

Małgorzata Dzięgielewska
Krzysztof Dzięgielewski

Choroby oczu ludzi starszych a ich jakość życia

Wstęp

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez GUS w 2013 roku w latach 2014–2050 liczba ludności Polski będzie się zmniejszać. Przewiduje się, że w 2050 roku liczba ludności w Polsce wyniesie 33 mln 951 tys. W porównaniu do stanu bazowego w 2013 roku będzie to zmniejszenie liczby ludności o 4,55 mln, co oznacza spadek o 12 %¹. Lata prognozy to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski wskutek zmian w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat w przypadku kobiet i 71,4 lat w przypadku mężczyzn w 2010 roku do odpowiednio 87,5 – dla kobiet i 82,1 lat dla mężczyzn w 2050 roku) oraz międzynarodowych migracji ludności. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły prawie 1/3 populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu z 2013 rokiem. Zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku będą polegały na dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym ogółem, przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału osób w wieku przedprodukcyjnym oraz na silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe zmniejszanie się populacji dzieci do 14 lat. Wzrost odsetka oraz liczby ludzi starych w społeczeństwie skutkuje wieloma zmianami dotyczącymi funkcjonowania całego społeczeństwa, poszczególnych społeczności lokalnych oraz rodzin².

Postępujące starzenie się sprzyja występowaniu lub nasilaniu się już istniejących chorób, w tym szczególnie chorób narządu wzroku. Choroby podstawowego narządu zmysłu człowieka, jakim jest wzrok, mogą prowadzić do jego utraty. Jest to jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń, jakie może spotkać człowieka, gdyż bardzo często wyklucza go z życia zawodowego i społecznego. „Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby narządu wzroku występują u 285 milionów osób na całym świecie, z czego 39 milionów osób jest niewidoma, a 246

¹ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, <http://www.stat.gov.pl>, s. 109-121.

² J. Szymborski, *Demografia starzejącego się społeczeństwa, Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013, s.16.

milionów osób cierpi na upośledzenie widzenia³. Problem utraty wzroku narasta wraz z wiekiem. Aż 65% osób z upośledzeniem widzenia ma 50 lat i więcej, a odsetek osób w tym przedziale wieku wśród niewidomych wynosi 82%. Wśród 5 mln osób z orzeczoną niepełnosprawnością w Polsce upośledzenie wzroku oraz ślepotą dotyczy co czwartego Polaka (niemal 1,5 mln osób). Są to w większości osoby po 50 roku życia⁴.

W Narodowym Programie Zdrowia 2007-2015⁵ istnieje tylko jeden zapis, pod który można by podciągnąć ochronę wzroku. To dziewiąty cel operacyjny: „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”. Oczekiwany efektami do 2015 roku były tutaj: propagowanie idei aktywnego starzenia się, uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym, zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia oraz zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka, związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych. Oczekiwany efektami zdrowotnymi powinno być: zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji powyżej 60 roku życia, wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE) oraz wydłużenie przeciętnego, dalszego trwania życia⁶.

Problemy zdrowia porusza też rządowy dokument Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020⁷. Do głównych założeń można zaliczyć: poprawę jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, wsparcie osób 50+ na rynku pracy, działania na rzecz aktywizacji społecznej i edukacyjnej osób starszych. Ten sam dokument podaje, że aż 63% osób starszych uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości, głównie ze strony narządu ruchu, krążenia, zmysłów, zaburzeń równowagi oraz pamięci. Choroby dotyczące kilku narządów, ośpienie, cukrzyca, pogorszenie

3 Visual impairment and blindness, WHO, Fact Sheet N°282, Updated August 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>; cyt. za: B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org, s. 3.

4 Tamże, s. 6.

5 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.

6 B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia...*, s. 14.

7 *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-politykisenioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>.

funkcji narządów zmysłów, upośledzenie zdolności poznawczej i osłabienie siły mięśniowej prowadzi do uznania osoby w wieku 65+, jako wymagającej odmiennego podejścia⁸. Problemy, jakie dotyczą ludzi starych związane ze wzrokiem można rozpatrywać w dwóch aspektach. Z jednej strony są to normalne objawy występujące w związku ze starzeniem się organizmu. Druga grupa objawów jest związana z chorobami wieku starszego.

Problemy okulistyczne w starszym wieku

Starzenie się całego organizmu dotyczy także narządu wzroku. W oku występują fizjologiczne zmiany, które nie będąc chorobą, tak są odbierane przez tych, u których występują. Najczęściej ludzie starsi skarżą się na pogorszenie widzenia, zwłaszcza z bliskiej odległości, na zmęczenie oczu przy pracy z wykorzystaniem wzroku (np. czytanie czy szycie), na latające „muszki” czy „męty”, a także na zmianę wielkości i wyglądu oczu lub powiek. Dolegliwości te można zmniejszyć przez dobór odpowiednich szkieł okularowych, stosowanie odpowiednich kropli nawilżających czy lepsze warunki oświetlenia.

Oprócz fizjologicznych objawów spowodowanych procesem starzenia u ludzi starszych statystycznie częściej występują choroby oczu, obejmujące populację po 50 roku życia. Zalicza się do nich takie choroby, jak: zaćma, jaskra, zwyrodnienie siatkówki/plamki żółtej związane z wiekiem (AMD) czy schorzenia naczyniowe – retinopatia cukrzycowa, zator tętnicy środkowej siatkówki i zakrzep pnia lub gałęzi żyły środkowej siatkówki. Przyczyną występowania chorób oczu, poza predyspozycjami genetycznymi, są najczęściej patologiczne zmiany w zakresie krążenia siatkówkowo-naczyniowego (najczęściej miażdżycy).

Zaćma – inaczej katarakta, to zmętnienie soczewki. Zazwyczaj choroba postępuje powoli, obuocznie, a obniżenie ostrości wzroku dokonuje się początkowo niespostrzeżenie. Zdarza się, że część pacjentów, na skutek zmian w refrakcji oka towarzyszących procesowi mętnienia soczewki, odczuwa początkowo poprawę widzenia, zwłaszcza przy czytaniu. Postęp zmętnienia może doprowadzić do całkowitej utraty widzenia, jeśli nie przeprowadzi się leczenia operacyjnego. Standardem w leczeniu zaćmy jest chirurgiczne jej usunięcie metodą fakoemulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem sztucznej soczewki. Zabieg umożliwia szybką poprawę widzenia, więc również poprawę jakości życia operowanych osób.

Jaskra pierwotna należy do najczęstszych chorób podeszłego wieku. Doprowadza do upośledzenia widzenia, a nieleczona do całkowitej utraty wzro-

8 B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia*, s. 15.

ku. Istota tej choroby polega na podwyższeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego, które z biegiem czasu doprowadza do uszkodzenia nerwu wzrokowego i elementów światłoczułych siatkówki aż do całkowitej ślepoty. Jaskra we wczesnym okresie może być bezobjawowa lub przebiegać z niecharakterystycznymi objawami (np. przewlekłym zapaleniem spojówek). Stąd tak ważne jest wczesne wykrycie choroby, zanim dojdzie do zaniku nerwu wzrokowego. W leczeniu stosuje się przewlekle krople obniżające ciśnienie, a w skrajnych przypadkach – leczenie operacyjne. Pacjenci chorzy na jaskrę powinni być objęci stałą opieką okulistyczną.

Retinopatia cukrzycowa jest częstym powikłaniem długotrwałej cukrzycy. Częstość retinopatii wzrasta w przypadku nieprawidłowego leczenia i niewyrównania cukrzycy. Doprowadza to do uszkodzenia naczyń siatkówki, początkowo w obszarze mikrokrążenia, a w miarę czasu trwania choroby obejmuje coraz większe naczynia i obszary siatkówki. W efekcie zaburzeń w krążeniu siatkówki dochodzi do tworzenia się obrzęku, zmian niedokrwiennych i powstawania nieprawidłowych naczyń, które mogą doprowadzać do wylewów krwi do ciała szklistego i następczego odwarstwienia siatkówki. Skutkiem tych zmian jest obniżanie się ostrości wzroku, a retinopatia cukrzycowa jest główną przyczyną ślepoty w krajach wysoko rozwiniętych. Leczenie retinopatii wymaga współpracy z diabetologiem i ścisłej kontroli okulistycznej. Zastosowanie laseroterapii, a w bardziej zaawansowanych stadiach leczenia operacyjnego – witrektomii, poprawiło rokowanie co do utrzymania użytecznej ostrości wzroku u pacjentów z cukrzycą.

Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (AMD – z ang. *Age related macular degeneration*) jest chorobą cywilizacyjną u osób po 50 roku życia w krajach rozwiniętych, prowadzącą do znacznego upośledzenia widzenia, przez co zyskała przydomek „epidemii ślepoty”. Istota tej choroby polega na zniszczeniu centralnej części siatkówki (okolicy plamkowej) przez postępujący proces zwyrodniający, doprowadzający do uszkodzenia fotoreceptorów. Etiologia tego schorzenia nie jest do końca poznana, oprócz predyspozycji genetycznych wymienia się liczne czynniki środowiskowe. Przez wiele lat nieznaną była skuteczna metoda leczenia tego schorzenia. Rewolucją stało się wprowadzenie terapii inhibitorami naczyniowego śródbłonkowego czynnika wzrostu (anty-VEGF) w postaci doszkliskowych wstrzyknięć. Niestety, ograniczeniem tego sposobu leczenia są wysokie koszty terapii, która często musi być prowadzona do końca życia pacjenta. Istnieją jednak przykłady państw w Unii Europejskiej (np. Dania), gdzie systemowe rozwiązania w zakresie diagnostyki i leczenia sprawiły, że odsetek osób tracących wzrok w przebiegu AMD zmniejszył się o 50%. „W Polsce na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem choruje ponad 1,3 mln osób, z tego 140 tys. na jego

groźniejszą, wysiękową postać. Z każdym rokiem przybywa około 14 000 pacjentów z postacią wysiękową”⁹.

Dysfunkcja wzroku jest problemem narastającym w ostatnich latach dynamicznie. Jest to wynikiem zarówno starzenia się narządu wzroku, jak i chorób oczu, których częstość występowania nasila się wraz z wiekiem. Należy także podkreślić ścisły związek chorób oczu z większością schorzeń występujących u pacjenta starszego. Do najczęstszych chorób współwystępujących możemy zaliczyć: choroby układu krążenia i serca (miażdżyca naczyń), choroby hematologiczne i zaburzenia krzepnięcia, choroby metaboliczne (cukrzyca), choroby reumatyczne, choroby tarczycy, choroby i zaburzenia neurologiczne (korowe ubytki pola widzenia) i inne. Nie można też zapominać o negatywnych oddziaływaniach środowiskowych, jak braku ruchu, spędzanie coraz większej ilości czasu przed monitorem komputerowym, czy telewizorem, w klimatyzowanych pomieszczeniach, niechronienie oczu przed promieniowaniem słonecznym i różnymi urazami.

Omawiana dysfunkcja wzroku rodzi pewne określone następstwa funkcjonalne, takie jak:

- obniżenie ostrości wzroku;
- ubytki w polu widzenia;
- zaburzenie wrażliwości na światło (np. olśnienia, światłowstręt lub światłolubność);
- obniżenie wrażliwości na kontrast;
- ślepotą zmierzchowa;
- zaburzenie adaptacji do światła i ciemności;
- zaburzenie spostrzegania głębi;
- zmienność widzenia;
- zaburzenie widzenia barw;
- dwojenie;
- ból;
- męczliwość;
- łzawienie;
- zniekształcenie obrazu;
- oczopląs;
- całkowite niewidzenie¹⁰.

Według badań przeprowadzonych na zlecenie Stowarzyszenia AMD przez TNS w 2012 roku, jedna trzecia Polaków nigdy nie była u okulisty i tylko 30% słyszało o AMD, a połowa ankietowanych nie zdaje sobie

9 *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org, s. 6.

10 M.Pacholec, *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i...*, s. 61.

sprawy, jakie są konsekwencje tej choroby¹¹. Polacy rzadko wykonują badania diagnostyczne oczu. Najczęściej wykonywanym badaniem jest badanie ostrości wzroku, wykonywane przeważnie raz na 3 lata lub rzadziej. Ponadto 23% Polaków nigdy, a 40 % tylko raz na 3 lata lub rzadziej wykonywało badanie dna oka, będące podstawowym badaniem diagnostycznym pozwalającym wcześniej wykryć pierwsze zmiany w siatkówce oka.

Jakość życia ludzi starszych

„Jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami. Jest to szeroko pojęta koncepcja, na którą w sposób kompleksowy wpływają zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz jej stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska”¹².

Jakości życia to nasze samopoczucie psychiczne i fizyczne, byt materialny, warunki pracy i rekreacji, możliwości rozwoju osobistego, jakość stosunków z najbliższym otoczeniem, podmiotowe traktowanie, możliwość realizacji dążeń i pragnień. Poczucie jakości życia zależy od subiektywnej oceny poszczególnych czynników. Zmienia się ono wraz z etapem rozwoju człowieka w ciągu życia. Jakość życia, jak pisze B. Szatur-Jaworska, należy do tych pojęć, które używane są w wielu różnych dziedzinach, np. w medycynie, ekonomii czy psychologii. Każda z tych dziedzin zwraca uwagę na inne czynniki, wpływające na tę kategorię życia¹³.

Krystyna Górna wyróżniła cztery grupy definicji, którymi można posłużyć się opisując jakość życia, choć każda z nich podkreśla inny aspekt tego pojęcia¹⁴. Wyróżnić więc można następujące grupy definicji:

1. Definicje globalne, które odnoszą się do dobrego samopoczucia i dotyczą subiektywnego zadowolenia człowieka z życia jako całości (np. poczucie satysfakcji z życia).

11 A. Stankiewicz, M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), *Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka*, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>.

12 S. Leder, *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia*, [w:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997, s. 211.

13 B. Szatur-Jaworska, *Jakość życia w starości – próba diagnozy*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, (red.), *Zostawić ślad na Ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 303.

14 K. Górna, *Obiektywny i subiektywny wymiar poczucia jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005, s. 25.

2. Definicje złożone, dotyczące subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w wymiarze ogólnym i w poszczególnych obszarach funkcjonowania jednostki. W tym ujęciu oceniane jest subiektywne zadowolenie z życia (zawierające się w jakości doświadczeń życiowych) oraz obiektywna ocena warunków zewnętrznych.
3. Definicje mieszane, które zaliczyć można do najszerszej kategorii jakości życia. Zawierają one składowe definicje globalnych i złożonych oraz inne wymiary związane ze środowiskiem, organizacją życia społecznego, stanem emocjonalnym czy oczekiwaniami.
4. Definicje specyficzne, odnoszące się do jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. W większości posiadają one wielowymiarowy charakter i mają bezpośredni związek ze zdrowiem jednostki. Na jakość życia człowieka starszego największy wpływ ma dobry stan zdrowia. W tym przypadku jakość życia odnosi się do społecznego, emocjonalnego i fizycznego dobrostanu osób poddanych interwencji medycznej, poprzez określenie wpływu choroby, niepełnosprawności, starości na codzienne funkcjonowanie¹⁵.

Stałe dążenie do poprawy jakości życia motywuje ludzi do podejmowania coraz to nowych zadań, a co za tym idzie powoduje rozwój człowieka. Na jakość życia składają się zarówno obiektywne jak i subiektywne warunki, w których żyje człowiek. Przez obiektywne warunki należy przyjąć warunki środowiskowe. Natomiast do warunków subiektywnych możemy zaliczyć, te które są związane z człowiekiem, czyli jego emocje, poczucie zadowolenia, szczęścia i spełnienia. Istotnymi czynnikami warunkującymi poziom jakości życia w starości są: postawa wobec siebie i własnej sytuacji, środowisko, w którym żyje człowiek oraz zdrowie somatyczne i psychiczne. Czynniki te są ze sobą powiązane na zasadzie sprzężenia zwrotnego¹⁶.

15 B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota, *Zrozumieć starość*, Text, Kraków 2000, s. 71.

16 G.Łój, *Psychologiczne wyznaczniki przeżywanej starości*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kard. Augusta Hlonda w Mysłowicach, Mysłowice 2007, s. 58.

Metody badania jakości życia w zależności od stanu narządu wzroku

Opis narzędzi

Kwestionariusz użyty do badania funkcji wzrokowych VFQ-25 został opracowany na zlecenie National Eye Institute w USA w 1996¹⁷. Używa się go do oceny jakości życia pacjentów z różnymi schorzeniami oczu lub po zastosowanym leczeniu operacyjnym lub zachowawczym. Zawiera 29 pytań podzielonych na 3 podgrupy. W części 1 uwzględnia się ogólny stan zdrowia i wzroku. Część 2 zawiera pytania dotyczące trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Natomiast część 3 bada konsekwencje problemów ze wzrokiem.

Dla celów obliczeniowych poszczególnym odpowiedziom na pytania kwestionariusza przyporządkowane są wartości liczbowe. Zakłada się, że ankietowany, odpowiadając na pytania dotyczące wzroku, ma odpowiednio wyrównaną wadę refrakcji okularami lub szklami kontaktowymi. Na zadawane pytania na temat oceny własnej stanu zdrowia i wzroku, trudności wynikających z funkcjonowania narządu wzroku, pacjent wybiera odpowiedzi najlepiej określające jego sytuację w danym momencie życia.

Badanie przeprowadzał ankieter, czytając każde z pytań, a następnie odpowiedzi i prosząc osobę ankietowaną o wybranie według niego najbardziej właściwej. Ankietę można też przeprowadzać telefonicznie, ale w naszym badaniu przeprowadzano ankietę w czasie bezpośredniej rozmowy.

Metodyka badania

Badanie było przeprowadzone w dwóch grupach – pacjentów z zaćmą oraz pacjentów ze starczym zwyrodnieniem płamki. Grupa I to 10 pacjentów po niepowikłanej operacji fakoemulsyfikacji zaćmy – 5 mężczyzn i 5 kobiet, w wieku od 65 do 80 lat (średnio 70 lat). Grupa II to 10 pacjentów w trakcie leczenia anty-VEGF. Stanowili ją 4 mężczyzn i 6 kobiet, w wieku od 62 do 87 lat (średnio 69 lat).

Analizowano wyniki kwestionariusza VFQ-25 przeprowadzonego przed leczeniem, po 3 i po 6 miesiącach. Opierając się na wartościach liczbowych przypisanych poszczególnym odpowiedziom, zmianę ich wartości w poszczególnych badaniach oceniano:

- ogólny stan zdrowia;
- ogólny stan wzroku;

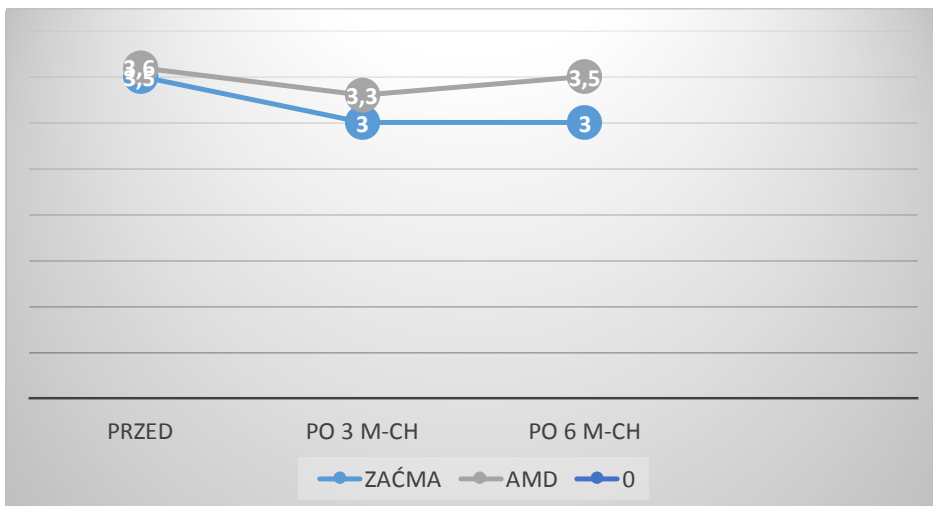
17 National Eye Institute. Kwestionariusz dotyczący wzroku-25 (VFQ-25), wersja 2000, NEI -VFQ-25 – Poland/Polish – 23 Jul 07- Mapi Research Institute.

- ból i dyskomfort narządu wzroku;
- funkcje wzroku do bliży i dali;
- funkcje socjalne;
- konsekwencje problemów ze wzrokiem.

Wyniki

- W ocenie ogólnego stanu zdrowia przed leczeniem, po 3 miesiącach i po 6 miesiącach, to w grupie I w ocenie pacjentów stan zdrowia poprawił się po 3 i następnie po 6 miesiącach w porównaniu ze stanem sprzed operacji. W grupie II po 3 miesiącach oceniono ogólny stan zdrowia lepiej niż przed leczeniem, a po 6 miesiącach pozostał na tym samym poziomie co przed leczeniem (wykres 1).
- Ogólny stan wzroku w grupie I po operacji zaćmy poprawiał się z każdym miesiącem w stosunku do stanu sprzed operacji. Natomiast w grupie II stan wzroku, podobnie jak stan zdrowia, był oceniony lepiej po 3 miesiącach i nieznacznie gorzej po 6 miesiącach.
- Ocena bólu i dyskomfortu w oczach u pacjentów w obu grupach nie uległa zmianie w całym okresie obserwacji.

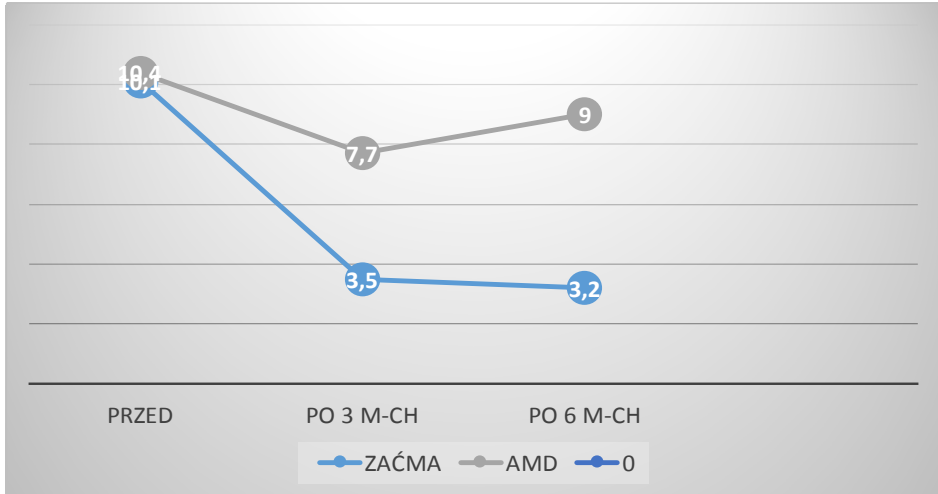
Wykres 1. Ogólna ocena stanu zdrowia



Źródło: badanie własne.

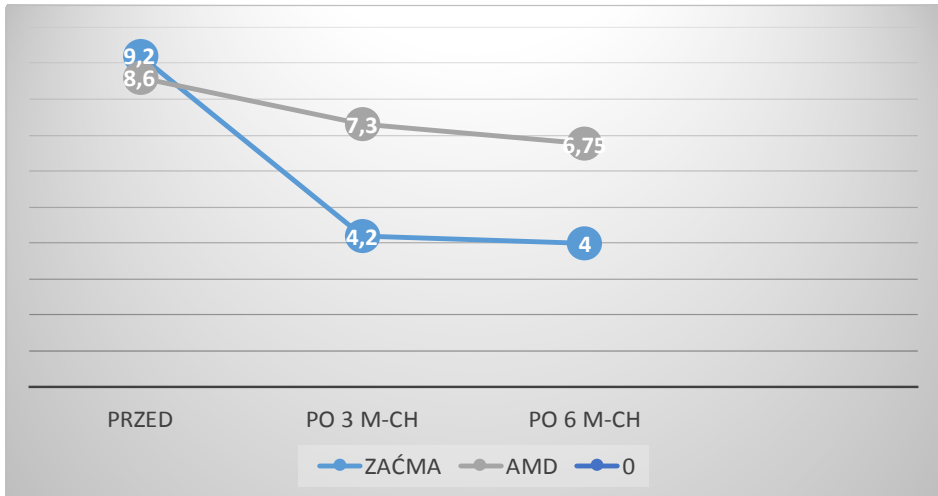
- Ocena funkcji wzroku do dali i do bliży: w obu grupach zanotowano poprawę tych funkcji, aczkolwiek w grupie pacjentów po operacji zaćmy była ona większa (wykresy 2 i 3).

Wykres 2. Ocena funkcji wzroku do blizy



Źródło: badanie własne.

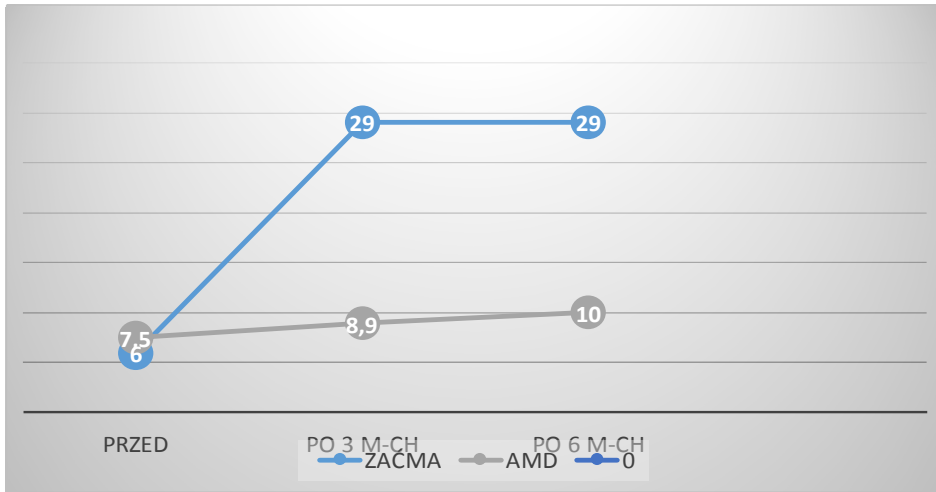
Wykres 3. Ocena funkcji wzroku do dali



Źródło: badanie własne.

- Funkcje socjalne uległy nieznacznej poprawie w obu badanych grupach w okresie 6 miesięcy.
- Ocena konsekwencji problemów ze wzrokiem uwidoczniała największe różnice w badanych grupach. Co prawda, obie grupy zanotowały poprawę jakości życia w tych obszarach, jednak u pacjentów po operacji zaćmy poprawa ta była spektakularna (wykres 4).

Wykres 4. Ocena konsekwencji problemów ze wzrokiem a jakość życia

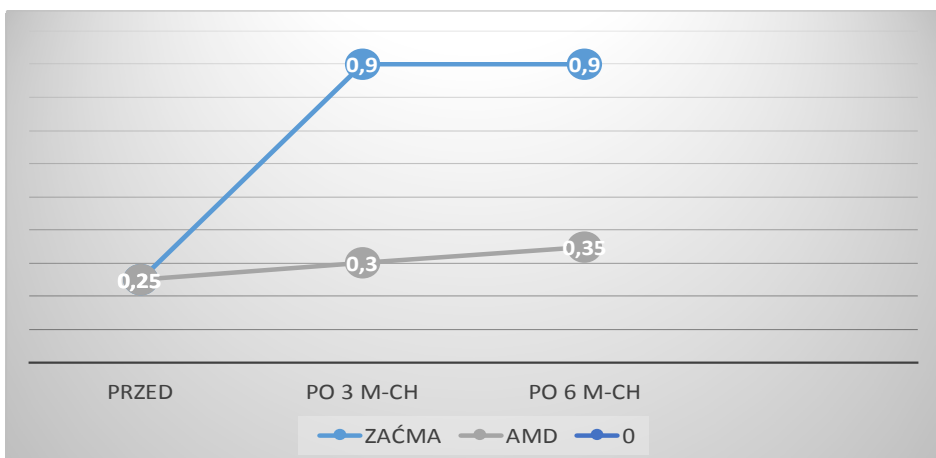


Źródło: badanie własne.

W ramach końcowej oceny porównano ostrość wzroku pacjentów w obu grupach. Pacjenci z grupy chorych po operacji zaćmy uzyskali znacznie lepszą ostrość wzroku w wyniku zastosowanego leczenia w porównaniu z pacjentami leczonymi z powodu zwyrodnienia plamki.

Wykres uzyskanej ostrości wzroku jest zbliżony do wykresu oceny konsekwencji problemów ze wzrokiem a jakości życia (wykres 5).

Wykres 5. Ostrość wzroku w badanych grupach



Źródło: badanie własne.

Dyskusja

Stan narządu wzroku wydaje się być wiodącym czynnikiem w ocenie jakości życia ludzi starszych. Upośledzenie widzenia stopniowo prowadzi do izolacji człowieka i jego wyłączenia z funkcji socjalnych. Także istotną rolę odgrywa ograniczenie w dodatkowym zarobkowaniu, co w sytuacji wielu ludzi starszych obniża ich standard życia. Ogromne znaczenie ma także utrata samodzielności, zwłaszcza w przypadku osób samotnych, które w tej sytuacji są skazane na korzystanie z pomocy społecznej.

Przedstawiony formularz VFQ-25 jest bardzo przydatnym narzędziem dla określenia jakości życia osób starszych z różnymi schorzeniami oczu. Jak pokazały wyniki, stosowane leczenie poprawia jakość życia. Zaobserwowane różnice w obu grupach są spowodowane przede wszystkim charakterem schorzenia. W obu grupach początkowa ostrość wzroku (a za tym i jakość życia) były podobne. Po zastosowanym leczeniu pacjenci po operacji zaćmy lepiej oceniali swoją jakość życia. Jeśli nie ma dodatkowych schorzeń, ostrość wzroku po operacji zaćmy nie pogarsza się do końca życia. W przeciwieństwie do pacjentów ze zwyrodnieniem plamki, gdzie stosowane leczenie może poprawić ostrość wzroku, jednak w perspektywie dłuższego czasu podstawowym celem leczenia jest utrzymanie użytecznej ostrości wzroku. Tak więc dwie grupy badane przedstawiają jednak niejednorodnych pacjentów – w grupie I mamy do czynienia z pacjentami wyleczonym, w grupie II – w trakcie leczenia.

Należy także pamiętać, że w badaniu brali udział pacjenci w pewien sposób wyselekcjonowani. Grupę I stanowili pacjenci po niepowikłanej operacji zaćmy, przeprowadzonej w krótkim czasie w obu oczach. W grupie II ocenialiśmy pacjentów leczonych w ramach programu badawczego, gdzie chorzy nie byli obciążeni finansowo kosztami terapii. Trzeba także zaznaczyć, że w badanych grupach nie było osób samotnych lub bez wsparcia rodziny – to tłumaczy, że nie stwierdzono istotnej poprawy jakości życia w zakresie funkcji socjalnych ankietowanych osób.

Wnioski

Analizując jakość życia starszych pacjentów po przebytej operacji usunięcia zaćmy z wszczepem sztucznej soczewki i po leczeniu preparatem anyt-VGF można sformułować wnioski, że stan zdrowia i stan narządu wzroku jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia ludzi starszych.

Kwestionariusz VFQ-25 jest przydatnym narzędziem do oceny jakości życia pacjentów po przebytych leczeniu okulistycznym

Jakość życia pacjentów po niepowikłanym usunięciu zaćmy jest lepsza niż pacjentów w trakcie leczenia starczego zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD).

Współczesne metody leczenia chorób oczu poprawiają jakość życia pacjentów. Stopień poprawy zależy od podstawowego schorzenia.

An eye diseases in elderly in context of quality of life

The state of eyesight seems to be the leading factor in assessing the life quality of older people. Impairment of vision gradually leads to isolation of man and his exclusion from social functions. Current

methods of the treatment of eye diseases improve patients' quality of life. The degree of improvement depends on the basic disease. Quality of life in patients with uncomplicated cataract removal is better than in patients with the treatment of age-related macular degeneration (AMD) VFQ -25 questionnaire is a useful tool to assess the quality of life in patients with a history of ophthalmic treatment.

Bibliografia

- Górna K., *Obiektywny i subiektywny wymiar poczucia jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005.
- Leder S., *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia*, [w:] J. Meyze (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie, Warszawa 1997.
- Łój G., *Psychologiczne wyznaczniki przeżywanej starości*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kard. Augusta Hłonda w Mysłowicach, Mysłowice 2007.
- Pacholec M., *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org.
- Samoliński B., Gierczyński J., *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org.
- Szatur-Jaworska B., *Jakość życia w starości – próba diagnozy*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na Ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.

- Szyborski J., *Demografia starzejącego się społeczeństwa, Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A.Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Text, Kraków 2000.

Źródła internetowe

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.
- Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestalenie.org.
- Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa 2014, <http://www.stat.gov.pl>.
- Raport A. Stankiewicz M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), *Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka*, Stowarzyszenie Zwyrodnienia Płamki związanego z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>.
- Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-politykisenioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>
- Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, www.zdrowestalenie.org.