

## PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

## Samooceńa stanu zdrowia pacjentów z jaskrą

## Self-reported health status of patients with glaucoma

BOŻENA MROCZEK<sup>1, A-C</sup>, BOGUMIŁA MARCINKIEWICZ<sup>2, A, B, D, F</sup>,  
MAGDALENA KUCZYŃSKA<sup>1, B, F</sup>, DONATA KURPAS<sup>3, 4, C, D, F</sup>

<sup>1</sup> Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

<sup>2</sup> Poradnia Okulistyczna. SPZZOZ w Stargardzie Szczecińskim

<sup>3</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>4</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,  
**E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** **Wstęp.** Jaskra, według WHO, jest drugą po zaćmie przyczyną ślepoty oraz chorobą narządu wzroku o największym wzroście zapadalności wraz z wiekiem. Każdego roku z powodu jaskry wzrok traci około 2,4 mln osób. Najczęściej występującą postacią jaskry na świecie i w Polsce jest jaskra otwartego kąta (IPOK). W Polsce na jaskrę choruje ponad 800 tys. osób, prawdopodobnie 10% chorych nie zdaje sobie z tego sprawy.

**Cel badań.** Ocena stanu zdrowia i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu pacjentów chorujących na jaskrę.

**Materiał i metody.** Przeprowadzono wywiad z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza wśród 103 chorych leczonych w poradni okulistycznej. Kobiety stanowiły 68,9% (71), mężczyźni 31,1% (32), średni wiek kobiet wynosił  $66,9 \pm 11,55$ , a mężczyzn –  $60,46 \pm 9,85$ . Mężczyźni chorowali dłużej na jaskrę od kobiet:  $12,93 \pm 7,35$  vs.  $9,95 \pm 7,10$ . Najczęściej z jaskrą współwystępowały: nadciśnienie tętnicze (65%, 67), inne choroby układu sercowo-naczyniowego (72,81%, 75) i cukrzyca (24,3%, 25).

**Wyniki.** Stan zdrowia jako przeciętny oceniło 55,34% (57) badanych – częściej taką ocenę stwierdzono u kobiet – 61,97% (44) niż u mężczyzn – 40,63% (13). Gorzej stan zdrowia oceniły osoby powyżej 65. roku życia ( $H = 17,64$ ;  $p = 0,0001$ ). Pogorszenie ostrości wzroku potwierdzono badaniem lekarskim u 45,10% (46), częściej u kobiet niż u mężczyzn ( $H = 10,94$ ;  $p = 0,004$ ). Spośród dolegliwości somatycznych badani najczęściej odczuwali bóle głowy (35%, 36), ból gałek ocznych (31,1%, 32), łzawienie (17,5%, 18). Dolegliwości związane z jaskrą ograniczały codzienną aktywność głównie u kobiet ( $H = 7,21$ ;  $p = 0,02$ ) i osób powyżej 65. roku życia ( $H = 26,64$ ;  $p = 0,0001$ ). Ograniczenia najczęściej dotyczyły czynności wysiłkowych (92,2%, 95) oraz czynności higienicznych (37,80%, 39). Konieczność stałego korzystania z pomocy osób drugich wskazało 30,1% (31). Systematycznie na wizytę do lekarza okulisty zgłaszało się 4,9% (5) badanych.

**Wnioski.** Stan zdrowia, ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu oraz korzystanie z pomocy osób drugich są związane z wiekiem, płcią i czasem trwania choroby chorych na jaskrę. Pacjenci z jaskrą wymagają wsparcia w zakresie regularnych kontroli okulistycznych oraz w zakresie samoopieki w chorobach przewlekłych współistniejących z jaskrą.

**Słowa kluczowe:** jaskra, ocena stanu zdrowia, ograniczenia funkcjonowania, wizyty kontrolne.

**Summary** **Background.** Glaucoma, according to the WHO, is the second cause of blindness after cataract and is an ocular disease with the greatest increase in incidence with age. Each year due to glaucoma about 2.4 million people lose eyesight. The most common form of glaucoma in the world and Poland is open angle glaucoma (POAG). In Poland, glaucoma affect more than 800 thousand people, probably 10% of patients are not aware of it.

**Objectives.** The purpose of this study was to assess health status and identify the most common somatic complaints among glaucoma patients.

**Material and methods.** The authors used a questionnaire of their own design to interview 103 patients receiving treatment in an ophthalmology outpatient clinic. Women constituted 68.9% (71) and men 31.1% (32). The mean age of women was  $66.9 \pm 11.55$ , and men –  $60.46 \pm 9.85$ . Men suffered from glaucoma for a longer time than women:  $12.93 \pm 7.35$  vs.  $9.95 \pm 7.10$ . Glaucoma coexisted mostly with hypertension (65%, 67), other cardiovascular diseases (72.81%, 75) and diabetes (24.3%, 25).

**Results.** Health status was assessed as average by 55.34% (57) of the surveyed (more women than men: 61.97% (44) vs. 40.63% (13)). Health status was assessed as lower by patients over 65 years of age ( $H = 17.64$ ;  $p = 0.0001$ ). A medical examination confirmed the deterioration in vision in 45.10% (46) of the patients, the majority of whom were women ( $H = 10.94$ ;  $p = 0.004$ ). Somatic complaints experienced most frequently were headaches (35%, 36), painful eyeballs (31.1%, 32), and watering of the eyes (17.5%, 18). Limitation in everyday activities was mostly reported by women ( $H = 7.21$ ;  $p = 0.02$ ) and patients over 65 years of age ( $H = 26.64$ ;  $p = 0.0001$ ). In 92.2% (95) of cases, it referred to activities involving physical effort, and in 37.80% (39) – activities associated with personal hygiene. The necessity of using others' help was mentioned by 30.1% (31), those who visited an ophthalmologist regularly constituted 4.9% (5).

**Conclusions.** Health status, limitations in everyday functioning, and using other people's help are associated with age and gender of glaucoma patients. Patients need support concerning regular eye check-ups and self-care in chronic diseases coexisting with glaucoma.

**Key words:** glaucoma, self-reported health status, functioning limitations, check-ups.

## Wstęp

Jaskra, według WHO, jest drugą po zaćmie przyczyną ślepoty oraz chorobą narządu wzroku o największym wzroście zapadalności wraz z wiekiem [1–10]. Każdego roku

z powodu jaskry wzrok traci około 2,4 mln osób. Dotyczy to około 3% populacji powyżej 40. roku życia oraz 17% populacji powyżej 85. roku życia, występuje 6–8 razy częściej u rasy czarnej niż u kaukaskiej, zauważalne są różnice geograficzne [1, 3, 10, 11]. Najczęściej występującą po-

stacją jaskry na świecie i w Polsce jest jaskra otwartego kąta (JPOK), częstość występowania tej postaci jaskry ocenia się na od 1 do 2,1% wśród rasy białej [1, 3–5, 12, 13]. W Polsce na jaskrę choruje ponad 800 tys. osób, prawdopodobnie 10% chorych nie zdaje sobie z tego sprawy. Najnowsze dane WHO przewidują 120% wzrost zachorowalności na jaskrę wśród osób po 60. roku życia do 2050 r. [2, 6].

Następstwa jaskry to nie tylko zaburzenia widzenia, wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, ale także zaburzenia w sferze ogólnego stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego [14–16]. Upośledzenie widzenia wiąże się m.in. ze znacznie większą urazowością, wzrostem częstości złamania szyjki kości udowej i występowania zaburzeń depresyjnych, wczesną koniecznością opieki pielęgniarskiej oraz znacznym ograniczeniem aktywności zawodowej tej grupy osób [17]. Jaskra jest więc nie tylko zaburzeniem somatycznym, ale także przyczyną trudności społecznych i psychologicznych pacjenta, w szczególności pogarsza ogólną jakość życia i zmienia styl życia chorych [6, 14].

Jaskra jest chorobą nieuleczalną, ale może być kontrolowana przez wdrożenie odpowiedniej terapii. Głównym celem leczenia jaskry jest utrzymanie funkcji widzenia i związanej z nią jakości życia. Coraz większy nacisk kładzie się także na ocenę kosztów leczenia, w rozumieniu zarówno uciążliwości terapii i działań niepożądanych dla pacjenta, jak i obciążenia finansowego systemu opieki [7, 8]. Obecnie lekarz rodzinny wydaje skierowanie do lekarza okulisty, a także kieruje pacjenta w przypadkach szczególnych na ostry dyżur okulistyczny. W wielu przypadkach konsultacja okulistyczna i leczenie specjalistyczne są niezbędne, jednakże lekarz rodzinny musi dysponować dobrą znajomością nagłych stanów okulistycznych, aby odpowiednio selekcjonować chorych i podejmować trafne decyzje o dalszym postępowaniu i leczeniu. Ponadto lekarz rodzinny prowadzi profilaktykę narządu wzroku z uwzględnieniem wieku pacjenta w celu wczesnego wykrycia zmian związanych z jaskrą [5, 15, 18].

## Cel pracy

Celem badań była ocena stanu zdrowia i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu pacjentów chorujących na jaskrę.

## Materiał i metody

Do badań zastosowano metodę skategoryzowanego wywiadu kwestionariuszowego w opracowaniu własnym. Kwestionariusz podzielono na dwie części, w pierwszej zawarto pytania dotyczące danych socjodemograficznych i medycznych. Część druga dotyczyła zagadnień związanych z samooceną stanu zdrowia, ograniczeń wynikających z choroby w wykonywaniu czynności, dolegliwości związanych z chorobą, poczucia zależności i stylu życia, emocji, objawów związanych z dolegliwościami narządu wzroku. Uzyskano zgodę na przeprowadzenie badań wśród pacjentów Poradni Okulistycznej SPZZOZ w Stargardzie Szczecińskim, w której z powodu jaskry leczyły się 643 osoby, w tym 468 (72,8%) kobiet i 175 (27,2%) mężczyzn. Zastosowano dobór losowy, pacjenci byli poinformowani o celu badania i przestrzeganiu prawa do poufności danych. Uzyskano wywiady od 103 chorych, co stanowiło 16,02% wszystkich osób leczonych w poradni z powodu jaskry.

Grupę badaną stanowiło 71 (68,9%) kobiet i 32 (31,1%) mężczyzn. Kobiety chorowały dłużej na jaskrę od mężczyzn, średni czas trwania choroby kobiet wynosił: 12,93 ± 7,35 vs. 9,95 ± 7,10 u mężczyzn, nie wykazano istotnych statystycznie różnic ( $H = 0,85$ ;  $p = 0,65$ ).

Dane socjodemograficzne z uwzględnieniem chorób współwystępujących przedstawiono w tabeli 1. W badanej

grupie występowała wielochorobowość, średnio u jednej osoby stwierdzono ponad 2 choroby przewlekłe ( $X = 2,54$ ).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Zmienna	Razem		Kobiety	Mężczyźni
	N	%		
<b>Wiek</b> – $X \pm SD$ – min–maks	103	100	71 (68,9%) 66,9 ± 11,55 37–88	32 (31,1%) 60,46 ± 9,85 39–81
<b>Płeć</b> – kobiety – mężczyźni	71 32	68,9 31,1		
<b>Wykształcenie</b> – podstawowe – zawodowe – średnie – wyższe	28 34 31 10	27,2 33,0 30,1 9,7		
<b>Miejsce zamieszkania</b> – wieś – miasto do 100 tys.	26 77	25,2 74,8		
<b>Czas trwania choroby</b> – $X \pm SD$ – min–maks			9,96 ± 7,09 2–36	12,93 ± 7,36 1–32
<b>Choroby współistniejące</b> – cukrzyca – choroba nowotworowa – astma – choroby układu krążenia, w tym: – nadciśnienie tętnicze – miażdżyca – inne choroby układu krążenia – inne choroby	25 7 13 67 28 47 74	24,3 6,8 12,6 65,0 27,2 45,6 71,8		

## Metody statystyczne

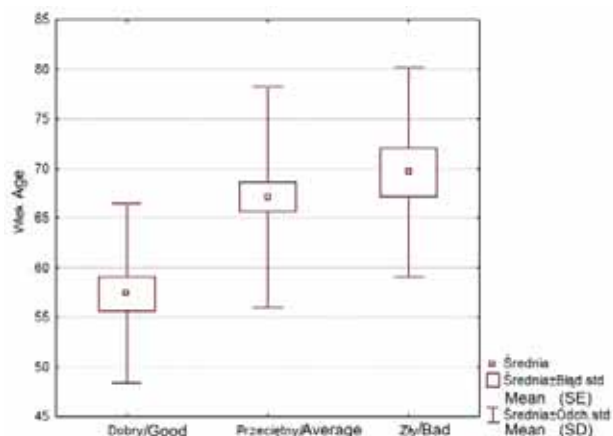
Za pomocą testu niezależności  $\chi^2$  Pearsona określano, czy istnieje zależność między płcią, wiekiem i czasem trwania choroby oraz badanymi zmiennymi określającymi wpływ choroby na życie pacjentów. Zastosowano również test Kruskala-Wallisa do zbadania wpływu wieku i czasu trwania choroby na funkcjonowanie w życiu codziennym. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ . Wszelkie przekształcenia danych surowych oraz wstępne obliczenia przeprowadzono w arkuszu kalkulacyjnym MS EXCEL 2007. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu STATISTICA 7.1 PL.

## Wyniki

Większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako przeciętny (55,34%, 57), częściej taką ocenę stwierdzano u kobiet (61,97%, 44) niż u mężczyzn (40,63%, 13), natomiast jako dobry swój stan zdrowia oceniło (27,18%, 28) badanych, w tym (21,13%, 15) kobiet i (49,63%, 13) mężczyzn. Niespełna co piąty badany (17,48%, 18), kobiety – 18,75% (6) vs. mężczyźni 16,9% (12), ocenił swój stan zdrowia jako zły. Nie stwierdzono statystycznie istotnych

różnic w ocenach stanu zdrowia z uwzględnieniem płci –  $\chi^2 = 4,94$ ;  $p = 0,08$ .

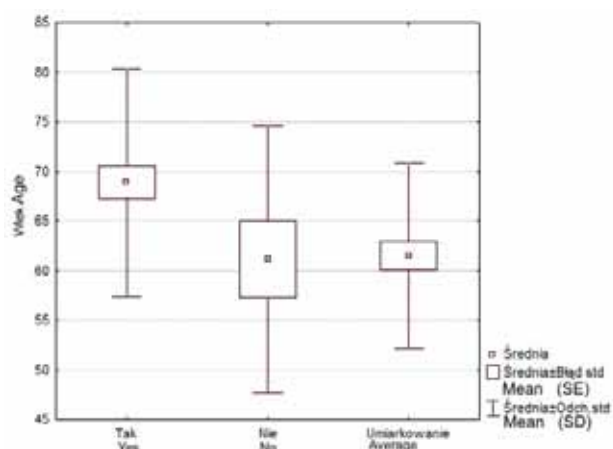
Natomiast wiek istotnie różnicował oceny stanu zdrowia. Chorzy oceniający stan zdrowia jako dobry byli młodsi od osób oceniających stan zdrowia jako przeciętny i zły ( $H = 17,64$ ;  $p = 0,0001$ ) (ryc. 1). Nie uzyskano statystycznego potwierdzenia, aby przeciętny czas trwania choroby różnicował oceny stanu zdrowia ( $H = 0,858$ ;  $p = 0,651$ ).



**Rycina 1.** Ocena stanu zdrowia z uwzględnieniem wieku pacjentów z jaskrą

Odczuwalne zaburzenia w polu widzenia (znaczne i umiarkowane) w ciągu 6 miesięcy poprzedzających ankietowanie zgłaszało (84,46%, 87) badanych, w tym 85,91% (61) kobiet i 81,25% (26) mężczyzn ( $\chi^2 = 5,43$ ;  $p = 0,06$ ). Stwierdzono istotne statystycznie różnice występowania odczuwalnych zaburzeń w polu widzenia związanych z wiekiem (od 55 do 88 lat) ( $H = 13,04$ ;  $p = 0,001$ ) i czasem trwania choroby ( $H = 6,81$ ;  $p = 0,03$ ), osoby dłużej chorujące wskazywały znaczne i umiarkowane zaburzenia w polu widzenia.

Znaczne pogorszenie ostrości widzenia w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie potwierdzone badaniem lekarskim częściej stwierdzano u osób starszych ( $H = 10,94$ ;  $p = 0,0040$ ) (ryc. 2).



**Rycina 2.** Pogorszenie ostrości widzenia a wiek pacjentów z jaskrą

Spośród dolegliwości somatycznych związanych z jaskrą badani najczęściej wskazywali (kategorie: kilka razy dziennie i prawie codziennie) – bóle głowy (35%, 36), ból gałek ocznych (31,1%, 32), łzawienie (17,5%, 18) i pieczenie gałek ocznych (16,5%, 17).

Negatywny wpływ dolegliwości związanych z jaskrą na codzienną aktywność i funkcjonowanie społeczne stwier-

dziło 62,14%, (64) chorych, w tym 70,42%, (50) kobiet i 43,75%, (14) mężczyzn, różnice istotne statystycznie ( $\chi^2 = 7,19$ ;  $p = 0,02$ ).

Dolegliwości te ograniczały codzienną aktywność i funkcjonowanie społeczne głównie osób powyżej 65. roku życia ( $H = 26,64$ ;  $p = 0,0001$ ). Ograniczenia wynikające z chorowania na jaskrę (kategorie: zdecydowanie ograniczają i nieznacznie ograniczają) badani odczuwali przede wszystkim podczas wykonywania czynności wysiłkowych (92,23%, 19), porządkowania mieszkania i przygotowywania posiłków (74,76%, 77) oraz przy czynnościach higienicznych (37,86%, 39) (tab. 2).

**Tabela 2.** Ograniczenia w codziennych aktywnościach wynikające z zaburzenia widzenia

Ograniczenia	Zdecydowanie ograniczają		Nieznacznie ograniczają		Nie ograniczają	
	N	%	N	%	N	%
Czynności wysiłkowe	69	67,0	26	25,2	8	7,8
Porządkowanie mieszkania i przygotowywanie posiłków	37	35,9	40	38,8	26	25,2
Noszenie zakupów	26	25,2	46	44,7	31	30,1
Wchodzenie po schodach	27	26,2	45	43,7	31	30,1
Schylanie, kłęknięcie, pochylanie się	25	24,3	47	45,6	31	30,1
Kąpanie i ubieranie się	6	5,8	33	32,0	64	62,1

Choroba podstawowa oraz choroby współistniejące ograniczały aktywność społeczną i towarzyską (kategorie: całkowicie ogranicza, często ogranicza, rzadko) 64,1%, (66) chorym. Konieczność stałego korzystania z pomocy osób drugich z powodu zaburzenia widzenia i pogarszającego się stanu zdrowia wskazało 30,1% (31) badanych, często potrzebowało pomocy 15,5% (16) chorych, samodzielność w zakresie samoobsługi i funkcjonowania społecznego zachowała ponad połowa respondentów – 54,4% (56). Badani zgłaszali potrzebę pomocy przy kontrolowaniu cukrzycy. Z grupy chorych na cukrzycę (84%, 21) przy pomiarze ciśnienia tętniczego pomocy wymagał co piąty badany (20,9%, 14), podobnie jak przy przyjmowaniu zleconych leków okulistycznych – 19,4% (20) chorych z jaskrą. Systematycznie na każdy wyznaczony przez lekarza okulistę termin wizyty zgłaszał się co dwudziesty badany (4,9%, 5). Najczęściej chorzy zgłaszali się na wizyty kontrolne co 2 miesiące (73,8%, 76) lub raz w miesiącu (20,4%, 21), głównie ze względu na złe samopoczucie i ból oka.

## Dyskusja

Utrata wzroku w wyniku jaskry powoduje ograniczenia w wypełnianiu roli zawodowej i społecznej, w tym rodzinnej, znacznie obniżając jakość życia. Jest to niepełnosprawność, która w konsekwencji powoduje całkowitą zależność chorego od opiekunów, zmniejsza albo uniemożliwia możliwości zarobkowe i zmusza pacjentów do korzystania z zasiłków, rent czy zapomóg. Jak pokazują wyniki badań, jaskrze można zapobiegać, a wczesna diagnostyka tej choro-

by pozwala na opóźnienie jej progresji [1–5]. W zakresie wczesnego wykrywania jaskry konieczna jest jednak promocja działań profilaktycznych, zgodnie z obowiązującym programem profilaktyki jaskry, w grupie osób chorych i zagrożonych jaskrą, opiekunów, jak i w grupie lekarzy rodzinnych [6]. Realizatorem programu jest lekarz okulista, z którym NFZ podpisał umowę, ale obecnie pacjent musi uzyskać skierowanie do okulisty od lekarza rodzinnego. Zdaniem Misiuk-Hojło i Kaczmarek oraz Olszewskiej i wsp., w profilaktyce jaskry istotne znaczenie ma współpraca lekarza okulisty i lekarza rodzinnego, pacjenta i pielęgniarki rodzinnej, stosowanie się do zaleceń i przestrzeganie terminów okulistycznych wizyt kontrolnych, a u osób powyżej 40. roku życia wykonanie pełnego badania okulistycznego co najmniej raz w roku [1–2].

W badaniach własnych określono ogólną ocenę stanu zdrowia pacjentów chorych na jaskrę w zależności od wybranych czynników, takich jak: wiek, płeć, czas trwania choroby oraz stosowanie się do zaleceń lekarza. Wykazano, że wiek istotnie statystycznie różnicuje ocenę stanu zdrowia, osoby powyżej 60 lat oceniły gorzej od osób młodszych. Natomiast nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w ocenie stanu zdrowia z uwzględnieniem płci i czasu trwania choroby. W badaniach Gerkowicz i wsp. przeprowadzonych w grupie 212 osób z jaskrą subiektywna ocena stanu zdrowia mężczyzn była wyższa niż u kobiet. Najwyżej swoje zdrowie oceniały osoby poniżej 40. roku życia, a najniżej osoby powyżej 60 lat [19]. Podobne wyniki dotyczące oceny stanu zdrowia z uwzględnieniem płci i wieku chorych z jaskrą uzyskano w przekrojowych badaniach populacyjnych z zastosowaniem metody warstwowej i doboru losowego w latach 1996 i 2000 w obszarze miejskim i wiejskim w Azji [20]. W analizach tych stwierdzono, że jaskra częściej występuje wśród mieszkańców miast niż wsi, a w miastach ryzyko wystąpienia jaskry wzrastało wraz z wiekiem, z kolei płeć żeńska była czynnikiem ryzyka jaskry wśród mieszkańców wsi. Czynnikiem wspólnym dla mieszkańców miast i wsi było wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe [20]. Olszewska i wsp. wykazali, że czynnikami niemodyfikowanymi ryzyka jaskry są: wiek ponad 40 lat, płeć żeńska, rasa czarna i czynniki genetyczne [2]. Podobnie Misiuk-Hojło i Kaczmarek wskazały, że jaskra występuje w każdym wieku, ale wzrost zachorowalności obserwuje się u osób powyżej 40. roku życia [1]. Natomiast Nangia i wsp. na podstawie okulistycznych badań populacyjnych w kierunku jaskry w oparciu o kryteria *The International Society of Geographical and Epidemiological Ophthalmology* (ISGEO) w grupie 4570 mieszkańców wsi w Azji wskazała na częstsze występowanie jaskry u kobiet [10]. Potwierdzili również, że jaskra pojawia się u ludzi już powyżej 30. roku życia i statystycznie istotnie częściej jej rozpoznawalność wzrasta wraz z wiekiem ( $p < 0,001$ ), począwszy od 0,54% (95% CI: 0,11–0,98) u osób w wieku 30–39 lat do 14,3%

(95% CI: 4,13–24,4) u osób w wieku powyżej 80 lat [10]. Powyższe wyniki zostały potwierdzone w badaniach Raychaudhari i wsp. [21]. Ryzyko wystąpienia jaskry u osób powyżej 80 lat w porównaniu do osób powyżej 59 lat wzrasta z 2,7% (95% CI: 1–3,7) do 6,5% (95% CI: 0,0–14,1) [21]. Podobny trend opisały Misiuk-Hojło i Kaczmarek oraz Czechowicz-Janicka [1, 14].

Stan somatyczny oraz konsekwencje pogarszającego się stanu zdrowia, przekładające się na codzienne funkcjonowanie, są jednym z podstawowych elementów włączanych w ogólną ocenę zdrowia i jakości życia. W badaniach własnych wykazano, że osoby chore na jaskrę zgłaszają trudności w wykonywaniu codziennych czynności m.in. w samoopiece i samoobsłudze, w poruszaniu się poza domem, w wykonywaniu obowiązków domowych. Problemy te nasilają się wraz z narastającym ubytkiem w polu widzenia. Badani zgłaszali trudności przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów, myciu okien oraz szybkim marszu. Dwie trzecie respondentów stwierdziło, że ich stan zdrowia zdecydowanie ogranicza wykonywanie tego typu czynności. Z czynności samoobsługowych mycie się i ubieranie były czynnościami, których wykonywanie było utrudnione z powodu zaburzenia widzenia.

Częściej kobiety i pacjenci w wieku podeszłym stwierdzali, że w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe występowały u nich odczuwalne zaburzenia w polu widzenia, powodujące zmianę stylu życia związaną z aktywnością społeczną i towarzyską.

Jaskra jest zaburzeniem, w którym ogromne znaczenie ma zastosowanie leczenia zgodnego z obowiązującymi standardami oraz postawa chorego obejmująca systematyczne stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie farmakoterapii, higieny narządu wzroku oraz zgłaszaniu się na wizyty kontrolne do poradni okulistycznej. Jedna trzecia badanych nie stosuje się do tych zaleceń, ale biorąc pod uwagę stan zdrowia związany z chorobami współistniejącymi z jaskrą, zaburzenia widzenia oraz podeszły wiek, jest to grupa chorych, która wymaga pomocy osób drugich, w tym opieki pielęgniarki rodzinnej.

## Wnioski

U chorujących na jaskrę stan zdrowia pozostaje w zależności z wiekiem. Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu oraz korzystanie z pomocy osób drugich wynikają z pogarszającego się wzroku i ogólnego stanu zdrowia.

Pacjenci z jaskrą wymagają wsparcia w zakresie regularnych kontroli okulistycznych, a ze względu na wiek i choroby współistniejące konieczne są wizyty pielęgniarki rodzinnej w celu określenia wydolności opiekunów rodziny oraz koniecznej opieki lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki rodzinnej, w zakresie samoopieki w jaskrze i chorobach przebiegających współistniejących z jaskrą.

## Piśmiennictwo

1. Misiuk-Hojło M, Kaczmarek R. Czynniki ryzyka jaskry w aspekcie współpracy lekarza rodzinnego i okulisty. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 406–411.
2. Olszewska H, Wojciechowska K, Jegier A. Profilaktyka jaskry. *Med Rodz* 2009; 2: 29–37.
3. Niżankowska MH, Kaczmarek R, Jakubaszko J. Poziom wykrywalności jaskry i nadciśnienia ocznego w populacji wrocławskiej – wrocławskie badania populacyjne. *Adv Clin Exp Med* 2004; 13(4): 607–613.
4. Kuprjanowicz L, Karczewicz D. Neuroprotekcja w jaskrze. *Ann AM Stetinensis* 2007; 53(suppl. 1): 22–29.
5. Niżankowska MH, Kaczmarek R. Prevalence of glaucoma in the Wrocław population. The Wrocław epidemiological study. *Ophthalmol Epidemiol* 2005; 12(6): 363–371.
6. Kłoniecki J. Psychospołeczne problemy zagrożenia jaskrą. *Przew Lek* 2002; 5(12): 115–116.
7. Misiuk-Hojło M, Pomorska M. Wytyczne postępowania w jaskrze według Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego. *Mag Lek Okul* 2009; 3(1): 19–25.
8. Tuulonen A, Salminen H, Linna M, et al. The need and total cost of Finnish eye care services: a simulation model for 2005–2040. *Acta Ophthalmol* 2005; 87(8): 820–829. DOI: 10.1111/j.1755-3768.2009.01532.x.

9. Polskie Towarzystwo Okulistyczne opublikowało nowe wytyczne i standardy leczenia jaskry. *Puls Med* 2015. [cyt. 12.02.2015]. Dostępny na URL: <http://pto.com.pl/app/webroot/userfiles/Wytyczne-PTO-Leczenie%20jaskry%202013.pdf>.
10. Nangia V, Jonas JB, Bhojwani K, et al. Prevalence and associated factors of glaucoma in rural central India. *PLoS One* 2014; 9(7): e103222. doi: 10.1371/journal.pone.0103222.eCollection 2014.
11. Munoz B, West SK, Rubin GS, et al. Causes of blindness and visual impairment in a population of older Americans: the Salisbury Eye Evaluation Study. *Arch Ophthalmol* 2000; 118(6): 819–825.
12. *Glaucoma*. American Optometric Association. <http://www.aoa.org/Glaucoma.xml> (6.3.2012)].
13. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol* 2006; 90(3): 262–267.
14. Czechowicz-Janicka K. Jaskra – co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o tej chorobie? *Przew Lek* 2002; 1–2: 82–87.
15. Stankiewicz A, Wierzbowska J. Jak będziemy leczyć jaskrę za 10 lat – nowe perspektywy. *Okulistyka* 2008; 1: 84.
16. Rossetti L, Goni F, Denis P, et al. Focusing on glaucoma progression and the clinical importance of progression rate measurement: a review. *Eye* 2010; 24: 1–7.
17. Zapis stenograficzny (2273) z 128. posiedzenia Komisji Zdrowia w dniu 14 czerwca 2011 r. [cyt. 12.02.2015]. Dostępny na URL: <http://ie.senat.gov.pl/k7/kom/kz/2011/128z.htm>.
18. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r. nr 000 poz. 1138).
19. Gerkowicz M, Jaroszewicz C, Makara-Studzińska M, et al. Subiektywna ocena zdrowia w jaskrze. *Mag Lek Okul* 2009; 3(2): 85–90.
20. Garudadri C, Senthil S, Khanna RC, et al. Prevalence and risk factors for primary glaucomas in adult urban and rural populations in the Andhra Pradesh Eye Disease Study. *Ophthalmol* 2010; 117(7): 1352–1359. doi: 10.1016/j.ophtha.2009.11.006.
21. Raychaudhari A, Lahiri SK, Bandyopadhyay M, et al. A population based survey of the prevalence and types of glaucoma in rural West Bengal: the West Bengal Glaucoma Study. *Br J Ophthalmol* 2005; 89(12): 1559–1564.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Bożena Mroczek  
 Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie PUM  
 ul. Gen. Dezyderego Chłapowskiego 11  
 70-103 Szczecin  
 Tel.: 91 44-14-751/752  
 E-mail: b\_mroczek@data.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.03.2015 r.

Po recenzji: 25.03.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 30.03.2015 r.