Edukacja zdrowotna osób z niepełnosprawnością narządu wzroku i osób pełnosprawnych

Health education of visually impaired and non-disabled persons

Grzegorz Brzuzy^{A–C}

Instytut Pedagogiki i Logopedii, Wydział Nauk Społecznych i Technicznych, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Włocławek

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(3):209–216

Adres do korespondencji

Grzegorz Brzuzy
e-mail: grzegorz.brzuzy@op.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.11.2017 r.
Po recenzji: 12.01.2018 r.
Zaakceptowano do druku: 9.02.2018 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Edukacja zdrowotna jest jednym z ważniejszych komponentów życia człowieka. Szczególnie istotna wydaje się dla osób, u których doszło do pogorszenia stanu zdrowia, gdyż wiedza na temat własnego zdrowia może nie tylko determinować proces adaptacji, ale również może mieć duże znaczenie podczas rehabilitacji tej grupy osób. Jeśli bowiem osoba z niepełnosprawnością posiada odpowiednią wiedzę i umiejętności, może stać się aktywnym podmiotem procesu rehabilitacji.

Cel pracy. Celem pracy były odpowiedzi na pytania: 1. Czy występują różnice z zakresu korzystania z edukacji zdrowotnej przez osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku i osoby pełnosprawne?; 2. Czy wśród samych osób z niepełnosprawnością narządu wzroku występują różnice w korzystaniu z edukacji zdrowotnej?

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród osób z niepełnosprawnością narządu wzroku oraz osób pełnosprawnych. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem anonimowej ankiety.

Wyniki. Stwierdzono, że nie ma różnic w poziomie wiedzy zdrowotnej, gotowości do jej wykorzystywania oraz jej źródłach między osobami z niepełnosprawnością narządu wzroku i osobami pełnosprawnymi. Odnotowano również różnice z zakresu wiedzy zdrowotnej i gotowości do jej wykorzystywania między osobami słabowidzącymi i niewidomymi.

Wnioski. Badania wykazały, że niepełnosprawność narządu wzroku nie powoduje większego zainteresowania edukacją zdrowotną niż w przypadku osób pełnosprawnych. Wykazano również większe zainteresowanie edukacją zdrowotną u osób niewidomych w porównaniu ze słabowidzącymi.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, zdrowie, osoby niewidome, osoby słabowidzące

DOI

10.17219/pzp/85179

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Health education is one of the most important components of human life. It is particularly important for people whose health has worsened; the knowledge about own's health can not only determine the process of adaptation, but can also be important in the process of rehabilitation of this group of people. If a person with a disability has appropriate knowledge and skills, he or she can become an active subject of the rehabilitation process.

Objectives. The aim of the study was to answer 2 questions: 1. Are there any differences in using the health knowledge in visually impaired and non-disabled persons?; 2. Are there any differences in the using health knowledge among visually impaired people themselves?

Material and methods. The study was conducted among visually impaired and non-disabled people. Anonymous questionnaire was used as a survey method.

Results. Based on the research, it was found that there is no difference in the level of health knowledge, willingness to use health knowledge and sources of health knowledge between visually impaired and non-disabled persons. However, differences in the level of health knowledge and in willingness to use health knowledge among low vision and blind persons were found.

Conclusions. The study has shown that visually impaired persons do not present stronger interest in health education compared to non-disabled persons, whereas a greater interest in health education was found in the blind compared to the low vision people.

Key words: health, disability, blind persons, low vision persons

Wprowadzenie

Wielostronny i intensywny rozwój nauk o człowieku spowodował, że w II połowie XX i na początku XXI w. rehabilitacja stała się jedną z dziedzin nauki, a także praktyki społecznej, która rozwija się bardzo dynamicznie. Dynamizm ten przejawia się m.in. w tym, że coraz większa liczba osób niepełnosprawnych podlega procesowi usprawniania, coraz więcej kategorii ludzi korzysta dzisiaj z szeroko rozumianej rehabilitacji (np. alkoholicy, narkomani, osoby w starszym wieku itp.), coraz więcej publikacji poświęconych jest niepełnosprawności; a także w tym, iż coraz więcej państw pod wpływem odpowiedniej polityki organizacji międzynarodowych uznaje rehabilitację za priorytet własnej polityki społecznej.¹

Współcześnie na proces rehabilitacji patrzy się w sposób zróżnicowany. Najczęściej jest on rozumiany w kontekście działań medycznych, które mają polegać na likwidowaniu lub kompensacji danego uszkodzenia.² Analizując wieloraki charakter tego procesu, należy także wspomnieć o rehabilitacji zawodowej. W tej formie usprawniania kładzie się nacisk przede wszystkim na to, aby mimo ograniczonej sprawności fizycznej lub psychicznej ludzie mogli pracować i wytwarzać dobra, które jako produkty pracy mają określoną wartość społeczną.³ Poza tym można wyróżnić rehabilitację społeczną, która ma na celu integrację osób niepełnosprawnych z całym społeczeństwem. Coraz częściej rehabilitacja odnosi się również do oddziaływań psychologicznych (psychoterapia). Wreszcie można mówić o rehabilitacji pedagogicznej, która sprowadza się do wszelkich działań mających na celu wspomaganie i korygowanie rozwoju osób niepełnosprawnych poprzez włączenie ich w specjalny system kształcenia (nauczania i wychowania).²

Koncentrując się na pedagogicznym punkcie widzenia, należy stwierdzić, że takie podejście jest zbyt wąskie i ogranicza możliwości oddziaływań. Pedagogika specjal-

na ma bowiem dużo więcej do zaoferowania w zakresie edukacji zdrowotnej. Mówiąc inaczej, pedagogika specjalna może wdrażać osoby chore i niepełnosprawne do takich zachowań, które przyczynią się nie tylko do zwiększenia wiedzy na temat zdrowia, ale także do ich lepszego samopoczucia i stanu zdrowia.

W literaturze można spotkać wiele różnych ujęć edukacji zdrowotnej. W swojej pracy przyjmuję, że edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Proces ten pomaga człowiekowi poznawać i lepiej zrozumieć siebie i swoje otoczenie (fizyczne i społeczne), wiedzieć i rozumieć, co wpływa pozytywnie, a co negatywnie na zdrowie fizyczne i psychiczne, rozwijać umiejętności prozdrowotnego stylu życia.⁴ Jej celem nie jest zatem wyłącznie przekazywanie wiedzy, ale także zwiększanie gotowości do wykorzystywania tej wiedzy w praktyce, kształtowanie postaw, zachowań oraz umiejętności niezbędnych do utrzymania i doskonalenia stanu zdrowia.

Poruszając problematykę edukacji zdrowotnej osób niepełnosprawnych, warto jednak podkreślić, iż wiedza na temat znaczenia kształcenia tej grupy osób w zakresie promocji zdrowia jest uboga. Jest ono jednak istotne z wielu powodów. Należy bowiem zauważyć, iż edukacja zdrowotna pomaga osobom z uszkodzonym organizmem m.in. w poznaniu i zrozumieniu własnej sytuacji zdrowotnej. Brak akceptacji swojej sytuacji zdrowotnej i negatywny obraz własnego ciała może być źródłem negatywnych przeżyć i depresji.⁵ Poszerzanie wiedzy zdrowotnej pozwala człowiekowi przystosować się do niepełnosprawności. Ponadto dzięki edukacji zdrowotnej niepełnosprawni uczą się, w jaki sposób dbać o zdrowie. Zdobywana wiedza i umiejętności pomagają im w utrzymaniu jak najlepszego stanu zdrowia. Według wyników badań edukacja zdrowotna przyczynia się również do zwiększenia kontroli nad własnym stanem zdrowia oraz do większej aktywności osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji.⁶

Tym samym pozwala zarówno na poprawę stanu zdrowia, jak i pozytywne nastawienie się do przyszłości osób chorych i niepełnosprawnych.^{7–9} Poza tym korzystanie z edukacji zdrowotnej, jak wskazuje Egbert et al., powoduje nie tylko szybszy powrót do zdrowia pacjentów poddanych zabiegowi chirurgicznemu, ale także do zmniejszenia cierpienia i bólu związanego z przebytą operacją.¹⁰

W tym miejscu warto podkreślić, iż edukacja zdrowotna może mieć również zastosowanie na dalszych etapach rehabilitacji. Nie jest ona bowiem wyłącznie procesem zdobywania wiedzy, ale także kształtowania umiejętności i zachowań przyczyniających się do utrzymywania jak najlepszego stanu zdrowia. Propagowanie edukacji zdrowotnej ma również na celu ukazywanie osobom niepełnosprawnym, jak duży, często niewykorzystany potencjał w nich tkwi. Na myśl przychodzą nie tylko codzienne czynności higieniczne czy regularne zażywanie leków, ale także zachowania wiążące się z szerszym udziałem tych osób w procesie rehabilitacji. Ogólnie mówiąc, edukacja zdrowotna może wdrażać osoby chore i niepełnosprawne do takich zachowań, które z jednej strony mają na celu lepsze przystosowanie się do własnych ograniczeń, z drugiej zaś wspieranie profesjonalnych działań rehabilitacyjnych. Wśród nich wyróżnia się m.in. umiejętności:

- rozpoznawania objawów chorobowych i właściwego reagowania w razie ich wystąpienia;
- właściwego przyjmowania leków;
- postępowania w stanach zagrożenia (nagłych);
- doboru sposobu żywienia i aktywności fizycznej;
- wykorzystania zasobów społeczności lokalnej;
- adaptacji do pracy;
- utrzymywania dobrych relacji z osobami znaczącymi;
- radzenia sobie i kierowania problemami psychologicznymi związanymi z chorobą.¹¹

Można więc powiedzieć, że edukacja zdrowotna jest istotnym aspektem życia osób z niepełnosprawnościami.

Celem badań była m.in. odpowiedź na pytanie: czy występują różnice w edukacji zdrowotnej między osobami niepełnosprawnymi i osobami pełnosprawnymi?

Poruszając tę problematykę, chciałbym się skoncentrować na jednej kategorii niepełnosprawnych, a mianowicie na osobach z niepełnosprawnością narządu wzroku. W tym miejscu należy wyjaśnić, że niepełnosprawność narządu wzroku występuje wówczas, gdy ostrość wzroku nie przekracza 0,3 normalnej ostrości wzroku i/lub gdy pole widzenia zawężone jest do 30°. W przypadku osób, u których ostrość wzroku mieści się w granicach 0,005–0,3 normalnej ostrości wzroku i/lub pole widzenia zawężone jest do 20–30°, mówimy o osobach słabowidzących, natomiast gdy ostrość wzroku nie przekracza 0,05 i/lub pole widzenia zawężone jest do 20°, mówimy o osobach niewidomych.¹²

Ponieważ nie wiadomo, w jakim stopniu uszkodzenie narządu wzroku wpływa na położenie życiowe człowieka, a także czy ten szczególny stan determinuje jakiegokolwiek działania ukierunkowane na utrzymanie dobrego zdro-

wia, postawiony wcześniej problem można ukonkretnić w postaci następujących pytań:

1. Czy występują różnice w edukacji zdrowotnej między osobami z niepełnosprawnością narządu wzroku a pełnosprawnymi?
2. Czy wśród samych osób z niepełnosprawnością narządu wzroku występują różnice z zakresu edukacji zdrowotnej?

Z uwagi na to, że w ramach edukacji zdrowotnej wyróżniam 3 podstawowe komponenty: wiedzę zdrowotną, gotowość do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej oraz źródła wiedzy zdrowotnej, sformułowałem następujące hipotezy:

1. Osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy zdrowotnej w porównaniu z pełnosprawnymi.
2. Osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku mają wyższy poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej w porównaniu z pełnosprawnymi.
3. Osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku częściej niż osoby widzące normalnie zdobywają wiedzę zdrowotną w sposób bezpośredni.
4. Osoby niewidome odznaczają się wyższym poziomem wiedzy zdrowotnej w porównaniu z osobami słabowidzącymi.
5. Osoby niewidome charakteryzują się wyższym poziomem gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej w porównaniu z osobami słabowidzącymi.
6. Osoby niewidome częściej niż osoby słabowidzące zdobywają wiedzę zdrowotną w sposób bezpośredni.

W celu zweryfikowania powyższych hipotez zostały przeprowadzone badania z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi pomiarowych.

Materiał i metody

W badaniach zastosowałem kwestionariusz własnej konstrukcji – Skalę GB. Składa się ona z 28 pytań – każde z nich zawiera 3 części dotyczące wiedzy zdrowotnej, gotowości do postępowania zgodnie z tą wiedzą oraz jej źródeł. W 2 pierwszych częściach pytania są pogrupowane w 8 blokach (każdy z nich dotyczy innego aspektu życia i funkcjonowania człowieka – np. układ oddechowy, układ krążenia, układ pokarmowy itp.). Osoby badane proszone są, aby wybrać jedną z 4 podanych odpowiedzi (a, b, c lub d). W zależności od udzielonych odpowiedzi osoby w tej części mogły uzyskać 0–5 punktów z zakresu wiedzy zdrowotnej oraz 1–5 punktów z zakresu gotowości do wykorzystywania tej wiedzy w praktyce. W części dotyczącej źródeł posiadanej wiedzy zdrowotnej osoby badane proszone są o wybranie lub podanie odpowiedzi i ponumerowanie ich od najbardziej do najmniej istotnego źródła (co umożliwia ocenę, co dla danej osoby jest

najistotniejszym źródłem wiedzy zdrowotnej oraz gdzie osoby badane jej poszukują).

Badania zostały przeprowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego. Zastosowano celowy dobór osób. Ogółem zebrano informacje od 176 ankietowanych w wieku 18–60 lat. Wśród badanych większość miała uszkodzony wzrok (n = 144), natomiast w grupie kontrolnej znajdowały się osoby pełnosprawne (widzące normalnie; n = 32). Zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie 50% stanowiły kobiety, a pozostałe 50% – mężczyźni. Pośród wszystkich osób badanych średnia wieku wyniosła 38,3 roku. Wśród osób z uszkodzonym wzrokiem średnia wieku wyniosła 38,1 roku, natomiast wśród osób pełnosprawnych (widzących normalnie) było to 39,094 roku. Poza tym obie grupy były porównywalne pod względem wykształcenia, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup
Table 1. Characteristics of the studied groups

Wykształcenie	Osoby z uszkodzonym wzrokiem		Osoby widzące normalnie	
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
Podstawowe	18	18	4	4
Zawodowe	18	18	4	4
Średnie	18	18	4	4
Wyższe	18	18	4	4

W każdej z badanych grup udało się uzyskać dokładne taki sam rozkład zmiennej „wykształcenie”. Zarówno wśród osób z uszkodzonym wzrokiem, jak i wśród pełnosprawnych (widzących normalnie) badani z każdego z wyróżnionych poziomów wykształcenia reprezentowali 25% ogółu danej grupy.

Wyniki

Edukacja zdrowotna osób pełnosprawnych i osób z niepełnosprawnością narządu wzroku

Na początku chciałbym zwrócić uwagę na wyniki umożliwiające odpowiedź na pierwsze z postawionych pytań badawczych. W związku z nim analizie poddałem odpowiedzi na pytania o wiedzę zdrowotną osób z niepełnosprawnością narządu wzroku i osób pełnosprawnych. Szczegółowe wartości przedstawia ryc. 1.

Jak wynika z uzyskanych danych, średni poziom wiedzy zdrowotnej osób z niepełnosprawnością narządu wzroku wyniósł 3,75 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów). Wśród osób pełnosprawnych natomiast średni poziom wiedzy zdrowotnej ukształtował się na poziomie 3,914 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów), a więc osoby niewidome i słabowidzące reprezentowały niższy poziom wiedzy zdrowotnej niż osoby widzące normalnie.

W celu zweryfikowania, czy różnica między badanymi grupami jest istotna statystycznie, przeprowadziłem test t Studenta dla grup niezależnych. W wyniku przeprowadzonych obliczeń uzyskałem wartości statystyczne, które przedstawia tabela 2.

Ryc. 1. Poziom wiedzy zdrowotnej osób z uszkodzonym wzrokiem i osób widzących normalnie

Fig. 1. Level of the health knowledge in visually impaired and non-disabled persons

Tabela 2. Analiza statystyczna różnic z zakresu wiedzy zdrowotnej osób z uszkodzonym wzrokiem i osób widzących normalnie

Table 2. Statistical analysis of differences in the health knowledge in visually impaired and non-disabled persons

Zmienna	Osoby z uszkodzonym wzrokiem	Osoby widzące normalnie
M	3,75	3,914
Różnica średnich	0,164	
Wyniki testu t Studenta	t = -1,41; df = 174; p = 0,16	

t – test t Studenta; df – liczba stopni swobody.

Analiza statystyczna wykazała, że wartość testu t Studenta wynosi t = -1,41. Jest ona niższa od wartości krytycznej dla przyjętego poziomu istotności p = 0,05. Tym samym można stwierdzić, że nie ma różnic między osobami z niepełnosprawnością narządu wzroku i osobami pełnosprawnymi w zakresie poziomu posiadanej wiedzy zdrowotnej.

Drugim z aspektów edukacji zdrowotnej, jaki uwzględniłem w swoich badaniach, był poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej badanych osób. Użyłem dane, które szczegółowo przedstawia ryc. 2.

Średni poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej wśród osób z niepełnosprawnością narządu wzroku, jak wynika z powyższego wykresu, wyniósł 3,749 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów), zaś średni poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej wśród osób widzących normalnie ukształtował się na poziomie 3,773 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów). Z uzyskanych danych wynika zatem, że słabowidzący i niewidomi osiągnęli niższy wynik niż osoby pełnosprawne. Warto jednak zwrócić uwagę na niewielką różnicę dzielącą obie grupy, która wynosi zaledwie 0,024 punktu.

Aby zweryfikować, czy uzyskana różnica między badanymi grupami jest jednak istotna statystycznie, przeprowadziłem test t Studenta dla grup niezależnych. W wyniku obliczeń uzyskałem wartości, które przedstawia tabela 3.

Ryc. 2. Poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej w praktyce osób z uszkodzonym wzrokiem i osób widzących normalnie

Fig. 2. Level of readiness for using thealth knowledge in visually impaired and non-disabled persons

Tabela 3. Analiza statystyczna różnic z zakresu gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej przez osoby z uszkodzonym wzrokiem i osoby widzące normalnie

Table 3. Statistical analysis of differences in the readiness for using health knowledge in visually impaired and non-disabled persons

Zmienna	Osoby z uszkodzonym wzrokiem	Osoby widzące normalnie
M	3,749	3,773
Różnica średnich	0,024	
Wyniki testu t Studenta	t =−0,20; df = 174; p = 0,83	

Analiza statystyczna wykazała, że wartość testu t Studenta wynosi t = −0,20. Uzyskana wartość jest niższa od wartości krytycznej dla przyjętego poziomu istotności p = 0,05. Można więc powiedzieć, że poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej osób z niepełnosprawnością narządu wzroku nie różni się istotnie od poziomu gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej osób widzących normalnie.

Ostatnim, trzecim aspektem korzystania z wiedzy zdrowotnej, jaki uwzględniłem w swoich badaniach, były jej źródła. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskałem dane, które szczegółowo przedstawia ryc. 3.

Średni poziom, w jakim osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku korzystają z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej, wyniósł 6,497 punktu, natomiast wśród osób pełnosprawnych ukształtował się on na poziomie 6,264 punktu. Z uzyskanych danych wynika więc, że osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku w większym stopniu zdobywają wiedzę zdrowotną w sposób bezpośredni niż osoby widzące normalnie.

Aby sprawdzić, czy uzyskana różnica między badanymi grupami jest istotna statystycznie, przeprowadziłem test t Studenta dla grup niezależnych. W wyniku obli-

czeń uzyskałem wartości statystyczne, które przedstawia tabela 4.

Ryc. 3. Poziom korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej przez osoby z uszkodzonym wzrokiem i osoby widzące normalnie

Fig. 3. Level of using primary sources of the health knowlegde in visually impaired and non-disabled persons

Tabela 4. Analiza statystyczna różnic z zakresu korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej przez osoby z uszkodzonym wzrokiem i osoby widzące normalnie

Table 4. Statistical analysis of differences in using primary sources of the health knowledge in visually impaired and non-disabled persons

Zmienna	Osoby z uszkodzonym wzrokiem	Osoby widzące normalnie
M	6,497	6,264
Różnica średnich	0,233	
Wyniki testu t Studenta	t = 1,12; df = 174; p = 0,26	

Wartość testu t Studenta wyniosła t = 1,12. Jest ona niższa od wartości krytycznej dla przyjętego poziomu istotności p = 0,05. Można więc powiedzieć, że poziom, w jakim osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku korzystają z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej nie różni się istotnie od poziomu, w jakim ze źródeł tych korzystają osoby widzące normalnie.

Edukacja zdrowotna osób słabowidzących i niewidomych

Poza badaniem różnic z zakresu edukacji zdrowotnej pomiędzy osobami pełnosprawnymi a osobami z niepełnosprawnością narządu wzroku interesowało mnie również to, czy występują one także wśród samych osób z uszkodzonym wzrokiem. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskałem dane umożliwiające ocenę poszczególnych aspektów edukacji zdrowotnej osób niewidomych i słabowidzących. Poniżej przedstawiam różnice stwierdzone z zakresu wiedzy zdrowotnej (ryc. 4).

Średni poziom wiedzy zdrowotnej wśród osób słabowidzących wyniósł 3,705 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów), natomiast wśród osób niewidomych – 3,976 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów). Z danych wynika, że osoby słabowidzące uzyskały średni wynik niższy niż osoby niewidome.

Dodatkowo przeprowadziłem test t Studenta dla grup niezależnych. Uzyskałem w nim wartości statystyczne, które przedstawia tabela 5.

Ryc. 4. Poziom wiedzy zdrowotnej osób słabowidzących i niewidomych

Fig. 4. Level of the health knowledge in low vision and blind persons

Tabela 5. Analiza statystyczna różnic z zakresu poziomu wiedzy zdrowotnej osób słabowidzących i osób niewidomych

Table 5. Statistical analysis of differences in the level of health knowledge in low vision and blind persons

Zmienna	Osoby słabowidzące	Osoby niewidome
M	3,705	3,976
Różnica średnich	0,27	
Wyniki testu t Studenta	t = -1,97; df = 142; p = 0,04	

Wartość testu t Studenta wyniosła $t = -1,97$. Jest ona niższa od wartości krytycznej dla przyjętego poziomu istotności $p = 0,05$. Tym samym można stwierdzić, że osoby słabowidzące charakteryzują się istotnie niższym poziomem wiedzy zdrowotnej niż osoby niewidome.

Kolejnym z aspektów edukacji zdrowotnej, który poddałem analizie, był poziom gotowości do wykorzystania posiadanej wiedzy zdrowotnej przez osoby niewidome i słabowidzące. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskałem wyniki, które szczegółowo przedstawia ryc. 5.

Średni poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej wśród osób słabowidzących wyniósł 3,691 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów), a wśród osób niewidomych – 4,035 punktu (przy maksymalnej ocenie 5 punktów). Z powyższych danych wynika, że osoby słabowidzące uzyskały niższy średni wynik niż osoby niewidome.

W celu zweryfikowania, czy uzyskana różnica między badanymi grupami jest istotna statystycznie, przeprowadziłem test t Studenta dla grup niezależnych. W wyniku przeprowadzonych obliczeń uzyskałem wartości statystyczne, które przedstawia tabela 6.

Ryc. 5. Poziom gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej przez osoby słabowidzące i niewidome

Fig. 5. Level of readiness for using health knowledge in low vision and blind persons

Tabela 6. Analiza statystyczna różnic z zakresu poziomu gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej osób słabowidzących i osób niewidomych

Table 6. Statistical analysis of differences in the level of health knowledge in low vision and blind persons

Zmienna	Osoby słabowidzące	Osoby niewidome
M	3,691	4,035
Różnica średnich	0,344	
Wyniki testu t Studenta	t = -2,50; df = 142; p = 0,01	

Jak wynika z zastosowanej analizy, wartość testu t Studenta wynosi $t = -2,50$. Jest ona niższa od wartości krytycznej dla przyjętego poziomu istotności $p = 0,05$. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że osoby słabowidzące charakteryzują się istotnie niższym poziomem gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej niż osoby niewidome.

Ostatnim z badanych aspektów były źródła posiadanej wiedzy zdrowotnej przez osoby niewidome i słabowidzące. W związku z tym oceniłem poddałem stopień, w jakim osoby słabowidzące i niewidome zdobywają wiedzę zdrowotną w sposób bezpośredni. Szczegółowe wyniki przedstawia ryc. 6.

Przeprowadzona analiza wykazała, że wśród osób słabowidzących średni poziom korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej wyniósł 6,513 punktu, natomiast wśród osób niewidomych średnia ta ukształtowała się na poziomie 6,419 punktu. Z powyższych danych wynika, że osoby słabowidzące uzyskały wyższy średni wynik niż osoby niewidome. Tym samym można stwierdzić, że hipoteza 6. nie została potwierdzona.

W celu zweryfikowania, czy różnica w zakresie korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej pomiędzy osobami słabowidzącymi i niewidomymi jest istotna statystycznie, przeprowadziłem analizę testem t Studenta dla grup niezależnych. W wyniku obliczeń otrzymałem wartości, które przedstawia tabela 7.

Analiza statystyczna wykazała, że wartość testu t Studenta wynosi $t = 0,39$. Jest ona niższa od wartości

Ryc. 6. Poziom korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej przez osoby słabowidzące i niewidome

Fig. 6. Level of using primary sources of health knowlegde in low vision and blind persons

Tabela 7. Analiza statystyczna różnic z zakresu poziomu wiedzy zdrowotnej osób słabowidzących i osób niewidomych

Table 7. Statistical analysis of differences in the level of health knowledge in low vision and blind persons

Zmienna	Osoby słabowidzące	Osoby niewidome
M	6,513	6,419
Różnica średnich	0,094	
Wyniki testu t Studenta	t = 0,39; df = 142; p = 0,69	

krytycznej dla przyjętego poziomu istotności $p = 0,05$. Można więc stwierdzić, że różnica w zakresie korzystania przez osoby słabo widzące i osoby niewidome z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej nie jest istotna statystycznie.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że nie ma istotnych różnic w zakresie korzystania z edukacji zdrowotnej przez osoby pełnosprawne i osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku. Warto jednak zwrócić uwagę, że pomimo braku istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w tym aspekcie osoby pełnosprawne dysponowały lepszą wiedzą zdrowotną i częściej korzystały z tego typu wiedzy. Wynika z tego, że osoby z uszkodzonym wzrokiem, odwrotnie do przyjętych założeń, nie są w większym stopniu zainteresowane poszerzaniem wiedzy na temat zdrowia i utrzymywaniem dobrego stanu zdrowia niż osoby widzące normalnie. Oznacza to, że uszkodzenie wzroku nie mobilizuje tej grupy osób do szczególnej troski o własny stan zdrowia. Tym samym uzyskane wyniki potwierdzają wyniki wcześniejszych badań, w których wykazano, iż fakt posiadania niepełnosprawności nie zawsze wpływa na większe zainteresowanie edukacją zdrowotną.^{13,14}

Poza analizą różnic między osobami pełnosprawnymi oraz osobami z niepełnosprawnością narządu wzroku interesowała mnie również odpowiedź na pytanie, czy wśród osób z uszkodzonym wzrokiem istnieją różnice z zakresu korzystania z edukacji zdrowotnej. Analizując pod tym kątem zebrany materiał empiryczny, wykazałem, że osoby słabowidzące miały istotnie niższy poziom wiedzy zdrowotnej niż osoby niewidome. Wynik ten także potwierdza rezultaty wcześniejszych badań wskazujące na większą troskę o własne zdrowie osób niewidomych.¹⁵ Można przypuszczać, że wiąże się to z jednej strony z większą nadzieją na poprawę własnego stanu zdrowia w przypadku osób całkowicie pozbawionych możliwości wzrokowych („gorzej być nie może”), a z drugiej z przekonaniem, że szersza wiedza z zakresu zdrowia i zdrowego trybu życia przyczyni się nie tylko do lepszej dbałości o własny stan zdrowia mimo braku wzroku, ale także uchroni przed kolejnymi ciężkimi i bolesnymi chorobami czy uszkodzeniami organizmu. Ponadto okazało się, że osoby słabowidzące charakteryzują się istotnie niższym poziomem gotowości do wykorzystywania wiedzy zdrowotnej w porównaniu z osobami niewidomymi. Wynik ten potwierdził przyjęte założenia i jednocześnie wskazał, że osoby niewidome w większym stopniu niż słabowidzące są zainteresowane utrzymywaniem dobrego stanu zdrowia. Mówiąc inaczej, całkowita utrata wzroku w większym stopniu mobilizuje człowieka do utrzymywania dobrego stanu zdrowia niż częściowe uszkodzenie narządu wzroku. Może to wynikać z faktu, że osoby słabowidzące, zachowując możliwości wzrokowe, nie przywiązują większego znaczenia do działań na rzecz zdrowia. Sama niepełnosprawność nie musi być traktowana przez nie jako czynnik determinujący podejmowanie działań na rzecz poprawy własnego stanu zdrowia. Ponadto uzyskane wyniki nie wykazały różnic między osobami słabowidzącymi i osobami niewidomymi z zakresu korzystania z bezpośrednich źródeł wiedzy zdrowotnej.

Podsumowując, można stwierdzić, że mimo wszystko edukacja zdrowotna jest istotnym elementem życia osób z niepełnosprawnością. Pozwala bowiem nie tylko na lepszą i szybszą adaptację do samej niepełnosprawności, ale również do innego (bardziej obiektywnego) spojrzenia na własne życie i sytuację zdrowotną. Między innymi z tych powodów należy prowadzić dalsze badania z tego zakresu, co pozwoli poznać zależności między edukacją zdrowotną osób z niepełnosprawnością a innymi aspektami życia człowieka.

Piśmiennictwo

1. Linker B. The Great War and modern health care. *N Engl J Med.* 2016;374(20):1907–1909.
2. Kowalik S. Psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2007.
3. Majewski T. Słabowzroczność w świetle Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. *Prz Tyflol.* 1993;1–2:7–23.
4. Woynarowska B, Sokołowska M. Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie. *Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole.* 2006;10:9–45.

5. Lipińska-Grobelny A. Jakość życia a postawy wobec choroby pacjentów z nowotworem krtani. W: Derbis R, red. *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP; 2000:97–106.
6. Price JH, Khubchandani J, Payton E. Vision impaired or professionally blind: Health education research and firearm violence. *Health Promot Pract*. 2015;16(3):316–319.
7. Fox C, Kilvert A. Intensive education for lifestyle change in diabetes. *BMJ*. 2003;327(7424):1120–1121.
8. Ravesloot CH, Seekins T, Cahill T, Lindgren S, Nary DE, White G. Health promotion for people with disabilities: Development and evaluation of the living well with a disability program. *Health Educ Res*. 2007;22(4):522–531.
9. Sherman DK, Taylor SE. Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia – owocny związek. W: Czapiński J, red. *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: PWN; 2007:194–210.
10. Egbert LD, Battit CE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: A study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med*. 1964;16(270):825–827.
11. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN; 2008:262.
12. Ossowski R. Pedagogika niewidomych i niedowidzących. W: Dyk-cik W, red. *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2001:179–189.
13. Kubica A, Pufal J, Moczulska B, et al. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice Kardiologii. *Psychiatr Prakt Ogólnolek*. 2005;5(2):61–68.
14. Lund PM. Health and education of children with albinism in Zimbabwe. *Health Educ Res*. 2001;16(1):1–7.
15. Chang CS, Shih Y. Knowledge of dental health and oral hygiene practices of Taiwanese visually impaired and sighted students. *J Vis Impair Blind*. 2004;98(5):289–304.