

Quality of life after cataract surgery – subjective assessment of patients

Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów

Anna Partyka-Mizeracka, Diana Słota

Anesthesiology and Intensive Care Ward at the Prof. Antoni Gębala Children's Hospital of Lublin/
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie

ORCID:

Diana Słota: 0000-0002-5681-1684

AUTOR DO KORESPONDENCJI/CORRESPONDING AUTHOR:

Diana Słota

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin
e-mail: slota.diana@gmail.com

STRESZCZENIE

QUALITY OF LIFE AFTER CATARACT SURGERY – SUBJECTIVE ASSESSMENT OF PATIENTS

Cel. Celem pracy była ocena subiektywnego poczucia jakości życia pacjentów po przebytej operacji zaćmy.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 101 pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „VISUS” w Bychawie – Oddziału Chirurgii Jednego Dnia, po przebytej operacji zaćmy. Były to kobiety i mężczyźni w wieku od 26. do 92. roku życia. Około 86% badanych miało zdiagnozowane również inne choroby współistniejące. Na potrzeby przeprowadzenia badania skonstruowane zostało narzędzie na podstawie kwestionariusza WHOQOL-Bref w polskiej adaptacji, skorelowanej z kwestionariuszem osobowym.

Wyniki. Analiza badań wykazała, że ponad 52% badanych pacjentów po operacji zaćmy uznało ogólną ocenę jakości swojego życia jako dobrą. Wśród nich 39% było zadowolonych ze swojego zdrowia. Najgorzej ocenianą była dziedzina psychologiczna, najlepiej socjalna i środowiskowa. Kobiety nieznacznie lepiej oceniały jakość swojego życia i zdrowia. Ukazano silną zależność pomiędzy spadkiem jakości życia wraz z wiekiem i liczbą chorób współistniejących.

Wnioski. Jakość życia obniża się wraz z wiekiem. Większość badanych pacjentów po operacji zaćmy jest zadowolonych z jakości swojego życia. Zabieg operacji zaćmy poprawia jakość życia.

Słowa kluczowe:

jakość życia, zaćma, WHOQOL-BREF

ABSTRACT

JAKOŚĆ ŻYCIA PO PRZEBYTEJ OPERACJI ZAĆMY – SUBIEKTYWNA OCENA PACJENTÓW

Aim. The aim of the study was to assess the subjective quality of life of patients after cataract surgery.

Material and methods. The study included 101 patients of the Non-Public Health Care Center “VISUS” in Bychawa - One Day Surgery Department after a cataract surgery. They were women and men aged 26 to 92 years. About 86% of respondents were also diagnosed with other comorbidities. For the purpose of the study, a tool was constructed based on the WHOQOL-Bref questionnaire in the Polish adaptation, correlated with the personal questionnaire.

Results. The analysis of the studies showed that over 52% of the patients after cataract surgery considered the overall assessment of their quality of life as good. Among them, 39% were satisfied with their health. The worst assessed was the psychological field, preferably social and environmental. Women rated their quality of life and health slightly better. There is a strong correlation between the decline in quality of life with age and the number of comorbidities.

Conclusions. The quality of life decreases with age. Most of the patients who have undergone cataract surgery are satisfied with the quality of life. Cataract surgery improves the quality of life of patients.

Key words:

quality of life, cataract, WHOQOL-BREF

INTRODUCTION

The quality of life nowadays has become the determinant of the effectiveness of many therapies. It is related to the quality of treatment, giving an image of a better and longer life in many diseases. By definition, quality of life is conditioned by the state of health. It is a functional effect of illness and individual treatment process subjectively perceived by a given unit. Mutually related considerations about the quality of life and health state show the personal development of a person, his/her relations and confrontations with the world, the degree of self-satisfaction and performing everyday activities [1].

In the above study, a subjective sense of the quality of life of patients who underwent cataract surgery was examined. It is a disease that worsens the eyesight, gradually leading to its total loss. In addition to refractive errors, it is the most common eye problem in the world (33%). Cataract creates therapeutic, social and economic problems, being a very big problem in the Polish healthcare system. This is, among others, due to the growing number of patients, which is directly related to the aging of the population [2].

The cataract is treated only surgically. The indication for the operation is turbidity of the lens, preventing the patient from properly performing vital functions. The waiting time for treatment is very long, what also has a negative impact on the quality of life [3].

AIM

The aim of this study was to assess the subjective sense of quality of life of patients after cataract surgery.

MATERIALS AND METHODS

A questionnaire survey was carried out. A research tool based on the WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Test-Bref) questionnaire in the Polish adaptation [4] was constructed for the needs of the study. Adapting the questionnaire made it possible to obtain a quality profile of people after cataract surgery in the field of four areas of life. They are: physical, psychological, social functioning and functioning in the environment.

Each of them consists of detailed subscales. Answers are included in a 5-point scale (scoring range 1-5). In each field a maximum of 20 points can be obtained (according to the WHO guidelines, transformation of results 0-20). The results of individual fields have a positive direction, which means that the higher the number of points, the higher the quality of life [5].

The responses on the scales are included in a 5-point scale (scoring range 1-5). In each of the fields, a maximum of 20 points can be obtained (according to the WHO guidelines, transformation of results 0-20). The results of individual fields have a positive direction, which means that the higher the number of points, the higher the quality of life [6].

The subjects of the study were 101 patients after cataract surgery in the recent past. They were both women and

men aged from 26 to 92. Among the subjects, 85 patients had one cataract surgery and 16 patients had two treatments. The research was carried out in accordance with the requirements of the Helsinki Declaration.

This study was carried out in the Non-Public Healthcare Center „VISUS” in Bychawa – One Day Surgery Department. The consent of the Director of the facility and the head of the ward as well as the Head Nurse was obtained.

The database and statistical surveys were based on the Statistica 9.1 computer software (StatSoft, Poland). The values of the measurable parameters analyzed were presented with the mean value, median, and minimum values and maximum and standard deviation, and for non-measurable ones, there used cardinality and interest. For qualitative features, the Chi2 test was used to detect the existence of a relationship between the analyzed variables. To examine differences in the quality of life between the two groups, the Mann-Whitney U test was used, and Kruskal-Wallis test was used for more than two groups. A significance level of $p < 0.05$ was assumed indicating the existence of statistically significant differences or dependencies.

Physical, mental and environmental criteria were positive, which means that the higher the score, the better the quality of life. On the other hand, the social criterion has a negative direction. This means that the higher the number of points, the worse the quality of life. The descriptions of each question were made on a point scale from 1 to 100, using the category of answers for each scale. The following determinations were made in the work: N – number of people, M – average, SD – standard deviation, t- test results for independent samples, p – statistical significance [7].

RESULTS

The study covered 101 patients after cataract surgery. Table 1 presents the characteristics due to socio-demographic variables as well as data on the patients' health status.

The analysis of own research showed that the highest number of people assessed the individual overall quality of their life as good – 52.5% ($n = 53$). Among respondents, very bad quality of life was assessed by 9.9% of respondents ($n = 10$), bad – by 13.9% of patients ($n = 14$). Eleven people did not specify and rated their quality of life as neither good nor bad (10.9% of respondents). In turn, the quality of life was rated very well by 13 persons, what accounted for 12.9% of respondents (Tab. 2).

When it comes to 11.9% of respondents, they were very dissatisfied with their health ($n = 12$), 27.7% of women were unhappy ($n = 28$). Fifteen people (14.9%) were neither satisfied nor dissatisfied. As many as 38.6% of those surveyed were satisfied with their health ($n = 39$) and 6.9% respondents were very satisfied with their own health (Tab. 3).

The worst assessed by respondents was the quality of their life in the psychological field ($M = 12$), preferably in the social field ($M = 13.9$) and environmental ($M = 13.5$). Slightly higher results, compared to the psychological field, were obtained in the somatic field ($M = 12.7$).

Quality of life after cataract surgery – subjective assessment of patients

■ Tab. 1. Characteristics of patients in terms of the variables tested

Characteristics of the studied group		n	%
Sex	women	55	54.5
	men	46	45.5
Age	Up to 60 years	29	28.7
	61-75 years old	42	41.6
	76 years and more	30	29.7
Place of residence	Village	47	46.5
	A city with less than 100,000 inhabitants	28	27.7
	A city with over 100,000 inhabitants	26	25.7
Education	Basic / gymnasium	25	24.8
	Basic vocational	35	34.7
	Secondary	32	31.7
	Higher	9	8.9
Other people suffering from cataracts in the family	Yes	23	22.8
	No	78	77.2
The number of treatments carried out	One	85	84.2
	Two	16	15.8
Time since the last treatment	Up to six months	41	40.6
	From half a year to one year	32	31.7
	From 1 to 2 years	15	14.9
	Over 2 years	13	12.9
Number of comorbidities	Lack	14	13.9
	One	41	40.6
	Two	34	33.7
	Three and more	12	11.9

■ Tab. 2. Individual general assessment of the quality of life

Quality of life assessment [WHO1]	n	%
Very bad	10	9.9
Bad	14	13.9
Neither good nor bad	11	10.9
Good	53	52.5
Very good	13	12.9
altogether	101	100.0

There were no statistically significant differences in the assessment of the quality of life between women and men ($p = 0.581$) nor in the assessment of satisfaction with health ($p = 0.608$). It is worth noting, however, that women rated slightly better both the general quality of life and were more satisfied with their health. In addition, women scored slightly higher in the somatic and social fields. In turn, the average male result was higher in the psychological and environmental fields (Tab. 5 and Tab. 6).

It was shown that in the somatic, psychological and social domains, the best quality of life ($p = 0.076$) was observed in the respondents living in the city above 100,000. residents. The worst quality of life was characteristic of rural residents. The differences were in the somatic field ($p = 0.009$), psychological ($p = 0.005$) and social ($p = 0.006$). In the case of the general assessment of quality of life ($p = 0.076$) and satisfaction with health status

■ Tab. 3. Individual general assessment of one's health

How do you assess satisfaction with your health? [WHO2]	n	%
Very dissatisfied	12	11.9
Dissatisfied	28	27.7
Neither happy nor dissatisfied	15	14.9
Happy	39	38.6
Very happy	7	6.9
altogether	101	100.0

■ Tab. 4. Assessment of quality of life depending on the assessed field

The field of quality of life	N	M	Me	SD	min	max
Quality of life assessment [WHO1]	101	3.4	4.0	1.2	1.0	5.0
Health satisfaction [WHO2]	101	3.0	3.0	1.2	1.0	5.0
Somatic domain (DOM1)	101	12.7	13.1	4.1	4.6	20.0
Psychological domain (DOM2)	101	12.0	12.0	2.4	6.7	16.7
Social field (DOM3)	101	13.9	14.7	3.3	4.0	20.0
Environment (DOM4)	101	13.5	14.0	3.1	6.5	20.0

M – medium; SD – standard deviation; Me – median

■ Tab. 5. Quality of life assessment depending on gender

The field of quality of life	Sex						Statistical analysis	
	Woman			Man			FROM	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Quality of life assessment [WHO1]	3.53	4.00	1.10	3.35	4.00	1.27	-0.552	0.581
Health satisfaction [WHO2]	3.07	3.00	1.15	2.93	3.00	1.25	-0.513	0.608
Somatic domain (DOM1)	12.85	13.71	4.07	12.61	12.57	4.25	-0.335	0.738
Psychological domain (DOM2)	11.99	12.00	2.28	12.07	12.33	2.58	-0.226	0.821
Social field (DOM3)	13.92	13.33	2.58	13.91	14.67	4.04	-0.495	0.621
Environment (DOM4)	13.25	14.00	2.72	13.82	14.25	3.44	-0.977	0.328

M – medium; SD – standard deviation; Me – median

($p = 0.141$), as well as the environmental domain ($p = 0.444$), no statistically significant differences were noted (Tab. 7).

Statistical analysis showed that subjects with higher education statistically rated the overall quality of their life ($p = 0.008$) and individual areas of quality of life the best. Statistically significant were all the fields: somatic ($p = 0.002$), psychological ($p = 0.001$), social ($p = 0.003$) and environmental ($p = 0.005$). The worst quality of life was demonstrated among respondents with primary or lower secondary education. In the assessment of the overall quality of their health, no statistically significant differences were found ($p = 0.133$) between persons with basic, basic vocational, secondary or higher education (Tab. 8).

■ Tab. 6. Assessment of quality of life depending on age

The field of quality of life	Age									Statistical analysis	
	Up to 60 years			61-75 years old			76 years and more				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Quality of life assessment [WHO1]	4.03	4.00	0.68	3.31	4.00	1.20	3.07	4.00	1.34	10662	0.005
Health satisfaction [WHO2]	3.62	4.00	0.98	2.67	2.00	1.14	2.90	3.00	1.27	11702	0.003
Somatic domain (DOM1)	15.78	16.57	3.22	12.04	12.00	3.65	10.78	10.00	4.03	24870	<0.001
Psychological domain (DOM2)	13.36	14.00	2.09	12.03	12.33	2.31	10.73	11.33	2.16	19524	<0.001
Social field (DOM3)	15.91	16.00	2.98	13.84	14.67	3.14	12.09	11.33	2.78	22528	<0.001
Environment (DOM4)	15.19	15.00	2.38	12.98	13.50	3.07	12.62	12.00	3.10	13649	0.001

M – medium; SD – standard deviation; Me – median

■ Tab. 7. Quality of life assessment depending on the place of residence

The field of quality of life	Place of residence									Statistical analysis	
	Village			A city with less than 100,000 inhabitants			A city with over 100,000 inhabitants				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Quality of life assessment [WHO1]	3.15	4.00	1.29	3.68	4.00	1.06	3.73	4.00	1.00	5.144	0.076
Health satisfaction [WHO2]	2.74	2.00	1.26	3.25	3.00	1.11	3.23	4.00	1.11	3.911	0.141
Somatic domain (DOM1)	11.47	12.00	4.09	13.29	13.71	3.99	14.46	15.14	3.73	9313	0.009
Psychological domain (DOM2)	11.26	12.00	2.44	12.31	12.00	2.17	13.10	14.00	2.18	10681	0.005
Social field (DOM3)	13.13	13.33	3.25	13.67	14.67	3.51	15.59	16.00	2.61	10362	0.006
Environment (DOM4)	13.22	13.50	3.03	13.55	13.75	3.33	13.96	14.75	2.88	1.622	0.444

M – medium; SD – standard deviation; Me – median

■ Tab. 8. Quality of life assessment depending on education

The field of quality of life	Education												Statistical analysis	
	Basic / gymnasium			Basic vocational			Secondary			Higher				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Quality of life assessment [WHO1]	2.76	3.00	1.20	3.46	4.00	1.27	3.72	4.00	0.92	4.33	4.00	0.50	9624	0.008
Health satisfaction [WHO2]	2.60	3.00	1.32	2.91	3.00	1.29	3.25	3.50	0.92	3.67	4.00	1.00	4.034	0.133
Somatic domain (DOM1)	10.40	10.86	3.54	12.23	12.57	4.30	14.16	15.14	3.32	16.19	18.86	3.85	12917	0.002
Psychological domain (DOM2)	10.40	10.00	2.06	11.81	12.00	2.49	12.90	12.67	1.96	14.30	14.67	1.06	16.132	0.001
Social field (DOM3)	12.00	12.00	2.58	14.02	14.67	3.84	14.79	14.67	2.78	15.70	16.00	2.38	11429	0.003
Environment (DOM4)	11.70	11.50	2.66	13.63	14.00	3.32	14.05	14.50	2.41	16.11	16.00	2.83	10548	0.005

M – medium; SD – standard deviation; Me – median

DISCUSSION

In recent years, studies on the quality of life of patients after ophthalmic surgery have begun. Oleś's research shows that the quality of life depends on the quality of vision. It was shown that patients with minor difficulties in this area felt a higher sense of quality of life than patients with significant visual difficulties [8]. In the paper by Chana et al., 83.6% of patients after cataract surgery improved their quality of life [9].

Jaworska and Wrońska report that women and people over 75 have the lowest quality of life in the somatic field. The oldest people also poorly assess the state of health and the quality of life in the physical field [10].

Our study showed a correlation between the occurrence of comorbidities in subjects after cataract removal and the quality of life. Similar conclusions have also

been drawn by Kurowska and Celmer-Ozdowska. This analysis shows that depression is common in people with cataracts which significantly reduces their quality of life [11]. Michalski in his research showed that improving the visual acuity after cataract surgery restores life fitness [12].

There are also considerations regarding the impact of the eye condition on the number of falls and injuries. Brannana et al have developed studies that show that cataract surgery is an effective procedure that significantly reduces the risk of falling in patients [13]. Similar conclusions were drawn by Gillespi, who claimed that cataract surgery is defined as a procedure for reducing the number of falls in patients [14].

Phelson's paper on the impact of the state of sight on the risk of bone fracture in the hip joint proves that this risk increases with decreasing visual acuity [15].

Changes in the quality of life after cataract surgery have been tested using various questionnaires, such as Nursing Home Vision-Targeted Health-Related Quality of Life Questionnaire (NHVQoL) [16], a short form of medical examinations – 36 (SF-36) and VF-14 to assess everyday visual activities. There was a significant improvement in the overall self-assessment of vision, reading, mental state and social activity [17, 18].

CONCLUSIONS

1. The quality of life decreases with age.
2. Most of the patients surveyed after cataract surgery are satisfied with the quality of their lives.
3. Cataract surgery improves the quality of life of patients.

Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów

WPROWADZENIE

Jakość życia w dzisiejszych czasach stała się wyznacznikiem skuteczności wielu terapii i zabiegów. Wiąże się ona z jakością leczenia, dając obraz lepszego i dłuższego życia w wielu chorobach.

Według definicji, jakość życia jest uwarunkowana stanem zdrowia ponieważ jest funkcjonalnym efektem choroby i indywidualnego procesu leczenia, subiektywnie odbieranym przez daną jednostkę. Wzajemnie powiązane rozważania na temat jakości życia i stanu zdrowia ukazują rozwój osobisty człowieka, jego relacje i konfrontacje ze światem, stopień zadowolenia z samego siebie i wykonywania codziennych czynności [1].

W powyższej pracy zbadano subiektywne poczucie jakości życia pacjentów, którzy poddali się operacjom zaćmy.

Jest to choroba, która pogarsza wzrok, stopniowo prowadząc do całkowitej jego utraty. Obok wad refrakcji stanowi najczęściej występujący problem okulistyczny na świecie (33%). Zaćma stwarza problemy terapeutyczne, społeczne i ekonomiczne, będąc bardzo dużym problemem w polskim systemie opieki zdrowotnej. Wynika to między innymi z rosnącej liczby chorych, co jest bezpośrednio związane ze starzeniem się społeczeństwa [2].

Zaćmę leczy się wyłącznie operacyjnie. Wskazaniem do operacji jest zmętnienie soczewki, nie pozwalające choremu na prawidłowe wykonywanie czynności życiowych. Pacjenci jednak bardzo długo oczekują na leczenie co również wpływa negatywnie na jakość ich życia [3].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena subiektywnego poczucia jakości życia pacjentów po przebytej operacji zaćmy.

MATERIAŁ I METODYKA

Na potrzeby przeprowadzonego badania skonstruowane zostało narzędzie badawcze na podstawie standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-Bref (Word Health Organization Quality of Life Test-Bref) w polskiej adaptacji [4].

Przystosowanie do badań kwestionariusza ankiety umożliwiło uzyskanie profilu jakości życia osób po zabiegach zaćmy w zakresie czterech dziedzin życia. Są nimi: funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne, społeczne i funkcjonowanie w środowisku.

W skład każdej z nich wchodzi uszczegóławiające podskale. Odpowiedzi są ujęte w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1–5). W każdej z dziedzin można uzyskać maksymalnie 20 punktów (zgodnie z wytycznymi WHO transformacja wyników 0-20). Wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny, co oznacza, że im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia. [5].

Poza czterema dziedzinami występują również dwa oddzielnie analizowane pytania. Są to: pytanie numer 1 – dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia danej osoby oraz pytanie numer 2, które dotyczy indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [6].

Przedmiot badań stanowiło 101 pacjentów po przebytej operacji zaćmy w niedalekiej przeszłości. Były to osoby dorosłe w wieku od 26. do 92. roku życia, zarówno kobiety jak i mężczyźni. Wśród badanych, 85 pacjentów miało jeden zabieg usunięcia zaćmy natomiast 16 osób – dwa zabiegi. Badania zostały przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej.

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „VISUS” w Bychawie – Oddział Chirurgii Jednego Dnia. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrektora placówki oraz Ordynatora oddziału a także Pielęgniarki Oddziałowej.

Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska). Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka.

Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu Chi². Do zbadania różnic w jakości życia pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności p<0,05 wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

Kryteria fizyczne, psychiczne i środowiskowe miały kierunek dodatni, co oznacza, że im wyższy wynik punktowy tym lepsza jakość życia. Natomiast kryterium społeczne ma kierunek ujemny. Oznacza to, że im wyższa liczba punktów tym jakość życia jest gorsza.

Opisów każdego pytania dokonano w skali punktowej od 1 do 100, korzystając z kategorii odpowiedzi poszczególnych skali. W pracy przyjęto następujące oznaczenia: N – liczba osób, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t- wyniki testu dla prób niezależnych, p – istotność próby statystycznej [7].

WYNIKI BADAŃ

Badaniami zostało objętych 101 pacjentów po przebytej operacji zaćmy. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę

Tab. 1. Charakterystyka pacjentów pod względem badanych zmiennych

Charakterystyka badanej grupy		n	%
Płeć	kobiety	55	54,5
	mężczyźni	46	45,5
Wiek	Do 60 lat	29	28,7
	61-75 lat	42	41,6
	76 lat i więcej	30	29,7
Miejsce zamieszkania	Wieś	47	46,5
	Miasto poniżej 100 tys mieszkańców	28	27,7
	Miasto powyżej 100 tys mieszkańców	26	25,7
Wykształcenie	Podstawowe/gimnazjalne	25	24,8
	Zasadnicze zawodowe	35	34,7
	Średnie	32	31,7
	Wyższe	9	8,9
Inne osoby chorujące na zaćmę w rodzinie	Tak	23	22,8
	Nie	78	77,2
Ilość przebytych zabiegów	Jeden	85	84,2
	Dwa	16	15,8
Czas, który upłynął od ostatniego zabiegu	Do pół roku	41	40,6
	Od pół roku do 1 roku	32	31,7
	Od 1 roku do 2 lat	15	14,9
	Powyżej 2 lat	13	12,9
Liczba chorób współistniejących	Brak	14	13,9
	Jedna	41	40,6
	Dwie	34	33,7
	Trzy i więcej	12	11,9

Tab. 2. Indywidualna ogólna ocena jakości życia

Ocena jakości życia [WH01]	n	%
Bardzo zła	10	9,9
Zła	14	13,9
Ani dobra, ani zła	11	10,9
Dobra	53	52,5
Bardzo dobra	13	12,9
Ogółem	101	100,0

stykę ze względu na zmienne socjo-demograficzne a także dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów.

Analiza badań własnych wykazała, że najwięcej osób oceniło indywidualną ogólną jakość swojego życia jako dobrą – 52,5 % (n=53). Wśród respondentów bardzo źle jakość życia oceniło 9,9% badanych (n=10), źle 13,9% pacjentów (n=14). Jedenaście osób nie sprecyzowało i oceniło jakość swojego życia jako ani dobrą ani złą (10,9% badanych).

Bardzo niezadowolonych ze swojego zdrowia było 11,9% badanych (n=12), wśród niezadowolonych pacjentów było 27,7% kobiet (n=28). Piętnaście osób było ani zadowolonych ani niezadowolonych (14,9%), zaś zadowoleni ze swojego zdrowia stanowili 38,6% badanych (n=39) a bardzo zadowoleni z własnego zdrowia 6,9% respondentów (tab. 3).

Tab. 3. Indywidualna ogólna ocena własnego zdrowia

Czy jest Pan/i zadowolony/a ze swojego zdrowia? [WHO2]	n	%
Bardzo niezadowolony	12	11,9
Niezadowolony	28	27,7
Ani zadowolony, ani niezadowolony	15	14,9
Zadowolony	39	38,6
Bardzo zadowolony	7	6,9
Ogółem	101	100,0

Tab. 4. Ocena jakości życia w zależności od ocenianej dziedziny

Dziedzina jakości życia	N	M	Me	SD	min	max
Ocena jakości życia [WH01]	101	3,4	4,0	1,2	1,0	5,0
Zadowolenie ze stanu zdrowia [WHO2]	101	3,0	3,0	1,2	1,0	5,0
Dziedzina somatyczna (DOM1)	101	12,7	13,1	4,1	4,6	20,0
Dziedzina psychologiczna (DOM2)	101	12,0	12,0	2,4	6,7	16,7
Dziedzina socjalna (DOM3)	101	13,9	14,7	3,3	4,0	20,0
Środowisko (DOM4)	101	13,5	14,0	3,1	6,5	20,0

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana

Tab. 5. Ocena jakości życia w zależności od płci

Dziedzina jakości życia	Płeć						Analiza statystyczna	
	Kobieta			Mężczyzna			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Ocena jakości życia [WH01]	3,53	4,00	1,10	3,35	4,00	1,27	-0,552	0,581
Zadowolenie ze stanu zdrowia [WHO2]	3,07	3,00	1,15	2,93	3,00	1,25	-0,513	0,608
Dziedzina somatyczna (DOM1)	12,85	13,71	4,07	12,61	12,57	4,25	-0,335	0,738
Dziedzina psychologiczna (DOM2)	11,99	12,00	2,28	12,07	12,33	2,58	-0,226	0,821
Dziedzina socjalna (DOM3)	13,92	13,33	2,58	13,91	14,67	4,04	-0,495	0,621
Środowisko (DOM4)	13,25	14,00	2,72	13,82	14,25	3,44	-0,977	0,328

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana

Najgorzej badani ocenili jakość swojego życia w dziedzinie psychologicznej (M=12), najlepiej w dziedzinie socjalnej (M=13,9) i środowiskowej (M=13,5). Nieco wyższe wyniki, w porównaniu z dziedziną psychologiczną, badani uzyskali w dziedzinie somatycznej (M=12,7).

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami (p=0,581) ani w ocenie zadowolenia ze stanu zdrowia (p=0,608). Warto jednak odnotować, że kobiety nieznacznie lepiej oceniały zarówno ogólną jakość życia, jak i bardziej były zadowolone ze swojego zdrowia. Ponadto kobiety uzyskały nieznacznie wyższe wyniki w dziedzinie somatycznej oraz socjalnej. Z kolei średni wynik męż-

czyn był wyższy w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej (Tab. 5 i Tab. 6).

Wykazano, że w dziedzinie somatycznej, psychologicznej oraz socjalnej najlepszą jakością życia (p=0,076) charakteryzowali się badani zamieszkujący miasto powyżej 100 tys. mieszkańców. Najgorsza jakość życia w tych dziedzinach charakteryzowała mieszkańców wsi. Różnice były istotne statystycznie w przypadku dziedziny somatycznej (p=0,009), psychologicznej (p=0,005) oraz socjalnej (p=0,006). W przypadku ogólnej oceny jakości życia (p= 0,076) i zadowolenia ze stanu zdrowia (p=0,141), a także dziedziny środowiskowej (p=0,444) nie odnotowano różnic istotnych statystycznie (Tab. 7).

■ Tab. 6. Ocena jakości życia w zależności od wieku

Dziedzina jakości życia	Wiek									Analiza statystyczna	
	Do 60 lat			61-75 lat			76 lat i więcej				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Ocena jakości życia [WH01]	4,03	4,00	0,68	3,31	4,00	1,20	3,07	4,00	1,34	10,662	0,005
Zadowolenie ze stanu zdrowia [WH02]	3,62	4,00	0,98	2,67	2,00	1,14	2,90	3,00	1,27	11,702	0,003
Dziedzina somatyczna (DOM1)	15,78	16,57	3,22	12,04	12,00	3,65	10,78	10,00	4,03	24,870	<0,001
Dziedzina psychologiczna (DOM2)	13,36	14,00	2,09	12,03	12,33	2,31	10,73	11,33	2,16	19,524	<0,001
Dziedzina socjalna (DOM3)	15,91	16,00	2,98	13,84	14,67	3,14	12,09	11,33	2,78	22,528	<0,001
Środowisko (DOM4)	15,19	15,00	2,38	12,98	13,50	3,07	12,62	12,00	3,10	13,649	0,001

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana

■ Tab. 7. Ocena jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania

Dziedzina jakości życia	Miejsce zamieszkania									Analiza statystyczna	
	Wieś			Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców			Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Ocena jakości życia [WH01]	3,15	4,00	1,29	3,68	4,00	1,06	3,73	4,00	1,00	5,144	0,076
Zadowolenie ze stanu zdrowia [WH02]	2,74	2,00	1,26	3,25	3,00	1,11	3,23	4,00	1,11	3,911	0,141
Dziedzina somatyczna (DOM1)	11,47	12,00	4,09	13,29	13,71	3,99	14,46	15,14	3,73	9,313	0,009
Dziedzina psychologiczna (DOM2)	11,26	12,00	2,44	12,31	12,00	2,17	13,10	14,00	2,18	10,681	0,005
Dziedzina socjalna (DOM3)	13,13	13,33	3,25	13,67	14,67	3,51	15,59	16,00	2,61	10,362	0,006
Środowisko (DOM4)	13,22	13,50	3,03	13,55	13,75	3,33	13,96	14,75	2,88	1,622	0,444

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana

■ Tab. 8. Ocena jakości życia w zależności od wykształcenia

Dziedzina jakości życia	Wykształcenie												Analiza statystyczna	
	Podstawowe/gimnazjalne			Zasadnicze zawodowe			Średnie			Wyższe				
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	χ^2	p
Ocena jakości życia [WH01]	2,76	3,00	1,20	3,46	4,00	1,27	3,72	4,00	0,92	4,33	4,00	0,50	9,624	0,008
Zadowolenie ze stanu zdrowia [WH02]	2,60	3,00	1,32	2,91	3,00	1,29	3,25	3,50	0,92	3,67	4,00	1,00	4,034	0,133
Dziedzina somatyczna (DOM1)	10,40	10,86	3,54	12,23	12,57	4,30	14,16	15,14	3,32	16,19	18,86	3,85	12,917	0,002
Dziedzina psychologiczna (DOM2)	10,40	10,00	2,06	11,81	12,00	2,49	12,90	12,67	1,96	14,30	14,67	1,06	16,132	0,001
Dziedzina socjalna (DOM3)	12,00	12,00	2,58	14,02	14,67	3,84	14,79	14,67	2,78	15,70	16,00	2,38	11,429	0,003
Środowisko (DOM4)	11,70	11,50	2,66	13,63	14,00	3,32	14,05	14,50	2,41	16,11	16,00	2,83	10,548	0,005

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana

Analiza statystyczna wykazała, że badani z wykształceniem wyższym statystycznie najlepiej oceniali ogólną jakość swojego życia ($p=0,008$) oraz poszczególne dziedziny jakości życia. Istotnie statystycznie okazały się wszystkie dziedziny: somatyczna ($p=0,002$), psychologiczna ($p=0,001$), socjalna ($p=0,003$) oraz środowiskowa ($p=0,005$). Najgorszą jakość życia wykazano wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym. W ocenie ogólnej jakości swojego zdrowia nie wykazano różnic istotnych statystycznie ($p=0,133$) pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym, zasadniczym zawodowym, średnim ani wyższym (Tab. 8.)

DYSKUSJA

Na przestrzeni ostatnich lat zaczęto przeprowadzać badania dotyczące jakości życia pacjentów po zabiegach narządu wzroku.

Z badań Oleś wynika, iż jakość życia jest zależna od jakości widzenia. Wykazano, że pacjenci z nieznacznymi trudnościami w tym zakresie odczuwali wyższe poczucie jakości życia niż pacjenci mający znaczne trudności w widzeniu [8]. W pracy Chana i wsp. dowiedziono poprawę jakości życia u 83,6% badanych pacjentów, po zabiegu usunięcia zaćmy [9].

Jaworska i Wrońska podają, że najniższej oceny jakości życia w dziedzinie somatycznej dokonują kobiety oraz osoby po 75 roku życia. Osoby najstarsze dokonują też niższej niż pozostałe grupy wiekowe oceny stanu zdrowia i jakości życia w dziedzinie fizycznej [10].

Wykazano w badaniach własnych zależność pomiędzy występowaniem chorób współistniejących u badanych pacjentów po usunięciu zaćmy a jakością życia. Podobne wnioski wyciągnęły również Kurowska i Celmer-Ozdowska. Z analizy tej wynika, że u osób z zaćmą często występuje depresja, co znacznie obniża jakość ich życia [11].

Michalski w swoich badaniach wykazał, że poprawa ostrości wzroku po operacji zaćmy przywraca sprawność życiową [12].

Istnieją również rozważania dotyczące wpływu stanu narządu wzroku na liczbę upadków i urazów. Brannana i wsp. opracowali badania, z których wynika, że operacja zaćmy jest efektywną procedurą, która znacznie redukuje ryzyko upadku u pacjentów [13]. Podobnie wnioski ze swej metaanalizy wyciągnął Gillespie, który twierdził, że operacja zaćmy jest określona jako procedura zmniejszająca liczbę upadków u pacjentów [14].

Praca Felsona i wsp. dotycząca wpływu stanu narządu wzroku na ryzyko złamania kości w obrębie stawu biodrowego udowadnia iż ryzyko to rośnie wraz ze spadkiem ostrości wzroku [15].

Zmiany w jakości życia po operacji zaćmy były badane różnymi kwestionariuszami takimi jak: Nursing Home Vision-Targeted Health-Related Quality of Life Questionnaire (NHVQoL) [16], Medical Outcomes Study Short

Form – 36 (SF-36) oraz VF-14 do oceny codziennych czynności wzrokowych. Stwierdzono znaczną poprawę w zakresie ogólnej samooceny widzenia, czytania, stanu psychicznego i aktywności społecznej [17, 18].

WNIOSKI

1. Jakość życia obniża się wraz z wiekiem.
2. Większość badanych pacjentów po przebytej operacji zaćmy jest zadowolonych z jakości swojego życia.
3. Zabieg operacji zaćmy poprawia jakość życia chorych.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Trzebiatowski J. Quality of life in the perspective of social and medical sciences – classification of definitions. *Hygeia Public Health*. 2011; 46(1):25-31.
2. Raport pt. „Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa”, zrealizowany przez Sequence HC Partners pod patronatem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.
3. Kalinowski P, Bojakowska U. Ocena satysfakcji z wyników leczenia wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej w prywatnej klinice okulistycznej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21 (2): 164–172.
4. Wołowicka L, Jaracz K. Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu; 2001.
5. Gałczyńska-Rusin M. Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu, rozprawa doktorska. Poznań, 2013.
6. Motyka H, Stanisz-Wallis K. Wybrane determinanty jakości życia u cukrzycy. *Borgis. Nowa Medycyna*. 2013;3:115-123.
7. Moczek JA, Bręborowicz G, Tadeusiewicz R. Statystyka w badaniach medycznych. Warszawa: Wydawnictwo „Springer” PWN; 1998.
8. Oleś P, Oleś M. Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na zaćmę, [w:] Oleś P, Steuden S, Toczolowski J, red. *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Lublin: Tow Nauk KUL; 2002.
9. Chan CW, Wong JC, Chan KS, et al. Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong. *J Cataract Refract Surg*. 2003;29(9): 1753-1760.
10. Jaworska I, Wrońska I. Jakość życia pacjentów z zaćmą. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015, 5(3): 229-246.
11. Kurowska K, Celmer-Ozdowska I. Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą. *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): 554-559.
12. Michalski A. Ocena wybranych parametrów narządu wzroku i jakości życia u pacjentów po operacji zaćmy. Rozprawa doktorska. Poznań, 2013.
13. Brannan S, Dewar C, Sen J, et al. A prospective study of the rate of falls before and after cataract surgery. *Br J Ophthalmol*. 2003;87(5): 560–562.
14. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD007146.
15. Felson DT, Anderson JJ, Hannan MT, et al. Impaired vision and hip fracture. The Framingham Study. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(6): 495-500.
16. Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, et al. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. *Br J Ophthalmol*. 2007;91(10): 1359–1363.
17. Dreer LE, McGwin G Jr, Scilley K, et al. Development of a nursing home vision-targeted health-related quality of life questionnaire for older adults. *Aging Ment Health* 2007;11(6): 722-733.
18. Cabezas-León M, García-Caballero J, Morente-Matas P. Impact of cataract surgery on visual acuity and quality of life. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2008;83(4): 237-247.

Praca zgłoszona do czasopisma/Manuscript received:
29.05.2018

Praca zaakceptowana do druku/Manuscript accepted:
17.10.2018