WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA OSÓB Z DYSFUNKCJAMI WZROKU



Dr n med. i n. o zdr. Katarzyna Borawska
Prof. zw. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA OSÓB Z DYSFUNKCJAMI WZROKU

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA OSÓB Z DYSFUNKCJAMI WZROKU

Dr n med. i n. o zdr. Katarzyna Borawska
Prof. zw. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

Białystok 2026

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. n. o zdr. Elżbieta Grochans
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny

Prof. zw. dr hab. n. med. Teresa Kulik
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTORZY MONOGRAFII

dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Borawska
Klinika Hipertensjologii Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. zw. dr hab. n. med. Wojciech Kułak
Klinika Rehabilitacji Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ISBN – 978-83-68268-97-3
Wydanie I
Białystok 2026

Okładka opracowanie graficzne własne z wykorzystaniem zdjęcia zakupionego w https://pl.freepik.com/

Monografia powstała na bazie rozprawy doktorskiej dr n. med. i n. o zdr. Katarzyny Borawskiej
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana wyłącznie w formie online
Pełna wersja dostępna online na stronach
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz
https://www.umb.edu.pl/s,13486/Publikacje

Być może czasami najlepiej jest być niewidomym,
wtedy widzi się rzeczy takimi, jakimi są naprawdę,
a nie pozwala się oślepić ich wyglądowi.
William Wharton

Słowo wstępne

Dysfunkcje wzroku to szerokie spektrum zaburzeń budowy lub pracy narządu wzroku prowadzące do trudności w codziennym funkcjonowaniu – w pracy, nauce, poruszaniu się i relacjach społecznych.

Istnieje wiele terminów określających osobę, u której występują poważne problemy z widzeniem, takie jak osoba: niewidoma, ociemniała, słabowidząca, z dysfunkcją wzroku, z niepełnosprawnością wzrokową, itp. Trzeba jednak pamiętać, że pojęcia „osoba niewidoma" i „osoba słabo widząca" stosuje się do określenia dwóch różnych grup, które łączy jedynie problem związany z widzeniem.

Jednym z głównych problemów wynikających z braku wzroku, a występujących niezależnie od wieku, jest samodzielne poruszanie się oraz orientacja przestrzenna. Często odnalezienie poszukiwanego miejsca może łączyć się z problemami, które wynikają także z konieczności zapamiętywania wielu szczegółów w odpowiedniej kolejności, znajomości kierunków potrzebnych do sprawnego i skutecznego przemieszczania się. Przestrzeń, aby mogła być maksymalnie użyteczna dla takiej osoby, musi być zrozumiała i całkowicie opanowana. Główne trudności z orientacją to problem nieznajomości pojęć przestrzennych oraz stosunków czasowo – przestrzennych.

Uszkodzenie wzroku prowadzi więc często do niesamodzielności i skazuje osoby chore na opiekę i pomoc innych osób, od których w tym momencie tak naprawdę zależy poziom życia chorego. Jednocześnie mają one świadomość własnego uzależnienia się od innych osób, co w sposób negatywny wpływa na ich samopoczucie i poczucie własnej wartości.

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.

Poważne osłabienie wzroku lub jego brak utrudnia lub uniemożliwia proces uczenia się poprzez naśladownictwo. W konsekwencji takie czynności, jak: mycie zębów, samodzielne ubieranie się, nalewanie płynów, mogą sprawić niewidomemu wiele trudności, ponieważ wymagają opanowania przez niego szeregu umiejętności wstępnych, typu: posługiwanie się obiema rękami i koordynacja ruchowa, znajomość i rozumienie pojęć.

Warto też pamiętać o stanie psychicznym osób z uszkodzonym wzrokiem. Podstawowym problemem w tym kontekście jest fakt, że osoby tracące wzrok nie chcą pogodzić się ze swoim kalectwem, ze swoją niepełnosprawnością, często nie chcą zaakceptować istniejącego stanu rzeczy. W przypadku, gdy taka osoba nie dokonała

przewartościowań w swoim życiu lub nie będzie miała oparcia w drugim człowieku, może zmagać się z depresję i mieć negatywny stosunek do własnego życia.

Osoby z uszkodzonym narządem wzroku narażone są także na doświadczanie nieprzyjemnych i traumatycznych przeżyć związanych z procesami leczenia i rehabilitacji, nie zawsze zgodnym z oczekiwaniami pacjenta, a co w konsekwencji łączy się z odizolowaniem od przyjaciół, doświadczaniem bólu.

Osoby niewidome często doświadczają także marginalizacji społecznej, co wynika z negatywnych i stereotypowych postaw społecznych. W konsekwencji takiej konfrontacji rozwija się u nich poczucie samotności i alienacji, a to obniża jakość ich życia. Samotność może odnosić się zarówno do ograniczonych kontaktów towarzyskich, jak i do stosunków partnerskich. Osoby z dysfunkcją wzroku rzadziej bowiem zakładają rodziny, decydują się na dzieci.

Sytuacja życiowa osób z uszkodzonym wzrokiem w kontekście osób zdrowych, jest także trudniejsza ekonomicznie. Mają one większe trudności ze znalezieniem pracy, ich zarobki są niewielkie, a przyznawane renty nie są w stanie zapewnić minimum socjalnego. Brak pracy może także wywoływać subiektywne poczucie niewykorzystania posiadanych zdolności, a także sprawiać, że takie osoby spostrzegają siebie jako osoby bezwartościowe.

Podsumowaniem niech będą słowa Josepha Katza „*Ciemność. Ludzie cierpią z powodu różnych rodzajów ślepoty, wszystkie z nich są poważne. Można być ślepym fizycznie, intelektualnie, emocjonalnie, czy ślepym na potrzeby innych. W każdym z tych wypadków odbiera ona umiejętność patrzenia oraz wewnętrzną potrzebę rozumienia i doceniania różnych zdarzeń. Podczas gdy wszystkie formy ślepoty są bolesne dla osoby cierpiącej na nią, ślepotą, która w najmniejszym stopniu krzywdzi innych, jest ślepota fizyczna. Ślepota fizyczna ogranicza jedynie osoby cierpiące na nią, nie ograniczając innych. Z drugiej strony ślepi intelektualnie, socjalnie i emocjonalnie mają nieunikniony wpływ na innych. Dzisiejszy świat cierpi z powodu tych wszystkich rodzajów ślepoty, lecz tą, która w większości przypadków pozostawia swoją ofiarę bezradną i zależną od pomocy innych w codziennych sytuacjach, jest ślepota fizyczna*

Katarzyna Borawska, Wojciech Kułak

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów 11
Niepełnosprawność narządu wzroku 13
Wybrane problemy w funkcjonowaniu osób z dysfunkcjami narządu wzroku 23
Postrzeganie osób z dysfunkcjami wzroku w społeczeństwie 27
Założenia i cel pracy 35
Materiał i metody 39
Wyniki 53
Weryfikacja hipotez 121
Dyskusja 124
Ograniczenia badania 139
Wnioski i postulaty 141
Wskazówki mogące poprawić jakość życia osób z dysfunkcjami narządu wzroku 143
Piśmiennictwo 147

WYKAZ SKRÓTÓW

AMD	*Age-related Macular Degeneration* Zwyrodnienie Plamki Żółtej
CECS	*Courtauld Emotional Control Scale* Skala Kontroli Emocji
CNO	Osoby Całkowicie Niewidome
CRVO	*Central Retinal Vein Occlusion* Zakrzep żyły środkowej siatkówki
DME	*Diabetic Macular Edema* Cukrzycowy obrzęk plamki
DW	Doskonale Widzący
FAS	*Family Affluence Scale* Skala zasobów materialnych rodziny
GSES	*Generalized Self-Efficacy Scale* Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
PS	*Perfectly Sighted* Doskonale Widzący
ROP	Retinopatia wcześniaków
SWLS	*The Satisfaction With Life Scale* Skala Satysfakcji z Życia
TBC	*Totally Congenitally Blind* Osoby Całkowicie Niewidome
WHO	World Health Organization *Światowa Organizacja Zdrowia*
WHOQOL -Bref	*The World Health Organization Quality Of Life -Bref* Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ NARZĄDU WZROKU

Epidemiologia wybranych chorób oczu

Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem według stanu na dzień 31 marca 2021 r. wynosiła 5,4 mln. i stanowiła 14,3% ludności kraju wobec 12,2% w 2011 r. oraz 14,3% w 2002 r. Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wynosił 45,1% wobec 54,9% dla kobiet [1].

W porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku ogólna liczba osób niepełnosprawnych zwiększyła się o 750,5 tys., tj. o 15,98%, zaś liczba osób niepełnosprawnych o 337,7 tys., tj. o 10,78%. Natomiast liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie zwiększyła się o 410,8 tys., tj. o 26,24%. W Polsce liczba osób z uszkodzeniem wzroku przekracza 500 tysięcy. Według światowych danych szacuje się, że poważne zaburzenia widzenia występują u 1% populacji, a całkowita liczba osób niewidomych i słabowidzących ulega stałemu zwiększaniu [1].

Według Światowej Organizacji Zdrowia 285,4 mln ludzi w skali globalnej na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku, w tym 14% stanowią osoby niewidome, a 86% ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku [2,3].

Uważa się, że występowanie chorób narządu wzroku ma ścisły związek z zamożnością regionu, bowiem w krajach wysoko rozwiniętych, z wyższymi nakładami na ochronę zdrowia, udział zaburzeń wzroku, których można uniknąć jest zdecydowanie niższy niż w krajach Azji i Afryki. Najwyższy współczynnik rozpowszechnienia zaburzeń wzroku odnotowano w Chinach i Indiach, gdzie przekracza on 4,5% [3].

Czynnikiem zwiększającym znaczenie chorób oczu jest także starzenie się społeczeństwa - w grupie wiekowej powyżej 50. roku życia z chorobami oczu boryka się 82% osób [3].

Według danych GUS, co drugi dorosły Polak musi nosić okulary lub szkła kontaktowe, a co czwarta osoba dorosła zgłasza problem z przeczytaniem gazety [3].

Szacuje się, że obecnie ok. 40% społeczeństwa na świecie ma problemy z widzeniem, które mogą wskazywać na wadę wzroku. Najczęściej spotykaną wadę wzroku (ok. 80% przypadków) stanowią zaburzenia refrakcji oka (krótkowzroczność, nadwzroczność oraz starczowzroczność). Wśród dzieci do 15. r.ż. u 514 chłopców i 694 dziewczynek na 1000 stwierdza się zaburzenia wzroku. Wśród osób powyżej 60 r.ż. dominują problemy z widzeniem z bliska

(presbiopia), u osób w wieku 80+ jest to ok. 70% wszystkich problemów z widzeniem. Kłopoty z widzeniem z dalszej odległości – nadwzroczność – dotyczy co szóstej osoby dorosłej. Uszkodzenia i choroby narządu wzroku dotyczą ponad 27% schorzeń u osób niepełnosprawnych [3].

Uważa się, że do najczęstszych przyczyn chorób oczu na świecie należą: wady refrakcji przekładające się na ostrość widzenia (42%), zaćma (33%) i jaskra (2%), a za dominującą przyczynę ślepoty uważana jest zaćma (51%), jaskra (8%) i zwyrodnienie plamki żółtej (AMD) [2].

Zaćma wskazywana jako główna przyczyna ślepoty na świecie w Polsce dotyczy 2,4% populacji ogółem, w szczególności osób powyżej 60. roku życia [3].

Drugą w kolejności przyczyną ślepoty na świecie jest jaskra - choruje na nią obecnie ok. 400 tys. osób. Szacuje się, że u ok. 20% chorujących na jaskrę doszło do nieodwracalnej utraty wzroku, a do roku 2025 zachorowalność na jaskrę wśród osób powyżej 60 r.ż. wzrośnie o ponad 120% [3].

Dane z piśmiennictwa sugerują, że w krajach rozwiniętych ok. 50% (odsetek liczony bez wad refrakcji) przyczyn upośledzeń widzenia stanowi AMD, a ryzyko zachorowania wzrasta 4-10 razy wraz z wiekiem [2].

Szacuje się, że rocznie na świecie przybywa ok. 5 mln chorych na formę suchą AMD, zaś na formę wysiękową ok. 500 tys. Ocenia się, że w Polsce zwyrodnienie plamki związane z wiekiem dotyczy ok. 1,9 mln osób, w tym u ponad 30% choroba jest w stadium zaawansowanym. Rocznie u ok. 200 tys. Polaków diagnozowana jest postać sucha AMD oraz u ok. 20 tys. postać wysiękowa. Zakłada się, że w związku z procesem starzenia się populacji liczba osób z AMD w Polsce będzie systematycznie rosnąć - do 2060 r. o ok. 30% [2].

Do najczęstszych powodów pogorszenia widzenia centralnego zalicza się cukrzycowy obrzęk plamki (DME), który stanowi drugą pod względem częstości (po AMD) przyczynę trwałego upośledzenia wzroku. Rozwija się on u ok. 6,8% - 14% osób chorych na cukrzycę, a liczba przypadków zwiększa się wraz z okresem trwania choroby. Szacuje się, iż liczba chorych z DME wzrośnie z ok. 150 tys. obecnie do ponad 200 tys. w 2030 r. (przyjmując założenie, iż DME występuje u 6,8% chorych na cukrzycę) [2].

Częstość występowania zakrzepu żyły środkowej siatkówki (CRVO) wynosi prawie 0,1%, a wskaźnik zachorowalności na niedrożność naczyń żylnych siatkówki wzrasta wraz z wiekiem i w grupie osób powyżej 65. roku życia wynosi 2,9%. Około 90% chorych na CRVO to osoby w wieku powyżej 50 lat. Na podstawie danych epidemiologicznych z innych

krajów szacuje się, iż przybliżona lic.zba osób z CRVO w Polsce to 29. tysięcy. W związku ze zmianami demograficznymi przewiduje się, że liczba ta w 2060 r. wzrośnie do 45 tys., a więc o ponad 55% [2].

Metaanalizy pozwalają oszacować, że do 2050 roku krótkowzroczność, która jest wiodącą przyczyną niepełnosprawności wzrokowej, będzie dotyczyć blisko połowy ogólnej populacji [4].

Bardzo częste są także powikłania siatkówkowe w cukrzycy, która jest dużym problemem cywilizacyjnym, dotyczącym co najmniej 2 mln ludzi w Polsce. Głównym powikłaniem schorzenia w zakresie narządu wzroku jest retinopatia cukrzycowa będąca konsekwencją przewlekłej hiperglikemii. Retinopatia cukrzycowa występuje u 28–37% chorych z dopiero zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. U pacjentów z ponad 20-letnią cukrzycą typu 1 stwierdza się ją u 90% chorych, a cukrzycą typu 2 u ponad 60%. Uważana jest za główną przyczynę utraty wzroku u osób powyżej 65 r.ż., a brak podjęcia odpowiedniego leczenia powikłania siatkówki w 12% przypadków prowadzi do nieodwracalnej utraty wzroku [3].

Badanie opinii publicznej zrealizowane dla Vision Express metodą CAWI w lutym 2022 roku na reprezentatywnej próbie 1679 Polaków wykazało, że odsetek osób, które mają stwierdzoną wadę lub chorobę oczu wynosi już 54%, a najwięcej z nich cierpi na krótkowzroczność [5]. W porównaniu z ubiegłym rokiem odsetek osób odczuwających pogorszenie jakości widzenia, wzrósł do 55%. Z roku na rok spada też liczba Polaków oceniających stan zdrowia swoich oczu jako bardzo dobry – w roku 2020 było to 23%, w roku 2021 – 20%, a w roku 2022 – 18%. Jednocześnie co piąty ankietowany przyznał, że nie robi nic specjalnego, by zadbać o swoje oczy. Bardzo szybko rośnie liczba osób z krótkowzrocznością, co przez ekspertów na całym świecie określane jest nawet mianem epidemii. Obecnie cierpi na nią 55% Polaków, co w porównaniu z danymi z roku 2019 oznacza aż dwukrotny wzrost takich odpowiedzi (z poziomu 27%). Wśród 36% ankietowanych stwierdzono astygmatyzm, a u 18% - dalekowzroczność. Dodatkowo badani skarżyli się na codzienne występowanie takich dolegliwości jak: suchość, szczypanie i pieczenie oczu (54%), niewyraźne widzenie (55%). oraz zaczerwienie lub przekrwienie oczu (44%). Raport wykazał także niepokojący fakt, że aż 16% Polaków nigdy nie odwiedziło okulisty/optometrysty, co trzeci odbył taką wizytę 1-2 lata temu, a co piąty 3-4 lata temu [5].

Warto podkreślić, że według raportu opublikowanego przez „Lancet Global Health”, w 188. krajach 200. Mln ludzi ma różnego rodzaju uszkodzenia wzroku, a do roku 2050 ich

liczba zwiększy się do 550 mln**.** Szacuje się, że do połowy tego stulecia liczba niewidomych zwiększy się do 115 mln., a najwięcej osób straci wzrok w Południowej Azji oraz w Afryce Subsaharyjskiej [6].

Według raportu Fundacji Na Rzecz Zdrowego Starzenia Się pt. „Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie aktywnego zdrowego i aktywnego starzenia się", 1,5 mln Polaków, czyli co czwarta osoba z orzeczoną niepełnosprawnością, jest niewidoma bądź wykazuje upośledzenie wzroku [6].

Wybrane aspekty patogenezy niepełnosprawności narządu wzroku

Wzrok jest podstawowym czynnikiem umożliwiającym rozwój człowieka – pozwalającym na poznawanie i zdobywanie informacji o zjawiskach znajdujących się w otoczeniu danej osoby. Uważa się nawet, że „*oczy są oknem duszy, ujawniającym nasze najgłębsze uczucia, myśli i pragnienia*" [7]. Odgrywa ogromną rolę w wykonywaniu różnych czynności praktycznych opartych na mechanizmie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Pełni tam funkcję orientacyjną (w przestrzeni i środowisku), kierującą i kontrolującą przebieg różnych czynności. Umożliwia człowiekowi poznawanie otaczającej rzeczywistości i zdobywanie własnego doświadczenia. Pozwala na orientację przestrzenną i samodzielne poruszanie się, komunikowanie się, wykonywanie czynności samoobsługowych, ekspresję emocjonalną i funkcjonalną, zdobywanie wiedzy pośrednio przez lekturę i studia, wykonywanie pracy zawodowej, udział w życiu społecznym [8].

Narząd wzroku oraz jego czynności na skutek działania różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych, mogą ulec uszkodzeniu. Do najpopularniejszych zalicza się wpływ [8,7,9]:

- czynników genetycznych - wady wzroku przekazywane są przez rodziców np. zaćma, dziedziczny zanik nerwu wzrokowego, postępujące mętnienie soczewki oka, dziedziczna wysoka krótkowzroczność.
- czynników wrodzonych - uszkodzenie powstaje w okresie płodowym i jest wynikiem chorób matki w okresie ciąży, spożywaniem alkoholu i innych szkodliwych substancji. Za najbardziej niebezpieczne uważa się wszystkie choroby z objawem wysokiej gorączki (szczególnie w I trymestrze ciąży) oraz zakażenia wewnątrzmaciczne: różyczka, cytomegalia, toksoplazmoza, itp.
- uszkodzeń okołoporodowych – np. retinopatia wcześniaków (ROP) - zaburzenie prawidłowego rozwoju naczyń siatkówki co prowadzi do powstania proliferacji włóknis-

tonaczyniowej w siatkówce i w ciele szklistym, dotyczy przedwcześnie urodzonych noworodków z niską masą urodzeniową, które są poddawane leczeniu wysokim stężeniem tlenu w inkubatorach. Stwierdza się ją u 5,8% dzieci urodzonych przedwcześnie, znacznie częściej u dzieci z niską masą urodzeniową (poniżej 1500g) i urodzonych poniżej 32. tygodnia ciąży. Szacuje się, że u 0,9% dzieci, pomimo leczenia, dochodzi do rozwoju zmian w siatkówce, które powodują obuoczną ślepotę dziecka.

- chorób oczu występujących po urodzeniu dziecka np. zaćma, barwnikowe zwyrodnienie siatkówki, jaskra, jaglica, nowotwory oka- siatkówczak, mięsak, czerniak i inne, które późno wykryte mogą prowadzić do ślepoty.
- innych chorób powodujących uszkodzenie narządu wzroku np. gruźlica, zapalenie opon mózgowych i mózgu, szkarlatyna, choroby reumatyczne, guz mózgu, choroby weneryczne, albinizm (bielactwo), nadciśnienie tętnicze, stwardnienie rozsiane. Anemia, białaczka, cukrzyca, mogą powodować krwotoki z naczyń krwionośnych naczyniówki, a z kolei powtarzające się wylewy krwi do ciała szklistego powodują nagłe, znaczne pogorszenie widzenia. W przypadku cukrzycy może dojść do zaawansowanej postaci retinopatii cukrzycowej – odwarstwienia siatkówki, prowadzącego do całkowitego niewidzenia.
- niewłaściwej diety, ubogiej w witaminy, zwłaszcza A, a w konsekwencji niedoboru powstanie zaburzeń widzenia o zmierzchu (tzw. kurza ślepota). Długotrwały niedobór może prowadzić do poważnego uszkodzenia wzroku.
- urazów
  - mechanicznych (rany cięte powiek i spojówki, rogówki, twardówki, urazy tępe gałki ocznej, uszkodzenie ścian kostnych oczodołu, nieusunięte ciała obce wewnątrz gałki ocznej);
  - termicznych (III i IV stopień oparzenia, może dojść do martwicy i zniszczenia wszystkich warstw oka);
  - chemicznych: (oparzenia kwasami: siarkowym, solnym, azotowym, powodują martwicę skrzepową; zasadami, np.: wodorotlenkiem sodu, potasu oraz szczególnie niebezpiecznym wapnem gaszonym i niegaszonym, powodującym rozpuszczanie białka tkankowego, jak również wnikanie w głąb tkanek; rozpuszczalnikami organicznymi, detergentami, substancjami chemicznymi, które wpływają na denaturację białek i mogą wywołać objawy martwicze).
- zatruć - zwłaszcza alkoholem metylowym, jadem kiełbasianym i grzybami

- wieku - zmiany starcze mogą prowadzić do słabowzroczności lub niewidzenia, występujące na skutek naturalnych zmian degeneracyjnych narządu wzroku pojawiających się w starszym wieku, powodujących znaczne obniżenie sprawności funkcjonowania wzroku – od częściowej do całkowitej utraty wzroku. Schorzeniem związanym z wiekiem jest np. zaćma, czyli zmętnienie soczewki.

Powyższe czynniki prowadzą do wystąpienia wad wzroku lub organu wzrokowego, a w konsekwencji do zmiany w budowie i czynności organów wzrokowych oraz procesów widzenia, takich jak np. [8,7,9]:

- ablacja siatkówki – odklejenie siatkówki,
- achromazja – wrodzone zaburzenie widzenia barwnego,
- anizoikonia – zjawisko postrzegane równocześnie okiem prawym i lewym ma niejednakową wielkość,
- panoftalmia – brak oka,
- anopia – niezdolność widzenia,
- astygmatyzm – anomalia w załamaniu promieni świetlnych, w wyniku, której powstaje niedostatecznie ostry obraz,
- dylogia – widzenie podwójne,
- glaukoma (jaskra) – doprowadzająca do ubytków pola wzrokowego,
- hipermetropia – dalekowzroczność, nadwzroczność,
- kolobom – brak części tęczówki,
- wady refrakcji – wady systemu optycznego oka
- strabizm (zez) – osie widzenia przy patrzeniu w dal nie są równoległe,
- ambliopia – obniżenie wzrokowej ostrości oka.

Niepełnosprawność narządu wzroku – definicje/klasyfikacja

Definicje dotyczące niepełnosprawności narządu wzroku mogą być związane z kryteriami:

- funkcjonalnymi
- medycznymi.

Klasyfikacja stosowana przez WHO umożliwia diagnozę utraty wzroku w przypadkach zupełnego braku wzroku (visus 0,00); ostrości wzroku nie przekraczającej 0,05 normy w oku lepszym przy zachowaniu korekcji okularowej ORAZ ograniczenia pola widzenia do 20 stopni [9], Podstawę powyższego podziału stanowią kryteria medyczne [6,7].

- ostrość widzenia (*visus*) – stopień obniżenia ostrości wzroku w stosunku do normy wyrażany jest w postaci ułamka zwykłego lub dziesiętnego. Osoby z ostrością wzroku 0,00 uważane są za całkowicie niewidome. Liczniejszą grupę stanową niewidomi z resztkami wzroku (szczątkowo widzący) - ostrość widzenia mieści się w obszarze 0,01-0,05, czyli jest ona co najmniej dwudziestokrotnie obniżona i zachowane zostało jedynie 1-5% zwykłej ostrości wzroku. Z kolei mianem słabowidzących określa się osoby, których ostrość widzenia mieści się wg różnych szacunków w obszarze pomiędzy 0,05 a 0,25/0,30, czyli jest obniżona co najmniej trzykrotnie w stosunku do normy
- zakres pola widzenia – wyrażany jest w stopniach. Prawidłowo funkcjonujący układ wzrokowy umożliwia spostrzeganie obiektów każdym okiem na obszarze o kącie 150°w płaszczyźnie poziomej i 120° w pionowej. Widzenie obuoczne zapewnia pole widzenia o zakresie 200°.Ograniczenie pola widzenia kwalifikujące do słabowzroczności rozpatrywane jest jako umiarkowane (60-20°), znaczne (20-25°), a poniżej 5° - za głębokie.

Klasyfikacja osób z dysfunkcją wzroku jest trudna i z reguły umieszcza się stopień niepełnosprawności na dwóch biegunach: CNO (TCB) - DW (PS), gdzie CNO to osoby całkowicie niewidome – z brakiem poczucia światła (TCB), a DW (PS), czyli DW to doskonale widzący (PS). Według klasyfikacji WHO w aspekcie ciężkości uszkodzenia widzenia na podstawie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku lepszego oka wyróżnia się stopnie [10]

- 0 – bez upośledzenia lub łagodne upośledzenie widzenia
  Ostrość wzroku do dali równa lub lepsza niż: 6/18 (0,3)
  Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji 6/6 - 6/18 (1.0 - 0.3)
  Określenia standardowe według WHO: normalny
  Określenia funkcjonalne według WHO: normalny
- 1 – umiarkowane upośledzenie widzenia
  Ostrość wzroku do dali gorsza niż: 6/18 (0,3)
  Ostrość wzroku do dali równa lub lepsza niż: 6/60 (0,1)
  Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji: 6/18 - 6/60 (0.3 - 0.1)
  Określenia standardowe według WHO: upośledzenie wzroku
  Określenia funkcjonalne według WHO: słabowidzenie
- 2 – ciężkie upośledzenie widzenia
  Ostrość wzroku do dali gorsza niż: 6/60 (0,1)
  Ostrość wzroku do dali równa lub lepsza niż: 3/60 (0,05)

Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji: 6/60 - 3/60 (0.1 - 0.05)
Określenia standardowe według WHO: Poważne upośledzenie wzroku
Określenia funkcjonalne według WHO:Słabowidzenie

- 3- ślepota
  Ostrość wzroku do dali gorsza niż: 3/60 (0,05) lub pole widzenia < 10°
  Ostrość wzroku do dali równa lub lepsza niż: 1/60 (0,02)
  Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji: 3/60 - 1/60 (0.05 - 0.02)
  Określenia standardowe według WHO: ślepota
  Określenia funkcjonalne według WHO: słabowidzenie
- 4- ślepota
  Ostrość wzroku do dali gorsza niż: 1/60 (0,02)
  Ostrość wzroku do dali równa lub lepsza niż: poczucie światła
  Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji: 0.02 - Poczucie światła
  Określenia standardowe według WHO: ślepota
  Określenia funkcjonalne według WHO: słabowidzenie
- 5 - ślepota
  Ostrość wzroku do dali gorsza niż: brak poczucia światła
  Ostrość widzenia w lepszym oku po korekcji: brak poczucia światła
  Określenia standardowe według WHO: ślepota
  Określenia funkcjonalne według WHO: całkowita ślepota

Osoba słabowidząca

Według WHO osoby słabowidzące to osoby z ostrością wzroku równą lub większą niż 3/60 (lub równowartością 0,05) a mniejszą niż 6/18 (lub równowartością 0,3) w lepszym oku po korekcji okularowej lub o polu widzenia ograniczonym do obszaru 20 stopni. Nie można jednak zapominać, że ostrość jest mierzona w lepszym oku z najlepszą możliwą korekcją, w związku z czym osobą słabowidzącą może być zarówno osoba mająca znacznie obniżoną ostrość wzroku, jak i osoba z pełną ostrością, ale bardzo małym polem widzenia [12].

Definicja funkcjonalna podaje, że osoba słabowidząca to taka, która pomimo stosowania szkieł korekcyjnych ma trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Może jednak w niektórych przypadkach poprawić jakość widzenia, używając np. pomocy optycznych (lupy, lunety) lub stosując odpowiednie światło, wielkość czcionki, kontrast [13].

Niezależnie od obowiązujących klasyfikacji stopni niepełnosprawności należy przyjąć za Corn i Koenig [cyt. za 14], że osobą słabowidzącą jest osoba, która mimo okularów korekcyjnych ma trudności z wykonywaniem czynności wzrokowych, ale która może poprawić swoją zdolność wykonywania tych czynności poprzez wykorzystanie wzrokowych metod kompensacyjnych, pomocy ułatwiających widzenie i innych pomocy rehabilitacyjnych oraz poprzez dostosowanie środowiska fizycznego.

Osoba ociemniała

Podział na osoby niewidome i ociemniałe warunkowany jest wiekiem w jakim wzrok został utracony [8,13]. Kryterium to generowane jest możliwością zdobycia i utrwalenia w pamięci wrażeń wzrokowych przydatnych w dalszym życiu - przy wadach wrodzonych oraz utracie wzroku przed 4-5. rokiem życia uznaje się człowieka za niewidomego. Osoby ociemniałe to te, które przestały widzieć w późniejszym czasie, a wyćwiczone do tego czasu umiejętności widzenia umożliwiły im dobrą orientację w terenie i prawidłowy rozwój fizyczny.

Osoba niewidoma

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niewidomą jest osoba z ostrością widzenia mniejszą niż 3/60 (lub równowartością 0,05) w lepszym oku z najlepszą korekcją, lub posiadająca pole widzenia w obu oczach ograniczone do 10 stopni od punktu fiksacji [12].

Definicja psychologiczna zakłada, że osoby całkowicie niewidome to takie, które nie reagują na żadne bodźce wzrokowe, z wyjątkiem osób, które zachowały poczucie światła (potrafiące jedynie rozróżniać dzień i noc lub zapalone światło wieczorem w pomieszczeniu). Struktura poznania u niewidomych ma głównie charakter dotykowo-słuchowy [9].
Zgodnie z powyższymi definicjami osoba niewidoma [13]:

- całkowicie nie widzi od urodzenia (nie odbiera żadnych bodźców wzrokowych)
- ma tzw. poczucie światła (zauważa światło i jego brak, czasem lokalizuje źródło światła),
- u której możliwości wzrokowe pozwalają na zauważenie ruchu ręki przed okiem, a nawet policzenie palców,
- u której pole widzenia (mimo dobrej ostrości wzroku), ograniczone do niewielkiego obszaru powoduje, że główną techniką funkcjonowania będzie technika bezwzrokowa.

Nie można zapominać, że wśród niepełnosprawności związanej z widzeniem występują również nie dotyczące uszkodzeń struktur oka, ale związane z zaburzonym funkcjonowa-

niem tych części kory wzrokowej, które odpowiadają za analizowanie i interpretowanie informacji wzrokowych. W piśmiennictwie istnieją różne określenia dotyczące zaburzeń widzenia pochodzenia mózgowego, gdy schorzenie dotyczy tylko kory mózgowej - jest to tzw. ślepota korowa, czyli upośledzeniu widzenia pochodzenia korowego, które jest najczęściej wynikiem uszkodzenia mózgu u osób dorosłych [15].

W aspekcie prawnym niewidomy to osoba fizyczna zaliczona do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w związku z uszkodzeniem narządu wzroku. Według polskich rozporządzeń wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

- Uszkodzenie wzroku w stopniu lekkim – występuje u osób z mniejszymi wadami wzroku (w tym osoby jednooczne).
- Uszkodzenie wzroku w stopniu umiarkowanym – występuje u osób, których ostrość widzenia wynosi mniej niż 10% normalnej ostrości wzroku lub pole widzenia zawężone jest do 30 stopni.
- Uszkodzenie wzroku w stopniu znacznym – występuje u osób, których ostrość widzenia lepszym okiem (po zastosowaniu korekcji szkłami optycznymi) wynosi do 5% lub pole widzenia zawężone jest do 20 stopni [16]

WYBRANE PROBLEMY W FUNKCJONOWANIU OSÓB Z DYSFUNKCJAMI WZROKU

Wzrok, poza słuchem, dotykiem oraz węchem jest jednym z czterech podstawowych zmysłów człowieka, warunkującym funkcjonowanie w otaczającej rzeczywistości oraz odpowiadającym za sposób jej postrzegania. Nazywa się go nawet „królem zmysłów". Dostarcza człowiekowi około 80% informacji o otoczeniu. Na widzenie składa się [10]:

- ocena kierunku padania światła
- ocenianie odległości położenia obiektów od oka
- rozpoznawanie kształtów
- rozpoznawanie polaryzacji liniowej światła
- rozróżnianie barw
- rozróżnianie światła od ciemności

Utrata wzroku lub ograniczenie widzenia wpływa ewidentnie na wszystkie aspekty ludzkiego życia, w tym możliwości rozwoju i samorealizacji, relacje z innymi oraz życie osobiste i pracę zawodową. Jest sytuacją traumy [17] wymuszającą na osobie nią dotkniętą ponowną adaptację i konieczność odnalezienia się w nowej grupie odniesienia (przejście z grupy osób sprawnych do grupy osób z niepełnosprawnością) oraz przeformułowanie planów życiowych. Według teorii zawieszenia sytuacja taka „wiąże się z niespójnością pomiędzy obrazem samego siebie i wizją swojego życia a zaistniałą sytuacją, zaburza obraz przyszłości, podważa celowość podejmowania decyzji, budzi lęk, niechęć i złość. Koncepcja ta zakłada, że nabycie niepełnosprawności może stanowić punkt zwrotny w życiu i mieć znaczenie rozwojowe, jednak opisywany wyżej stan zawieszenia może trwać do kilku lat" [18].

Osoby ociemniałe znajdują się w początkowym etapie swojej choroby w o wiele trudniejszej sytuacji psychologicznej niż niewidomi. Psychikę tych ostatnich chroni bowiem tzw. przystosowanie pierwotne. Zdarza się, że aż do wieku młodzieńczego dzieci niewidome mogą traktować brak wzroku jako coś naturalnego, bowiem nie znają innego świata. Z kolei osoby ociemniałe przeżywają poczucie rozpaczy i straty, prowadzącej często do załamania psychicznego [19].

Schorzenia/uszkodzenia narządu wzroku powodują zmiany w układzie wzrokowym, które mogą skutkować znacznym obniżeniem ostrości widzenia oraz ubytkami w polu widzenia (centralnymi, obwodowymi, połowicznymi, rozsianymi), rozmyciem oglądanego

obrazu lub światłowstrętem. To z kolei generuje powstanie wtórnych funkcjonalnych następstw zaburzeń widzenia, takich jak np. pogorszenie postrzegania kolorów, zmniejszenie wrażliwości na kontrast, zaburzenie poczucia głębi, zwiększoną wrażliwości na olśnienia, problemy z adaptacją do światła i ciemności, męczliwość i łzawienie [20,21].

Rozmaite rodzaje zaburzeń wzroku mogą powodować utrudnienia w normalnym funkcjonowaniu, jak np. [21]:

- mroczki rozsiane – zmienność zaburzenia i jego nieprzewidywalność może przeszkadzać w wielu czynnościach dnia codziennego, a widzenie może się zmieniać w zależności od pory dnia oraz z dnia na dzień oraz pojawiać utrata obwodowego pola widzenia
- utrata widzenia w polu centralnym - utrudnia czytanie, pisanie, wybieranie numeru telefonu, nabieranie igły itp.
- utrata widzenia w polu bocznym (obwodowym) – widzenie lunetowe - utrudnia bezpieczne poruszanie się, bez wpadania na przedmioty znajdujące się w okolicach stóp, głowy, lub z boku.
- częściowa utrata pola widzenia (prawostronnie lub lewostronnie jednoimienne widzenie połowiczne) - zaburzenie percepcyjne utrudniające czynności dnia codziennego - zakłóca postrzeganie przedmiotów i relacji przestrzennych.
- ogólnie nieostry obraz - postacie, przedmioty i kolory są rozmazane, a to uniemożliwia widzenie szczegółów i obniża zdolność poruszania się we wnętrzach i na zewnątrz, oraz utrudnia wykonywanie rozmaitych innych czynności, takich jak choćby czytanie, oglądanie telewizji

Niektóre konsekwencje utraty wzroku są szczególnie dotkliwie odczuwane przez tę grupę osób niepełnosprawnych. Większości dotyczy frustracja spowodowana ograniczeniami lub całkowitym brakiem możliwości osiągnięcia danej rzeczy/stanu, co dodatkowo potęguje trudności z zaakceptowaniem swojej sytuacji. W literaturze przedmiotu podnoszone są kwestie ograniczeń poznawczych i estetycznych, obejmujących m.in. [21,22]:

- wizualne poznawanie świata,
- nieadekwatność wyobrażeń w myśleniu czy schematyzm pojęć,
- zmniejszenie wrażeń estetycznych z dziedziny malarstwa, architektury, twórczości artystycznej.

Utrata widzenia w znacznym stopniu wpływa także na możliwość kształcenia się, bardzo ogranicza wypowiadanie się na piśmie i korespondencję, zmniejsza w znacznym stop-

niu dostępność rynku pracy, a tym samym ogranicza wybór zawodu i drogi życiowej [21]. Redukuje możliwości realizacji potrzeb osobistych, w tym swobodę ruchów, budowania poczucia własnej wartości i siły oraz aktywizacji swoich pragnień i predyspozycji. Niewidomy doświadcza także wielu trudności w załatwianiu swoich spraw urzędowych i osobistych. W nieznanym dla siebie otoczeniu narażony jest na urazy mechaniczne. Z jednej strony może sam stać się potencjalną ofiarą wypadków komunikacyjnych, a z drugiej sam również może być ich sprawcą [21].

Ograniczenia przestrzenne w dużej mierze pozbawiają niewidomego człowieka niezależności i skazują na opiekę innych ludzi, co ujemnie odbija się na psychice osoby z dysfunkcją wzroku [21]. Z badań przeprowadzonych w roku 1994 w Ośrodku Badań i Rozwoju Rehabilitacji w Decatur w USA wynika, że osoby niewidome i słabowidzące jako najważniejsze elementy wymagające zmian bądź korekty w środowisku, w którym przebywają, wymieniają przede wszystkim oświetlenie, kontrast pomiędzy poszczególnymi elementami wnętrza, a także sposób ich rozmieszczenia. Zwracają również uwagę na odpowiedni dobór urządzeń w domu, które mają: sygnalizację dźwiękową, oznaczenia dotykowe i inne rozwiązania [cyt. za 23].

Uważa się, że osoby z deficytem wzroku odczuwają silniejszy lęk niż osoby bez niepełnosprawności [24,25].

Dane literaturowe [26] potwierdzają, że ⅓ osób z niepełnosprawnością wzrokową doświadczyło/doświadcza uczucia depresji i/lub lęku, u 4–6% osób stawiana jest diagnoza zaburzeń lękowych oraz że 15,6% osób, w porównaniu z 10,7% osób prawidłowo widzących, w ciągu ostatnich czterech tygodni odczuwało symptomy lęku.

W innych badaniach stwierdzono objawy lękowe u ponad 30% starszych osób ze zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem (AMD - *age-related macular degeneration*) [27].

Z kolei Van der Aa i wsp. [26] potwierdzili u 0,16% osób z dysfunkcją widzenia występowanie w ciągu ostatniego miesiąca objawów lęku panicznego bez objawów agorafobii, u 0,33% ze współwystępującymi objawami agorafobii, natomiast agorafobię bez paniki u 4,2% i fobię społeczną u 2,4% osób z tej grupy. W ciągu ostatnich sześciu miesięcy zaobserwowano występowanie uogólnionych objawów lękowych u 1,8% osób z dysfunkcją widzenia [26].

Badanie przeprowadzone wśród osób z wrodzonym brakiem gałki ocznej w Korei wykazało występowanie zaburzeń lękowych u blisko 30% badanych [28], a w Japoni - u ok. 26% z wysoką krótkowzrocznością [29].

Badania przeprowadzone w grupie osób z AMD dowodzą, że utrata wzroku w jednym oku, ze względu na towarzyszącą jej obawę o utratę widzenia w drugim oku, może być bardziej stresogenna niż utrata wzroku w obojgu oczach [30]. Częstsze zaburzenia lękowe i niższa jakość życia mogą być także powiązane z łagodniejszą utratą wzroku [31,32,33]. Prawdopodobnie za powyższe odpowiedzialny jest ciągły lęk przed dalszą deterioracją wzroku u osób z umiarkowaną niepełnosprawnością, osoby z poważniejszym deficytem szybciej bowiem akceptują swoją niepełnosprawność [31,33]. Osoby z umiarkowanym deficytem częściej doświadczają także trudności w komunikacji interpersonalnej, bowiem ich niepełnosprawność nie jest widoczna dla innych. Powoduje to, że oczekuje się od nich sposobu komunikowania typowego dla osób zdrowych i w związku z tym chęć sprostania temu wymaganiu rzutuje negatywnie na ich stan psychiczny [31,33].

W literaturze przedmiotu opisano charakterystyczne cechy osobowości osób z jaskrą pierwotną (opisywaną jako choroba psychosomatyczna), wyrażające się m.in. przeżywaniem nieokreślonego lęku oraz lęku specyficznego, związanego np. z samotnym przebywaniem w domu oraz z procesem chorobowym [34].

Niepełnosprawność wzrokowa może wiązać się z występowaniem wtórnych zaburzeń, jak np. zespołu Charlesa Bonneta (około 12% starszych osób z deficytami wzroku) przejawiającego się halucynacjami o różnej postaci i intensywności. Mogą one przybierać tak poważne i dokuczliwe formy, że u osoby nimi dotkniętej pojawiają się lęk, a następnie obawy o własne zdrowie psychiczne [35].

Zaburzenia lękowe, według Yoki i wsp. [36], są głównym czynnikiem obniżającym jakość życia związaną ze wzrokiem u osób z wysoką krótkowzrocznością. Podobny wpływ wykazano przy współwystępowaniu depresji u osób z przewlekłymi chorobami okulistycznymi, takimi jak AMD czy jaskra [27,37,38,39]. Zależność taka może być rozpatrywana jako dwukierunkowa – z jednej strony niska jakość życia spowodowana zaburzeniami widzenia może prowadzić do zaburzeń psychicznych, a z drugiej strony zaburzenia psychiczne spowodowane deficytami wzroku obniżają jakość życia [36].

POSTRZEGANIE OSÓB Z DYSFUNKCJAMI WZROKU W SPOŁECZEŃSTWIE

Wzrost liczby osób niepełnosprawnych notowany w ciągu ostatnich lat nadaje temu zjawisku coraz większą rangę wśród problemów społecznych, a także zmusza do zastanowienia, w jaki sposób ludzie pełnosprawni odnoszą się do osób niepełnosprawnych [2]. Jest to bardzo ważne zważywszy na fakt, że świat ludzi pełnosprawnych jest naturalnym otoczeniem, w którym wcześniej czy później osoby z niepełnosprawnością będą musieli odnaleźć swoje miejsce.

Gałkowski [40] zwraca zaś uwagę na fakt, iż od wielu lat próbuje się opracować definicję pojęcia "osoba niepełnosprawna", a w ostatnich latach pojawiają się koncepcje akcentujące znaczenie wymiaru społecznego niepełnosprawności w odniesieniu do relacji i ról społecznych, jakie osoba może pełnić w społeczeństwie [40].

Kowalik [41] z kolei uważa, że niepełnosprawność opiera się na *„rozróżnieniu pomiędzy niepełnosprawnością i dysfunkcjonalnością. Niepełnosprawność jest określona jako utracona sprawność organizmu, jego układów lub narządów. Z kolei dysfunkcja jest przez autora traktowana jako predyspozycja wywołująca powstanie sytuacji problemowej, czyli takiej w której nie jest zachowana równowaga między warunkami zewnętrznymi, w których żyje człowiek, a jego możliwościami. Z praktycznego punktu widzenia rodzaj dysfunkcji może decydować w jakich sytuacjach problemowych znajdzie się człowiek niepełnosprawny”*. Jednakże jak zauważa autor, mimo różnych rodzajów dysfunkcji u poszczególnych osób mogą wystąpić problemy wspólne dla wszystkich [41].

W piśmiennictwie fachowym [42] podkreśla się, że problem odniesienia do osób niepełnosprawnych ewaluował na przestrzeni wieków od pełnej wrogości, do względnej akceptacji, co zależało w różnych społeczeństwach od ogólnej kultury i poziomu życia, dominujących poglądów społecznych i filozoficznych. Początkowo obejmowały one dyskryminację, izolację lub segregację, a nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), a współcześnie - integrację niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa. Wraz ze zmianami społecznymi zaczął zmieniać się także stosunek do osób niepełnosprawnych, wyrażający się w idei integracji, będącej kolejnym etapem ewolucji sposobu odnoszenia się osób zdrowych do upośledzonych [42].

Larkowa [43] zauważa, że wobec osób niepełnosprawnych ludzie przejawiają różne postawy:

- uczuciowe

  - pozytywne - okazywanie życzliwości i sympatii, uznanie, szacunek dla osób niepełnosprawnych
  - pośrednie - współczucie, litość, obojętność, ciekawość, zainteresowanie
  - negatywne - niechęć do widoku inwalidztwa, ujemna ocena tych osób
- wolicjonalne
  - pozytywne- akceptacja i chęć utrzymania kontaktów
  - pośrednia - przyglądanie się
  - negatywna - unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi
- intelektualne, a w każdej z nich: pozytywne, pośrednie i negatywne.

Według Larkowej [43] na powyższe ma wpływ pięć czynników takich jak:

- środowisko społeczne,
- warunki ekonomiczne,
- widok nietypowych cech fizycznych,
- rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi,
- informacje o tych osobach.

W piśmiennictwie podkreśla się, iż negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych ujawniają się najczęściej wtedy, gdy charakteryzują się one takimi cechami, jak [44]:

- manifestowanie kalectwa,
- zbytnie żądanie przywilejów,
- unikanie innych osób,
- zamykanie się w sobie,
- uskarżanie się na inwalidztwo,
- bierność i poddanie się z rezygnacją losowi,
- złośliwość,
- agresywność,
- nieliczenie się z innymi.

Sękowski [45] uważa niestety, że postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych są przeważnie negatywne.

W opinii Granofsky'ego [cyt. za 45] postawy negatywne wobec osób niepełnosprawnych, charakteryzują się:

- uczuciem litości lub nadopiekuńczości - niedocenianiem, deprecjonowaniem, cie-

kawością, przecenianiem wpływu inwalidztwa na psychikę, wyolbrzymianiem ograniczeń;

- negatywnym nastawieniem poznawczym - przesadnym zajmowaniem się wyglądem osoby niepełnosprawnej, zwracaniem szczególnej uwagi na kalectwo, przecenianiem brzydoty kalectwa.
- negatywnym nastawieniem społecznym: uczuciem lęku i zakłopotania w obecności inwalidy, zwiększaniem dystansu społecznego, brakiem akceptacji dla udziału osób niepełnosprawnych w różnych kontaktach i interakcjach społecznych

Badania Guskina [cyt. za 45] wskazują że istnieje możliwość modyfikacji negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych poprzez np. stwarzanie możliwości nawiązania osobistych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, pełniącymi powszechnie akceptowane role społeczne.

Istotną rolę w kształtowaniu się postaw odgrywają także własne doświadczenia w pracy i kontaktach osobistych z niepełnosprawnymi [46].

Osoby, którym brak takich doświadczeń, przejawiają zdecydowanie niechętne postawy wobec niepełnosprawnych, natomiast ci, którzy mają niepełnosprawne rodzeństwo lub niepełnosprawnego członka rodziny, przejawiają bardziej pozytywne postawy [46].

Bardziej pozytywne postawy współwystępują z ujmowaniem życia, jako wartości duchowej i prezentowane są „przez osoby traktujące życie, jako doświadczenie, które pogłębia wiarę w Boga, a budowanie przyjaźni z Bogiem, jako plan Boży, dążenie ku zbawieniu, okazję do budowania w sobie dobra” [cyt. za 44].

Ocena zależności pomiędzy poczuciem sensu życia, a postawami wobec osób niepełnosprawnych dokonana w grupie studentek pedagogiki specjalnej wykazała dodatnie, istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy postawami wobec osób niepełnosprawnych, a ogólnym poczuciem sensu życia i jego składnikami. Za składniki te uznano cele życia, afirmację życia, ocenę siebie, ocenę własnego życia oraz poczucie wolności i odpowiedzialności. Okazało się, że z bardziej pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych współwystępowało większe poczucie, iż życie ma sens i jest celowe [cyt. za 44].

Badania w grupie młodzieży licealnej wykazały, iż chłopcy prezentujący większą potrzebę opiekowania się innymi, bardziej taktowni w stosunku do innych, bardziej lubiący ludzi, częściej charakteryzowali się pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych.

Większa akceptacja osób niepełnosprawnych dotyczyła także chłopców bardziej pozytywnie nastawionych do życia i do innych ludzi, bardziej konsekwentnych w swym działaniu, a także bardziej obowiązkowych oraz ceniący dobrą organizację [cyt. za 44]. W grupie dziewcząt większa akceptacja osób niepełnosprawnych, łączyła się istotnie z większym optymizmem w przewidywaniu przyszłości, większą energią w działaniu, uporem w dążeniu do celu, solidnością, większym poczuciem obowiązku i pracowitością. Wykazywały one bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, większą potrzebę rozumienia siebie i innych, większą potrzebę opiekowania się innymi oraz większe nasilenie potrzeby afiliacji [cyt. za 44].

Stankiewicz [47] wykazał, iż niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), czy wrogość (8,7%). Najwyższy odsetek ankietowanych przez Jasińską-Kanię i Straszyńską [48] z grupy młodzieży z Podlasia deklarował negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w sferze biologicznej i intymnej (po 9%).

W pracy Kułak i Kułak [49], 38,2% studentów stwierdziło, iż stosunek większości Polaków do osób niepełnosprawnych jest bardzo dobry. Deklarowali oni także najczęściej, iż mają lub mieli osoby niepełnosprawne wśród znajomych, przyjaciół (36,4%), ale pod pojęciem „niepełnosprawność" rozumieli z reguły brak całkowitej sprawności ruchowej (40,9%). W innym opracowaniu Kułak i wsp. [50] badaniem objęli 250 losowo wybranych mieszkańców Białegostoku w wieku 17-19 lat i stwierdzili, że ankietowani pod pojęciem „niepełnosprawność" najczęściej rozumieli brak całkowitej sprawności ruchowej (54%), a tylko w 25,2% zaburzone funkcjonowanie zmysłów. Słowem (cechą), które przychodziło respondentom do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, najczęściej było „poruszający się na wózku inwalidzkim" - 36,8%, „bezradny" - 38,4% lub „niesprawny ruchowo/ fizycznie" - 34,8% [50]. Kułak i wsp. [51] analizowali także wypowiedzi grupy 104 zawodowo czynnych pielęgniarek na temat niepełnosprawnych. Respondentki najczęściej deklarowały, iż w swoim otoczeniu mają lub miały osoby niepełnosprawne wśród znajomych, przyjaciół (41,3%) lub mają lub miały takie osoby w rodzinie (23,1%). Pod pojęciem „niepełnosprawność" rozumiały najczęściej trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie (47,1%) i potrzebę funkcjonowania z pomocą innych (45,2%). Słowem jakie pierwsze przychodziło im do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, najczęściej wskazywały: „potrzebujący pomocy/opieki" (19,2%) lub „kaleka" (12,5%) [51].

Respondenci z pracy Stankiewicza [47] w większości (95%) wyrazili przekonanie, iż

niepełnosprawni powinni pracować, ale jednocześnie ponad 82% z nich było zdania, że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

Najwięcej (90,9%) studentów analizowanych przez Kułak i Kułak [49], było przekonanych, iż osoby niepełnosprawne powinny pracować razem ze zdrowymi, jednakże powinni mieć przystosowane stanowisko pracy. Byli też przekonani, że opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach, powinna przede wszystkim rodzina (83,6%) oraz przyjaciele/znajomi (59,1%). W innej pracy Kułak i wsp. [50] w opinii większości respondentów (92%) osoby niepełnosprawne powinny pracować wszędzie, razem ze zdrowymi, ale powinni mieć przystosowane stanowisko pracy. Ankietowani z reguły byli przekonani, iż osoby niepełnosprawne powinny zawierać małżeństwo (72,8%), mieć dzieci (63,6%), mieć możliwość uczęszczania do klas integracyjnych w każdej szkole (81,6%), powinny jeździć samochodem (63,2%) i nie powinny mieszkać w oddzielnych domach (79,2%). Oceniana młodzież była w większości (81,6%) przekonana, iż niepełnosprawni nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego (81,6%) i zawodowego (78,8%) [50]. Większość pielęgniarek badanych przez Kułak i wsp. [51] także uważało, że osoba niepełnosprawna powinna zawierać małżeństwo (81,7%), mieć dzieci (62,5%) i powinna pracować (98,1%). Preferowane przez pielęgniarki grupy niepełnosprawnych nad którymi mogłyby podjąć opiekę to osoby z wadami wymowy (71,2%), niepełnosprawni ruchowo (71,1%) i niedowidzący (70,2) [51].

Wydaje się, iż w celu zmiany postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, istotną rolę odgrywają coraz liczniejsze kampanie społeczne. Niestety Kułak i Kułak [49], wykazali, iż większość (80,9%) studentów nie potrafiło wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych, a 49,9% żadnej organizacji działającej na rzecz takich osób.

W tym miejscu warto podkreślić, że w odniesieniu do osób niewidomych funkcjonuje np. stereotyp, że są one szczególnie uzdolnione muzycznie, chociaż nie zostało to poparte żadnym naukowym dowodem [52].

Według Goffmana [53], gdy osoba ma jakąś ułomność, ludzie są skłonni przypisywać jej inne cechy negatywne, ale często także atrybuty o charakterze nadnaturalnym. Za przykład powyższego podaje fakt, że np. ludzie nierzadko zwracając się do niewidomych mówią głośniej, tak jakby byli oni również słabo słyszący, albo przypisują im takie cechy jak np. nadzwyczajny słuch czy ”nadzwyczajna, nadnaturalna, dostępna pozawzrokowo wiedza o świecie” [53].

W dostępnych badaniach [54,55,56] dotyczących obrazu osób niepełnosprawnych widzianego oczami pełnosprawnego społeczeństwa badani przypisują im głównie cechy niepożądane, takie jak: słabość, bierność, wycofywanie się z życia społecznego, samotność, bycie ciężarem dla swoich najbliższych, mające nikłe szanse na pozytywne ułożenie sobie życia osobistego i rodzinnego oraz nieprzydatność do pełnienia ról zawodowych.

Wyczesany [57] wykazała w grupie 60. gimnazjalistów oraz 42. licealistów, że 37% badanej młodzieży zaakceptowało by osobę niewidomą jako przyjaciela, 25% – osobę z niepełnosprawnością ruchową, 23% –osobę niesłyszącą, a jedynie 15% –niepełnosprawną intelektualnie. Chęć zamieszkania obok osoby niewidomej, a zaraz potem – z niepełnosprawnościami ruchowymi wyraziło 42% respondentów. Jednocześnie jednak jedynie 20% uważało, że osoba niewidoma może uczestniczyć w takich samych formach rozrywki jak ludzie pełnosprawni [57].

Westbrook i wsp., za Gładyszewska-Celulko [58] analizowali różnice pomiędzy postawami wobec niepełnosprawnych w zależności od narodowości ankietowanych. Wśród 20. ocenianych grup na pierwszym miejscu w zakresie prezentowania pozytywnych postaw byli Niemcy, potem Australijczycy, a na końcu Grecy i Arabowie.

Gładyszewska-Celulko [58] analizując wyniki uzyskane w Polsce i Australii w grupie 60. osób: 30. w Polsce (19. kobiet i 11. mężczyzn) oraz 30. w Australii (14. kobiet i 16. mężczyzn) wykazała, że istnieje wiele podobieństw pomiędzy młodzieżą z różnych krajów w postawach wobec osób niewidomych, co może wynikać ze zmian społeczno-kulturowych na świecie.

W tym miejscu warto podkreślić, że negatywne postawy i oczekiwania ludzi sprawnych wobec osób niepełnosprawnych mogą mieć ujemny wpływ na zachowanie tych osób wobec siebie samych oraz wobec sprawnych jednostek. Mogą utrudniać przystosowanie się i akceptowanie własnej niepełnosprawności oraz zniechęcać do podejmowania najmniejszego nawet wysiłku [43, 59]. Mogą wyzwalać poczucie pogardy dla samego siebie i swojej niepełnosprawności, osłabiać mechanizmy odpornościowe i niweczyć efekty podejmowanych działań. Brak akceptacji własnego inwalidztwa zaburza niestety proces kształtowania się wzajemnych relacji między osobami niepełnosprawnymi a sprawnymi [60]. Zaakceptowanie siebie jest warunkiem akceptacji innych osób, sprzyja wyzwoleniu sympatii i życzliwości w stosunku do innych oraz otwartości w kontaktach z otoczeniem. Z kolei poczucie niższości i brak akceptacji własnej osoby i własnej ułomności prowadzi do uruchomienia mechanizmu obronnego w postaci projekcji lub kompensacji poprzez deprecjo-

nowanie innych ludzi, sprzyja ograniczeniu kontaktów interpersonalnych z innymi osobami, a zwłaszcza tymi, które nie odpowiadają pewnym kanonom czy stereotypom społecznym [61].

W roku 2001, Link i Phelan [62] opisali zjawisko stygmatyzacji i podkreślali, iż można o nim mówić wtedy, gdy współistnieją następujące powiązane ze sobą elementy: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie „nas" od „nich" na podstawie utworzonych stereotypów, utrata statusu społecznego i dyskryminacja.

Pojęcie „stygmatyzacja wywodzi się prawdopodobnie od terminu greckiego *stigma*, *atos* - nakłucie, piętno, które oznaczało znamię, piętno lub punkt, znak wypalany żelazem, nacięty, wybity na skórze przestępcy albo niewolnika, w celu oznaczenia [63,64]. Odnosi się ona do społecznej dezaprobaty i negatywnego odbioru ludzi ze względu na charakteryzujące ich cechy, a nadanie piętna prowadzi do alienacji i odrzucenia osób obarczonych stygmatem [64]. Uważa się, że stygmat to jeden z najsilniejszych środków społecznego oddziaływania wobec osób o nieakceptowanych przez środowisko cechach, wykorzystywany do marginalizowania, wykluczania oraz demonstracji siły [65].

Goffman [53] twórca teorii stygmatyzacji, zauważa iż w wyniku upływu czasu stygmat może ulec złagodzeniu lub zaostrzeniu.

Oprócz przypisania etykiety, zjawisku stygmatyzacji mogą towarzyszyć takie zjawiska jak np. odmawianie praw, szykanowanie, znęcanie się psychiczne, wyśmiewanie oraz przemoc fizyczna [66,67].

Aggleton [65] podkreśla, że stygmat jest traktowany jako jeden z najmocniejszych środków społecznych stosowanych do marginalizowania, a z kolei w opinii Alonzo i Reynoldsa [68] –jest on dotkliwą etykietą społeczną, zmieniającą radykalny sposób, w jaki osoby napiętnowane postrzegają siebie oraz są postrzegane przez innych.

W piśmiennictwie, za Czykwin [67] podkreśla się negatywne skutki, jakie to zjawisko może wywołać u „naznaczanych" jednostek i wymienia się efekt:

- etykietowania - kiedy ludzie zaczynają zachowywać się w odmienny sposób wobec danej osoby, przy czym kierują się informacjami o posiadaniu przez nią „etykiety", a co wynika już z wcześniejszego nastawienia do danej osoby,
- Pigmaliona - spełnianie się pozytywnego oczekiwania wobec kogoś dlatego, że takie pozytywne oczekiwanie sobie wytworzyliśmy,
- Golema - określone oczekiwania w stosunku do innych osób, samych siebie lub przyszłych zdarzeń wpływające na zachowanie innych, bądź nas samych, co powoduje spełnienie oczekiwań.

W podsumowaniu tego rozdziału warto podkreślić, że niepełnosprawność narządu wzroku to bardzo poważny problem społeczny, którego skutki odczuwa nie tylko osoba z dysfunkcja narządu wzroku, ale też jej rodzina i otoczenie.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Według Karaś [69] „*niepełnosprawność powstaje dopiero w zetknięciu z barierami, za które odpowiedzialne jest społeczeństwo. Uszkodzenia ciała nie tworzą niepełnosprawności w sensie społecznym. To dopiero ograniczenia wynikające z nieprzystosowania społeczeństwa decydują o tym, czy dana osoba zostanie z niego wykluczona*".

Raport przygotowany przez Fundację Avalon przedstawił wyniki badania zrealizowanego od kwietnia do maja 2023 roku metodą wywiadów on-line (CAWI) z użyciem programu Microsoft Forms [70]. Objęto nim 906. osób deklarujących przynależność do grupy osób z niepełnosprawnościami. Badani twierdzili, że ich niepełnosprawność wzbudza w osobach z otoczenia współczucie (47%), empatię, chęć niesienia pomocy (43%), ciekawość (37%), zakłopotanie (35%), szacunek, podziw, uznanie (35%), ale także lęk (17%), wrogość (13%) i zażenowanie (13%) [70].

Jednym z głównych problemów i trudności występujących u osób niewidomych niezależnie od wieku jest samodzielne poruszanie się oraz orientacja przestrzenna [71]. Często odnalezienie poszukiwanego miejsca, nawet niezbyt odległego jest utrudnione co może wynikać z zaburzeń orientacji w przestrzeni, a także konieczności zapamiętywania wielu szczegółów w odpowiedniej kolejności. Do pełnego funkcjonowania społecznego istotne jest wykorzystanie kompensacji poprzez wypracowanie efektywnego posługiwania się dobrze funkcjonującymi zmysłami. Dzięki temu osoba niewidoma może zwiększyć swoje umiejętności poznawcze oraz samodzielność, niezbędne do sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie. Jednak nie można zapominać, że funkcjonowanie osoby z uszkodzeniem wzroku zależy od wielu czynników, w tym czasu utraty wzroku, stopnia utraty wzroku, rodzaju schorzenia i wynikających z niego następstw, doświadczeń życiowych, wsparcia rodziny i najbliższych [71].

W związku z powyższym za cel główny postawiono ocenę wybranych problemów w funkcjonowaniu osób z dysfunkcją narządu wzroku.

Za cele szczegółowe pracy uznano ocenę w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku głównych problemów z jakimi borykają się w codziennym życiu; jakości ich życia; satysfakcji z życia; uogólnionej własnej skuteczności; stopnia poczucia samotności; kontroli emocji; skali uzyskiwanego wsparcia społecznego oraz różnic w powyższym pomiędzy osobami z wadą wzroku wrodzoną i nabytą.

Pytania badawcze

1. Jakie najczęściej problemy dotyczą osób z dysfunkcją narządu wzroku?
2. Czy badani znają Alfabet Braille'a i porozumiewają się nim z osobami widzącymi?
3. Czy zdaniem ankietowanych wsparcie rodzin osób niewidomych/niedowidzących w Polsce jest wystarczające?
4. Jakie są najważniejsze potrzeby osób niewidomych/niedowidzących?
5. Jakie trudności napotykają respondenci w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi i z osobami widzącymi?
6. Jakie uczucia wzbudziła w badanych informacja o utracie wzroku?
7. Jakie zmiany zaszły w życiu badanych po usłyszeniu diagnozy o utracie wzroku?
8. Czy osoby niewidome/niedowidzące w opinii badanych powinny realizować różne aktywności życiowe w normalny sposób?
9. Jak w opinii badanych odnosi się społeczeństwo do osób niewidomych/ niedowidzących?
10. Czy badani odczuwali kiedykolwiek stygmatyzowanie z powodu dysfunkcji wzroku?
11. Czy w opinii badanych osoby niewidome/niedowidzące mają dostęp do wszystkich aspektów życia zawodowego i społecznego.
12. Jakie najczęstsze sposoby poprawy komfortu życia osób niedowidzących lub niewidomych wskazywali ankietowani?
13. Jaki poziom jakości życia, satysfakcji z życia, własnej skuteczności i kontroli emocji prezentują badani?
14. Jaki rodzaj wsparcia otrzymują ankietowani od współmałżonków, rodziny, przyjaciół, psychologa, personelu medycznego, pracowników socjalnych i lekarzy okulistów?
15. Czy są różnice pomiędzy osobami z wrodzoną wadą wzroku, a wadą nabytą oraz znającymi i nieznającymi alfabet Braille'a w ocenie:
    - jakości życia,
    - poziomie satysfakcji z życia,
    - umiejętnościach radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych,
    - poczuciu samotności,
    - umiejętności panowania nad emocjami.
16. Czy istnieją statystycznie istotne zależności pomiędzy wszystkimi miarami jakości życia, a:
    - satysfakcją z życia,

- poczuciem własnej skuteczności,
- pozyskiwanym wsparciem (od współmałżonka, rodziny, przyjaciół, psychologa, pracowników ochrony zdrowia, nauczyciela, pracownika socjalnego oraz lekarza okulisty),
- poczuciem samotności,
- zdolnością kontroli emocji,
- postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych,
- odczuwaniem stygmatyzacji?

17. Czy czynniki demograficzne i społeczne (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód czy liczba zamieszkujących wspólnie osób) mają wpływ na jakość życia osób z dysfunkcjami wzroku?

Hipotezy badawcze

1. Najczęściej osoby z dysfunkcją narządu wzroku zmagają się z problemami przy poruszaniu się oraz robieniu zakupów
2. Badani znają alfabet Braille'a, ale z osobami widzącymi i niewidomymi/ niedowidzącymi porozumiewają się werbalnie.
3. W opinii większości ankietowanych osób wsparcie rodzin osób niewidomych/ niewidzących w Polsce jest wystarczające.
4. Badani za najważniejsze potrzeby osób niewidomych/niedowidzących uznali konieczność posiadania opiekuna/asystenta, trudną sytuację materialną, trudności w znalezieniu pracy, przy wypełnianiu dokumentów i poruszaniu się po mieście oraz problem samotności
5. Za największe trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/ niedowidzącymi badani uznali poczucie niepewności, „zamknięcie w sobie", a z osobami widzącymi – brak zrozumienia przez nich sytuacji osoby niewidomej/ niedowidzącej .
6. Informacja o utracie wzroku wyzwoliła w badanych objawy depresji, lęku, załamania, złości oraz poczucia utraty sensu życia.
7. Po usłyszeniu diagnozy w życiu badanych zaszło wiele zmian, głównie odczuwanych przez nich jako negatywne.
8. W opinii respondentów osoby niewidome/niedowidzące powinny realizować różne aktywności życiowe w normalny sposób.

9. W opinii ankietowanych społeczeństwo odnosi się pozytywnie do osób niewidomych/ niedowidzących.
10. Badani odczuwali stygmatyzowanie z powodu dysfunkcji wzroku**.**
11. W opinii badanych osoby niewidome/niedowidzące nie mają pełnego dostępu do wszystkich aspektów życia zawodowego i społecznego.
12. Wśród najczęstszych sposobów poprawy komfortu życia osób niewidomych/ niedowidzących ankietowani wskazali edukację społeczną.
13. Ankietowani prezentują przeciętny poziom jakości życia, satysfakcji z życia, własnej skuteczności oraz kontroli emocji.
14. Respondenci otrzymują najczęściej od współmałżonków, rodziny, przyjaciół, psychologa, personelu medycznego, pracowników socjalnych oraz lekarzy okulistów wsparcie emocjonalne i informacyjne.
15. Osoby z wrodzoną wadą wzroku i znające alfabet Braille'a w odniesieniu do osób z wadą nabytą i nie znających alfabet Braille'a wyżej oceniali swoją jakość życia, poziom satysfakcji z życia, posiadali wyższe poczucie umiejętności radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach, odczuwali mniejsze poczucie samotności i posiadali większą umiejętność panowania nad emocjami.
16. Istnieją statystycznie istotne zależności pomiędzy wszystkimi miarami jakości życia, a satysfakcją z życia, poczuciem własnej skuteczności, pozyskiwanym wsparciem (od współmałżonka, rodziny, przyjaciół, psychologa, pracowników ochrony zdrowia, nauczyciela, pracownika socjalnego oraz okulisty), poczuciem samotności, zdolnością kontroli emocji, postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych oraz odczuwaniem stygmatyzacji.
17. Czynniki demograficzne i społeczne (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód czy liczba zamieszkujących wspólnie osób) mają wpływ na jakość życia osób z dysfunkcjami wzroku.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku podopiecznych:

- Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi Stowarzyszenie
- Spółdzielni SNB Białystok – Warsztaty Terapii Zajęciowej
- Polskiego Związku Niewidomych, Domu Pomocy Społecznej im. Kazimierza Jaworka w Chorzowie
- Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
- Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego
- Polskiego Związku Niewidomych
- Zakładu Pracy Chronionej, Olsztyn
- Polskiego Związku Niewidomych, Okręg Dolnośląski, Wrocław
- Polskiego Związku Niewidomych, Okręg Podlaski, Białystok
- Polskiego Związku Niewidomych, Okręg Mazowiecki, Warszawa
- Polskiego Związku Niewidomych, Okręg Świętokrzyski, Kielce.

Rozdano 220 ankiet, a do badania wykorzystano 194 ankiety kompletnie wypełnione. Ankiety słabowidzący wypełniali sami, a niewidzącym pomagali w powyższym ich opiekunowie.

Kryterium włączenia do badań było posiadanie stwierdzonej dysfunkcji narządu wzroku i zgoda na udział w badaniu.

Kryterium wyłączenia z badań był brak stwierdzonej dysfunkcji narządu wzroku i brak zgody na udział w badaniu.

Uzyskano na te badania zgodę Komisji Bioetycznej UMB – nr APK.002.252.2023 oraz wymienionych placówek (zgody złożone do komisji Bioetycznej).

W badaniu zastosowano poniższe narzędzia badawcze:

- ankietę autorstwa własnego
- narzędzia standaryzowane, takie jak:
  - Skala zasobów materialnych rodziny (*fammily Affluence Scale* -FAS)
  - Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia - *The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) –Bref*
  - Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera, Emmonsa, Larsona, Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego

- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, Schwarzera, Jerusalem, Juczyńskiego
- Skala Wsparcia Społecznego wg Kmiecik-Baran
- Skala do pomiaru Poczucia Samotności De Jong Gierveld, polska adaptacja: P. Grygiel, G. Humenny, S. Rębisz, P. Świtaj, J. Sikorska
- Skala Kontroli emocji CECS Watson i Greer w adaptacji Juczyńskiego

CHARAKTERYSTYKA NARZĘDZI BADAWCZYCH

Ankieta autorstwa własnego

- Część I – pytania o wiek, płeć, wykształcenie, liczebność rodziny, miejsce zamieszkania, sytuację badanego na rynku pracy, miesięczny dochód, samoocena sytuacji materialnej, stopień ubytku widzenia
- Część II – pytania o stopień ubytku widzenia; ostrość wzroku; pole widzenia; jak powstała wada wzroku; z jakimi problemami borykają się chorzy; z pomocy, której instytucji korzystają najczęściej przy załatwianiu swoich spraw; z pomocy którego specjalisty korzystają najczęściej; czy uczęszczają na zajęcia specjalistyczne, koła zainteresowań; jakiego typu to są zajęcia; jak często uczestniczą w tych zajęciach; czy ich zdaniem w Polsce rodziny osób niewidomych/niedowidzących mają wystarczające wsparcie w wychowaniu i opiece; najważniejsze potrzeby osoby niewidomej/niedowidzącej; trudności jakie muszą pokonywać załatwiając różne swoje sprawy; co jest dla nich najtrudniejsze w kontakcie z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi, a co w kontakcie z osobami widzącymi; czy znają alfabet Braille'a; jak porozumiewają się z innymi osobami widzącymi; jak porozumiewają się z innymi osobami niewidzącymi/niedowidzącymi; czy są zadowoleni ze swojego sposobu komunikacji z osobami widzącymi; czy są zadowoleni ze swojego sposobu komunikacji z osobami niewidzącymi/ niedowidzącymi; jaka była ich reakcja na wiadomość, że mają uszkodzony wzrok, co w ich życiu zmieniło pojawienie się takiej informacji, co by powiedzieli innym osobom z uszkodzonym wzrokiem, co by powiedzieli osobom nie mającym problemu ze wzrokiem**;** czy spotykają się z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi; czy spotykają się z innymi osobami widzącymi; czy znają organizacje działające na rzecz osób niewidomych/niesłyszących; co jest dla nich miarą szczęścia; jak spędzali czas wolny, czy uczestniczyły w tym także osoby widzące; co ich zdaniem osoby niewidzące/niedowidzące powinny robić;

czy ich zdaniem społeczeństwo dobrze traktuje osoby niewidome/niedowidzące; czy ich zdaniem osoby niewidome/niedowidzące mają pełny dostęp do wszystkich dziedzin życia zawodowego i społecznego; czy osoby niewidome/niedowidzące są aktywne w życiu zawodowym, społecznym i osobistym; czy osoby niewidome/niedowidzące powinny jeździć samochodem, jeździć tylko specjalnymi autobusami, pracować i/lub mieszkać z innymi niewidomymi/niedowidzącymi; jakie obszary życia należałoby zmienić, żeby poprawić komfort życia rodzin osób niewidomych/niedowidzących; jak oceniają pomimo dysfunkcji wzroku, stan swojego zdrowia; jak często martwią się o swój wzrok; czy z powodu dysfunkcji wzroku odczuwają mobbing/ stygmatyzację, czy informacje związane z ceną i składem produktów są możliwe do odczytania przez osoby niedowidzące.

Skala zasobów materialnych rodziny (*Fammily Affluence Scale* -FAS)

W skali są cztery pytania: 1. *Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)? 2. Czy masz własny pokój dla Twojego wyłącznego użytku? 3. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś ze swoją rodziną na wakacje lub święta poza miejsce zamieszkania? 4. Ile komputerów należy do Twojej rodziny?* [72].

Za odpowiedź nie przyznaje się 0 pkt., za odpowiedź tak - 1 pkt., a za odpowiedź dwa i więcej - 2 pkt. Za bardzo niski poziom FAS przyjmuje się wynik 0-1 punktów, za niski 2-3, za przeCiętny 4-5 i za wysoki powyżej 6 punktów [72].

Rzetelność skali mierzona współczynnikiem Cronbacha wzrosła z 0,497 do 0,643 [72].

Skrócona wersja ankiety oceniającej jakć życia - *(WHOQOL) –Bref*

Wersja Bref (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie WHOQOL-100. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiska. Skala zawiera również pozycje (pytania), które analizowane są oddzielnie: pytanie 1: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2: dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [73].

Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie tych dziedzin i ma kierunek pozytywny co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia.

Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin [73].

Rzetelność domeny somatycznej – α Cronbacha = 0,80, domeny psychologicznej - α Cronbacha = 0,78 oraz środowiskowej - α Cronbacha = 0,78.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)
Dienera, Emmonsa, Larsona, Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego

Badany oceniał w jakim stopniu każde z pięciu stwierdzeń skali odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie: 1 - oznacza - zupełnie nie zgadzam się, 2 - nie zgadzam się, 3 - raczej nie zgadzam się, 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam, 5 - raczej zgadzam się, 6 - zgadzam się oraz 7 - całkowicie zgadzam się [74].

Uzyskane oceny podlegały sumowaniu, a ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mógł mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie, zaś w granicach 7-10 stena jako wysokie, co odpowiada obszarowi około 33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne [74].

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) *SWLS,* ustalony w badaniu 371 osób dorosłych wynosi 0,81. Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86 [74].

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES,
Schwarzera, Jerusalem, Juczyńskiego

Składa się z 10 stwierdzeń, które pozwalają zmierzyć siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami [74].

Badany zaznaczał wybrane przez siebie odpowiedzi otaczając kółkiem właściwą cyfrę. Na każde pytanie są do wyboru cztery odpowiedzi: nie-1, raczej nie - 2, raczej tak - 3, tak - 4 .

Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który może się mieścić w granicach od 10 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane, podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena uważa się za niskie
- 7 - 1 0 stena - za wysokie
- 5 i 6 stena - za przeciętne.

Skala charakteryzuje się wysokim współczynnikiem α Cronbacha – 0,85 [74].

Skala Wsparcia Społecznego wg Kmiecik-Baran

Skala Wsparcia Społecznego opiera się na założeniach teoretycznych przedstawionych przez Tardy'ego i służy do badania rodzaju oraz siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od określonych grup społecznych. Tardy wyodrębnił cztery rodzaje wsparcia jakie jednostka może otrzymać od wymienionych wyżej grup, a które uwzględniono konstruując narzędzie mianowicie [75,76,77]:

- wsparcie informacyjne - polegające na dostarczaniu jednostce ważnych dla jej funkcjonowania wiadomości, rad, porad, itp.;
- wsparcie instrumentalne - polegające na udzielaniu jednostce konkretnej pomocy, np. pożyczenie pieniędzy, zrobienie zakupów;
- wsparcie wartościujące - polegające na dawaniu jednostce do zrozumienia, że posiada takie możliwości (zdolności, umiejętności, itp.), które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby;
- wsparcie emocjonalne - polegające na dawaniu jednostce do zrozumienia, że zawsze na tę właśnie grupę lub osobę może liczyć i w każdej chwili udzielona mu zostanie pomoc.

Przyjęto następującą skalę ocen:

- 4 – tak – twierdzenie bardzo silnie nasycone danym rodzajem wsparcia;
- 3 – raczej tak – twierdzenie silnie nasycone danym rodzajem wsparcia;
- 2 – raczej nie – twierdzenie słabo nasycone danym rodzajem wsparcia;

- 1 – nie, nie dotyczy – twierdzenie w ogóle nie nasycone danym rodzajem wsparcia;

Obliczanie wyników przedstawia się następująco: w przypadku twierdzeń pozytywnych, badany za każdą odpowiedź "tak" otrzymuje 4 punkty, za "raczej tak" 3 punkty, za "raczej nie" 2 punkty, za "nie" i "nie dotyczy" 1 punkt. W przypadku twierdzeń negatywnych punktacja jest odwrotna.

Skala Wsparcia Społecznego pozwala na uzyskanie przez badanego pięciu wyników (w odniesieniu do każdej grupy wsparcia):

1. Wynik ogólny, pozwalający określić poziom wsparcia społecznego bez różnicowania go na rożne rodzaje wsparcia. Maksymalnie można było uzyskać 64 punkty - co oznacza otrzymywanie pełnego wsparcia społecznego, całkowity brak wsparcia – 16 punktów. Tak więc:
   - do 32 punktów – bardzo niski poziom wsparcia społecznego;
   - od 33 do 47 punktów – średni poziom wsparcia społecznego;
   - od 48 do 64 punktów – wysoki poziom wsparcia społecznego.
2. Wynik świadczący o poziomie wsparcia informacyjnego - maksymalnie można było uzyskać 16 punktów, co świadczy o bardzo dużym poziomie wsparcia informacyjnego; minimalnie można było uzyskać 4 punkty co świadczy o braku wsparcia informacyjnego. Tak więc:
   - od 4 do 7 punktów oznacza niski poziom wsparcia informacyjnego;
   - od 8 do 12 punktów średni poziom wsparcia informacyjnego;
   - od 13 do 16 punktów wysoki poziom wsparcia informacyjnego.
3. Wynik świadczący o poziomie wsparcia instrumentalnego, zasady obliczania podobne jak w punkcie 2.
4. Wynik świadczący o poziomie wsparcia wartościującego, zasady obliczania podobne jak w punkcie 2.
5. Wynik świadczący o poziomie wsparcia emocjonalnego, zasady obliczania podobne jak w punkcie 2.

W podskalach wynik mieścił się od 6 - 30 punktów. Wsparcie społeczne oceniane było przez odniesienie ich do norm stenowych. Przy ocenie wyników stenowych korzystano z następującej kategoryzacji:

- Sten 1 – 3 – wyniki niskie;
- Sten 4 – 7 – wyniki przeciętne;
- Sten 8 – 10 – wyniki wysokie [75,76,77].

Rzetelność narzędzia wyliczona dla kilku prób, wśród nich na grupie studentów różnych uczelni i różnych kierunków, za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana–Browna okazała się dość wysoka, w granicach 0,79–0,89.

Skala do pomiaru Poczucia Samotności De Jong Gierveld, polska adaptacja: P. Grygiel, G. Humenny, S. Rębisz, P. Świtaj, J. Sikorska

Narzędzie składa się z 11 twierdzeń i jest częściowo zbalansowane, 6 itemów zawiera zdania negatywnie sformułowane, opisujące brak satysfakcji z kontaktów społecznych, a pozostałe 5 – pozytywnie sformułowanych – mierzy satysfakcję związaną z relacjami interpersonalnymi [78].

Odpowiedzi udzielane są na skali 5-stopniowej: od „zdecydowanie tak" do „zdecydowanie nie".

Wskaźnik poczucia samotności oblicza się rekodując 6 itemów „negatywnych" (tj. twierdzenia nr 2, 3, 5, 6, 9 oraz 10), następnie zaś sumując wszystkie pozycje testowe.

Skala samotności De Jong Gierveld może być wykorzystywana zarówno w diagnozie indywidualnej, jak i badaniach naukowych, do pomiaru poczucia samotności.

Współczynnik wewnętrznej stabilności alfa Cronbacha skali jest wysoki ($\alpha = 0,89$), podobnie jak wartość średniej korelacji międzypozycyjnej ($r = 0,42$) oraz współczynnik homogeniczności H Loevinger ($H = 0,47$) [78]

Skala Kontroli emocji CECS Watson i Greer w adaptacji Juczyńskiego

Skala kontroli emocji (CECS) jest narzędziem samoopisu. Istotę badania stanowi określenie, w jakim stopniu jednostka jest subiektywnie przekonana o umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych [73].

Sumując wyniki wszystkich trzech podskal, ustala się ogólny wskaźnik kontroli emocji.

Ogólny wskaźnik kontroli emocji mieści się w granicach 21-84 punktów - im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji.

Dokonując oceny rzetelności polskiej wersji skali, poprzez oszacowanie jej zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej, otrzymano następujące współczynniki α Cronbacha: dla kontroli gniewu 0,80, depresji 0,77, lęku 0,78 oraz dla łącznego wskaźnika kontroli emocji 0,87 [73].

ANALIZA STATYSTYCZNA

Rozkład wieku przedstawiono za pomocą wybranych statystyk opisowych, a także w postaci prezentacji graficznej rozkładu procentowego wieku w 10. letnich przedziałach wiekowych. Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze a połowa większe od mediany
- wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum)
- odchylenie standardowe (s) – jest to miara „przeciętnego" odchylenia od wartości średniej
- dolny i górny kwartyl (c_{25} i c_{75}) – są to wartości poniżej (powyżej) której leży co czwarty pomiar danej cechy.

W części, gdzie analizowany był rozkład miar jakości życia, skuteczności, otrzymywanego wsparcia, etc., czyli miar psychometrycznych w całej badanej zbiorowości, analizy uzupełniono o wartość współczynnik asymetrii (A). Dodatnie wartości współczynnika asymetrii (szczególnie te przekraczające +1) oznaczają, iż w danej zbiorowości dominują wartości niskie i przeciętne, z nielicznymi wartościami wysokimi i bardzo wysokimi – jest to tak zwana asymetria prawostronna. Analogicznie, wartości ujemne (zwłaszcza poniżej –1) oznaczają asymetrię lewostronną. Współczynnik asymetrii zbliżony do 0 oznacza symetryczny rozkład miary liczbowej.

Zastosowano także Współczynnik korelacji rang Spearmana służący do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi, który jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału - 1 do 1. O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy –0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji: $|r_S| < 0{,}3$ – brak korelacji; $0{,}3 \le |r_S| < 0{,}5$ – słaba korelacja; $0{,}5 \le |r_S| < 0{,}7$ – przeciętna korelacja; $0{,}7 \le |r_S| < 0{,}9$ – silna korelacja; $0{,}9 \le |r_S| < 1$ – bardzo silna korelacja; $|r_S| = 1$ – idealna korelacja.

Wyniki uzupełniano rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.

W celu analizy wpływu czynników demograficznych i społecznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy status materialny) na jakość życia osób z dysfunkcjami wzroku oprócz współczynnika korelacji rang Spearmana zastosowano:

- Test *t* dla prób niezależnych jako test statystyczny, za pomocą którego porównuje się wartości przeciętne cechy liczbowej w dwóch populacjach (na przykład wśród kobiet i mężczyzn).

  Warunkiem stosowalności testu *t* jest normalność rozkładu badanej cechy w obu populacjach i porównywalność poziomu zmienności (tzw. jednorodność wariancji). Należy podkreślić, że test *t* jest odporny na naruszenie obu wyżej wymienionych założeń, jeżeli tylko w porównywanych grupach nie pojawiają się obserwacje wyraźnie odstające.

  W teście *t* stawia się hipotezę zerową, według której przeciętny poziom badanej zmiennej w obu populacjach jest identyczny.

  Wyliczona na podstawie danych empirycznych wartość prawdopodobieństwa testowego *p* określa „szansę" wystąpienia zmierzonych wartości, jeżeli pomiędzy obiema grupami faktycznie nie ma żadnych różnic. W związku z tym, gdy wartości *p* są niewielkie, możemy odrzucić hipotezę zerową i wnioskować o znamiennych różnicach w poziomie badanej cechy pomiędzy obiema grupami.

  Kierunek tych różnic ustala się porównując wartości średnie rozważanej cechy w obu grupach.

- Analizę wariancji (ang. ANOVA) jako technikę statystyczną służącą do porównywania przeciętnego poziomu cechy liczbowej w kilku populacjach.

  W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, wedle której we wszystkich porównywanych grupach rozważana cecha liczbowa ma ten sam przeciętny poziom.

  Na podstawie wartości prawdopodobieństwa testowego *p*, wyznaczanego w oparciu o test analizy wariancji, można hipotezę tę odrzucić (gdy *p* jest odpowiednio niskie), co *de facto* oznacza wpływ czynnika grupującego na poziom cechy liczbowej.

  Test analizy wariancji wymaga spełnienia dwóch założeń: o normalności rozkładu cechy liczbowej w każdej z rozważanych grup oraz tym samym poziomie zmienności (tzw. jednorodność wariancji) cechy liczbowej w poszczególnych grupach.

  W skrajnych sytuacjach należy zastosować alternatywny test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa).

  W przypadku porównywania dwóch populacji (na przykład wskaźnika BMI

pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn) test analizy wariancji sprowadza się do popularnego testu *t* dla prób niezależnych.

- Analiza regresji służy do oceny wpływu wielu czynników niezależnych na zmienną zależną mającą charakter liczbowy.

W klasycznym podejściu czynnikami niezależnymi są najczęściej zmienne o charakterze liczbowym, ewentualnie tzw. czynniki dychotomiczne, wskazujące na występowanie pewnego zjawiska (płeć, występowanie czynnika ryzyka).

W uogólnionym modelu regresji do rozważań można wprowadzić dowolne czynniki nominalne (takiej jak np. wykształcenie).

W modelu regresji liniowej przyjmuje się założenie, iż wartości zmiennej zależnej są powiązane z wartościami zmiennych niezależnych za pomocą funkcji liniowej, przy czym nie jest to związek deterministyczny a jedynie przybliżony.

Celem jest znalezienie modelu gwarantującego jak największą zbieżność wartości zmiennej zależnej wyliczanej z równania regresji z rzeczywistymi obserwacjami. Ponieważ nie wszystkie zmienne niezależne wprowadzane do modelu regresji muszą mieć znaczący wpływ na wartości zmiennej zależnej, dokonuje się poszukiwania optymalnego modelu, który zawierałby tylko czynniki istotne statystycznie i opisywał w jak największym stopniu zmienność cechy zależnej. Do tego celu wykorzystuje się zwykle procedury regresji krokowej (postępującej bądź wstecznej).

Wyniki analizy regresji obejmują najczęściej prezentację najlepszego ze znalezionych modeli i zawierają następujące informacje:

- listę zmiennych niezależnych pozwalających w „najlepszy" sposób przewidywać wartości zmiennej zależnej
- wartość współczynnika w modelu regresji (*B*) dla każdej z istotnych statystycznie zmiennych wraz z oceną tejże istotności (*p*)
- ogólną miarę jakości dopasowania modelu do danych – tzw. współczynnik determinacji (R^2), który przyjmuje wartości z zakresu 0 do 100% (przy czym wartość 0% oznacza, iż zmienne niezależne nie są w żaden sposób powiązane z wartościami zmiennej zależnej, zaś 100% oznacza, iż istnieje pomiędzy nimi ścisła zależność – w praktyce bardzo rzadko spotykana)
- ogólną ocenę istotności statystycznej całego modelu (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* wyliczaną za pomocą statystyki testowej *F*)

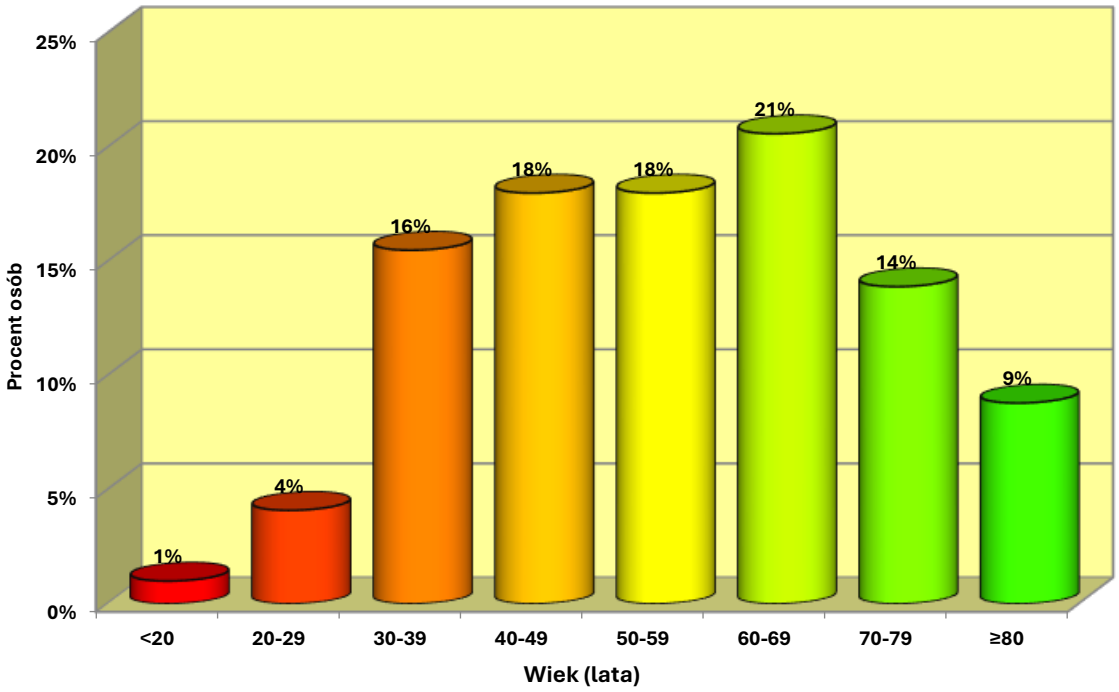
- standaryzowane współczynnik regresji (β), które są wyliczane w taki sposób, by umożliwić porównanie siły oddziaływania poszczególnych czynników niezależnych na zmienną zależną.

Ogólna charakterystyka badanej grupy

Analiza dotyczyła 194 osobowej grupy osób niewidomych lub niedowidzących.

Jeśli chodzi o płeć osób z ankietowanej grupy, to była niemal idealna równowaga kobiet i mężczyzn (odpowiednio 51% (99) kobiet i 49% (95) mężczyzn.

Rozkład wieku przedstawiono za pomocą wybranych statystyk opisowych, a także w postaci prezentacji graficznej rozkładu procentowego wieku w 10. letnich przedziałach wiekowych. Co piąta osoba liczyła 60-69 lat, nieco mniej liczne były grupy wiekowe 40-49 i 50-59 (po 18% całej zbiorowości). Wyniki obrazuje Rycina 1.



Rycina 1. Rozkład wieku badanych

Średni wiek ankietowanych osób to 55 lat, przy odchyleniu standardowym 16,7 lat. Najmłodsza osoba miała 18, a najstarsza 88 lat. Co czwarta liczyła nie więcej niż 42 lata (Tabela 1).

Tabela 1. Rozkład wieku badanych

Wiek (lata)						
$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
55,0	56	16,7	42	68	18	88

Większość ankietowanych osób nie zamieszkiwała samotnie – najczęstsza wielkość gospodarstwa domowego to dwie lub trzy osoby (w sumie prawie dwie trzecie całej zbiorowości). Wyniki obrazuje Tabela 2.

Tabela 2. Liczba osób zamieszkujących wspólnie z ankietowanymi

Liczba osób zamieszkujących wspólnie	Liczność	Procent
jedna	43	22,2%
dwie	70	36,1%
trzy	53	27,3%
cztery	19	9,8%
ięć i więcej	9	4,7%

Większość ankiet przeprowadzono w grupie respondentów dużych miast – badaną zbiorowość można uznać pod tym względem za niemal jednorodną i nie rozważać tego czynnika w dalszych analizach (Tabela 3).

Tabela 3. Miejsce zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	Liczność	Procent
<5tys. mieszkańców	4	2,1%
5-25 tys. mieszkańców	8	4,1%
25-40 tys. mieszkańców	2	1,0%
40-100 tys. mieszkańców	9	4,6%
100-200 tys. mieszkańców	77	39,7%
200 tys. i więcej mieszkańców	94	48,5%

W badanej grupie dominowały osoby o niższym poziomie wykształcenia – studia miało ukończone w sumie ok. 12% ankietowanych osób (w tym ok. 5% licencjackie i 7% magisterskie). Wyniki obrazuje Tabela 4.

Większość osób nie pracowało, najczęściej było na emeryturze lub rencie. Czynna zawodowo była mniej więcej co szósta osoba, najczęściej w miejscu swojego zamieszkania.

Mniej więcej co dziesiąta osoba deklarowała, iż poszukuje pracy (Tabela 5).

Tabela 4. Wykształcenie respondentów

Wykształcenie	Liczność	Procent
niepełne podstawowe	3	1,5%
podstawowe	36	18,6%
zasadnicze zawodowe	48	24,7%
średnie	75	38,7%
policealne	9	4,6%
wyższe zawodowe	9	4,6%
wyższe magisterskie	14	7,2%

Tabela 5. Status zawodowy badanych

Status zawodowy	Liczność	Procent
nie pracuję	15	7,7%
szukam pracy	19	9,8%
znalazłam niedawno pracę	2	1,0%
pracuję w miejscu zamieszkania	31	16,0%
dojeżdżam do pracy (do 30 km)	1	0,5%
dojeżdżam do pracy (>30 km)	1	0,5%
pracuję poza granicami kraju	1	0,5%
jestem na emeryturze/rencie	124	63,9%

Miesięczny dochód netto ankietowanej osoby to najczęściej kwota do 3 tys. złotych. W przypadku co trzeciej osoby od 3 do 5 tys., a u mniej niż co dziesiątej osoby 5-10 tys. zł. Wyniki obrazuje Tabela 6.

Tabela 6. Miesięczny dochód netto badanych

Miesięczny dochód netto	Liczność	Procent
do 3 tys. zł	106	54,6%
3-5 tys. zł	62	32,0%
5-10 tys. zł	26	13,4%

Odpowiedzi na temat sytuacji materialnej były dość niejednoznaczne i najwięcej osób miało problem z deklaracją w tej kwestii (Tabela 7).

Tabela 7. Samoocena przez badanych sytuacji materialnej ich rodziny

Ocena aktualnej sytuacji materialnej	Liczność	Procent
trudno powiedzieć	72	37,1%
jest różna	62	32,0%
pogorszyła się	29	14,9%
jest stabilna	31	16,0%

WYNIKI

Wada wzroku występująca u ankietowanej osoby

Nieco mniej niż połowa ankietowanych osób miała nabytą wadę wzroku. Najczęściej badanych dotyczył całkowity brak wzroku, albo była to osoba słabowidząca (Tabela 8).

Tabela 8. Deklaracja przez badanych rodzaju posiadanej wady wzroku

Wada wzroku	**Liczność**	**Procent**
wrodzona	86	44,3%
nabyta	108	55,7%
Stopień ubytku widzenia	**Liczność**	**Procent**
całkowite	33	17,0%
słabowidząca	32	16,5%
horyzontalne uszkodzenie pola	16	8,2%
hemianopia heteronomiczna	15	7,7%
hemianopia homonimiczna	16	8,2%
mroczek centralny	14	7,2%
widzę kontury	13	6,7%
jaskra	14	7,2%
żółta plamka	12	6,2%
retinopatia	16	8,2%
zaćma	12	6,2%

Problemy i ograniczenia wynikające z posiadanej wady wzroku

W tej części opisane zostaną odpowiedzi ankietowanych osób na pytania dotyczące różnych aspektów życia osób z wadami wzroku.

W pierwszej kolejności rozważono najczęstsze problemy codzienne osób niewidomych. Jedna piąta ankietowanych nie wskazała żadnych takich problemów, zaś wśród wymienianych trudności najczęściej występowały dwie:

- problemy z poruszaniem się (36%);
- zakupy (22%).

O tym, że żadnych problemów nie ma przekonanych było 20,1% badanych. Wyniki obrazuje Tabela 9.

Ankietowani wskazywali również instytucje pomocne przy załatwianiu codziennych spraw – dwie trzecie osób wymieniło przychodnię, mniej więcej co trzecia - Polski Związek Niewidomych i niemal tyle samo ośrodek pomocy społecznej (Tabela 10).

Tabela 9. Deklaracja przez badanych odczuwanych problemów życia codziennego

Problemy w życiu codziennym	Liczność	Procent[1)]
problemy z poruszaniem się	69	35,6%
zakupy	42	21,6%
gotowanie	19	9,8%
brak pieniędzy	17	8,8%
brak pracy	15	7,7%
obsługa urządzeń AGD	13	6,7%
dojazd do pracy	12	6,2%
konieczność pomocy drugiej osoby	9	4,6%
konieczność życia z opiekunem	8	4,1%
brak możliwości kierowania samochodem	8	4,1%
brak partnera	8	4,1%
brak komputera z funkcją dla niewidomych	4	2,1%
czytanie etykiet, cen produktów	3	1,5%
brak rodziny	1	0,5%
brak wskazanych problemów	39	20,1%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela 10. Instytucje pomocne w opinii badanych przy załatwianiu codziennych spraw

Instytucje pomocne przy załatwianiu codziennych spraw	Liczność	Procent[1)]
przychodnia lekarska	129	66,5%
Polski Związek Niewidomych	67	34,5%
ośrodek pomocy społecznej	57	29,4%
poradnia specjalistyczna	14	7,2%
PFRON	9	4,6%
brak odpowiedzi	8	4,1%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Najczęściej badani korzystali z pomocy ze strony lekarza okulisty i lekarza rodzinnego (po 71%), pracownika pomocy społecznej (36,6%) oraz psychologa (10,8%). Wyniki obrazuje Tabela 11.

Tabela 11. Osoby z których pomocy najczęściej korzystali badani

Najczęściej wykorzystywani specjaliści	Liczność	Procent[1)]
lekarz okulista	138	71,1%
lekarz rodzinny	138	71,1%
pracownik pomocy społecznej	71	36,6%
psycholog	21	10,8%
brak wyboru	5	2,6%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Ponad połowa ankietowanych osób (54,6% - 106 osób) uczestniczyła w specjalistycznych zajęciach. Nie brało w nich udziału 45,4% (88 osób).

W opinii większości ankietowanych osób wsparcie rodzin osób niewidomych/ niedowidzących w Polsce jest niewystarczające. Przeciwnego zdania była zaledwie co piąta ankietowana osoba (Tabela 12).

Tabela 12. Opinie na temat wsparcia w Polsce rodzin osób niewidomych/niedowidzących

Wsparcie rodzin osób niewidomych/niedowidzących w Polsce	Liczność	Procent
tak	5	2,6%
raczej tak	37	19,1%
raczej nie	68	35,1%
nie	15	7,7%
zdecydowanie nie	34	17,5%
trudno powiedzieć	35	18,0%

W poniższym zestawieniu wskazano najważniejsze potrzeby osób niewidomych/niedowidzących – tabela 13.

Co dziesiąta osoba nie podała żadnych potrzeb, zaś wśród wymienianych najczęściej występowały (Tabela 13):

- konieczność posiadania opiekuna/asystenta (31%);
- dostęp do rehabilitacji (16%);
- konieczność poprawy sytuacji materialnej (16%);

- chęć znalezienia pracy (16%);
- problem samotności (13%).

Tabela 13. Opinie na temat najważniejszych potrzeb osób niewidomych/niedowidzących

Najważniejsze potrzeby osób niewidomych/niedowidzących	Liczność	Procent[1)]
posiadanie opiekuna	61	31,4%
dostęp do rehabilitacji	32	16,5%
poprawa sytuacji materialnej	31	16,0%
znalezienie pracy	31	16,0%
nie być samotnym	25	12,9%
nauka orientacji	19	9,8%
akceptacja przez bliskich	14	7,2%
wsparcie psychologa	13	6,7%
dostęp do opieki lekarskiej	11	5,7%
kontakt z osobami pełnosprawnymi	10	5,2%
pomoc w przyjmowaniu leków	10	5,2%
placówki oświatowe	9	4,6%
dostęp do specjalistycznego sprzętu	6	3,1%
oznakowane autobusy	3	1,5%
godziwe mieszkanie	2	1,0%
Różne są potrzeby w zależności od sytuacji	20	10,3%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Następna rozważana kwestia dotyczyła trudności codziennego życia osób niewidomych. Mniej więcej co szósta osoba nie umiała nic wskazać, natomiast pozostali najczęściej wymieniali (Tabela 14):

- wypełnianie dokumentów (43%);
- transport (30%);
- poruszanie się po mieście (21%);
- konieczność posiadania opiekuna/asystenta (15%).

Trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi wskazywała mniej niż co trzecia osoba, w tym najczęściej (Tabela 15):

- niepewność, „zamkniecie w sobie” (28,4%);
- nerwowość (13,4%);
- złe nastroje (5%).

Tabela 14. Trudności codziennego życia niewidomych

Trudności codziennego życia osób niewidomych	Liczność	Procent[1)]
wypełnianie dokumentów	83	42,8%
transport	59	30,4%
poruszanie się po mieście	41	21,1%
konieczność posiadania asystenta	30	15,5%
kolejki do lekarza	14	7,2%
brak sygnałów dźwiękowych na przejściach	9	4,6%
załatwianie spraw urzędowych	8	4,1%
słabe oznakowania	7	3,6%
robienie zakupów	7	3,6%
brak dotacji na cele rehabilitacyjne	2	1,0%
obsługa komputera	1	0,5%
Różnie w zależności od sytuacji	33	17,0%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela 15. Trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi w opinii badanych

Trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi	Liczność	Procent[1)]
Niepewność, zamknięcie w sobie	55	28,4%
brak wspólnych imprez, wyjazdów	21	10,8%
złe nastroje	24	12,4%
nerwowość	26	13,4%
roszczeniowi	20	10,3%
są starsi, nieciekawi	21	10,8%
nie dbają o siebie	19	9,8%
nie ma problemów	8	4,1%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Częściej badani wymieniali trudności w kontaktach z osobami widzącymi, do których zresztą siłą rzeczy częściej dochodzi, więc jest to logicznie uzasadnione. Najczęściej były to (Tabela 16):

- brak zrozumienia (26,3%);
- odczuwanie litości (18%);
- poczucie bycia gorszym (13,9%).

Tabela 16. Trudności w kontaktach z osobami widzącymi w opinii badanych

Trudności w kontaktach z osobami widzącymi	Liczność	Procent[1)]
brak zrozumienia	51	26,3%
odczuwanie litości	35	18,0%
poczucie bycia gorszym	27	13,9%
brak czasu	23	11,6%
brak widzenia emocji	22	11,3%
niechęć do udzielenia pomocy	22	11,3%
pomoc na siłę	17	8,8%
nieostrożność, popychanie	13	6,7%
nadmierne wyręczanie	1	0,5%
natrętna ciekawość	1	0,5%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Alfabet Braille'a znała dobrze mniej więcej co trzecia ankietowana osoba (30%), a po kilka procent ankietowanych osób uważało swoją znajomość za średnią lub słabą. Ponad połowa nie znała alfabetu Braille'a, ale to może wynikać z rodzaju wady wzroku niewymagającej jego opanowania, a nie braku zdolności czy chęci do nauczenia się tego języka (Tabela 17).

Tabela 17. Znajomość Alfabet Braille'a.

Znajomość alfabetu Braille'a	Liczność	Procent
bardzo dobrze	59	30,4%
średnio	12	6,2%
słabo	13	6,7%
nie znam, ale się uczę	6	3,1%
nie znam	104	53,6%

Większość ankietowanych osób porozumiewała się z osobami widzącymi werbalnie, a jedynie co szósta osoba stosowała w tym celu także alfabet Braille'a (Tabela 18).

Podobne dane dotyczyły kontaktów z innymi osobami niewidzącymi, z większą o kilka punktów procentowych grupą osób korzystających z alfabetu Braille'a (Tabela 19).

Zadowolenie z komunikowania się z osobami widzącymi i niewidomymi/ niedowidzącymi była na podobnym poziomie. Mni ej więcej dwie trzecie ankietowanych

udzieliło na oba te pytania odpowiedzi pozytywnej (Tabela 20).

Tabela 18. Sposób porozumiewania się z osobami widzącymi

Porozumiewanie się z osobami widzącymi	Liczność	Procent
mowa	160	82,5%
mowa i alfabet Braille'a	32	16,5%
różnie z tym bywa	2	1,0%

Tabela 19. Sposób porozumiewania się z osobami niewidomymi/niedowidzącymi

Porozumiewanie się z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi	Liczność	Procent
mowa	149	76,8%
mowa i alfabet Braille'a	42	21,6%
alfabet Braille'a	3	1,5%

Tabela 20. Ocena jakości komunikowania się

Ocena jakości komunikowania się	Komunikowanie się z osobami			
	widzącymi		niewidomymi /niedowidzącymi	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
tak	127	65,5%	133	68,6%
nie	8	4,1%	3	1,5%
częściowo	55	28,4%	49	25,3%
trudno powiedzieć	3	2,0%	9	4,6%

Ankietowane osoby poproszono o wskazanie reakcji na wiadomość o utracie wzroku. Najczęsciej wśród pojawiających się określeń dominowały (Tabela 21):

- objawy depresja (33,5%);
- załamanie (27,8%);
- lęk (13,9%).

Ankietowane osoby wskazywały wiele zmian jakie zaszły w ich życiu po usłyszeniu diagnozy dotyczącej wady wzroku. Najczęściej były to zmiany negatywne, głównie poczucie samotności (18%), choć zdarzały się wyjątki (np. odkrycie pasji muzycznej) lub takie, które trudno wartościować (wyjazd do szkoły dla niewidomych). Wyniki obrazuje tabela 22.

Tabela 21. Reakcja na diagnozę dotyczącą choroby

Reakcja na diagnozę dotyczącą choroby	Liczność	Procent[1)]
objawy depresja	65	33,5%
załamanie	54	27,8%
lęk	27	13,9%
utrata sensu życia	32	16,5%
złość	10	5,2%
histeria	9	4,6%
myśli samobójcze	8	4,1%
alkohol	7	3,6%
pogodzenie z sytuacją	2	1,0%
Szukanie pomocy psychologów	2	1,0%

Tabela 22. Zmiany w życiu badanych po usłyszeniu diagnozy o utracie wzroku

Zmiana w życiu po usłyszeniu diagnozy	Liczność	Procent[1)]
samotność	35	18,0%
wyjazd do szkoły dla niewidomych	23	11,9%
utrata pracy	21	10,8%
konieczność mieszkania w ośrodku	17	8,8%
odejście rodziny	15	7,7%
wiem, ze już nie będę samodzielny	12	6,2%
nadopiekuńczość rodziców	11	5,6%
utrata chęci do życia	10	5,2%
mam stany lękowo-nerwicowe	8	4,1%
zmiana miejsca zamieszkania	8	4,1%
zwiększenie kosztów życia	7	3,6%
zmiana pracy	7	3,6%
uzależnienie pod rodziny	6	3,1%
więcej czasu spędzam z rodziną	5	2,6%
utrata wiary	4	2,1%
przystosowanie mieszkania	4	2,1%
długa rehabilitacja	3	1,5%
życie bez planu	3	1,5%
brak zawodu, wykształcenia	2	1,0%
moja pasją stała się muzyka	1	0,5%
rozwód	1	0,5%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Kolejne pytanie dotyczyło rad, jakie ankietowane osoby udzieliłyby innym ludziom borykającym się z podobnymi problemami zdrowotnymi. Duża część osób, bo ponad 40% nie sformułowało żadnej rady, zaś wśród podawanych odpowiedzi dominowały sugestie, że (Tabela 23):

- trzeba się starać być samodzielnym (23%);
- należy zaakceptować swoje ograniczenia (15%);
- trzeba znaleźć pasję (6%).

Tabela 23. Rady badanych dla osób niewidomych/niedowidzących

Rady dla innych osób niewidomych/ niedowidzących	Liczność	Procent[1)]
trzeba być samodzielnym	44	22,7%
konieczność akceptacji swojego ograniczenia	30	15,5%
znaleźć pasję	12	6,2%
kontrolowanie zdrowia u lekarza	9	4,6%
można w takim stanie normalnie żyć	9	4,6%
niewidomi powinni się wspierać, spotykać	7	3,6%
zdobyć wykształcenie	6	3,1%
nauczenie się Braille'a	5	2,6%
jeszcze wiele dobrego mi zostało	3	1,5%
podjęcie szybkiej rehabilitacji	3	1,5%
dbali o dobre relacje w rodzinie	3	1,5%
szukali pomocy u psychologa	1	0,5%
wiara w Boga	1	0,5%
Nie wiem co by poradzić	83	42,8%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Zapytano również o rady odnośnie osób widzących. Tutaj niemal 60% ankietowanych nie podało żadnej odpowiedzi, a wśród wskazań dominowała sugestia, żeby dbać o zdrowie (14%), a następnie żeby traktować niewidzących normalnie i nie zamykać się przed niewidomymi (po 7%). Wyniki obrazuje Tabela 24.

Zdecydowana większość ankietowanych spotykała się z innymi osobami z dysfunkcją narządu wzroku, a wszyscy utrzymywali kontakty z osobami widzącymi (Tabela 25).

Ponad dwie trzecie badanych znało organizacje działające na rzecz osób niewidomych/niesłyszących (Tabela 26).

Tabela 24. Rady badanych dla osób widzących

Rady dla osób widzących	Liczność	Procent[1)]
dbać o zdrowie	28	14,4%
traktować ludzi niewidzących normalnie	14	7,2%
nie zamykać się przed niewidomymi	14	7,2%
czasem powinni pomóc	11	5,7%
wszystkim należy się szacunek	7	3,6%
jeżeli pomagać to w konkretnych potrzebach	6	3,1%
więcej zrozumienia	4	2,1%
zazdroszczę im	4	2,1%
brak wyboru	112	57,7%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela 25. Utrzymywanie kontaktów z osobami niewidomymi/niedowidzącymi i osobami widzącymi

	Liczność	Procent
Spotkania z innymi osobami z dysfunkcją narządu wzroku		
tak	189	97,4%
nie	5	2,6%
Spotkania z osobami widzącymi		
tak	193	99,5%
nie	1	0,5%

Tabela 26. Znajomość organizacji działających na rzecz osób niewidzących/niesłyszących

Znajomość organizacji działających na rzecz osób niewidzących/niesłyszących	Liczność	Procent
tak	147	75,8%
nie	4	2,1%
nie pamiętam	43	22,1%

Ankietowanych poproszono o wskazanie czynników warunkujących bycie szczęśliwym. Najczęściej wymieniano: miłość (60%), życie rodzinne (56%), zdrowie (38%), stałą pracę (37%) oraz spełnienie marzeń (36%). Wyniki obrazuje Tabela 27.

Respondenci najczęściej czas spędzali na spacerach (53%), oglądaniu telewizji (45%), spotkaniach towarzyskich (26%) i wspólnych z rodziną zakupach (24%) - Tabela 28.

Tabela 27. Czynniki warunkujące bycie szczęśliwym w opinii badanych

Miara szczęścia	Liczność	Procent[1)]
miłość	117	60,3%
życie rodzinne	108	55,7%
zdrowie	74	38,1%
stała praca	72	37,1%
spełnienie marzeń	69	35,6%
wysokie dochody	26	13,4%
sukcesy dzieci	21	10,8%
awans społeczny	13	6,7%
awans zawodowy	9	4,6%
nie wiem	11	5,7%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela 28. Formy spędzania wolnego czasu

Formy spędzania wolnego czasu	Liczność	Procent[1)]
spacery	102	52,6%
oglądanie telewizji	87	44,8%
spotkania towarzyskie	50	25,8%
wspólne zakupy	46	23,7%
wyjścia do kina/teatru	26	13,4%
czytanie książek	23	11,9%
sport	18	9,3%
podróże	14	7,2%
To zależy jak się czuję	20	10,3%

1) Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Kolejne analizy dotyczyły opinii na temat właściwego sposobu funkcjonowania osób z dysfunkcjami narządu wzroku w pewnych sytuacjach życiowych. Można powiedzieć, że większość ankietowanych uważała, że osoby niewidzące powinny realizować wskazane aktywności życiowe w normalny sposób, nie zwracając uwagi na to, czy ich otoczenie składa się z osób widzących czy z dysfunkcjami narządu wzroku. Nie wszyscy byli jednak tego zdania i nie w każdej kwestii – na przykład prawie 30% ankietowanych uważało, że osoby z uszkodzeniami wzroku nie powinny mieć dzieci. Wyniki obrazuje Tabela 29.

Tabela 29. Opinie badanych na temat funkcjonowania w społeczeństwie osób niewidomych/niedowidzących

Sposób funkcjonowania w społeczeństwie osób niewidomych/niedowidzących	Warianty odpowiedzi					
	tak		nie		trudno powiedzieć	
związki małżeńskie z osobami widzącymi	167	86,1%	1	0,5%	26	13,4%
związki małżeńskie tylko z niewidzącymi	12	6,2%	129	66,5%	53	27,3%
Posiadanie dzieci	171	88,1%	4	2,1%	19	9,8%
nauka wspólnie z widzącymi	112	57,7%	52	26,8%	30	15,5%
nauka tylko z niewidzącymi	56	28,9%	101	52,1%	37	19,1%
praca wspólnie z widzącymi	132	68,0%	30	15,5%	32	16,5%
praca tylko z niewidzącymi	43	22,2%	109	56,2%	42	21,6%
mieszkanie z osobami widzącymi	172	88,7%	3	1,5%	19	9,8%
mieszkanie tylko z niewidzącymi	10	5,2%	140	72,2%	44	22,7%

Opinie na temat sposobu traktowania osób niewidomych przez społeczeństwo były niejednoznaczne, z niewielką przewagą ocen pozytywnych (Tabela 30).

Tabela 30. Opinie badanych na temat traktowania przez społeczeństwo osób niewidomych/niedowidzących

Czy społeczeństwo dobrze traktuje osoby niewidome/niedowidzące?	Liczność	Procent
tak	67	34,5%
czasami	93	47,9%
nie	34	17,5%

W opinii ankietowanych, osoby niewidome nie mają pełnego dostępu do życia społecznego (43%), a zwłaszcza zawodowego (60%). Przeciwnego zdania było odpowiednio 25 i 15% (Tabela 31).

Tabela 31. Opinie badanych na temat dostępu osób niewidomych/niedowidzących do wszystkich aspektów życia zawodowego i społecznego.

Czy osoby niewidome/niedowidzące mają pełny dostęp?	Odpowiedź					
	tak		nie		trudno powiedzieć	
do życia zawodowego	30	15,5%	115	59,3%	49	25,3%
do życia społecznego	48	24,7%	83	42,8%	63	32,5%

Podobnie wyglądały oceny aktywności osób niewidomych/niedowidzących, za wyjątkiem dużo lepiej ocenianej sfery osobistej. Ankietowani stwierdzili, że osoby niedowidzące nie powinny prowadzić samochodu, ale też nie uważali, że powinny być zmuszane do „segregacji" poprzez jeżdżenie np. specjalnymi autobusami (Tabela 32).

Tabela 32. Opinie badanych na temat aktywności zawodowej społecznej i osobistej osób niewidomych/niedowidzących

Sfera życia	**Ocena aktywności**					
	aktywne		**bierne**		**trudno powiedzieć**	
zawodowa	37	19,1%	103	53,1%	54	27,8%
społeczna	48	24,7%	79	40,7%	67	34,5%
osobista	99	51,0%	17	8,8%	78	40,2%
Czy osoby niewidome/niedowidzące powinny	**Odpowiedź**					
	tak		**nie**		**trudno powiedzieć**	
jeździć samochodem	6	3,1%	180	92,8%	8	4,1%
jeździć specjalnymi autobusami	18	9,3%	111	57,2%	65	33,5%
pracować z widzącymi	152	78,4%	9	4,6%	33	17,0%
mieszkać z widzacymi	156	80,4%	4	2,1%	34	17,5%

Nieco ponad połowa ankietowanych, mimo dolegliwości związanych ze wzrokiem, oceniła swój stan zdrowia jako dobry, a nawet bardzo dobry. Odpowiedzi skrajnie negatywne były udziałem mniej więcej co szóstej osoby (Tabela 33).

Tabela 33. Samocena przez badanych ich stanu zdrowia

Ocena stanu zdrowia	**Liczność**	**Procent**
bardzo dobry	25	12,9%
dobry	75	38,7%
taki sobie	59	30,4%
zły	30	15,5%
trudno powiedzieć	5	2,6%

Ankietowani martwili się o swój wzrok (Tabela 34).

Tabela 34. Troska badanych o ich wzrok

Troska o wzrok	Liczność	Procent
nie martwię się	28	14,4%
martwię się	166	85,6%
mało się martwię	*37*	*19,1%*
troszkę się martwię	*34*	*17,5%*
większość czasu się martwię	*47*	*24,2%*
cały czas się martwię	*48*	*24,8%*

Wśród najczęstszych sposobów na poprawę komfortu życia osób niedowidzących lub niewidomych, ankietowani wskazali: edukację społeczną (20%) i wsparcie psychologiczne (13%). Wyniki obrazuje Tabela 35.

Tabela 35. Opinie badanych na temat sposobów na poprawienie komfortu życia osób niewidomych/niedowidzących

Sposoby na poprawienie komfortu życia osób niewidomych/niedowidzących	Liczność	Procent[1)]
edukacja społeczna	49	25,3%
wsparcie psychologiczne	37	19,1%
brak barier architektonicznych w urzędach	32	16,5%
wyjazdy rehabilitacyjne	26	13,4%
lepsze warunki materialne	26	13,4%
nauka samodzielności	20	10,3%
dostęp do pracy	18	9,3%
wyższa renta	17	8,8%
poprawa edukacji osób niewidomych	15	7,7%
więcej kontaktów z innymi osobami	6	3,1%
asystenci do pomocy	5	2,6%
wcześniejsza emerytura dla opiekunów	4	2,1%
nie zabierać zasiłku, gdy osoba pracuje zawodowo	2	1,0%

[1)] Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Prawie 60% badanych w swoim życiu pamięta sytuacje, kiedy miało poczucie bycia stygmatyzowanym z powodu swojej dolegliwości (Tabela 36).

W ocenie większości osób ceny i skład kupowanych produktów nie są czytelne (Tabela 37).

Tabela 36. Odczucie stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku

Odczucie stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku	Liczność	Procent
tak, zawsze	35	19,0%
czasami	78	40,2%
nigdy	54	27,8%
nie wiem	27	13,9%

Tabela 37. Opnie o czytelności zapisów cen i składu produktów w sklepach

Czy ceny i skład kupowanych produktów są czytelne?	Liczność	Procent
tak	8	4,1%
czasami	40	20,6%
nie	146	75,3%

Stan psychiczny osób z dysfunkcjami wzroku

Jakość życia (WHOQoL-BREF)

Średni poziom miar jakości życia w poszczególnych dziedzinach wynosił od 12,2 do 13,7 pkt. co jest wartością nieco powyżej połowy możliwego zakresu (0-20 pkt). Rozkład miar nie wykazał wyraźnej asymetrii, co oznacza, że wśród ankietowanych osób była podobna liczba osób, których jakość życia była poniżej i powyżej średniej. Na wykresie przedstawiono rozkład miar jakości życia, po zgrupowaniu wartości w przedziały o rozpiętości 4 pkt.

Tabela 38. Ocena jakości życia badanych – część zasadnicza

WHOQoL-BREF	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Dziedzina somatyczna	12,8	13,1	3,0	10,3	15,4	6,3	19,4	-0,12
Dziedzina psychologiczna	13,4	13,3	2,9	11,3	16,0	6,7	20,0	-0,10
Dziedzina społeczna	13,7	14,0	3,2	12,0	16,0	4,0	20,0	-0,27
Środowisko	12,2	12,0	2,6	10,5	13,5	6,5	19,5	0,30

W skład kwestionariusza WHOQoL-BREF wchodzą też dwa pytania, których odpowiedzi nie są wykorzystywane podczas wyliczania miar liczbowych. Dotyczą one ogólnej jakości życia i zadowolenia ze stanu zdrowia. Większość ankietowanych oceniła jakość życia powyżej przeciętnej, natomiast zadowolenie ze stanu zdrowia było na poziomie przeciętnym (Tabela 39).

Tabela 39. Ocena jakości życia badanych – dodatkowe pytania

Ogólna jakość życia	Liczność	Procent
bardzo zła	0	0,0%
zła	25	12,9%
przeciętna	65	33,5%
dobra	97	50,0%
bardzo dobra	7	3,6%
Zadowolenia ze zdrowia	**Liczność**	**Procent**
nie	5	2,6%
raczej nie	60	30,9%
przeciętne	53	27,3%
raczej tak	73	37,6%
tak	3	1,5%

Satysfakcja z życia (SWLS)

Średni poziom miary satysfakcji z życia wynosił 19,7 pkt, czyli niemal dokładnie pośrodku możliwego zakresu wartości.

Tabela 40. Ocena satysfakcji z życia badanych

Satysfakcja z życia	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
SWLS	19,7	19	5,6	15	24	8	34	0,28

Przymiotnikowa skala SWLS	Liczność	Procent
zdecydowanie niezadowolona	1	0,5%
bardzo niezadowolona	35	18,0%
raczej niezadowolona	64	33,0%
obojętna	10	5,2%
raczej zadowolona	51	26,3%
bardzo zadowolona	27	13,9%
zdecydowanie zadowolona	6	3,1%

Oznacza to, że satysfakcja z życia była w badanej zbiorowości na przeciętnym poziomie, co zresztą potwierdza kolejne zestawienie, dotyczące kategoryzacji miary SWLS do skali przymiotnikowej – gdzie widać przewagę osób raczej niezadowolonych z życia (33%). Wyniki obrazuje Tabel 40.

Ocena skuteczności (GSES)

Podobnie jak to było w przypadku dwóch wcześniej rozważanych miar ocena własnej skuteczności była niemal dokładnie pośrodku możliwego zakresu wartości.

Po przeliczeniu wyników zgodnie z zaleceniami autorów skali okazało się, że najczęściej respondenci prezentowali niskie poczucie własnej skuteczności (Tabela 41).

Tabela 41. Ocena własnej skuteczności badanych

Ocena skuteczności	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
PWS Poczucie własnej skuteczności	25,8	27	6,5	20	30	10	40	0,00

Poczucie własnej skuteczności	**Liczność**	**Procent**
niskie	80	41,2%
przeciętne	40	20,6%
wysokie	74	38,1%

Poziom wsparcia (SWS)

Oceny wsparcia ze strony współmałżonka były na zbliżonym poziomie, jeśli chodzi o wartość średnią w zależności od rodzaju wsparcia od 11,6 do 12,8 pkt.

Wszystkie szczegółowe miary i miara ogólna charakteryzują się asymetrią lewostronną, co oznacza, że u większości osób odczucie wsparcia ze strony współmałżonka było na wysokim poziomie, a relatywnie nieliczne osoby miały w tej kwestii negatywne odczucia. Potwierdzają to wyniki klasyfikacji miar wsparcia do 3. stopniowej skali przymiotnikowej. Dominowała kategoria wysokiego poziomu wsparcia, a wsparcie określane jako niskie występowało od 10.4% do 13,2% (Tabela 42).

Poziom wsparcia ze strony rodziny był bardziej zróżnicowany niż było to w przypadku współmałżonka i raczej niższy. *In minus* odstawały tu dwie kategorie wsparcia ze strony rodziny – instrumentalna i wartościująca. Widać to zarówno na podstawie zestawienia statystyk opisowych, jak i wartości przekształconych do skali porządkowej (Tabela 43).

Wsparcie ze strony przyjaciół było na podobnym poziomie jak ze strony rodziny, z nieco większym udziałem odpowiedzi na poziomie średnim, a mniejszym na poziomie wysokim (Tabela 44).

Tabela 42. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony współmałżonka

Wsparcie ze strony współmałżonka	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	12,8	13	3,1	12	16	4	16	-1,08
Wsparcie instrumentalne	12,3	13	3,4	11	15	4	16	-0,88
Wsparcie wartościujące	11,6	12	3,3	9	15	4	16	-0,41
Wsparcie emocjonalne	12,5	13	3,5	11	15	4	16	-1,05
Wsparcie ogólne	49,2	51	12,6	43	58	17	64	-0,96

Wsparcie ze strony współmałżonka	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	10,4%	31,1%	58,5%
Wsparcie instrumentalne	13,2%	32,1%	54,7%
Wsparcie wartościujące	10,4%	50,0%	39,6%
Wsparcie emocjonalne	10,4%	30,2%	59,4%
Wsparcie ogólne	10,4%	26,4%	63,2%

Tabela 43. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony rodziny

Wsparcie ze strony rodziny	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	12,6	13	2,4	11	14	4	16	-0,81
Wsparcie instrumentalne	10,9	11	2,8	9	13	4	16	-0,15
Wsparcie wartościujące	10,3	10	2,6	9	12	4	16	0,18
Wsparcie emocjonalne	12,3	13	2,5	11	14	4	16	-0,62
Wsparcie ogólne	46,1	46	9,0	41	51	17	64	-0,27

Wsparcie ze strony rodziny	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	2,7%	39,9%	57,4%
Wsparcie instrumentalne	10,4%	61,7%	27,9%
Wsparcie wartościujące	8,2%	73,8%	18,0%
Wsparcie emocjonalne	2,2%	43,2%	54,6%
Wsparcie ogólne	7,7%	50,8%	41,5%

Tabela 44. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony przyjaciół

Wsparcie ze strony przyjaciół	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	12,2	12	2,1	11	13	6	16	0,04
Wsparcie instrumentalne	10,0	10	2,4	8	12	5	16	0,40
Wsparcie wartościujące	10,2	10	2,0	9	11	5	16	0,53
Wsparcie emocjonalne	12,2	13	2,2	11	13	5	16	-0,76
Wsparcie ogólne	44,6	44	7,6	41	49	24	64	0,14

Wsparcie ze strony przyjaciół	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	0,6%	52,6%	46,9%
Wsparcie instrumentalne	15,4%	68,6%	16,0%
Wsparcie wartościujące	4,6%	84,6%	10,9%
Wsparcie emocjonalne	2,9%	44,6%	52,6%
Wsparcie ogólne	6,3%	64,0%	29,7%

Kontakt z psychologiem miało tylko 81 osób. Wsparcie otrzymywane od psychologa było, podobne jak w przypadku dwóch poprzednio rozważanych grup z nieco wyższymi średnimi wartościami w przypadku wsparcia informacyjnego i wartościującego.

Po przekształceniu do skali przymiotnikowej niemal 90% ankietowanych osób oceniało wsparcie instrumentalne ze strony psychologa jako przeciętne, podobnie jest w przypadku wsparcia wartościującego. Dużo lepiej oceniano wsparcie informacyjne i emocjonalne. Wyniki obrazuje Tabela 45.

W przypadku wsparcia ze strony personelu medycznego oceny były niższe od tych dla innych grup, szczególnie w przypadku wsparcia instrumentalnego (śr. 9,1 pkt.) i wartościującego (śr. 9,2 pkt.). Wyniki obrazuje Tabela 46.

Oceny wsparcia ze strony kolejnej rozważanej grupy, a mianowicie pracowników socjalnych, nie odbiegały od wcześniej prezentowanych wyników. Ponownie relatywnie nisko zostało ocenione wsparcie instrumentalne i wartościujące, a niemal o 3 pkt wyżej wsparcie informacyjne i emocjonalne Wyniki obrazuje Tabela 47.

Dość wysokie w obszarze informacyjnym (13,8 pkt.) i emocjonalnym (13,0 pkt.), było ocenione wsparcie ze strony lekarzy okulistów (Tabela 48).

Tabela 45. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony psychologa

Wsparcie ze strony psychologa	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	13,4	13	1,9	12	15	9	16	-0,12
Wsparcie instrumentalne	10,1	10	1,7	9	11	5	15	-0,16
Wsparcie wartościujące	11,0	11	1,7	10	12	6	16	0,36
Wsparcie emocjonalne	13,5	14	1,8	12	15	7	16	-0,81
Wsparcie ogólne	48,0	48	4,6	45	51	36	59	0,18

Wsparcie ze strony psychologa	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	0,0%	30,9%	69,1%
Wsparcie instrumentalne	6,2%	88,9%	4,9%
Wsparcie wartościujące	1,2%	85,2%	13,6%
Wsparcie emocjonalne	1,2%	25,9%	72,8%
Wsparcie ogólne	0,0%	49,4%	50,6%

Tabela 46. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony personelu medycznego.

Wsparcie ze strony personelu medycznego	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	11,7	12	1,9	10	13	8	16	0,56
Wsparcie instrumentalne	9,1	9	1,6	8	10	5	16	0,57
Wsparcie wartościujące	9,2	9	1,6	9	10	4	15	-0,18
Wsparcie emocjonalne	11,9	12	2,0	11	13	4	16	-1,35
Wsparcie ogólne	41,9	42	4,9	40	44	23	62	-0,39

Wsparcie ze strony personelu medycznego	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	0,0%	67,0%	33,0%
Wsparcie instrumentalne	11,9%	86,5%	1,6%
Wsparcie wartościujące	13,0%	84,9%	2,2%
Wsparcie emocjonalne	4,9%	46,5%	48,6%
Wsparcie ogólne	4,9%	87,0%	8,1%

Tabela 47. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony pracowników socjalnych

Wsparcie ze strony pracownika socjalnego	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	11,7	12	1,7	10	13	7	16	0,11
Wsparcie instrumentalne	9,0	9	1,6	8	10	5	15	0,19
Wsparcie wartościujące	9,3	9	1,5	9	10	5	13	-0,21
Wsparcie emocjonalne	11,9	12	1,8	12	13	6	16	-1,08
Wsparcie ogólne	42,0	42,5	4,9	40	44	27	58	-0,39

Wsparcie ze strony pracownika socjalnego	**Poziom wsparcia**		
	niski	**średni**	**wysoki**
Wsparcie informacyjne	1,3%	63,3%	35,4%
Wsparcie instrumentalne	15,2%	82,9%	1,9%
Wsparcie wartościujące	10,8%	87,3%	1,9%
Wsparcie emocjonalne	1,9%	51,3%	46,8%
Wsparcie ogólne	3,8%	86,1%	10,1%

Tabela 48. Ocena uzyskiwanego wsparcia ze strony lekarzy okulistów

Wsparcie ze strony lekarza okulisty	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Wsparcie informacyjne	13,8	14	1,8	13	15,5	8	16	-0,64
Wsparcie instrumentalne	9,4	9	1,4	9	10	6	13	-0,43
Wsparcie wartościujące	10,0	10	1,6	9	11	5	14	-0,36
Wsparcie emocjonalne	13,0	14	2,2	12	14	5	16	-1,09
Wsparcie ogólne	46,2	47	4,7	44	49	28	55	-1,03

Wsparcie ze strony okulisty	**Poziom wsparcia**					
	niski		**średni**		**wysoki**	
Wsparcie informacyjne	0	0,0%	35	19,0%	149	81,0%
Wsparcie instrumentalne	21	11,4%	162	88,0%	1	0,5%
Wsparcie wartościujące	15	8,2%	162	88,0%	7	3,8%
Wsparcie emocjonalne	4	2,2%	55	29,9%	125	67,9%
Wsparcie ogólne	3	1,6%	97	52,7%	84	45,7%

Miara poczucia samotności

W badanej zbiorowości średni poziom poczucia samotności wynosił ok. 31 pkt. na 55

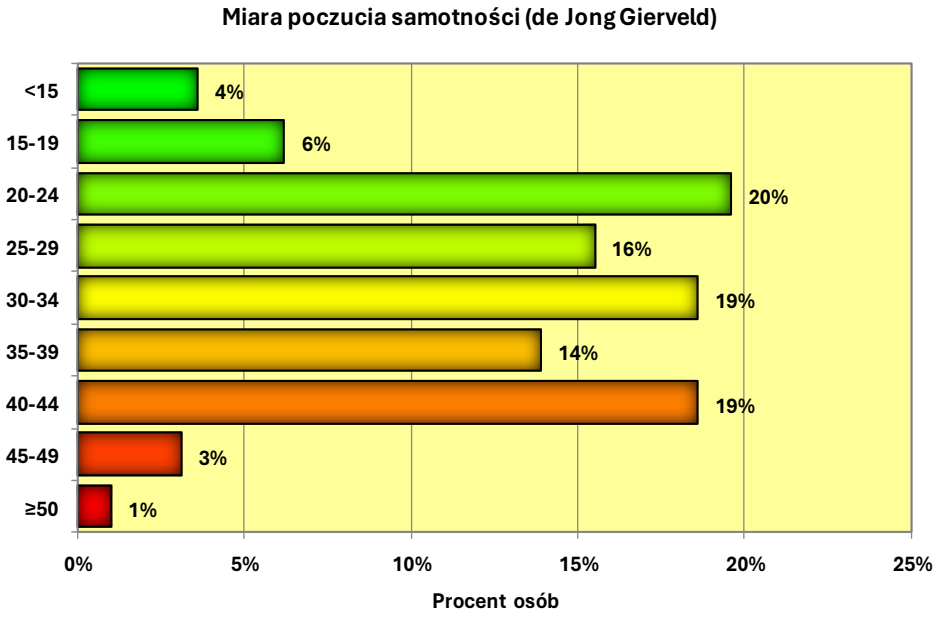
możliwych, co świadczy o dość wysokim jej poziomie (Tabela 49).

Tabela 49. Ocena poczucia samotności w grupie badanych

Poczucie samotności	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Miara de Jong Gierveld	30,8	31	9,2	24	39	11	55	-0,05

Na rycinie 2 przedstawiono rozkład miary samotności po zgrupowaniu wartości w przedziału o rozpiętości 5 pkt.

Wykres pozwala ocenić poczucie samotności w badanej zbiorowości jako przeciętne w stosunku do możliwego zakresu wyników – co nie oznacza, że jest ono podobne do wyników w całym społeczeństwie, w którym być może jest mniejsze niż wśród osób z uszkodzeniami wzroku.



Rycina 2. Miara poczucia samotności w grupie badanych

Kontrola emocji (CECS)

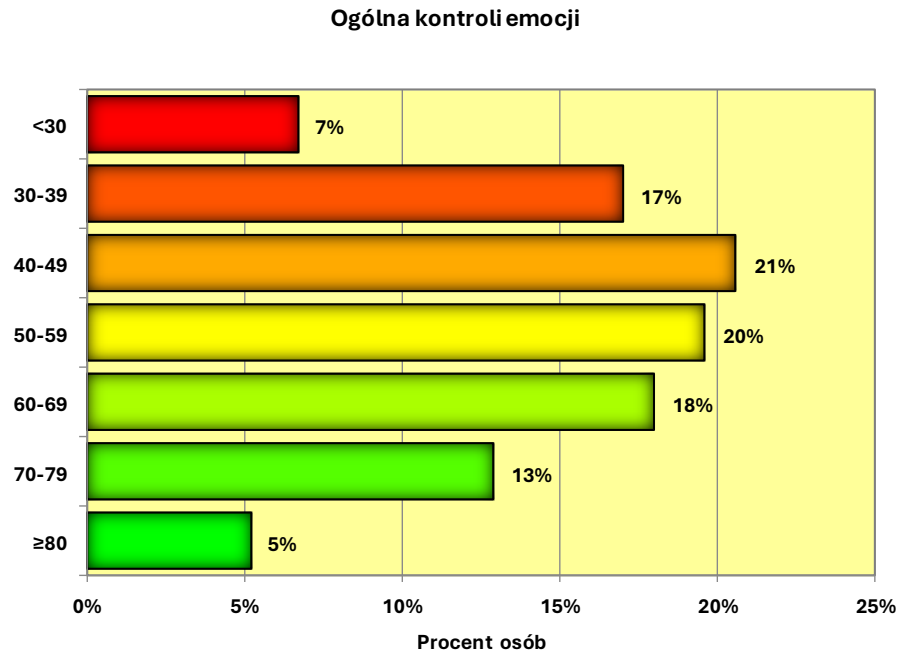
Wartość średnia poziomu kontroli emocji plasowała się mniej więcej w środku możliwego zakresu wartości (7-28 pkt).

W przypadku ogólnej kontroli emocji była to wartość 52,8% z 21-84 pkt. możliwych, co sugeruje dość wysoki poziom kontroli emocji.(Tabela 50.)

Tabela 50. Ocena kontroli emocji w grupie badanych

Skala kontroli emocji (CECS)	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max	A
Tłumienie gniewu	17,1	16	6,6	11	22	7	28	0,21
Tłumienie depresji	17,5	17	5,8	14	22	7	28	0,02
Tłumienie lęku	18,2	18	6,2	14	23	7	28	-0,05
Ogólna kontroli emocji	52,8	52,5	16,1	41	64	24	84	0,09

Rozkład wartości miary ogólnej kontroli emocji przedstawiono na Rycinie 3, po zgrupowaniu wartości w przedziałach o rozpiętości 10 pkt.



Rycina 3. Ocena kontroli emocji w grupie badanych

Czynniki wpływające na jakość życia

W tej części opisano analizę wpływu na kondycję psychiczną (poziom miar psychometrycznych związanych z jakością życia, wsparciem społecznym, poczuciem samotności i innych), stopnia uszkodzenia wzroku (oceniono to pośrednio poprzez fakt znajomości lub nauki języka Braille'a, co zapewne oznacza wystąpienie ślepoty bądź bardzo dużej wady wzroku) oraz tego, czy jest to dolegliwość nabyta czy wrodzona

Ciężkość wady wzroku a jakość życia (WHOQoL-BREF)

Analizując poniższą tabelę można stwierdzić, że osoby z wrodzoną wadą wzroku oceniali swoją jakość życia wyżej niż ankietowani z nabytą wadą wzroku.

Szczególnie uwidacznia się to w dziedzinie somatycznej, społecznej oraz środowiskowej. Jest to wynik lepszego przystosowania się (od urodzenia) do życia bez zdrowego zmysłu wzroku, a także braku porównania z okresem, kiedy widzenie było możliwe (Tabela 51).

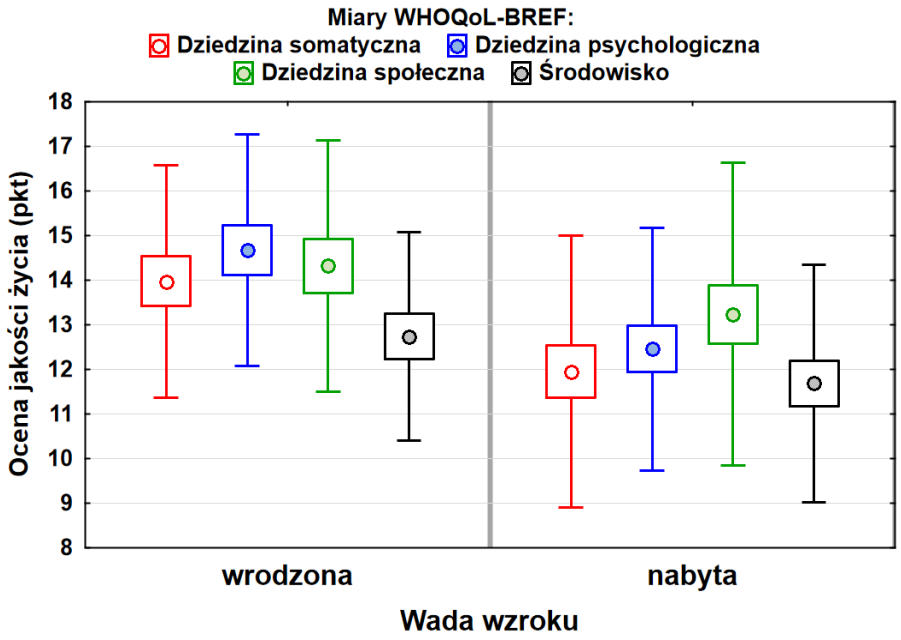
Także osoby ze znajomością alfabetu Braille'a cechowały się wyższą jakością życia w niemal wszystkich dziedzinach, za wyjątkiem sfery społecznej, gdzie różnica pomiędzy grupami była zbliżona do istotnej statystycznie (*p* poniżej 0,05).

Wyniki obrazuje Tabela 51.

Tabela 51. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a jakość życia

WHOQoL-BREF	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 86)			**nabyta (*N* = 108)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
dziedzina somatyczna	14,0	14,9	2,6	12,0	11,7	3,0	0,0000***
dziedzina psychologiczna	14,7	15,3	2,6	12,5	12,3	2,7	0,0000***
dziedzina społeczna	14,3	14,7	2,8	13,2	13,3	3,4	0,0124*
środowisko	12,7	12,5	2,3	11,7	11,3	2,7	0,0009***
WHOQoL-BREF	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 90)			**nie (*N* = 102)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
dziedzina somatyczna	13,9	14,3	2,6	11,9	11,7	3,0	0,0000***
dziedzina psychologiczna	14,5	14,7	2,6	12,5	12,3	2,8	0,0000***
dziedzina społeczna	14,2	14,7	2,9	13,3	13,3	3,4	0,0893
środowisko	12,7	12,5	2,1	11,7	11,5	2,8	0,0029**

Wyniki analizy dla wady wzroku przedstawiono na wykresie (Rycina 4), który umożliwia ocenę różnic pomiędzy obiema grupami, a także jakością życia w poszczególnych obszarach.



Rycina 4. Ciężkość wady wzroku a jakość życia

Ciężkość wady wzroku a satysfakcja z życia (SWLS)

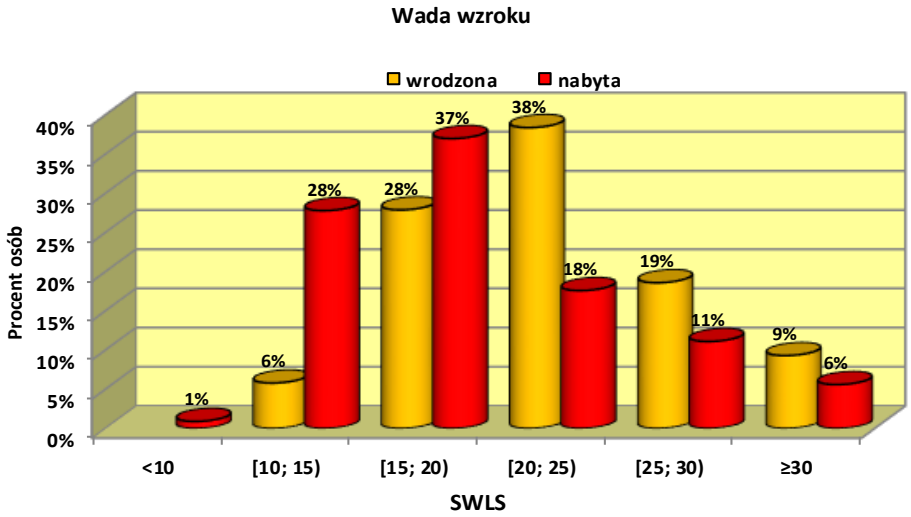
W oceny satysfakcji z życia można stwierdzić, że była ona wyższa u pacjentów z wrodzonym brakiem bądź niedostatkiem widzenia. Osoby te wykazywały wyższy poziom zadowolenia z życia w porównaniu z respondentami, którzy wzrok utracili w wyniku wypadku bądź choroby (różnice statystycznie istotne). Wyniki obrazuje tabela 52.

Tabela 52. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a satysfakcja z życia

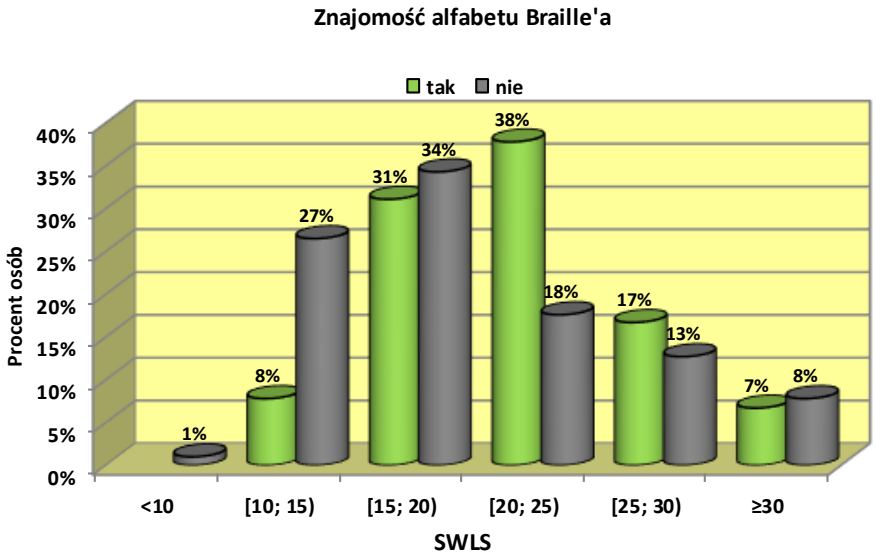
Satysfakcja z życia	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 86)			**nabyta (*N* = 108)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
SWLS	21,8	22	4,9	18,1	17	5,6	0,0000***
Satysfakcja z życia	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 90)			**nie (*N* = 102)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
SWLS	21,2	22	4,9	18,5	17	6,0	0,0002***

Podobnie znacząca różnica występowała ze względu na znajomość alfabetu Braille'a – osoby, które nawet w stopniu elementarnym posiadły tę umiejętność charakteryzowały się większą jakością życia. Analizowane różnice są wysoce istotne statystycznie (p poniżej 0,05). Wyniki obrazuje tabela 52.

Wyniki obu analiz zwizualizowano także na wykresie – przedstawiając rozkład miary SWLS w porównywanych grupach po zgrupowaniu w przedziały o rozpiętości 5. pkt. Na wykresach widać dość wyraźnie większy udział wysokich wartości SWLS u osób z wrodzoną wadą wzroku oraz u osób ze znajomością języka Braille'a (Ryc. 5 i 6).



Rycina 5. Ciężkość wady wzroku a satysfakcja z życia



Rycina 6. Znajomość alfabetu Braille'a a satysfakcja z życia

Ciężkość wady wzroku a odczucie własnej skuteczności (GSES)

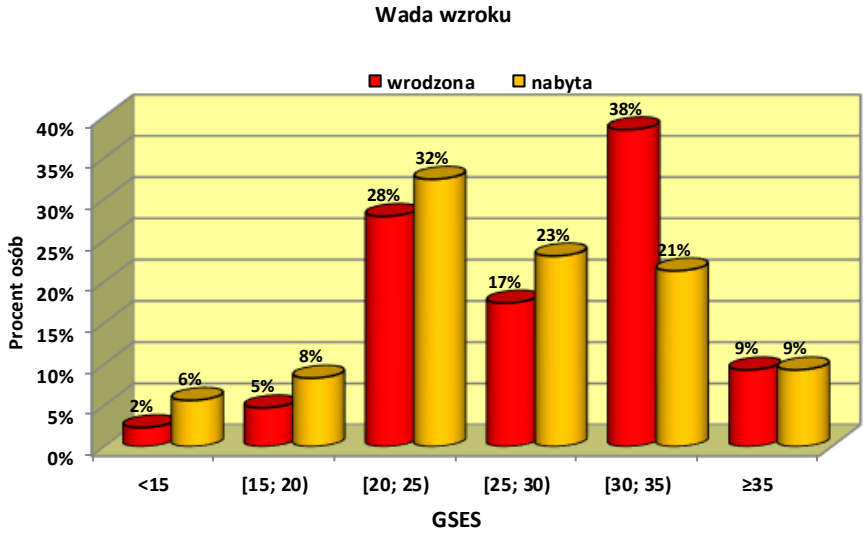
Statystycznie istotna (choć nie w tak dużym stopniu jak poprzednio) była różnica w odczuwaniu własnej skuteczności pomiędzy osobami niewidomymi od urodzenia i tymi którzy wzrok utracili później. W tym przypadku osoby niewidzące od urodzenia miały wyższe poczucie umiejętności radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach (Tabela 53).

Wyższa ocena własnej skuteczności wśród osób ze znajomością języka Braille'a była jeszcze wyraźniej widoczna (Tabela 53).

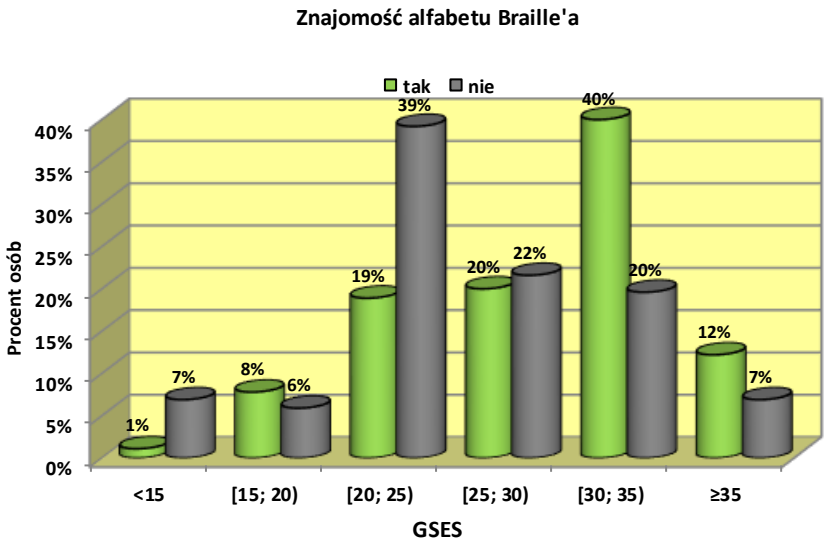
Tabela 53. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a odczucie własnej skuteczności

Ocena własnej skuteczności	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 86)			**nabyta (*N* = 108)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
PWS	26,9	29	6,3	25,0	25	6,6	0,0228*
Ocena własnej skuteczności	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 90)			**nie (*N* = 102)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
PWS	27,6	30	6,2	24,3	24	6,5	0,0003***

Ryciny 7 i 8 prezentują graficznie wyniki pokazujące różnice w rozkładzie wartości miary GSES po ich zgrupowaniu w przedziały o rozpiętości 5. pkt.



Rycina 7. Ciężkość wady wzroku a odczucie własnej skuteczności



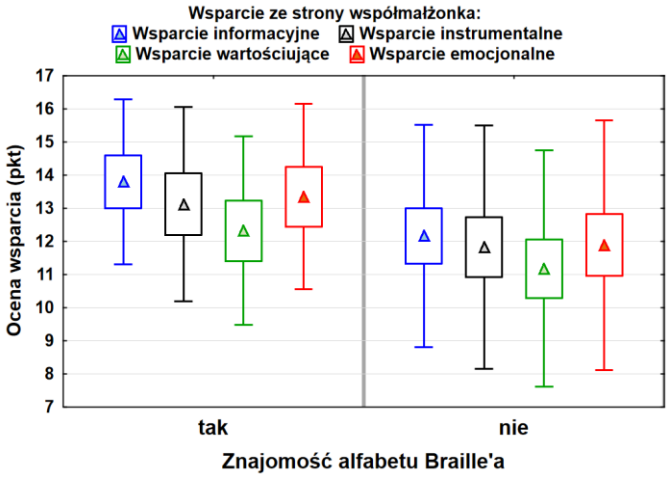
Rycina 8. Znajomość alfabetu Braille'a a odczucie własnej skuteczności

Ciężkość wady wzroku a wsparcie społeczne (Skala Wsparcia Społecznego)

Zbadano także, czy w obu ocenianych grupach wartości skali wsparcia społecznego były zróżnicowane. Analizowano wsparcie ze strony osób najbliższych, jak i pracowników socjalnych i medycznych.

Wsparcie ze strony współmałżonka

Na Rycinie 9 przedstawiono informacje o rozkładzie miar wsparcia ze strony współmałżonka, w zależności od znajomości języka Braille'a.



Rycina 9. Znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony współmałżonka

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy odczuciem wsparcia ze strony współmałżonka u pacjentów z wrodzoną bądź nabytą wadą wzroku.

Jedynie pacjenci posługujący się językiem Braille'a częściej potwierdzali otrzymywanie wsparcia informacyjnego od swoich współmałżonków (Tabela 54).

Tabela 54. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony współmałżonka

SWS (współmałżonek)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 33)			**nabyta (*N* = 73)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,3	13	2,6	12,6	13	3,3	0,5232
wsparcie instrumentalne	13,0	14	3,0	12,0	13	3,6	0,1754
wsparcie wartościujące	12,4	13	2,8	11,2	11	3,5	0,1506
wsparcie emocjonalne	13,2	14	3,0	12,1	13	3,6	0,1754
wsparcie ogólne	51,9	53	10,8	47,9	50	13,3	0,1732
SWS (współmałżonek)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 40)			**nie (*N* = 65)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,8	14	2,5	12,2	12	3,4	0,0099**
wsparcie instrumentalne	13,1	14	2,9	11,8	12	3,7	0,0833
wsparcie wartościujące	12,3	11,5	2,8	11,2	12	3,6	0,2271
wsparcie emocjonalne	13,4	13,5	2,8	11,9	13	3,8	0,0775
wsparcie ogólne	52,6	52,5	10,2	47,1	50	13,7	0,0631

Wsparcie ze strony rodziny

Poziom wsparcia ze strony rodziny był odmienny u osób wykazujących się znajomością, bądź brakiem znajomości języka Braille'a.

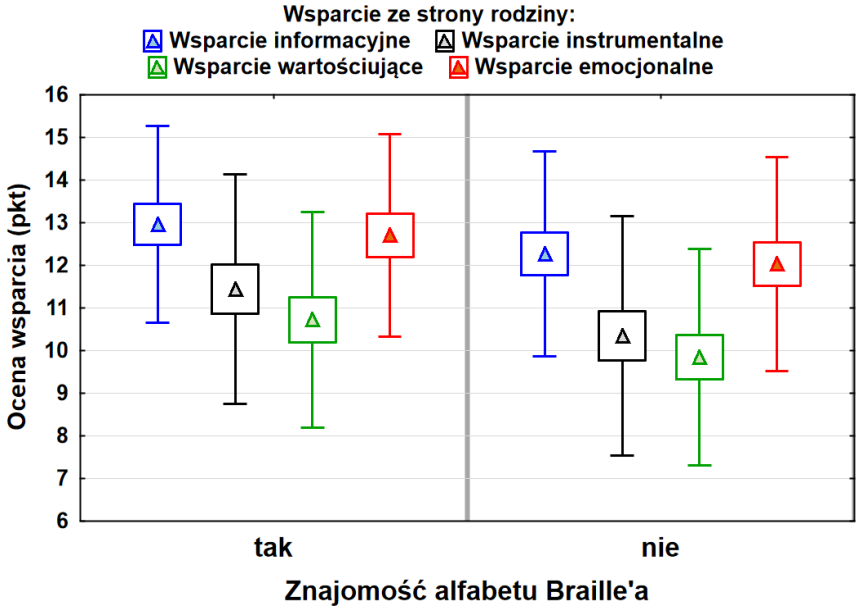
W tej grupie wartości poszczególnych kategorii składających się na ocenę wsparcia społecznego były wyższe.

Jeśli chodzi o charakter wady wzroku, to jedynie w przypadku wsparcia emocjonalnego występowała pewna, relatywnie niewielka różnica pomiędzy obiema grupami – nieco wyższy poziom wsparcia ze strony rodziny miały osoby z nabytą wadą wzroku (Tabela 53, Rycina 10).

Tabela 55. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony rodziny

SWS (rodzina)	Wada wzroku						*p*
	wrodzona (*N* = 85)			nabyta (*N* = 98)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	12,7	13	2,5	12,5	13	2,3	0,5196
wsparcie instrumentalne	11,2	11	2,6	10,6	10	2,9	0,1289
wsparcie wartościujące	10,5	10	2,6	10,1	10	2,5	0,1175
wsparcie emocjonalne	12,8	13	2,3	11,9	12,5	2,5	0,0201*
wsparcie ogólne	47,2	47	9,0	45,1	45	9,0	0,0788

SWS (rodzina)	Znajomość alfabetu Braille'a						*p*
	tak (*N* = 88)			nie (*N* = 93)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,0	13	2,3	12,3	13	2,4	0,0612
wsparcie instrumentalne	11,4	12	2,7	10,4	10	2,8	0,0020**
wsparcie wartościujące	10,7	11	2,5	9,8	9	2,5	0,0087**
wsparcie emocjonalne	12,7	13	2,4	12,0	12	2,5	0,0426*
wsparcie ogólne	47,8	48	8,5	44,5	45	9,3	0,0048**



Rycina 10. Znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony rodziny

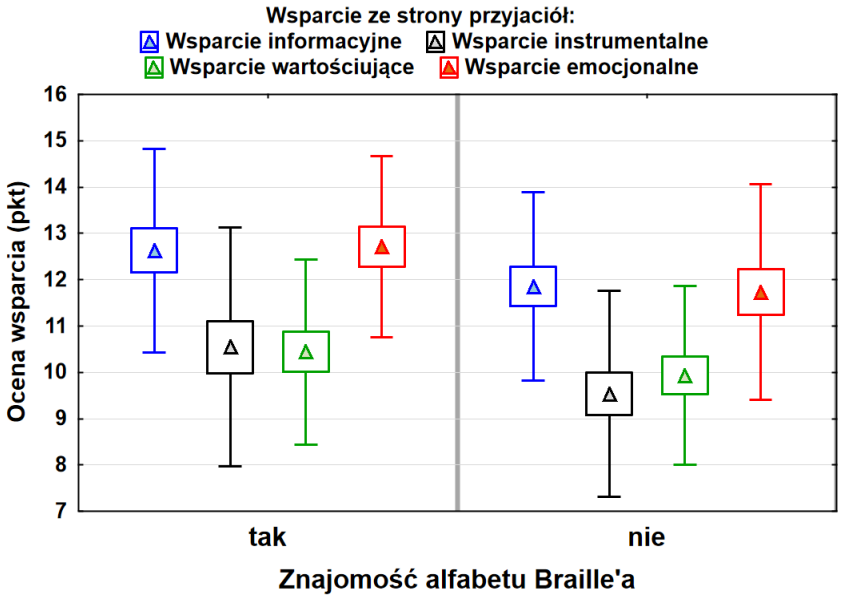
Wsparcie ze strony przyjaciół

Pacjenci z wrodzoną wadą wzroku nieco wyżej oceniali wsparcie wartościujące i emocjonalne ze strony przyjaciół. Z kolei respondenci ze znajomością języka Braille'a

lepiej niemal każdy aspekt wsparcia społecznego składający się na poczucie akceptacji ogólnej (Tabela 56, Rycina 11).

Tabela 56. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony przyjaciół

SWS (przyjaciele)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 78)			**nabyta (*N* = 97)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	12,3	12,5	2,2	12,1	12	2,1	0,3945
wsparcie instrumentalne	10,1	10	2,4	9,9	9	2,5	0,4077
wsparcie wartościujące	10,5	11	1,9	9,9	9	2,0	0,0394*
wsparcie emocjonalne	12,6	13	2,1	11,9	12	2,2	0,0454*
wsparcie ogólne	45,5	45	7,5	43,9	43	7,7	0,0973
SWS (przyjaciele)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 84)			**nie (*N* = 89)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	12,6	13	2,2	11,9	12	2,0	0,0251*
wsparcie instrumentalne	10,5	10,5	2,6	9,5	9	2,2	0,0072**
wsparcie wartościujące	10,4	10	2,0	9,9	9	1,9	0,0745
wsparcie emocjonalne	12,7	13	2,0	11,7	12	2,3	0,0029**
wsparcie ogólne	46,3	46	7,6	43,1	43	7,4	0,0065**



Rycina 11. Znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony przyjaciół

Wsparcie ze strony psychologa

Stwierdzono brak statystycznie istotnych różnic pomiędzy obiema grupami a poczuciem wsparcia ze strony psychologa. Można w tym punkcie nadmienić, że duży odsetek respondentów w ogóle nie korzystało z pomocy psychologa. Może więc uzyskane wyniki nie są miarodajne. Tym niemniej ocena wsparcia ze strony psychologa nie zależała od charakteru wady wzroku, ani jej ciężkości ocenianej na podstawie znajomości alfabetu Braille'a.(Tabela 57.)

Tabela 57. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony psychologa

SWS (psycholog)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 17)			**nabyta (*N* = 64)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,9	14	2,0	13,3	13	1,8	0,2416
wsparcie instrumentalne	9,9	10	1,5	10,1	10	1,7	0,9313
wsparcie wartościujące	10,6	10	2,1	11,1	11	1,6	0,2510
wsparcie emocjonalne	13,1	13	2,0	13,6	14	1,8	0,2061
wsparcie ogólne	47,6	48	4,7	48,0	47	4,6	0,7607
SWS (psycholog)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 24)			**nie (*N* = 56)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,9	14	2,1	13,3	13	1,7	0,1468
wsparcie instrumentalne	10,0	10	1,6	10,1	10	1,7	0,8471
wsparcie wartościujące	11,1	11	2,5	11,0	11	1,3	0,8716
wsparcie emocjonalne	13,3	13	1,8	13,5	14	1,9	0,4367
wsparcie ogólne	48,3	48,5	5,4	47,8	47,5	4,3	0,7347

Wsparcie ze strony personelu medycznego

W przypadku wsparcia ze strony personelu medycznego, statystycznie istotne różnice zauważalne były tylko dla grup różniących się znajomością języka Braille'a w kontekście wsparcia informacyjnego.

Osoby deklarujące znajomość, bądź naukę języka Braille'a miały nieco wyższy poziom wsparcia informacyjnego ze strony personelu medycznego (Tabela 58).

Generalnie brak różnic w wynikach w obu zamieszczonych poniżej tabelach należy traktować jako pozytywny i oczekiwany wynik – to dobrze, że personel medyczny w udzielanym wsparciu nie dzieli pacjentów na ważniejszych i mniej ważnych, lepszych i gorszych.

Tabela 58. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony personelu medycznego

SWS (personel medyczny)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 82)			**nabyta (*N* = 103)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	11,7	12	1,7	11,6	12	2,1	0,4232
wsparcie instrumentalne	9,1	9	1,3	9,1	9	1,7	0,8355
wsparcie wartościujące	9,0	9	1,5	9,3	9	1,7	0,2662
wsparcie emocjonalne	11,8	12,5	2,0	12,0	12	2,1	0,8786
wsparcie ogólne	41,6	42	4,2	42,1	42	5,3	0,8841
SWS (personel medyczny)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 86)			**nie (*N* = 98)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	12,0	12	1,8	11,4	11	2,0	0,0072**
wsparcie instrumentalne	9,1	9	1,5	9,1	9	1,6	0,6440
wsparcie wartościujące	9,1	9	1,6	9,2	9	1,6	0,5901
wsparcie emocjonalne	12,1	13	1,8	11,7	12	2,2	0,0923
wsparcie ogólne	42,3	42	4,4	41,5	41	5,3	0,0793

Wsparcie ze strony pracowników socjalnych

Brak było istotnego wpływu rodzaju wady wzroku oraz znajomości języka Braille'a (ciężkości dysfunkcji wzroku) na poziom wsparcia ze strony pracowników socjalnych (Tabela 59).

Tabela 59. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony pracowników socjalnych

SWS (pracownik socjalny)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 69)			**nabyta (*N* = 89)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	11,7	12	1,6	11,8	12	1,9	0,9256

wsparcie instrumentalne	8,9	9	1,4	9,1	9	1,7	0,4913
wsparcie wartościujące	9,4	9	1,5	9,2	9	1,5	0,5912
wsparcie emocjonalne	12,0	12	1,8	11,9	12	1,8	0,6607
wsparcie ogólne	41,9	42	4,7	42,0	43	5,0	0,9775

SWS (pracownik socjalny)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 75)			**nie (*N* = 83)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	11,6	12	1,7	11,8	12	1,8	0,6568
wsparcie instrumentalne	8,8	9	1,5	9,2	9	1,6	0,1477
wsparcie wartościujące	9,3	9	1,5	9,3	9	1,5	0,9327
wsparcie emocjonalne	12,0	12	1,9	11,9	12	1,7	0,5537
wsparcie ogólne	41,7	42	5,2	42,2	43	4,5	0,5078

Wsparcie ze strony lekarza okulisty

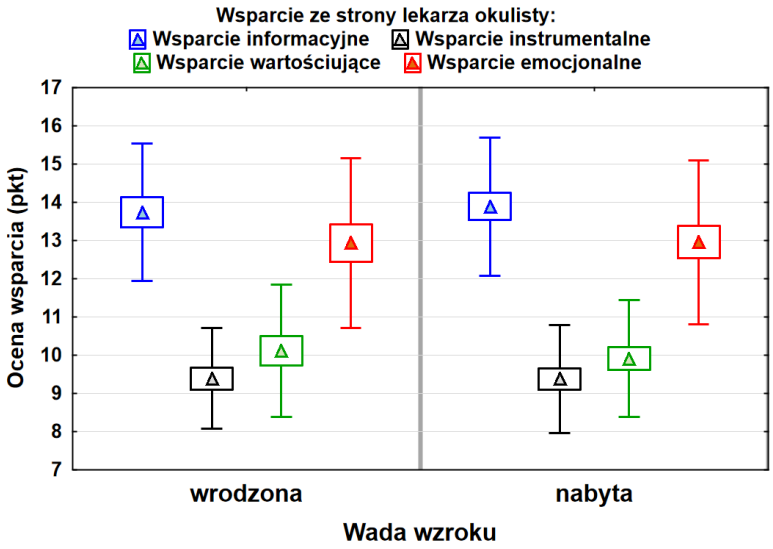
Ocena wsparcia ze strony lekarza okulisty przedstawiała się podobnie we wszystkich analizowanych grupach (tabela 60).

Tabela 60. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a wsparcie ze strony lekarza okulisty

SWS (okulista)	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 81)			**nabyta (*N* = 103)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,7	14	1,8	13,9	14	1,8	0,3885
wsparcie instrumentalne	9,4	9	1,3	9,4	9	1,4	0,7827
wsparcie wartościujące	10,1	10	1,7	9,9	10	1,5	0,5546
wsparcie emocjonalne	12,9	13	2,2	13,0	14	2,1	0,9451
wsparcie ogólne	46,2	47	4,8	46,1	47	4,5	0,9911

SWS (okulista)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 85)			**nie (*N* = 97)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
wsparcie informacyjne	13,9	14	1,7	13,7	14	1,9	0,6084
wsparcie instrumentalne	9,4	9	1,3	9,4	10	1,4	0,5349
wsparcie wartościujące	10,0	10	1,7	10,0	10	1,6	0,8855
wsparcie emocjonalne	12,9	13	2,0	13,0	14	2,3	0,4501
wsparcie ogólne	46,3	47	4,3	46,1	47	4,9	0,8132

Na wykresie poniżej widać duże różnice w ocenie poziomu wsparcia różnego rodzaju ze strony lekarza okulisty – wysokie było wsparcie informacyjne i emocjonalne, a niskie instrumentalne i wartościujące. Natomiast na ocenę poziomu wsparcia nie wpływał rodzaj wady wzroku – brak różnic pomiędzy osobami z wadą wrodzoną i nabytą (Rycina 12).



Rycina 12. Ciężkość wady wzroku a wsparcie ze strony lekarza okulisty

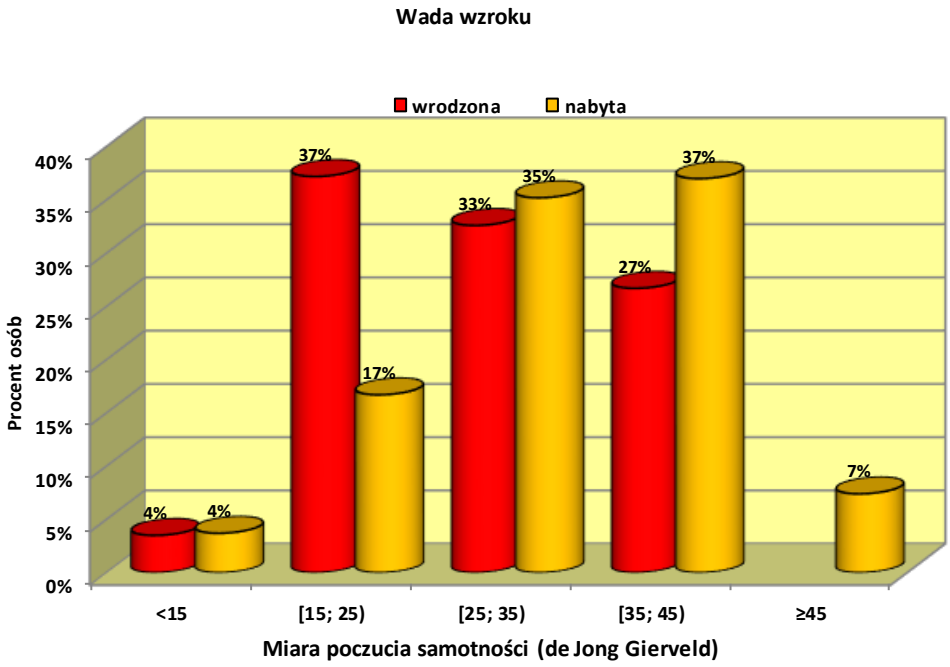
Ciężkość wady wzroku a poczucie samotności (de Jong Gierveld)

Większe odczucie samotności posiadali respondenci z nabytą wadą wzroku. Znajomość języka Braille'a wpływała pozytywnie na stan psychiczny ankietowanych osób – miały one o ok. 3 pkt niższe poczucie samotności, a różnica w stosunku do pozostałych osób była istotna statystycznie (wartość *p* poniżej 0,05). Wyniki obrazuje Tabela 61.

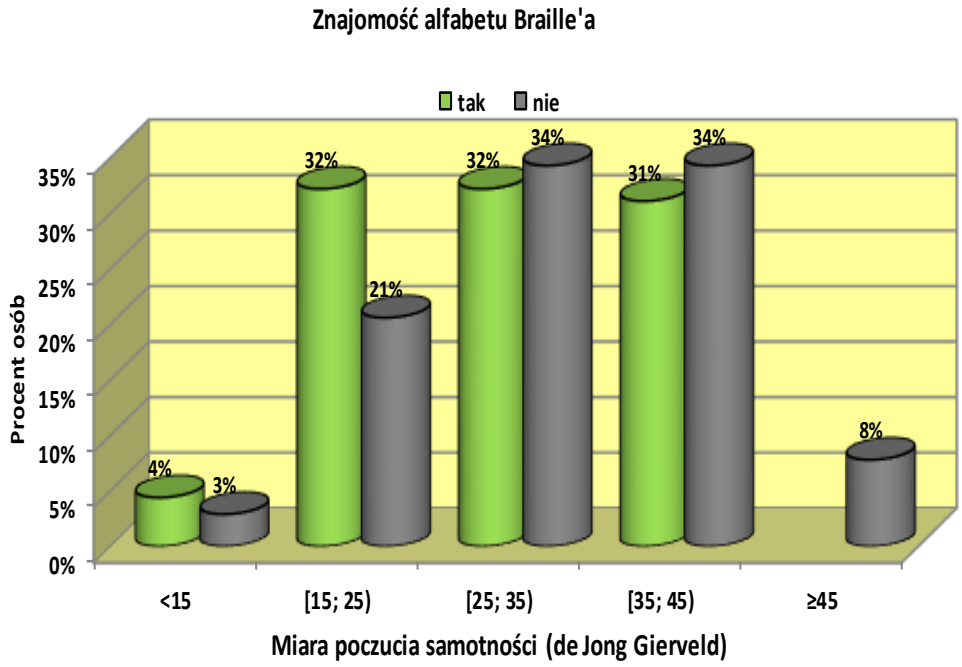
Tabela 61. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a poczucie samotności

Poczucie samotności według de Jong Gierveld	**Wada wzroku**						***p***
	wrodzona (*N* = 86)			**nabyta (*N* = 108)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
miara samotności	28,5	27,5	8,7	32,6	33	9,2	0,0015**
Poczucie samotności według de Jong Gierveld	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 90)			**nie (*N* = 102)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
miara samotności	29,1	28	8,9	32,3	32	9,3	0,0207*

Na wykresie poniżej widać większy procentowy udział osób z niskim poczuciem samotności (z przedziału 15-24 pkt) wśród osób z wrodzoną wadą wzroku, jak również wśród osób znających język Braille'a (Rycina 13 i 14).



Rycina 13. Ciężkość wady wzroku a poczucie samotności



Rycina 14. Znajomość alfabetu Braille'a a poczucie samotności

Ciężkość wady wzroku a skala kontroli emocji (CECS)

Analizując poniższe tabele nie można stwierdzić, aby istniały znaczące różnice w kontrolowaniu emocji pomiędzy osobami niewidzącymi od urodzenia i z nabytą wadą wzroku. Podobnie znajomość pisma Braille'a nie determinowała umiejętności panowania nad emocjami (tabela 62).

Wartości *p* dla wszystkich porównań znacząco przekracza 0,05, co oznacza brak istotności statystycznej różnic pomiędzy grupami.

Tabela 62. Ciężkość wady wzroku i znajomość alfabetu Braille'a a skala kontroli emocji

Skala kontroli emocji (CECS)	Wada wzroku						*p*
	wrodzona (*N* = 86)			nabyta (*N* = 108)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
tłumienie gniewu	17,0	17	6,6	17,3	15	6,7	0,7244
tłumienie depresji	17,2	18	5,9	17,8	17	5,7	0,5471
tłumienie lęku	18,3	18	6,2	18,1	17,5	6,2	0,7904
ogólna kontroli emocji	52,4	51	15,6	53,1	53	16,6	0,8711
Skala kontroli emocji (CECS)	**Znajomość alfabetu Braille'a**						***p***
	tak (*N* = 90)			**nie (*N* = 102)**			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
tłumienie gniewu	16,9	15,5	6,6	17,4	16	6,6	0,5970
tłumienie depresji	17,0	18	5,8	18,1	17	5,7	0,2975
tłumienie lęku	17,4	18	6,4	19,0	18	6,0	0,1425
ogólna kontroli emocji	51,2	51	15,7	54,4	53,5	16,2	0,2580

Korelacje pomiędzy miarami psychometrycznymi

Zbadane zostały także korelacje pomiędzy wybranymi miarami psychometrycznymi. Z uwagi na liczbowy charakter miar psychometrycznych do analizy wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana, a wybrane wyniki zilustrowano za pomocą wykresów rozrzutu.

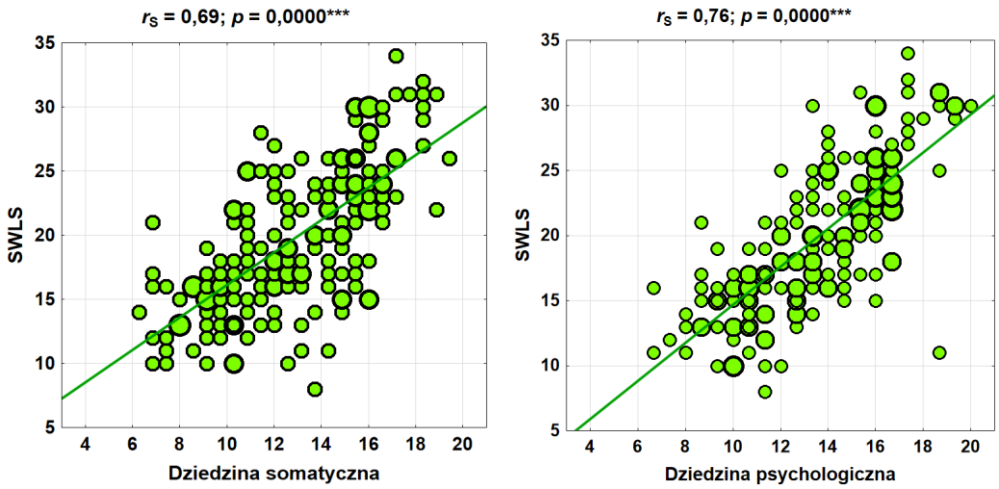
SWLS vs WHOQoL-BREF

W pierwszej kolejności zbadano korelacje pomiędzy oceną satysfakcji z życia (miarą SWLS) a czterema miarami jakości życia (WHOQoL-BREF).

Miara SWLS była w statystycznie istotny sposób powiązana ze wszystkimi miarami jakości życia – najsilniej z jakością życia w dziedzinie psychologicznej ($r_S = 0,76$). Wyniki obrazuje Tabela 63 i Rycina 15.

Tabela 63. Korelacje SWLS z czterema miarami jakości życia

Satysfakcja z życia	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
SWLS	0,69 (0,0000***)	0,76 (0,0000***)	0,62 (0,0000***)	0,71 (0,0000***)



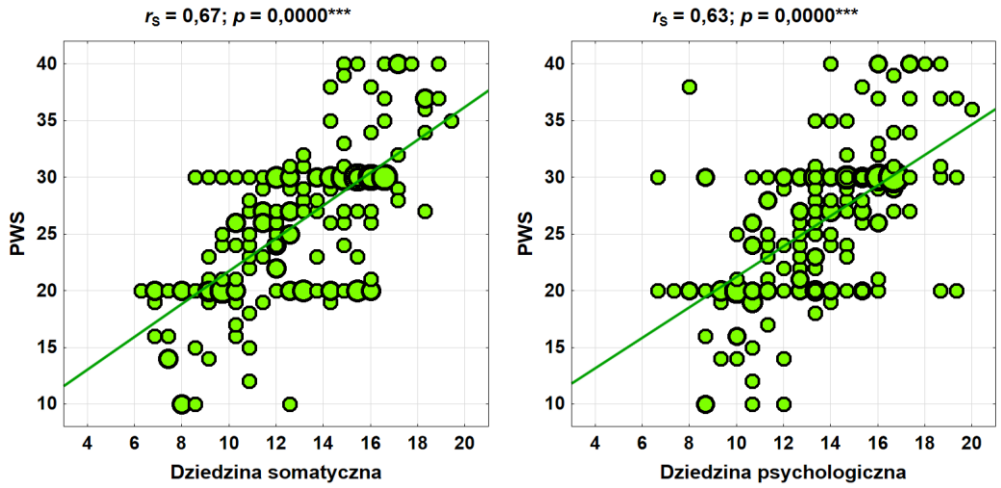
Rycina 15. Korelacje SWLS a miarami jakości życia – somatyczną i psychologiczną.

Poczucie skuteczności a jakość życia (GSES vs WHOQoL-BREF)

Zbadane zostały także korelacje miary poczucia własnej skuteczności (kwestionariusz GSES) z miarami jakości życia. Okazuje się, że wyższe poczucie własnej skuteczności było związane z jakością życia w każdej niemalże sferze – wszystkie korelacje były istotne statystycznie ($p = 0,0000$***), a ich siła może być określona jako przeciętna (wartości r_S w przedziale 0,50-0,70). Wyniki obrazuje Rycina 16 i Tabela 64.

Tabela 64. Korelacje GSES z czterema miarami jakości życia

Poczucie własnej skuteczności	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
GSES	0,67 (0,0000***)	0,63 (0,0000***)	0,57 (0,0000***)	0,57 (0,0000***)



Rycina 16. Korelacje GSES z miarami jakości życia somatyczną i psychologiczną.

Wsparcie społeczne a jakość życia (SWS vs WHOQoL-BREF)

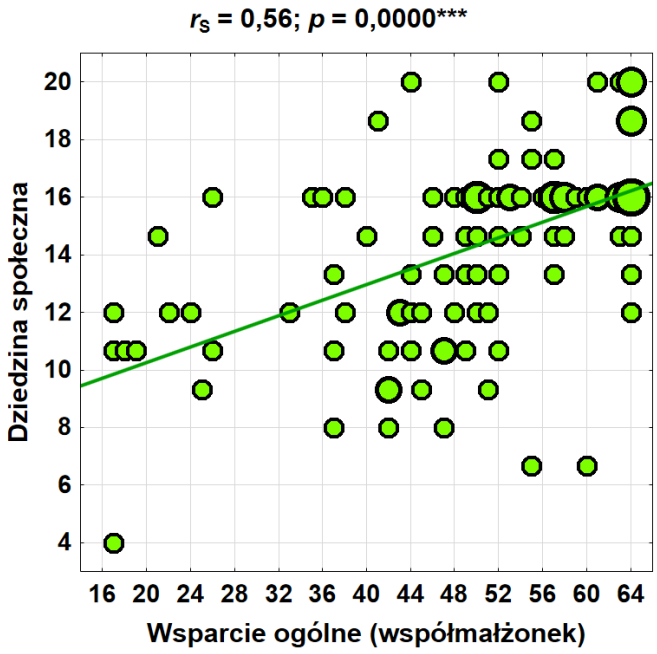
Przeprowadzono również serię analiz korelacji pomiędzy wsparciem społecznym a jakością życia.

Wsparcie ze strony współmałżonka a WHOQoL-BREF

Wsparcie ze strony małżonka było w istotny statystycznie sposób powiązane z jakością życia, szczególnie w dziedzinie społecznej, gdzie korelacje miały przeciętną siłę (pomiędzy wsparciem ogólnym i jakością życia $r_S = 0{,}56$). Analiza dotyczyła tylko osób w związkach małżeńskich, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tab. 65 i Ryc. 17.

Tabela 65. Korelacje wsparcia otrzymywanego od współmałżonka z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony współmałżonka	WHOQoL-BREF			
	Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Wsparcie informacyjne	0,43 (0,0000***)	0,44 (0,0000***)	0,53 (0,0000***)	0,33 (0,0006***)
Wsparcie instrumentalne	0,40 (0,0000***)	0,42 (0,0000***)	0,53 (0,0000***)	0,33 (0,0007***)
Wsparcie wartościujące	0,40 (0,0000***)	0,47 (0,0000***)	0,49 (0,0000***)	0,36 (0,0001***)
Wsparcie emocjonalne	0,40 (0,0000***)	0,48 (0,0000***)	0,50 (0,0000***)	0,40 (0,0000***)
Wsparcie ogólne	0,45 (0,0000***)	0,50 (0,0000***)	0,56 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)



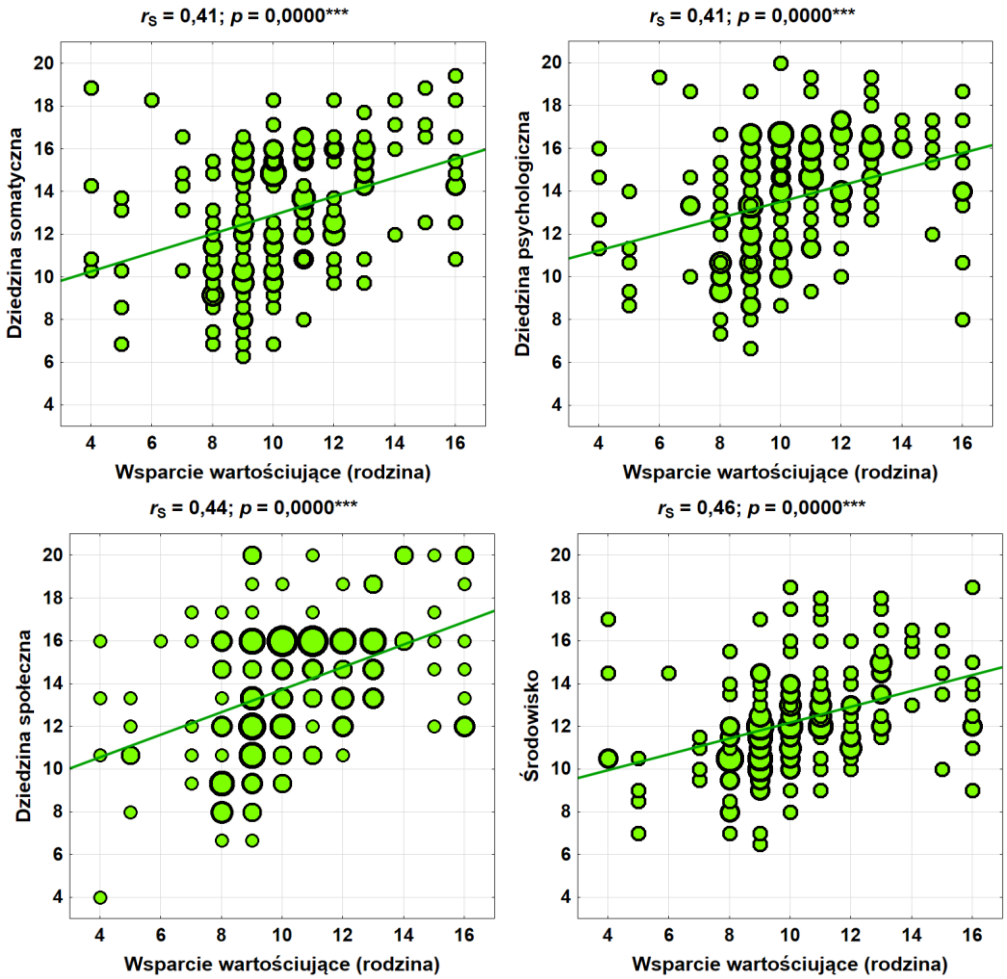
Ryc. 17. Korelacje wsparcia otrzymywanego od współmałżonka a dziedziną społeczną jakości życia

Wsparcie ze strony rodziny a WHOQoL-BREF

Większe wsparcie ze strony rodziny było powiązane z lepszą jakością życia we wszystkich obszarach. Jeśli chodzi o rodzaje wsparcia to najwyraźniejsze korelacje dotyczyły wsparcia wartościującego i jakości życia. Generalnie, wszystkie korelacje były istotne statystycznie, ale ich siła była relatywnie niewielka. Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 66 i Rycina 16.

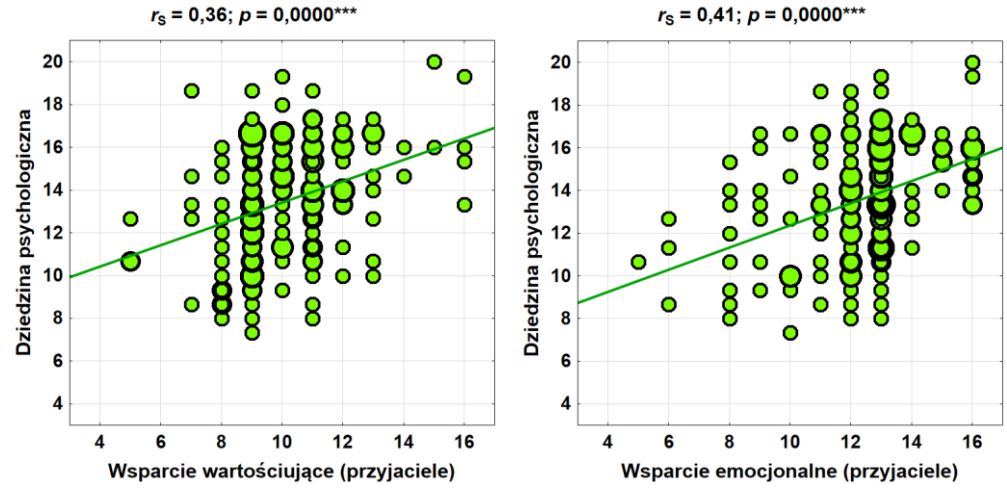
Tabela 66. Korelacje wsparcia otrzymywanego od rodziny z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony rodziny	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
Wsparcie informacyjne	0,29 (0,0001***)	0,26 (0,0004***)	0,25 (0,0007***)	0,29 (0,0001***)
Wsparcie instrumentalne	0,34 (0,0000***)	0,31 (0,0000***)	0,34 (0,0000***)	0,36 (0,0000***)
Wsparcie wartościujące	0,41 (0,0000***)	0,41 (0,0000***)	0,44 (0,0000***)	0,46 (0,0000***)
Wsparcie emocjonalne	0,36 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)	0,31 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)
Wsparcie ogólne	0,39 (0,0000***)	0,38 (0,0000***)	0,39 (0,0000***)	0,42 (0,0000***)



Rycina 18. Korelacje wsparcia wartościującego od rodziny a dziedzinami somatyczną, psychologiczną, środowiskową i społeczną jakości życia

Wsparcie ze strony przyjaciół a WHOQoL-BREF



Rycina 19. Korelacje wsparcia wartościującego i emocjonalnego otrzymywanego od przyjaciół a dziedziną psychologiczną jakości życia

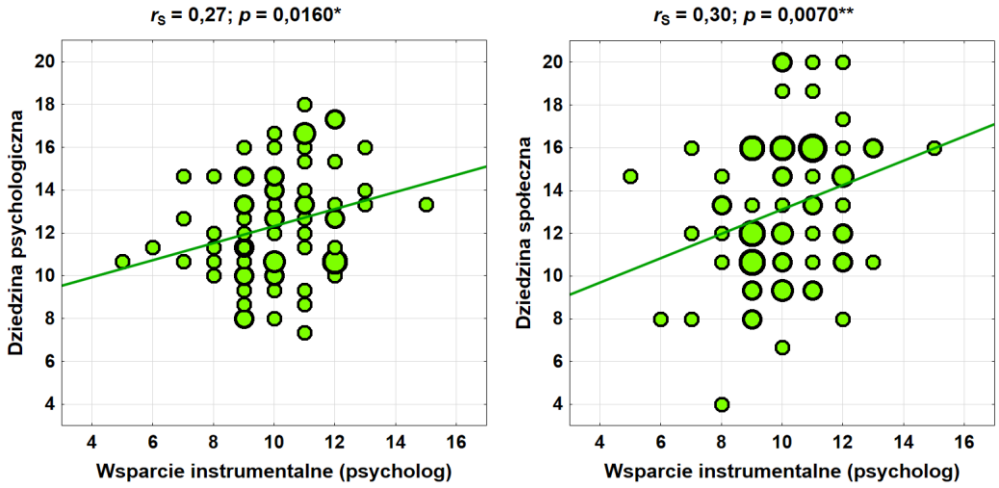
Poziom wsparcia ze strony przyjaciół w istotny statystycznie sposób wpływał na jakość życia osób mających poważne dysfunkcje narządu wzroku.

Wszystkie przeanalizowane korelacje były istotne statystycznie, ale ich siła była relatywnie niewielka. Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 67 i Rycina 19.

Tabela 67. Korelacje wsparcia otrzymywanego od przyjaciół z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony przyjaciół	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
Wsparcie informacyjne	0,27 (0,0003***)	0,29 (0,0001***)	0,20 (0,0094**)	0,18 (0,0179*)
Wsparcie instrumentalne	0,24 (0,0016**)	0,28 (0,0002***)	0,25 (0,0009***)	0,21 (0,0059**)
Wsparcie wartościujące	0,30 (0,0001***)	0,36 (0,0000***)	0,30 (0,0000***)	0,33 (0,0000***)
Wsparcie emocjonalne	0,36 (0,0000***)	0,41 (0,0000***)	0,30 (0,0001***)	0,36 (0,0000***)
Wsparcie ogólne	0,31 (0,0000***)	0,36 (0,0000***)	0,28 (0,0001***)	0,27 (0,0003***)

Wsparcie ze strony psychologa a WHOQoL-BREF



Rycina 20. Korelacje wsparcia instrumentalnego otrzymywanego od psychologa a dziedzina psychologiczną i społeczną jakości życia

Nie stwierdzono, poza nielicznymi wyjątkami, powiązania poziomu wsparcia ze strony psychologa z jakością życia osób z dysfunkcjami narządu wzroku. Jedyne statystycznie

istotne korelacje o niewielkiej sile (r_S nie przekraczające 0,30), dotyczyły:

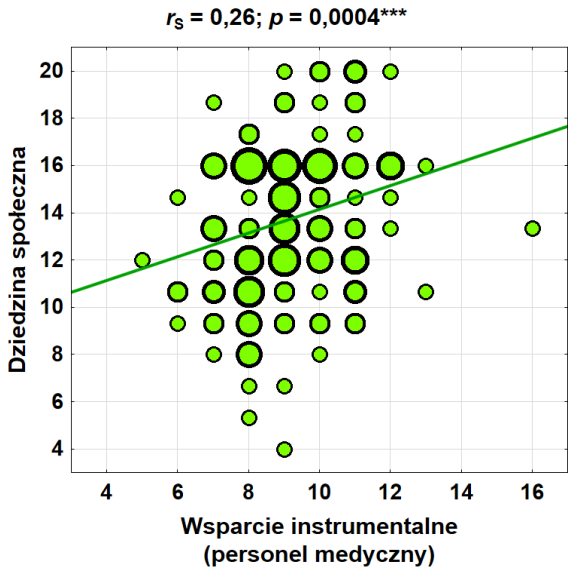
- wsparcia instrumentalnego oraz jakości życia w dziedzinie psychologicznej i społecznej (r_S odpowiednio: 0,27 i 0,30);
- wsparcia wartościującego i jakości życia w dziedzinie psychologicznej (r_S = 0,23).

Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 68 i Rycina 20.

Tabela 68. Korelacje wsparcia otrzymywanego od psychologa z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony psychologa	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
Wsparcie informacyjne	-0,18 (0,1000)	-0,08 (0,4945)	-0,04 (0,7320)	-0,04 (0,7421)
Wsparcie instrumentalne	0,19 (0,0961)	0,27 (0,0160*)	0,30 (0,0070**)	0,21 (0,0590)
Wsparcie wartościujące	0,15 (0,1948)	0,23 (0,0389*)	0,18 (0,1121)	0,16 (0,1613)
Wsparcie emocjonalne	-0,11 (0,3199)	0,01 (0,9502)	0,05 (0,6890)	-0,06 (0,6099)
Wsparcie ogólne	-0,01 (0,9365)	0,13 (0,2492)	0,13 (0,2523)	0,06 (0,5879)

Wsparcie ze strony personelu medycznego a WHOQoL-BREF



Rycina 21. Korelacje wsparcia instrumentalnego od personelu medycznego z dziedziną społeczną jakości życia

Nieco większe znaczenie niż wsparcie ze strony psychologa miała pomoc ze strony personelu medycznego, szczególnie w zakresie wsparcia instrumentalnego, które było w istotny statystycznie sposób skorelowane ze wszystkimi dziedzinami jakości życia.

Poza tym istotne statystycznie, lecz bardzo słabe korelacje, występowały pomiędzy wsparciem informacyjnym i ogólnym a jakością życia w dziedzinie psychologicznej i społecznej oraz wsparciem ogólnym i dziedziną psychologiczną.

Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 69 i Rycina 21.

Tabela 69. Korelacje wsparcia otrzymywanego od personelu medycznego z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony personelu medycznego	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
Wsparcie informacyjne	0,06 (0,3833)	0,14 (0,0494*)	0,08 (0,2526)	-0,03 (0,6658)
Wsparcie instrumentalne	0,17 (0,0244*)	0,18 (0,0122*)	0,26 (0,0004***)	0,26 (0,0004***)
Wsparcie wartościujące	0,01 (0,8876)	0,09 (0,2406)	0,12 (0,1101)	0,13 (0,0722)
Wsparcie emocjonalne	0,02 (0,7371)	0,05 (0,4835)	-0,05 (0,4784)	0,06 (0,4536)
Wsparcie ogólne	0,09 (0,2136)	0,16 (0,0344*)	0,15 (0,0362*)	0,14 (0,0566)

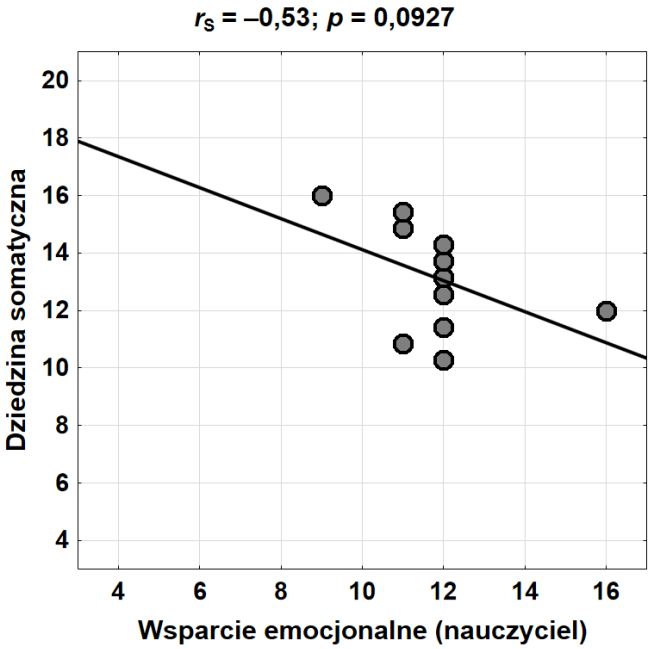
Wsparcie ze strony nauczyciela a WHOQoL-BREF

Nie stwierdzono statystycznie istotnych korelacji pomiędzy wsparciem ze strony nauczyciela a jakością życia. Były tylko dwa przypadki zależności zbliżonych do istotnych statystycznie (wartości prawdopodobieństwa testowego *p* poniżej 0,10), lecz co zaskakujące - korelacje ujemne. Oznaczałoby to, że większe wsparcie ze strony nauczyciela było powiązane z niższą jakością życia. Korelacja ta dotyczyła dziedziny somatycznej, można przypuszczać, że to zły stan zdrowia somatycznego i co za tym idzie niska jakość życia generowała duże wsparcie emocjonalne ze strony nauczyciela, stąd pozornie zaskakująca korelacja ujemna. W tej analizie warto zwrócić uwagę na małą liczbę analizowanych przypadków, bowiem relacje z nauczycielem nie występowały u większości ankietowanych osób.

Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 70 i Rycina 22.

Tabela 70. Korelacje wsparcia otrzymywanego od nauczyciela z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony nauczyciela	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Wsparcie informacyjne	-0,25 (0,4624)	0,08 (0,8216)	0,01 (0,9662)	-0,28 (0,4105)
Wsparcie instrumentalne	-0,36 (0,2744)	-0,18 (0,6001)	0,25 (0,4584)	-0,01 (0,9781)
Wsparcie wartościujące	-0,21 (0,5406)	-0,03 (0,9349)	0,30 (0,3639)	0,04 (0,9143)
Wsparcie emocjonalne	-0,53 (0,0927)	-0,19 (0,5756)	0,46 (0,1522)	-0,19 (0,5852)
Wsparcie ogólne	-0,55 (0,0771)	-0,33 (0,3165)	0,09 (0,8018)	-0,39 (0,2310)



Rycina 22. Korelacje wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od nauczyciela a dziedziną somatyczną jakości życia.

Wsparcie ze strony pracownika socjalnego a WHOQoL-BREF

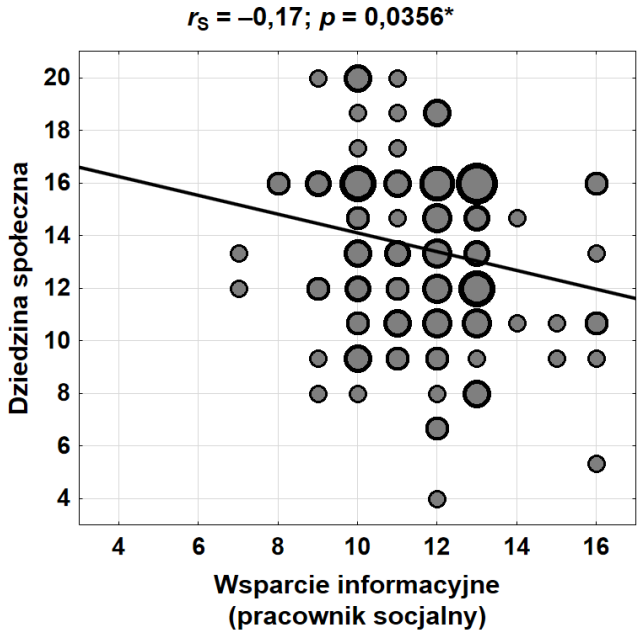
Wsparcie ze strony pracownika socjalnego nie było powiązane w istotny statystycznie sposób z jakością życia. Stwierdzono brak korelacji dla większości przeprowadzonych porównań.

Wyjątki, to bardzo słabe ujemne korelacje pomiędzy wsparciem informacyjnym i jakością życia w dziedzinie społecznej oraz wsparciem ogólnym i jakością życia w dziedzinie środowiskowej (r_S odpowiednio -0,17 i -0,18). Były to jednak bardzo słabe zależności i jako takie nie wpływały na ogólny wniosek, który brzmi „nie stwierdzono wpływu wsparcia ze strony pracownika socjalnego na jakość życia".

Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 71 i Rycina 23.

Tabela 71. Korelacje wsparcia otrzymywanego od pracownika socjanego z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony pracownika socjalnego	**WHOQoL-BREF**			
	Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Wsparcie informacyjne	-0,04 (0,6220)	-0,01 (0,9408)	-0,17 (0,0356*)	-0,15 (0,0686)
Wsparcie instrumentalne	-0,10 (0,2120)	-0,12 (0,1415)	-0,01 (0,8725)	-0,10 (0,2132)
Wsparcie wartościujące	-0,03 (0,7292)	0,06 (0,4867)	0,05 (0,5516)	-0,02 (0,7637)
Wsparcie emocjonalne	-0,02 (0,7782)	-0,01 (0,8835)	-0,11 (0,1588)	-0,15 (0,0580)
Wsparcie ogólne	-0,09 (0,2586)	-0,05 (0,4960)	-0,09 (0,2781)	-0,18 (0,0227*)



Rycina 23. Korelacje wsparcia otrzymywanego od pracownika socjalnego z czterema miarami jakości życia

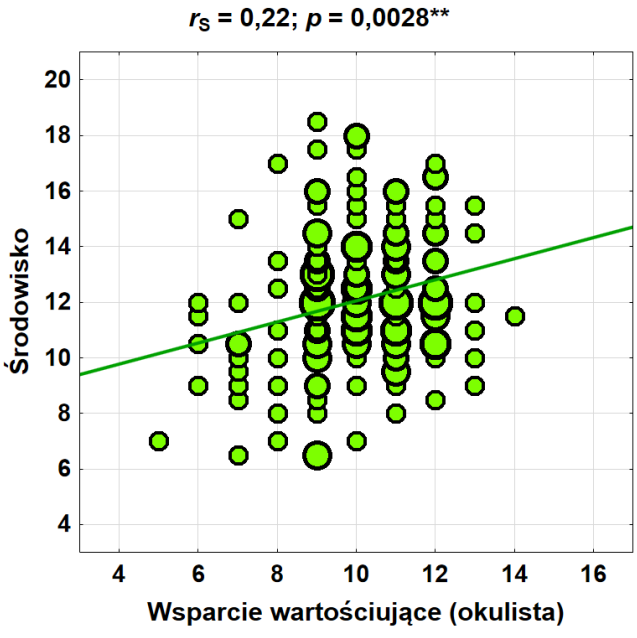
Wsparcie ze strony okulisty a WHOQoL-BREF

Wsparcie ze strony okulisty nie było powiązane z jakością życia – nieliczne przypadki istotnych statystycznie, ale bardzo słabych korelacji, nie zmieniają znacząco tego ogólnego wniosku. Istotne korelacje, o bardzo małej sile, dotyczyły przede wszystkim jakości życia w dziedzinie środowiskowej w powiązaniu ze wsparciem instrumentalnym, wartościującym i ogólnym.

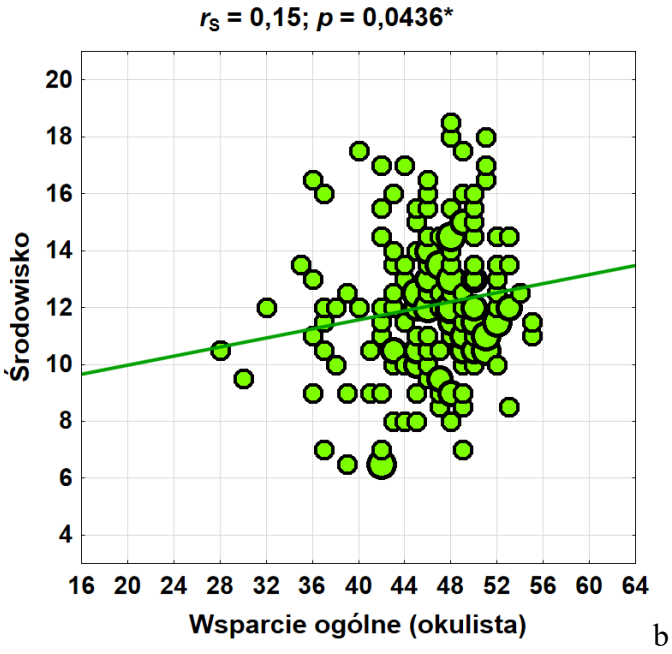
Analiza dotyczyła tylko tych osób, które takie wsparcie otrzymały. Wyniki obrazuje Tabela 72 i Rycina 24.

Tabela 72. Korelacje wsparcia otrzymywanego od nauczyciela z czterema miarami jakości życia

Wsparcie ze strony okulisty	WHOQoL-BREF			
	Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Wsparcie informacyjne	0,00 (0,9676)	0,06 (0,4424)	-0,07 (0,3401)	-0,12 (0,1146)
Wsparcie instrumentalne	0,04 (0,5781)	0,00 (0,9701)	0,13 (0,0864)	0,20 (0,0071**)
Wsparcie wartościujące	0,14 (0,0646)	0,15 (0,0387*)	0,10 (0,1578)	0,22 (0,0028**)
Wsparcie emocjonalne	0,07 (0,3776)	0,01 (0,8723)	0,04 (0,6221)	0,09 (0,2443)
Wsparcie ogólne	0,13 (0,0699)	0,11 (0,1420)	0,08 (0,2645)	0,15 (0,0436*)



a



Rycina 24. Korelacje wsparcia otrzymywanego od lekarza okulisty a domeną środowisko

Płeć i rodzaj wady wzroku a jakość życia

Z wcześniej przeprowadzonych analiz wynika, iż na jakość życia wpływa rodzaj wady wzroku, a także płeć. Aby lepiej zrozumieć charakter tych zależności przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji, w której rozważano jednocześnie wpływ płci i rodzaju wady wzroku na jakość życia. Porównanie wartości średnich miar jakości i satysfakcji życia w poszczególnych próbach potwierdziło zróżnicowanie względem rodzaju wady wzroku i płci. Wydaje się, że oba te czynniki nie wchodzą ze sobą w interakcje, to znaczy zarówno dla kobiet i mężczyzn lepszą jakością życia cechowały się osoby z wrodzoną wadą wzroku.

Tabela 73. Analiza jednoczesnego wpływu płci i rodzaju wady wzroku na jakość życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Kobiety**				**Mężczyźni**			
	Wada wzroku							
	wrodzona (N = 43)		**nabyta (N = 56)**		**wrodzona (N = 43)**		**nabyta (N = 52)**	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Dziedzina somatyczna	13,4	2,8	10,6	2,5	14,5	2,3	13,4	2,9
Dziedzina psychologiczna	14,0	2,5	11,7	2,5	15,3	2,6	13,3	2,7
Dziedzina społeczna	14,0	2,9	12,5	3,1	14,7	2,7	14,0	3,6
Środowisko	12,4	2,5	11,2	2,6	13,1	2,2	12,2	2,6
SWLS	21,2	4,7	17,2	4,7	22,3	5,2	19,1	6,4

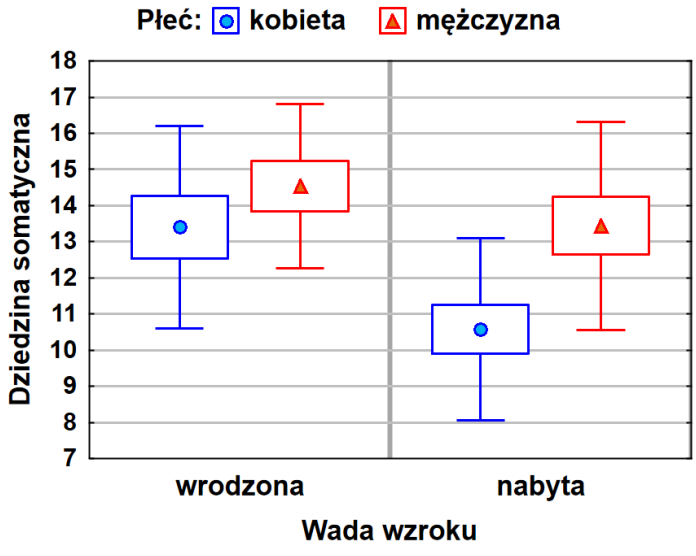
Aby zweryfikować istotność poszczególnych czynników w tabeli 74 zamieszczono wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji, za pomocą której oceniono istotność zróżnicowania miar jakości życia względem płci, rodzaju wady wzroku i interakcji pomiędzy tymi czynnikami.

Testy dwuczynnikowej analizy wariancji potwierdziły istotne statystycznie zróżnicowanie jakości życia względem wady wzroku i płci – wyniki są szczególnie wyraziste dla jakości w dziedzinie somatycznej i psychologicznej. Za wyjątkiem dziedziny somatycznej nie wystąpiła interakcja pomiędzy płcią i rodzajem wady, co oznacza, że oddziaływania obu czynników się kumulują (przykładowo, skoro kobiety miały niższą jakość życia od mężczyzn, a osoby z wadą nabytą od osób z wadą wrodzoną, to przy braku interakcji - kobiety z wadą nabytą będą charakteryzowały się wyjątkowo niską jakością życia, a mężczyźni z wadą wrodzoną najwyższą).

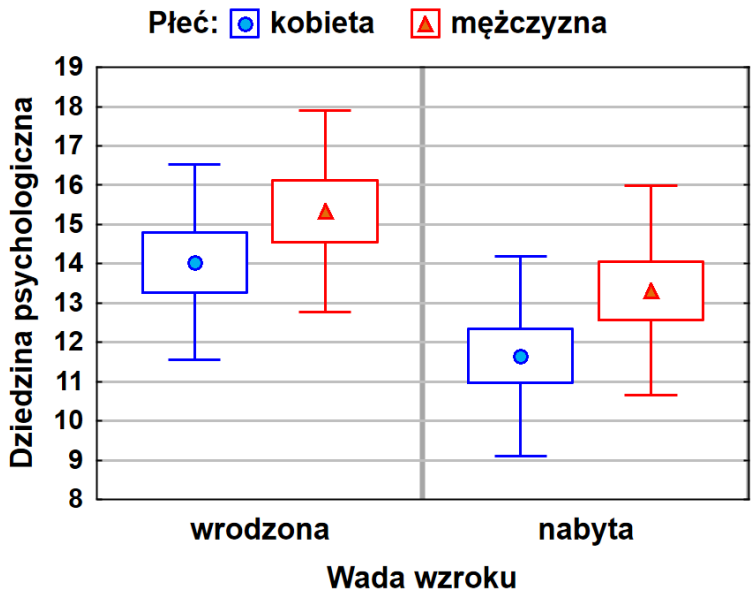
Tabela 74. Analiza zróżnicowania jakości życia względem wady wzroku i płci

Testowany czynnik	**Wartość prawdopodobieństwa testowego *p* (ocena istotności danego czynnika)**				
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**	**SWLS**
Płeć	0,0000***	0,0001***	0,0148*	0,0308*	0,0482*
Rodzaj wady	0,0000***	0,0000***	0,0189*	0,0044**	0,0000***
Interakcja	0,0235*	0,6252	0,3488	0,7080	0,5936

W celu ułatwienia interpretacji uzyskanych danych, wyniki dla jakości życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej zilustrowano graficznie.



a



b

Rycina 25. Analiza zróżnicowania jakości życia względem wady wzroku i płci wyniki w dziedzinie somatycznej i psychologicznej

Na Rycinie 25 dla dziedziny psychologicznej widać wpływ obu czynników na jakość życia i brak interakcji pomiędzy nimi – wpływ płci był identyczny niezależnie od rodzaju wady. Na wykresie dla dziedziny somatycznej widać, iż wpływ rodzaju wady na jakość życia był silniejszy u kobiet (większa negatywna różnica pomiędzy jakością życia osób z wadą nabytą i wrodzoną). Ta interakcja nie jest wybitna, decydująca jest różnica w jakości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami (na korzyść mężczyzn) i osobami z wadą nabytą i wrodzoną (na korzyść osób z wadą nabytą).

Aby dokładnie ustalić, które z rozważanych do tej pory czynników faktycznie różnicują jakość życia, a wpływ których jest tylko pozorny, przeprowadzono analizę regresji. Skonstruowano odrębne modele dla każdej z czterech miar jakości życia (WHOQoL) i miary satysfakcji z życia (SWLS). Jako zmienne niezależne wprowadzano następujące cechy: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, liczba osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym, dochód oraz rodzaj wady (nabyta/wrodzona).

Następnie za pomocą procedury regresji krokowej wstecznej poszukiwano modelu, w którym występować będą tylko istotne statystycznie czynniki, to znaczy te, które faktycznie różnicują jakość lub satysfakcję z życia.

WHOQoL-BREF: dziedzina somatyczna

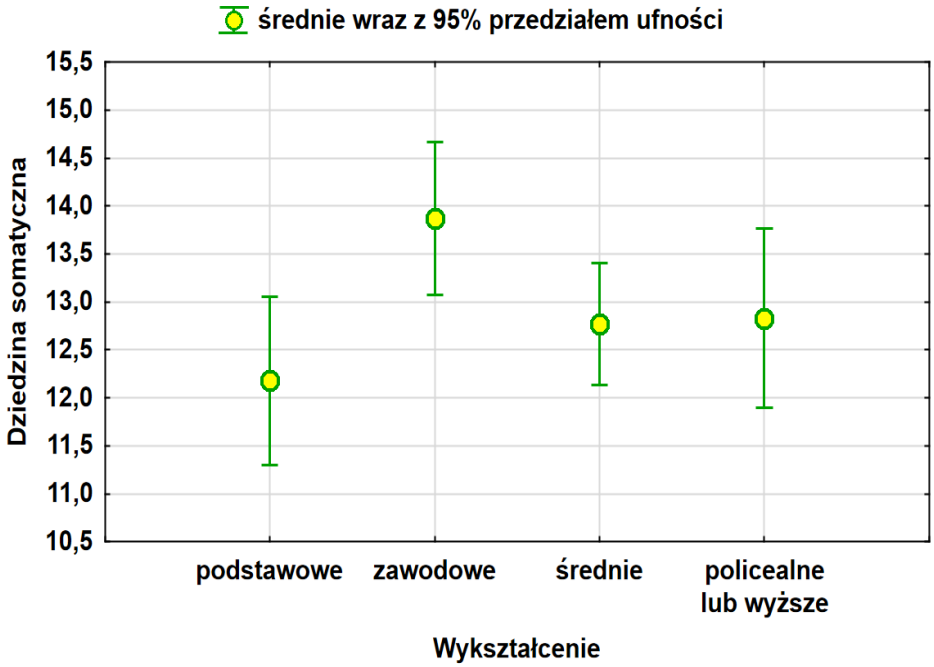
Za pomocą analizy regresji stwierdzono, że istotny statystycznie wpływ na jakość życia w dziedzinie somatycznej miały cztery czynniki: wiek, płeć, wykształcenie oraz rodzaj

wady. Wyniki analizy regresji potwierdziły wyniki analizy jednoczynnikowej, jedynie istotny wpływ wykształcenia nie wystąpił w analizie jednoczynnikowej.

W tabeli 75 przedstawiono wartości współczynników regresji wraz z oceną istotności statystycznej danego czynnika.

Tabela 75. Wartości współczynników regresji wraz z oceną istotności statystycznej danego czynnika w dziedzinie somatycznej

WHOQoL-BREF: Dziedzina somatyczna (R^2 = 32,3% F = 13,6 p = 0,0000*)**			
Czynnik	**Poziom czynnika**	**Współczynnik regresji**	***p***
wiek (lata)	+1 rok	-0,06 pkt	0,0000***
płeć	kobieta vs mężczyzna	-1,40 pkt	0,0010**
wykształcenie	podstawowe vs wyższe	-0,65 pkt	0,0394*
	zawodowe vs wyższe	1,04 pkt	
	średnie vs wyższe	-0,06 pkt	
wada wzroku	wrodzona vs nabyta	1,61 pkt	0,0001***



Rycina 26. Poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej względem wykształcenia, z uwzględnieniem korekty na wpływ pozostałych czynników

Na podstawie wartości prawdopodobieństwa testowego p można stwierdzić, że najbardziej wyrazisty wpływ na jakość życia w dziedzinie somatycznej miał wiek oraz wada wzroku, a najmniejszy wykształcenie:

- cały model regresji pozwolił wyjaśnić zmienny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej w badanej zbiorowości w 32,3%;
- osoba o rok starsza miała jakość życia średnio niższą o 0,06 pkt, różnica 10. lat przekładała się na spadek jakości życia w dziedzinie somatycznej o 0,6 pkt;
- kobiety miały niższą jakość życia od mężczyzn, średnio o 1,4 pkt;
- najwyższą jakością życia cechowały się osoby z wykształceniem zawodowym, a najniższą z podstawowym (różnica pomiędzy tymi grupami to ok. 1,69 pkt);
- osoby z wrodzoną wadą wzroku miały, średnio o ok. 1,61 pkt wyższą jakość życia w dziedzinie somatycznej niż osoby z wadą nabytą.

Na rycinie 26 przedstawiono przeciętny poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej względem wykształcenia, z uwzględnieniem korekty na wpływ pozostałych czynników.

WHOQoL-BREF: dziedzina psychologiczna

Wyniki analizy regresji dla jakości życia w dziedzinie psychicznej wskazują na dwa istotne statystycznie czynniki, a mianowicie płeć i rodzaj wady wzroku.

W tabeli 76 zamieszczono współczynniki i oceny istotności uzyskane za pomocą analizy regresji.

Potwierdza się niższa jakość życia kobiet od mężczyzn (średnio rzecz biorąc o ok. 1,52 pkt) i wyższa jakość życia w dziedzinie psychicznej osób z wadą wrodzoną (średnio rzecz biorąc o ok. 2,24 pkt).

Oba te czynniki wyjaśniają w sumie tylko 20,6% zmienności jakości życia w dziedzinie psychicznej w badanej zbiorowości. Ten wynik, gorszy niż dla dziedziny somatycznej można wytłumaczyć tym, że sfera psychiczna jest trudniej mierzalna niż somatyczna.

Tabela 76. Współczynniki i oceny istotności uzyskane za pomocą analizy regresji w dziedzinie psychologicznej

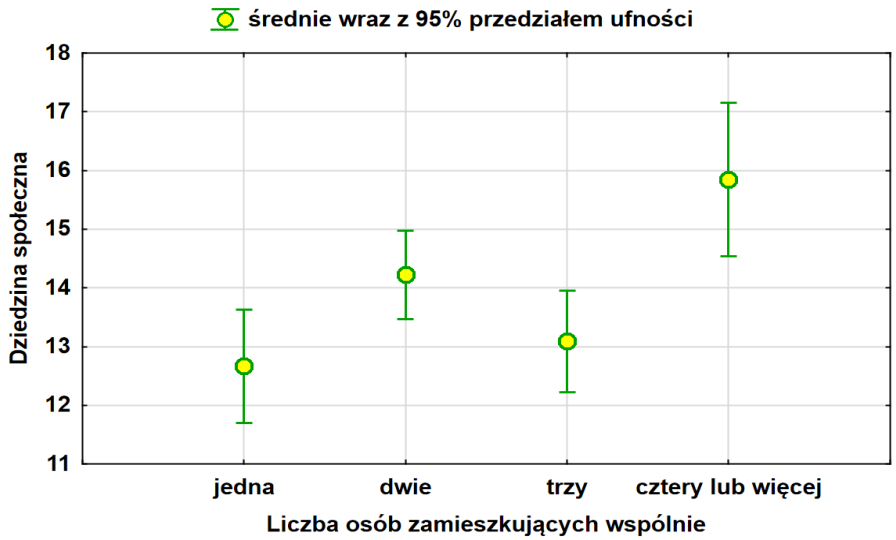
WHOQoL-BREF: Dziedzina psychologiczna (R^2 = 20,6% F = 7,0 p = 0,0000*)**			
Czynnik	**Poziom czynnika**	**Współczynnik regresji**	***p***
płeć	kobieta vs mężczyzna	-1,52 pkt	0,0002***
wada wzroku	wrodzona vs nabyta	2,24 pkt	0,0000***

WHOQoL-BREF: dziedzina społeczna

W przypadku jakości życia w dziedzinie społecznej analiza wieloczynnikowa potwierdziła istotny wpływ rodzaju wady wzroku, a drugim istotnym czynnikiem okazała się liczba osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym – wyższą jakością życia cechują się osoby, zamieszkujące w gospodarstwach domowych liczących co najmniej cztery osoby. Analiza wieloczynnikowa nie potwierdziła istotnego wpływu płci na jakość życia w dziedzinie społecznej (tabela 77, rycina 27).

Tabela 77. Analiza wieloczynnikowa jakości życia w dziedzinie społecznej w zależności od liczby osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym i wady wzroku

WHOQoL-BREF: Dziedzina społeczna (R^2 = 11,5% F = 5,6 p = 0,0003*)**			
Czynnik	**Poziom czynnika**	**Współczynnik regresji**	***p***
liczba osób zamieszkujących wspólnie	jedna vs cztery	-3,18 pkt	0,0005***
	dwie vs cztery	-1,62 pkt	
	trzy vs cztery	-2,75 pkt	
wada wzroku	wrodzona vs nabyta	1,14 pkt	0,0165*



Rycina 27. Analiza wieloczynnikowa jakości życia w dziedzinie społecznej w zależności od liczby osób zamieszkujących

WHOQoL-BREF: dziedzina środowiskowa

Analiza wieloczynnikowa dla jakości życia w dziedzinie środowiskowej potwierdza wyniki analizy jednoczynnikowych (tabela 78).

W istotny statystycznie sposób na jakość życia w dziedzinie środowiskowej wpływała płeć (niższa jakość życia u kobiet – średnio-o ok. 0,78 pkt) oraz rodzaj wady (wyższa jakość życia w przypadku wady wrodzonej – średnio o ok. 1,02 pkt).

Oba czynniki rozpatrywane łącznie pozwalają wyjaśnić bardzo niewielką część zmienności jakości życia w dziedzinie środowiskowej, bo zaledwie 5,9%.

Tabela 78. Analiza wieloczynnikowa dla jakości życia w dziedzinie środowiskowej

WHOQoL-BREF: Dziedzina środowiskowa (R^2 = 5,9% F = 5,5 p = 0,0048)**			
Czynnik	**Poziom czynnika**	**Współczynnik regresji**	***p***
płeć	kobieta vs mężczyzna	-0,78 pkt	0,0447*
wada wzroku	wrodzona vs nabyta	1,02 pkt	0,0086**

SWLS: satysfakcja z życia

Wyniki analizy wieloczynnikowej dla satysfakcji z życia potwierdzają wnioski płynące z analiz jednoczynnikowych. W szczególności stwierdzono istotnie niższą jakość życia kobiet w stosunku do mężczyzn (średnio o 1,64 pkt) oraz osób z wadą nabytą w stosunku do osób z wadą wrodzoną (średnio o 3,50 pkt).

Płeć i rodzaj wady pozwalają wyjaśnić niewielką część, bo jedynie 11,3% zmienności SWLS występujące w badanej zbiorowości (tabela 79).

Tabela 79. Analiza wieloczynnikowa satysfakcji z życia w zależności od płci i wady wzroku

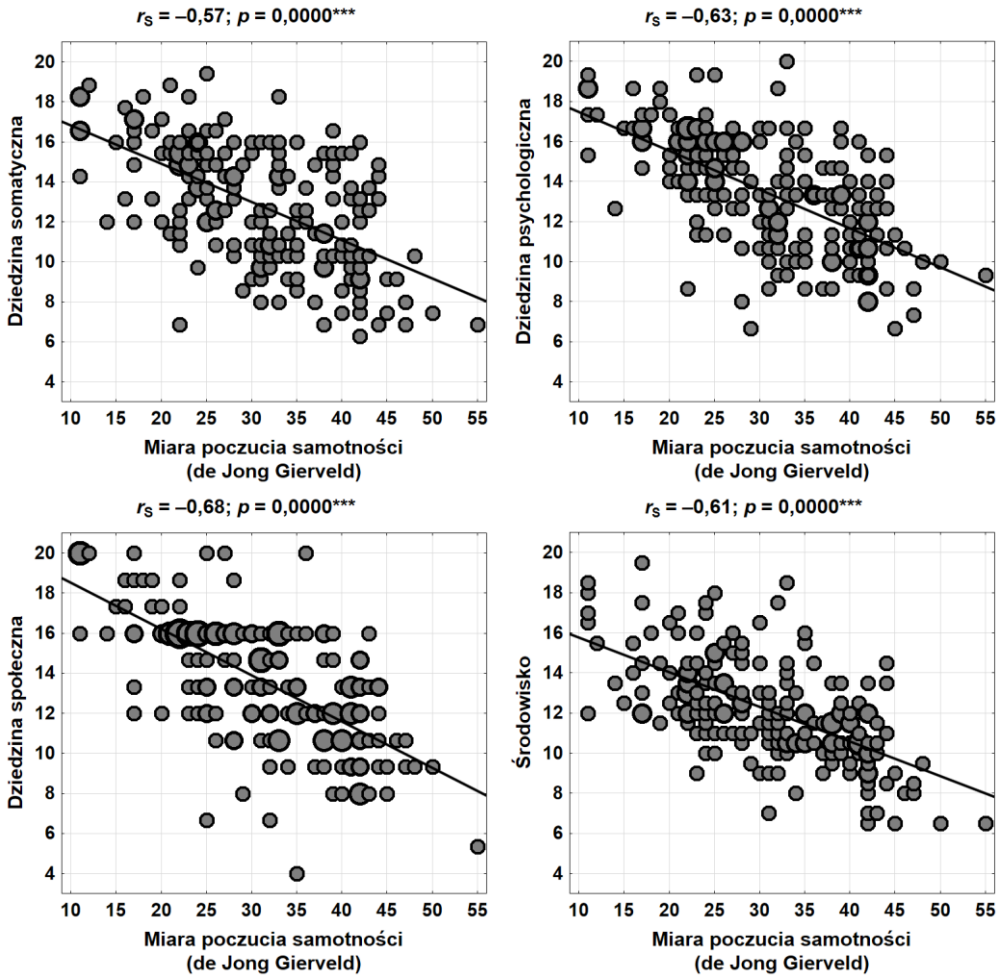
SWLS: Satysfakcja z życia (R^2 = 11,3% F = 11,1 p = 0,0000*)**			
Czynnik	**Poziom czynnika**	**Współczynnik regresji**	***p***
płeć	kobieta vs mężczyzna	-1,64 pkt	0,0436*
wada wzroku	wrodzona vs nabyta	3,50 pkt	0,0000***

Poczucie samotności a jakość życia

Im większe było poczucie samotności tym niższa jakość życia, zwłaszcza w dziedzinie społecznej, choć korelacje były generalnie bardzo wyrównane. Wszystkie korelacje poczucia samotności i miar jakości życia były ujemne, istotne statystycznie i miały przeciętną siłę. Wyniki obrazuje Tabela 80 i Rycina 28.

Tabela 80. Korelacje poczucia samotności z czterema miarami jakości życia

Poczucie samotności	WHOQoL-BREF			
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**
Miara de Jong Gierveld	-0,57 (0,0000***)	-0,63 (0,0000***)	-0,68 (0,0000***)	-0,61 (0,0000***)

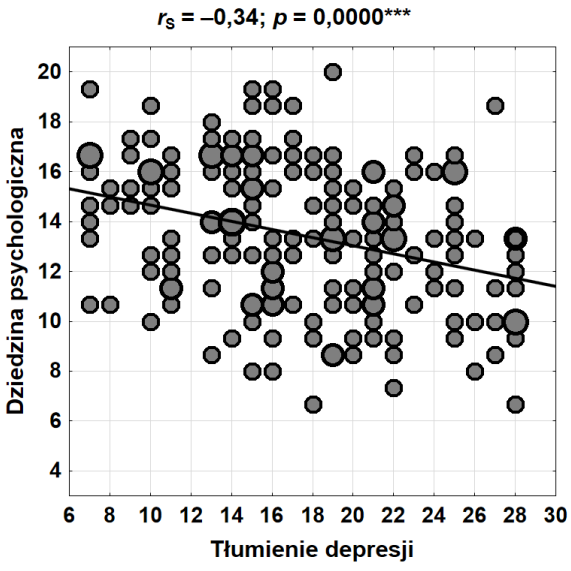


Rycina 28. Korelacje poczucia samotności a środowiskiem i dziedziną społeczną miary jakości z życia.

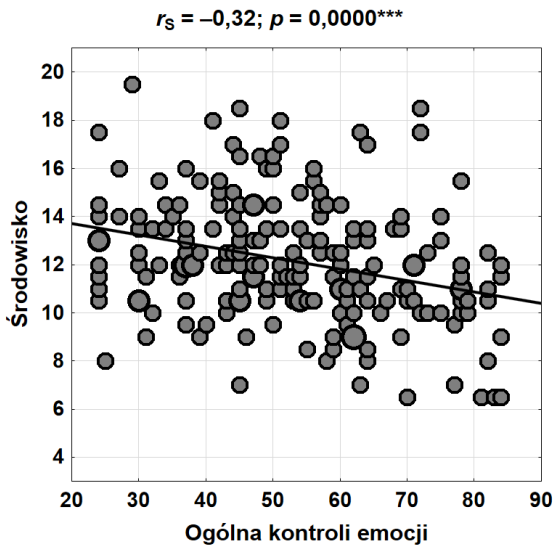
Skala kontroli emocji a jakość życia (CECS vs WHOQoL-BREF)

Im większe było nasilenie negatywnych emocji tym mniejsza była jakość życia – korelacje wszystkich miar CECS z miarami WHOQoL-BREF.

Porównując wartości współczynników korelacji można zauważyć, że najsilniej z jakością życia była powiązana miara tłumienia depresji. Wyniki obrazuje Tabela 81 i Rycina 29.



a



b

Rycina 29. Korelacje kontroli emocji ze środowiskiem i dziedzina psychologiczną jakości życia

Tabela 81. Korelacje kontroli emocji z czterema miarami jakości życia

Skala kontroli emocji (CECS)	WHOQoL-BREF			
	Dziedzina somatyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Tłumienie gniewu	-0,25 (0,0004***)	-0,23 (0,0016**)	-0,16 (0,0258*)	-0,26 (0,0003***)
Tłumienie depresji	-0,32 (0,0000***)	-0,34 (0,0000***)	-0,34 (0,0000***)	-0,34 (0,0000***)
Tłumienie lęku	-0,22 (0,0021**)	-0,21 (0,0029**)	-0,22 (0,0017**)	-0,23 (0,0014**)
Ogólna kontroli emocji	-0,31 (0,0000***)	-0,30 (0,0000***)	-0,27 (0,0001***)	-0,32 (0,0000***)

Czynniki demograficzne i społeczne a jakość życia

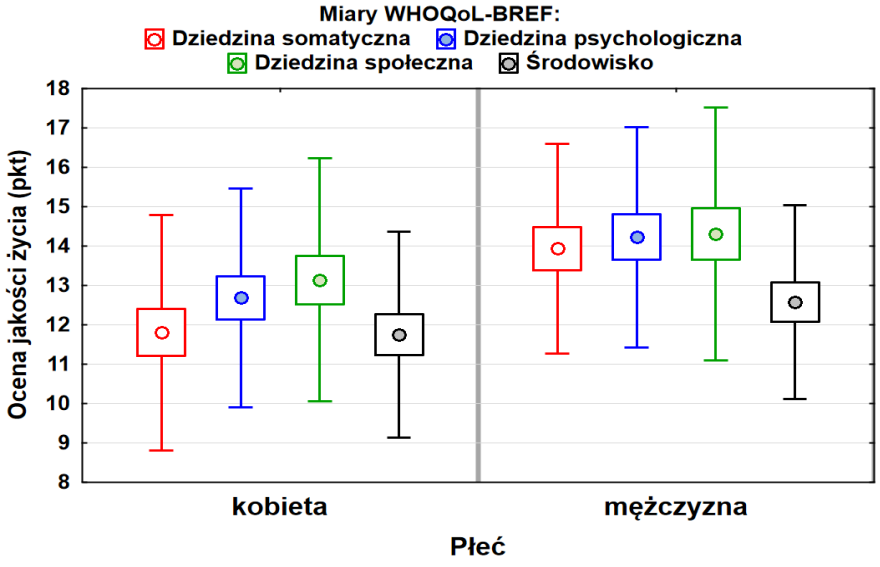
W tej części przeanalizowano wpływ na jakość życia (uwzględniono miary WHOQoL-BREF i miarę SWLS) czynników demograficznych i społecznych, takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy status materialny.

Płeć a jakość życia

Występowała wyraźna różnica pomiędzy jakością i satysfakcją z życia kobiet i mężczyzn, przy czym lepszy dobrostan psychiczny cechował mężczyzn. Różnice były istotne statystycznie, a nawet wysoce istotne dla jakości życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej (Tabela 82, Rycina 30).

Tabela 82. Korelacje pomiędzy płcią badanych a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Płeć**				***p***
	kobieta (*N* = 99)		**mężczyzna (*N* = 95)**		
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
WHOQoL-BREF					
Dziedzina somatyczna	11,8	3,0	13,9	2,7	0,0000***
Dziedzina psychologiczna	12,7	2,8	14,2	2,8	0,0002***
Dziedzina społeczna	13,1	3,1	14,3	3,2	0,0102*
Środowisko	11,8	2,6	12,6	2,5	0,0257*
SWLS					
SWLS	18,9	5,1	20,6	6,1	0,0425*



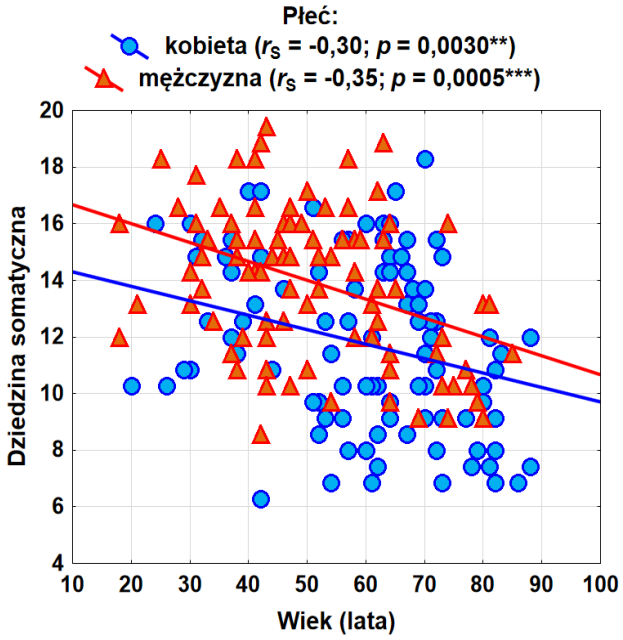
Rycina 30. Korelacje pomiędzy płcią badanych a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Wiek a jakość życia

Jak wynika z poprzednio zamieszczonej analizy, płeć wyraźnie różnicowała jakość życia. Analizę korelacji miar WHOQoL-BREF i SWLS z wiekiem przeprowadzono na poziomie całej zbiorowości, ale także oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Okazało się, że wiek nie różnicował w istotny statystycznie sposób jakości życia w dziedzinie społecznej, a w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej występowała statystycznie istotna, ale bardzo słaba (wartość bezwzględna z r_S poniżej 0,30 zależność (Tabela 83, Rycina 31).

Tabela 83. Korelacje pomiędzy wiekiem badanych a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Płeć**		
	kobieta	**mężczyzna**	**RAZEM**
	Wiek (lata)		
WHOQoL-BREF			
Dziedzina somatyczna	-0,30 (p = 0,0030**)	-0,35 (p = 0,0005***)	-0,39 (p = 0,0000***)
Dziedzina psychologiczna	-0,19 (p = 0,0578)	-0,13 (p = 0,2184)	-0,23 (p = 0,0010**)
Dziedzina społeczna	-0,07 (p = 0,4619)	-0,09 (p = 0,3799)	-0,14 (p = 0,0503)
Środowisko	-0,19 (p = 0,0561)	-0,17 (p = 0,0997)	-0,22 (p = 0,0018**)
SWLS			
SWLS	-0,10 (p = 0,3189)	-0,08 (p = 0,4562)	-0,14 (p = 0,0575)



Rycina 31. Korelacje pomiędzy wiekiem badanych a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Korelacje liczone oddzielnie dla kobiet i mężczyzn były słabsze, szczególnie dla tej drugiej grupy, więc w interpretacji wyników skupiono się na pewnym minimalnym spadku jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej wraz z wiekiem w grupie kobiet. Wiek nie wpływał także na satysfkację z życia. Istotne statystycznie zależności, niezależnie od płci o podobnej sile, występowały pomiędzy wiekiem a jakością życia w dziedzinie somatycznej. Były to jednak korelacje dość słabe (Tabela 83, Rycina 31).

Wykształcenie a jakość życia

Analizę przeprowadzono w podziale na cztery poziomy wykształcenia – połączono niektóre mniej liczne grupy (niepełne podstawowe z podstawowym, policealne z wyższym licencjackim i magisterskim).

Poziom wykształcenia nie różnicował satysfakcji z życia, ani jakości życia w dziedzinie społecznej i środowiskowej (p znacznie powyżej 0,05). Zbliżone do istotnych statystycznie były różnice pomiędzy grupami w zakresie jakości życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej (p minimalnie powyżej 0,05) – Tabela 84.

Tabela 84. Korelacje pomiędzy wykształceniem badanych a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Wykształcenie**								***p***
	podstawowe (N = 39)		**zawodowe (N = 48)**		**średnie (N = 75)**		**policealne lub wyższe (N = 32)**		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
WHOQoL-BREF									
Dziedzina somatyczna	11,9	3,2	13,6	2,7	13,0	2,9	12,5	3,2	0,0534
Dziedzina psychologiczna	12,7	3,0	14,2	2,9	13,5	2,9	13,0	2,3	0,0694
Dziedzina społeczna	13,7	3,2	14,0	3,6	13,5	3,1	13,8	2,8	0,8888
Środowisko	11,7	2,8	12,8	2,8	12,1	2,4	11,9	2,1	0,2199
SWLS									
SWLS	19,2	5,8	21,0	6,0	19,5	5,2	19,0	5,6	0,3000

Charakter różnic jest interesujący – najwyższą jakością życia cechowały się osoby z wykształceniem zawodowym. Może być to spowodowane faktem, że w tej grupie jest duży udział mężczyzn, których jakość życia była lepsza niż kobiet. W związku z tym, ostateczny wniosek na podstawie analizy jednoczynnikowej to brak wpływu wykształcenia na jakość i satysfakcję z życia (Tabela 84).

Wielkość gospodarstwa domowego a jakość życia

Liczba osób zamieszkujących wspólnie to cecha porządkowa, odpowiednią metodą analizy jest wyznaczenie współczynnika korelacji. Analizę przeprowadzono zarówno na poziomie całej zbiorowości, jak i oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wykazano bardzo słabe, istotne statystycznie korelacje liczby osób w gospodarstwie domowych z jakością życia ankietowanej osoby dla dziedziny somatycznej i środowiskowej. Korelacje te były jednak bardzo słabe (r_S poniżej 0,30) i nie powinny być przedmiotem kluczowych wniosków (Tabela 85).

Tabela 85. Korelacje pomiędzy liczba osób zamieszkujących wspólnie, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	Płeć		
	kobieta	mężczyzna	RAZEM
	Liczba osób zamieszkujących wspólnie		
Dziedzina somatyczna	0,07 (p = 0,4899)	0,23 (p = 0,0255*)	0,17 (p = 0,0204*)
Dziedzina psychologiczna	0,08 (p = 0,4152)	0,07 (p = 0,5083)	0,08 (p = 0,2521)
Dziedzina społeczna	0,10 (p = 0,3466)	0,13 (p = 0,1971)	0,13 (p = 0,0723)
Środowisko	0,22 (p = 0,0284*)	0,13 (p = 0,2157)	0,18 (p = 0,0115*)
SWLS	-0,03 (p = 0,7734)	0,03 (p = 0,7395)	0,00 (p = 0,9589)

Miejsce zamieszkania a jakość życia

Większość ankietowanych osób zamieszkiwało w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, w związku z tym analiza wpływu miejsca zamieszkania na jakość życia była trudna do przeprowadzenia (tabela 86).

Tabela 86. Korelacje pomiędzy miejscem zamieszkania, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	Miejsce zamieszkania						p
	małe miasto (N = 23)		średnie miasto (N = 77)		duże miasto (N = 94)		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
Dziedzina somatyczna	13,4	2,2	12,6	3,3	12,9	3,0	0,4905
Dziedzina psychologiczna	14,1	2,3	13,2	3,1	13,5	2,9	0,3619
Dziedzina społeczna	14,7	3,0	13,4	3,2	13,7	3,2	0,2482
Środowisko	12,7	2,5	12,0	2,7	12,1	2,5	0,6039
SWLS	19,9	5,4	19,9	6,0	19,6	5,5	0,9318

Ostatecznie porównanie przeprowadzono w trzech grupach: mieszkańców miast liczących 100 tys. mieszk. (małe miasto), 100-200 tys. mieszk. (średnie miast), powyżej 200 tys. mieszk. (duże miasto).

Żadna z miar jakości czy satysfakcji z życia nie wykazała istotnego statystycznie zróżnicowania względem miejsca zamieszkania (wartości prawdopodobieństwa testowego *p* wyraźnie powyżej 0,05). Wyniki obrazuje Tabela 86.

Dochód a jakość życia

Czynnikiem, który może wpływać na jakość życia jest sytuacja materialna. Ankietowane osoby z dysfunkcjami narządu wzroku klasyfikowały swój dochód w trzech przedziałach i w takim też podziale przeprowadzono poniższą analizę.

Jak się jednak okazuje, różnice pomiędzy grupami, choć układały się zgodnie z oczekiwaniami, nie były na tyle duże, by można było na ich podstawie wyciągać wiążące wnioski (jakość życia w dziedzinie somatycznej, średnio, rosła wraz z dochodem, wynosząc: 12,6; 12,9 i 14,1 pkt, jednak nie była to różnica istotna statystycznie – $p = 0{,}2017$).

Na podstawie analizy jednoczynnikowej należy stwierdzić, iż dochód nie różnicował jakości życia (Tabela 87).

Tabela 87. Korelacje pomiędzy dochodem, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Miesięczny dochód netto**						***p***
	do 3 tys. zł (*N* = 106)		**3-5 tys. zł (*N* = 62)**		**5-10 tys. zł (*N* = 15)**		
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
Dziedzina somatyczna	12,6	3,1	12,9	2,9	14,1	3,3	0,2017
Dziedzina psychologiczna	13,3	2,9	13,3	3,0	14,5	2,8	0,3074
Dziedzina społeczna	13,7	3,4	13,5	2,9	14,6	3,4	0,5347
Środowisko	12,1	2,8	12,1	2,3	12,5	2,4	0,8798
SWLS	19,8	5,6	19,0	5,2	21,3	7,5	0,3472

Stosunek społeczeństwa do osób niewidomych a jakość życia

Zbadano także, jak ocena stosunku społeczeństwa do osób niewidomych jest powiązana z jakością życia ankietowanej osoby.

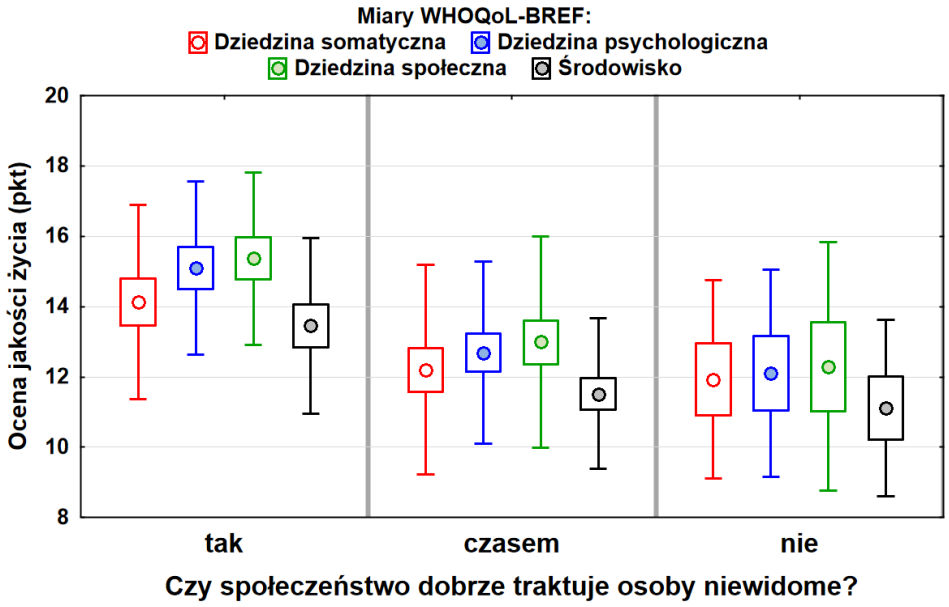
Okazało się że kwestia ta jest w bardzo silny sposób powiązana z jakością życia, a także satysfakcją z życia. Oczywiście można argumentować, że relacja ta jest dość oczywista

– osoby mające lepszą jakość życia będą mniej uwagi zwracały na przejawy złego traktowania przez społeczeństwo. Tym niemniej, fakt uzyskania wysoce istotnych statystycznie różnic pomiędzy jednym konkretnym aspektem życia, a złożonymi miarami jego jakości, jest bardzo interesujący.

Warto zwrócić uwagę na skalę różnic – dla miary SWLS różnice pomiędzy średnimi dla dwóch skrajnych grup sięgały 6 pkt, co biorąc pod uwagę zmienność w obrębie grup jest wartością bardzo dużą. Reasumując, należy stwierdzić, że postrzeganie stosunku społeczeństwa do osób niewidomych w bardzo silnym stopniu determinowało ich jakość życia (Tabela 88, Rycina 32).

Tabela 88. Korelacje pomiędzy postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Czy społeczeństwo dobrze traktuje osoby niewidome?**						***p***
	tak (*N* = 67)		**czasem (*N* = 93)**		**nie (*N* = 32)**		
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
Dziedzina somatyczna	14,1	2,8	12,2	3,0	11,9	2,8	0,0000***
Dziedzina psychologiczna	15,1	2,5	12,7	2,6	12,1	2,9	0,0000***
Dziedzina społeczna	15,4	2,4	13,0	3,0	12,3	3,5	0,0000***
Środowisko	13,5	2,5	11,5	2,1	11,1	2,5	0,0000***
SWLS	23,0	5,1	18,2	4,4	16,9	6,2	0,0000***



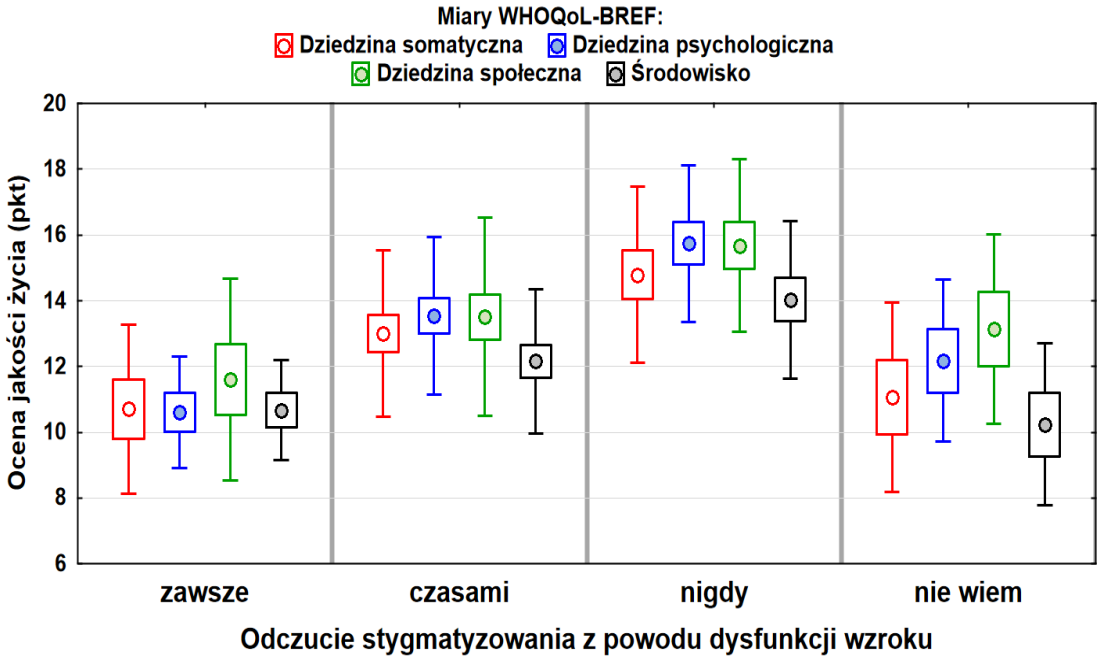
Rycina 32. Korelacje pomiędzy postrzeganie stosunku społeczeństwa do osób niewidomych, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Stygmatyzacja z powodu dysfunkcji wzroku a jakość życia

W analogiczny sposób zestawiono opinię ankietowanych osób na temat występowania stygmatyzacji z powodu dysfunkcji wzroku z ich jakością życia. Charakter pytania był podobny jak w poprzednim punkcie, więc i w tym przypadku można oczekiwać wyrazistych zależności.

Tabela 89. Korelacje pomiędzy odczuwaniem stygmatyzacji, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	Odczucie stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku								*p*
	zawsze (*N* = 34)		czasami (*N* = 78)		nigdy (*N* = 54)		nie wiem (*N* = 27)		
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	
Dziedzina somatyczna	10,7	2,6	13,0	2,5	14,8	2,7	11,1	2,9	0,0000***
Dziedzina psychologiczna	10,6	1,7	13,5	2,4	15,7	2,4	12,2	2,5	0,0000***
Dziedzina społeczna	11,6	3,1	13,5	3,0	15,7	2,6	13,1	2,9	0,0000***
Środowisko	10,7	1,5	12,2	2,2	14,0	2,4	10,2	2,5	0,0000***
SWLS	14,7	3,3	20,0	4,5	24,0	5,3	16,8	4,9	0,0000***



Rycina 33. Korelacje pomiędzy odczuwaniem stygmatyzacji, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Różnice były jeszcze bardziej wyraźne niż w poprzednim punkcie – osoby, które zawsze doświadczają stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku miały niższy średni poziom satysfakcji z życia od tych, które mają przeciwstawne odczucia. Różnice dla miar WHOQoL-BREF sięgają 5 punktów.

Podobnie jak w przypadku analizy przeprowadzonej w poprzednim punkcie, jest zrozumiałe, że odczuwanie stygmatyzacji wpłynie negatywnie na jakość życia, jednak skala tej zależności jest zaskakująco duża. Jest to jednak cenna informacja dla personelu medycznego – nic nie zastąpi dobrych relacji społecznych w życiu osób z dysfunkcjami wzroku. Ten aspekt życia wpływał na jakość życie we wszystkich aspektach – nie tylko w dziedzinie społecznej czy psychologicznej, ale także somatycznej (Tabela 89, Rycina 33).

Płeć i rodzaj wady wzroku a jakość życia

Z wcześniej przeprowadzonych analiz wynika, iż na jakość życia wpływał rodzaj wady wzroku, a także płeć. Aby lepiej zrozumieć charakter tych zależności przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji, w której rozważano jednocześnie wpływ płci i rodzaju wady wzroku na jakość życia.

Tabela 90. Korelacje pomiędzy wadą wzroku, płcią, a miarą jakości życia i satysfakcją z życia

Miary jakości życia (WHOQoL-BREF) i satysfakcji z życia (SWLS)	**Kobiety**				**Mężczyźni**			
	Wada wzroku							
	wrodzona (*N* = 43)		**nabyta (*N* = 56)**		**wrodzona (*N* = 43)**		**nabyta (*N* = 52)**	
	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*	$\bar{x}$	*s*
Dziedzina somatyczna	13,4	2,8	10,6	2,5	14,5	2,3	13,4	2,9
Dziedzina psychologiczna	14,0	2,5	11,7	2,5	15,3	2,6	13,3	2,7
Dziedzina społeczna	14,0	2,9	12,5	3,1	14,7	2,7	14,0	3,6
Środowisko	12,4	2,5	11,2	2,6	13,1	2,2	12,2	2,6
SWLS	21,2	4,7	17,2	4,7	22,3	5,2	19,1	6,4

Porównanie wartości średnich miar jakości i satysfakcji życia w poszczególnych próbach potwierdziło zróżnicowanie względem rodzaju wady wzroku i płci. Co więcej, wydaje się, że oba te czynniki nie wchodzą ze sobą w interakcje, to znaczy, że zarówno dla

kobiet i mężczyzn lepszą jakością życia w dziedzinie somatycznej cechowały się osoby z wrodzoną wadą wzroku (Tabela 90).

Aby zweryfikować istotność poszczególnych czynników w poniższej tabeli zamieszczono wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji, za pomocą której oceniono istotność zróżnicowania miar jakości życia względem płci, rodzaju wady wzroku i interakcji pomiędzy tymi czynnikami.

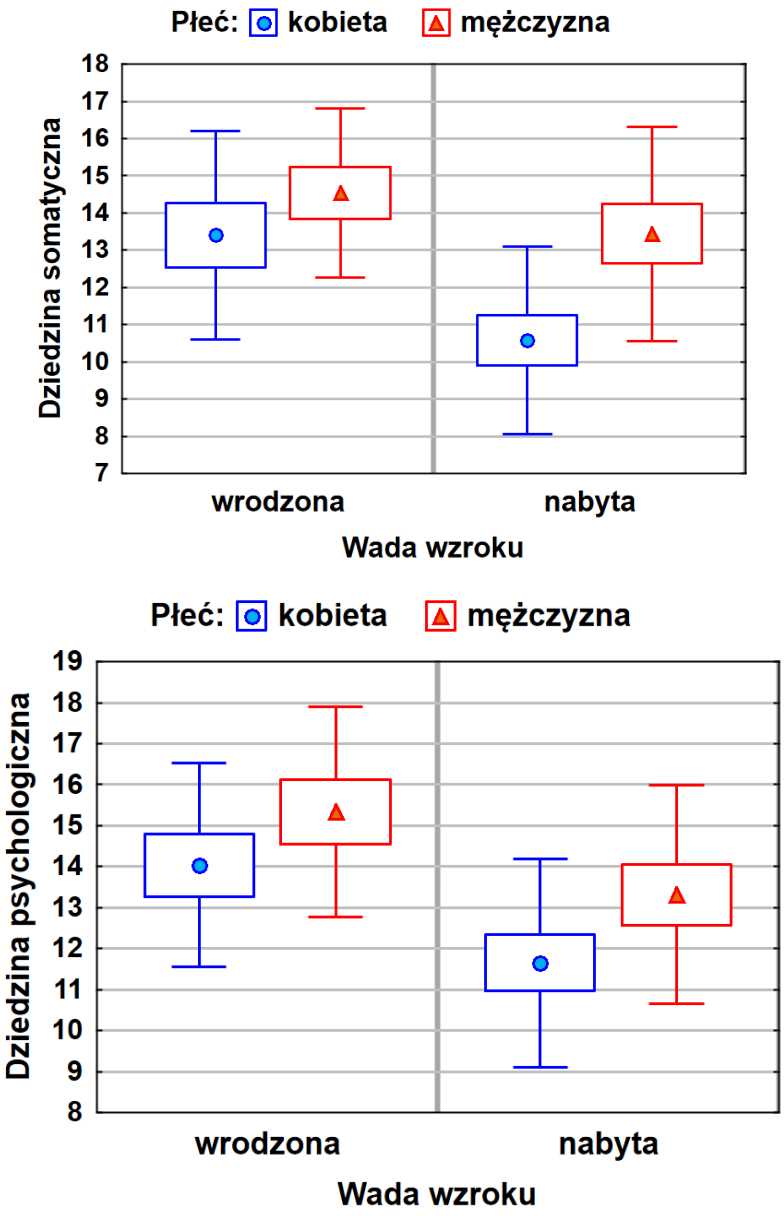
Testy dwuczynnikowej analizy wariancji potwierdziły istotne statystycznie zróżnicowanie jakości życia względem wady wzroku i płci – wyniki były szczególnie wyraziste dla jakości w dziedzinie somatycznej i psychologicznej. Za wyjątkiem dziedziny somatycznej nie wystąpiła interakcja pomiędzy płcią i rodzajem wady, co oznacza, że oddziaływania obu czynników się kumulują (przykładowo, skoro kobiety miały niższą jakość życia od mężczyzn, a osoby z wadą nabytą od osób z wadą wrodzoną, to przy braku interakcji kobiety z wadą nabytą będą charakteryzowały się wyjątkowo niską jakością życia, a mężczyźni z wadą wrodzoną najwyższą). Wyniki obrazuje Tabela 91.

W celu ułatwienia interpretacji, wyniki dla jakości życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej zilustrowano graficznie (Ryc. 34).

Na wykresie dla dziedziny psychologicznej widać wpływ obu czynników na jakość życia i brak interakcji pomiędzy nimi – wpływ płci był identyczny niezależnie od rodzaju wady. Na wykresie dla dziedziny somatycznej widać, iż wpływ rodzaju wady na jakość życia był silniejszy u kobiet (większa negatywna różnica pomiędzy jakością życia osób z wadą nabytą i wrodzoną). Decydująca w powyższej kwestii jest różnica w jakości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami (na korzyść mężczyzn) i osobami z wadą nabytą i wrodzoną (na korzyść osób z wadą wrodzoną). Wyniki obrazuje Ryc. 34

Tabela 91. Korelacje pomiędzy wadą wzroku, płcią, a jakością z życia w poszczególnych jej domenach.

Testowany czynnik	**Wartość prawdopodobieństwa testowego *p* (ocena istotności danego czynnika)**				
	Dziedzina somatyczna	**Dziedzina psychologiczna**	**Dziedzina społeczna**	**Środowisko**	**SWLS**
Płeć	0,0000***	0,0001***	0,0148*	0,0308*	0,0482*
Rodzaj wady	0,0000***	0,0000***	0,0189*	0,0044**	0,0000***
Interakcja	0,0235*	0,6252	0,3488	0,7080	0,5936



Rycina 34. Korelacje pomiędzy wadą wzroku, płcią, a jakością życia w domenach somatycznej i psychologicznej.

Dodatkowe analizy

Poniżej zamieszczono wyniki dodatkowych analiz, nie związanych bezpośrednio z problemami badawczymi, ale będącymi ich rozszerzeniem.

Rodzaj wady a postrzeganie stosunku społeczeństwa do osób niewidomych

Zbadano, czy odczucia ankietowanych osób na temat stosunku społeczeństwa do osób z poważnymi dysfunkcjami wzroku zależą od tego, czy jest to wada wrodzona czy też nabyta. Do oceny istotności różnic pomiędzy grupami w strukturze procentowej odpowiedzi

wykorzystano test niezależności chi-kwadrat. Okazało się, że osoby mające wadę wzroku od urodzenia mają zdecydowanie lepsze zdanie o tym, jak społeczeństwo traktuje osoby niewidome. Odsetek odpowiedzi pozytywnych był w tej grupie niemal dokładnie dwa razy wyższy niż wśród pozostałych ankietowanych (48,2 vs 24,3%). Zależność ta jest wysoce istotna statystycznie (*p* poniżej 0,01). Wyniki obrazuje Tabela 92.

Tabela 92. Zależności pomiędzy opinią jak społeczeństwo traktuje osoby niewidome, a wadą wzroku

Czy społeczeństwo dobrze traktuje osoby niewidome?	**Wada wzroku (*p* = 0,0010**)**		Razem
	wrodzona	**nabyta**	
tak	41 (48,2%)	26 (24,3%)	67
czasem	36 (42,4%)	57 (53,3%)	93
nie	8 (9,4%)	24 (22,4%)	32
Razem	85	107	192

Rodzaj wady a poczucie stygmatyzowania

Ciągłe poczucie stygmatyzowania z powodu wady wzroku pojawiało się ponad 4. krotnie rzadziej (5,9 vs 26,9%) wśród osób z wadą wrodzoną. Rozważana zależność jest jeszcze bardziej wyraźna niż poprzednia (*p* poniżej 0,001). Wyniki obrazuje Tabela 93.

Tabela 93. Zależności pomiędzy poczuciem stygmatyzowania, a wadą wzroku

Odczucie stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku	**Wada wzroku (*p* = 0,0006***)**		Razem
	wrodzona	**nabyta**	
zawsze	5 (5,9%)	29 (26,9%)	34
czasami	39 (45,9%)	39 (36,1%)	78
nigdy	31 (36,5%)	23 (21,3%)	54
nie wiem	10 (11,8%)	17 (15,7%)	27
Razem	85	108	193

Rodzaj wady a płeć

W badanej zbiorowości nie stwierdzono zależności pomiędzy płcią a rodzajem wady – udział przypadków wady nabytej wśród kobiet i mężczyzn był niemal identyczny (odpowiednio: 56,6 i 54,7%).

Rozważono tę kwestię, ponieważ zarówno płeć, jak i rodzaj wady wzroku były czynnikami wpływającymi na jakość życia. Wyniki obrazuje Tabela 94.

Tabela 94. Zależności pomiędzy płcią, a wadą wzroku

Wada wzroku	**Płeć (p = 0,7977)**		Razem
	kobieta	**mężczyzna**	
wrodzona	43 (43,4%)	43 (45,3%)	86
nabyta	56 (56,6%)	52 (54,7%)	108
Razem	99	95	194

WERYFIKACJA HIPOTEZ

1. **Najczęściej osoby z dysfunkcją narządu wzroku borykają się z problemami przy poruszaniu się oraz robieniu zakupów**

Hipoteza potwierdzona

2. **Badani znają alfabet Braille'a, ale z osobami widzącymi i niewidomymi /niedowidzącymi porozumiewają się werbalnie.**

Hipoteza częściowo potwierdzona

3. **W opinii większości ankietowanych osób wsparcie rodzin osób niewidomych/niedowidzących w Polsce jest niewystarczające**

Hipoteza nie została potwierdzona

4. **Badani za najważniejsze potrzeby osób niewidomych/niedowidzących uznali konieczność posiadania opiekuna/asystenta, trudną sytuację materialną, trudności w znalezieniu pracy i problem samotności.**

Hipoteza potwierdzona

5. **Za największe trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi badani uważali, poczucie niepewności i „zamkniecie w sobie", a z osobami widzącymi – brak zrozumienia przez nich sytuacji osoby niewidomej/niedowidzącej** .

Hipoteza potwierdzona

6. **W badanych informacja o utracie wzroku wyzwoliła objawy depresji, lęku, załamania, złości, poczucia utraty sensu życia**.

Hipoteza potwierdzona

7. **Po usłyszeniu diagnozy w życiu badanych zaszło wiele zmian, głównie odczuwanych przez nich jako negatywne.**

Hipoteza potwierdzona

8. **W opinii badanych osoby niewidome/niedowidzące powinny realizować różne aktywności życiowe w normalny sposób.**

Hipoteza potwierdzona

9. **W opinii ankietowanych społeczeństwo pozytywnie odnosi się do osób niewidomych/niedowidzących**.

Hipoteza potwierdzona

10. **Badani odczuwali stygmatyzowanie z powodu dysfunkcji wzroku.**

Hipoteza potwierdzona

11. **W opinii badanych osoby niewidome/niedowidzące nie mają pełnego dostępu do wszystkich aspektów życia zawodowego i społecznego**.

Hipoteza potwierdzona

12. **Wśród najczęstszych sposobów poprawy komfortu życia osób niewidomych/ niedowidzących ankietowani wskazali: edukację społeczną.**

Hipoteza potwierdzona

13. **Badani prezentują przeciętny poziom jakości życia, satysfakcji z życia, własnej skuteczności i kontroli własnej skuteczności.**

Hipoteza częściowo potwierdzona

14. **Badani otrzymują najczęściej od współmałżonków, rodziny, przyjaciół, psychologa, personelu medycznego, pracowników socjalnych i lekarzy okulistów wsparcie emocjonalne i informacyjne.**

Hipoteza potwierdzona

15. **Osoby z wrodzoną wadą wzroku i znające alfabet Braille'a w odniesieniu do osób z wadą nabytą i nie znających alfabetu Braille'a wyżej oceniali swoją jakość życia, poziom satysfakcji z życia, posiadali wyższe poczucie umiejętności radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach, odczuwali mniejsze poczucie samotności i posiadali większą umiejętność panowania nad emocjami.**

Hipoteza częściowo potwierdzona

16. **Istnieją statystycznie istotne powiązania pomiędzy wszystkimi miarami jakości życia, a satysfakcją z życia, poczuciem własnej skuteczności, pozyskiwanym wsparciem (od współmałżonka, rodziny, przyjaciół, psychologa, pracowników ochrony zdrowia, nauczyciela, pracownika socjalnego oraz lekarza okulisty), poczuciem samotności, zdolnością kontroli emocji, postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych oraz odczuwaniem stygmatyzacji.**

Hipoteza częściowo potwierdzona

17. **Czynniki demograficzne i społeczne (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód czy liczba zamieszkujących wspólnie osób) mają wpływ na jakość życia osób z dysfunkcjami wzroku .**

Hipoteza częściowo potwierdzona

DYSKUSJA

Wyniki badan własnych wykazały obniżenie jakości życia chorych, satysfakcji z niego ale jednocześnie duże wsparcie ze strony współmałżonka. Stwierdzono także, że osoby z wrodzoną wadą wzroku oraz znające alfabet Braille'a w porównaniu z nieznającymi go, wyżej oceniały swoją jakość życia, miały wyższy poziom zadowolenia z życia, wyższe poczucie umiejętności radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach oraz mniejsze poczucie samotności, a różnic nie stwierdzono w umiejętności kontrolowania emocji. Na jakość życia wpływ miała płeć, satysfakcją z życia, poczucie własnej skuteczności, pozyskiwanie wsparcia, poczucie samotności, zdolność kontroli emocji, postrzeganie stosunku społeczeństwa do osób niewidomych, odczuwanie stygmatyzacji i rodzaj wady wzroku. W dyskusji dokonano porównania własnych wyników z wynikami innych autorów.

Z najnowszych badań zrealizowanych przez Vision Express blisko 80% osób powyżej 55. roku życia ma wadę wzroku lub chorobę oczu [5]. Zaburzenia widzenia są często nie tylko naturalnym skutkiem starzenia, ale także mogą świadczyć o rozwoju poważnych chorób oczu, takich jak jaskra, AMD, zaćma lub choroby ogólnoustrojowej w tym cukrzycy i nadciśnienia tętniczego. Niepokojący jest fakt, że aż 55% respondentów nie badało się u specjalisty w ciągu ostatniego roku. W analizowanej grupie osób powyżej 55. roku życia najczęściej stwierdzano krótkowzroczność (39%) i dalekowzroczność (29%). Znaczącym problemem okazała się również zaćma dotykająca co piątej osoby po 55. roku życia. Wśród 36% ankietowanych stwierdzono astygmatyzm, a u 18% - dalekowzroczność. Ponad połowa badanych (54%) skarżyła się na występowanie: suchości, szczypania i pieczenie oczu, 55% - na niewyraźne widzenie, a 44% - na zaczerwienie lub przekrwienie oczu. W ciągu ostatniego roku, w badanej grupie z zaleceń lekarzy skorzystało zaledwie 42% osób. Co trzeci respondent decydował się na badanie wzroku dopiero kiedy dolegliwości utrudniały mu codzienne funkcjonowanie. W obecnym badaniu nie analizowano objawów związanych z objawami chorób oczu, ale wykazano że znacznie większy odsetek osób korzystał z pomocy ze strony lekarza okulisty (71%).

Wiodącym problemem u osób po 55. roku życia wynikających z chorób lub wad wzroku był dyskomfort podczas czytania, bowiem aż 65% osób skarżyło się na słabą ostrość widzenia czytanego tekstu. Dolegliwości wzroku przeszkadzały badanym w obsłudze komputera (27%), oglądaniu telewizji (26%), obsłudze telefonu (18%) i prowadzeniu samochodu (9%) [5]. W obecnym badaniu, z racji specyfiki doboru grupy badanej, wada wrodzona wzro-

ku dotyczyła 44,3%, a w grupie wad nabytych retinopatię miało zdiagnozowaną 8,2% badanych, jaskrę - 7,2%, AMD i zaćmę po 6,2%.

W tym miejscu warto nadmienić, że choroba określana jest „jako stan zmniejszonej zdolności przystosowawczej ustroju, w którym występuje zaburzenie jego czynności.

Cumberland i wsp. [79] zbadali powiązania zdolności wizualnej (w pełnym spektrum ostrości wzroku) z kluczowymi determinantami społecznymi i zdrowotnymi oraz skutkami społecznymi (łącznie z głównymi czynnikami, które określają życie jednostki - społeczne, ekonomiczne, edukacyjne oraz możliwości zatrudnienia i rezultatów różnych działań doświadczanych przez osoby w trakcie ich życia). Badanie przeprowadzili przy użyciu danych UK Biobank z sześciu ośrodków regionalnych w Anglii i Walii. Do analizy wykorzystali dane 112 314 ochotników (w wieku 40-73 lat). W grupie było 55% kobiet (średnia wieku 57 lat). W sumie 759 (0,7%) uczestników miało zaburzenia widzenia lub nie widziało, a dodatkowe 25 678 (23%) miało zmniejszone pole widzenie w jednym lub obu oczach. Okazało się, że kluczowe markery pozycji społecznej były proporcjonalne do kategorii ostrości widzenia. Zwiększenie nasilenia tej dysfunkcji, z jakiejkolwiek przyczyny, związane z zaburzeniami funkcji wzrokowych, wiązało się z pogorszeniem ogólnego i psychicznego zdrowia. Takie czynniki jak nieposiadanie wykształcenia, wyższa pozycja w skali deprywacji (miara statusu społeczno-ekonomicznego) oraz bycie w mniejszości grupy etnicznej, były niezależnie związane z byciem w kategorii średniej jakości funkcji wzroku (przy progu uprawniającym do prowadzenia pojazdów). Poziom widzenia wiązał się także ze zwiększonym ryzykiem bycia bezrobotnym, posiadaniem pracy o niższym statusie, mieszkaniem samemu, a także problemami ze zdrowiem psychicznym [79].

Rosińczuk i wsp. [80] przeprowadziła badania na próbie 129 respondentów z orzeczeniem o niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku, zamieszkałych na Dolnym Śląsku. Okazało się, że 75% respondentów samodzielnie dokonywała zakupów, ale nie była np. w stanie przeczytać informacji o towarze na opakowaniu oraz zidentyfikować ceny. W obecnym badaniu wśród wymienianych trudności w codziennym funkcjonowaniu najczęściej respondenci wymieniali problemy z poruszaniem się, z zakupami, wypełnianiem dokumentów, czy koniecznością posiadania opiekuna/asystenta, problemem z dostępem do rehabilitacji, z możliwością znalezienia pracy i poczuciem samotności. Podobnie jak w badaniu Rosińczuk [80], w ocenie większości obecnie badanych osób (75,3%) ceny i skład kupowanych produktów nie są czytelne.

W obszarze „życia codziennego” wyniki z badania Rosińczuk i wsp. [80] wyka-

zały lukę w zakresie dostosowania usług do potrzeb osób niedowidzących i niewidzących. Skala problemu zależała jednak od stopnia niepełnosprawności. Okazało się, że osoby całkowicie niewidome zwracały uwagę na to, że lekarze, pielęgniarki i laborantki przed rozpoczęciem jakichkolwiek czynności medycznych powinny komunikować pacjentem i informować go o tym, jakie czynności będą wykonywane, natomiast uważali, że jeśli nie ma potrzeby, nie wymaga tego wywiad, lekarz nie powinien się specjalnie interesować wadą wzroku. Osoby niedowidzące postulowały o odpowiednie oznaczenia ważnych dla chorych miejsc - napisów na drzwiach dużymi literami, wprowadzenie jednakowego oznaczenia „np. dyżurka pielęgniarek – kolor niebieski, laboratorium analityczne – kolor zielony, gabinety lekarskie – kolor pomarańczowy", wprowadzenie udźwiękowienia wind, oznaczenia schodów lub możliwość przydzielenia szpitalnego asystenta. Jako duży problem zgłaszali także oczekiwanie osoby niewidomej w kolejce do lekarza [80]. Przeciwnie, w obecnym badaniu respondenci wskazywali instytucje pomocne przy załatwianiu codziennych spraw – dwie trzecie osób za taką uznało przychodnię, mniej więcej co trzecia Polski Związek Niewidomych i niemal tyle samo ośrodek pomocy społecznej. Jednocześnie w opinii większości ankietowanych osób wsparcie rodzin osób niewidomych/niedowidzących w Polsce jest niewystarczające. Przeciwnego zdania była zaledwie co piąta ankietowana osoba

W ramach badania problematyki związanej z warunkami pracy w badaniu Rosińczuk i wsp. [80] zadano pytanie dotyczące możliwości osiągnięcia awansu przez osoby niedowidzące i niewidzące. 37% respondentów uważało, że ma takie możliwości, a 27% - że nie ma szans na wysokie stanowisko. Podobnie w opinii obecnie ankietowanych osoby niewidome/niedowidzące nie mają pełnego dostępu do życia społecznego (43%), a zwłaszcza zawodowego (60%). Większość badanych uważała, że osoby niewidzące powinny realizować wskazane aktywności życiowe w normalny sposób, nie zwracając uwagi na to, czy ich otoczenie składa się z osób widzących czy z uszkodzeniami wzroku. Nie wszyscy byli jednak byli tego zdania i nie w każdej kwestii, np. prawie 30% respondentów było przekonanych, że osoby z uszkodzeniami wzroku nie powinny mieć dzieci. Podobnie wyglądały oceny aktywności osób niewidomych/niedowidzących, za wyjątkiem dużo lepiej ocenianej sfery osobistej. Ankietowani stwierdzili także, że osoby niedowidzące nie powinny prowadzić samochodu, ale też nie uważali, że powinny być zmuszane do „segregacji" poprzez jeżdżenie np. specjalnymi autobusami.

W aspekcie powyższego wydaje się celowe badanie jakości życia osób z dysfunkcją

narządu wzroku. Niepełnosprawność wynikająca z dysfunkcji wzroku kryje bowiem w sobie jej poważne zagrożenie. W przypadku osób z dysfunkcją wzroku jakość życia należy, za Ossowski [81] rozważać z punktu widzenia:

- własnego ogólnego położenia;
- percepcji otoczenia zewnętrznego, na ile jest ono przyjazne i daje szanse egzystencji i rozwoju;
- percepcji samego siebie w perspektywie innych, a więc – kim jestem jako osoba.

Badania Brzuzy [82] dotyczyły 70 osób, w tym 30 osób niewidomych, 20 osób słabo widzących i 20 osób pełnosprawnych (widzących normalnie). Średnia wieku wyniosła 36,3 lat., w tym dla niewidomych - 36,9 lat, dla osób słabo widzących - 36,5lat, a dla osób widzących normalnie - 36 lat. W grupie było 50% kobiet i 50% mężczyzn. Wykazano iż średni poziom jakości życia osób z uszkodzonym wzrokiem (oceniany za pomocą Skali Poczucia Jakości Życia" Campbell`a w opracowaniu prof. Stanisława Kowalika) wyniósł 3,69 punktu, natomiast średni poziom poczucia jakości życia osób widzących normalnie 3,91 punktu. Powyższe świadczy, iż osoby z uszkodzonym wzrokiem uzyskały niższy poziom jakości życia a niżeli osoby pełnosprawne [82]. W obecnym badaniu średni poziomi miar jakości życia nie wykazał wyraźnej asymetrii, co oznacza, że wśród ankietowanych osób była podobna liczba tych, których jakość życia była poniżej i powyżej średniej. Najwyższy średni stopień jakości życia badani wykazali dla dziedziny społecznej (13,7±14,0) i psychologicznej (13,4±13,3), a następnie somatycznej (12,8±13,1) i środowiska (12,2±12,0).

Z punktu widzenia biologicznego osoby z dysfunkcją narządu wzroku są gorzej wyposażeni w możliwość dostosowania się do istniejących warunków życia. Muszą zmagać się z licznymi przeciwnościami losu i mają znacznie mniejsze szanse osiągnięcia w życiu sukcesu niż osoby widzące. Jednym z problemów jest fakt, że osoby tracące wzrok nie chcą pogodzić się ze swoim kalectwem, ze swoją niepełnosprawnością, nie chcą zaakceptować istniejącego stanu rzeczy. Osoba, która straciła zdolność prawidłowego widzenia ma bardzo ograniczone możliwości dokonania przewartościowań w swoim życiu i jeżeli nie znajdzie oparcia w drugim człowieku, to w konsekwencji może to spowodować rozwój depresji i negatywnego stosunku do własnego życia [83]. Takie osoby są także narażone na doświadczanie nieprzyjemnych i traumatycznych przeżyć związanych z procesami leczenia i rehabilitacji. Niestety długotrwałe przebywanie w ośrodkach leczniczych, odizolowanie od rodziny i przyjaciół, ból oraz inny niż oczekiwany przebieg choroby mogą mieć negatywny wpływ na poczucie jakości życia takiej osoby [84,85]. W obecnym badaniu ponad połowa ankietowanych osób

(54,6%) uczestniczyła w specjalistycznych zajęciach, ale aż 45,4% nie brało w nich udziału. Trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/ niedowidzącymi wskazywała mniej niż co trzecia osoba, w tym najczęściej - niepewność, „zamkniecie w sobie" osób niewidomych/niedowidzących (28,4%). Częściej jednak podawano trudności w kontaktach z osobami widzącymi i najczęściej wymieniano brak zrozumienia (26,3%) z ich strony.

Istotnym aspektem jakości życia jest także możliwość utrzymywania kontaktów z innymi osobami. W odniesieniu do komunikacji, za Sitarczyk [86] ograniczenia osób z niepełnosprawnością wzrokową mogą zmieniać kontekst sytuacyjny procesu wzajemnego porozumiewania się zarówno na etapie nadawania, jak i odbioru komunikatu. W przypadku osób z głębokimi wadami wzroku mogą one odczytać intencje mówiącego wyłącznie na podstawie treści słownej przekazu, mają bowiem ograniczone możliwości interpretacji pozasłownego kontekstu (mimiki twarzy, postawy ciała, reakcji wegetatywnych) [86]. W obecnym badaniu Alfabet Braille'a dobrze znała mniej więcej co trzecia ankietowana osoba, a nie znała go ponad połowa. Większość ankietowanych osób porozumiewała się z osobami widzącymi werbalnie, a jedynie co szósta osoba stosowała w tym celu także alfabet Braille'a. Zadowolenie z komunikowania się z osobami widzącymi i niewidzącymi były jednak na podobnym poziomie. Mniej więcej dwie trzecie ankietowanych udzieliło na oba te pytania odpowiedzi pozytywnej.

Rosińczuk i wsp. [80] zapytali respondentów o ogólne zadowolenie z życia pomimo dysfunkcji wzroku. Blisko 60% odpowiedziało, że są zadowoleni z życia, a miarą szczęścia było dla nich: zdrowie osobiste i członków rodziny (80%), stabilna praca (56%), możliwość realizacji marzeń (50%), życie rodzinne (50%), miłość (46%), wysokie dochody zapewniające stabilne życie (37%). Obecnie ankietowanych także poproszono o wskazanie czynników, warunkujących bycie szczęśliwym. Nieco częściej niż w badaniu Rosińczuk [80] wymieniano miłość (60%), życie rodzinne (56%), a w mniejszym odsetku stałą pracę (37%) oraz spełnienie marzeń (36%). Spora grupa, bo 38%, wskazała także zdrowie. Generalnie nieco ponad połowa respondentów oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub nawet bardzo dobry, ale zadeklarowała także w większości, że martwi się o swój wzrok.

Z badań [87] nad preferowanymi stylami życia młodzieży z dysfunkcją wzroku w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami wynika, że obydwie grupy najwyżej ceniły wartości pozytywne i wysoko oceniane w społeczeństwie, związane z miłością, przyjaźnią, rodziną, budowaniem nowej lepszej przyszłości w oparciu o własną wiedzę i zdolności, patriotyzmem, zachowanie i przestrzeganie norm moralnych. Młodzież niewidoma i niedowidząca

nie wykazywała aprobaty dla życia samotnego, egoizmu, oportunizmu, cwaniactwa, życia konsumpcyjnego. Jednakże bliższa analiza wykazała, że pomimo podobieństwa w hierarchii preferowanych wartości, badane grupy przypisują znacznie wyższe lub niższe pozycje niektórym stylom życia. Okazało się, że uczniowie z dysfunkcją wzroku częściej niż uczniowie niepełnosprawni uznawali za najważniejsze takie wartości jak: prawdziwe i szczere uczucie, stworzenie własnego domu, realizowanie się w roli męża lub żony, ojca lub matki, miłość pełną poświęceń dla bliskiej osoby, życie zgodne z normami społecznymi oraz otwartość na ludzi, ich potrzeby i problemy. Z kolei uczniowie pełnosprawni częściej preferowali wartości i postawy związane z życiem zgodnym z zasadami moralnymi i własnym sumieniem, ale jednocześnie także częściej opowiadali się za życiem łatwym i dostatnim, pełnym drobnych przyjemności, pozbawionym niepotrzebnych konfliktów, problemów i emocji. Niewidomi i słabo widzący także częściej niż młodzież pełnosprawna przypisują sobie zachowania określane jako niewłaściwe społecznie [87]. Obecnie ankietowani jako czynniki warunkujące bycie szczęśliwym najczęściej wymieniali miłość (60%), życie rodzinne (56%), zdrowie (38%), stałą pracę (37%) oraz spełnienie marzeń (36%).

Wszystkie powyżej omówione aspekty funkcjonowania ewidentnie wpływają na stopień satysfkacji z życia. Diener, twórca Skali Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale, SWLS*), jeden z czołowych przedstawicieli psychologii pozytywnej tłumaczy ją jako efekt porównania przez jednostkę swojej sytuacji życiowej z przyjętymi przez nią standardami, czyli jest to indywidualna ocena własnego życia i jest tym wyższa, im bardziej zgodne są oba te aspekty [74].

W obecnym badaniu średni poziom miary satysfakcji z życia wynosił ok. 20 pkt, co oznacza, że satysfakcja z życia była w badanej zbiorowości na niezbyt wysokim poziomie. Powyższe potwierdziła kategoryzacja miary SWLS do skali przymiotnikowej, gdzie widać przewagę osób raczej niezadowolonych z życia

Warto pamiętać, że w każdej sytuacji wystąpienia niepełnosprawności, w tym wzrokowej, pojawia się konieczność rozwoju umiejętności skutecznego radzenia sobie z ograniczeniami oraz wymaganiami będącymi następstwem dysfunkcji. Wiąże się to, z potrzebą podjęcia działań mających na celu zachowanie swoistej równowagi pomiędzy zadaniami stawianymi przez życie, a zasobami jakie tkwią w nich samych i w otaczającym je środowiku. Założenia teoretyczne psychologii humanistycznej i egzystencjalno- personalistycznej pozwoliły na dostrzeżenie, że „siły kreatywnego rozwoju (tzw. zasoby osobiste) każdego człowieka tkwią w nim samym a nie w środowisku zewnętrznym". Kreatywna egzystencja jednostki

(podmiotowo-osobowa aktywność bycia i stawania się, spełniania siebie) warunkuje kreatywną adaptację. Taka kreatywna egzystencja wyraża się poprzez określenia: „chcę" i „mogę", ujawniające dążenia, świadomy/wolny wybór, decyzje oraz rozstrzyganie. Kreatywna adaptacja to także ciągłe spełnianie siebie na drodze realizowania potrzeb, dążeń oraz odniesień ad „ktoś" lub „coś". [88]. Umiejętność radzenia sobie to zachowania, które służą odbudowie równowagi pomiędzy zwiększonymi wymaganiami życia, a nieadekwatnymi zasobami. Jedną z funkcji zachowań jest funkcja instrumentalna, polegająca na zmianie stresującej interakcji pomiędzy jednostką a otoczeniem. Może to nastąpić albo przez zmianę własnego zachowania, albo zmianę zagrażającego otoczenia. Kolejna funkcja - łagodząca, opiera się na takiej samoregulacji emocji, aby nie doszło do załamania odporności psychicznej i społecznego funkcjonowania jednostki [89].

W obecnym badaniu postanowiono ocenić poziomu kontroli emocji badanych. W tym celu dokonano subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych z użyciem skali CECS. Im wyższy wynik uzyskują ankietowani, tym prezentują wyższy poziom tłumienia negatywnych emocji, rozumiany jako subiektywne przekonanie osoby o umiejętności kontrolowania swoich reakcji będących odpowiedzią na sytuacje trudne. Okazało się, że w przypadku ogólnej kontroli emocji większość respondentów (52,8%) prezentowała dość wysoki poziom kontroli emocji. Największy poziom badani prezentowali w tłumieniu lęku, następnie depresji i gniewu. Trudno porównać te wyniki z rezultatami badań innych autorów, ponieważ nie znaleziono w literaturze fachowej zastosowania skali CECS w grupie osób z dysfunkcją narządu wzroku.

Istotna jest także miara siły ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Poczucie własnej skuteczności pozwala bowiem przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Uważa się, że postrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne oraz aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniami dotyczącymi własnej skuteczności. Jednocześnie wpływają one na ocenę osobistych zasobów jednostki w sytuacji stresowej. W opinii Locke i Latham, za Juczyński [74], im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie, nawet w obliczu piętrzących się porażek. W obecnym badaniu wykorzystano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera i wsp. i okazało się, że najczęściej

(41,2%) respondenci prezentowali niskie poczucie własnej skuteczności. Niestety nie jest to dobry wynik. Liczne badania i metaanalizy [90-98] wskazały na silny wpływ poczucia własnej skuteczności na funkcjonowanie człowieka w różnych obszarach życia, w tym na performance w pracy, wytrwałość i osiągnięcia w zdobywaniu wiedzy, performance sportowy, funkcjonowanie w grupie, dbanie o zdrowie oraz funkcjonowanie psychospołeczne Uważa się, że osoby z niskim poczuciem własnej skuteczności [90-98] unikają trudnych sytuacji, bowiem postrzegają je jako krzywdę lub stratę. Szybko tracą wiarę we własne możliwości i są przekonani, że nie potrafią poradzić sobie z trudnymi sytuacjami oraz zadaniami. W życiu skupiają się na porażkach i negatywnych wynikach. W przypadku osób z ułomnościami nie jest to korzystna sytuacja, zwłaszcza w kontekście podejmowania zachowań korzystnych dla umacniania zdrowia. W skrajnych przypadkach niskie poczucie własnej skuteczności może spowodować, że dana osoba w ogóle nie angażuje się w przedsięwzięcia, a wyzwania traktuje jako zagrożenie. Z kolei w sytuacji, gdy nawet podejmuje jakieś działania, to wkłada w nie mniejszy wysiłek. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się również z tzw. „wyuczoną bezradnością" powodującą, że traci się wiarę w możliwość kontroli własnego życia i zaczyna się biernie akceptować bieg wydarzeń [90-98].

Warto także pamiętać, że grupa osób z dysfunkcją wzroku, za Tobiasz-Adamczyk [99] jest zróżnicowana pod względem przyczyn całkowitej, bądź częściowej utraty wzroku, wymaganej rehabilitacji i technicznych środków koniecznych dla przezwyciężenia niepełnosprawności. Nie można zapominać, że osoba całkowicie niewidoma i osoba słabowidząca nie mogą być jednakowo traktowane w aspekcie niezbędnych technicznych środków rehabilitacji, zajęć z zakresu czynności życia codziennego oraz umiejętności orientacji przestrzennej, pomocy psychologicznej, czy poradnictwa w sprawie zatrudniania. Okulary dostosowane przez specjalistę do potrzeb osoby słabowidzącej mogą bowiem w znacznym stopniu ułatwić jej życie i pozwolić pomyślnie pełnić role społeczne. W przypadku osoby całkowicie niewidomej wszechstronne włączenie w rozmaite sfery życia wymaga coraz większego wysiłku, wiedzy, motywacji, nabywania nowych umiejętności i rehabilitacji [99].-W obecnym badaniu w pewnym sensie potwierdzono powyższe spostrzeżenia, bowiem osoby ze znajomością alfabetu Braille'a cechowały się wyższą jakością życia w niemal wszystkich dziedzinach, satysfakcją z życia i częściej otrzymywali wsparcie.

Realizacja szeroko rozumianego procesu rehabilitacji kompleksowej osób z dysfunkcją narządu wzroku, za Kawula [100] wymusza potrzebę interakcji na różnych poziomach: człowiek-człowiek, człowiek-grupa, człowiek-instytucja, człowiek-„szersze układy" (administrac

yjne, etniczne, kulturowe). W takich relacjach musi zaistnieć rozsądny kompromis pomiędzy obiektywnym i subiektywnym obrazem niepełnosprawności, a to wymaga wzajemnych, systemowych powiązań, przepływu informacji, świadczenia procedur i usług, tworzenia związków i relacji terapeutycznych. Do osiągnięcia tego celu konieczne jest dostarczenie różnych form pomocy, gdyż stan ich zdrowia ogranicza możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Specyficzną rolę w sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej pełni rodzina (rodzice, małżonkowie i rodzeństwo), która nie tylko zabezpiecza niezbędny byt materialny, ale także codzienną opiekę. W tym celu powinna tworzyć wspólnotę z niepełnosprawnym członkiem rodziny, udzielać mu wsparcia, ale często musi niestety reorganizować zasady swojego funkcjonowania [101]. Własne wyniki wykazały, że wsparcie otrzymywane ze strony współmałżonka było oceniane przez większość na wysokim poziomie, a o wiele niżej wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół psychologa, personelu medycznego i pracowników socjalnych. Podkreślić należy, że kompleksowe wsparcie może mieć rozmaite funkcje, może to być wsparcie [102]:

- emocjonalne – polegające na tworzeniu takich relacji między dawcą a biorcą, by osoba z dysfunkcjami uwalniała się od napięć i negatywnych uczuć np. stresu. Można to osiągnąć okazując troskę, zrozumienia i akceptację, podkreślenia związków łączących obie strony, poprzez zachętę do działań, doping emocjonalny oraz okazywanie uznania dla choćby najdrobniejszych osiągnięć w rehabilitacji. W efekcie prowadzi to do podwyższenia samooceny i poczucia własnej wartości.
- informacyjne – zazwyczaj udzielane przez profesjonalistów, w formie wyjaśnień, porad, ułatwiających zrozumienie przebiegu choroby, zasad i przebiegu terapii, skutków zdrowotnych, wiedzy i instruktażu o sposobach i środkach służących rozwiązywaniu różnych problemów, wynikających z niepełnosprawności. Istotną część wsparcia informacyjnego stanowi także dzielenie się własnymi spostrzeżeniami, doświadczeniami oraz rozwiązaniami problemów przez osoby, które przeżywały podobne sytuacje.
- instrumentalne – dotyczące świadczenia konkretnych usług, zabiegów poprawiających stan zdrowia lub ułatwiających sytuację życiową osoby z niepełnosprawnością. Najpełniej świadczone jest przez członków zespołu terapeutycznego w ramach ich kompetencji zawodowych. Za wsparcie instrumentalne uznaje się także wyposażenie osoby niepełnosprawnej (lub jej opiekunów) w sprawności i umiejętności w zakresie samoopieki (opieki). Ten rodzaj wsparcia zwiększa potencjał bio-psycho-społeczny oraz sprzyja wypracowaniu mechanizmów kompensujących, w ramach zalecanych proce-

dur i przyjętych standardów postępowania wobec osób z dysfunkcjami.

- rzeczowe (materialne) – to wszelkie formy poprawy sytuacji przy pomocy świadczeń finansowych (zapomoga, dopłata lub rzeczy- np. żywienie, leki, schronienie). Pomaga rekompensować upośledzoną pozycję ekonomiczną, spowodowaną ograniczonymi możliwościami pracy zarobkowej
- wartościujące – polegające na wyrażaniu akceptacji dla osoby niepełnosprawnej oraz wzmacnianiu jej zachowanych sprawności
- duchowe – dotyczące z reguły sytuacji krytycznych, w których przewlekły ból, cierpienie i nieznośne ograniczenia wymagają odniesień do sfery duchowości oraz sensu życia.

W literaturze przedmiotu, za Salmon [103], podkreśla się, że korzyści płynące, zwłaszcza ze wsparcia emocjonalnego, są o wiele większe, niż z niejednej terapii medycznej. Powyższe udowodnili Williams i Waler-Morrison [cyt. za 103], stwierdzając, iż np. w przypadku poważnych chorób somatycznych, pacjenci z większym wsparciem szybciej zdrowieją i dłużej żyją. Mechanizmy łączące wsparcie ze stanem zdrowia są dość złożone. Wykazano, że pacjenci, którzy mają odpowiednie wsparcie, łatwiej stosują się do zaleceń lekarza, obniżeniu ulega poziom ich niepokoju emocjonalnego (sam w sobie może negatywnie wpływać na leczenie i powrót do zdrowia) [cyt. za 103],

W obecnym badaniu wykazano, że wsparcie ze strony współmałżonka było oceniane przez większość na wysokim poziomie, a relatywnie nieliczne osoby miały w tej kwestii negatywne odczucia. Dominowało wskazanie na wsparcie emocjonalne i informacyjne. W przypadku wsparcia ze strony rodziny, było ono oceniane na niższym poziomie, ale największe było wsparcie instrumentalne i emocjonalne, a najmniejsze wartościujące. Wsparcie ze strony przyjaciół było na podobnym poziomie jak ze strony rodziny, z nieco większym udziałem odpowiedzi na poziomie średnim, a mniejszym na poziomie wysokim. Tu także dominowało wsparcie emocjonalne i informacyjne, a najmniej otrzymywane było wsparcie wartościujące.

Kontakt z psychologiem miało tylko 41,8% osób i wsparcie otrzymywane od psychologa było, podobne jak w przypadku dwóch poprzednio rozważanych grup, z przewagą wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, a bardzo nikłym wsparciem instrumentalnym. W przypadku wsparcia ze strony personelu medycznego oceny były niższe od tych dla innych grup, szczególnie w przypadku wsparcia instrumentalnego i wartościującego, jednak tu także dominowało wsparcie emocjonalne i informacyjne, a najmniejsze instrumentalne. Także oce-

ny wsparcia ze strony kolejnej rozważanej grupy, a mianowicie pracowników socjalnych, nie odbiegały od wcześniej prezentowanych wyników. Ponownie relatywnie nisko zostało ocenione wsparcie instrumentalne i wartościujące, a najwyżej wsparcie informacyjne i emocjonalne. Dość wysoko w obszarze informacyjnym i emocjonalnym badani ocenili wsparcie ze strony lekarzy okulistów.

Wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym jest bardzo ważnym wyznacznikiem poczucia bezpieczeństwa oraz jakości życia na wszystkich etapach jego funkcjonowania – od diagnozowania, poprzez terapię, po remisję, czy progresję choroby. Podmiotowy wymiar udzielanego wsparcia stwarza ogromne możliwości psychicznego oddziaływania, przezwyciężania stresu, narastającej apatii oraz poczucia mniejszej wartości, czy bezużyteczności. Bardzo często decyduje o optymistycznym nastawieniu chorych do życia i mobilizuje do walki z chorobą.

Przeprowadzone liczne badania potwierdzają, że więzy społeczne i uzyskiwane poprzez nie wsparcie pozytywnie wpływają na różne aspekty zdrowia psychicznego i fizycznego [103]. Powyższe potwierdza obecne badanie, które wykazało istotną statystycznie zależność pomiędzy większością ocenianych dziedzin jakości życia a satysfakcją z życia i pozyskiwanym wsparciem, poczuciem samotności, zdolnością kontroli emocji, postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych, odczytywaniem stygmatyzacji i rodzajem wady wzroku.

Nie można zapominać, że osoby niewidome często doświadczają marginalizacji społecznej, co jest wynikiem negatywnych i stereotypowych postaw społecznych. Zetknięcie się z niechęcią zdrowej części społeczeństwa może prowadzić do samotności i alienacji, a to w konsekwencji obniżyć jakość życia. Tego typu postawy nieufności i braku akceptacji wynikają zazwyczaj z niewiedzy oraz nieumiejętności zachowania się wobec osoby niepełnosprawnej, a także z chęci dowartościowania swojej osoby kosztem innych [104]. Uważa się, że ujawnianie tego typu zachowań to wtórne utrudnianie życia osobom z uszkodzonym wzrokiem, a w efekcie może to prowadzić do odizolowania się osób niewidomych/niedowidzących, niechęci wobec dobrze widzącej części społeczeństwa, zamknięcia się w sobie i w konsekwencji poczucia samotności, że jest się niepotrzebnym, gorszym. Samotność może odnosić się zarówno do ograniczonych kontaktów towarzyskich, jak i do stosunków partnerskich, bowiem osoby z dysfunkcją narządu wzroku rzadziej zakładają rodziny, decydują się na dzieci i częściej są niezadowoleni z własnego życia [104]. Opinie obecnie badanych na temat sposobu traktowania osób niewidomych przez społeczeństwo były niejednoznaczne, z nie-

wielką przewagą ocen pozytywnych. Respondenci uważali generalnie, że osoby niewidome nie mają pełnego dostępu do życia społecznego (43%), a zwłaszcza zawodowego (60%).

W literaturze psychologicznej przytaczanych jest wiele stanowisk różnych autorów i wiele różnych definicji samotności. Zagadnienie to nie jest jednak jednoznaczne, bowiem nie ma jednej wspólnej cechy reprezentującej samotność, a można jedynie wyodrębnić pewne powtarzające się wspólne elementów, takie jak [105]:

- powszechność – każdy w swoim życiu jej doświadczał;
- subiektywizm – każdy inaczej ją przeżywa;
- niewyrażalność – trudno opisać na czym dokładnie polega to uczucie,
- wieloznaczność - brak dostatecznego zróżnicowania i zdefiniowania tego zjawiska.

Psychologowie uważają, że samotność jest jedną z fundamentalnych części ludzkiej egzystencji, ale jednocześnie najsłabiej zbadanym zjawiskiem w podejmowanych badaniach naukowych [105]. Samotność można uznać za największy problemem współczesności, zwłaszcza w dużych miastach, gdzie ludzie żyją anonimowo i często mają kłopoty ze stworzeniem relacji z drugim człowiekiem. Samotność może być świadomym wyborem osoby ceniącej sobie w życiu autonomię i wolność (tzw. samotności z wyboru). Wiele osób świadomie szuka też samotności, aby np. uzyskać dystans w stosunku do pewnych spraw i wydarzeń, podjąć jakąś ważną decyzję, móc przemyśleć swoje problemy, ocenić dotychczasowe życie i zaplanować przyszłość. W takich chwilach samotności osiąga się spokój wewnętrzny, nabiera dystansu w stosunku do innych osób, rzeczy, zjawisk i można uznać, że samotność staje się wówczas stanem pożądanym [104]. Obecne badanie wykazało, że im większe było poczucie samotności tym niższa była jakość życia respondentów.

W piśmiennictwie, za Borowiecki [105] wymienia się trzy podstawowe rodzaje samotności:

- społeczną (fizyczną) – charakteryzującą się brakiem relacji z drugą osobą, poczuciem lekceważenia, doświadczaniem obojętności, brakiem zainteresowania ze strony innych oraz odczuwaniem izolacji społecznej i marginalizacji. Może być krótkotrwała, czasowa lub mieć związek z określoną sytuacją/zdarzeniem/grupą ludzi.
- psychiczną – tzw. osamotnienie, to subiektywne, indywidualne odczucie jednostki wiążące się z brakiem więzi psychicznych z innymi ludźmi, poczuciem zrozumienia braku wsparcia. Osoby z tego typu rodzajem samotności przeżywają brak czułości, bliskości, zażyłości i może to być stan zwykle długotrwały lub permanentny.

- egzystencjalną –samotność duchowa, moralna. To przeżywanie wyobcowania w szerszym kontekście społecznym Osoba nie umie odnaleźć się w realiach współczesnego świata i w związku z tym odczuwa brak sensu życia i kontroli nad własnym życiem.

W przypadku osób z niepełnosprawnością za czynniki wpływające na poczucie osamotnienia uważa się m.in. [105]:

- miejsce zamieszkania,
- poziom wykształcenia,
- rodzaj niepełnosprawności,
- wiek osoby,
- stan cywilny.

Uważa się za Borowiecki [105], że największy wpływ na zmniejszenie poczucie osamotnienia oraz zwiększenie poczucia jakości życia osób z niepełnosprawnością mają takie czynniki zewnętrzne jak:

- brak barier architektonicznych oraz technicznych
- obecność urządzeń ułatwiających komunikowanie się
- możliwość rozwijania swoich zainteresowań
- jakość kontaktów i relacji z rodziną oraz innymi bliskimi osobami

W obecnym badaniu respondenci wielokrotnie podnosili problem samotności. Ich odczucia subiektywne potwierdziło badanie za pomocą Skali do pomiaru Poczucia Samotności De Jong Gierveld, polska adaptacja: P. Grygiel, G. Humenny, S. Rębisz, P. Świtaj, J. Sikorska, które wykazało, że średni poziom poczucia samotności badanych świadczył o dość wysokim poziomie poczucia samotności. Także 18% obecnie badanych wskazywała na odczuwanie samotności, zwłaszcza po usłyszeniu diagnozy o utracie wzroku. Średni poziom poczucia samotności to ok. 31 pkt. na 55 możliwych, co świadczy o dość wysokim jej poziomie

Poczucie samotności wywiera ewidentnie negatywny wpływ na funkcjonowanie jednostek i całych społeczeństw, zarówno w zakresie zdrowia psychicznego, jak i fizycznego [106]. Niestety samotność to nie tylko jedyny problem niepełnosprawnych. Do również poważnego należy zaliczyć ableizm, czyli dyskryminację osób z niepełnosprawnościami [99, 107-109].

Osoby borykające się z wykluczeniem nie mogą cieszyć się wysokim poziomem zaspokojenia swoich potrzeb, często godzą się na stale pogarszające się ogólne warunki życia i nie mają nadziei na podwyższenie standardu życia.

Barnes i Mercer [110] dowodzą, że od wieków osoby niepełnosprawne były postrzegane wyłącznie jako przedmioty terapii medycznej, których życie zależało od pracy specjalistów opieki społecznej. W pewnym sensie odzwierciedleniem powyższego jest przekonanie większości respondentów, że wsparcie rodzin osób niewidomych/niewidzących w Polsce jest niewystarczające. Ankietowane osoby wskazywały także, że wiele zmian jakie zaszły w ich życiu po usłyszeniu diagnozy dotyczącej wady wzroku były zmianami negatywnymi, głównie związanymi z poczuciem samotności (18%).

Krytyka „pełnosprawnego" społeczeństwa po raz pierwszy została podjęta przez Związek Niepełnosprawnych Fizycznie Przeciwko Segregacji (UPIAS) w Wielkiej Brytanii. Powstał manifest Związku zawierający fundamentalne stwierdzenie, że to społeczeństwo upośledza ludzi niepełnosprawnych [111]. Zwrócono w ten sposób uwagę na wpływ barier społecznych i środowiskowych [112].

W obecnym badaniu opinie respondentów na temat sposobu traktowania osób niewidomych przez społeczeństwo były niejednoznaczne, z niewielką przewagą ocen pozytywnych. Mniej niż co trzecia osoba wskazywała trudności w kontaktach z innymi osobami niewidomymi/niedowidzącymi, a znacznie częściej - trudności w kontaktach z osobami widzącymi. Najczęściej w tej kwestii badani wymieniali brak zrozumienia (26,3%), odczuwanie litości (18%) i poczucie bycia gorszym (13,9%). Prawie 60% zetknęło się niestety w swoim życiu z sytuacją stygmatyzowania z powodu swojej dolegliwości. Wyniki te trudno porównać z pracami innych autorów, ponieważ brak jest takich opracowań.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uważa, że w 85% zaburzeniom widzenia można zapobiec poprzez wdrożenie kompleksowych działań diagnostycznych i leczniczych. [6]. Głównymi przyczynami problemów ze wzrokiem, które można łatwo korygować lub leczyć, są:

- Nieskorygowane wady refrakcji (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm) – wymagające jedynie dobrania okularów lub soczewek.
- Zaćma – wada, którą można skutecznie usunąć za pomocą bezpiecznego zabiegu chirurgicznego.
- Jaskra i retinopatia cukrzycowa – choroby, w których wczesne wykrycie pozwala zahamować nieodwracalną utratę wzroku.

Nie można także zapominać o konieczności podejmowania działań mających na celu poprawę komfortu życia osób z dysfunkcją narządu wzroku. Wśród najczęstszych sposobów powyższego obecnie ankietowani wskazali: edukację społeczną (20%) i wsparcie psychologiczne (13%).

Podsumowaniem powyższych rozważań mogą być, za Sokołowską-Kazberuk [113] słowa *„(...) świadomość, że nikt nie jest w stanie zrozumieć sytuacji drugiej osoby, emocji w ten czas odczuwanych, dopóki sam czegoś takiego nie przeżyje. Może się wydawać, że rozumie się drugą osobę, ale gdy znajdzie się w podobnej sytuacji okazuje się, że wcześniejsze rozumienie było powierzchowne i niejednokrotnie błędne”*.

OGRANICZENIA BADANIA

1. **Wielkość próby**: Liczba jednostek analizy wykorzystywanych w badaniu zależy od rodzaju badanej kwestii. Zbyt mała próba liczebność grupy może utrudnić znalezienie znaczących powiązań w danych, ponieważ testy statystyczne wymagają większej wielkości próby, aby zapewnić uczciwą reprezentację.
2. **Brak dostępnych lub wiarygodnych danych**: Brak danych lub niepewność co do ich wiarygodności może stanowić przeszkodę w identyfikacji wzorców i związków w badaniach
3. **Brak wcześniejszych badań na ten temat**
4. **Brak w piśmiennictwie prac** analizujących problemy funkcjonowania osób z dysfunkcją narządu wzroku, stąd niemożność przeprowadzenia bardziej dogłębnej dyskusji.

WNIOSKI I POSTULATY

Na podstawie analizy wyników postawiono następujące wnioski:

1. Głównymi reakcjami na wiadomość o utracie wzroku było wystąpienie objawów depresji, załamanie i lęk, a najczęściej wymienianymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu - problemy z poruszaniem się, z zakupami, wypełnianiem dokumentów, koniecznością posiadania opiekuna/asystenta, z dostępem do rehabilitacji oraz z możliwością znalezienia pracy i poczuciem samotności.
2. W opinii obecnie ankietowanych osoby niewidome/niedowidzące nie mają pełnego dostępu do życia społecznego, a zwłaszcza zawodowego i większość badanych zetknęło się w swoim życiu z sytuacją stygmatyzowania z powodu swojej dolegliwości.
3. Najwyższy średni stopień jakości życia badani wykazali dla dziedziny społecznej i psychologicznej, a następnie somatycznej i środowiska.
4. Poziom satysfakcji z życia był w badanej zbiorowości na niezbyt wysokim poziomie (przeważały osoby raczej niezadowolone z życia), poziom ogólnej kontroli emocji był dość wysoki (największy w tłumieniu lęku, następnie depresji i gniewu), poczucie własnej skuteczności – niskie, a poziom poczucia samotności – wysoki.
5. Wsparcie ze strony współmałżonka było oceniane przez większość na wysokim poziomie, a o wiele niżej wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół psychologa, personelu medycznego i pracowników socjalnych.
6. Osoby z wrodzoną wadą wzroku w porównaniu z ankietowani z nabytą wadą wzroku oraz znające alfabet Braille'a w porównaniu z nieznającymi go, wyżej oceniały swoją jakość życia, miały wyższy poziom zadowolenia z życia, wyższe poczucie umiejętności radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach oraz mniejsze poczucie samotności, a różnic nie stwierdzono w umiejętności kontrolowania emocji.
7. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy większością ocenianych dziedzin jakości życia a satysfakcją z życia, poczuciem własnej skuteczności, pozyskiwanym wsparciem, poczuciem samotności, zdolnością kontroli emocji, postrzeganiem stosunku społeczeństwa do osób niewidomych, odczytywaniem stygmatyzacji i rodzajem wady wzroku.
8. Generalnie na jakość z życia i satysfakcję z niego miała płeć, a nie wpływały wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, liczba osób zamieszkujących wspólnie i dochód.

9. Istotny statystycznie wpływ na jakość życia w dziedzinie somatycznej miały wiek, płeć, wykształcenie oraz rodzaj wady, w dziedzinie środowiskowej i psychicznej - płeć oraz rodzaj wady, a w dziedzinie społecznej – rodzaj wady i liczba osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym.
10. Większość badanych miała w swoim życiu sytuacje bycia stygmatyzowanym z powodu swojej dolegliwości, przy czym poczucie to pojawiało się rzadziej wśród osób z wadą wrodzoną.
11. Osoby, które zawsze doświadczały stygmatyzowania z powodu dysfunkcji wzroku miały niższy średni poziom satysfakcji z życia od tych, które tego nie doświadczały.

Sformułowano także postulaty

1. Wydaje się celowe gromadzenie informacji o potrzebach osób z dysfunkcjami narządu wzroku i przekazywanie ich podmiotom odpowiedzialnym za ich wsparcie tej grupy osób niepełnosprawnych.
2. Należy we wszystkich mediach organizować kampanie edukacyjne o schorzeniach mogących prowadzić do pogorszenia wzroku i możliwościach wsparcia osób z tymi schorzeniami.
3. Należy zapewnić osobom tracącym wzrok łatwy dostęp do pomocy psychologicznej/psychiatrycznej.
4. Należy szkolić pracowników różnych służb (pracowników pomocy społecznej, lekarzy), które mogą mieć wpływ na jakość życia osób z dysfunkcją narządu wzroku oraz członków rodzin i opiekunów, w zakresie np. rehabilitacji tej grupy chorych, jak rozmawiać z osobą tracącą wzrok, jak przekazywać jej informacje, gdzie i jakie funkcjonują instytucje/organizacje udzielające takim pacjentom pomocy.
5. Należy edukować osoby z dysfunkcją narządu wzroku odnośnie miejsc gdzie mogą uzyskać pomoc oraz możliwości korzystania z nowoczesnych technologii ułatwiających codzienne funkcjonowanie.
6. Warto kontynuować badania na powyższy temat w oparciu o większą grupę osób z wadami wrodzonymi i nabytymi, poszerzyć zakres badań o dokładniejszą analizę problemu osamotnienia osób z dysfunkcją narządu wzroku oraz dokładniej przeanalizować problem stygmatyzacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.

WSKAZÓWKI MOGĄCE POPRAWIĆ JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z DYSFUNKCJAMI NARZĄDU WZROKU

Osoby z dysfunkcją narządu wzroku w sposób szczególny zwracają uwagę na to jak się o nich mówi i oczekują od innych mówienia o nich z szacunkiem. Pewne określenia odbierane są przez nich bardzo negatywnie, wręcz obraźliwie. Nie powinno się przy nich używać słów „ślepy", „ułomny", „kaleka", „inwalida", bo z całą pewnością urazi się taką osobę.

Przebywanie w towarzystwie osób niewidomych/niedowidzących wcale nie musi wiązać się z poczuciem niezręczności. Niepełnosprawność wymaga wprawdzie odpowiedniego traktowania takich osób, ale nie oznacza, że powinno się unikać kontaktu z nimi. Wystarczy zastosować kilka podstawowych zasad:

1. W przeciwieństwie do wielu przekonań i stereotypów osoby niewidome powinny być traktowane normalnie, a nie jak osoby ze specjalnymi potrzebami.
2. Trzeba pamiętać, że nie każda osoba niewidoma/niedowidząca korzysta z laski lub psa przewodnika.
3. Osoby niepełnosprawne cenią sobie bezpośredni kontakt z innymi osobami, dlatego należy zwracać się bezpośrednio do osoby niepełnosprawnej, a nie do osoby towarzyszącej.
4. Należy sygnalizować osobom niewidomym/niedowidzącym swoją obecność, bądź opuszczenie pomieszczenia, a witając się podać swoje imię i nazwisko.
5. Nie należy angażować osoby niewidomej/niedowidzącej w jakiekolwiek czynności lub przedsięwzięcia bez uprzedniego zapytania jej o zgodę - zanim udzieli się pomocy osobie z dysfunkcją wzroku, należy zapytać czy sobie tego życzy.
6. Zanim dotknie się osoby niewidomej/niedowidzącej, aby jej pomóc należy ja o tym uprzedzić, a jeżeli odmówi – nie należy się obrażać.
7. Nie należy narzucać się z pomocą osobie niewidomej/niedowidzącej przy wejściu po schodach czy przejściu przez ulicę, chyba że sama o to poprosi – nigdy nie należy pomagać na siłę, a najlepiej idąc obok nadzorować sytuację.
8. Pomagając w poruszaniu się nie powinno się chwytać za rękę, tylko podać swoje ramię - lepiej jest, gdy trzymają się one czyjegoś ramienia.
9. Idąc z osobą niewidomą/niedowidzącą należy opisywać miejsce/pomieszczenie, w którym się znajduje i konkretnie uprzedzać ją o przeszkodach, np. „uwaga, za dwa

kroki krzesło”.

10. Poruszając się z osobą niewidomą/niedowidzącą przewodnik zawsze i wszędzie idzie pierwszy, a osoba z dysfunkcją wzroku pół kroku za nim.
11. Idąc z osobą z dysfunkcją wzroku należy obserwować nie tylko ziemię przed sobą i osobą niewidomą, ale również przestrzeń obejmującą tułów i głowę osoby niewidomej, aby nie zahaczyć o np. gałęzie, tabliczki, budki telefoniczne itp.
12. Przy konieczności przejścia przez drzwi, należy pilnować, aby osoba niewidoma/niedowidząca znalazła się po stronie zawiasów i trzeba ją o takim manewrze wcześniej powiadomić.
13. W przypadku wskazania osobie niewidomej/niedowidzącej miejsce do siedzenia, należy położyć jej dłoń na wewnętrznej stronie oparcia, albo na samym siedzisku.
14. Komunikaty kierowane do osoby z dysfunkcją narządu wzroku muszą być konkretne i zrozumiałe, np. przy udzielaniu informacji o tym jak dotrzeć do miejsca, o które niewidomy pyta nie powinno się używać określeń typu: „tam”, „tędy”, „za tamtym budynkiem” – bo to są zwroty, które niewidomemu nie pomogą.
15. Jeśli już pomaga się danej osobie w poruszaniu, należy dokładnie podawać odległość, najlepiej w krokach, ilość stopni, itd.
16. Nie należy krzyczeć np. „proszę uważać!”, ponieważ osoba niewidoma/niedowidząca nie będzie wiedziała co ma robić, czy zatrzymać się, czy uciekać, czy coś ominąć itp.
17. Nie należy przekładać w inne miejsce laski pozostawionej przez osobę niewidomą/niedowidzącą.
18. Jeżeli osobom niewidomym/niedowidzącym towarzyszy pies przewodnik, nie wolno go psa rozpraszać ani drażnić, ponieważ musi się skupić, aby dobrze wykonać swoją pracę i powinno się iść po przeciwnej stronie niż pies.
19. Nie powinno się zmuszać psa przewodnika, aby przesunął się w inne miejsce.
20. Nie należy dotykać psa – przewodnika ani laski osoby niewidomej.
21. Nie należy zostawiać osoby niewidomej/niedowidzącej samej na środku pomieszczenia, ale ulokować ja przy ścianie lub stole, dodatkowo opisując możliwą drogę do wyjścia.
22. Przy podawaniu osobie niewidomej/niedowidzącej posiłku, powinno się opisać zawartość talerza, posługując się orientacją wg zegara, a na nim powinny się znajdować jedynie rzeczy do spożycia, bez zbędnych ozdób i dekoracji.

Warto także pamiętać, że edukacja zdrowotna jest istotnym elementem życia osób z niepełnosprawnością. Z jednej strony pozwala na lepszą oraz szybszą adaptację do samej niepełnosprawności, a z drugiej do bardziej obiektywnego spojrzenia na własne życie i sytuację zdrowotną.

Warto informować osoby z dysfunkcją narządu wzroku o istnieniu:

- Polskiego Związku Niewidomych, z oddziałami na terenie całego kraju, oferującymi swoim członkom szkolenia, na których można nauczyć się alfabetu Braille'a, zasad orientacji przestrzennej, poruszania się po ulicach, korzystania z przedmiotów codziennego użytku oraz prowadzenia gospodarstwa domowego. Związek organizuje także różnego rodzaju koła zainteresowań i warsztaty pomagające ludziom niewidomym wszechstronnie się rozwijać, prowadzi przychodnie i poradnie, gdzie osoby niewidome i słabo widzące mogą znaleźć kompleksową opiekę medyczną. W jego ramach działają także Rady Diabetyków specjalizujące się w pomocy niewidomym cukrzykom. Związek prowadzi także bibliotekę książek brajlowskich i mówionych.
- Duszpasterstwa dla niewidomych, gdzie mogą znaleźć pomoc w zakresie rehabilitacji podstawowej, a także wsparcie duchowe. Specjalnie dla tej grupy niepełnosprawnych odprawiane są msze, odbywają się rekolekcje oraz dni skupienia. Organizowane są także spotkania, prelekcje czy pogadanki, a także wyjazdy i pielgrzymki. Prowadzona jest także biblioteka religijnej książki mówionej. Centralą Duszpasterstwa Niewidomych w Polsce jest kościół św. Marcina w Warszawie, a Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża spełnia funkcję pomocniczą w opiece nad niewidomymi
- Stowarzyszenia na Rzecz Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących
- Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niewidomych i Słabowidzących "Tęcza"
- Stowarzyszenie Kultury Fizycznej Sportu i Turystyki Niewidomych i Słabowidzących "Cross"
- Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi w Laskach
- Fundacja PRACA DLA NIEWIDOMYCH

Warto także edukować osoby z dysfunkcją narządu wzroku odnośnie możliwości korzystania z udźwiękowionych telefonów oraz komputerów ze stosownym oprogramowaniem (program odczytu ekranu, w połączeniu z syntezatorem mowy - stworzenie udźwiękowionego komputera do którego można dodatkowo podpiąć monitor brajlowski albo drukarkę brajlowską).

Pogramy udźwiękawiające, inaczej nazywane *są screen readerami.* Mają za zadanie odczytywanie całej zawartości ekranu, jak również umożliwienie wyświetlania jej jako tekstu w alfabecie Braille'a na podłączonej do komputera linijce brajlowskiej**.** Programy powiększające z kolei powiększają obraz wyświetlany na monitorze, umożliwiają dostosowywanie jasności ekranu oraz zmiany kontrastów, dzięki którym tekst staje się lepiej widoczny dla użytkownika. Dostępne są także programy powiększająco-udźwiękowujące**.**

Syntezatory mowy to programy komputerowe umożliwiające zamianę tekstu znajdującego się na ekranie na mowę. Oprogramowanie to niejako „czyta" osobie niewidomej lub słabowidzącej to, co jest napisane na wyświetlanym ekranie. Pozwala na niezależność niewidomych, jak i niedowidzących**.** Umożliwia im pracę, przeglądanie Internetu, naukę oraz szukanie potrzebnych informacji.

Warto też informować o istnieniu programów OCR, czyli oprogramowań, których zadaniem jest rozpoznawanie pisma drukowanego, działających podobnie do syntezatorów mowy. Wśród tych programów są również aplikację**,** przetwarzające zeskanowane dokumenty, cyfrowe zdjęcia dokumentów oraz pliki PDF do postaci edytowalnej.

Są także dostępne specjalne klawiatury z powiększonymi znakami, w tym niektóre z nich dostępne są w żółto — czarnych, kontrastowych kolorach, co ma na celu ułatwienie obsługiwanie ich przez osoby niewidome i niedowidzące.

Są również naklejki brajlowskie do klawiatury komputerowej, przezroczyste naklejki silikonowe i pozycyjne, które umożliwiają korzystanie z klawiatury nawet osobom niewidomym oraz naklejki na klawiaturę o wysokim kontraście i dużym druku**.**

Mówiąc o edukacji nie można zapominać o edukowaniu osób widzących na temat potrzeb osób z dysfunkcją narządu wzroku, w kontekście ich uwrażliwienia, rzetelnego poinformowania oraz upowszechniania wiedzy o osobach z problemami wzrokowymi. Warto poinformować o istnieniu Laboratorium Ciemności – warsztatów edukacyjnych, prowadzonych w Instytucie Tyflologicznym PZN w Warszawie, uwrażliwiających na potrzeby osób z dysfunkcją narządu wzroku. Uczestnicy warsztatów mogą zobaczyć, jak wygląda świat z perspektywy osób niewidomych i słabowidzących. Zajęcia prowadzone są miedzy innymi w symulatorach schorzeń narządu wzroku, uczą empatii, tego jak pomagać osobom niewidomym i słabowidzącym, dostarczają wiedzy, jak zauważać i rozumieć ich potrzeby, jak funkcjonują na co dzień, jakich pomocy i sprzętu używają, aby ułatwić sobie wykonywanie codziennych czynności.

PIŚMIENNICTWO

1. Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021. https://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78, data pobrania 05.06.2024
2. Raciborski F., Gujski M.: Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2016.
3. Partyka O., Wysocki M.J. Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce, Przegl. Epidemiol., 2015; 69: 905 – 908.
4. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. Ophthalmol. 2016: 123(5): 1036–1042.
5. Badanie opinii publicznej zrealizowane metodą CAWI w lutym 2023 r. na reprezentatywnej grupie 1667 Polaków przez IQS Sp. z o.o. na zlecenie Vision Expres, https://www.wielkie badaniewzroku.pl/, data pobrania 05.06.2024
6. https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/aktualnosci/169308,trzykrotny-wzrost-liczby-niewidomych-na-swiecie-do-2050-r data pobrania 11.06.2024.
7. Grygiel P., Humenny G., Rębisz S., et al. Validating the Polish adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale, EJPA, 2013; *29*(2), 129–139.
8. Sękowska Z. Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2001.
9. Majewski T. Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja, [w:] Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi, Jakubowski S. (red.), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa, 2001: 17.
10. Bradford C.A. Okulistyka, wyd. EdraUrban&Partner, Wrocław, 2018.
11. Kuczyńska-Kwapisz J. Dzieci niewidome i słabowidzące, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 2004.
12. World Health Organization. Change the Definition of Blindness (PDF), http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf?ua=1, data pobrania 05.06.2024
13. Walthes R. Tyflopadagogika, Wyd,. GWP, Gdańsk, 2007.

14. Adamowicz-Hummel A. Potrzeby osób słabowidzących i możliwości ich zaspokajania [w:] Edukacja równych szans, Paplińska M. (red.), Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, 2008: 22-28.
15. Sarkar S., Tripathy K. Cortical Blindness. In Stats Pearls. StatPearls Publishing, 2023.
16. Kotowski S. Osoby niewidome i słabo widzące, [w:] Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym. Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego, Szczepankowska B., Ostrowska A. (red.), Warszawa, Krajowy Urząd Pracy, 1998: 47-66.
17. Golińska L. Wpływ doświadczeń trwałego uszczerbku zdrowia na jakość życia. Polskie Forum Psychologiczne 2009; 14(1): 5–16.
18. Malec M. Biograficzne uczenie się osób z nabytym stygmatem. Oficyna Wydawnicza „Atut, Wrocław, 2008.
19. Kowalewski L. Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Obuchowska I. (red.), WSiP, Warszawa 2005: 65–68.
20. Walczak G. Stymulacja umiejętności widzenia słabo widzących dzieci, Warszawa, 1998.
21. Duffy M.A. Ocena i modyfikacje otoczenia dla osób słabowidzących, Zeszyty Tyflologiczne, 2002.
22. Piekut-Brodzka D., Kuczyńska-Kwapisz J. Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2009.
23. Kowalski K. Mieszkanie dostępne dla osób z dysfunkcjami wzroku, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa, 2008.
24. Soubrane G, et al. Burden and health care resource utilization in neovascular age-related macular degeneration: Findings of a multicounty study. Arch. Ophthalmol. 2007; 125(9): 1249–1254.
25. Kempen GI, et al. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community- -living older adults seeking vision rehabilitation services. Qual. Life Res. 2012; 21(8): 1405–1411.
26. Aa van der HP, et al. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: Multicentre randomised controlled trial. BMJ 2015; 351: h6127.
27. Augustin A, i wsp. Anxiety and depression prevalence rates in age-related macular degeneration. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2007; 48(4): 1498–1503.
28. Ahn JM, Lee SY, Yoon JS. Health-related quality of life and emotional status of anophthalmic patients in Korea. Am. J. Ophthalmol. 2010; 149(6): 1005–1011.

29. Yokoi T, et al. Predictive factors for comorbid psychiatric disorders and their impact on vision-related quality of life in patients with high myopia. Int. Ophthalmol. 2014; 34(2): 171–183.
30. Williams RA, Brody BL, Thomas RG, Kaplan RM, Brown SI. The psychosocial impact of macular degeneration. Arch. Ophthalmol. 1998; 116(4): 514–520.
31. Donoyama N, Munakata T. Trait anxiety among Japanese massage practitioners with visual impairment: What is required in Japanese rehabilitation education? BJVI, 2009; 27(1): 25–47.
32. Kilian M. Następstwa utraty wzroku w starszym wieku. Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo 2010; 2(12): 89–103.
33. Binder K.W., Wrzesińska M.A., Kocur J. Anxiety in persons with visual impairment. Psychiatr. Pol., 2020; 54(2): 279-288
34. Sun W, Wu F, Kong J, Nakahara Y, et al. Analysis on the psychological factors of glaucoma and the influence of the psychological therapy after the education on the glaucoma club. Int. Eye Sci. 2012; 12(9): 1619–1622.
35. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, et al. Social and psychological characteristics of elderly visually handicapped patients with the Charles Bonnet Syndrome. Comprehensive Psychiatry 1999; 40(4): 315–319.
36. Yokoi T, et al. Predictive factors for comorbid psychiatric disorders and their impact on vision-related quality of life in patients with high myopia. Int. Ophthalmol. 2014; 34(2): 171–183.
37. Podgórska-Jachnik D. Problem depresji wśród osób niesłyszących i niewidzących [w:] Nawracające zaburzenia depresyjne: etiologia, diagnoza i terapia, pod red. Agaty Orzechowskiej, Piotra Gałeckiego, Tadeusza Pietrasa. Wrocław, 2017: 127-152
38. Lotery A, Xu X, Zlatava G, Loftus J. Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: Results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. Br. J. Ophthalmol. 2007; 91(10): 1303–1307.
39. Tastan S, Iyigun E, Bayer A, Acikel C. Anxiety, depression, and quality of life in Turkish patients with glaucoma. Psychol. Rep. 2010; 106(2): 343–357.
40. Gałkowski T., Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne, Audiofonologia, 1997; 10: 159–164.

41. Kowalik S. Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Wyd. Interart, Warszawa, 1999.
42. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. Studia Psychologica I., 2003; 14: 1-11.
43. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.), PWN, Warszawa 1988: 479.
44. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M, Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo, 2005; 1: 23-36.
45. Sękowski T.: Analiza ilościowa i jakościowa zmian w nasileniu cech osobowościowych uczestników projektu. Raport z badań rezultatów miękkich przeprowadzonych w ramach projektu. „Per linguas mundi ad laborem (przez języki świata do pracy)", www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 06.06.2024.
46. Hagen B.H., Powell C., Adams R. Influence of personal and academic experiences on formation of attitudes toward mentally retarded adults, Perceptual and Motor Skills, 1983; 57: 835-838.
47. Stankiewicz P. Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA", Warszawa, 2008.
48. Jasińska-Kania A., Staszyńska K.M. Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej, Biały Kruk, Białystok, 2008.
49. Kułak A., Kułak P. Postawy studentów fizjoterapii wobec osób niepełnosprawnych [w:] W drodze do brzegu życia. T. 9. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2011: 233-243.
50. Kułak A., Kułak P., Blecharczyk B. Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych [w:] W drodze do brzegu życia. T. 10. Praca zbiorowa Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2012: 447-455.
51. Kułak A., Bejda G., Kułak P., Kułak J. Postawy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych [w:] drodze do brzegu życia. T. 12. Praca zbiorowa Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2014: 1386-1399.
52. Jutrzyna E. Terapia muzyką w teorii i praktyce tyflologicznej, PZN, Warszawa, 2007.
53. Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, GWP, Gdańsk, 2005.
54. Byra S. Stereotypy dotyczące osób niepełnosprawnych – funkcje i możliwości zmian [w:] Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją, Chodkowska M., Byra S., Kazanowski Z., Osik-Chudowolska D., Parchomiuk M., Szabała B. (red.),

Wyd.two UMCS, Lublin, 2010: 49-60.

55. Ostrowska A. Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepłnosprawnych. Raport z badań, IFiS, Warszawa, 1994;
56. Durka G. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób niepełnosprawnych, Akademia Pomorska w Słupsku, Słupsk, 2009.
57. Wyczesany J. Postawy młodzieży gimnazjalnej wobec osób niepełnosprawnych: analiza porównawcza [w:] Człowiek z niepełnosprawnością w przestrzeni społecznej, Gajdzica Z. (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków, 2009: 62-65.
58. Gładyszewska-Celulko J. Postrzeganie możliwości i potrzeb osób niewidomych w Polsce i Australii, Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej, 2017; 26: 29-42.
59. Hulek A. (red.), Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych, Wyd. PTWK, Częstochowa, 1985.
60. Wright B. Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa, Wyd. PWN, Warszawa, 1965.
61. Minczakiewicz E. Postawy nauczycieli i uczniów szkół powszechnych wobec dzieci niepełnosprawnych umysłowo, [w:] Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych, Dykcik W. (red.), Wyd. Eruditus, Poznań, 1996: 131-144.
62. Link B.G., Phelan J.C.: Conceptualizing sigma, Annu. Rev. Sociol., 2001, 27, 363-385
63. Marshall G.: Słownik socjologii i nauk społecznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2005.
64. Semple D., Smyth R., Darjee R., Mcintosh A.: Oxfordzki podręcznik psychiatrii. Czelej, Lublin, 2007.
65. Aggleton P.: HIV and AIDS-related stigmatilization, discrimination and denial: forms, context and determinats. Research study from Uganda and India, UNAIDS/00-16E, 2000, https://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc316-uganda-india_en.pdf, data pobrania 11.06.2024.
66. Szewetowska K. Stygmatyzacja społeczna, Edukacja i dialog, 2009, 4, http://sztuka_zycia.netbird.pl/?app_id=82&app_type=article&article_id=10933&article_page=1&no_original_params=true&widget_id=41, data pobrania 11.06.2024.
67. Karaś M. Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies, Przegląd Prawny, Ekonomiczny i Społeczny, 2012; 4: 26-43.
68. Czykwin E.: Stygmat społeczny. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
69. Dyskryminacja osób z niepelnosprawnością. file:///C:/Users/User/Desktop/do%20zrobienia/kasia/dyskryminacja-osob-z-niepelnosp rawnosciami-raport-fundacja-avalon.pdf, data

pobrania 06.06.2024.

70. Gabler D., Hadław A., Garczyński M. Przystosowanie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, 2010.
71. Mazur J. Skala Zasobów Materialnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja, Hygeia Public Health, 2013; 48(2): 211-217.
72. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Baczyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. Scand. J. Caring Sci. 2006; 20(3): 251-260.
73. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2011.
74. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegl. Psychol., 1995, 38: 201-214
75. Kmiecik-Baran K, Adamczyk S: Przedstawienie powiązań między przeciwdziałaniem stresowi związanemu z pracą, a korzyściami gospodarczymi i socjalnymi dla firm i pracowników - wymiana dobrych praktyk. Wyd. Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność", Gdańsk, 2007.
76. Tardy ˙Ch.H. Social support measurement. Am J Community Psychol. 1985; 13: 187- 202.
77. 57 cytaty i powiedzenia o oczach https://topcytaty.pl/oczy, data pobrania 11.06.2024.
78. Campbell A., Converse P. E., Rodgers W. L. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions, Russell Sage Foundation, 1976.
79. Rosińczuk J., Szalonka K., Fugowska E., Sikora R.: Pomiar jakości życia osób z dysfunkcją narządu wzroku. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2015; 3(16):120-142.
80. Ossowski R. Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, Wyd. Uczelniane WSP, Bydgoszcz, 1993.
81. Brzuzy G. Uszkodzenie wzroku a poczucie jakości życia; Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Karwowska M. (red.), wyd. 3, Bydgoszcz, 2008
82. Casten R., Rovner B. Depression in age-related macular degeneration. J Vis Impair Blind. 2008; 102(10): 591–599.
83. Oleś P., Steuden S., Toczołowski J. (red.) Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia, a jakość życia. KUL; Lubli, 2002.

84. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory, Curr Gynecol Oncol 2015; 13(3): 172–179.
85. Sitarczyk M. Rozważania nad uwarunkowaniami „jakości życia" osób z dysfunkcją wzroku.https://open.icm.edu.pl/server/api/core/bitstreams/fab9a578-2f99-4448-b61e-97471dd27e1e/ content, 2024.
86. Pilecki J., Stefański P. Preferowane style życia i umiejętności społeczne młodzieży niewidomej i słabo widzącej oraz widzącej. Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie, 1995; 175:173-183.
87. Popielski K. Neotyczny wymiar osobowości. RW KUL, Lublin, 1994.
88. Pilecka W. Zasoby osobowości szansą kreatywnej adaptacji osób z głębokimi wadami wzroku, (w:) Rehabilitacja oraz edukacja dzieci i młodzieży z dysfunkcjami narządu wzroku, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków, 1999: 47-58.
89. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215.
90. Franken ER. Psychologia motywacji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk, 2005.
91. Łuczyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, 2004.
92. Łuczyńska A Nadwaga i otyłość: interwencje psychologiczne. Wyda, Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
93. Schwarzer R. Self-efficacy: Thought control of action. Washington, Hemishphere, 1992.
94. Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. Curr Dir Psychol Sci. 2001; 10: 73-82
95. Schwarzer R, Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. Health Psychol., 2000; 19: 487-495;
96. Strycharczyk D., Clough P. Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia rozwoju. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2017.
97. Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2008.
98. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie, Sztuka Leczenia, 1996; 2: 33-40.
99. Kawula S., Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 1996; 1: 7-10.

100. Kirenko J. Oblicza niepełnosprawności, Wydawnictwo WSSP, Lublin, 2006.
101. Sek H., Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, PWN, Warszawa, 2005.
102. Salmon P. Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. GWP, Gdańsk, 2002.
103. Patkiewicz J. (red.) Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki, Wrocław, 2004.
104. BorowieckI P. Samotność wśród osób z niepełnosprawnością. Razem z Tobą. Dobra strona niepełnosprawnych. 2019, https://razemztoba.pl/samotnosc-wsrod-osob-z-niepelno spraw noscia, data pobrania 11.06.2024.
105. Cigna, Loneliness and The Workplace, 2020 U.S. Report, https://www.cigna.com/static/www-cigna-com/docs/about-us/newsroom/studies-and-reports/combatting-loneli ness/cigna--2020-loneliness-report.pdf, data pobrania 11.06.2024.
106. Van Cleave J., Davis M.M. Bullying and Peer Victimization Among Children With Special Health Care Needs. Pediatrics, 2006; 118(4):e1212-1219.
107. Borowska-Beszta B. Samotność osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji kontroli kulturowej Guillermo Bonfila Batalli [w:] Różne oblicza samotności : konteksty pedagogiczne Wasilewska-Ostrowska K. M. (red.), Wyd. Difin, Warszawa, 2019: 155-179.
108. Mikrut A. O prawie osób z niepełnosprawnością do ochrony przed dyskryminacją. Idea – jurysdykcja – rzeczywistość. Konteksty Pedagogiczne. 2021; 1(16): 31-53.
109. Barnes C., Mercer G. Niepełnosprawność, tłum. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa, 2008.
110. UPIAS. Fundamental Principles of Disability, Union of the Physically Impaired Against Segregation, London, 1976.
111. Finkelstein V., 1993, Disability: a social challenge or an administrative responsibility? [in:] Disabling Barriers – Enabling Environments Swain J., Finkelstein V., French S., Oliver M. [ed.], Sage Open University, London, 1993: 34-43.
112. Alonzo A.A., Reynolds N.R. Stigma HIV and AIDS. An explanation and elaboration of stigma trajectory, Soc. Sci. Med, 1995; 41: 303-313.
113. Sokolowska-Kazberuk A.: Blaski i cienie życia dorosłej osoby ociemniałej w kontekście przystosowania się do niepełnosprawności. Studium przypadku. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 2015; 10: 155-180.



ISBN – 978-83-68268-97-3