

Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy

Evaluation quality of life of patients before and after cataract extraction

Elżbieta Płachecka¹, Grażyna Malukiewicz²

¹ Z Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

² Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Józef Kałużny

Summary:

Purpose: Our purpose was to identify to what extent cataract influences the quality of life of the affected patients.

Materials and methods: The examinations were conducted in a sample of patients treated from October 2005 to December 2006. To assess the quality of life the V-14 Questionnaire was used, modified and adapted up to local (Polish) conditions.

Results and conclusions: Cataract and the duration of waiting time for the cataract surgery together impaired psychological state. Cataract significantly decreased individual independence. Cataract extraction significantly improved quality of life, particularly regarding reading, self-care activity, topographical orientation and subjective perception of psychological state.

Słowa kluczowe:

zaćma, jakość życia.

Key words:

cataract, life quality.

Wstęp

Zainteresowanie problematyką jakości życia sięga lat 60. XX wieku. Pionierskie badania przeprowadził Campbell, który próbował określić dobrostan psychologiczny oraz jego uwarunkowania na podstawie subiektywnej oceny badanych i ich życiowych doświadczeń (1).

Jakość życia to termin, który często jest utożsamiany z dobrostanem, dobrym samopoczuciem czy satysfakcją z życia. W naukach społecznych jakość życia rozpatruje się przez pryzmat zaspokajania potrzeb typu egzystencjalnego (mieć), potrzeb związanych z bezpieczeństwem (być) oraz potrzeb dotyczących kontaktu społecznego (kochać i być kochanym) (2).

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę wydolności fizycznej, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań (3).

Przedstawiciele nauk społecznych wskazali, że istnieje niezliczona liczba definicji jakości życia (1). Farelén i Leplege zwrócili uwagę na to, że występuje tu wiele punktów wspólnych, Chibinel i Tal zaś stwierdzili, że koncepcja jakości życia jest nieuchwytna. Bańka dość trafnie ujmuje jakość życia, twierdząc, że jest to „(...) efekt rozwoju jednostki, czyli skutek procesu konstruowania standardów porównań dla osiągalnych w czasie informacji, z jednej strony, oraz wypadkowa rozłożonego w czasie procesu konstruowania sądów o życiu będących mentalnymi reprezentacjami życia i regulatorami procesu przetwarzania napływających informacji” (4). Dla każdego człowieka jakość życia to termin oznaczający

coś innego. Jakości życia nie da się zamknąć w jedną spójną i wyczerpującą definicję, ponieważ obejmuje ważne sfery fizyczne, społeczne i duchowe. Bańka podkreśla również, że człowiek oceniający jakość życia korzysta z czterech podstawowych źródeł: przeszłych doświadczeń, teraźniejszych przeżyć, oczekiwań związanych z przyszłością oraz opinii społecznej (5). Ważne jest to, że badacze nauk społecznych omawiając jakość życia, nie koncentrują się tylko na jednej definicji, a korzystają z kilku, co umożliwia ocenę jakości życia w różnych aspektach i dobranie najbardziej uniwersalnego określenia. Zainteresowanie jakością życia pacjentów okulistycznych pojawiło się dość późno – pod koniec ubiegłego wieku – i dotyczyło głównie osób z zaćmą.

Cel

Celem naszej pracy jest próba odpowiedzi na pytania, czy pojawienie się zaćmy ma wpływ na jakość życia pacjentów oraz czy operacja zaćmy zmienia jakość życia pacjentów i w jakim stopniu je zmienia.

Materiał i metodyka

Grupę badaną stanowiło 87 pacjentów w wieku od 43 lat do 89 lat (średnia $75,6 \pm 7,0$ SD), którym wykonano operację zaćmy. W badaniu wzięło udział 45 kobiet i 42 mężczyzn. Do badań wykorzystano kwestionariusz będący własną modyfikacją skal VF-14 i Catquest (6,7). Badania przeprowadzono w Klinice Chorób Oczu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, podzielono je na trzy etapy: badanie I – w momencie zakwalifikowania pacjenta do operacji i zapisania go do kolejki oczekujących, ba-

danie II – dzień przed operacją zaćmy, badanie III – w okresie od 6 tygodni do 8 tygodni po operacji. Badana osoba wypełniała ankietę sama lub z pomocą osoby towarzyszącej w sytuacji, gdy stopień jej inwalidztwa nie pozwalał na samodzielne wypełnienie. Ankieta była przeprowadzana anonimowo. W pierwszej części badań kwestionariusz dodatkowo zawierał pytania dotyczące danych socjodemograficznych. W drugiej części umieszczono pytanie dotyczące czasu oczekiwania na operację zaćmy oraz pytanie, czy pacjent doznał w tym okresie jakiegoś urazu. W trzeciej części poproszono pacjentów o samoocenę widzenia po operacji. W każdej części badań sprawdzano ostrość wzroku badanych chorych.

Pytania w kwestionariuszu podzielono na grupy. Pierwsza grupa pytań dotyczyła orientacji w terenie, druga – czynności, które umożliwiają samodzielną egzystencję, kolejne pytania zaś – oceny własnego widzenia, pracy zawodowej, aktywności w wolnym czasie, a także sfery psychofizycznej i, na koniec, własnej oceny jakości życia.

Kwestionariusz zawierał następujące pytania:

1. Czy ma Pan/ Pani trudności w rozpoznawaniu samochodów, świateł ulicznych lub znaków drogowych?
2. Czy ma Pan/ Pani trudności z rozpoznawaniem ludzkich twarzy i gestów z perspektywy drugiej strony ulicy?
3. Czy ma Pan/ Pani trudności z rozpoznawaniem sklepów, banków i innych miejsc po drugiej stronie ulicy?
4. Czy ma Pan/ Pani trudności z rozpoznawaniem numerów autobusów i odczytem trasy jego przejazdu?
5. Czy ma Pan/ Pani trudności z prowadzeniem samochodu z powodu pogorszenia wzroku?
6. Czy ma Pan/ Pani trudności, nawet w okularach, z czytaniem druku w gazetach, książkach, magazynach z powodu pogorszenia wzroku?
7. Czy ma Pan/ Pani trudności, nawet w okularach, z rozpoznawaniem cen w sklepach, marketach, odczytywaniem wydruków bankowych, tekstu na ulotkach produktów i leków?
8. Czy ma Pan/ Pani trudności, nawet w okularach, z telefonowaniem, zażywaniem leków lub podpisywaniem dokumentów z powodu pogorszenia widzenia?
9. Czy ma Pan/ Pani trudności z samodzielnym robieniem zakupów?
10. Czy ma Pan/ Pani trudności z samodzielnym poruszaniem się po ulicy?
11. Czy ma Pan/ Pani trudności z samodzielnym wykonywaniem prac porządkowych w mieszkaniu?
12. Czy jest Pan/ Pani samodzieln(a) w wykonywaniu czynności, takich jak: mycie się, przygotowywanie posiłków, pójście do toalety?
13. Czy ma Pan/ Pani trudności ze schodzeniem w dół po schodach z powodu pogorszenia wzroku?
14. Czy musiał(a) Pan/ Pani dokonać zmian w wykonywanej pracy zarobkowej z powodu pogorszenia widzenia?
15. Czy Pana/ Pani rozrywki (gimnastyka, gra w karty, oglądanie filmów) zostały zaniechane z powodu pogorszenia widzenia?
16. Czy Pana/ Pani życie towarzyskie uległo zmianie (kino, teatr, odwiedziny znajomych, podróżowanie) z powodu pogorszenia widzenia?
17. Czy Pana/ Pani stan psychiczny zmienił się z powodu słabego widzenia?
18. Czy mógłby (mogłaby) Pan/ Pani określić swój stan psychiczny jako depresyjny?
19. Jak ocenia Pan/ Pani swoją sprawność fizyczną?
20. Jak ocenia Pan/ Pani jakość swojego życia?
21. Jak ocenia Pan/ Pani swoją samodzielną życiową?

Każdy pacjent miał pięć możliwości odpowiedzi na pytania ankiety, liczby punktów sugerowały:

- 4 pkt – brak zaburzeń,
- 3 pkt – niewielkie zaburzenia,
- 2 pkt – średnie zaburzenia,
- 1 pkt – duże zaburzenia, wymagana pomoc drugiej osoby,
- 0 pkt – bardzo duże zaburzenia, nie jestem w stanie wykonać.

Za odpowiedź na jedno pytanie pacjent mógł więc uzyskać 0-4 punkty, w sumie za wszystkie odpowiedzi mógł uzyskać 0-84 punkty. Im wyższa liczba punktów, tym lepsza jakość życia danej osoby. Dodatkowo w celu uzyskania średnich wartości punkty za odpowiedzi zostały zsumowane i podzielone przez liczbę pytań, na które odpowiedziała badana osoba.

Rozkład normalny sprawdzano za pomocą testu W Shapiro-Wilka. W celu określenia istotności statystycznej użyto testu T (dla zmiennych o rozkładzie normalnym). Istotną różnicę między wartościami zmiennych stwierdzano wówczas, gdy $p < 0,05$.

Wyniki

Średnia suma punktów w poszczególnych badaniach wynosiła:

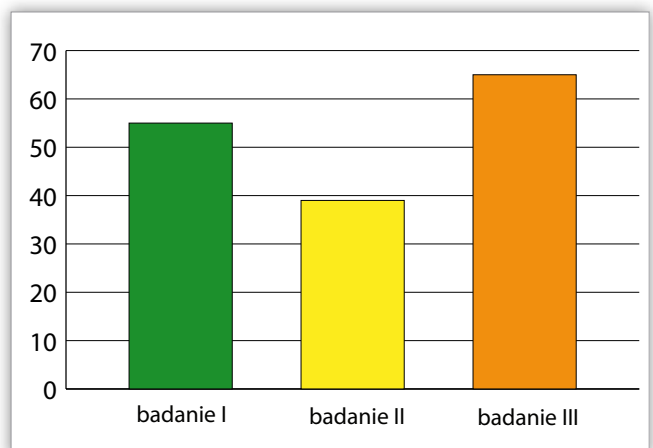
- I – 54,10 zakres: 48-60,
- II – 38,72 zakres: 32-60,
- III – 66,60 zakres: 52-84.

Wyniki te przedstawiono na rycinie 1. Różnice między poszczególnymi badaniami były statystycznie istotne.

Średnią z odpowiedzi na każde pytanie w trakcie trzech kolejnych badań przedstawiono w tabeli I. Średnia wartość punktowa każdego pytania maleje w badaniu II, rośnie zaś w badaniu III (6-8 tygodni po operacji zaćmy).

Pytania w ankiecie podzielono na grupy dotyczące:

- orientacji w terenie,
- czynności umożliwiających samodzielną egzystencję,



Ryc. 1. Jakość życia a operacja zaćmy – różnice istotne statystycznie między badaniami I a II, II a III, I a III ($p < 0,05$).

Fig. 1. Life quality and cataract surgery – significant differences between study I and II or II and III and I and III ($p < 0,05$).

Nr pytania/ No of question	I moment kwalifi- kacji do operacji/ qualification for surgery	II dzień przed operacją/ 1 day before surgery	III 6-8 tygodni po operacji/ 6-8 weeks after surgery)
1.	2,62	1,85	2,73
2.	2,62	1,55	2,98
3.	2,60	1,67	3,01
4.	2,62	1,55	3,00
5.	3,21	2,52	3,30
6.	2,37	1,64	3,41
7.	2,37	1,64	3,41
8.	2,37	1,64	3,41
9.	2,49	1,89	3,72
10.	2,47	1,93	3,29
11.	2,44	1,89	3,30
12.	2,47	1,87	3,29
13.	2,44	1,89	3,29
14.	2,87	2,80	2,87
15.	2,67	1,87	3,23
16.	2,67	1,89	3,26
17.	2,56	1,72	3,02
18.	2,56	1,72	3,02
19.	2,56	1,72	3,02
20.	2,56	1,72	3,02
21.	2,56	1,72	3,02

Tab. I. Średnie wartości odpowiedzi udzielanych na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu.

Tab. I. Mean values of the answers in the questionnaire.

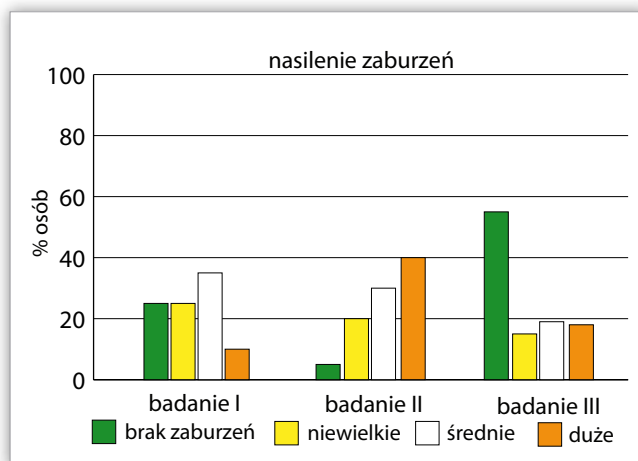
- oceny własnego widzenia,
- pracy zawodowej i aktywności w wolnym czasie,
- sfery psychofizycznej,
- oceny jakości życia i samodzielności życiowej.

Odpowiedzi na tak pogrupowane pytania zawarto w tabeli II.

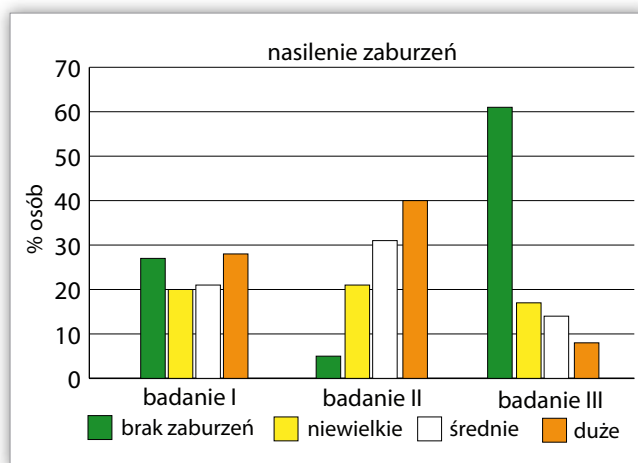
W badaniu dotyczącym orientacji w terenie (I) 26,4% chorych nie miało zaburzeń, 12,7% zaś – miało duże. W badaniu drugim wartości te wynosiły odpowiednio 5,8% i 41,4%, w trzecim – 52,9% i 16,1%. Również i tu oczekiwanie na operację pogarszało możliwości chorych, a operacja przynosiła radykalną poprawę (ryc. 2).

W grupie pytań dotyczących czynności wymaganych do samodzielnej egzystencji w pierwszym badaniu brak zaburzeń stwierdzono u 26,4% chorych, duże nasilenie zaburzeń – u 28,8%, w badaniu drugim odpowiednio 6,9% i 38,0%, w trzecim (po operacji zaćmy) 63,2% i 6,9% (ryc. 3).

Własna ocena możliwości widzenia przedstawiała się następująco:



Ryc. 2. Orientacja w terenie a operacja zaćmy.
Fig. 2. Topographical orientation and cataract surgery.



Ryc. 3. Czynności umożliwiające samodzielną egzystencję a operacja zaćmy.

Fig. 3. Self-care activity and cataract surgery.

badanie I – 12,7% bez zaburzeń, 21,8% z dużymi zaburzeniami,
badanie II – odpowiednio 6,9% i 62,0%,
badanie III – 64,4% i 8,0% (ryc. 4).

W grupie pytań dotyczących pracy zawodowej i aktywności w wolnym czasie, a także obejmujących sferę psychofizyczną, różnice między poszczególnymi badaniami nie były znaczące (tab. II).

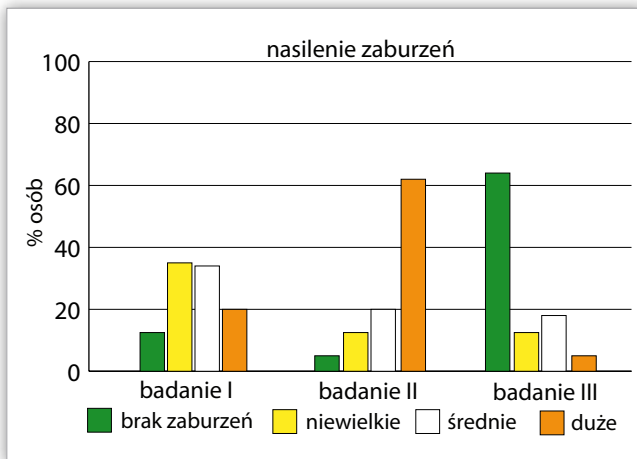
Wyniki ankiet dotyczące sprawności psychofizycznej, jakości życia i samodzielności życiowej przedstawia rycina 5.

W pierwszym badaniu 18,4% chorych nie miało zaburzeń w tym zakresie, 8,0% chorych zaś oceniali te zaburzenia jako duże. W drugim badaniu wartości te wynosiły odpowiednio 2,3% i 37,9%, w trzecim badaniu – 43,6% i 3,6%. Czas oczekiwania na operację wahał się od 3 miesięcy do 2 lat. Oczekiwanie w kolejce wiązało się z pogorszeniem, a usunięcie zaćmy dawało istotną poprawę.

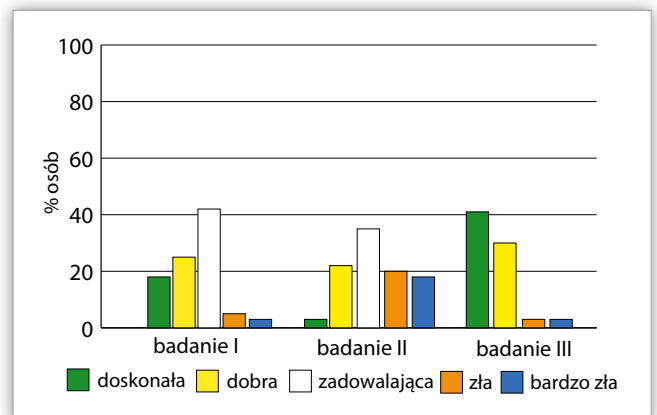
Spośród pacjentów biorących udział w badaniu 58 osób (66,7%) to emeryci i renciści. Tylko 6 osób (7,9%) w okresie oczekiwania na operację zostało przesuniętych na inne stanowisko pracy (3 kierowców, 1 maszynista, 2 księgowo).

Grupy pytań Questions groups		Nasilenie zaburzeń (%) / Disorder intensity (%)			
		brak zaburzeń/ no disorders	nasilenie niewielkie/ low	nasilenie średnie/ medium	nasilenie duże/ high
Orientacja w terenie/ Topographical orientation	I	26,4	25,3	35,6	12,7
	II	5,8	21,8	31,0	41,4
	III	52,9	12,6	18,4	16,1
Czynności samoobsługowe/ Self-care activity	I	26,4	21,8	23,0	28,8
	II	6,9	24,1	31,0	38,0
	III	63,2	11,5	18,4	6,9
Subiektywna ocena ostrości wzroku/ Subjective visual acuity Odczytywanie pisma o różnej wielkości czcionek/ Different size print reading	I	12,7	33,3	32,2	21,8
	II	6,9	12,7	18,4	62,0
	III	64,4	11,5	16,1	8,0
Praca zawodowa i aktywność w wolnym czasie/ Professional and leisure activities	I	40,2	11,5	18,4	29,9
	II	42,5	10,4	18,4	28,7
	III	45,9	10,4	18,4	25,3
Sfera psychofizyczna/ Psychophysical sphere	I	21,9	39,1	24,1	14,9
	II	8,0	28,8	40,2	23,0
	III	45,9	10,4	18,4	23,3
Własna ocena sprawności psychofizycznej, jakości życia i samodzielności życiowej/ Subjective perception of psychophysical fitness, life quality and independence	I	18,4	27,6	46,0	8,0
	II	2,3	25,3	34,5	37,9
	III	43,6	31,0	21,8	3,6

Tab. II. Sfery jakości życia w badaniu przed zabiegiem (liczby oznaczają procenty osób).
Tab. II. Life quality spheres before cataract surgery (numbers indicate percents).



Ryc. 4. Odczytywanie różnych rodzajów pisma a operacja zaćmy.
Fig. 4. Different size print reading and cataract surgery.



Ryc. 5. Własna ocena sprawności psychofizycznej, jakości życia i samodzielności życiowej.
Fig. 5. Subjective perception of psychophysical fitness, life quality and independence.

W trzecim okresie prowadzonych badań, tj. 6-8 tygodni po zabiegu, 3 osoby wróciły na swoje stanowisko pracy. W związku z tym, że w badaniu brały udział przeważnie osoby starsze (nieposiadające samochodu, prawa jazdy), kwestia prowadzenia samochodu dotyczyła tylko 46 osób (52,2%). W pierwszej części badania 20 osób (23%) nie miało żadnych problemów w tym zakresie, w drugiej części – 17 osób (21,8%) miało duże problemy, po operacji zaćmy zaś 22 osoby (25,3%) nie zgłaszały problemów.

Omówienie

W naszym badaniu wykazano, że występowanie zaćmy istotnie wpływa na obniżenie jakości życia pacjentów

($p < 0,005$), czego następstwem są znaczący stres emocjonalny pacjentów i wyraźne obniżenie ich stanu psychicznego.

Jak wynika z przedstawionych badań, czynności dotyczące samodzielnej egzystencji osób oczekujących operacji stanowią coraz większy problem, a usunięcie zaćmy daje radykalną poprawę. W czasie oczekiwania na operację (badania I – II) jakość życia pacjentów znacząco się pogorszyła. Czas oczekiwania w naszej grupie badanych wahał się od 3 miesięcy do ponad 24 miesięcy, co miało wpływ na ocenę własnej samodzielności. Pod koniec okresu oczekiwania na operację większość pacjentów wymagała pomocy innych z powodu zaburzeń widzenia. W krajach wysoko rozwiniętych pacjenci z zaćmą mają łatwy dostęp do opieki medycznej i tylko od ich decyzji zależy prze-

kładanie terminu operacji (8). W Polsce większość ludzi korzysta tylko z publicznej opieki medycznej, gdzie czas oczekiwania na hospitalizację jest długi. Należy zaznaczyć, że niski poziom ogólnego stanu zdrowia niektórych pacjentów w starszej grupie wiekowej sprawia, że operacja zaćmy rozwiązuje tylko część ich problemów. Inne czynniki, takie jak zdolność do adaptacji, wykształcenie, wsparcie rodziny i grupy społecznej, odgrywają także istotną rolę (9). Ponadto chorzy, którzy z powodu złego widzenia porzucili pewne zajęcia/ sposoby spędzania wolnego czasu, wcześniej sprawiające im radość, po zabiegu chętnie do nich wracają.

W przeprowadzonym przez nas badaniu poprawa ostrości wzroku po operacji nastąpiła u 81 pacjentów (92,7%), ale wynik w skali jakości życia wzrósł jedynie u 85,8% pacjentów. Poprawa w czynnościach samoobsługowych nastąpiła u 82% pacjentów. Inni autorzy uzyskali podobne wyniki – poprawę ostrości wzroku po operacji zanotowano u 94,5% pacjentów, jakość życia zaś polepszyła się u 83,6% pacjentów (10).

U 6,9% chorych, u których wykazano brak poprawy dotyczącej czytania druku, stwierdzono dodatkowo schorzenia okulistyczne, takie jak: starcze zwyrodnienie plamki, zaawansowana cukrzyca, otwór w plamce lub powikłania pooperacyjne (obrzęk plamki). Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w kilku ośrodkach okulistycznych w Szwecji w latach 1995-1997 (10,11).

Badani chorzy najczęściej uskarżali się na trudności z czytaniem tekstów zapisanych małym drukiem i nisko oceniali swoją jakość widzenia przed operacją. Na ten aspekt należy więc zwrócić szczególną uwagę. Jak sugerują inni autorzy, w łatwy sposób można pomóc tym osobom poprzez wprowadzenie książek i gazet, w których teksty są zapisane dużym drukiem, jak również poradnictwa dla osób starszych (9).

Skale jakości życia to testy psychometryczne, na wyniki których wpływa wiele czynników zarówno endo-, jak i egzogen-nych (3). Z naszych badań wynika jednak jasno, że pojawienie się zaćmy w sposób istotny pogarsza jakość życia. Oczekiwanie w kolejce na operację pogłębia ten stan, a pomyślnie przeprowadzona operacja przynosi radykalną poprawę. Taki stan rzeczy powinien być uwzględniany przez instytucje decydujące o liczbie operacji zaćmy wykonywanych w Polsce.

Podsumowanie

1. Występowanie zaćmy w istotny sposób obniża jakość życia, ogranicza niektóre czynności umożliwiające samodziel-

ną egzystencję. Długi czas oczekiwania na operację wpływa negatywnie na stan psychiczny.

2. Po operacji zaćmy występuje istotna poprawa jakości życia, szczególnie w zakresie czytania, czynności samoobsługowych, orientacji w przestrzeni, i własnej oceny stanu psychicznego.

Piśmiennictwo:

1. Romney DM: *A structural analysis of health related quality of life dimensions*. Hum Relat 2002, 45, 165-176.
2. Czerniawska O: *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź, 2000.
3. Kózka M: *Jakość życia w medycynie – techniki oceny*. W: *Wokół stomii*. Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji dla lekarzy i pielęgniarek, Szczyrk, 2001.
4. Bańka A: *Psychologia jakości życia*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań, 2005.
5. Steller B: *Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe*. Piel Pol 2001, 2, 227-229.
6. Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Casard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM i wsp.: *The VF-14. An Index of Functional Impairment in Patients with Cataract*. Arch Ophthalmol 1994, 112, 630-638.
7. Lundström M, Roos P, Jensen S, Fregell G: *Catquest questionnaire for use in cataract surgery care: Description, validity, and reliability*. J Cataract Refract Surg 1997, 23, 1226-1236.
8. Curbow B, Legro MW, Brenner MH: *The influence of patient-related variables in the timing of cataract extraction*. Am J Ophthalmol 1993, 115, 614-622.
9. Clement WN, Johnny CC, Keith SK, Wai-King W, Ken CK, Pearl SY: *Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong*. J Cataract Refract Surg 2003, 29, 1753-1760.
10. Lundström M, Brege KG, Florén I, Stenevi U, Thornburn W: *Impaired visual function after cataract surgery assessed using the Catquest questionnaire*. J Cataract Refract Surg 2000, 26, 101-108.
11. Lundström M, Stenevi U, Thornburn W: *Quality of life after first- and second-eye cataract surgery*. J Cataract Refract Surg 2001, 24, 968-974.

Praca wpłynęła do Redakcji 03.09.2008 r. (1078)
Zakwalifikowano do druku 01.07.2009 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

mgr Elżbieta Płachecka
ul. Polczyńska 4/171
85-711 Bydgoszcz