

WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ W KUTNIE
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z JASKRĄ

**Teresa Pierzchalska-Mudyna
Hanna Malik
Renata Adamek**

KUTNO 2018

Praca Zbiorowa

dr Teresa Pierzachalska-Mudyna, Hanna Malik, dr Renta Adamek

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z JASKRĄ**Recenzja wydawnicza**

dr Janusz Mudyna

Redaktor

Zbigniew Białobłocki

Korekta

Aneta Moszczyńska

Skład

Łukasz Różyński

Wydanie I

ISBN 978-83-63484-32-3

Druk i oprawa

Mazowieckie Centrum Poligrafii
ul. Mikołaja Ciurlionisa 4
05-260 Marki

© Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie – Kutno 2018

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

SPIS TREŚCI

I. WSTĘP	5
II. ANATOMIA I FIZJOLOGIA NARZĄDU WZROKU	7
1. BUDOWA OKA.	7
2. WŁASNOŚCI WIDZENIA	9
III. JASKRA ORAZ JEJ RODZAJE	17
1. RYS HISTORYCZNY JASKRY.	17
2. JASKRA	18
3. RODZAJE JASKRY	19
3.1. JASKRA PIERWOTNA OTWARTEGO KĄTA PRZESĄCZANIA	19
3.2. JASKRA Z NORMALNYM CIŚNIENIEM ŚRÓDGAŁKOWYM	20
3.3. JASKRA ZAMKNIĘTEGO KĄTA PRZESĄCZANIA	20
3.4. JASKRA WTÓRNA.	20
3.5. JASKRA WRODZONA.	20
IV. LECZENIE JASKRY	23
1. LECZENIE ZACHOWAWCZE.	23
2. LECZENIE OPERACYJNE	24
2.1. TRABEKULEKTOMIA.	24
2.2. KANALOPLASTYKA.	25
2.3. IRYDEKTOMIA CHIRURGICZNA.	25
2.4. KRIOTERAPIA CIAŁA RZĘSKOWEGO	25
3. LECZENIE LASEROWE.	26
3.1. IRYDEKTOMIA LASEROWA	26
3.2. ENDOSKOPOWA CYKLOFOTOKOAGULACJA	26
IV. JAKOŚĆ ŻYCIA W LITERATURZE PRZEDMIOTU	27
1. DEFINICJA JAKOŚCI	27
2. WSKAŹNIKI JAKOŚCI ŻYCIA	28
III. PODSTAWY METODOLOGII BADAŃ	31
1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ.	31

2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE	31
3. METODY, NARZĘDZIA I TECHNIKI BADAWCZE	32
4. CHARAKTERSTYKA BUDOWY ANKIETY	33
5. ORGANIZACJA PRZEBIEGU BADAŃ	33
VI. JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z JASKRĄ W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH	35
1. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	35
1.1. DANE SOCJODEMOGRAFICZNE	35
DYSKUSJA	41
WNIOSKI	45
BIBLIOGRAFIA:	47
STRESZCZENIE	49
SUMMARY	49
WYKAZ RYSUNKÓW	51
WYKAZ TABEL	51
WYKAZ WYKRESÓW	51
ANEKS	53

WSTĘP

Inspiracją do napisania pracy na temat: *”Jakość życia pacjentów z jaskrą* „była chęć pokazania jak zmienia się jakość życia pacjentów chorujących na tą chorobę. Jaskra to powszechnie występująca choroba oczu, która powoduje nieodwracalny zanik nerwu wzrokowego. Jest złożoną grupą chorób oka prowadzących do stopniowego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Jako że nerw wzrokowy ma kluczowe znaczenie dla przekazywania informacji z oka do mózgu, jaskra może doprowadzić do stopniowej, nieodwracalnej utraty widzenia, a niekiedy ślepoty. Zanik nerwu wzrokowego prowadzi do zmian w polu widzenia i upośledzenia wzroku a nawet do całkowitej utraty wzroku. Jaskra to częsta choroba dotykająca głównie osób po 50 roku życia. Większość z nas słyszała o jej istnieniu i z jakiegoś powodu się jej boi. Przede wszystkim jaskra nieleczona prowadzi do ślepoty. Jednak to nie jedyny powód. Niebezpieczeństwo kryje się również w podstępny przebiegu choroby. Ponadto zmian wywołanych przez jaskrę nie da się w żaden sposób cofnąć. Leczenie jaskry może jedynie zahamować postęp choroby. Terapia trwa do końca życia i wymaga od osoby chorej systematyczności.

Z danych statystycznych wynika, że w Polsce na jaskrę choruje około 200 tysięcy osób. Ludzi zagrożonych rozwojem jaskry jest około 600 tysięcy. Badania wskazują, że na świecie na jaskrę choruje około 70 milionów osób. Jest to bardzo duża grupa pacjentów i z roku na rok się powiększa. Choroba ta jest drugą najczęstszą przyczyną ślepoty na świecie.

Głównym powodem ślepoty na świecie i w Polsce jest jaskra pierwotna zamykającego się kąta przesączenia.

Po mimo stale prowadzonych badań i postępującego rozwoju medycyny, nie do końca jest znaną przyczyną powstawania jaskry inie posiadamy również w pełni skutecznych metod leczenia tej choroby pomimo tak mocno rozwijającej się medycyny.

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie jakości życia pacjentów chorych na jaskrę w różnym wieku, pochodzących z różnych środowisk, czynnych zawodowo lub będących na emeryturze.

I. ANATOMIA I FIZJOLOGIA NARZĄDU WZROKU

1. BUDOWA OKA.

Narząd wzroku czyli ludzkie oko zbudowane jest z gałki ocznej, dróg wzrokowych i ośrodków wzrokowych. Oko ma kształt zbliżony do kuli o średnicy około 24 milimetrów. Umiejscowione jest w przedniej części oczodołu. Gałka oczna wypełniona jest tak zwanym ciałem szklanym. Ciało szklane jest bezpostaciową substancją znajdującą się pod ciśnieniem, dzięki czemu oko zachowuje swój kulisty kształt.

Gałka oczna zbudowana jest z trzech błon:

1. błony zewnętrznej włóknistej -twardówka i rogówka,
2. błony środkowej naczyniowej -tęczówka, ciało rzęskowe, naczyniówka
3. błony wewnętrznej-siatkówka.

Zewnętrzną warstwę oka tworzy twardówka, która jest nieprzezroczysta. Twardówka następnie przechodzi w przezroczystą rogówkę. Obie razem i twardówka i rogówka stanowią sztywną podstawę gałki ocznej. Rogówka dodatkowo załamuje światło w oku. Bezpośrednio za rogówką znajduje się tęczówka, która to odpowiada za kolor naszych oczu. Światło po przejściu przez rogówkę i tęczówkę, pada na siatkówkę, która bezpośrednio odpowiada za odbiór obrazu.

Twardówka jest grubą, białą warstwą ochronną, która nadaje kształt gałce ocznej. Jest ona sztywną, nieprzezroczystą, białą zewnętrzną ścianą gałki ocznej. Twardówka jest bardzo słabo unaczyniona i mało czuła¹.

Rogówka jest wypukłą zewnętrzną warstwą oka w jej przedniej części. Część centralna rogówki jest bardzo regularna i kulista. Rogówka zbudowana jest z pięciu warstw.

¹ Kański J., Bowling B. "Okulistyka kliniczna", Warszawa 2013.

Dzięki swoistej budowie w warunkach fizjologicznych jest ona przezroczysta. Oprócz tego nie posiada naczyń krwionośnych. Odżywianie jej odbywa się z naczyń rąbka rogówki, z płynu komory przedniej oraz częściowo z łez. Rogówka jest bardzo silnie unerwiona czuciowo. Reaguje natychmiast bólem i łzawieniem na dotyk czy ciała obce, które znajdują się na jej powierzchni. Rogówka pełni funkcję ochronną oraz załamuje promienie świetlne².

Tęczówka jest nieprzeźroczystą tarczką. Jest ona nierówna, posiada liczne zagłębienia i bruzdy. Tęczówka w zależności od ilości barwnika może mieć kolor brązowy, szary, zielonkawy lub jasnoniebieski. To widzimy gołym okiem. W środku tęczówki znajduje się źrenica. Szerokość źrenicy jest różna, niezależna od naszej woli. Zmienia się odruchowo pod wpływem rozmaitych bodźców, przede wszystkim po podaniu leków rozszerzających źrenicę, w wyniku zmian napięcia światła, albo po urazie.

Naczyniówka jest największą częścią błony naczyniowej gałki ocznej. Leży pomiędzy siatkówką i twardówką. Naczyniówka składa się z gęstej sieci naczyń krwionośnych. Odpowiada za odżywianie zewnętrznych warstw siatkówki.

Siatkówka jest bardzo ważnym elementem odbierającym bodźce wzrokowe. Jest najbardziej wewnętrzną błoną gałki ocznej. Przylega ona mocniej do naczyniówki w okolicy nerwu wzrokowego od zewnątrz łączy się z naczyniówką³.

Ciecz wodnista wypełnia przednią komorę oka oraz odżywia rogówkę i soczewkę. Odprowadza ona również szkodliwe produkty przemiany materii.

Soczewka jest przezroczystym, elastycznym narządem ogniskującym promienie światła. Najbardziej zewnętrzną częścią soczewki jest włóknista torebka, wewnątrz której umieszczona jest jej miękka część korowa oraz twardsze, powstające po 20 roku życia, jądro. Z wiekiem jądro soczewki twardnieje, staje się większe i zabarwia się stopniowo na kolor żółto-brunatny.

Plamka żółta znajduje się na siatkówce oka tam gdzie jest największa rozdzielczość widzenia. Plamka żółta zawiera żółty barwnik i dlatego tak się nazywa.

Plamka ślepa jest pustą przestrzenią w polu widzenia, spowodowaną tym, że na niewielkim obszarze siatkówki nie występują czopki pręciki.

Ciało szkliste jest przejrzystą, galaretowatą strukturą wypełniającą tylną część gałki ocznej pomiędzy soczewką a dnem oka. Ciało szkliste przylega bezpośrednio do siatkówki⁴.

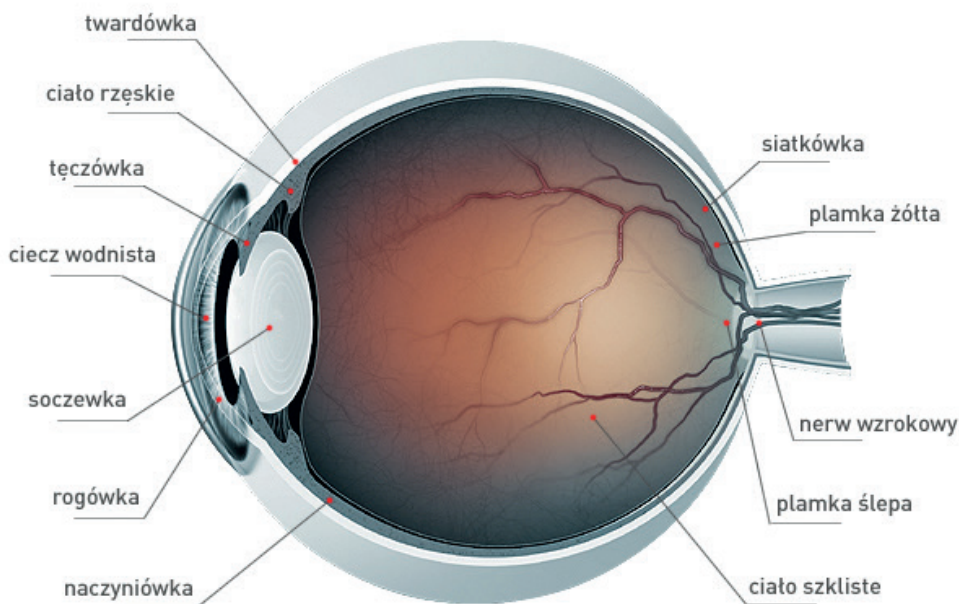
Ciało rzęskowe znajduje się za tęczówką i jest silnie unaczynione. Ciało rzęskowe zbudowane jest głównie z mięśni gładkich. W zależności od tego czy ciało rzęskowe kurczy się czy rozkurcza, soczewka zmienia swój kształt (akomoduje)⁴.

² Kański J., Bowling B. "Okulistyka kliniczna", Warszawa 2013.

³ Kański J., Bowling B. "Okulistyka kliniczna", Warszawa 2013

⁴ Kański J., Bowling B. "Okulistyka kliniczna", Warszawa 2013

Budowa oka

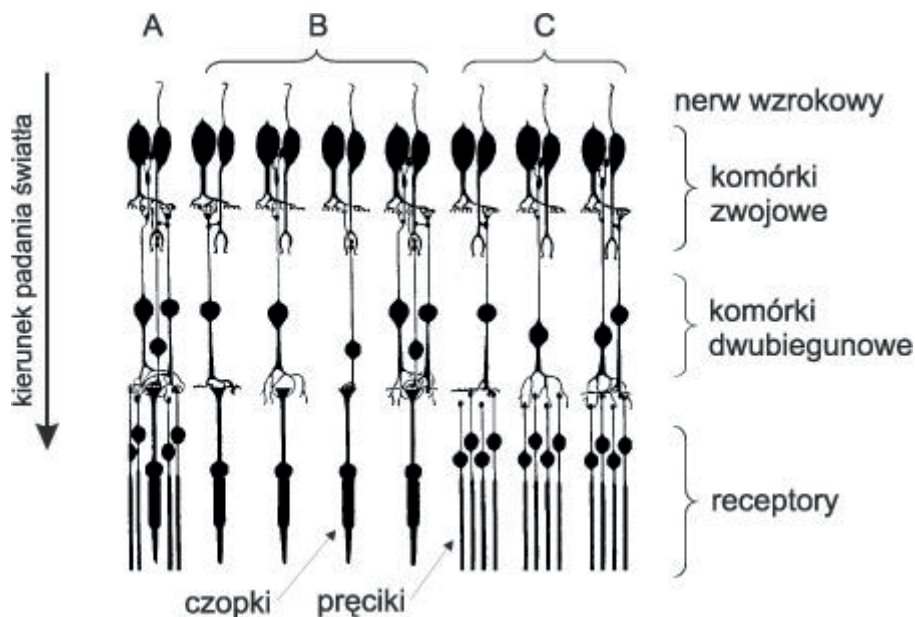


Źródło: <http://www.mojeoczy.pl/podstawy-wiedzy/budowa-oka/>, data dostępu: 31.10.2017

2. WŁASNOŚCI WIDZENIA

Oko ludzkie pełni bardzo ważną rolę łącząc w sobie dwie funkcje widzenia. Za funkcje te odpowiadają czopki i pręciki. Czopki są mało wrażliwe na światło, ale mają zdolność rozróżniania kolorów. Pręciki natomiast są wysoce światłoczułe. Odpowiadają one za postrzeganie kształtów i ruchu. Nie rozróżniają jednak kolorów.

Kiedy w siatkówce pobudzimy komórki pręcikowe lub czopki światłem to powstaje wtedy bardzo mały prąd elektryczny, który przechodzi do mózgu poprzez włókna nerwowe i w ten sposób powstaje obraz.



Uproszczony schemat budowy siatkówki oka

A – czopki i pręciki podłączone do włókna nerwowego;

B – pojedyncze czopki podłączone do włókna nerwowego;

C – grupa pręcików podłączona do włókna nerwowego

Źródło: http://www.swiatlo.tak.pl/1/index.php/zasada_dzialania_oka-proces-widzenia/

Oko ludzkie jest jak aparat fotograficzny, gdzie obiektywem jest układ optyczny oka, a błoną najejbardziej powstają obrazy jest siatkówka.

Prawidłowe załamywanie światła w oku nazywamy miarowością.

W gałce ocznej wyróżniamy dwa typy obrazów:

Obraz optyczny

Jest to obraz zazwyczaj ostro zogniskowany i może pokrywać się siatkówką.

Obraz siatkówkowy

Jest to obraz, który w całości powstaje na siatkówce. Obraz ten może być wyraźny albo nieostry.

W przypadku gdy obraz optyczny przedmiotu jest ostro zogniskowany na siatkówce, to obraz optyczny i siatkówkowy stanowią jedno. Jeżeli zaś obraz optyczny przedmiotu

jest słabo zogniskowany na siatkówce, to wtedy obraz siatkówkowy tego punktu będzie krążkiem rozproszenia.

Rozmiar krążka rozproszenia zmienia się w zależności od odległości obrazu optycznego od siatkówki. Wyróżniamy:

- obraz optyczny, który leży dalej od siatkówki jest większym krążkiem rozproszenia.
- obraz optyczny, który leży bliżej siatkówki jest mniejszym krążkiem rozproszenia.

W przypadku gdy zmienia się rozmiar źrenicy a odległość obrazu optycznego od siatkówki pozostaje bez zmian:

- mniejsza szerokość źrenicy to mniejszy krążek rozproszenia
- większa szerokość źrenicy to większy krążek rozproszenia.

Głębina ostrości i głębina pola oka.

Głębina ostrości oka to zakres w którym obraz może być usytuowany przed lub za siatkówką a mimo to wydawać się może bardzo wyraźny. Głębina pola oka to zakres w którym tablica do badania ostrości wzroku może być przesuwana w kierunku do lub od pacjenta rozpoczynając od punktu w którym obraz optyczny jest ostro zogniskowany na siatkówce.

Ostrość wzroku

Badanie ostrości wzroku pozwala ocenić, jak małe litery jest w stanie przeczytać pacjent na standardowej tablicy Snellena trzymanej w odległości 4–6 metrów.

Ostrość wzroku jest to zdolność rozdzielcza oka lub zdolność do postrzegania dwóch punktów jako oddzielne. Ostrość wzroku to jest również zdolność do postrzegania przerwy pomiędzy dwomaprzedmiotami.

Akomodacja

Jest to zdolność nastawcza układu optycznego oka, która to zdolność umożliwia ostre widzenie z różnej odległości. Soczewka posiada dwa charakterystyczne położenia. Jeden to punkt bliży, czyli najbliższy punkt o dobrej ostrości oka (ok. 10 cm), a drugi to punkt dali, czyli najdalszy punkt o dobrej ostrości oka (ok. 6 m).

Na akomodację wpływa wiek, zmęczenie i natężenie oświetlenia. Punkt dali się przybliża, a punkt bliży się oddala. Mechanizm akomodacji u człowieka to zmiana kształtu soczewki oka, a wskutek tego zmiana jej ogniskowej, a więc zmienia się zdolnośćskupiająca soczewki.

Wzrok skupia się na obiekcie, który znajduje się daleko na skutek rozluźnienia mięśnia rzęskowego.

Wzrok skupia się na obiekcie, który znajduje się blisko na skutek skurczu mięśnia rzęskowego.

O jakości widzenia decyduje wiele czynników a przede wszystkim właściwości narządu wzroku, cechy sygnału i czynniki fizyczne środowiska zewnętrznego, w jakim się ten proces odbywa.

Czynniki te określamy w następujący sposób:

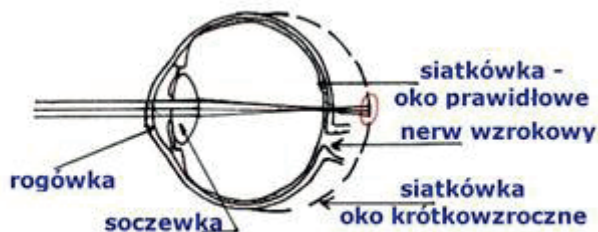
1. Widzenie to nie proces, który odbywa się natychmiastowo. Potrzeba jest czasu, aby nastąpiła reakcja, a kiedy zaniknie, wrażenie utrzymuje się jeszcze przez jakiś moment.
2. Narząd wzroku jest zmysłem, który w najbardziej widoczny sposób może realizować cechę systemu percepcyjnego czyli zmienność w czasie napływającej informacji. Oko ludzkie jest zdolne przechowywać wrażenie wzrokowe w czasie mniej więcej 0,1 sekundy.

Podczas widzenia mózg pewne obrazy koryguje. Mózg sprawia, że dwa jednakowe przedmioty znajdujące się niedaleko nas, ale w różnych odległościach nie wydają się nam różne rozmiarami.

Bardzo często zdarza się, że oko nie jest pozbawione pewnych wad. Wady takie mogą wystąpić w budowie oka. Przyczyniają się one do obniżenia zdolności akomodacyjnych soczewki, a także rogówki i prowadzą do powstania pewnych wad wzroku, takich jak krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm i innych. Można likwidować te wady poprzez zastosowanie dodatkowych układów optycznych w postaci szkieł korekcyjnych takich jak okulary i szkła kontaktowe.

Krótkowzroczność

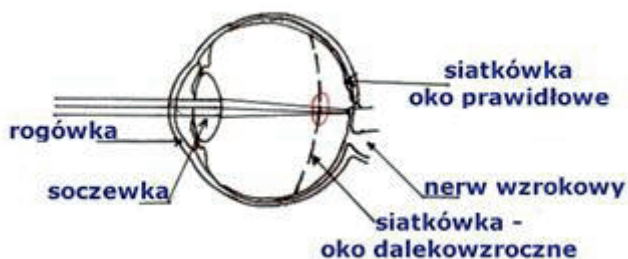
Jest to problem związany z tym, że oko ludzkie może nie mieć idealnie kulistego kształtu. Gałka oczna może być w pewnym stopniu wydłużona. Promienie świetlne pochodzące od przedmiotów odległych mogą nie być skupione dokładnie na siatkówce i rejestrowany obraz może być nieostry. Wtedy to wadę koryguje się poprzez zastosowanie dodatkowej soczewki wklęsłej.



Źródło: <https://www.bryk.pl/wypracowania/fizyka/zjawiska-optyczne/10010-oko-i-zasada-jego-dzialania-narzedzia-optyczne.html>

Dalekowzroczność

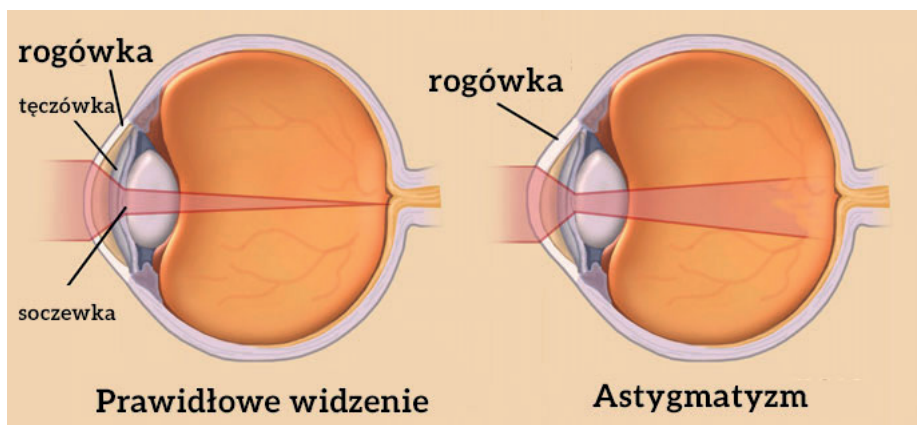
Ta wada dotyczy kształtu gałki ocznej, i jest ona w tym wypadku za krótka. Promienie świetlne zogniskowane są w miejscu położonym za siatkówką. Prowadzi to do rejestracji rozmytego obrazu otoczenia. Aby użyć korekty dla takiej wady należy zastosować soczewkę wypukłą. Soczewka taka powoduje, że promienie świetlne, które przez nią przechodzą są bardziej zbieżne. W następstwie promienie przechodząc przez soczewkę oka są prawidłowo ogniskowane na siatkówce.



Źródło: <https://www.bryk.pl/wypracowania/fizyka/zjawiska-optyczne/10010-oko-i-zasada-jego-dzialania-narzedzia-optyczne.html>

Astygmatyzm

Jest to wada, która polega na tym, że soczewka oka ma pewne nieregularności w swojej krzywiznie. Przez te nieregularności nie ogniskuje promieni świetlnych, które biegą w różnych płaszczyznach i w różnych punktach. Jest to załamane światła niesferyczne. Powstałe obrazy są zniekształcone albo są poszerzone lub wydłużone. Aby skorygować taką wadę wzroku stosuje się dodatkowe soczewki cylindryczne, które umożliwiają odpowiednie skupienie się promieni słonecznych.



Źródło <https://instytutoka.pl/astygmizm/data> dostępu 03.06.2018

Zaćma

Jest to przypadłość, która nie leczona często prowadzi do całkowitej utraty wzroku. Dochodzi do całkowitego zmętnienia soczewki oka. Zaćma najczęściej spowodowana jesturazem, chorobą, lub po prostu wynika z procesu starzenia się oka.

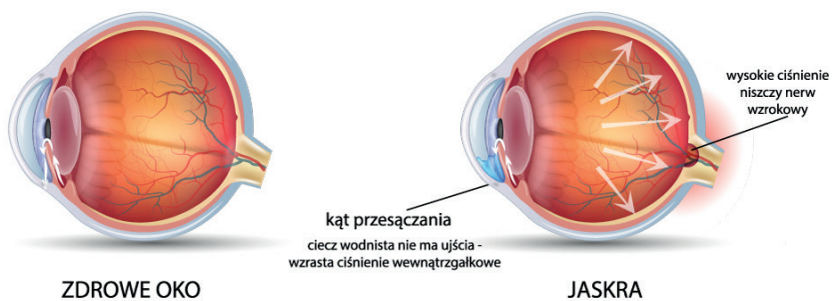
Daltonizm czyli inaczej ślepotą barwną

Jest to dolegliwość, która nie pozwala na rozróżnianie barw. Może być częściowa lub całkowita, która utrudnia człowiekowi normalne funkcjonowanie. Kiedy człowiek widzi otaczający go świat tylko w odcieniach szarości wtedy jest to całkowity daltonizm. W przypadku częściowego daltonizmu występują trzy rodzaje:

- deuteranopia – człowiek nie może rozróżnić barwy zielonej
- protanopia – człowiek nie może rozróżnić barwy czerwonej
- tritanopia – człowiek nie może rozróżnić barwy fioletowej.
-

Jaskra

Jest to choroba, która powstaje na skutek zwiększenia się ciśnienia śródgałkowego w gałce ocznej. Jaskra może powstać na skutek urazu, choroby lub może być uwarunkowana genetycznie. Ciśnienie w gałce ocznej może narastać lub maleć w sposób nagły lub gwałtowny podczas przeprowadzania różnego rodzaju zabiegów operacyjnych w trakcie, których do oka wpuszczana jest pewna ilość substancji ciekłych. Zazwyczaj po kilkudziesięciu minutach ciśnienie u pacjenta wraca do normy.



Źródło <https://www.google.pl/search?q=jaskra+zdj> data dostępu 02.11.2017

II. JASKRA ORAZ JEJ RODZAJE

1. RYS HISTORYCZNY JASKRY

W czasach starożytnych słowem jaskra określało się ślepotę z białą źrenicą najczęściej u osób w podeszłym wieku. Pochodzenie słowa jaskra jest z języka greckiego i oznaczało ono zamgloną lub niebiesko-zieloną barwę. Pierwszy opis wysokiego ciśnienia śródgałkowego i jaskry można spotkać już w pismach arabskich z X wieku. Do naszych czasów zachowały się opisy osób, które cierpiały na jaskrę. Objawy niepokojące to przede wszystkim obrzęknięta rogówka, szybko postępujące zmętnienie soczewki i twarda gałka oczna. Nie potrafiono wtedy rozróżnić zaćmy i jaskry. Choroby te prowadziły do upośledzenia widzenia, a nawet ślepoty. Obie te przypadłości określano jako jaskra. Tak naprawdę jaskrę jako chorobę odkryto w XVII wieku. Wtedy to właśnie rozdzielono zaćmę i jaskrę jako dwie odrębne choroby.

W 1622 roku po raz pierwszy w podręczniku okulistyki angielski okulista Richard Bannister opisał jaskrę jako chorobę. Przedstawił podstawowe objawy tej choroby:

1. podwyższone ciśnienie śródgałkowe,
2. długi czas trwania choroby ,
3. brak poczucia światła,
4. szeroka sztywna źrenica.

Do XVIII wieku jaskrę postrzegano jako zapalenie oka ze złą prognozą co do dalszego widzenia. Dopiero w 1818 roku, francuski lekarz Antoine-Pierre Demours szczegółowo opisał jaskrę jako chorobę z wysokim ciśnieniem wewnątrzgałkowym. Nazwę „jaskra prosta” utworzył na podstawie badań doktor Dondersow, który to w 1862 roku opisał cechy jaskry z wysokim ciśnieniem .W 1857 roku Albrecht von Graefe po raz pierwszy opisał jaskrę i nazwał ją „ślepotą z zagłębieniem”. Tezę Graefe’go o występowaniu jaskry

mimo braku wysokiego ciśnienia w gałce ocznej potwierdził w badaniach anatomicznych w 1928 roku Elschnig. Po raz pierwszy jaskrę zdefiniował w 1973r. dr Drance, jako chorobę nerwu wzrokowego, czyli neuropatię nerwu wzrokowego, która to choroba jest wynikiem wielu różnorodnych czynników⁵.

2. JASKRA

Jaskra inaczej glaukoma jest to złożona grupa chorób, których wspólną cechą jest uszkodzenie nerwu wzrokowego czyli neuropatia nerwu II. Choroba ta powstaje na skutek zbyt wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego. W wyniku tej choroby dochodzi do obniżenia ostrości wzroku, ubytków w polu widzenia oraz zmian w wyglądzie tarczy nerwu wzrokowego.

Na rozwój jaskry przyczyniło się kilka czynników. Głównym z nich jest czynnik dziedziczenia. Jeżeli w rodzinie ktoś choruje na jaskrę to zagrożenie wystąpienia jej u pozostałych członków wynosi aż 70 procent. Nad dziedziczeniem jaskry jest nadal przeprowadzanych wiele badań naukowych.

Inne czynniki sprzyjające powstaniu jaskry to:

- wiek chorego- szczególnie narażone na jaskrę są osoby po 35. roku życia a prawdopodobieństwo zachorowania na jaskrę rośnie wraz z wiekiem,
- zaburzenia gospodarki tłuszczowej organizmu,
- krótkowzroczność powyżej -4.0 dioptrii
- długotrwałe stosowanie glikokortykosteroidów,
- cukrzyca.

Pierwsze objawy, które powinny niepokoić to:

- obniżenie ostrości wzroku,
- ograniczenie pola widzenia.

Innymi związanymi z jaskrą objawami jaskry są :

- zablokowanie odpływu cieczy wodnistej z komory przedniej oka ,
- wzrost ciśnienia śródgałkowego ,
- nagłe, silne bóle głowy,
- ostre bóle oczu,
- zamglenia widzenia

⁵ Wołowicka Laura, Jaracz Krystyna i wsp. 1997. „Jakość życia pacjentów po wybranych stanach krytycznych leczonych w intensywnej terapii”. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, cz. XI, Poznań. 21

Nie ma leku na jaskrę, który pozwoliłby odzyskać utracony wzrok, jednak wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie mogą potencjalnie opóźnić progresję tej choroby zachowując wzrok na długie lata.

Te pierwsze objawy mają związek z tzw. kątem przesączania. Około 80 proc. chorych na jaskrę ma szeroki kąt przesączania. Ciśnienie wewnątrzgałkowe u osób z jaskrą wzrasta powoli, a kąt przesączania jest prawidłowy. Taka sytuacja wywołuje wzrost ciśnienia śródgałkowego. Proces taki może trwać latami i jest na tyle niebezpieczny, że może się ujawnić dopiero pod koniec choroby, czyli w momencie całkowitego zniszczenia nerwu wzrokowego. U pozostałych 20 proc. chorych z jaskrą stwierdza się tzw. zamknięty kąt przesączania czyli ostry atak jaskry.

Inne objawy jaskry to :

- zablokowany odpływ cieczy wodnistej z komory przedniej oka w wyniku pogrubienia lub pofałdowania tęczówki,
- wzrost ciśnienia śródgałkowego ,
- gwałtowne bóle głowy,
- ostre bóle oczu,
- zamglenia widzenia.

Nie ma leku, któryby wyleczył jaskrę i pozwoliłby odzyskać utracony wzrok. Jednak wczesne rozpoznanie choroby i właściwe jej leczenie mogą potencjalnie opóźnić progresję tej choroby zachowując wzrok na długie lata⁶.

3. RODZAJE JASKRY

3.1. JASKRA PIERWOTNA OTWARTEGO KĄTA PRZESĄCZANIA

Jaskra z otwartym kątem przesączania jest to najczęściej występujący rodzaj jaskry. Taki rodzaj jaskry powstaje, ponieważ nie ma prawidłowego odpływu cieczy wodnistej, a ciśnienie wewnątrzgałkowe podwyższa się. Jaskra z otwartym kątem rozwija się długo i powoli często nie dając żadnych objawów, lub objawy są na tyle delikatne, że chory ich nie zauważa. Najczęściej pacjent zgłasza się do okulisty gdy nerw wzrokowy jest już uszkodzony w znacznym stopniu i kiedy pole widzenia chorego zwężone jest do około 50 proc. Należy zauważyć, że ciśnienie wewnątrzgałkowe oka może się wahać i często

⁶ Misiuk -HojłoM."Terminologia i wytyczne postępowania w jaskrze", Maj 2016,wyd.IV

podczas mierzenia mieści się w normie co nie daje lekarzowi jasnego obrazu choroby. Lekarz aby postawić prawidłową diagnozę powinien też zbadać nerw wzrokowy⁷.

3.2. JASKRA Z NORMALNYM CIŚNIENIEM ŚRÓDGAŁKOWYM

Jest to rodzaj jaskry, który występuje, pomimo normalnego ciśnienia w oku. Mimo, iż wartość ciśnienia śródgałkowego jest prawidłowa następuje uszkodzenie nerwu wzrokowego i następuje stopniowa utrata wzroku.

3.3. JASKRA ZAMKNIĘTEGO KĄTA PRZESĄCZANIA

U chorego dochodzi do zamknięcia kanału, którym to ciecz wodnista wypływa z oka. Jeżeli kanał ulegnie całkowitemu zamknięciu to dochodzi do ostrego ataku jaskry. Objawy to: bardzo wysokie ciśnienie w oku, nudności, wymioty, ból głowy, drażliwość gałki ocznej, silnie przekrwiona spojówka.

3.4. JASKRA WTÓRNA

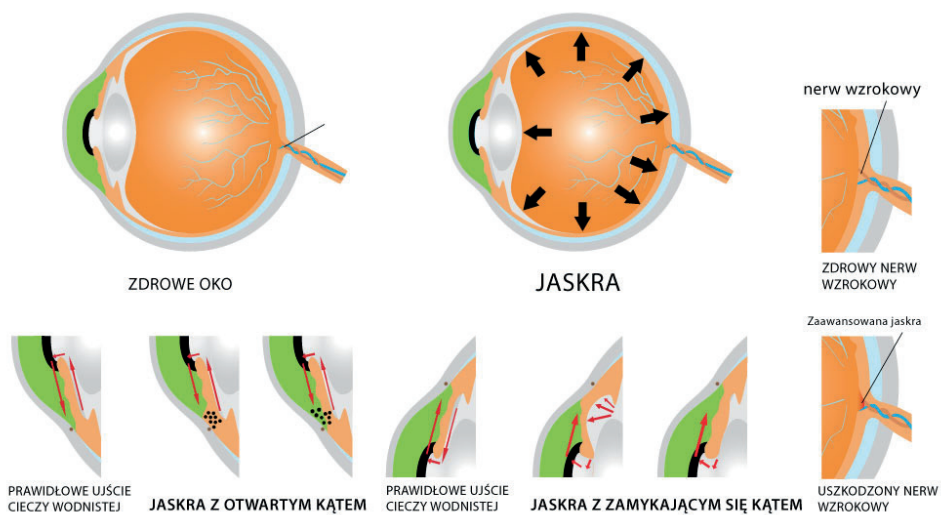
Ten rodzaj jaskry wywołany jest najczęściej inną chorobą oczu, urazem oka, długotrwałym stosowaniem leków sterydowych lub nowotworem⁸.

3.5. JASKRA WRODZONA.

To najrzadszy rodzaj jaskry. Jest ona najprawdopodobniej dziedziczona genetycznie. Jaskra ta najczęściej występuje u niemowląt i małych dzieci. W przeciwieństwie do pozostałych rodzajów jaskry, ten rodzaj jaskry niestety najczęściej doprowadza do całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku.

⁷ Kański J., Bowling B. „Okulistyka kliniczna”, Warszawa 2013

⁸ Kański J., Bowling B. „Okulistyka kliniczna”, Warszawa 2013



Źródło: <https://instytutoka.pl/jaskra/> data dostępu 31.10.2017.



Symulacja postępu jaskry

Źródła: <https://www.google.pl/search?q=jaskra+zdjęcia>: data dostępu 03.06.2018

III. LECZENIE JASKRY

1. LECZENIE ZACHOWAWCZE.

Wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia mają kluczowe znaczenie w postępowaniu w jaskrze. Powinno ono obejmować następujące elementy diagnostyki:

- **Badanie ostrości wzroku**-pozwala ocenić jak dobrze pacjent widzi na różne odległości.
- **Badanie pola widzenia(perymetria)** – pozwala zmierzyć stopień utraty widzenia.
- **Badanie przy rozszerzonej źrenicy** – pozwala na ocenę stanu nerwu wzrokowego i siatkówki za pomocą specjalnej soczewki powiększającej.
- **Tonometria** – pozwala na pomiar ciśnienia wewnątrz oka.
- **Gonioskopia** – ocena kąta przesączania przy użyciu specjalnej soczewki.
- **Pachymetria** – pozwala na pomiar grubości rogówki z wykorzystaniem urządzenia ultradźwiękowego.

Głównym i podstawowym celem leczenia jaskry jest utrzymanie jak najlepszego wzroku przez wiele lat życia chorego z jednoczesnym zachowaniem akceptowanej jakości życia przez pacjenta.

Jaskra jest chorobą przewlekłą. Leczenie farmakologiczne jaskry trwa zwykle wiele lat, właściwie do końca życia pacjenta. Lekarz powinien dążyć do tego, aby sukces terapeutyczny pacjenta osiągać przy możliwie najmniejszej ilości podawanych kropli.

W pierwszym etapie leczenia jaskry zalecane jest leczenie jednym rodzajem kropli. Jako leki pierwszego rzutu stosuje się najczęściej beta-blokery, ponieważ są one skuteczne i zwykle dobrze tolerowane przez pacjenta. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania beta-blokerów, należy miejscowo stosować inne leki przeciw jaskrowe,

takie jak alfa-2 sympatykomimetyki, inhibitory anhydrozy węglanowej czy analogi prostaglandyn lub leki należące do innych grup leków przeciwjaskrowych..

Okuliści wiedzą, że należy unikać takich kombinacji leków, które wymagają zakrapiania częstszego niż 3–4 razy na dobę, ponieważ pacjenci sami nie mogą poradzić sobie z zakraplaniem i nieregularnie stosują przepisane krople.

Znacznie lepiej i chętniej chorzy stosują gotowe preparaty zawierające kilka leków w jednym niż te same leki, ale w oddzielnych roztworach. Jest to mniej obciążające i łatwiejsze stosowanie dla chorego zarówno w kontekście jakości życia, jak i łatwości stosowania się do zaleceń lekarskich. Obecnie na rynku dostępne są dwa preparaty złożone: Fotil i Cosopt, które są najczęściej stosowane u pacjentów z jaskrą.

Samo stosowanie kropli nie wystarcza w leczeniu jaskry dlatego ważnym elementem zapewniającym skuteczność terapii jest również współpraca chorego z lekarzem i systematyczna kontrola oraz systematyczne przeprowadzanie badań. Planując leczenie chorego lekarz powinien brać pod uwagę także tryb życia i rozkład codziennych zajęć pacjenta.

Pacjent z kolei powinien uzyskać od lekarza kompletną informację na temat choroby oraz jej rodzajów i sens stosowania leków z uwzględnieniem konieczności regularnego ich przyjmowania. Bardzo ważne jest poinstruowanie chorego jak stosować krople, jaka jest ich technika podawania.

Dzięki współpracy pacjenta z lekarzem i odwrotnie można w pełni osiągnąć cel leczenia jaskry. A głównym celem jest zachowanie funkcji wzroku odpowiedniej do potrzeb chorego do końca jego życia.⁹

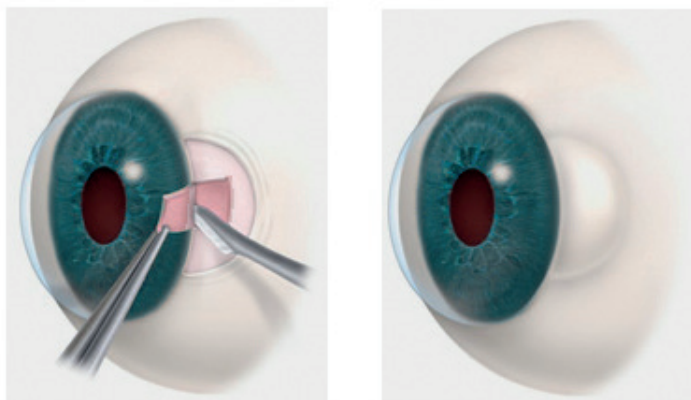
2. LECZENIE OPERACYJNE

2.1. TRABEKULEKTOMIA

Jest to operacja, która ma na celu wytworzenie sztucznej przetoki. Przez tą przetokę musi odpływać ciecz wodnista z komory przedniej oka. Zabieg ten jest skuteczny, ale może dojść do powikłań na przykład zaćmy – dlatego często te dwa zabiegi wykonuje się równocześnie¹⁰.

⁹ Misiuk-Hojło M. „Farmakoterapia jaskry”, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008

¹⁰ Misiuk -HojłoM.”Terminologia i wytyczne postępowania w jaskrze”, Maj 2016, wyd.IV



Zabieg przeciwjaskrowy - trabekulektomia

Źródło: www.google.pl/search?q=leczenie+operacyjne+jaskrydata dostępu 02.11.2017

2.2. KANALOPLASTYKA

Jest to najnowsza metoda leczenia jaskry i mało inwazyjna. W trakcie przeprowadzanego zabiegu okulista udrażnia i usztywnia specjalnymi nićmi drogi przepływu cieczy wodnistej.

2.3. IRYDEKTOMIA CHIRURGICZNA

Jest to zabieg operacyjny polegający na wycięciu fragmentu tęczówki oka zazwyczaj z jej okolicy brzeżnej lub podstawnej. Tęczówka ma właściwości elastyczne i po pewnym czasie wraca do pierwotnego stanu. Zabieg ten jest bardzo skuteczny i na wiele lat pacjentowi nie dokuczają ciśnienie wewnątrzgałkowe.¹⁰

2.4. KRIOTERAPIA CIAŁA RZĘSKOWEGO

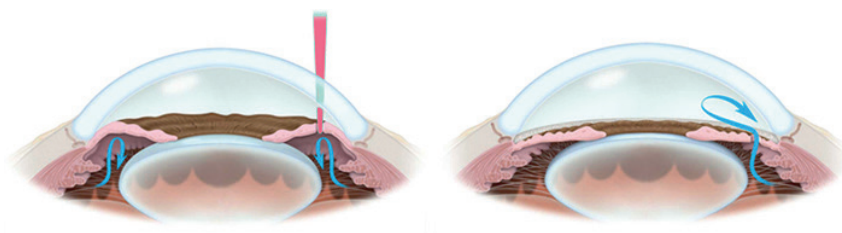
Jest to jeden z rodzajów zabiegów polegający na działaniu niską temperaturą na ciało rzęskowe oka. Taki rodzaj zabiegu wykonuje się u pacjentów z zaawansowaną zaćmą gdzie występują takie objawy jak silny ból oka i bardzo wysokie ciśnienie śródgałkowe.

Jeżeli taki rodzaj zabiegu zostanie powtórzony w ciągu 3–6 miesięcy, ciśnienie śródgałkowe może utrzymywać się na stałym poziomie. Obowiązkiem jednak pacjenta musi być stała kontrola lekarza okulisty¹⁰.

3. LECZENIE LASEROWE

3.1. IRYDEKTOMIA LASEROWA

Jest to również rodzaj zabiegu, który polega na tym, że okulista laserem wykonuje niewielki otwór w tęczówce. Przez ten otworek wydostaje się ciecz pomiędzy komorami gałki ocznej. Jest to bardzo dobry zabieg dzięki któremu pohamowany jest rozwój jaskry. Zdarza się że z czasem zabieg ten trzeba powtórzyć, ponieważ ten niewielki otwór zarasta. Po tym zabiegu pacjent również musi systematycznie odbywać kontrole u okulisty.¹¹



**Zabieg przeciwjaskrowy
- irydotomia laserowa**

Źródło: www.google.pl/search?q=leczenie+operacyjne+jaskry data dostępu 02.11.2017

3.2. ENDOSKOPOWA CYKLOFOTOKOAGULACJA

Jest to najnowocześniejsza metoda zmniejszanie wydzielania cieczy w oku, która polega na laserowaniu wyrostków rzęskowych¹⁰.

¹¹ Kański J., Tesla P., „Kompendium leczenia jaskry”, Wrocław 2006

IV. JAKOŚĆ ŻYCIA W LITERATURZE PRZEDMIOTU

1. DEFINICJA JAKOŚCI

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość życia to „spostreżenie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”.

Według autorów hasła w Wielkiej Encyklopedii PWN jakość życia to: „ stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych — spełniania standardów lub realizacji wartości: biologicznych, psychologicznych, duchowych, społecznych i politycznych, kulturalnych, ekonomicznych i ekologicznych jednostek, rodzin i zbiorowości. Pojęcie to stosowane jest w polityce społecznej, psychologii, medycynie, ekonomii i socjologii”.

Badanie jakości życia to jest nic innego jak określenie problemów, które wynikają z choroby oraz stosowanego leczenia. Problemy te dotyczą również aktywności człowieka pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Badanie jakości życia dotyczy również poglądów pacjenta na temat swojego zdrowia i samopoczucia.

Na przełomie ostatnich lat badania kliniczne pokazują również ocenę jakości życia pacjenta zależną od jego stanu zdrowia. Jaki ma wpływ choroba i leczenie na funkcjonowanie pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Oceniając poszczególne parametry jakości życia, ocena ta pozwala na poprawę komunikacji z chorym. Poznajemy jego punkt widzenia na pewne rzeczy i sytuacje a także na problemy psychosocjalne.

Jakość życia określają subiektywne wskaźniki takie jak sens życia, poziom stresu stopień zadowolenia z warunków życiowych, poczucie szczęścia. Są również obiektywne wskaźniki, które dzielą się na ilościowe i jakościowe, rzeczowe i wartościowe czyli przeciętne trwanie życia, współczynnik umieralności, ilość spożywanych kalorii, wysokość dochodów, zakres i głębokość ubóstwa, warunki mieszkaniowe, poziom zanieczyszczenia środowiska.

Jakość życia to termin, który jak określają przedstawiciele nauk społecznych ma niekończoną liczbę definicji. Nie da się jednoznacznie zdefiniować tego terminu, gdyż dotyka on wielu sfer życia człowieka.

Istnieje wiele różnych technik badania jakości życia i jej oceny. Są to najczęściej badania wieloczynnikowe, które to oceniają samopoczucie pacjenta. Badania wieloczynnikowe mają charakter jakościowy i pozwalają one na uzyskanie wyników w postaci wskaźników punktowych, które to są elementem oceny ilościowej. Kolejną metodą oceny jakości życia jest badanie kwestionariuszowe. Jest to opis ilościowy uzyskany na podstawie pozwalające na opis ilościowy wyniku punktowego w skali.

Problem jakości życia spowodował, że zaczynają powstawać nowe narzędzia badawcze, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal analogowych. Powstało ogromne na bardzo dużą skalę zainteresowanie problemem jakości życia. Zawsze podczas każdego badania jakości życia musimy brać pod uwagę to, że ta jakość odczuwalna jest indywidualnie i, że każdy badany może odczuwać tą jakość inaczej. Podczas badania jakości obok wymienionych kwestionariuszy i skal analogowych stosuje się wiele innych metod. Ta różnorodność metod może powodować trudności w porównywaniu wyników badań i wyciągania wniosków. Dlatego bardzo ważne jest aby przed przystąpieniem do badań ustalić cel i zakres badań, a następnie dokonać wyboru odpowiedniego kwestionariusza. Zawsze na takie badanie musi być pisemna zgoda badanych. Badania jakości życia są coraz powszechniejsze, a ich waga w naukach medycznych sięga coraz wyższego poziomu.

2. WSKAŹNIKI JAKOŚCI ŻYCIA

Wśród wskaźników jakimi mierzymy jakość życia wyróżniamy:

- **obiektywne** obejmują środowisko naturalne i społeczne ludzi, zdrowie, odpowiednie warunki zamieszkania, poziom stresu, bezpieczeństwo społeczne warunki ekonomiczne, czas wolny, odpowiednie warunki mieszkaniowe,
- **subiektywne** obejmują samopoczucie .

Najważniejsze dla człowieka są odczucia, pragnienia, dążenia, przekonania ale równie ważne są warunki ekonomiczne i społeczne które wpływają korzystnie lub niekorzystnie na odczuwanie jakości życia.

Model jakości życia



Źródło <http://gerontologia.org.pl/> data dostępu 02.11.2017

Wskaźniki jakości życia wg Schalocka (2000 s.122)

Poszczególne zakresy	Przykładowe wskaźniki
Dobry stan emocjonalny	poczucie bezpieczeństwa, duchowość, szczęście, wolność od stresów, wyobrażenie siebie, zadowolenie
Stosunki interpersonalne	zażyłość, przywiązanie, rodzina, interakcje, przyjaźń, wsparcie
Dobry stan materialny	własność, finanse, bezpieczeństwo, żywność, zatrudnienie, dorobek, status socio-ekonomiczny, mieszkanie
Rozwój osobisty	edukacja, umiejętności, samorealizacja, kompetencje osobiste, ukierunkowana aktywność, rozwój
Dobry stan fizyczny	zdrowie, odżywianie, odpoczynek, mobilność, opieka zdrowotna, ubezpieczenie zdrowotne, czas wolny, aktywność dzienna
Autonomia	samostanowienie, wybory, decyzje, samokontrola, samosterowność, osobiste cele i wartości
Integracja społeczna	akceptacja, status, wsparcie, środowisko pracy, aktywność społeczna, role społeczne, działalność społeczna, środowisko zamieszkania
Prawa	prywatność, prawo głosu, dostęp, posiadanie, odpowiedzialność obywatelska

Źródło: Model jakości życia Schalocka, Keitha i Hoffmana (1990) (źródło: Firkowska-Mankiewicz 1999 s.

V. PODSTAWY METODOLOGII BADAŃ

1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Cel badań jest różnie definiowany, na ogół przyjmuje się, że cel jest to pożądaný stan rzeczy, procesu, człowieka, dla którego osiągnięcia podmiot jest gotów podjąć działania. Działaniem zaś nazywa się świadome, celowe, dowolne zachowania ludzkie.

Przedmiotem badań i celem głównym niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjentów z jaskrą. Wśród celów szczegółowych badano zbieżność pomiędzy wiekiem, aktywnością zawodową, aktywnością fizyczną oraz subiektywną oceną jakości życia z chorobą.

2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Formułowanie problemów badawczych zawsze następuje po określeniu tematu pracy i ściśle wiąże się ze sformułowanym celem pracy. Problem badawczy może mieć różny poziom ogólności: od problemów metateoretycznych przez teoretyczne, teoretyczno-praktyczne do praktycznych. Sformułowanie problemów jest ważnym elementem procedury badania, informuje bowiem o obszarze niewiedzy, zakresie wątpliwości. Problem badawczy jest to trudność, która może być rozpatrywana w metodologicznie poprawnym procesie poznawczym.

W niniejszej pracy postawiono następujące problemy badawcze:

Problem badawczy: Jaka jest jakość życia pacjentów z jaskrą?

Problemy szczegółowe:

1. Jaki poziom wiedzy posiadają pacjenci na temat objawów jaskry?
2. Jaka jest aktywność zawodowa pacjentów chorych na jaskrę?

3. Jaka jest aktywność fizyczna pacjentów chorych na jaskrę?
4. Jak radzą sobie pacjenci w czynnościach życia codziennego z tą chorobą?

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione problemy badawcze, podjęto badania za pomocą technik i narzędzi badawczych, które zostały zaprezentowane w następnym podrozdziale pracy.

3. METODY, NARZĘDZIA I TECHNIKI BADAWCZE

Metoda badawcza jest to typowy i powtarzalny sposób zbierania, analizowania i interpretacji danych empirycznych, które służą do uzyskania zasadnych odpowiedzi na pytania problematyki badawczej. Metoda wskazuje sposób poznania teoretycznego i działania praktycznego oraz ma umożliwić poznanie i wyrażenie istoty badanego zjawiska w maksymalnym stopniu. Wybór metody powinien być zawsze podporządkowany problematyce badawczej.

Narzędzia badawcze są to przedmioty służące do realizacji wybranej techniki badań np. kwestionariusz ankiety, arkusz obserwacyjny, dyktafon, długopis.

Technika badawcza jest czynnością np. obserwowaniem, ankietowaniem, wykonywaniem pomiarów, prowadzeniem wywiadu

Należy dodać, iż w badaniach w pielęgniarstwie uwzględnia się takie metody jak:

- metoda analizy dokumentów,
- przegląd systematyczny,
- metaanaliza,
- metoda eksperymentalna,
- metoda indywidualnego przypadku,
- metoda obserwacji,
- metoda sondażu diagnostycznego.

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu techniki kwestionariusza ankiety. Do przeprowadzenia badania wykorzystano ankietę składającą się z 21 pytań. W ankiecie zawarto pytania dotyczące jaskry, funkcjonowania pacjentów z tą chorobą, które w większości są pytaniami zamkniętymi .

4. CHARAKTERSTYKA BUDOWY ANKIETY

Ocena jakości życia pacjentów z jaskrą została przeprowadzona za pomocą badania ankietowego i obserwacji własnej. Ankieta została przeprowadzona wśród pacjentów Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu. Ankieta składa się z 21 pytań. Budowa kwestionariusza ankiety zawiera następujące rodzaje pytań:

- a. pytania otwarte : nie sugerują badanym żadnej odpowiedzi,
- b. pytania zamknięte: przewidują gotowe odpowiedzi przemyślane przez ankietera.

Osoby badane dokonują wyboru spośród sugerowanych im odpowiedzi.

Pytania w kwestionariuszu ankiety zostały skonstruowane w sposób zrozumiały, przejrzysty, tak by nie sprawiały żadnego problemu badanemu. Pacjenci chętnie wypełniali ankietę. Zgromadzony materiał został poddany analizie a następnie przedstawiony w postaci wykresów.

5. ORGANIZACJA PRZEBIEGU BADAŃ

Ze względu na charakter tej pracy kwestionariusze ankiet rozdano 100 pacjentom Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu.

Ankiety rozpoczęto w czerwcu 2017r. a zakończono w grudniu 2017r.

Wszystkie poproszone osoby chętnie wypełniały ankietę i udzielały odpowiedzi.

Autor pracy samodzielnie przeprowadził ankietę wśród pacjentów, a także samodzielnie je zebrał i opracował.

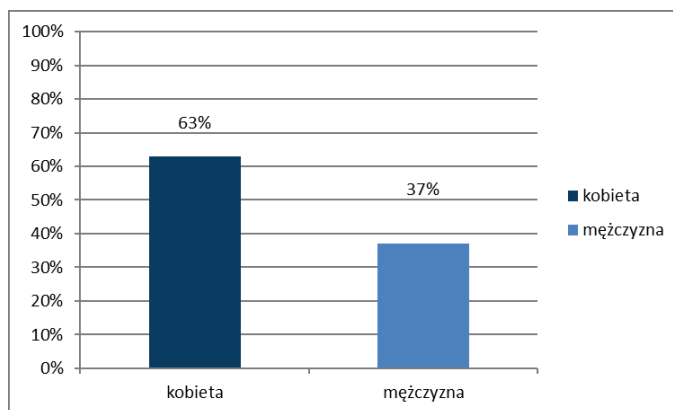
VI. JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z JASKRĄ W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

1. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

1.1. DANE SOCJODEMOGRAFICZNE

W ankiecie wzięły udział 63 kobiety i 37 mężczyzn. Łącznie wzięło udział 100 pacjentów Oddziału Okulistycznego. Autorka pracy samodzielnie rozprowadziła ankiety wśród pacjentów a także samodzielnie zebrała i opracowała. Wyniki zostały ukazane przy pomocy miar procentowych.

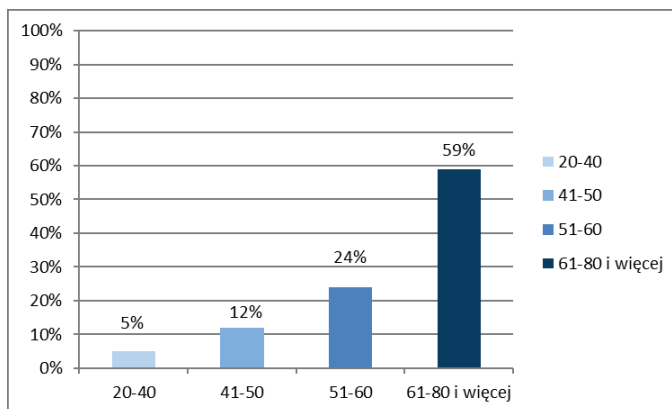
Wykres 1 Ankietowani



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Największa liczba ankietowanych to osoby w wieku 60–80 lat i więcej-59 osób, co stanowi 59% badanych. Następnie osoby w wieku 51–60 lat –24 osoby (24%),osobyw wieku 41–50 lat-12 osób(12%) i osoby w wieku20–40 lat najmniej-5 osób(5%). Z tych ankiet wynika iż częściej na jaskrę chorują kobiety niż mężczyźni.

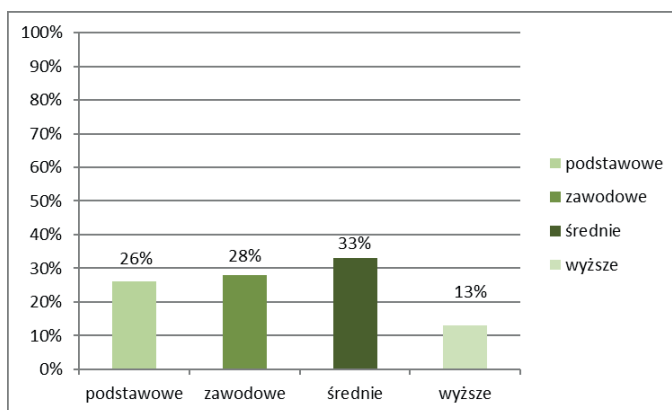
Wykres 2 Wiek ankietowanych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Z zebranego materiału empirycznego wynika także, że wśród ankietowanych pacjentów większość(33%) stanowiły osoby z wykształceniem średnim, 28% z wykształceniem zawodowym,26% z wykształceniem podstawowym a 13% z wykształceniem wyższym.

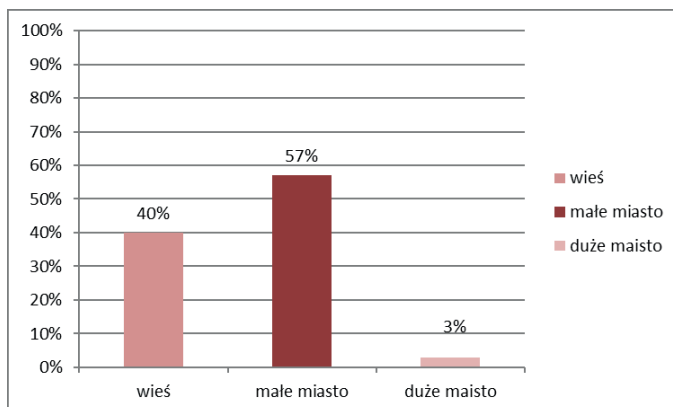
Wykres 3 Wykształcenie ankietowanych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Miejsce zamieszkania ankietowanych to 57% małe miasto, 40 % wieś a 3% duże miasto.

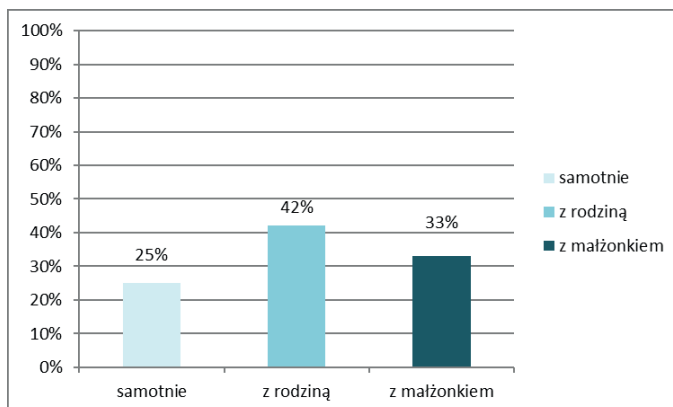
Wykres 4 Miejsce zamieszkania



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Ankietowani w 42% mieszkają z rodziną, w 33% z małżonkiem/małżonką a w 25% samotnie.

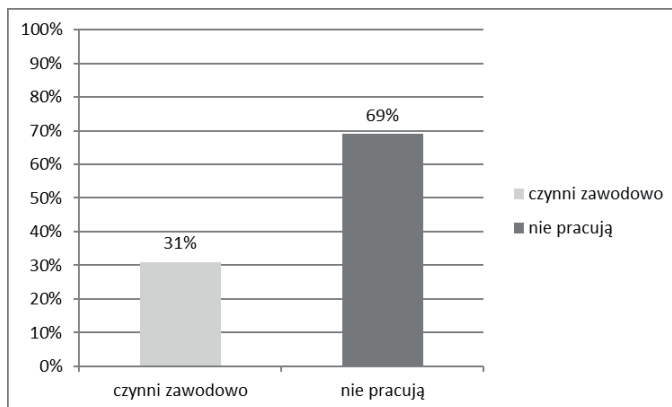
Wykres 5 Zamieszkanie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

W 31% ankietowani są czynni zawodowo a w 69% nie pracują. Pacjenci ankietowani pracują na różnych stanowiskach w większości wykonują pracę fizyczną. U 31% ankietowanych jaskra nie uniemożliwia wykonywanie zawodu a u 19% uniemożliwia wykonywanie zawodu.

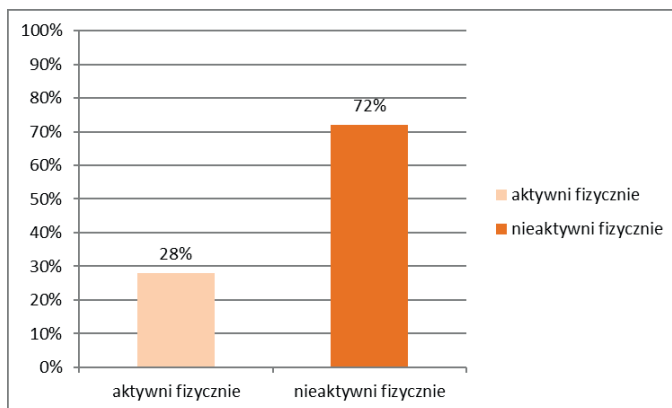
Wykres 6 Aktywność zawodowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

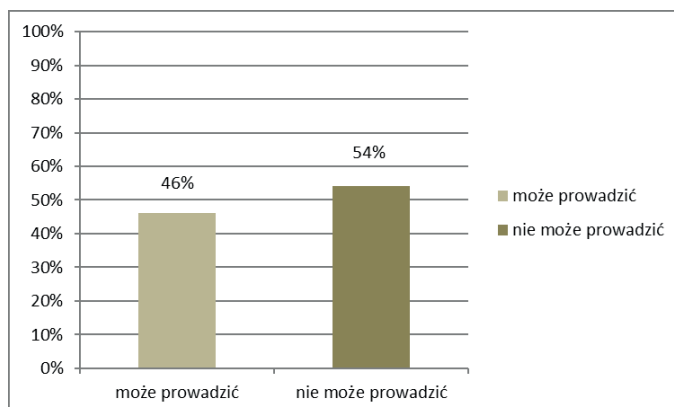
72% ankietowanych nie uprawia sportu a 28 % ankietowanych uprawia sport. U 49% ankietowanych jaskra ogranicza aktywność fizyczną natomiast u 51% ankietowanych choroba nie ogranicza aktywności fizycznej.

Wykres 7 Aktywni fizycznie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

61% ankietowanych posiada prawo jazdy ale 54% nie może prowadzić samochodu, ponieważ uniemożliwia to choroba.

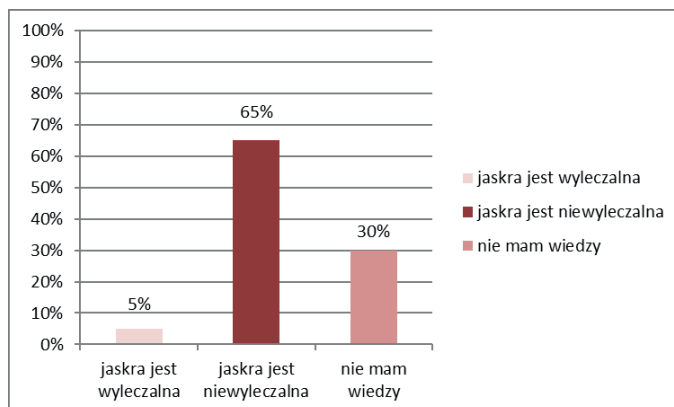
Wykres 8 Prowadzenie pojazdów

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pacjenci ankietowani posiadają informacje na temat jaskry. Wiedzą, że jest to choroba nieuleczalna i na całe życie.

Znają objawy tej choroby: światłowstręt (66%), łzawienie oczu (65%), zaburzenia widzenia (64%), silny ból oka (64%), trudności z przystosowaniem wzroku do ciemności (49%), bóle głowy (49%), widzenie tęczy lub mroczków przy spoglądaniu na źródło światła (47%), nudności (39%) i wymioty (38%).

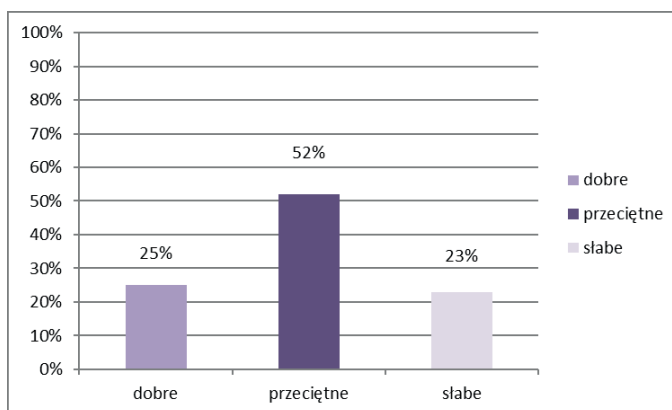
Ankietowani wiedzą również, że jaskra jest chorobą dziedziczną.

Wykres 9 Wiedza na temat choroby

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Ankietowani swoje widzenie określają jako przeciętne (52%), dobre (5%) i słabe (19%). Nie wycofuje ich to z udziału w wydarzeniach społecznych (59%), mogą czytać książki, gazety (53%).

Wykres 10 Widzenie ankietowanych

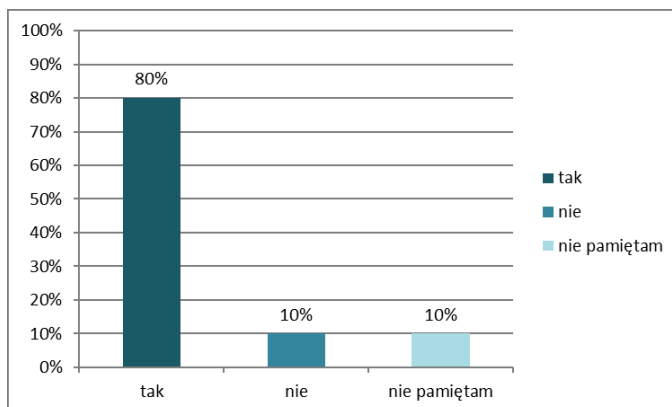


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

75% ankietowanych odpowiedziało „iż nie potrzebują pomocy osób trzecich w samodzielnej egzystencji, 25%-potrzebuje pomocy osób trzecich.

80% ankietowanych odpowiedziało, iż otrzymali informację od lekarza, pielęgniarki na temat jaskry, 10% że nie i 10% że nie pamięta czy otrzymało taką informację.

Wykres 11 Wiedza przekazana przez lekarza, pielęgniarkę



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

DYSKUSJA

Jaskra jest chorobą nieuleczalną prowadzącą do całkowitej utraty wzroku. Choroba ta rozwija się bardzo powoli i często bezobjawowo. Jaskrę najczęściej wykrywa się przypadkowo, podczas badania wzroku u okulisty lub podczas dobierania okularów.

W Polsce chorych na jaskrę może być 800 tysięcy osób, przy czym tylko połowa została zdiagnozowana przez lekarzy okulistów. Na jaskrę może zachorować każdy człowiek bez względu na wiek. Aż w 90 proc. przypadków choroba jest utajona i przebiega bez widocznych objawów i dolegliwości.

Tylko wczesne postawienie trafnej diagnozy może pomóc ocalić wzrok. Dlatego tak bardzo ważne są regularne wykonywania badań. Każdy człowiek powinien chociaż raz w roku przejść pełne badanie u okulisty, a osoby z grupy ryzyka czyli potencjalni chorzy na jaskrę nawet co pół roku.

W niniejszej pracy postawione zostały problemy badawcze, na które odpowiedź uzyskano w toku przeprowadzonych badań.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż większość badanych wie, że jaskra jest chorobą dziedziczną i nie uleczalną. Respondenci znają główne objawy jaskry takie jak światłowstręt, częste łzawienie oczu, silny ból oka, widzenie tęczy lub mroczków przy spoglądaniu na źródło światła, nudności, wymioty, zaburzenia widzenia. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż pogorszyła się jakość życia osób dotkniętych tym schorzeniem. Jaskra ogranicza aktywność fizyczną, uprawianie sportu. Badani mają problem z prowadzeniem pojazdów. Często muszą zrezygnować z udziału w wydarzeniach społecznych tj. teatr, kino, imprezy okolicznościowe. Badania wykazały również, że respondenci potrzebują pomocy osób trzecich w zaawansowanym stadium choroby. Często muszą zrezygnować z wykonywanej pracy. Mając na uwadze uzyskane wyniki z przeprowadzonych badań należy zauważyć, iż wiedza wśród pacjentów na temat jaskry jest niewystarczająca. Na jakość życia z jaskrą ma również wpływ: płeć, wiek, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia.

Dla porównania badaniom poddano 150 chorych ze zdiagnozowaną jaskrą – pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego oraz Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Grupę kontrolną stanowiło 150 osób bez zaburzeń widzenia i innych chorób przewlekłych. Były to osoby towarzyszące pacjentom Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wolanowie. Przeprowadzone badania wykazały, że jakość życia pacjentów z jaskrą w porównaniu z grupą kontrolną była istotnie niższa we wszystkich jego dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej) oraz w zakresie ogólnej jakości życia i percepcji stanu swojego zdrowia. Ustalono również wpływ różnych zmiennych (płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania) na poczucie jakości życia chorych z jaskrą. Stwierdzono także wpływ choroby na poczucie otrzymywanego wsparcia społecznego (globalnego oraz instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego), przy czym pozostałe zmienne (płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania) w niewielkim stopniu wpływały na otrzymywane wsparcie społeczne. W badaniach wykazano istnienie ścisłej korelacji pomiędzy jakością życia a otrzymywanym wsparciem społecznym. Chorzy z jaskrą, którzy otrzymywali wyższe wsparcie lepiej oceniali jakość swojego życia oraz stan swojego zdrowia.¹²

Istnieje wiele potencjalnych przyczyn obniżenia jakości życia pacjenta z jaskrą. Już samo postawienie diagnozy nieuleczalnej, postępującej choroby z pewnością jest dla chorego trudne do przyjęcia. Odeberg udowodnił, że jakość życia pacjentów jest zaburzona przez chorobę już w momencie ogłoszenia diagnozy. Badanie CIGTS potwierdziło, że nowo zdiagnozowani pacjenci częściej niż zdrowi sygnalizowali trudności w adaptacji do ciemności, zaburzenia widzenia w jasnym oświetleniu, zniekształcenie widzenia. Około 50% osób zgłaszało strach przed oślepieniem. Strach potęguje nieznaną istotę choroby, edukacja pacjenta może więc pomóc mu oswoić się z nową sytuacją.

Badania jakości życia to cenne uzupełnienie badania lekarskiego. W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego pojawia się stwierdzenie, że nie ciśnienie wewnątrzgałkowe, ale pacjent i jakość jego życia powinny być priorytetami dla lekarza leczącego jaskrę. Analiza komfortu życia pomoże zrozumieć trudności życia codziennego, z jakimi borykają się nasi chorzy, oraz pomóc w wyborze odpowiedniego, indywidualnie dobranego postępowania leczniczego.

Decyzje terapeutyczne, zwłaszcza te szczególnie odbijające się na dobrostanie pacjenta (decyzja o rozpoczęciu leczenia, a także o interwencji chirurgicznej), powinny być głęboko przemyślane i poprzedzone bilansem strat i zysków oraz podejmowane w porozumieniu z pacjentem i za jego świadomą zgodą. Tylko świadomy pacjent może być traktowany jako partner w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, a chory

¹² Kozestańska – Oczkowska M. „Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne u chorych z jaskrą a jakość życia”

i lekarz okulista muszą stanowić zespół, którego solidna i systematyczna współpraca pozwoli uratować wzrok chorego¹³.

Dla porównania jeszcze jeden przykład 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. 13 Do badań zastosowano metodę skategoryzowanego wywiadu kwestionariuszowego w opracowaniu własnym. Większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako przeciętny (55,34%).

Choroba podstawowa oraz choroby współistniejące ograniczały aktywność społeczną i towarzyską 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).

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.

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 zdrowia¹⁴.

¹³ Wszyńska A. Kalinowska A. Kłos-Rola Justyna. Żarnowski T. " Jakość życia chorych na jaskrę" Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

¹⁴ Mroczek B. Marcinkiewicz B. Kuczyńska M. Kurpas D" Samoocena stanu zdrowia pacjentów z jaskrą"

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonej ankiety oraz własnych obserwacji wysunięto następujące wnioski:

1. Jakość życia pacjenta chorego na jaskrę ulega radykalnemu pogorszeniu.
2. Oceniając jakość życia zwraca się szczególną uwagę na samopoczucie chorego, możliwość funkcjonowania w życiu codziennym, radzenia sobie z problemami życiowymi i zawodowymi.
3. W trakcie trwania choroby obserwuje się spadek aktywności fizycznej, oraz udziału w wydarzeniach społecznych (kino, teatr imprezy rodzinne i okolicznościowe).
4. Bez względu na wiek i płeć, jaskra działa destrukcyjnie na jakość życia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Baumann K. „Jakość życia w okresie późnej dorosłości” –dyskurs teoretyczny [w:]Gerontologia Polska,T.14, nr. 4 s.165–171
2. BochenekA., ReicherN., „Anatomia człowieka”, repetytorium, Warszawa 2014.
3. Bradford C.,”Okulistyka” Podręcznik dla studentów, Wrocław 2006.
4. Heszyn- Niejodek I., Sęk H., „Jakość życia w chorobie” Psychologia Zdrowia, Warszawa 1993.
5. Kański J., Bowling B.”Okulistyka kliniczna”, Warszawa 2013.
6. Kański J., Tesla P. „Kompendium leczenia jaskry”, Wrocław 2006.
7. Kocięcki J., „Wykłady z Okulistyki”, Wrocław 2012
8. Kozestańska-Oczkowska M. „Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne u chorych z jaskrą a jakość życia.”
9. Lenartowicz H., Kózka M. „Metodologia badań w pielęgniarstwie”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa2 010,2011.
10. Misiuk-Hojło M. „Farmakoterapia jaskry”, Górnicki Wydawnictwo Medyczne,Wrocław 2008.
11. Misiuk–HojłoM.”Terminologia i wytyczne postępowania w jaskrze”, Maj 2016,wyd.IV.
12. MroczekB. Marcinkiewicz B.KuczyńskaM.KurpasD”Samocena stanu zdrowia pacjentów z jaskrą”
13. Niżankowska H. „Jaskra”, Wydanie I polskie, Wydawnictwo MedyczneUrban &Partner, Wrocław 2006
14. NiżankowskaN.”Okulistyka”, Warszawa 2010.
15. „Okulistyka współczesna” pod red.W.Orłowskiego,T.1–3 Warszawa 1986
16. Poida S., „Okulistyka w kropelce”, Katowice 2006
17. Steunden S., Okła W.”Jakość życia w chorobie”, Lublin 2007.
18. Wielka Encyklopedia PWN, T 1–4 Warszawa 1998.
19. Wołowicka Laura, Jarac Krystyna i wsp.1997. „Jakość życia pacjentów po wybranych stanach krytycznych leczonych w intensywnej terapii”. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, cz. XI, Poznań. 21.
20. Wołowicka Laura. (red.) 2001.” Jakość życia w naukach medycznych”Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu: 117–127, 231–238.
21. Wyszyńska A. Kalinowska A. Kłos-Rola Justyna. Żarnowski T.” Jakość życia chorych na jaskrę” Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
22. Zaleska-Żmijewska A. <http://okulistykawpolsce.pl/jaskra/>

STRESZCZENIE

Jaskra jest chorobą oczu, która doprowadza do zaniku nerwu wzrokowego i prowadzi do całkowitej ślepoty. Celem badań była ocena jakości życia pacjenta chorego na jaskrę. Badania ankietowe przeprowadzono u 100 wybranych pacjentów Oddziału Okulistycznego. Z wykonanych badań wynika, że jakość życia pacjenta ulega radykalnemu pogorszeniu wraz z postępem choroby. W jakości życia szczególne znaczenie ma możliwość funkcjonowania w życiu codziennym, radzenia sobie z problemami życiowymi i zawodowymi u ludzi w różnym wieku.

Do napisania tej pracy została wykorzystana także wiedza oraz długoletnie doświadczenie pielęgniarki zdobyte na Oddziale Okulistycznym Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu.

Słowa kluczowe w pracy: Oko, choroby oczu, jaskra, ciśnienie wewnątrzgałkowe, nerw wzrokowy.

SUMMARY

Glaucoma is an eye disease which results in damage to the optic nerve and vision loss. The aim of the study was to judge patient's quality of life suffering from glaucoma. Questionnaire on 100 patients was obtained at ophthalmic department. Results suggest that the quality of life decreases as the disease progresses. In the quality of life day-to-day functioning is of high importance as well as dealing with problems both in work and personal life for people of all ages.

For this work nurse's knowledge and experience have been used gained from Ophthalmology Department at Sieradz Hospital.

Keywords: Eye, eye diseases, glaucoma, intraocular pressure, optic nerve.

WYKAZ RYSUNKÓW

Rysunek Nr 1 Budowa oka

Rysunek Nr 2 Uproszczony schemat udowy siatkówki

Rysunek Nr 3 Krótkowzroczność

Rysunek Nr 4 Dalekowzroczność

Rysunek Nr 5 Astygmatyzm

Rysunek Nr 6 Jaskra

Rysunek Nr 7 Jaskra z otwartym i zamkniętym kątem przesączania

Rysunek Nr 8 Symulacja postępu jaskry

Rysunek Nr 9 Trabekulektomia

Rysunek Nr 10 Irydotomia laserowa

WYKAZ TABEL

1. Model jakości życia

2. Wskaźniki jakości życia

WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1 Ankietowani

Wykres 2 Wiek ankietowanych

Wykres 3 Wykształcenie

Wykres 4 Miejsce zamieszkania

Wykres 5 Zamieszkiwanie ankietowanych

Wykres 6 Aktywność zawodowa

Wykres 7 Aktywność fizyczna

Wykres 8 Prowadzenie pojazdów

Wykres 9 Wiedza na temat choroby

Wykres 10 Widzenie ankietowanych

Wykres 11 Wiedza przekazana przez lekarza pielęgniarkę

ANEKS

Kwestionariusz ankiety

Nazywam się Hanna Malik i jestem studentką II stopnia studiów wyższych na kierunku Pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Gospodarki Krajowej w Kutnie. Piszę pracę na temat: *Jakość życia pacjentów z jaskrą*. Ankieta jest anonimowa i służy jedynie do celów naukowych. Prosiłabym o szczere odpowiedzi bowiem wpłynie to na rzetelne i adekwatne wyniki w mojej pracy dyplomowej. Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Bardzo dziękuję za pomoc i poświęcony czas.

1. Płeć:

- a. Kobieta
- b. Mężczyzna

2. Wiek:

- a. 20–40
- b. 41–50
- c. 51–60
- d. 61–80

3. Wykształcenie:

- a. Podstawowe
- b. Zawodowe
- c. Średnie
- d. Wyższe

4. Miejsce zamieszkania:

- a. Wieś

- b. Małe miasto
 - c. Duże miasto
- 5. Zamieszkiwanie:**
- a. Samotnie
 - b. Z małżonkiem/małżonką
 - c. Z rodziną
- 6. Czy jest Pan(i) osobą aktywną zawodowo?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 7. Jaki zawód Pan(i) wykonuje?**
-
- 8. Czy jaskra uniemożliwia wykonywanie zawodu?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 9. Czy uprawia Pan(i) jakiś sport?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 10. Czy jaskra ogranicza Pana(i) aktywność fizyczną?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 11. Czy posiada Pan(i) prawo jazdy?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 12. Czy może Pan(i) prowadzić samochód?**
- a. Tak
 - b. Nie

13. Jakie są objawy jaskry?(Proszę zaznaczyć te, które według Pana(i)są znane.)

- a. Światłowstręt.
- b. Częste łzawienie oczu.
- c. Widzenie tęczyowych kół lub mroczków przy spoglądaniu na źródło światła.
- d. Trudności z przystosowaniem się wzroku do ciemności.
- e. Charakterystyczny silny ból oka.
- f. Nudności.
- g. Bóle głowy zlokalizowane nad łukiem brwiowym i promieniujące ku tyłowi.
- h. Zaburzenia widzenia.
- i. Wymioty.

14. Czy jaskra jest wyleczalna?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem

15. Jak określiliby/określiłaby Pan(i) swoje widzenie(obuoczne)?

- a. Dobre
- b. Przeciętne
- c. Słabe

16. Czy ktoś w rodzinie choruje/chorował na jaskrę?

- a. Tak
- b. Nie

17. Czy może Pan(i) czytać książki, gazety?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Z trudem

18. Czy złe widzenie jest powodem wycofania się z udziału w wydarzeniach społecznych(teatr, kino, imprezy rodzinne i okolicznościowe)?

- a. Tak
- b. Nie

19. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy osób trzecich w samodzielnej egzystencji?

- a. Tak
- b. Nie

20. Czy otrzymał(a) Pan(i) informacji na temat jaskry od lekarza lub pielęgniarki?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie pamiętam