sukcesu, a niżeli ich „zdrowi” rówieśnicy.

Po drugie istotny jest stan psychiczny osób z uszkodzonym wzrokiem. Podstawowym problemem psychicznym jest fakt, że osoby tracące wzrok nie chcą pogodzić się ze swoim kalectwem, ze swoją niepełnosprawnością, nie chcą zaak-

ceptować istniejącego stanu rzeczy. W takiej sytuacji jeżeli osoba, która straciła zdolność prawidłowego widzenia nie dokona przewartościowań w swoim życiu, bądź nie znajdzie oparcia w drugim człowieku, to w konsekwencji może to spowodować depresję i negatywny stosunek do własnego życia (Casten, Rovner, 2008). Często również uszkodzenie wzroku prowadzi do niesamodzielności i skazuje osoby chore na opiekę i pomoc innych osób, od których w tym momencie tak naprawdę zależy poziom życia chorego. Jednocześnie osoba niepełnosprawna ma świadomość własnego uzależnienia się od innych osób, co w sposób negatywny wpływa na jej samopoczucie i poczucie własnej wartości.

Po trzecie osoby z uszkodzonym narządem wzroku narażone są również na doświadczanie nieprzyjemnych i traumatycznych przeżyć związanych z procesami leczenia i rehabilitacji. Długotrwałe przebywanie w ośrodkach leczniczych, odizolowanie od przyjaciół, doświadczany ból, oraz nie zawsze zgodny z oczekiwaniami pacjenta przebieg oraz skutki rehabilitacji mogą mieć negatywny wpływ na poczucie jakości życia takiej osoby (Oleś, 2002).

Po czwarte nie bez znaczenia pozostaje problem niepełnosprawności wzroku w odniesieniu do oddziaływań społecznych. Osoby niewidome często doświadczają marginalizacji społecznej. Wynika ona z negatywnych i stereotypowych postaw społecznych. Zetknięcie się z niechęcią zdrowej części społeczeństwa prowadzi do samotności i alienacji, taki stan oczywiście może obniżyć jakość życia. Tego typu postawy nieufności i braku akceptacji wynikają zazwyczaj z niewiedzy, nieumiejętności zachowania się wobec osoby niepełnosprawnej, a także chęci dowartościowania swojej osoby kosztem innych (Bielawska, 2004). Ujawnianie tego typu zachowań jest wtórnym utrudnianiem życia osobom z uszkodzonym wzrokiem, a w efekcie bardzo często prowadzi do odizolowania się osób niewidomych i niedowidzących, zamknięcia się w sobie, niechęci wobec „zdrowej” części społeczeństwa, a co się z tym wiąże prowadzi do samotności i poczucia, że jest się niepotrzebnym, że jest się gorszym. Samotność może odnosić się zarówno do ograniczonych kontaktów towarzyskich, jak i do stosunków partnerskich. Faktem bowiem jest iż inwalidzi wzroku rzadziej zakładają rodziny, decydują się na dzieci, a co za tym idzie częściej są niezadowoleni z własnego życia.

Po piąte należy wspomnieć, iż położenie życiowe osób z uszkodzonym wzrokiem jest trudniejsze ekonomicznie (Majewski 1983; Steuden, 2002; Sękowski, 20001). Osoby te mają większe trudności ze znalezieniem pracy, ich zarobki są niewielkie, a przyznawane renty nie zapewniają minimum socjalnego. Brak pracy może powodować subiektywne poczucie niewykorzystania posiadanych zdolności, a także może być źródłem spostrzegania siebie jako osoby bezwartościowej. Jednocześnie niski status materialny często powoduje poczucie beznadziejności i całkowitą rezygnację zyciową (Ossowski, 1996).

Dotychczasowa analiza prowadzi do jednoznacznego wniosku, że całkowity lub częściowy brak wzroku powoduje że położenie życiowe tych osób jest zdecydowanie gorsze w porównaniu do osób pełnosprawnych. Można więc po-

wiedzieć, że natrafiają oni na znacznie więcej trudności życiowych, które mogą radykalnie obniżyć poziom jakości życia. Jednocześnie trzeba powiedzieć, że istnieje wiele czynników, działań które mogą korzystnie wpływać na życie osób z uszkodzonym wzrokiem.

Po pierwsze życzliwy stosunek osób najbliższych, brak okazywania współczucia przy adekwatnym do sytuacji wsparciu społecznym może chronić przed radykalnym obniżeniem zadowolenia z własnego życia, a także może ograniczać trudności związane z realizacją podstawowych potrzeb (Steuden, Oleś, 2005).

Po drugie istotną rolę odgrywa proces rehabilitacji inwalidów wzroku (Majewski, 1983; S. Steuden, P. Oleś, 2005). Odpowiednio przygotowany proces rehabilitacji do możliwości i stopnia uszkodzenia wzroku danej osoby umożliwia w pełni samodzielne i niezależne od innych życie. Poprzez naukę wykonywania czynności codziennych, naukę samodzielnego poruszania się, naukę pisma punktowego, oraz dzięki pomocy specjalistycznych urządzeń optyczno-elektronicznych ułatwiających zarówno zdobywanie informacji, komunikowanie się z innymi, a także poruszanie się osoby niewidome i słabo widzące mają większe szanse na osiągnięcie sukcesu.

Po trzecie osoby niewidome i niedowidzące starają się pomóc sobie nawzajem tworząc wszelkiego rodzaju grupy wsparcia (Steuden, Oleś, 2005). Działania te mają na celu uświadomienie osobą niewidomym i słabo widzącym, iż mimo kalectwa można normalnie żyć i realizować własne marzenia. Wspólna wymiana doświadczeń motywuje osoby niewidome do dalszego życia, aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, czerpania radości z życia i przełamywania stereotypów na temat osób niewidomych.

Po czwarte pomoc wszelkiego rodzaju organizacji i instytucji działających na rzecz osób niewidomych i niedowidzących. Można tu między innymi wspomnieć o Polskim Związku Niewidomych – największej w Polsce organizacji działającej na rzecz osób z uszkodzonym wzrokiem (Ossowski 2001). Podstawowym zadaniem PZN jest szeroko rozumiana pomoc w procesie rehabilitacji i integracji osób z uszkodzonym wzrokiem. Realizacja tych zadań odbywa się między innymi poprzez prowadzenie Ośrodków Rehabilitacji i Szkolenia osób niewidomych i słabo widzących, w których prowadzone są zajęcia z zakresu orientacji przestrzennej, posługiwania się pismem punktowym, oraz nauki wykonywania codziennych czynności samoobsługowych. PZN prowadzi także Ośrodki Szkolno-Wychowawcze w których dzieci i młodzież niewidoma i słabo widząca może zdobywać wykształcenie. Uczące się osoby wspierane są także przez wydawane przez PZN książki i podręczniki w powiększonym druku dla osób niedowidzących i w alfabecie Braille'a dla osób niewidomych. Prowadzone są także biblioteki i studia nagrań książki mówionej, czyli książki nagranej na taśmie magnetofonowej lub innych nośnikach informacji. Wszystkie wydawane przez PZN pozycje stanowią dużą pomoc dla osób niewidomych i słabo widzących, dzięki którym mogą oni zdobywać wiedzę i wykształcenie (Kuczyńska-Kwapisz,

Kwapisz, 1996). Pod egidą PZN prowadzone są także warsztaty terapii zajęciowej, na których uczestnicy mogą nauczyć się wielu praktycznych rzeczy, a przy okazji miło i przyjemnie spędzić czas w gronie przyjaciół i znajomych.

Pytanie jakie należy sformułować jest następujące czy czynniki wspierające funkcjonowanie osób z uszkodzonym wzrokiem są w stanie zrekompensować działanie tych czynników, które w tej pracy uznałem za źródło obniżenia się jakości życia. Pytanie to uznałem jako główny problem, który chciałbym zbadać w swojej pracy. Wcześniej jednak chciałbym w miarę precyzyjnie określić pojęcie jakości życia i pojęcia pokrewne.

## 2. Pojęcie jakości życia i pojęcia pokrewne

Pojęcie jakości życia jest wieloznaczne i jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych (Goździewicz, 2005; Sadowska, 2006). „Multimedialna Nowa encyklopedia powszechna” (1999) definiuje jakość życia jako stopień zaspokojenia wszelkich potrzeb materialnych i niematerialnych jednostek, rodzin i zbiorowości. Ta encyklopedyczna definicja nie jest jednak w stanie oddać całej różnorodności koncepcji teoretycznych i sposobów pojmowania jakości życia. Przykładowo w ekonomii jakość życia próbuje się oceniać, za pomocą globalnego wskaźnika poziomu bytowego jednostki lub grupy społecznej, określonego sumą wskaźników cząstkowych odnoszących się do podstawowych sfer życia (Kowalik, 1993; Oleś, 2002). W socjologii pojęcie jakości życia odnosi się do poziomu konsumpcji dóbr materialnych albo spostrzeganego przez jednostkę lub grupę poziomu życia (Oleś, 2002). W medycynie zwraca się uwagę na funkcjonalną sprawność ludzi. Przyjmuje się że możliwości samodzielnego funkcjonowania w życiu i realizowanie posiadanych szans rozwojowych to istota jakości życia (Majkowicz, Nowicki, Samet, Żelazny, 2004). Natomiast w psychologii jakość życia sprowadzana jest bądź do percepcji ocen różnych wymiarów własnego życia albo do przeżyć emocjonalnych (dobrostan). Ogólnie można powiedzieć, że jakość życia w naukach społecznych daje się określić na podstawie wskaźników obiektywnych – jako suma korzystnych warunków życiowych i subiektywnych – jako zbiór przekonań, ocen i odczuć związanych z własnym życiem (Zalewska, 2003).

Warto wspomnieć, iż w nauce są pojęcia zbliżone do jakości życia takie jak szczęście, dobrostan, satysfakcja i zadowolenie (Derbis, 2000). Niemniej coraz wyraźniej dominuje tu pojęcie jakości życia. Popularność tego pojęcia spowodowane jest przede wszystkim pracami A. Campbell'a, który w latach 70-tych opracował dość prostą technikę pomiarową zadowolenia z życia i przy jej pomocy przeprowadził systematyczne badania na mieszkańcach USA (Kowalik, 1995; 2000; Straś-Romanowska, 2004). Wyniki tych badań łatwo mogły być

wykorzystane przez polityków i urzędników w doskonaleniu życia w Stanach Zjednoczonych.

W mojej pracy w największym stopniu będę nawiązywał do Campbellowskiego rozumienia jakości życia, tak więc traktuje tutaj jakość życia jako globalne zadowolenie z podstawowych dziedzin życia. Ocena tego zadowolenia jest rezultatem sumy ocen takich sfer jak (rodzina, małżeństwo, dzieci, miejsce zamieszkania, itd.). Po określeniu rozumienia jakości życia w tej pracy mogę już szczegółowo określić swój problem badawczy.

### 3. Problematyka badań

W nawiązaniu do wcześniejszych analiz można stwierdzić, iż **uszkodzenie wzroku powinno obniżyć ocenę jakości życia w jej różnych aspektach. Tym samym powinno obniżyć globalną ocenę jakości życia. W związku z tym pierwsze pytanie badawcze, które postawiłem brzmiało:**

- Czy istnieje różnica między jakością życia osób widzących normalnie i osób z uszkodzeniem wzroku?

Poza tym uznałem, iż poza samym uszkodzeniem wzroku istotny wpływ na obniżenie jakości życia może mieć także stopień uszkodzenia wzroku. Dlatego też interesowała mnie odpowiedź na następujące pytania badawcze:

- Czy istnieje różnica w ocenie jakości życia niewidomych i niedowidzących?
- Czy istnieje różnica w ocenie jakości życia osób niedowidzących i widzących normalnie?

W dalszej części niniejszego opracowania przedstawię metodę badawczą jaką zastosowałem w celu zweryfikowania postawionych pytań badawczych.

## 4. Metoda badawcza

### 4.1. Charakterystyka narzędzi badawczych

W celu zebrania informacji, które pozwoliły by odpowiedzieć na postawione powyżej pytania badawcze, zastosowałem „Skalę Poczucia Jakości Życia” Campbella a w opracowaniu prof. Stanisława Kowalika. Skala składa się z 15 dziedzin (sfer) życia oraz skali ocen umożliwiających oszacowanie stopnia zadowolenia z każdej z nich. Badane osoby proszone są o określenie własnego stopnia zadowolenia w każdej z 15 dziedzin życia poprzez oznaczenie odpowiedniej cyfry. Każda z cyfr oznacza: 1 – jestem bardzo niezadowolony; 2 – jestem raczej niezadowolony; 3 – trudno powiedzieć; 4 – jestem raczej zadowolony; 5 – jestem bardzo zadowolony. Wynik ogólny stanowi średnia liczba punktów uzyskanych

ze wszystkich dziedzin życia. Ponadto oceny uzyskane w poszczególnych sferach życia umożliwiają dokonanie analizy parcjalnych wskaźników jakości życia.

## 4.2. Charakterystyka osób badanych

Badania przeprowadziłem w trzech miastach: Toruniu, Warszawie i Bydgoszczy. Ogółem badania objęły 70 osób. Wśród nich 30 osób niewidomych, 20 osób słabo widzących i 20 osób pełnosprawnych (widzących normalnie). Wszystkie osoby badane były osobami pełnoletnimi.

Pośród wszystkich osób badanych średnia wieku wyniosła 36,3 lat. Średnia wieku dla osób niewidomych wyniosła 36,9 lat, dla osób słabo widzących 36,5 lat, a dla osób widzących normalnie 36 lat.

Wśród badanych grup odpowiednio 50% stanowiły kobiety i 50% stanowili mężczyźni. Poza tym badane grupy nie różniły się pod względem wykształcenia oraz innych cech społeczno-demograficznych. Można więc powiedzieć, że badane grupy różniły się istotnie tylko w zakresie stanu wzroku.

## 5. Wyniki badań

### 5.1. Poczucie jakości życia osób z uszkodzonym wzrokiem i osób widzących normalnie.

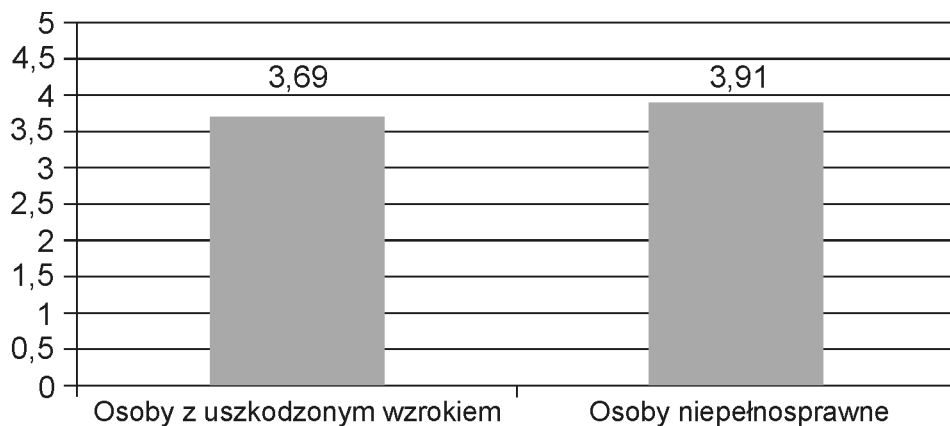
W badaniach poddano analizie ogólne oceny jakości życia oraz oceny częściowe osiągnięte w wybranych 15 dziedzinach (sferach) życia.

Przeprowadzone badania wykazały iż średni poziom jakości życia osób z uszkodzonym wzrokiem wyniósł 3,69 punktu, natomiast średni poziom poczucia jakości życia osób widzących normalnie 3,91 punktu (Ryc. 1.). Z powyższych danych wynika iż osoby z uszkodzonym wzrokiem uzyskały niższy poziom jakości życia a niżeli osoby pełnosprawne. Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych różnic między badanymi grupami ( $p = 0,069$ ).

Uzyskane wyniki umożliwiają także analizę częściowych wskaźników jakości życia, które prezentuje Tabela 1.

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotne zróżnicowanie między badanymi grupami ( $p < 0,05$ ) w zakresie oceny zdrowia, osiągnięć życiowych, zarobków i standardu mieszkania. We wszystkich tych przypadkach osoby pełnosprawne uzyskały istotnie wyższe wyniki a niżeli osoby niewidome.

Analizując zawarte w Tabeli 1 wyniki warto zwrócić uwagę, iż najwyższy wynik osoby z uszkodzonym wzrokiem uzyskały w ocenie zadowolenia z dzieci (4,33 punktu), z miejsca zamieszkania, oraz przyjaciół i znajomych (odpowiednio 4,22 i 4,14 punktu). Natomiast najgorsze wyniki dotyczą oszczędności (2,5 punktu), oraz zarobków (2,98 punktu).

**Ryc. 1. Jakość życia osób z uszkodzonym wzrokiem i osób pełnosprawnych****Tabela 1. Parcjalne wskaźniki jakości życia osób z uszkodzonym wzrokiem i osób pełnosprawnych**

	Osoby z uszkodzonym wzrokiem	Osoby pełnosprawne	Różnica
Rodzina	4,02	4,1	-0,08
Małżeństwo	4,00	4,1	-0,1
Dzieci	4,33	4,55	-0,22
Zdrowie	3,56	4,15	-0,59*
Wykształcenie	3,62	3,65	-0,03
Czas wolny	3,86	3,7	0,16
Osiągnięcia życiowe	3,54	4,05	-0,51*
Zarobki	2,98	3,8	-0,82*
Praca/Szkoła	3,74	4,00	-0,26
Oszczędności	2,50	2,8	-0,3
Standard mieszkania	3,58	4,15	-0,57*
Przyjaciele i znajomi	4,14	4,3	-0,16
Miejsce zamieszkania	4,22	4,25	-0,03
Kraj w którym żyje	3,82	3,65	0,17
Ja	3,92	4,05	-0,13

\* poziom istotności  $p < 0,05$



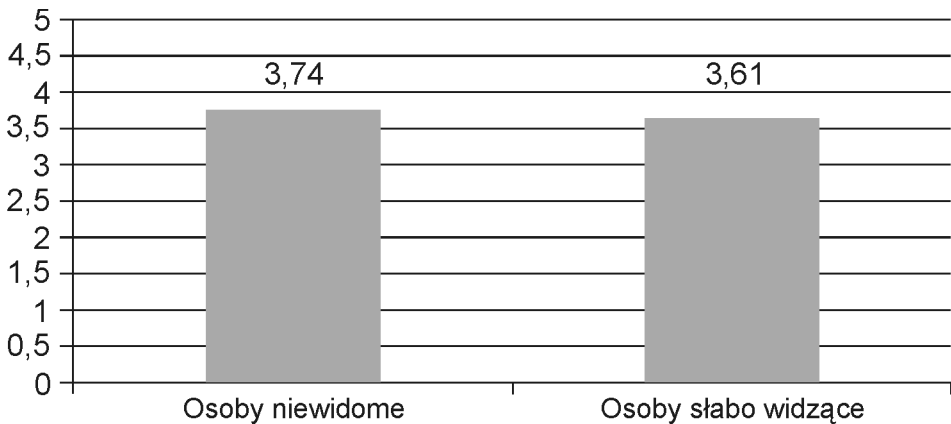
W gronie osób widzących normalnie najwyższe wyniki uzyskano w ocenie zadowolenia z dzieci (4,55 punktu), zaś najniższe podobnie jak wśród osób z uszkodzonym wzrokiem w ocenie oszczędności (2,8 punktu).

Największa różnica dotyczy wskaźnika zarobki i wynosi ona 0,82 punktu na korzyść osób pełnosprawnych. Z równie dużą różnicą mamy do czynienia w przypadku zadowolenia z zdrowia, (0,59 punktu), zadowolenia ze standardu mieszkania (0,57 punktu), oraz w ocenie osiągnięć życiowych (0,51 punktu). W pozostałych przypadkach różnice nie przekraczają 0,3 punktu.

## 5.2. Poczucie jakości życia osób niewidomych i słabo widzących

Zebrane wyniki badań uzyskane na podstawie „Skali Poczucia Jakości Życia” wykazały, iż średni poziom poczucia jakości życia osób niewidomych wyniósł 3,74 punktu, natomiast grupa osób słabo widzących uzyskała wynik na poziomie 3,61 punktu (Ryc. 2). Jak widać poziom poczucia jakości życia osób niewidomych jest wyższy a niżeli osób słabowidzących. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych różnic między badanymi grupami ( $p = 0,368$ ).

Ryc. 2. Jakość życia osób niewidomych i osób słabo widzących



Zebrane dane umożliwiły również dokonanie porównawczej analizy parcyjnych wskaźników jakości życia, które przedstawia Tabela 2.

Przeprowadzona analiza statystyczna uzyskanych wyników wykazała istotną różnicę między badanymi grupami w zakresie oceny zadowolenia ze zdrowia, standardu mieszkania oraz sfery „ja” ( $p < 0,05$ ). Uzyskane wyniki wskazują, iż osoby niewidome uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie oceny zdrowia i standardu mieszkania. Natomiast w przypadku zadowolenia ze sfery „ja” to osoby słabo widzące uzyskały istotnie wyższy wynik.

**Tabela 2. Parcjalne wskaźniki jakości życia osób niewidomych i słabo widzących**

	Osoby niewidome	Osoby słabo widzące	Różnica
Rodzina	4,13	3,85	0,28
Małżeństwo	4,16	3,81	0,35
<i>Dzieci</i>	4,46	4,125	0,335
Zdrowie	3,86	3,1	0,76*
Wykształcenie	3,46	3,85	-0,39
Czas wolny	4	3,65	0,35
Osiągnięcia życiowe	3,43	3,7	-0,27
Zarobki	3,06	2,85	0,21
Praca/Szkoła	3,86	3,55	0,31
Oszczędności	2,46	2,55	-0,09
Standard mieszkania	3,86	3,15	0,71*
Przyjaciele i znajomi	4,16	4,1	0,06
Miejsce zamieszkania	4,16	4,3	-0,14
Kraj w którym żyje	3,96	3,6	0,36
Ja	3,66	4,3	-0,64*

\* poziom istotności  $p < 0,05$

Jak wynika z Tabeli 2 najwyższy wynik (4,46 punktu) osoby niewidome uzyskały w ocenie zadowolenia z dzieci, natomiast osoby słabowidzące najwyżej oceniły swoje zadowolenie z miejsca zamieszkania i sfery „ja” (4,3 punktu). Za najmniej zadawalające obie grupy oceniły oszczędności, gdzie odpowiednio osoby niewidome uzyskały 2,46 punktu, natomiast osoby słabo widzące 2,55 punktu.

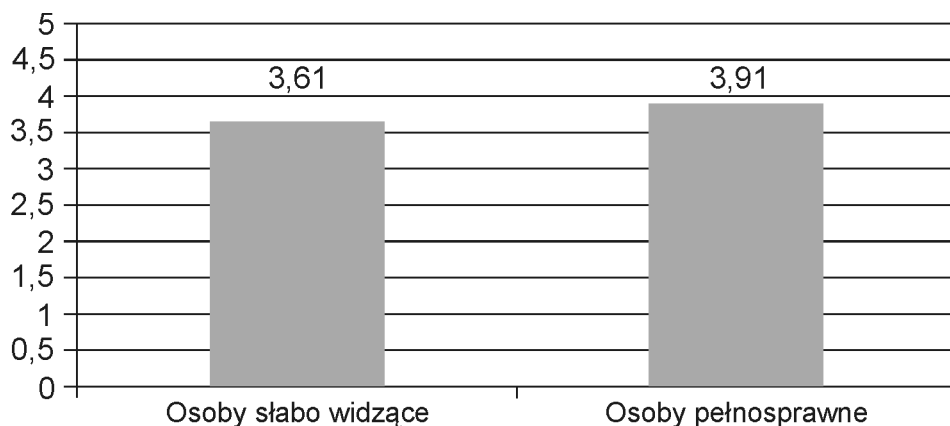
Największa rozbieżność dotyczy zadowolenia ze zdrowia (0,76 punktu), oraz standardu mieszkania (0,71 punktu). W obu przypadkach osoby niewidome uzyskały istotnie wyższe wyniki, a niżeli osoby słabo widzące. Z odmienną sytuacją mamy do czynienia jeśli chodzi o zadowolenie ze sfery „ja” gdzie różnica wyniosła 0,64 punktu na korzyść osób słabo widzących. Nieco mniejsze różnice dzielą obie badane grupy w ocenie zadowolenia z wykształcenia (0,39 punktu), kraju w którym żyje (0,36 punktu), małżeństwa (0,35 punktu), czasu wolnego (0,35 punktu), dzieci (0,335 punktu), oraz pracy/szkoły (0,31

punktu). W pozostałych przypadkach różnice między badanymi grupami nie przekraczają 0,3 punktu.

### 5.3. Poczucie jakości życia osób słabowidzących i osób widzących normalnie

Celem niniejszych badań było również porównanie poziomu poczucia jakości życia osób słabowidzących i widzących normalnie. Przeprowadzone badania wykazały, iż średni poziom jakości życia osób słabo widzących wyniósł 3,61 punktu, zaś osoby pełnosprawne uzyskały wynik na poziomie 3,91 punktu (Ryc. 3). Jak widać osoby pełnosprawne uzyskały wyższy wynik poczucia jakości życia, a niżeli

**Ryc. 3. Jakość życia osób słabo widzących i osób pełnosprawnych**



osoby słabowidzące. Potwierdza to przeprowadzona analiza statystyczna w której potwierdzono, iż osoby pełnosprawne uzyskały istotnie wyższy poziom jakości życia a niżeli osoby słabo widzące ( $p = 0,036$ ).

Ponadto przeprowadzone badania umożliwiły określenie parcjalnych wskaźników jakości życia osób słabowidzących oraz osób pełnosprawnych (widzących normalnie). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 3.

Na piętnaście ogółem przedstawionych w Tabeli 3 dziedzin (sfer) życia przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, iż w przypadku ocen zadowolenia ze zdrowia, zarobków oraz standardu mieszkania osoby niedowidzące uzyskały istotnie niższe wyniki a niżeli osoby pełnosprawne ( $p < 0,05$ ).

Jak wynika z Tabeli 3 osoby słabo widzące uzyskały najwyższy poziom zadowolenia z miejsca zamieszkania, oraz sfery „ja” (po 4,3 punktu). Natomiast osoby pełnosprawne najwyższej oceniły swoje zadowolenie z dzieci (4,55 punktu), oraz przyjaciół i znajomych (4,3 punktu). Patrząc zaś na najniższe wyniki stwierdzić należy, że obie grupy zgodnie uznały oszczędności jako najmniej zadawalającą sferę życia.

**Tabela 3. Parcjalne wskaźniki jakości życia osób słabo widzących i osób pełnosprawnych**

	<b>Osoby słabo widzące</b>	<b>Osoby pełnosprawne</b>	<b>Różnica</b>
Rodzina	3,85	4,1	-0,25
Małżeństwo	3,81	4,1	-0,29
<i>Dzieci</i>	4,125	4,55	-0,425
Zdrowie	3,1	4,15	-1,05*
Wykształcenie	3,85	3,65	0,2
Czas wolny	3,65	3,7	-0,05
Osiągnięcia życiowe	3,7	4,05	-0,35
Zarobki	2,85	3,8	-0,95*
Praca/Szkoła	3,55	4	-0,45
Oszczędności	2,55	2,8	-0,25
Standard mieszkania	3,15	4,15	-1,00*
Przyjaciele i znajomi	4,1	4,3	-0,2
Miejsce zamieszkania	4,3	4,25	0,05
Kraj w którym żyje	3,6	3,65	-0,05
Ja	4,3	4,05	0,25

\* poziom istotności  $p < 0,05$

Największa różnica dzieląca obie grupy dotyczy wskaźnika zdrowie (1,05 punktu), oraz standardu mieszkania (1,00 punktu). W obu przypadkach osoby pełnosprawne uzyskały istotnie wyższe wyniki, a niżeli osoby słabo widzące. O równie dużej różnicy można mówić w przypadku zadowolenia z zarobków gdzie osoby pełnosprawne uzyskały wynik wyższy o 0,95 punktu.

Osoby pełnosprawne uzyskały również wyższy wynik w przypadku oceny zadowolenia z pracy/szkoły (0,45 punktu), dzieci (0,425 punktu) i osiągnięć życiowych (0,35 punktu). W pozostałych przypadkach nie zanotowano tak znaczących różnic między badanymi grupami.

## 6. Wnioski z badań

Przedstawione wyniki badań rysują dość optymistyczny obraz sytuacji życiowej osób z uszkodzonym wzrokiem. Wprawdzie średni wynik poziomu jakości

życia osób z uszkodzonym wzrokiem jest niższy od wyniku uzyskanego przez osoby pełnosprawne jednak analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic między badanymi grupami. Uzyskany wynik wskazywać może na dobre przystosowanie się osób z uszkodzonym wzrokiem do własnej niepełnosprawności. Jednocześnie potwierdza wcześniejsze badania w których uzyskano podobne wyniki (Oleś, Steuden, Toczolowski, 2002).

Przeprowadzone badania nie wykazały także istotnych różnic w poziomie jakości życia osób niewidomych i słabo widzących, co może wskazywać iż poziom uszkodzenia wzroku nie różnicuje zadowolenia z życia. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, iż osoby słabo widzące uzyskały istotnie niższy poziom jakości życia, a niżeli osoby pełnosprawne. Wynik ten jednoznacznie wskazuje na gorszą sytuację życiową spowodowaną obiektywnie gorszym stanem zdrowia osób słabo widzących.

Prezentowane badania umożliwiły także ocenę parcjalnych wskaźników jakości życia. Uzyskane wyniki wskazują na niższy status materialny osób z uszkodzonym wzrokiem (niższe poziomy zadowolenia z osiągnięć życiowych, zarobków i standardu mieszkania), co może wiązać się z problemami ekonomicznymi tej grupy osób. Stwierdzono jednocześnie niższy poziom zadowolenia ze zdrowia, co może być potwierdzeniem obiektywnie gorszego stanu zdrowia, oraz świadomością własnej niepełnosprawności osób z uszkodzonym wzrokiem.

Analizując uzyskane wyniki badań warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż osoby niewidome oceniły wyżej własne zadowolenie ze zdrowia, a niżeli osoby słabo widzące. Wynik ten jest o tyle interesujący, iż może wskazywać na wyższy poziom akceptacji i pogodzenia się z własną niepełnosprawnością osób niewidomych w porównaniu do osób niedowidzących. Może także wskazywać na współwystępowanie innych schorzeń w przypadku osób słabo widzących, które w dużym stopniu utrudniają ich codzienne życie.

W związku z uzyskanymi wynikami należy się zastanowić nad polepszeniem sytuacji życiowej osób z uszkodzonym wzrokiem. Począwszy od polepszenia możliwości kształcenia się osób z uszkodzonym wzrokiem, aż po stworzenie warunków zarówno do pracy i zdobywania środków materialnych umożliwiających godne życie. Spowoduje to nie tylko, iż osoby niewidome i niedowidzące będą miały lepsze wykształcenie i lepszą sytuację materialną, ale także to, iż osoby te będą w większym stopniu zadowolone z osiągniętych sukcesów.

## Bibliografia

- Bielawska I. (2004). Akceptacja niepełnosprawności a jakość życia. [w:] Patkiewicz J. (red.), *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*. Wrocław: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki.

- Casten R., Rovner B. (2008). „Depression in age-related macular degeneration”. *Journal of Visual Impairment & Blindness* vol. 102 nr 10, s. 591–599.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczanie codzienności*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Fox C., Kilvert A. (2003). „Intensive education for lifestyle change in diabetes”, *BMJ* vol 327, s. 1120–1121.
- Goździewicz A. (2005). Egzemplifikacja wykorzystania psychobiografii w badaniach nad jakością życia. [w:] Bańka A. (red.), *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Kowalik S. (1993). Psychologiczne wymiary jakości życia. [w:] Bańka A., Derbis R. (red.), *Mysł psychologiczna w Polsce odrodzonej*. Poznań-Częstochowa: UAM, WSP.
- Kowalik S. (1995). Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. [w:] Bańka A., Derbis R. (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań-Częstochowa: UAM, WSP.
- Kowalik S. (2000). Jakość życia psychicznego. [w:] Derbis R. (red.), *Jakość rozwoju, a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kuczyńska-Kwapisz J., Kwapisz J. (1996). *Rehabilitacja osób niewidomych i słabo widzących*. Warszawa: Wydawnictwo Interart.
- Majewski T. (1983). *Psychologia niewidomych i niedowidzących*. Warszawa: PWN.
- Majkovicz M., Nowicki R., Samet A., Żelazny I. (2004). Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik lekarza*, tom 9, s. 60–65.
- Mayou R., Bryant B. (1987). „Quality of life after coronary artery surgery”, *QJM*; vol. 62, s. 239–248.
- Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.) (2002). *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia, a jakość życia*. Lublin: KUL.
- Oleś P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. [w:] Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.), *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia, a jakość życia*. Lublin: KUL.
- Ossowski R. (1996), *Pedagog specjalny wobec współczesnych problemów życiowych osoby niepełnosprawnej*. [w:] Kuczyńska-Kwapisz J. (red.), *Rehabilitacja niewidomych i słabo widzących*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Ossowski R. (2001). *Pedagogika niewidomych i niedowidzących*. [w:] Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: UAM.
- Ostrzyżek A. (2002). Jakość życia: perspektywa medycyny [w:] Bernadetta Kulik T. (red.), *Rehabilitacja 2002*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości.
- Palak Z., Lewicka A., Bujnowska A. (red.) (2006) *Jakość życia, a niepełnosprawność*. Lublin: UMCS.

- Sadowska S. (2006). *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Kraków: Impuls.
- Sękowski T. (2001). *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*. Lublin: UMCS.
- Steuden S. (2002). *Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby*. [w:] Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.), *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia, a jakość życia*. Lublin: KUL.
- Steuden S., Oleś, P. (2005). *Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami widzenia*. [w:] Bańka A. (red.), *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Straś -Romanowska M. (2004). *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*. [w:] Patkiewicz J. (red.), *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*. Wrocław: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki we Wrocławiu.
- Zalewska A. (2003). *Dwa światy*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica.