

Ocena jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo mieszkających w Niemczech, Norwegii i Polsce

Maria Olszak-Winiarska¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Olszak-Winiarska M. Ocena jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo mieszkających w Niemczech, Norwegii i Polsce. Med.Og Nauk Zdr. 2017; 23(1): 45–50. doi: 10.5604/20834543.1235624

Streszczenie

Jakość życia niepełnosprawnych determinowana jest stopniem niepełnosprawności oraz warunkami społeczno-ekonomicznymi, jakie występują w danym kraju. Celem badań jest porównanie jakości życia niepełnosprawnych mieszkających w Niemczech, Norwegii i Polsce. Badaniami objęto 90 osób, po 30 z każdego z wymienionych krajów. Do zebrania materiału empirycznego posłużono się autorską ankietą, Skalą Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Skalą Akceptacji Choroby (AIS) (wyniki porównano testem chi-kwadrat). Najwyżej jakość swojego życia ocenili Norwegowie, najniżej zaś Polacy. Poziom akceptacji choroby nie był uzależniony od kraju zamieszkania. Czynniki ten jednak miał wpływ na poziom satysfakcji z własnego życia. Najmniej zadowoleni z życia byli Polacy, a najbardziej – Norwegowie.

Słowa kluczowe

jakość życia, niepełnosprawność ruchowa, czynniki determinujące jakość życia

WPROWADZENIE

Jakość życia jest pojęciem nieostrym, które najczęściej odnoszone jest do całokształtu życia człowieka. Okoń (2001) zdefiniował jakość życia jako „stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych zarówno jednostek, jak również rodzin i określonych zbiorowości. Poziom jakości życia określają ilościowe i jakościowe wskaźniki obiektywne i subiektywne przejawiane w postaci zadowolenia lub niezadowolenia z warunków życiowych” [1]. Jakość życia, jak wynika z przytoczonej definicji, determinowana jest dwoma rodzajami czynników – obiektywnymi i subiektywnymi. W przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo, ze względu na ograniczenia wywołane chorobą, determinanty te są nieco odmienne niż w przypadku osób zdrowych, choć w dużym stopniu się z nimi pokrywają. Czynniki obiektywne i subiektywne dla osób niepełnosprawnych wyodrębnił Minczakiewicz (2007) [2]. Do czynników obiektywnych autor ten zaliczył: poziom opieki zdrowotnej i rehabilitację, edukację na wszystkich poziomach ontogenezy, zatrudnienie oraz rehabilitację społeczno-zawodową, jak również środowisko życia, w jakim funkcjonują osoby niepełnosprawne (infrastruktura). Natomiast do czynników subiektywnych zalicza się: autonomię, poczucie tożsamości i bezpieczeństwa, poczucie spełnienia, satysfakcję z własnych osiągnięć, z pracy, plany i aspiracje oraz udział w życiu rodzinnym oraz lokalnej społeczności.

Szczególne zainteresowania jakością życia osób niepełnosprawnych ujawniły się w latach 70. XX wieku. Do literatury medycznej wprowadzono wówczas pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Tak określona jakość życia uwarunkowana jest stanem fizycznym, sprawnością ruchową, doznaniem somatycznymi, stanem psychicznym oraz warunkami społeczno-ekonomicznymi (Piotrowska i wsp. 2011) [3]. Podjęto zatem próbę oceny jakości życia osób niepełnosprawnych w Niemczech, Norwegii i Polsce.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 90 osób, po 30 z każdego z krajów (Niemcy, Norwegia, Polska) z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu, w tym z tetraplegią, paraplegią i hemiplegią. Dobór próby był celowy ze względu na trudności dotarcia do osób niepełnosprawnych w Niemczech i Norwegii.

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Kategoria	Kraj		
	Niemcy	Norwegowie	Polacy
Płeć			
Kobieta	70%	80%	53,3%
Mężczyzna	30%	20%	46,7%
Wiek			
20–34 lat	80%	50%	16,7%
35–55 lat	20%	40%	43,3%
Powyżej 50 lat	0%	10%	40%
Miejsce zamieszkania			
Miasto	30%	50%	56,7%
Wieś	70%	50%	43,3%
Przyczyna niepełnosprawności			
Wrodzona	90%	40%	3,3%
Wynik wypadku	0%	20%	43,3%
Wynik choroby	10%	40%	53,3%
Stopień niepełnosprawności			
Lekki	0%	30%	16,7%
Umiarkowany	50%	70%	33,3%
Znaczny	50%	0%	50%

Większość badanych ze wszystkich krajów stanowiły kobiety. Najwięcej było ich w grupie pochodzącej z Norwegii (80%), najmniej zaś z Polski (53,3%). Pod względem wieku najmłodszy byli badani z Niemiec, najstarsi z Polski. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, trzeba zaznaczyć, że większość

Adres do korespondencji: Maria Olszak-Winiarska, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
E-mail: lucyozzppip@interia.pl

Nadesłano: 30 stycznia 2017; zaakceptowano do publikacji: 22 Marca 2017

badanych z Niemiec mieszkała na wsi (70%), odsetek badanych niepełnosprawnych z Norwegii, mieszkających na wsi wyniósł 50%, natomiast z Polski – 43,3%. Najwięcej badanych Norwegów wskazuje, że przyczyną ich niepełnosprawności jest wrodzona (90%), w przypadku Niemców po 40% badanych wskazało, że ich niepełnosprawność jest wynikiem choroby lub wad rozwojowych. Wśród respondentów z Polski dominowały osoby, których niepełnosprawność stanowiła wynik choroby (53,3%). Nikt z Norwegów nie wskazał, iż jest niepełnosprawny w stopniu znacznym, podczas gdy odsetek takich osób w Polsce i Niemczech wyniósł 50%.

Do badań wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz autorską ankietę. Skala Satysfakcji z Życia została stworzona przez E. Dienera i wsp. i dostosowana do polskich warunków przez Z. Juczyńskiego (2009) [4]. Przy jej pomocy możliwe jest oszacowanie satysfakcji z życia jednostek, jak również grup. Na skalę składa się pięć stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się, przypisując im wartość od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zupełny brak zgodności, zaś 7 pełną akceptację. Im uzyskany wynik jest wyższy, tym wyższa satysfakcja z życia. Uzyskane wyniki przelicza się na normy stenowe (Juczyński 2009) [4].

Skala Akceptacji Choroby również została adoptowana do warunków polskich przez Juczyńskiego (2009) [4]. W jej skład wchodzi osiem stwierdzeń odnoszących się do stanu zdrowia, czyli ograniczeń wywołanych chorobą, samowystarczalności, zależności od innych osób oraz poczucia własnej wartości. Stwierdzenia oceniane są przez badanych na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza brak akceptacji choroby, a 5 – pełną akceptację. Ogólna miara akceptacji choroby wyznaczana jest po zliczeniu wyników wszystkich pięciu stwierdzeń. Niskie wyniki wskazują, że badany odczuwa silny dyskomfort psychiczny ze względu na swoją chorobę, wynik wysoki – odwrotnie (Juczyński 2009) [4].

Autorska anketa natomiast, przetłumaczona na język niemiecki i norweski, zawierała pytania dotyczące dysfunkcji narządu ruchu oraz oceny jakości życia przez osoby dotknięte tego rodzaju niepełnosprawnością. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty. Wypełnienie ankiety i skal w języku niemieckim i norweskim było możliwe przy pomocy pracujących tam polskich pielęgniarek.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy pomocy programu PQStat. Wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

Satysfakcja z życia odnosi się do odczuwania własnego samopoczucia. Stanowi ona wynik porównania osobistej sytuacji z określonymi przez jednostkę standardami. Często w literaturze określa się ją również takimi terminami jak jakość życia oraz zadowolenie z życia (Świerżewska 2010) [5]. Najwięcej niepełnosprawnych wykazujących wysoki stopień zadowolenia z życia pochodziło z Norwegii (60%), najmniej zaś z Polski (23,3%). Niski stopień satysfakcji z życia przejawiało 30% ankietowanych z Polski, w przypadku Norwegów odsetek badanych z takim wynikiem wyniósł 10%, zaś wśród Niemców nie znalazła się żadna osoba z takim wynikiem (tab. 2).

W Skali Akceptacji Choroby najwięcej respondentów ze wszystkich badanych krajów uzyskało wyniki przeciętne.

Tabela 2. Wyniki skali SWLS

Wynik	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Wysoki	9	30%	18	60%	7	23,3%	< 0,01
Średni	21	70%	9	30%	14	46,7%	
Niski	0	0%	3	10%	9	30%	

Wynik wysoki uzyskało 40% Norwegów oraz po 30% Niemców i Polaków. Wynik niski, biorąc pod uwagę wszystkie grupy, uzyskało najwięcej Niemców (20%), zaś najmniej Norwegów (tab. 3). Różnice te nie były istotne statystycznie ($p = 0,73$), tak więc rozkład wyników w poszczególnych grupach był podobny.

Tabela 3. Wyniki skali AIS

Wynik	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Wysoki	9	30%	12	40%	9	30%	= 0,73
Średni	15	50%	15	50%	17	56,7%	
Niski	6	20%	3	10%	4	13,3%	

Jednym ze wskaźników jakości życia jest częstość odczuwania przygnębienia, pytanie o ten fakt padło w tabeli 4. Spośród trzech grup najwięcej Norwegów wskazało, że nigdy nie odczuwało przygnębienia (40%), odsetek Niemców twierdzących w ten sposób wyniósł 30%, zaś Polaków tylko 10%. Należy zauważyć, że aż 50% Niemców utrzymywało, że często odczuwało przygnębienie, w przypadku Polaków odsetek ten wyniósł 23,3%, zaś wśród Norwegów nie znalazła się żadna osoba tak twierdząca.

Tabela 4. Częstość odczuwanego przygnębienia

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Często	15	50%	0	0%	7	23,3%	< 0,01
Rzadko	6	20%	18	60%	20	66,7%	
Nigdy	9	30%	12	40%	3	10%	

Ważnym czynnikiem przy ocenie jakości życia stanowi sytuacja materialna niepełnosprawnych, znajomość oraz dostępność materialnych form wsparcia. W tym względzie różnice wyników między niepełnosprawnymi z poszczególnych krajów były znaczne (tab. 5). Spośród badanych grup największą znajomością oraz korzystaniem z praw i przywilejów, jakie przysługują osobom niepełnosprawnym wykazali się Norwegowie (80%). Korzystanie z praw przysługujących niepełnosprawnym zadeklarował również duży odsetek Niemców (70%). Tylko 13,3% badanych niepełnosprawnych z Polski stwierdziło, że znało i korzystało z tych praw. Odmienne też wyglądała sytuacja materialna badanych z poszczególnych krajów.

Najlepiej oceniali ją Norwegowie, nieco gorzej Niemcy, najgorzej zaś Polacy. Jeśli chodzi o korzystanie z różnych form pomocy, to Norwegowie i Polacy najchętniej korzystali z pomocy oferowanej przez państwo, natomiast Niemcy przez sponsorów. Nikt z badanych Polaków nie korzystał z pomocy oferowanej przez instytucje nastawione na pomoc

osobom niepełnosprawnym, takich jak fundacje i sponso-
rzy. Chętniej natomiast, podobnie jak Niemcy, korzystali
z pomocy rodziny.

Tabela 5. Sytuacja materialna badanych oraz znajomość i dostępność materialnych form wsparcia

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Znajomość i korzystanie z praw i przywilejów osób niepełnosprawnych							
Znam, korzystam	21	70%	24	80%	4	13,3%	< 0,01
Znam, ale nie korzystam	0	0%	6	20%	11	36,7%	
Znam, ale mało	9	30%	0	0%	12	40%	
Nie znam	0	0%	0	0%	3	10%	
Sytuacja materialna							
Bardzo dobra	12	40%	15	50%	2	6,7%	< 0,01
Dobra	15	50%	15	50%	10	33,3%	
Dostateczna	3	10%	0	0%	16	53,3%	
Zła	0	0%	0	0%	2	6,7%	
Korzystanie z form pomocy materialnej							
NFZ lub jego odpowiednik	6	20%	27	90%	18	60%	< 0,01
PFRON lub jego odpowiednik	0	0%	0	0%	4	13,3%	
Fundacja	9	30%	3	10%	0	0%	
Sponsozy	21	70%	0	0%	0	0%	
Rodzina	9	30%	0	0%	7	23,3%	
Inne	3	10%	0	0%	3	10%	

Nie stwierdzono zależności między miejscem zamieszka-
nia ankietowanych a ich aktywnością zawodową ($p = 0,73$).
Porównywalna liczba niepełnosprawnych w badanych kra-
jach była aktywna, jak i nieaktywna zawodowo. Widoczne
były jednak różnice co do zadowolenia pracujących niepeł-
nosprawnych z wykonywanej pracy ($p < 0,01$) w zależności
od kraju. Wszyscy pracujący ankietowani z Norwegii ocenili,
że są bardzo zadowoleni, wszyscy Niemcy byli zdania, że ich
stopień zadowolenia jest dobry, natomiast co trzeci Polak
ocenił, że jest dostatecznie zadowolony z wykonywanej
pracy. Należy jednak zaznaczyć, że żaden z respondentów
nie stwierdził, że w ogóle nie jest zadowolony z wykonywanej
pracy (tab. 6).

Tabela 6. Aktywność zawodowa badanych i ich zadowolenie z pracy

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Wykonywanie pracy zawodowej							
Tak	15	50%	12	40%	13	43,3%	= 0,73
Nie	15	50%	18	60%	17	56,7%	
Stopień zadowolenia z pracy zawodowej pracujących niepełnosprawnych							
Bardzo dobry	0	0%	12	100%	5	38,4%	< 0,01
Dobry	15	100%	0	0%	4	30,8%	
Dostateczny	0	0%	0	0%	4	30,8%	

Widoczne były różnice w częstotliwości korzystania z re-
habilitacji przez badanych respondentów z poszczególnych
krajów ($p < 0,01$). Większość Norwegów oraz Niemców ko-
rzystało częściej z rehabilitacji niż Polacy. 70% badanych

Polaków stwierdziło, że korzysta z rehabilitacji rzadziej niż
kilka razy w miesiącu (tab. 7).

Tabela 7. Korzystanie z rehabilitacji przez badanych

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Codziennie	0	0%	12	40%	1	3,3%	< 0,01
Kilka razy w tygodniu	18	60%	6	20%	2	6,7%	
Kilka razy w miesiącu	3	10%	6	20%	1	3,3%	
Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	3	10%	0	0%	21	70%	
Nie korzystam	6	20%	6	20%	5	16,7%	

Ocena przystosowania mieszkania badanych do niepeł-
nosprawności uzależniona była od kraju zamieszkania re-
spondentów ($p < 0,01$). Większość badanych z Niemiec i Nor-
wegii stwierdziła, że ich mieszkania były przystosowane do
ich niepełnosprawności. W grupie Polaków takiego zdania
było 30% ankietowanych, chociaż 43,3% stwierdziło, że ich
mieszkania były częściowo przystosowane. Większość Nor-
wegów i Niemców wskazała, że najmniej przystosowanym
mieszaniem była kuchnia, Polacy częściej wskazywali na
WC oraz przedpokój (tab. 8).

Tabela 8. Ocena osób badanych dotycząca przystosowania mieszkania do własnych potrzeb

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
A. Przystosowanie mieszkania							
Tak	27	90%	24	80%	9	30%	< 0,01
Nie	3	10%	6	20%	8	26,7%	
Częściowo	0	0%	0	0%	13	43,3%	
B. Najmniej przystosowane mieszkanie							
Kuchnia	24	80%	15	50%	8	26,7%	< 0,01
Łazienka	3	10%	3	10%	11	36,7%	
WC	3	10%	6	20%	0	0%	
Pokój	0	0%	3	10%	0	0%	
Korytarz (przedpokój)	0	0%	3	10%	11	36,7%	

Ocena badanych dotycząca barier architektonicznych
(tab. 9) była zróżnicowana w zależności od kraju ($p < 0,01$).
Przedstawia się następująco: Norwegowie najczęściej wska-
zywali na strome podjazdy (70%), zaś Niemcy i Polacy na
schody, odpowiednio 50% i 56,7%.

Uczestnictwo w życiu kulturalnym także stanowi wy-
znacznik jakości życia i było istotnie zróżnicowane w zależ-
ności od kraju (tab. 10). Wśród badanych grup największy
odsetek osób, które nie uczestniczyły w życiu kulturalnym
dotyczył Polaków (36,7%) i Niemców (30%). Natomiast tylko
10% badanych Norwegów stwierdziło, że w ogóle nie uczest-
niczyło w życiu kulturalnym. Najczęściej w życiu kultural-
nym brali udział niepełnosprawni z Norwegii, najrzadziej
zaś z Polski i Niemiec (tab. 10).

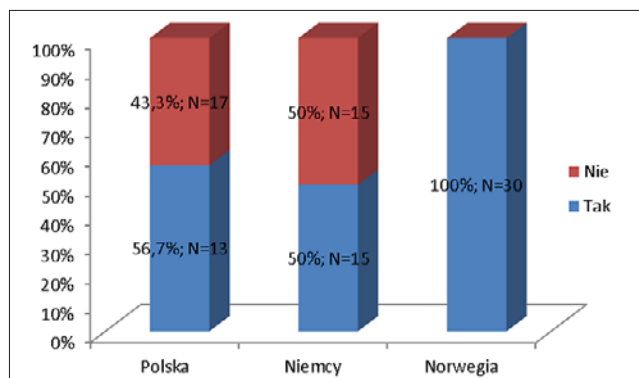
W ankiecie znalazło się również pytanie odnoszące się do
życia seksualnego, które było istotnie zróżnicowane w za-
leżności od kraju ($p < 0,01$). Wszyscy badani z Norwegii
stwierdzili, że prowadzili życie seksualne. Nie prowadziło
życia seksualnego 43,3% badanych Polaków oraz 50% ba-
danych Niemców.

Tabela 9. Największe bariery architektoniczne

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Schody	15	50%	0	0%	17	56,7%	< 0,01
Krawężniki	6	20%	3	10%	8	26,7%	
Nierówna nawierzchnia drogi, krawężnika	3	10%	0	0%	10	33,3%	
Strome podjazdy/pochylenia terenu	9	30%	21	70%	4	13,3%	
Brak parkingów dla osób niepełnosprawnych	0	0%	0	0%	3	10%	
Wszystkie wyżej wymienione	0	0%	0	0%	4	13,3%	
Inne	1	3,3%	0	0%	2	6,7%	
Nie dotyczy	0	0%	9	30%	1	3,3%	

Tabela 10. Uczestnictwo badanych w życiu kulturalnym

Kategoria	Niemcy		Norwegowie		Polacy		p
	N	%	N	%	N	%	
Tak, często	3	10%	12	40%	3	10%	< 0,01
Tak, czasami	18	60%	12	40%	8	26,7%	
Tak, ale bardzo rzadko	0	0%	3	10%	8	26,7%	
Nie, nigdy	9	30%	3	10%	11	36,7%	

**Wykres 1.** Prowadzenie przez badanych życia seksualnego

Jakość życia determinowana jest również relacjami z najbliższymi, która w ocenie niepełnosprawnych nie różniła się między krajami ($p = 0,14$). Najwięcej ankietowanych we wszystkich badanych grupach stwierdziło, że byli traktowani na równi z innymi członkami rodziny, chociaż 50% Niemców była zdania, że traktowano ich szczególnie i okazywano im duże wsparcie. Żaden z Niemców i Norwegów nie stwierdził, że rodzina rzadko im pomaga, wśród Polaków innego zdania było 6,7% (tab. 11).

DYSKUSJA

Jakość życia ludzi uwarunkowana jest wieloma czynnikami. Jednym z nich jest kraj zamieszkania i warunki polityczno-ekonomiczne, jakie w nim występują. Najbardziej różnice uwidaczniają się, kiedy zestawia się warunki życia w krajach europejskich z warunkami życia, jakie panują w krajach

Tabela 11. Poczucie akceptacji ze strony rodziny oraz wsparcia z jej strony

Kategoria	Niemcy		Polacy		Norwegowie		p
	N	%	N	%	N	%	
Pomoc							= 0,13
Rzadka	0	0%	2	7%	0	0%	
Częsta	30	100%	28	93%	30	100%	
Poziom traktowania							= 0,28
Na równi	15	50%	18	60%	21	70%	
Nie na równi	15	50%	12	40%	9	30%	
Szczególne traktowanie i duże wsparcie							= 0,23
Tak	15	50%	10	33%	9	30%	
Nie	15	50%	20	67%	21	70%	

azjatyckich i afrykańskich. Niemniej jednak różnice w tym zakresie widoczne są także między poszczególnymi krajami europejskimi, chociaż oczywiście nie są tak duże. Inaczej swoją jakość życia oceniają osoby zdrowe, a inaczej chore, gdyż choroba negatywnie oddziałuje na jakość życia. Można więc powiedzieć, że jakość życia osób chorych jest znacznie obniżona, odnosi się to przede wszystkim do osób z dysfunkcją ruchu, które często mają duże problemy z przemieszczaniem się i wykonywaniem codziennych czynności.

Przeprowadzone badania pokazały, że kraj zamieszkania stanowi istotny czynnik determinujący ocenę jakości życia przez osoby niepełnosprawne. Na taką sytuację wpływają m.in. uwarunkowania socjalno-ekonomiczne panujące w danym kraju. Do podobnych wniosków doszli Geyh i wsp. (2013) [6], którzy badaniami objęli niepełnosprawnych mieszkających w różnych rejonach świata: w Australii, Ameryce Północnej (Kanada, Stany Zjednoczone), Ameryce Południowej, Afryce i Izraelu. Badania te pokazały, że osoby niepełnosprawne znacząco inaczej oceniały jakość swojego życia (różnice istotne statystycznie). Jakość życia obniżała się wraz z upływem czasu od doznanego urazu i była różna w poszczególnych krajach (najniższa w przypadku mieszkańców Brazylii). Autorzy ci stanęli na stanowisku, że poziom jakości życia tłumaczyć należy przede wszystkim krajem zamieszkania, w mniejszym zaś stopniu cechami demograficznymi czy też rodzajem doznanego przez osobę niepełnosprawną urazu.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że najwyższą jakość swojego życia oceniali Norwegowie, zaś najniższą – Polacy. W 2013 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej opublikowało badania, które pokazują, iż polscy niepełnosprawni są nadal dyskryminowani, co również wpływa na ich ocenę jakości życia. Codzienne funkcjonowanie niepełnosprawnych w Polsce jest utrudnione ze względu na liczne występujące bariery architektoniczne. Jednakże przytoczone badania wykazały także, że ogólna jakość życia polskich niepełnosprawnych się poprawia. Jakość życia osób, które pozostają niepełnosprawnymi od dłuższego czasu zbliża się do jakości życia osób pełnosprawnych. Najniższą jakość swojego życia oceniają te osoby, które z niepełnosprawnością zmagają się od niedawna (Czapiński 2013) [7]. Do podobnych wniosków doszli Pałowska-Cyprysiak, Konarska, Żołnierczyk-Zreda (2013) [8]. Autorzy ci dowiedli, że wraz z wydłużaniem się okresu niepełnosprawności jakość życia

lepiej jest oceniana zarówno na płaszczyźnie fizycznej, jak i psychicznej.

Niewątpliwie ważnym czynnikiem, decydującym o tym, że badani z Polski niżej oceniali jakość swojego życia niż respondenci z Niemiec i Norwegii była ich sytuacja społeczno-ekonomiczna. Badania własne wykazały, że Polacy zdecydowanie gorzej oceniali swoją sytuację materialną w stosunku do badanych z pozostałych dwóch krajów. Badania przeprowadzone w 2010 roku wskazują, że polscy niepełnosprawni żyli na niższym poziomie niż ci, którzy mieszkali w krajach Unii Europejskiej, gdzie walutą jest euro. Jedynie 4,3% Polaków stwierdziło, że żyło się im dostаточно, takiego zdania był niemal co trzeci badany z krajów piętnastki (27%). 18,8% badanych z krajów strefy euro stwierdziło, że przy posiadanych dochodach z trudem dawało sobie radę, odsetek badanych w Polsce tak twierdzących był prawie dwukrotnie wyższy (Gaciąg, Bartkowski 2014) [9].

Sytuacja ekonomiczna niepełnosprawnych determinowana jest głównie uregulowaniami prawnymi, jakie zostały przyjęte w danym państwie. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż pomoc, jaką otrzymują polscy niepełnosprawni w postaci świadczeń zdecydowanie odbiega od tej, jaką otrzymują niemieccy i norwescy niepełnosprawni. Środki przyznawane w Polsce są znacznie niższe niż w Niemczech i Norwegii, chociaż powoli sytuacja ta się zmienia. Ostatnio zwiększone zostały środki przeznaczone na rehabilitację, dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych, jak też na likwidację barier architektonicznych, ponadto wzrosły świadczenia pielęgnacyjne. Nadal jednak środki przyznawane niepełnosprawnym w Polsce są niewspółmierne do tych, które otrzymują niepełnosprawni w Norwegii i Niemczech.

Badania własne wykazały, że Niemcy i Norwegowie znacznie częściej korzystali z rehabilitacji, co musiało przełożyć się na ich lepsze funkcjonowanie, a tym samym na lepszą jakość życia. Badania przeprowadzone przez Napieracz-Trzosek, Gorkiewicz (2010) [10] wśród niepełnosprawnych w Niemczech i Polsce, którzy ze względu na miażdżycę tętnic utracili kończyny dolne pokazały, że niepełnosprawni z Niemiec znacząco lepiej oceniali skuteczność rehabilitacji niż badani Polacy. Ponadto Niemcy wyżej ocenili swoje możliwości sprawnościowe. Zadowolonych ze swojej sprawności było aż 87,5% Niemców, a Polaków o 35% mniej, tj. 52%.

Istotnym czynnikiem, który determinuje jakość życia, jest możliwość zatrudnienia. Osoby niepełnosprawne pracujące odczuwają, że są potrzebne społeczeństwu, a to przekłada się na ich wyższe zadowolenie z życia. Z badań własnych wynika, że najwięcej niepełnosprawnych zatrudnionych było w Niemczech (50%), następnie w Polsce (43,3%), z kolei najmniej w Norwegii (40%). Wyższy odsetek pracujących w Polsce niż Norwegii może wskazywać na to, że świadczenia otrzymywane przez Polaków są niewystarczające i muszą oni poszukiwać dodatkowego źródła dochodu. Z oficjalnych raportów wyłania się nieco inny obraz sytuacji niepełnosprawnych na rynku pracy. Z danych przedstawionych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wynika, że w Polsce w 2009 roku aktywnych zawodowo było 22% niepełnosprawnych, pracy poszukiwało zaś aż 76%. Natomiast w Norwegii odsetek niepełnosprawnych, którzy wówczas pracowali wyniósł 45% (Bartkowski i wsp. 2009) [11]. Statystyki z 2011 roku wskazują, że odsetek ten w Norwegii przekroczył już 50% (Widuch i wsp. 2011) [12].

Zasadniczym czynnikiem, który wpływa na wielkość zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Niemczech i Norwegii

jest realizowanie przez te państwa zintegrowanej polityki społecznej. Polska pod tym względem pozostaje za tymi krajami daleko w tyle. Realizowana polityka socjalna obejmuje doradztwo społeczno-zawodowe, pomoc w przystosowaniu miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, regulacje prawne, szkolenia. Wszystko to sprawia, że osoby niepełnosprawne nie są dyskryminowane i marginalizowane, a tym samym mają większe szanse na rynku pracy. Ponadto niezwykle ważne jest to, że w Niemczech i Norwegii społeczeństwo jest inaczej ustosunkowane do osób niepełnosprawnych niż w Polsce. Za normalne zjawisko uznaje się obecność osób niepełnosprawnych w różnych zakładach pracy. Pracowników niepełnosprawnych traktuje się na równi z pełnosprawnymi. Pracodawcy nie koncentrują się na ich niepełnosprawności, ale na jakości ich pracy i wywiązywaniu się przez nich z obowiązków wynikających ze stosunku pracy. Tylko takie postrzeganie niepełnosprawnych jest w stanie zmienić ich sytuację w Polsce. Badania, jakie przeprowadzono w 2008 roku wskazują, że jedynie 27% polskich pracodawców rozważało możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Jako najczęstsze przyczyny niezatrudniania osób niepełnosprawnych badani pracodawcy wskazywali: bariery architektoniczne, skomplikowane oraz niezbyt jasne przepisy prawne, nienadążanie ze zmieniającymi się przepisami prawnymi dotyczącymi osób niepełnosprawnych, niskie kwalifikacje zawodowe niepełnosprawnych, wysokie koszty finansowe związane z dostosowaniem miejsca pracy do osób niepełnosprawnych oraz niewielkie wsparcie pracodawców, oferowane przez instytucje lokalne (Bartkowski i wsp. 2009) [11].

WNIOSKI

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków końcowych:

1. Kraj zamieszkania miał decydujące znaczenie dla poziomu satysfakcji z życia badanych niepełnosprawnych. W Skali Satysfakcji z Życia najwyższe wyniki uzyskali badani z Norwegii, a najniższe – respondenci z Polski.
2. Kraj zamieszkania nie decydował o poziomie akceptacji własnej choroby przez osoby badane. Poczucie akceptacji choroby we wszystkich badanych krajach przedstawiało się bardzo podobnie.
3. Jakość życia niepełnosprawnych mieszkańców Norwegii była najwyższa, zaś mieszkańców Polski – najniższa.

PIŚMIENNICTWO

1. Okoń W. Nowy słownik pedagogiczny. Wydawnictwo Akademickie Zak, Warszawa 2001, s. 150.
2. Minczakiewicz E. Poczucie jakości życia niepełnosprawnych jako czynnik determinujący czynnik jednostki i jej postępy w zakresie rehabilitacji społeczno-zawodowej. W: Rottermund J (red.). Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych. Wielowymiarowość procesu rehabilitacji, Oficyna Wydawnicza: Impuls, Kraków 2007, s. 15–28.
3. Piotrowska R i wsp. Jakość życia chorych z miażdżycą naczyń obwodowych – przegląd piśmiennictwa, *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. 2011; 41: 80–95.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, PTP, Warszawa 2009.
5. Świerczewska D. Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa*. 2010; 2: 89–99.

6. Geyh S i wsp. Quality of life after spinal cord injury: a comparison across six countries. *Spinal Cord*. 2013; 4: 322–326.
7. Czapiński J. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. W: Czapiński J, Panek T (red.), Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, s. 181–302.
8. Pawłowska-Cyprysiak K, Konarska M, Zołnierczyk-Zreda D. Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. *Medycyna Pracy*. 2013; 64(2): 227–237.
9. Gaciaz B., Bartkowski J. Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. 2014; 2: 20–43.
10. Napieracz-Trzosek I, Gorzkiewicz B. Jakość życia pacjentów po amputacji kończyn dolnych z powodu miażdżycy tętnic. *Wiadomości w Czepku*. 2010; 4: 729–738.
11. Bartkowski J. i wsp. Pracodawcy o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Co jest? Co można zmienić? Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
12. Widuch M. i wsp. Wrażliwy nie znaczy niemożliwy, czyli jak skutecznie realizować projekty aktywizujące osoby niepełnosprawne, powyżej 50. roku życia, mieszkańców terenów wiejskich, osoby bezdomne i uzależnione oraz z wykształceniem niepełnym średnim i niższym. Centrum Doradztwa Strategicznego, Kraków 2011.

Evaluation of quality of life of persons with locomotor disability living in Germany, Norway, and Poland

■ Abstract

The quality of life of the disabled is determined by the degree of disability and socio-economic conditions which occur in a given country. The objective of the study was comparison of the quality of life of the disabled living in Germany, Norway and Poland. The study covered 90 persons, 30 from each of the examined countries. The empirical material was collected using an author-constructed questionnaire, the Satisfaction With Life Scale (SWLS), and the Acceptance of Illness Scale (AIS). The Norwegians assessed their quality of life in most positive terms, whereas the Poles expressed the lowest evaluations. The level of acceptance of illness did not depend on the country of residence. This factor, however, exerted an effect on the level of satisfaction with own life. Poles were least satisfied with their lives, whereas Norwegians the most.

■ Key words

quality of life, locomotor disability, factors determining quality of life