

# Aktywność zawodowa a jakość życia osób o zróżnicowanym stopniu i rodzaju niepełnosprawności

Professional activity and the quality of life of people with various degrees and types of disability

**Key words:** quality of life, professional activity, disability.

**Abstract:** The subject of the research is the quality of life of people with various degrees and types of disabilities who are professionally active. A total of 119 people took part in a survey. The respondents comprised of people with physical, somatic and mental disabilities as well as mild and moderate disabilities. Schalock's Sense of Life Quality Questionnaire was used in the Polish adaptation of Juros.

The obtained results show that the studied groups experience a similar average level of overall quality of life. However, within its individual dimensions, the quality of life of people with mobility disabilities and people with moderate disabilities was assessed the lowest.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, aktywność zawodowa, niepełnosprawność.

**Streszczenie:** Przedmiotem badań w niniejszym artykule jest jakość życia osób aktywnych zawodowo z różnym stopniem i rodzajem niepełnosprawności. Zbadano łącznie 119 osób, wśród których wyodrębniono grupy badanych z niepełnosprawnością ruchową, somatyczną i psychiczną oraz lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Zastosowano *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* Schalocka w polskiej adaptacji Jurosa. Uzyskane wyniki badań pokazują, iż badane grupy cechuje podobny, przeciętny poziom ogólnej jakości życia, natomiast w ramach poszczególnych jego wymiarów najniżej oceniają jakość życia osoby z niepełnosprawnością ruchową oraz osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

## Wprowadzenie

Zainteresowanie pojęciem jakości życia i badaniami nad nim pojawiło się w nauce stosunkowo niedawno – w XX wieku, kiedy po raz pierwszy w 1920 r. użył go na gruncie ekonomii A. C. Pigou, zaś po II wojnie światowej weryfikowano je w ramach prowadzonej polityki państw Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych (Ruževičius, 2014). Dążenie do szczęścia (*pursuit of happiness*) i jakość życia obywateli stanowiła wówczas ważny cel polityki społecznej i ekonomii krajów, które wkroczyły w tym czasie w erę rewolucji naukowo-technicznej (Bullinger, 1997; Theofilou, 2013). Pierwsze badania nad jakością życia prowadzono w kontekście posiadanych dóbr materialnych, takich jak standard wyposażenia mieszkań, ilość posiadanych samochodów, domów czy pieniędzy przeznaczonych na wiek emery-

talny (Tobiasz-Adamczyk, 1996). Do dziś wskaźnik poziomu bytowego jednostki lub grupy społecznej stanowi ważny wyznacznik w badaniach *quality of life* na gruncie ekonomii (Bericat, 2019; Zalewska-Meler, 2009). Jednakże już w latach 60. XX w. zauważono, iż tak rozumiana jakość życia nie jest równoważna z jej intuicyjnym postrzeganiem, dotyczącym poczucia zadowolenia czy szczęścia (Chykhantsova, 2020). Wzrost osiągnięć ekonomicznych nie uczynił członków rozwiniętych społeczeństw bardziej usatysfakcjonowanymi z życia (Dyszkowska, 2010). Od tego czasu zakres tego pojęcia zaczął być dookreślany poprzez bardziej subiektywne wskaźniki odnoszące się do warunków zdrowia i życia jednostki w jej środowisku oraz zaspokojenia jej indywidualnych potrzeb (Peterman, Cella, 2000; Zawisłak, 2011). Jego wielowymiarowość i interdyscyplinarność przyniosły w konsekwencji odmienność rozumienia i pomiaru jakości życia na gruncie nauk społecznych, medycznych, humanistycznych i in. (Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2007).

### **Jakość życia osób z niepełnosprawnością**

Jakość życia uwzględniająca fakt występowania niepełnosprawności w życiu człowieka jest obszernym zagadnieniem. Niepełnosprawność rozpatrywana jest w kilku płaszczyznach, które na ogół odnoszą się do trzech podstawowych modeli jej ujmowania: medycznego, społecznego i funkcjonalnego (Charlton, 2000). Definicja zaproponowana przez WHO podkreśla fakt naruszenia stanu zdrowia i traktuje osobę niepełnosprawną jako tę, u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnianie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki, jak: płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne (Borkowska, 2012, s. 24). Również w Polsce definicja regulowana przepisami zawartymi w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r. zaznacza, iż osoba niepełnosprawna to ta, u której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza albo uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi, a zwłaszcza zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeśli uzyskały odpowiednie orzeczenie (Dz. U. nr 123, poz. 776). Ustawa ta wprowadziła też stopnie niepełnosprawności: lekki, umiarkowany i znaczny, wskazując przy tym na możliwe formy aktywności zawodowej osoby z niepełnosprawnością.

Uwzględniając fakt naruszenia stanu zdrowia w myśleniu o jakości życia osoby z niepełnosprawnością, warto przytoczyć pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL) stworzone przez Schipperę i wsp. (Uchmanowicz, Łoboz-Grudzień, 2008), definiowane jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany i przeżywany przez pacjenta, rozpatrywany w czterech dziedzinach: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych. Dziedziny te sprawiają, że każdy człowiek, w tym osoba chora, z niepełnosprawnością może doświadczać poczucia optymalnej jakości życia i satysfakcji z niego przy uwzględnieniu swojej sytuacji, możliwości oraz zasobów środowiska.

Ważne kierunki rozumienia jakości życia osób niepełnosprawnych wiążą się również z definicją zdrowia zaproponowaną przez WHO, wskazującą, iż dotyczy ono pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby lub niedomagania. Wówczas rozumienie jakości życia związane ze stanem zdrowia obejmowałoby takie obszary, jak życie bez bólu i cierpienia, nadzieja na poprawę, maksymalna samodzielność w obrębie limitów narzucanych przez ciało czy akceptacja posiadanych ograniczeń.

Interesującą perspektywę w postrzeganiu jakości życia osób niepełnosprawnych zaproponował też Schalock (za Juros, 1997, s. 298), według którego poczucie jakości życia jest konstruktem wielowymiarowym, związanym z czterema czynnikami, będącymi głównymi kierunkami jej pomiaru, do których należą: poczucie satysfakcji osoby z jej aktualnej sytuacji, poczucie własnej kompetencji i produktywności, poczucie własnej siły i niezależności oraz poczucie przynależności społecznej i integracji z lokalną społecznością. Ponadto wraz z innymi badaczami Schalock (2002, s. 460) za szczegółowe wskaźniki oceny jakości życia osób niepełnosprawnych uznał: dobry stan emocjonalny, dobry stan materialny, dobry stan fizyczny, rozwój osobisty, autonomię, stosunki interpersonalne, integrację społeczną oraz prawa jednostki oraz zwrócił uwagę, iż poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością jest złożone z tych samych czynników i relacji, które są ważne dla innych ludzi (...); ma wymiar subiektywny i obiektywny, ale jest zasadniczo percepcją indywidualną, która oddaje to, jak osoba doświadcza jakości własnego życia; opiera się na indywidualnych potrzebach, wyborach i kontroli.

Stanowisko to podtrzymują inni autorzy wskazując, iż poczucie jakości życia osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami należy określać tymi samymi wskaźnikami i uwarunkowaniami co u innych. Tym samym może ono być rozpatrywane np. w wymiarze warunków obiektywnych i subiektywnych (Wejnert, 2001), stopniu zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych (Kolman, 2000) lub w kontekście czynników psychospołecznych, fizycznych i socjodemograficznych (Akranavičiūtė, Ruževičius, 2007). Ponadto z uwagi na kryterium rodzaju niepełnosprawności (np. fizyczna, wzrokowa, słuchowa, psychiczna i in.) lub etiologię (wrodzona lub nabyta) (Majewski, 2007) – jakość życia osób będzie miała swoją odmienną specyfikę. Kowalik (2005) zwraca uwagę, iż rozpoznanie jej w powyższych sytuacjach będzie możliwe dopiero po sprawdzeniu takich czynników, jak działania społeczne, stan pomocy czy opieki świadczonej na rzecz tych osób w ich środowisku. Ponadto Michalos (tamże, s. 280–281) proponuje rozpatrzyć wówczas szereg kryteriów rozbieżności, które im są większe, tym bardziej definiują niższą jakość życia osoby z niepełnosprawnością. Kryteria te tworzą m.in. różnice pomiędzy tym, czym aktualnie osoba dysponuje, a tym, czym chciałaby oraz powinna dysponować, pomiędzy tym, co osoba aktualnie ma, a tym, co posiadała w najlepszym okresie swojego życia, w stopniu dopasowania osobistych właściwości (fizycznych, psychicznych i społecznych) do wymagań stawianych przez otoczenie i in. Jakość życia osoby z niepełnosprawnością uwarunkowana stanem zdrowia staje się zatem strukturą złożoną, zależną od szeregu czynników, nadających jej subiektywny wymiar.

## Zawodowy aspekt jakości życia osób niepełnosprawnych

Jednym z parametrów uwzględnianym w opisie i ocenie jakości życia człowieka, w tym doświadczającego niepełnosprawności – jest jego aktywność zawodowa. Praca określa tożsamość, pozycję społeczną i status materialny człowieka. Nadaje jego życiu sens, określa jego rytm i cel. Znaczenie pracy dla jednostki jest rozpatrywane w wielu kategoriach, takich jak: jej funkcja instrumentalna, związana z zaspokojeniem potrzeb materialnych i poczuciem niezależności finansowej, poczucie przynależności do społeczeństwa, poczucie bycia potrzebnym i wartościowym, możliwość samorealizacji i in. (Gorczycka, 2005; Maj, 2007; Poliwczak, 2007; Sękowski, 2006) Aktywność ta od zawsze jest ważnym fundamentem zdrowia psychicznego i samorealizacji (Borek, 2011). Posiada jednak pewną dwubiegunowość, ponieważ z jednej strony niesie z sobą poczucie zadowolenia, wartości, zdrowia, efektywności, przynależności, sprawczości, a z drugiej – choroby, wykluczenia, poniżenia, poczucia bezwartościowości, bezradności. Ta dwubiegunowość może wiązać się w dużym stopniu z poczuciem wysokiej lub niskiej jakości życia. Stąd też różne koncepcje jakości życia, niezależnie od perspektywy jej ujmowania traktują pracę i zadowolenie z niej jako ważny wskaźnik jej pomiaru. Odnosi się to jak najbardziej również do osób z niepełnosprawnością. Praca w ich przypadku nie pozwala na marginalizację czy wykluczenie społeczne, stwarza możliwość rozwoju aspiracji zawodowych, samodzielnego funkcjonowania, doświadczenia więzi z ludźmi oraz daje poczucie użyteczności i sensu życia (Becker-Pestka, 2012; Wołosiuk, 2012).

Jak zauważa Becker-Pestka (2012), rozwiązania prawne oraz zmiany w polityce społecznej w Polsce wprowadzone w latach 90. XX w. przyczyniły się do szeregu zmian w sytuacji społecznej osób z niepełnosprawnością. Z jednej strony umożliwiły im większy dostęp do edukacji, z drugiej nie spowodowały znacznego wzrostu w tej grupie aktywności zawodowej i wkładu w życie publiczne. Ważną rolę odgrywają w tym względzie uwarunkowania społeczne oraz środowiska lokalnego, zwłaszcza odnoszące się do znoszenia szeregu barier przez wykorzystanie dynamicznie rozwijających się nowoczesnych technologii (por. też Polaczek 2017).

Aktywność zawodowa bez wątplenia jest jedną z ważnych form rehabilitacji w życiu osób z niepełnosprawnością, pozwala na kompensację wynikających z niej ograniczeń, a tym samym podnosi jakość życia. Funkcja instrumentalna pracy daje osobie niepełnosprawnej większe poczucie bezpieczeństwa materialnego, sprzyjając podejmowaniu niezależnych działań, dalszemu rozwojowi osobistemu czy decyzji o założeniu rodziny. Pracująca osoba niepełnosprawna ma bardziej uregulowany codzienny tryb życia oraz poczucie prestiżu społecznego i uznania. Praca pozwala jej bardziej identyfikować się z kulturą i grupą społeczną, do której przynależy (Maj, 2007; Poliwczak, 2007).

Jednakże aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością niesie z sobą również szereg problemów. Becker-Pestka (2012, s. 36) wśród czynników, które utrudniają im wejście na rynek pracy wskazuje m.in. nieprawidłowe postawy społeczne,

bariery architektoniczne i komunikacyjne, brak odpowiedniej wiedzy ze strony pracodawców czy też utożsamianie niepełnosprawności z brakiem kwalifikacji, motywacji do pracy lub uzależnieniem od innych. Z kolei Kowalik (2007) zaznacza, że w percepcji cech niepełnosprawnych pracowników większość z nich dotyczy negatywnych aspektów, m.in. takich jak: niskie wykształcenie, mała mobilność, konieczność stałej lub czasowej rehabilitacji, często pogarszający się stan zdrowia, niezdolność do pracy fizycznej, niewystarczające kompetencje miękkie oraz nieadekwatne czy niedostateczne kompetencje „twarde”. Ochonczenko (2008) dodaje do tego problematykę bierności zawodowej osób niepełnosprawnych, której przyczyny nie są jednoznaczne i łatwe do uporządkowania. Wołoskiuk (2012) zauważa, iż jedną z nich może stanowić obawa samej osoby przed utratą świadczeń otrzymywanych z tytułu niepełnosprawności, z kolei Grabek-Kozera (2015) podaje m.in. takie przyczyny, jak: przekonanie, iż nie warto pracować za pieniądze proponowane przez pracodawców, wybór niskiej renty niż niestabilnej umowy o pracę, stan zdrowia, który może uniemożliwić aktywność zawodową, brak umiejętności poruszania się po rynku pracy i in.

Pomimo corocznego wzrostu współczynnika aktywności zawodowej, który zauważa się od 2011 roku w grupie osób niepełnosprawnych w wieku 16–64 lat i który zbliża się obecnie do niemal 30%, nadal jest on niższy od tego wskaźnika w krajach Unii Europejskiej wynoszącego blisko 45–50%. Ponadto pomimo wzrostu wsparcia ze środków publicznych poziomu zatrudniania w tej grupie osób – niepokojącym jest fakt, iż nadal większość osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym pozostaje trwale poza rynkiem pracy ([www.niepełnosprawni.gov.pl](http://www.niepełnosprawni.gov.pl)). Badania na populacji 1500 osób niepełnosprawnych zrealizowane w 2007 r. przez Pentor Research International w ramach projektu Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, a dotyczące psychospołecznych uwarunkowań ich aktywności zawodowej wykazały, że u 44% badanych bierność zawodowa ma charakter trwały. Z uwagi na rodzaj niepełnosprawności największą gotowość do podjęcia pracy zaobserwowano u osób z chorobami wewnętrznymi (51%), następnie z niepełnosprawnością wzrokową (49%) i ruchową (42%). Najmniejszą gotowość zawodową wykazano u osób niepełnosprawnych psychicznie (34%) i słuchowo (20%) ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)).

Problematyka aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnością niesie zatem szereg ważnych kwestii, których nie sposób tutaj omówić. W badaniach dotyczących związku pomiędzy aktywnością zawodową a jakością życia osób niepełnosprawnych zwraca uwagę homogeniczność grup badawczych. Brakuje szerszych porównań uwzględniających zróżnicowany rodzaj i stopień niepełnosprawności. Poniżej zaprezentowano próbę empirycznego opisu jakości życia osób uwzględniającą owe kryteria.

## Metodologia badań

Badania przeprowadzono w grupie 127 osób niepełnosprawnych, z czego do analizy zakwalifikowano 119 osób, w tym 41 osób z niepełnosprawnością rucho-

wą, 43 z niepełnosprawnością somatyczną (przewlekłe choroby kardiologiczne) i 35 z niepełnosprawnością psychiczną (zaburzenia afektywne i schizofektywne). Charakterystykę socjodemograficzną grupy zawarto w tabeli 1.

**Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych osób**

	Niepełnosprawność ruchowa (N=41)		Niepełnosprawność somatyczna (N=43)		Niepełnosprawność psychiczna (N=35)		OGÓŁEM (N=119)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>PŁEĆ</b>								
Kobiety	19	46	16	37	26	74	61	51
Mężczyźni	22	54	27	63	17	26	66	49
<b>ŚREDNI WIEK BADANYCH</b>	43,38		42,08		40,75		42,07	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>								
Zawodowe	4	10	12	28	16	46	32	27
Średnie	25	61	21	49	17	48	63	53
Wyższe	12	29	10	23	2	6	24	20
<b>STAN CYWILNY</b>								
Panna/kawaler	26	65	6	14	13	37	45	38
Zamężna/zonaty	14	34	30	70	10	29	54	45
Wdowa/wdowiec	1	2	-	-	4	11	5	4
Rozwiedziona/ rozwiedziony	-	-	7	16	8	23	15	13
<b>MIEJSCE ZA-MIESZKANIA</b>								
Wieś	3	7	6	14	4	12	13	11
Małe miasto	3	7	7	16	5	14	15	13
Duże miasto	35	86	30	70	26	74	91	76
<b>STOPIEŃ NIEPEŁ-NOSPRAWNOŚCI</b>								
Lekki	24	58	21	49	21	60	66	55
Umiarkowany	17	42	22	51	14	40	53	45

Źródło: badania własne.

Z danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że w grupie ogółem średni wiek osób badanych wyniósł 42 lata ( $M=42,07$ ), zbadano zbliżony odsetek mężczyzn (49%) i kobiet (51%) oraz najwięcej respondentów (76%) było mieszkańcami dużego miasta. Analiza wykształcenia badanych wykazuje, iż ponad połowa z nich ogółem (53%) posiada wykształcenie średnie, zaś z uwagi na stan cywilny najwięcej respondentów pozostawało w związku małżeńskim (45%). Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności pokazują, że w grupie ogółem ponad połowa (55%) posiadała orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności. Wszyscy respondenci w okresie przeprowadzania badań byli aktywni zawodowo co najmniej od sześciu miesięcy.

Badania przeprowadzono za pomocą *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* R.L. Schallocka i K.D. Keitha (1993; tłumaczenie i adaptacja A. Juros, 1997) – do pomiaru ogólnego poczucia jakości życia, które współtworzy suma czterech częściowych wymiarów takich, jak: 1. zadowolenie, 2. umiejętność/produktywność, 3. możliwość działania/niezależność i 4. przynależność do społeczeństwa/integracja ze społecznością.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest ocena jakości życia osób aktywnych zawodowo z różnym rodzajem niepełnosprawności?
2. Czy występują różnice w ocenie jakości życia osób aktywnych zawodowo z uwagi na stopień niepełnosprawności?

Do tak postawionych pytań sformułowano następujące hipotezy:

1. Najwyższy poziom jakości życia charakteryzuje aktywne zawodowo osoby z niepełnosprawnością somatyczną, zaś najniższy – respondentów z niepełnosprawnością psychiczną.
2. Występują różnice w ocenie jakości życia osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo z uwagi na stopień niepełnosprawności: wyższa jakość życia cechuje osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności.

## Wyniki badań własnych

Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia* R.L. Schallocka i K.D. Keitha dotyczące ogólnego poziomu jakości życia i tworzących go czterech wymiarów, które poddano analizie z uwagi na kryterium rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności osób badanych (gdzie grupa R oznacza respondentów z niepełnosprawnością ruchową, S – somatyczną, zaś P – psychiczną).

**Tabela 2. Wyniki ogólne (WO) oraz globalne poczucie jakości życia uzyskane w skalach KPIŻ w badanych grupach osób z niepełnosprawnością**

Kwestionariusz PJŻ	Grupa R (n=41)		Grupa S (n=43)		Grupa P (n=35)		ANOVA		Test porównań wielokrotnych Tukeya
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2,48)	p<	
<b>Zadowolenie</b>	19,35	3,92	24,82	3,09	22,9	3,07	10,3	.000	R:S***
<b>Produktywność</b>	22,20	7,77	23,77	4,88	16,15	4,30	11,89	.000	R:S***, S:P ***
<b>Niezależność</b>	25,45	2,34	27,2	2,05	21,55	1,28	10,44	.000	S:P***
<b>Integracja</b>	17,45	2,56	23,82	2,52	23,15	2,48	33,96	.000	R:S***, R:P***
<b>Ogólne poczucie JŻ</b>	71,35	5,83	84,1	6,28	83,25	5,43	27,19	.000	R:S***, R:P***

\* $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

Źródło: badania własne.

Dane przedstawione w powyższej tabeli 2 pokazują, iż występują różnice istotne na poziomie statystycznym w ocenie jakości życia osób z różnym rodzajem niepełnosprawności.

Analiza ogólnego wyniku pokazuje, iż we wszystkich badanych grupach respondenci oceniają jakość życia porównywalnie – na poziomie przeciętnym, jednak w jego ramach najniższe poczucie jakości życia cechuje osoby z niepełnosprawnością ruchową ( $M=71,35$ ) i jest ono istotnie niższe zarówno od oceny jakości życia osób z niepełnosprawnością somatyczną ( $M=84,1$ ), jak i psychiczną ( $M=83,25$ ).

W wymiarze Zadowolenie badani również uzyskali wyniki na poziomie przeciętnym, przy czym różnice statystycznie istotne wystąpiły między najniższym wynikiem ( $M=19,35$ ) w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową a najwyższym u respondentów z niepełnosprawnością somatyczną ( $M=24,82$ ). Z kolei ocena jakości życia w wymiarze aktywności zawodowej w przypadku kategorii Produktywność pokazuje, iż najniżej oceniają ją badani z zaburzeniami zdrowia psychicznego i jest to wynik niski ( $M=16,15$ ) w porównaniu do przeciętnych ocen uzyskanych w pozostałych grupach respondentów. Analiza wymiaru Niezależności przekonuje, iż największa decyzyjność i samodzielność cechuje osoby z niepełnosprawnością ruchową (wynik wysoki, na poziomie  $M=27,2$ ) w porównaniu do przeciętnych ocen jakości życia w tym względzie u pozostałych respondentów. Najniżej jakość swojego życia na tej płaszczyźnie ocenili badani z niepełnosprawnością psychiczną. Ostatni wymiar: Integracja ze społeczeństwem pokazuje zróżnicowanie ocen: niski wynik uzyskali respondenci z niepełnosprawnością ruchową ( $M=17,45$ ), zaś pozostali respondenci ocenili jakość swojego życia na poziomie przeciętnym.

W tabeli 3 przedstawiono dane z uwagi na kryterium stopnia niepełnosprawności respondentów.

**Tabela 3. Jakość życia osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo a lekki (U) oraz umiarkowany (U) stopień niepełnosprawności**

Kwestionariusz PJŻ		Zadowolenie		Produktywność		Niezależność		Integracja		Ogólne poczucie JŻ	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Grupa ogółem (N=119)</b>	<b>L (n=66)</b>	22,45	3,66	21,78	4,76	27	3,95	21,33	3,71	82,4	12,85
	<b>U (n=53)</b>	19,32	3,86	20,58	3,84	24	5,06	20,86	4,07	81,8	11,81
<b>Test T</b>	<b>t</b>	-2,91		.54		2,41		-609		-.005	
	<b>p</b>	.003		n.i.		.02		n.i.		n.i.	

Źródło: badania własne.

Dane zawarte w tabeli 3 pokazują, iż respondenci z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz umiarkowanym podobnie (na poziomie przeciętnym)



oceniają zarówno ogólną jakość swego życia, jak i w takich wymiarach, jak: Produktywność/aktywność zawodowa oraz Integracja ze społeczeństwem. Natomiast odnotowano różnice istotne statystycznie pomiędzy respondentami z obu grup w wymiarze Zadowolenie, w którym niższa ocena ( $M=19,32$ ) cechowała osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz w wymiarze Niezależności, w którym wysoki wynik ( $M=27$ ) uzyskały osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności, a przeciętny ( $M=24$ ) osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Analiza powyższych danych pozwala na częściowe potwierdzenie sformułowanych w artykule założeń. O ile globalne oceny jakości życia nie wykazują znacznego różnicowania z uwagi na przyjęte zmienne: rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności, a badanych cechuje przeciętne ogólne poczucie jakości swojego życia, o tyle analiza tworzących go wymiarów w ich kontekście wykazała interesujące odmienności.

Z uwagi na zmienną: rodzaj niepełnosprawności – można zauważyć, iż najniżej w większości wymiarów oceniają jakość swojego życia osoby z niepełnosprawnością ruchową, z kolei osoby z niepełnosprawnością psychiczną najslabiej oceniają swoją satysfakcję z aktywności zawodowej i możliwości bycia samodzielnym, natomiast respondenci z niepełnosprawnością somatyczną uzyskiwali najwyższe wyniki w badanych wymiarach jakości życia, co częściowo potwierdza założenie, iż ocena jakości życia jest na tle innych respondentów najwyższa. Warto ponadto zauważyć, iż respondentów z niepełnosprawnością ruchową, a nie psychiczną cechuje najniższy wynik. Jest to zaskakujące, ponieważ to osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego uzyskują w badaniach na ten temat zwykle najniższe oceny. Być może współcześnie fakt niepełnosprawności ruchowej w mniejszym lub większym zakresie – ale widocznej – staje się w społeczeństwie zdominowanym przez wizerunek atrakcyjności fizycznej istotnym czynnikiem obniżającym jakość życia w porównaniu z zaburzeniami np. nastroju, których często nie widać w kontakcie fizycznym z osobą i co do których wzrasta zrozumienie i tolerancja społeczna.

Z kolei w nawiązaniu do hipotezy drugiej potwierdzono częściowo występowanie różnic w ocenie jakości życia osób o różnym stopniu niepełnosprawności, ale dotyczyło to dwóch wymiarów: poczucia zadowolenia z życia i bycia osobą samostanowiącą, w których niżej jakość życia ocenili respondenci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

## Podsumowanie

Pojęcie poczucia jakości życia w odniesieniu do osób niepełnosprawnych często odnosi się do subiektywnej percepcji własnej sytuacji życiowej i niepełnosprawności. Jak wskazują Parchomiuk, Byra (2006), dokonywanie jego pomiaru i uzyskane wyniki mogą stanowić wartościowe dane dla polityki społecznej, edukacji, spraw zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a także szeroko pojętej integracji.

Wyniki przedstawione w niniejszym artykule pozwalają na sformułowanie wniosku, iż osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo dosyć dobrze oceniają jakość swojego życia. Tym samym pokazuje to, iż praca jest ważną formą rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Respondenci wykazywali dobry poziom zadowolenia z życia oraz poczucia integracji ze społeczeństwem. Pewne obniżenia wyników zaobserwowano w kwestii oceny jakości życia dotyczącej aktywności zawodowej i możliwości bycia niezależnym. W świetle uzyskanych danych można ponadto wnioskować, iż niepełnosprawność ruchowa budzi najwięcej trudności dla funkcjonowania osoby na różnych jej płaszczyznach. Z kolei zaskakująco dobry poziom jakości życia cechował badanych z zaburzeniami zdrowia psychicznego, którzy odczuwają dosyć dobry poziom zadowolenia ze swojego życia oraz integracji ze społeczeństwem, jednak nadal wymagają wsparcia w wymiarze aktywności zawodowej i podejmowania niezależnych działań. Badani z niepełnosprawnością somatyczną są na tle pozostałych badanych grup osobami najwyższej oceniającymi poziom jakości własnego życia. Zmienna stopnia niepełnosprawności nie różnicowała w szerszym zakresie uzyskanych danych. Rezultaty niniejszych badań są zgodne z doniesieniami innych autorów, pokazujących, iż jakość życia osób niepełnosprawnych ruchowo, które są aktywne zawodowo, jest zwykle dobrze oceniana (Sieńko-Awierianów i in., 2019). Tym samym dalszej analizy i poszerzonych badań wymaga porównanie oceny jakości swojego życia przez osoby z niepełnosprawnością ruchową i psychiczną w celu wyodrębnienia czynników różnicujących wyjaśniających uzyskane w niniejszych badaniach zróżnicowanie danych.

## Bibliografia

1. Akranavičiūtė D., Ruževičius J. (2007). Quality of Life and its Components' Measurement. *Engineering Economics*, 2 (52), s. 44–49.
2. Becker-Pestka D. (2012). Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – problemy i wyzwania. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Kwartalnik*, nr 4, 29–50.
3. Bericat E., Jiménez-Rodrigo M.J. (2019). *The Quality of European Societies. A Compilation of Composite Indicators*. Springer, Cham.
4. Bullinger M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Psychotherapie, Psychosomatik, *Medizinische Psychologie*, 47, 76–91.
5. Borek J. (2011). Rynek pracy jako czynnik determinujący dostęp osób niepełnosprawnych do zatrudnienia. W: J. Plak (red.). *Osoby niepełnosprawne. Szanse i zagrożenia godnego funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie*. Warszawa, Wyd. WSP.
6. Borkowska M. (2012). *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*. Warszawa, Wyd. PZWL.
7. Charlton J. (2000). *Nothing about us without us. Disability oppression and empowerment*. Los Angeles, Wyd. University of California Press.
8. Chykhantsova O. (2020). *The relationship between quality of life and happiness. Happiness And Contemporary Society: Conference Proceedings Volume* (Lviv, March, 20–21, 2020). Lviv: SPOLOM, p. 60–62.
9. Dyszkowska J. (2010). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*. Kraków: Wyd. Impuls.
10. Gorczycka E. (2005). Psychologiczne i społeczne uwarunkowania aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. W: Kurzynowski (red.), *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa.

11. Grabek-Kozera J. (2015). *Trudności wewnętrzne utrudniające osobom niepełnosprawnym podjęcie pracy*. Lublin AZFFM.
12. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,80,rynek-pracy>, [dostęp: 04.05.2020].
13. [https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ftp/dokumenty/Badania\\_i\\_analizy/Raport\\_CZESC\\_1z6\\_final.pdf](https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ftp/dokumenty/Badania_i_analizy/Raport_CZESC_1z6_final.pdf), [dostęp: 04.05.2020].
14. Juros A. (1997). Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością a obraz gminy. W: A. Juros, W. Otrębski (red.), *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej*. Lublin: FSCEDS.
15. Kolman R. (2000). Zespoły badawcze jakości życia. *Problemy Jakości*, 2, 2–5.
16. Kowalik S. (2005). Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2. Warszawa: Wyd. PWN.
17. Maj K. (2007). O potrzebie badań nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością. W: A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa, Wyd. SWPS "Academica", s. 13–22.
18. Majewski T. (2007). Osoby niepełnosprawne – problemy, potrzeby i możliwości zawodowe. W: T. Majewski, C. Miżejewski, W. Sobczak (red.), *Gmina a niepełnosprawność praca zbiorowa. Podręcznik dla samorządów gminnych z zakresu aktywizacji zawodowej i rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna*, ZESZYT 43. Warszawa, s. 11–21.
19. Ochonczenko H. (2008). Gotowość pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych. W: B. Pietrulewicz, M.A. Paszkowicz, H. Ochonczenko (red.), Zielona Góra, Wyd. „JM” UZ, s. 82.
20. Parchomiuk M., Byra S. (2006). Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia. W: Z. Palak i in. (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność*. Lublin, Wyd. UMCS.
21. Peterman A.H., Cella D. (2000), Quality of life. W: A.E. Kazdin (red.), *Encyclopedia of Psychology*. Vol 6., Oxford.
22. Polaczek E. (2017). Aktywizacja zawodowa niepełnosprawnych poprzez wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) w Polsce. *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne*, XIII (3), s. 86–112.
23. Poliwczyk I. (2007). *Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych na rynku pracy*, Warszawa, KIGR.
24. Ruževičius J. (2014). *Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research, Excellence in Services*, Conference Proceedings, UJM Liverpool, ISBN 9788890432743, s. 318–334.
25. Sienko-Awierianów E., Trubiłko J., Chudecka M. (2019). Wpływ pracy na jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie zatrudnionych w Międzygminnym Zakładzie Aktywności Zawodowej w Dobrej. *Przedsiębiorczość i zarządzanie*, Tom XX, Zeszyt 10, s.257–272.
26. Schalock R.L., Brown L., Brown R., Cummins R.A., Felce D., Matikka L., Keith K.D., Parmenter T. (2002). *Conceptualization Measurement and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of International Panel of Experts*. *Mental Retardation*, vol. 40, nr 6, 457–470.
27. Sękowski A. (2006). Postawy społeczne a poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin, Wyd. UMCS.
28. Straś-Romanowska M., Frąckowiak T., (2007). Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności. W: M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość*. Gliwice–Kraków, Wyd. Impuls, s. 15–24.
29. Theofilou P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, Vol. 9 (1), 150–162.

30. Tobiasz-Adamczyk B. (1996). Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia*, 2, 33–40.
31. Uchmanowicz I., Łoboz-Grudzień K. (2008). Quality of life – Definitions and health related questionnaires – A literature review. *Family Medicine and Primary Care Review* 10 (2), 245–252.
32. Wejnert B. (2001). Problematyka subiektywnej i obiektywnej jakości życia w badaniach amerykańskich. A. Wachowiak (red.), W: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań, Fundacja „Humaniora”
33. Wołoskiuk B. (2012). *Wartość pracy w życiu osób niepełnosprawnych*. Biała Podlaska, Wyd. PWSZ.
34. Zawiślak A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wyd. Difin.

**dr Katarzyna Nowak** – Katedra Pedagogiki i Psychologii, Wydział Filologiczno-Pedagogiczny, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu