

Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą

Depressiveness vs. quality of life in patients diagnosed with cataract

KRYSTYNA KUROWSKA, IWONA CELMER-OZDOWSKA

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp. Wzrok jest najbardziej wykorzystywanym zmysłem człowieka. Najczęstszą przyczyną obniżenia ostrości wzroku w wieku podeszłym jest zaćma. Niedowidzenie jest jednym z wielu czynników rozwoju depresji w podeszłym wieku. Choroby obejmujące zaburzenia funkcji wzrokowych odnoszą się do wielu obszarów funkcjonowania człowieka i często prowadzą do obniżenia jakości życia.

Cel badań. Określenie związku między pogorszeniem wzroku spowodowanym zaćmą a występowaniem objawów depresji oraz ustalenie zależności między objawami depresji a oceną jakości życia.

Materiał i metody. Badaniem objęto 101 chorych, którzy zgłosili się na Oddział Okulistyki w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym i do Zespołu Chirurgii Jednego Dnia w Grudziądzu, celem wykonania planowej operacji usunięcia zaćmy. Oceny jakości życia dokonano kwestionariuszem WHOQOL-BREF a stopień depresji zbadano skalą Becka.

Wyniki. Zaćma upośledza nie tylko ostrość wzroku, ale też funkcjonowanie pacjenta – i to w stopniu proporcjonalnym do spadku ostrości wzroku. Nie stwierdzono zależności pomiędzy obniżeniem ostrości wzroku a występowaniem i nasileniem objawów depresyjnych. Odnotowano zależność między objawami depresyjnymi a jakością życia. Im słabsza ostrość wzroku, tym obniżenie jakości życia większe. Wyższą jakość życia prezentowali badani bez depresji.

Wnioski. Zaćma stanowi nadal poważny problem społeczny, który ma negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia pacjentów oraz na jakość ich życia. Osoby z ograniczoną ostrością wzroku narażone są na problemy z wykonywaniem codziennych czynności, ale też duże ryzyko wystąpienia urazów. Zabieg usunięcia zaćmy wpływa znacząco na poprawę jakości życia pacjentów w każdej jego sferze. Chorzy dzięki temu zyskują poczucie bezpieczeństwa, pewności i stabilności psychicznej.

Słowa kluczowe: zaćma, depresja, jakość życia, satysfakcja

Introduction. Sight is the most used human sense. Cataract is the most frequent cause that worsens visual acuity in the elderly. Low vision is one of many factors that may trigger the development of depression in elderly people. Vision-related diseases concern many spheres of people's life and often lead to lowering the quality of life.

Aim. To define the relation between worsening vision due to cataract and depression symptoms, as well as to determine the relation between depression symptoms and the quality of life.

Materials & Methods. The research involved 101 patients who presented to the Department of Ophthalmology in Regional Specialist Hospital and One Day Surgery Center in Grudziądz in order to undergo the cataract surgery. The quality of life was tested using the WHOQOL-BREF questionnaire and the depression level was tested by the Beck scale.

Results. Not only does cataract handicap vision acuity but also hinders daily functioning of the patient. No relation between lowered visual acuity and depression symptoms was found. However, there was recognized the relation between the depression symptoms and the quality of life. The lower visual acuity, the lower quality of life. The patients without depression presented higher quality of life.

Conclusion. Cataract is still a major social problem which has a negative influence on patients' health as well as on their quality of life. People with lowered visual acuity have difficulty with daily functioning and are exposed to injuries. The cataract surgery has a significant influence on the improvement of the patients' quality of life. Thanks to the procedure patients gain the sense of security, confidence and mental stability.

Key words: cataracts, depression, quality of life, satisfaction

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 554-559

www.h-ph.pl

Nadestano: 25.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 12.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n med. Kurowska Krystyna
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa – Zakład Teorii Pielęgniarstwa, CM w Bydgoszczy, UMK Toruń
ul Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
tel. 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Wstęp

Niedowidzenie jest jednym z wielu czynników rozwoju depresji w podeszłym wieku. Najczęstszą przyczyną obniżenia ostrości wzroku w wieku podeszłym jest zaćma. Dzięki nowoczesnej medycynie można w dzisiejszych czasach poprawić ostrość wzroku, chirurgicznie usuwając zmętniałą soczewkę i w jej miejsce wszczepić sztuczną. Zabieg ten moż-

na przeprowadzić w sposób całkowicie bezpieczny w warunkach chirurgii jednego dnia. Poprawiając ostrość wzroku, jednocześnie polepsza się jakość życia pacjenta. Choroby obejmujące zaburzenia funkcji wzrokowych odnoszą się do wielu obszarów funkcjonowania człowieka. Konsekwencją pogorszenia ostrości wzroku jest zmniejszenie samodzielności, trudności w wykonywaniu codziennych czynności,

zmniejszenie kontaktów społecznych z powodu lęku przed upadkiem lub nie rozpoznawaniu twarży. Sytuacja taka prowadzi do nasilenia poczucia choroby, nieporadności, izolacji społecznej, bycia ciężarem dla bliskich.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zaćma zajmuje pierwsze miejsce jako przyczyna ślepoty na całym świecie. Jest ona głównym powodem pogarszania ostrości wzroku ludzi w różnym wieku [1]. Jednak najczęściej występuje u osób starszych, obciążonych innymi chorobami np.: obniżeniem słuchu czy ograniczoną sprawnością fizyczną. Wszystko to ma wpływ na indywidualną ocenę jakości życia [2].

Cel badań

Określenie związku między pogorszeniem wzroku spowodowanym zaćmą a występowaniem objawów depresji oraz ustalenie zależności między objawami depresji a oceną jakości życia. Odpowiedzi na te pytania powinny stanowić podstawowe czynniki oceny chorego oraz wskaźnik skuteczności leczenia i pomocy.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem schorzeń przewlekłych. Badania przeprowadzono jednoetapowo w okresie od stycznia do kwietnia 2014 r. w grupie 101 osób, które zgłosiły się na Oddział Okulistyki w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dra Władysława Biegańskiego i Zespołu Chirurgii Jednego Dnia w Grudziądzu, celem wykonania planowej operacji usunięcia zaćmy, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/26/2014). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę Becka, Kwestionariusz WHOQOL BREF oraz ankietę socjodemograficzną. Skala Becka sprawdza symptomy depresji. Składa się z 21 pytań oceniających intensywności objawów depresji (od 0 do 3 punktów za każde z pytań). Badany wybiera jedną odpowiedź, która w najlepszy sposób opisuje jego stan we wskazanym okresie. Poziom depresji obliczany był z uzyskanej po zsumowaniu liczby punktów. Przyjmuje się następującą punktację: 00-11 punktów – brak depresji lub obniżenie nastroju; 12-26 punktów – łagodna depresja; 27-49 punktów – umiarkowanie ciężka depresja; 50-65 punktów – bardzo ciężka depresja [3]. Kwestionariusz WHOQOL BREF służy do oceny jakości życia w czterech płaszczyznach – fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Uzyskanie przez badanego 20 punktów oznacza maksymalnie dobre funkcjonowanie, natomiast wartość 4 świadczy o najniższej jakości życia w danej dziedzinie [4]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchy-

lenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niewiele ponad 71 lat. Dominowały kobiety (65,3%). Większość miała wykształcenie zawodowe (42,6%), pozostawała w związkach małżeńskich (55,4%), posiadała potomstwo (64,3%), mieszkała z rodziną (58,4%) w mieście (66,3%). Z emerytury utrzymywało się 86,1% badanych. Zdecydowana większość wskazała, że choruje na zaćmę powyżej 12 miesięcy (92,1%), średni czas chorowania wyniósł niespełna 4 lata. Co trzeci badany wskazał, że w rodzinie ktoś chorował na zaćmę (30,7%). Zdecydowana większość stwierdziła, że z powodu objawów dotyczących zaćmy, obniżyła się ich jakość życia (89,1%).

Analizując kwestionariusz WHOQOL-BREF wykazano, że jakość życia oraz zadowolenie ze zdrowia w ocenie badanych, to wynik przeciętny (3,06), zadowolenie ze zdrowia oceniono nieco niżej (2,76). Nieznacznie wyższą jakość życia prezentowali badani mężczyźni (3,09), wyższe zadowolenie ze zdrowia osiągnęły kobiety (2,77). Najwyżej ogólną jakość życia ocenili badani w wieku 80 i więcej lat (3,22), najniżej w wieku 70-79 lat (2,91). Podobnie własne zdrowie najwyżej ocenili badani w wieku 80 i więcej lat (2,78), najniżej natomiast w wieku do 69 lat (2,74). Wyższą jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia, prezentowali badani z wykształceniem średnim/wyższym (3,28), mieszkańcy miasta (3,16), mieszkający z rodziną (3,10) oraz nie zgłaszający występowania zaćmy w rodzinie (3,09). W ogólnej ocenie, najwięcej badanych oceniło dziedzinę fizyczną przeciętnie (45,5%), najmniej negatywnie (12,9%). Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 56,29 punktu i jest to ocena przeciętna, w górnej strefie wyników przeciętnych. Najwyższe oceny uzyskano w podskalach: ból i dyskomfort (3,49) oraz zależność od leków i leczenia (3,33), najniższe w podskalach: energia i zmęczenie (3,03) oraz wypoczynek i sen (2,98). Wyższy wynik dziedziny fizycznej uzyskali mężczyźni (3,47), badani w wieku do 69 lat (3,40), z wykształceniem średnim/wyższym (3,43), mieszkańcy miasta (3,54), mieszkający z partnerem/partnerką (3,60) oraz badani mający w rodzinie przypadki zachorowania na zaćmę (3,80). Najwięcej badanych oceniło dziedzinę psychologiczną przeciętnie (60,4%), najmniej negatywnie (15,8%). Średnia ocena dziedziny psychologicznej przeciętna, mieszcząca się w środkowej strefie wyników przeciętnych (51,84). Najwyższe wyniki dziedziny psycho-

logicznej uzyskali badani w podskalach: samoocena (3,60), negatywne uczucia (3,32), najniższe w pozytywnych uczuciach (2,77) oraz myśleniu, uczeniu się (2,59). Wyższe wyniki dziedziny psychologicznej odnotowano w grupie mężczyzn (3,00), badanych w wieku do 69 lat (3,21), z wykształceniem średnim/wyższym (3,29), mieszkańcy miasta (3,15), mieszkający z partnerem/partnerką (3,51), mający w rodzinie przypadki zachorowania na zaćmę (3,08). W ogólnej ocenie, dziedzinę socjalną większość oceniła pozytywnie (59,4%). Średnia ocena dziedziny socjalnej to ocena pozytywna, na granicy przeciętnej (60,79). Najwyższy wynik dziedziny socjalnej uzyskano w pozycji związku osobiste (3,60), najniższy w aktywności seksualnej (3,01). Wyższy wynik w dziedzinie socjalnej uzyskali mężczyźni (3,42), badani w wieku do 69 lat (3,47), z wykształceniem średnim/wyższym (3,48), mieszkańcy miasta (3,42), zamieszkujący z partnerem/partnerką (3,72), mający w rodzinie przypadki zachorowania na zaćmę (3,41). Dziedzinę środowiskową najwięcej badanych oceniło przeciętnie (54,5%). Średnia ocena dziedziny środowiskowej – przeciętna, na granicy pozytywnej (58,01). Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskano za środowisko domowe (3,92) oraz zdrowie i opieka zdrowotna (3,56), najniższe oceny za transport (3,10) oraz zasoby finansowe (2,86). Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej osiągnęli mężczyźni (3,38), badani w wieku do 69 lat (3,36), z wykształceniem średnim/wyższym (3,47), mieszkańcy miasta (3,29), zamieszkujący z partnerem/partnerką (3,51), mający w rodzinie przypadki zachorowania na zaćmę (3,26). Rozkład tabeli I ujawnia, że najwyższej oceniona została dziedzina socjalna, dalej dziedzina środowiskowa, fizyczna a najniżej dziedzina psychologiczna.

W dalszej analizie poddano Skalę Depresji Becka (BDI). Ustalono, że z analizowanych aspektów dotyczących oceny poziomu depresji, najwyższe wskaźniki procentowe w stosunku do wartości oczekiwanej, mające największy wpływ na poziom depresji uzyskano w aspektach: zainteresowania seksualne (49,8%), zamartwianie się o swoje zdrowie (30,0%), męczenie się (29,7%) oraz sen (25,4%), najniższe z kolei wskaźniki mające najmniejszy wpływ na poziom depresji uzyskano w aspektach: poczucie bycia gorszym od innych

(5,0%), płacz częściej niż zwykle (3,3%), zasługiwanie na karę (2,0%) oraz myśli o odebraniu sobie życia (1,3%). Rozkład wyników depresji (tab. II) wskazuje, że większość badanych nie miało depresji (67,3%), tylko w przypadku 5,0%, wykazano umiarkowanie ciężką depresję. Nie odnotowano osób z bardzo ciężką depresją. Średni wskaźnik depresji w skali BECKA wyniósł 10,19 punktu. To wynik braku depresji na granicy łagodnej depresji. Wynik minimalny wyniósł 0 punktów, maksymalny 43 punkty.

Podjęto próbę ustalenia, czy poziom depresji zróżnicowany jest poprzez wcześniej wytypowane zmienne. Wyższy wskaźnik stopnia depresji odnotowano w grupie kobiet. Większość kobiet bez depresji (62,1%), najmniej o umiarkowanie ciężkiej depresji. Wśród mężczyzn najwięcej nie miało depresji wcale (77,1%). Pozostali osiągnęli wynik łagodnej depresji. Najwyższy poziom depresji prezentowali badani w wieku 80 i więcej lat. Połowa badanych tej grupy miała łagodną depresję (50,0%). Najmniej umiarkowanie ciężką depresję (16,7%). Najniższy poziom depresji prezentowali badani w wieku do 69 lat. Brak depresji w tej grupie odnotowano w przypadku 84,2%. Wraz ze wzrostem wieku wzrastają wartości wskaźnika depresji. Najwyższy poziom depresji prezentowali badani z wykształceniem podstawowym. Tylko połowa badanych tej grupy nie miała depresji (51,7%), a kolejne 10,3%, umiarkowanie ciężką. Najniższy poziom depresji prezentowali badani z wykształceniem średnim/wyższym. Większość z nich nie miała depresji (79,3%). Wyższy poziom depresji uzyskali mieszkańcy wsi. Połowa badanych tej grupy nie miała depresji (55,9%), a kolejne 11,8% umiarkowanie ciężką. Wśród mieszkańców miasta większość nie miała depresji (73,1%). Najwyższy poziom depresji prezentowali badani mieszkający samotnie. Większość nie miała depresji (46,7%) lub miała łagodną (43,3%). Najniższy poziom depresji uzyskali badani zamieszkujący z partnerem/partnerką. Większość nie miała depresji (75,0%) a pozostali łagodną. Nieznacznie wyższy poziom depresji uzyskali badani nie mający w rodzinie przypadków zachorowania na zaćmę.

W dalszym kroku zbadano istnienie związku pomiędzy poziomem depresji a wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF (tab. III). Ze względu na

Tabela I. Zbiorcze zestawienie ocen jakości życia i własnego zdrowia
Table I. Collective statistics of quality of life and self-assessment of health results

	Dziedzina socjalna	średnia	S.D.	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	mediana	minimum	maksimum
Pyt.1.	Ogólna percepcja jakości życia	61,19	18,724	57,49	64,88	60,0	20,0	100,0
Pyt.2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	55,25	17,697	51,75	58,74	60,0	20,0	100,0
D.1.	Dziedzina fizyczna	56,29	13,423	53,64	58,94	56,0	25,0	81,0
D.2.	Dziedzina psychologiczna	51,84	14,224	49,03	54,65	50,0	6,0	94,0
D.3.	Dziedzina socjalna	60,79	15,510	57,73	63,85	69,0	0,0	81,0
D.4.	Dziedzina środowiskowa	58,01	12,549	55,53	60,49	56,0	31,0	88,0

Tabela II. Skala depresji (poziom depresji)
Table II. Scale of depression (depression level)

poziom	liczba	%
brak depresji	68	67,3
łagodna depresja	28	27,7
umiarkowanie ciężka depresja	5	5,0
bardzo ciężka depresja	0	0,0
Razem	101	100,0

Tabela III. Korelacja wyników depresji i jakości życia
Table III. Result correlation between depression and quality of life

pozycja	N	R	t (N-2)	poziom p
jakość życia	101	-0,127	-1,277	0,205
ocena zdrowia	101	-0,194	-1,972	0,051
dziedzina fizyczna	101	-0,358	-3,811	0,000
dziedzina psychologiczna	101	-0,451	-5,024	0,000
dziedzina socjalna	101	-0,266	-2,750	0,007
dziedzina środowiskowa	101	-0,352	-3,744	0,000

niewielką liczebność grupy, badani z umiarkowanie ciężką depresją zakwalifikowani zostali do grupy o łagodnej depresji. Wyniki poziomu depresji, pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF. W korelacji średniej z wynikami dziedziny fizycznej, psychologicznej i środowiskowej. W korelacji niskiej z wynikami dziedziny socjalnej. Wyniki zadowolenia z własnego zdrowia na granicy istotności statystycznej. Wyższą jakość życia prezentowali badani bez depresji a zadowolenie z własnego zdrowia bez depresji. Zdecydowanie wyżej dziedzinę fizyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową ocenili badani bez depresji.

Dyskusja

Zaćma stała się obecnie główną przyczyną utraty wzroku na świecie. Jest to wyzwanie dla zdrowia publicznego gdyż ponad 48% przyczyn utraty wzroku spowodowane jest właśnie zaćmą [5]. Jediną, skuteczną metodą przywrócenia dobrego widzenia u pacjentów z zaawansowanym zmętnieniem soczewki własnej jest chirurgiczne jej usunięcie i wszczepienie sztucznej [6]. Skutkiem bezpośrednim takiej operacji jest niewątpliwie przywrócenie komfortu życia pacjenta. Powszechnym dążeniem staje się obecnie zapewnienie pacjentowi po zabiegu najlepszej możliwej jakości życia zależnej od stanu narządu wzroku. Powaga tego zagadnienia spowodowała częstsze przeprowadzanie badań jakości życia pacjentów poddawanych tej procedurze operacyjnej.

W przeprowadzonych badaniach szukano odpowiedzi na istnienie zależności między stopniem obniżenia ostrości wzroku spowodowanym zaćmą a występowaniem i natężeniem objawów depresji. Ocenie poddano także jakość życia osób z rozpoznaniem zaćmy. Grupę badaną stanowiło 101 osób w wieku od

18 do 85 r.ż. mogące samodzielnie wypełnić arkusze kwestionariuszy. Kobiety stanowiły większość w badanej grupie. Co trzeci badany, to mężczyzna. Najwięcej osób badanych to osoby w przedziale wiekowym 70-79 lat, najmniejsza ilość osób powyżej 80 r.ż. U większości badanych wykazano wynik braku depresji. Średni wskaźnik depresji w skali Becka wyniósł 10,19 punktu. To wynik braku depresji, na granicy łagodnej depresji. Podobne wyniki przedstawiła Chojnacka, w badaniach określających zależność występowania objawów depresyjnych od obniżenia ostrości wzroku. W przeprowadzonym przez siebie badaniu nie wykazała istotnej korelacji pomiędzy ostrością wzroku a obecnością i nasileniem objawów depresyjnych [7]. Im większe nasilenie depresji, tym gorsza jakość życia. Brak osób z ciężką depresją wśród badanych może sugerować, że zmniejszone chęci do działania i troski o swoje zdrowie powstrzymują te osoby od decyzji o poddaniu się operacji usunięcia zaćmy. Natomiast Kleinschmidt w przeprowadzonych badaniach wśród chorych z degeneracją plamki żółtej w wieku powyżej 65 lat wykazał, iż osoby z poważnym uszkodzeniem wzroku w znacznie mniejszym stopniu doświadczają depresji i lęku, za to wyższej satysfakcji z życia niż starsze osoby z minimalnym uszkodzeniem wzroku [8]. Może to świadczyć o tym, że wczesne przeprowadzenie operacji pozwoliłoby na poprawę jakości życia chorych. Poważne uszkodzenie wzroku zmusza chorych i ich rodziny do przystosowania życia, do swej niepełnosprawności. Chory pozostaje najczęściej pod opieką najbliższych lub służb socjalnych, przez co nie odczuwa osamotnienia i rozgoryczenia swoją sytuacją. Minimalne uszkodzenie wzroku jest często bagatelizowane przez najbliższych i samego chorego, który mimo choroby usiłuje prowadzić życie zdrowego człowieka. Doświadcza on wówczas wielu pomyłek, niewygodnych sytuacji, przez co jego życie staje się mniej komfortowe.

Następną kwestią była odpowiedź na pytanie czy istnieje zależność między objawami depresji u osób z rozpoznaną zaćmą a oceną jakości życia? Zdecydowana większość ankietowanych w badaniach własnych stwierdziła, że z powodu objawów dotyczących zaćmy, obniżyła się ich jakość życia. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia w ocenie respondentów to wynik przeciętny. Podobne wyniki otrzymała Płachecka poddająca ocenie jakości życia pacjentów przed operacją i po operacji zaćmy. Wykazała, że występowanie zaćmy istotnie wpływa na obniżenie jakości życia pacjentów [9]. W czasie oczekiwania na operację zaćmy jakość życia pacjentów obniża się, co potwierdza także w badaniach Leinonen [10]. Píše on w swym raporcie, że czas oczekiwania na operację usunięcia zaćmy jest stosunkowo długi – od 6 miesięcy do roku. Czas ma duże znaczenie na spadek najlepiej skorygowanej

ostrości wzroku od chwili rozpoznania do zabiegu. Spadek ostrości wzroku ma wpływ na niezależność i mobilność osób z zaćmą.

Czas na operację usunięcia zaćmy w ramach NFZ jest ciągle bardzo odległy a na zabieg komercyjny nie każdego stać. Choroba rozwija się dość długo, dlatego kłopoty z prawidłowym widzeniem są zauważalne późno. Chory z początku dostosowuje się do sytuacji, która nie sprawia mu odczuwalnych trudności w funkcjonowaniu. Wraz z rozwojem choroby rozwijają się objawy tj. problemy z rozróżnianiem barw, kolory stają się wyblakłe, pozbawione kontrastu. W zaawansowanej zaćmie zmiany chorobowe widoczne są gołym okiem. Zmienia się wówczas kolor źrenic z czarnej na szarobiały, perłowy. Ostrość i jakość widzenia w przypadku zaćmy nie da się skorygować za pomocą okularów czy soczewek kontaktowych. Wówczas trudności spowodowane rozwojem choroby stają się powodem obniżenia jakości życia [11]. Analizując kwestionariusz WHOQOL-BREF wykazano, że jakość życia oraz zadowolenie ze zdrowia w ocenie badanych, to wynik przeciętny, zadowolenie ze zdrowia oceniono nieco niżej. Nieznacznie wyższą jakość życia prezentowali badani mężczyźni, wyższe zadowolenie ze zdrowia osiągnęły kobiety. Może to świadczyć, że kobiety bardziej dbają o swoje zdrowie. Wyżej ogólną jakość życia ocenili badani w wieku 80 i więcej lat, niżej natomiast w wieku do 69 lat. Może to być spowodowane słabszą wrażliwością zmysłów osób starszych i mniejszymi oczekiwaniami co do komfortu życia. Zaćma dotyczy przede wszystkim ludzi starszych, co potwierdza się w materiale własnym. Podobne wyniki przedstawia w swoich badaniach Zielińska-Więczkowska, zwracając uwagę, że wraz z wiekiem obniża się poziom fizycznej jakości życia [12]. Wyższą jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia, prezentowali badani z wykształceniem średnim/wyższym i mieszkańcy miasta. Edukacja pozwala lepiej przygotować się do problemów, jakie niesie choroba w tym przypadku zaćma. Wyniki te są odmienne do prezentowanych przez innych autorów badających jakość życia w chorobach przewlekłych [13, 14]. W badaniu wyższą jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia, prezentowali badani mieszkający z rodziną oraz nie zgłaszający występowania zaćmy w rodzinie. Obecność osób bliskich może bardziej mobilizować do większej troski nie tylko o swoje zdrowie. Zielińska-Więczkowska w ocenie jakości życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle zmiennych społeczno-demograficznych przedstawia podobne wyniki [12]. Oceniając jakość życia w sferze fizycznej okazało się, że najczęściej badanych oceniło

dziedzinę fizyczną przeciętnie. Najmniej osób oceniła ją negatywnie. Średnia ocena dziedziny fizycznej była przeciętna, mieszcząca się w górnej strefie wyników przeciętnych. Można, zatem zakładać, że upośledzeniu ostrości wzroku towarzyszy obniżenie jakości życia w sferze fizycznej. Przy czym im słabsza ostrość wzroku, tym obniżenie jakości życia w wymiarze fizycznym większe. Zarówno Płachecka [9] jak i Leinonen [10] w swoich badaniach również zauważyli, że sprawność fizyczna dotycząca osób oczekujących operacji stanowi duży problem, a usunięcie zaćmy daje radykalną poprawę. Oleś badając poczucie jakości życia u chorych z zaburzeniami widzenia stwierdził, że ogólne poczucie jakości życia u osób chorujących na zaćmę jest tym większe, im wyższa samoocena i mniejsze nasilenie trudności w zakresie wykonywania codziennych czynności [15]. Podobne wyniki przedstawia Bojakowska [16]. W przeprowadzonych przez siebie badaniach dotyczących oceny satysfakcji pacjentów z wyników leczenia operacyjnego usunięcia zaćmy przedstawia, że pogorszenie widzenia zmusiło respondentów do ograniczenia aktywności fizycznej a większość z nich określiła swoją jakość życia negatywnie. Przy ocenie jakości życia sfery psychologicznej najwięcej badanych oceniło ją przeciętnie, najmniej negatywnie. Średnia ocena dziedziny psychologicznej przeciętna, mieszcząca się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Zaćma jest chorobą rozwijającą się niekiedy latami. Pacjenci mają czas do przyzwyczajenia się do ograniczeń związanych z widzeniem. W warunkach ograniczeń wzrokowych spowodowanych zaćmą niektórzy pacjenci potrafią ukształtować własną niezależność dającą im spokój psychiczny. Jednak nie wszyscy potrafią odnaleźć się w sytuacji własnej niepełnosprawności. Lepsze wyniki jakości życia w sferze psychologicznej uzyskali respondenci będący w związku. Badania dowodzą, że najbliżsi są dużą podporą i wsparciem dla chorych. Co potwierdzają wyniki badań jakości życia w dziedzinie socjalnej. Jednak Płachecka [9] w wyżej opisanym badaniu dowodzi, że występowanie zaćmy ma istotny wpływ na obniżenie jakości życia pacjentów. Następstwem takiej sytuacji są stres emocjonalny i wyraźne obniżenie ich stanu psychicznego. Wyniki uzyskane w badaniach własnych nie do końca pokrywają się z powyższym stwierdzeniem. Badania dotyczące jakości życia pacjentów z rozpoznaną zaćmą udowodniły, że zabieg usunięcia zaćmy ze wszczepem sztucznej soczewki przywracający wzrok, poprawia choremu jakość życia, przywraca aktywność życiową, eliminuje ryzyko urazów, przywraca zdolność do samodzielnej egzystencji.

Wnioski

1. W badanej grupie nie stwierdzono zależności pomiędzy obniżeniem ostrości wzroku z powodu zaćmy a występowaniem i nasileniem objawów depresyjnych.
2. Stwierdzono zależność między objawami depresyjnymi a jakością życia pacjentów. Wyższą jakość życia prezentowali badani bez depresji.
3. Osoby z rozpoznaną zaćmą różnią się między sobą poziomem optymalnej jakości życia. Im słabsza ostrość wzroku, tym obniżenie jakości życia większe.
4. Zaćma stanowi nadal poważny problem społeczny, który ma negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia pacjentów oraz na jakość ich życia.

Piśmiennictwo / References

1. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil 1982, 63(2): 56-59.
2. De Walden-Gałuszko K. Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. [w:] Pamiętnik VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego. Jurata, 24-25 IX 1993. Gdańsk 1993.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961, 4(6): 561-571.
4. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL BREF: instrukcja. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red). AM, Poznań 2001: 235-265.
5. Woynarowska B. Jakość życia związana ze zdrowiem. [w:] Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2012: 41-43.
6. Szaflik J, Izdebska J, Zaleska A. Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty. <http://interkamerki.friko.pl/cataracta.htm> (20.05.2014).
7. Chojnacka C. Zależność występowania objawów depresyjnych od obniżenia ostrości wzroku u chorych hospitalizowanych na oddziale okulistycznym. Psychiatr Prakt Ogólnolek 2005, 5(1): 27-31.
8. Strzałka A. Choroby okulistyczne wymagające hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku. Gerontol Pol 2006, 14(3): 125-129.
9. Płachecka E, Malukiewicz G. Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy. Klin Oczna 2009, 111(7/9): 212-216.
10. Leinonen J, Laatikainen L. The decrease of visual acuity in cataract patients waiting for surgery. Acta Ophthalmol Scand 1999, 77(6): 681-684.
11. Katarakta, zaćma, leczenie zaćmy. http://www.katarakta.pl/Rozwoj_choroby.html (20.05.2014).
12. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle zmiennych społeczno-demograficznych (cz. 1). Pielęg XXI w. 2006, 4: 117-120.
13. Winiarska A. Jakość życia pacjentów z zaćmą. Pielęg XXI w 2008, 4: 31-35.
14. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Hygeia Publ Health 2013, 48(3): 274-278.
15. Oleś P. Poczucie jakości życia u chorych z zaburzeniami widzenia: koncepcja badań. [w:] Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. Oleś PK, Steuden S, Toczkołowski J (red). Tow Nauk KUL, Lublin 2002: 45-49.
16. Kalinowski P, Bojakowska U. Ocena satysfakcji z wyników leczenia wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej w prywatnej klinice okulistycznej. Probl Pielęg 2013, 21(2): 164-172.