

Maria Oleś, Piotr Oleś\*, Jerzy Toczolowski, Paweł Klonowski\*\*

## W kierunku psychomedycznych wyznaczników poczucia jakości życia u chorych z zaburzeniami widzenia

Towards Psychomedical Correlates of Quality of Life in Patients with Vision Disturbances

\*Katedra Psychologii Klinicznej i Osobowości KUL, \*\*II Klinika Okulistyczna AM w Lublinie

### Wprowadzenie

Zaburzenia widzenia związane z zaćmą i jaskrą często powodują znaczne ograniczenie aktywności życiowej osoby chorej. Zaćma jest powodem nieostrego widzenia, a w przypadku gdy nie jest leczona (operacyjnie), może prowadzić nawet do utraty wzroku (8). W jaskrze dochodzi do zawężenia pola widzenia i utraty ostrości wzroku, leczenie polega na zatrzymaniu choroby, która dość długo może się rozwijać w postaci ukrytej (2). Obydwie choroby mają negatywne skutki natury psychologicznej i prowadzą do obniżenia jakości życia. Stąd w ich leczeniu chodzi nie tylko o poprawę lub stabilizację stanu zdrowia, ale również o podtrzymanie lub przywrócenie wysokiego poczucia jakości życia, co jest zgodne z trendami współczesnej medycyny (18). Według WHO jakość życia to „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości i kultury, w których żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” (25). Poczucie jakości życia to subiektywna, globalna ocena własnego funkcjonowania i możliwości w określonych warunkach środowiskowych, to także odniesienie człowieka do świata, innych ludzi oraz samego siebie (1, 11, 17). Według Schalocka (20), na jakość życia składają się ogólne samopoczucie, warunki sprzyjające samorealizacji i pozytywne zaangażowanie społeczne odczuwane przez jednostkę. Różne definicje akcentują to, że ocena jakości życia ma charakter subiektywny,

a jednocześnie wielowymiarowy (10). Różnice w poczuciu jakości życia osób o podobnym stanie zdrowia i statusie socjoekonomicznym wynikają ze sposobu wartościowania, odmiennych oczekiwań i różnych zachowań w sytuacji zdrowia i choroby, w tym umiejętności radzenia sobie.

### Cel badań

Celem badań było poszukiwanie psychologicznych i medycznych zmiennych wykazujących związek z poczuciem jakości życia u pacjentów leczonych z powodu zaćmy i jaskry. Badania miały dać odpowiedź na pytanie: W jakim stopniu poczucie jakości życia chorych na zaćmę i jaskrę pozostaje pod wpływem stanu psychicznego osoby chorej oraz w jakim stopniu łączy się z ostrością wzroku i jakością widzenia. Chodziło zatem o to, (1) w jakim stopniu zaburzenia widzenia współwarunkują ogólne poczucie jakości życia, a także (2) z jakimi zmiennymi psychologicznymi oraz medycznymi – i w jakim stopniu – łączy się poczucie jakości życia u chorych z zaburzeniami widzenia?

### Metodologia badań

Badaniami objęto grupę 137 pacjentów (76 kobiet i 61 mężczyzn), w tym 100 pacjentów (53 kobiety i 47 mężczyzn) leczonych z powodu

zaćmy oraz 37 pacjentów (23 kobiety i 14 mężczyzn) leczonych z powodu jaskry w II Klinice Okulistycznej Akademii Medycznej w Lublinie. Średni wiek całej grupy pacjentów wynosił  $M = 64,4$  lat ( $SD = 13,4$ ); średni wiek pacjentów leczonych z powodu zaćmy wynosił  $M = 66,4$  ( $SD = 12,0$ ) i był nieco wyższy od średniego wieku pacjentów z jaskrą,  $M = 59,0$  ( $SD = 17,5$ ).

Badania poczucia jakości życia przeprowadzone zostały w pierwszych dniach hospitalizacji, tj. przed leczeniem, w przypadku zaćmy – przed przeprowadzeniem operacji. Do badań zastosowano Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia R. L. Schalocka i K. D. Keitha (19) w tłumaczeniu A. Jurosa i adaptacji do badań osób z zaburzeniami widzenia wykonanej przez M. Oleś. Wersja oryginalna kwestionariusza składa się z 40 pytań dotyczących jakości życia w czterech sferach, po 10 w każdej: Zadowolenie, Umiejętność / Produktowność, Możliwość działania / Niezależność oraz Przynależność do grupy/Integracja ze społecznością. Kwestionariusz wypełnia się na podstawie standaryzowanego wywiadu, każda odpowiedź ma wartość od 1 do 3 punktów, które sumuje się dla sfer i dla całej metody (wynik ogólny). Właściwości psychometryczne metody są zadowalające. Na użytek badań metodę poszerzono o pięć sferę: Jakość życia w zdrowiu i chorobie (13).

Oceny wybranych zmiennych medycznych dokonano na podstawie badania ostrości wzroku za pomocą Tablic Sellena, pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz skal subiektywnej oceny jakości widzenia opracowanych przez P. Kłownowskiego i R. Rejdaka. Skale dotyczyły oceny stopnia trudności przy wykonywaniu codziennych czynności, jak na przykład czytanie liter i napisów, rozpoznawanie cen, przedmiotów, czy pieniędzy, oglądanie telewizji, rozpoznawanie

twarzy, etc. (14). Do badania zmiennych psychologicznych zastosowano szereg skal i inwentarzy: Inwentarz do badania sposobów radzenia sobie ze stresem CISS (N. S. Endler, J. D. A. Parker); Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch i R. E. Lushene); Skala Beznadziejności HS (A. T. Beck), Skala Osamotnienia UCLA L-R (D. Russell, L. Peplau, C. E. Cutrona); Skala Samooceny SES (M. Rosenberg); Skala Samowiedzy wzorowana na Inwentarzu Sherwooda.

## Wyniki

Pytanie badawcze dotyczyło psychomedycznych korelatów poczucia jakości życia, czyli zmiennych psychologicznych i medycznych, które mogą mieć wpływ na poczucie jakości życia. Analiza wyników pod tym kątem obejmuje krokową regresję wielokrotną, w którym to modelu poczucie jakości życia przyjęto jako zmienną zależną, podczas gdy zbiór zmiennych niezależnych stanowią zmienne medyczne: ostrość wzroku (OW), ciśnienie wewnątrzgałkowe (CW; diagnostyczne dla jaskry), a także subiektywny wskaźnik jakości widzenia (WJW), informujący o problemach w codziennym funkcjonowaniu z powodu zaburzeń wzroku; oraz wyniki w skalach psychologicznych: Inwentarzu stylów radzenia sobie ze stresem (CISS), Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI), Skali Beznadziejności (HS), Skali Osamotnienia (LS), Skali Samooceny (SES) oraz Skali Samowiedzy (SAM).

Analiza regresji ujawniła przedstawiona poniżej (tabela 1) zmienne korespondujące z poczuciem jakości życia – jest to wynik dla całej grupy pacjentów, czyli chorych na zaćmę i jaskrę niezależnie od typu choroby.

**Tabela 1. Rezultat krokowej regresji wielokrotnej: ogólne poczucie jakości życia (JŻ-WO; zmienna zależna) względem innych zmiennych psychologicznych**

Zmienna	B	Beta	T	p<
LS – poczucie osamotnienia	-0,45	-0,45	-6,62	0,001
HS – poczucie beznadziejności	-0,41	-0,25	-3,53	0,001
SAM-O – samoocena ogólna	1,44	0,17	2,55	0,05
WJW – wskaźnik jakości widzenia	1,60	0,70	2,30	0,05
Stała	93,34		24,71	0,001

$R = 0,68$ ;  $R^2 = 0,45$ ;  $F(4,136) = 28,28$ ;  $p < 0,001$

Zespół czterech zmiennych, to jest poczucie osamotnienia (LS), poczucie beznadziejności (HS), samoocena ogólna (SAM-O) oraz wskaźnik jakości widzenia, wyjaśnia w sumie blisko połowę zmienności w zakresie ogólnego poczucia jakości życia u chorych na zaćmę i jaskrę. Można powiedzieć, że poczucie jakości życia u osób z zaburzeniami widzenia jest tym wyższe, im mniejsze nasilenie uczuć negatywnych związanych z poczuciem osamotnienia, pesymizmu oraz im wyższa samoocena i lepsza subiektywnie oceniana jakość widzenia. Pozostaje pytanie, czy te same zmienne korespondują z ogólnym poczuciem jakości życia w obu grupach badanych: u chorych z zaćmą i u pacjentów z jaskrą, czy też zespoły zmiennych są różne (tabela 2 i 3).

Zespół trzech zmiennych – poczucie osamotnienia (LS), poczucie beznadziejności (HS) i samoocena ogólna (SAM-O) – wyjaśnia w sumie ponad 40% zmienności w zakresie ogólnego poczucia jakości życia u chorych na zaćmę. Poczucie jakości życia jest tym wyższe, im niższe nasilenie poczucia osamotnienia i pesymizmu oraz im wyższa ogólna samoocena. Są to te same zmienne, które wystąpiły w analizie regresji dla całej grupy badanych niezależnie od typu zaburzenia; należy podkreślić, że w równaniu nie pojawiła się zmienna medyczna – wskaźnik jakości widzenia – który teoretycznie powinien mieć istotny wpływ na jakość życia osoby chorej na zaćmę.

W przypadku chorych na jaskrę zespół innych trzech zmiennych, to jest samoocena (SES),

**Tabela 2. Rezultat krokowej regresji wielokrotnej: ogólne poczucie jakości życia (JŻ-WO) zmienna zależna) względem zmiennych psychomedycznych u chorych na zaćmę**

Zmienna	B	Beta	T	p<
LS - poczucie osamotnienia	-0,48	-0,46	-5,53	0,001
HS - poczucie beznadziejności	-0,39	-0,24	-2,75	0,01
SAM-O – samoocena ogólna	1,97	0,21	2,66	0,01
Stała	95,51		24,49	0,001
$R = 0,65; R^2 = 0,43; F(3,99) = 23,83; p < 0,001$				

**Tabela 3. Rezultat krokowej regresji wielokrotnej: ogólne poczucie jakości życia (JŻ-WO; zmienna zależna) względem zmiennych psychomedycznych u chorych na jaskrę**

Zmienna	B	Beta	T	p<
SES – samoocena	0,78	0,40	2,64	0,05
X-2 – cecha lęku	-0,30	-0,36	-2,41	0,05
WJW – wskaźnik jakości widzenia	2,78	0,26	2,21	0,05
Stała	66,34		5,25	0,001
$R = 0,76; R^2 = 0,57; F(3,36) = 14,73; p < 0,001$				

**Tabela 4. Zmienne korespondujące z jakością życia u chorych na zaćmę i jaskrę: zestawienie wyników analizy regresji**

Zmienne zależne: Jakość życia	R	R <sup>2</sup>	Istotne zmienne niezależne
JŻ-WO (Wynik ogólny)	0,68	0,45	LS, HS, SAM-O, WJW
JŻ-ZA (Zadowolenie)	0,63	0,40	SES, LS, WJW
JŻ-UM (Umiejętność / Produkt.)	0,55	0,30	HS, SAM-O, X-1, LS, ACZ, SAM-R
JŻ-NZ (Możliw. dział. / Niezależność)	0,52	0,28	LS, WJW, X-2, OW
JŻ-IN (Przynależność / Integracja)	0,47	0,29	LS, SAM-R
JŻ-CH (Zdrowie / Choroba)	0,27	0,08	WJW, X-2, OW

Legenda: LS – poczucie osamotnienia, HS – poczucie beznadziejności, SAM-O – samoocena ogólna, WJW – wskaźnik jakości widzenia, SES – samoocena, X-1 – stan lęku, ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze jako unikowy styl radzenia sobie, SAM-R – samowiedza realna, X-2 – cecha lęku, OW – ostrość wzroku.

**Tabela 5. Zmienne korespondujące z jakością życia u chorych na zaćmę: zestawienie wyników analizy regresji**

Zmienne zależne: JŻ	R	R <sup>2</sup>	Istotne zmienne niezależne
JŻ-WO (Wynik Ogólny)	0,65	0,43	LS, HS, SAM-O
JŻ-ZA (Zadowolenie)	0,62	0,38	SES, LS, WJW, SAM-R
JŻ-UM (Umiejętność/ Produkt.)	0,58	0,34	HS, SAM-O, X-1, SAM-R, ACZ, LS
JŻ-NZ (Możl. dział./Niezależność)	0,49	0,24	LS, X-1
JŻ-IN (Przynależn./Integracja)	0,44	0,19	LS
JŻ-CH (Zdrowie/Choroba)	0,53	0,28	WJW, X-2

Legenda: LS – poczucie osamotnienia, HS – poczucie beznadziejności, SAM-O – samoocena ogólna, SES – samoocena, WJW – wskaźnik jakości widzenia, SAM-R – samowiedza realna, X-1 – stan lęku, X-2 – cecha lęku ACZ – unikowy styl radzenia sobie – angażowanie się w czynności zastępcze

cecha lęku (X-2) i wskaźnik jakości widzenia (WJW), wyjaśnia w sumie blisko 60% zmienności w zakresie ogólnego poczucia jakości życia. Można ogólnie powiedzieć, że poczucie jakości życia u osób leczonych z powodu jaskry jest tym wyższe, im wyższy poziom samooceny, im niższy poziom cechy lęku oraz im lepsza jakość widzenia.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie zmienne wyjaśniają poczucie jakości życia w poszczególnych sferach, przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej dla wyników cząstkowych kwestionariusza dla całej grupy badanych oraz oddzielnie z uwagi na typ choroby. Psychologiczne i medyczne korelaty i determinanty poczucia jakości życia w poszczególnych sferach dla całej grupy ujmuje tabela 4.

Zespół trzech zmiennych wyjaśnia w sumie około 40% zmienności w zakresie zadowolenia z życia (JŻ-ZA). Są to: globalna samoocena (SES), poczucie osamotnienia (LS) i wskaźnik jakości widzenia (WJW). Niskie poczucie zadowolenia koresponduje z osamotnieniem, niską samooceną oraz nasileniem trudności w codziennym funkcjonowaniu spowodowanych zaburzeniami widzenia.

Zespół sześciu zmiennych wyjaśnia w sumie blisko 1/3 zmienności w zakresie wyników w skali Umiejętność/Produktywność (JŻ-UM); są to: poczucie beznadziejności (HS), ogólna samowiedza (SAM-O), stan lęku (X-1), poczucie osamotnienia (LS), angażowanie się z czynności zastępcze jako unikowy styl radzenia sobie ze stresem (ACZ) i samowiedza dotycząca „ja realnego” (SAM-R). Można sądzić, że wyższa jakość życia w tej sferze zależy w jakimś stopniu od (niskiego) poziomu pesymizmu i osamotnie-

nia, umiejętności znalezienia sobie innej, zastępczej formy aktywności, od względnie wysokiej samooceny i pozytywnej samowiedzy.

Wyniki w sferze możliwości działania i niezależność (JŻ-NZ) dają się wyjaśnić w ponad 1/4 zmienności w odniesieniu do trzech zmiennych: są to: poczucie osamotnienia (LS), wskaźnik jakości widzenia (WJW) i lęk jako cecha (X-2). Poczucie jakości życia w tej sferze koresponduje z mniejszym poczuciem osamotnienia, lepszą jakością widzenia oraz mniejszą skłonnością do reagowania niepokojem i lękiem rozumianym jako trwała dyspozycja osobowości. Po raz kolejny zmienna dotycząca relacji z innymi ludźmi – poczucie osamotnienia – pojawia się jako istotna; okazuje się również, że skłonność do reagowania lękiem może się łączyć z ograniczeniem poczucia niezależności u osób starszych chorych na zaćmę i jaskrę.

Poczucie jakości życia w sferze przynależności i integracji z grupą (JŻ-IN) pozostaje w związku z (niskim) poczuciem osamotnienia i pozytywną samowiedzą. Zmienne dotyczące koncepcji siebie i osamotnienia wyjaśniają łącznie blisko 30% zmienności w zakresie poczucia przynależności i integracji z innymi ludźmi. Wyniki sugerują, że dysatisfakcja w zakresie poczucia przynależności i integracji z innymi ludźmi łączy się nie tylko z poczuciem osamotnienia, co wydaje się być oczywiste, ale ma związek również z (obniżonym) poczuciem własnej wartości.

Poczucie jakości życia w zaćmie i jaskrze, tj. związane ze stanem zdrowia (JŻ-CH) koresponduje ze wskaźnikiem jakości widzenia (WJW) i ostrością wzroku (OW) oraz z lękiem rozumianym jako cecha (X-2). W tym przypadku stopień wyjaśniania zmiennej zależnej jest dość niski,

**Tabela 6. Zmienne korespondujące z jakością życia u chorych na jaskrę: zestawienie wyników analizy regresji**

Zmienne zależne: JŻ	R	R <sup>2</sup>	Istotne zmienne niezależne
JŻ-WO (Wynik ogólny)	0,76	0,57	SES, X-2, WJW
JŻ-ZA (Zadowolenie)	0,83	0,68	SES, X-2, OW, CW
JŻ-UM (Umiejętność/Produktywność)	0,36	0,13	HS
JŻ-NZ (Możliwość działania/Niezależność)	0,43	0,19	LS
JŻ-IN (Przynależność do grupy/Integracja)	0,63	0,40	APT, SSE
JŻ-CH (Zdrowie/Choroba)	0,27	0,08	HS, OW, SSE, CW

Legenda: SES – samoocena, X-2 – cecha lęku, WJW – wskaźnik jakości widzenia, OW – ostrość wzroku, CW – ciśnienie wewnątrzgałkowe, HS – poczucie beznadziejności, LS – poczucie osamotnienia, APT – poszukiwanie towarzystwa jako unikowy styl radzenia sobie poprzez, SSE – emocjonalny styl radzenia sobie

nie sięga nawet 10%. Jakość życia w chorobie jest wyższa przy większej ostrości wzroku i jakości widzenia, co wydaje się oczywiste oraz przy niższym nasileniu lęku jako cechy.

Psychologiczne oraz medyczne korelaty i determinanty poczucia jakości życia w poszczególnych sferach dla osób chorych na zaćmę ujmują tabela 5, dla chorych na jaskrę tabela 6.

Poczucie jakości życia w poszczególnych sferach u chorych na zaćmę wyjaśniane jest od 19% zmienności w sferze Przynależność do grupy/Integracja z grupą (JŻ-IN), do 38% zmienności w sferze Zadowolenie (JŻ-ZA). Poczucie jakości życia zależnej od stanu zdrowia jest wyjaśniane w 28% przez zmienne: wskaźnik jakości widzenia i cechę lęku.

Poczucie jakości życia w poszczególnych sferach u chorych na jaskrę wyjaśniane jest od 8% w sferze jakość życia w chorobie (JŻ-CH), do 68% w sferze zadowolenie (JŻ-ZA). Dla jakości życia w chorobie mają znaczenie zmienne: poczucie beznadziejności, emocjonalny styl radzenia sobie, ostrość wzroku i ciśnienie wewnątrzgałkowe.

### Dyskusja wyników i wnioski

Ogólne poczucie jakości życia u chorych na zaćmę i jaskrę jest tym wyższe, im mniejsze nasilenie uczuć negatywnych związanych z poczuciem osamotnienia i pesymizmu oraz im wyższa samoocena i mniejsze nasilenie trudności w zakresie wykonywania codziennych czynności. Ogólne poczucie jakości życia wyjaśniają do pewnego stopnia inne zmienne psychomedyczne

dla jednej i drugiej choroby. W przypadku zaćmy ogólne poczucie jakości życia w znacznym stopniu wydają się wyjaśniać zmienne psychologiczne: poczucie osamotnienia, pesymizm i samoocena ogólna. Natomiast zmienne medyczne, jak ostrość wzroku, czy jakość widzenia, wydają się nie mieć większego znaczenia. Poczucie jakości życia u chorych na zaćmę jest tym wyższe, im niższe poczucie osamotnienia i pesymizm oraz im wyższa samoocena ogólna. Natomiast poczucie jakości życia u chorych na jaskrę wyjaśniają zarówno zmienne psychologiczne – poziom samooceny, cecha lęku, jak i zmienne medyczne – subiektywnie odczuwana jakość widzenia, tzn. stopień trudności doświadczanych w zakresie czynności życia codziennego. Ogólne poczucie jakości widzenia u pacjentów z jaskrą jest tym wyższe, im wyższy poziom samooceny, im niższy poziom cechy lęku oraz im mniej trudności doświadczanych subiektywnie w obszarze czynności życia codziennego. Wśród zmiennych wyjaśniających poczucie jakości życia w sferze zadowolenie i w sferze zdrowie / choroba pojawia się dla zaćmy wskaźnik jakości widzenia a dla jaskry ostrość wzroku i ciśnienie wewnątrzgałkowe. Jakość życia w zaćmie w różnych sferach wyjaśnia do pewnego stopnia – ze zmiennych psychologicznych – poczucie osamotnienia i samoocena lub lęk, natomiast w jaskrze częściej pojawia się poczucie beznadziejności i emocjonalnie zorientowany styl radzenia sobie. Poczucie osamotnienia ma większe znaczenie w zaćmie niż w jaskrze.

W oparciu o uzyskane rezultaty badań dotyczących wyznaczników jakości życia w zaćmie i jaskrze, można sądzić, że poczucie jakości

życia u chorych z zaburzeniami widzenia bardziej łączy się z całokształtem psychologicznego funkcjonowania badanych niż z nasileniem codziennych problemów spowodowanych zaburzeniami wzroku (15). Wydaje się, że nie tyle istotne jest to, jak osoba widzi, ale jak to przeżywa i jak radzi sobie z chorobą. Poczucie jakości życia u osób starszych może pozostawać pod wpływem wielu zmiennych, wśród których stan zdrowia nie musi odgrywać wiodącej roli, równie ważne mogą być relacje z innymi ludźmi, lęk przed przyszłością, sytuacja materialna, czy bilans życia (6, 7) – pośrednio świadczy o tym znaczenie, jakie ma poczucie własnej wartości jako zmienna istotnie powiązana z poczuciem jakości życia. Poczucie jakości życia u chorych na jaskrę pozostaje w związku z zaburzeniami widzenia (12, 21) i zdolnością do samodzielnego funkcjonowania osobistego i społecznego (9, 26) Jaskra, z uwagi na swój przebieg i rokowanie, może wywoływać większe poczucie zagrożenia (2, 23). Niemożność prowadzenia dotychczasowego trybu życia i postępujące często ograniczenia w zakresie szeregu codziennych czynności czy umiejętności mogą negatywnie wpływać na kształtowanie się poczucia własnej wartości i ujemnie oddziaływać na przekonanie o własnej skuteczności (24).

Konkludując, można powiedzieć, że w przypadku osób chorych na zaćmę i jaskrę poczucie jakości życia pozostaje pod wpływem stanu psychicznego i w mniejszym stopniu stanu zdrowia (zaburzeń widzenia). Podobny efekt – wpływ ogólnego stanu psychicznego pacjenta na ocenę jakości życia – stwierdzili na przykład Staats i Stassen (22) oraz Elam, i in. (5, 15). Znaczenie poczucia osamotnienia dla ogólnej oceny jakości życia sugeruje potrzebę budowania i umacniania systemu wsparcia społecznego dla chorych z zaburzeniami wzroku (3, 4, 16).

## Streszczenie

Artykuł jest doniesieniem z badań, które miały na celu wykrycie psychologicznych i medycznych zmiennych wykazujących związek z poczuciem jakości życia u pacjentów leczonych na jaskrę i zaćmę. Chodziło o uzyskanie odpowiedzi na dwa pytania: (1) W jakim stopniu zaburzenia

widzenia współwarunkują ogólne poczucie jakości życia? (2) Które zmienne psychologiczne i w jakim stopniu wykazują związek z poczuciem jakości życia u chorych na jaskrę i zaćmę? Badaniem objęto grupę N = 137 osób (średnia wieku, M = 64,4, SD = 13,4) pacjentów II Kliniki Okulistycznej AM w Lublinie. Pacjenci zostali przebadani Kwestionariuszem Poczucia Jakości Życia Schalocka i Keitha oraz baterią metod do badania stylów radzenia sobie ze stresem (CISS), samooceny (SES), samowiedzy, stanu i cechy lęku (STAI), poczucia beznadziejności (HS), poczucia osamotnienia (LS); rejestrowano również zmienne medyczne, w tym ostrość wzroku za pomocą tablic Sellena i ciśnienie wewnątrzgałkowe oraz nasilenie trudności w codziennym funkcjonowaniu spowodowane zaburzeniami widzenia. W modelu regresji wielokrotnej można wyjaśnić 45% zmienności w zakresie ogólnego poczucia jakości życia za pomocą liniowej kombinacji następujących zmiennych: poczucie osamotnienia, poczucie beznadziejności, samoocena ogólna oraz nasilenie trudności w codziennym funkcjonowaniu spowodowane zaburzeniami wzroku (wskaźnik jakości widzenia). Poczucie jakości życia w poszczególnych sferach u chorych na jaskrę wyjaśniane jest od 8% w sferze jakość życia w chorobie (JZ-CH), do 60% w sferze zadowolenie (JŻ-ZA), natomiast u chorych na zaćmę wyjaśniane jest od 19% zmienności w sferze Przynależność do grupy/Integracja z grupą (JŻ-IN), do 38% zmienności w sferze Zadowolenie (JŻ-ZA). Potencjalny wpływ zaburzeń widzenia na poczucie jakości życia przedyskutowano w odniesieniu do kwestii adaptacji, kompensacji i mechanizmów radzenia sobie oraz wsparcia społecznego, które wydaje się ważnym czynnikiem zapobiegającym obniżeniu jakości życia u osób starszych.

Słowa kluczowe: **jakość życia, jaskra, zaćma, zaburzenia widzenia**

## Summary

The article presents the results of a study focused on quality of life in glaucoma and cataract patients (N = 137, mean age M = 64,4 years old; SD = 13,4). The main questions were (1) about

potential influence of vision disturbances on quality of life and (2) about psychological and medical factors which influence quality of life in older patients with vision disturbances. The patients were investigated by means of the Quality of Life Questionnaire by Schalock & Keith adapted to the project and a set of instruments measuring self-esteem (SES), self-knowledge (ISC), style of coping (CISS), loneliness (UCLA-R), hopelessness (HS), trait and state anxiety (STAI); medical variables concerning visus, tonus and difficulties in everyday functioning caused by vision disturbances. In the multiple regression model 45% of variance in a general quality of life can be explained by linear combination of the following variables: loneliness, hopelessness, self-esteem, and vision disturbances. In five domains of quality of life in glaucoma patients it is possible to explain from 8% of variance – in domain of health related quality of life, till 60% – in domain of everyday life satisfaction. In cataracts patients it is possible to explain from 19% – in belonging and integration with social group, till 38% – in the domain of everyday life satisfaction. The influence of problems with vision on quality of life is discussed in terms of the adaptation, compensation, and coping mechanisms, as well social support which is postulated to be important factor preventing low quality of life in elderly patients.

**Key words: quality of life, glaucoma, cataract, vision disturbances**

### Piśmiennictwo

1. Bańka A.: Jakość życia w psychologicznym doświadczeniu codzienności związanym z rozwojem zawodowym, pracą i bezrobociem. [W:] Bańka A., Derbis R. (red.): Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Wyd. UAM i WSP, Poznań–Częstochowa 1995, 9–26.
2. Coleman A. L.: Glaucoma. *The Lancet*, 1999, 354, 1803–1810.
3. Crudden A., McBroom L. W.: Barriers to employment: a surgery of employed persons who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1999, 93, 341–350.
4. Dobrzańska-Socha B.: Ile nadziei – tyle zmiany. Waga i znaczenie utraty wzroku dla ludzi w podeszłym wieku. [W:] Kubacka-Jasiecka

- D. (red.): Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002, 107–123.
5. Elam J. T., Graney M. J., Applegate W. B., Miller S. T., Freeman J. M., Wood T. O., Gettlefinger T. C.: Functional outcome one year following cataract surgery in elderly persons. *Journal of Gerontology*, 1988, 43, 122–126.
  6. Fagerström R.: Self-image of elderly persons before and after cataract surgery. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1994a, 88, 458–461.
  7. Fagerström R.: Correlation between depression and vision in aged patients before and after cataract operations. *Psychological Reports*, 1994b, 75, 115–125.
  8. Fletcher A. E., Vijaykumar V., Selvaraj S., Thulasiraj R. D., Ellwein L. B.: The Madurai Intracular Lens Study III: visual functioning and quality of life outcomes. *American Journal of Ophthalmology*, 1998, 125, 26–35.
  9. Janz N. K., Wren P. A., Lichter P. R., Musch D. C., Gillespie B. W., Guire K. E.: Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients. The collaborative initial glaucoma treatment study. *Ophthalmology*, 2001, 108, 887–897.
  10. Kiebert G. M.: Jakość życia jako cel klinicznych triali. [W:] Meyza J. (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997, 43–57.
  11. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. [W:] Bańka A., Derbis R. (red.): Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Wyd. UAM i WSP, Poznań–Częstochowa 1995, 75–85.
  12. Odberg T., Jakobsen J. E., Hultgren S. J., Halseide R.: The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. I. Results from a self-administered questionnaire. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 2001, 79, 116–120.
  13. Oleś P., Toczolowski J., Oleś M., Klonowski P.: Poczucie jakości życia u pacjentów z kataraktą i jaskrą. *Sztuka Leczenia*, 2001, 7, 27–32.
  14. Oleś M., Steuden S., Klonowski P., Chmielnicka-Kuter E., Gajda T., Puchalska-Wasył M., Sobol-Kwapińska M.: Metody badania jakości życia i psychospołecznego funkcjonowania chorych z zaburzeniami widzenia. [W:] Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.): Jak światu mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, 51–68.

15. Oleś P., Steuden S., Toczółowski J.: W kierunku wyjaśnienia psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami widzenia. [W:] Oleś P., Steuden S., Toczółowski J. (red.): Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, 191–213.
16. Teitelbaum LAT M., Davidson P. W., Gravetter F. J., Taub H. A., Teitelbaum C. S.: The relation of vision loss to depression in older veterans. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1994, 88, 253–257.
17. Testa M. A., Simonson D. C.: Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 1996, 334, (13), 835–840.
18. Tylka J.: Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej. *Rehabilitacja Medyczna*, 2002, 6, 52–56.
19. Schalock R. L., Keith K. D.: *Quality of Life Questionnaire*. IDS Publishing Corp., Worthington 1993.
20. Schalock R. L.: *Quality of Life. Application to Persons with Disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1997.
21. Sherwood M. B., Garcia-Siekavizza A., Meltzer M. I., Hebert A., Burns A. F., McGorray S.: Glaucoma's impact on quality of life and its relation to clinical indicator. A pilot study. *Ophthalmology*, 1998, 105, 561–566.
22. Staats S. R., Stassen M. A.: Age and present and future perceived quality of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 1987, 25, 167–176.
23. Steuden S.: Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę. [W:] Oleś P., Steuden S., Toczółowski J. (red.): Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, 121–137.
24. Sutherland A., Karlinsky H.: Abrupt recognition of age-related physical changes in appearance following cataract surgery. A case report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1989, 37, 447–449.
25. WHO.: *WHOQOL Field Trial*. Division of Mental Health. World Health Organization: Geneva, 1995.
26. Wilson M. R., Coleman A. L., Yu F., Bing E. G., Sasaki I. F., Berlin K., Winters J., Lai A.: Functional Status and Well-Being in Patients with Glaucoma as Measured by the Medical Outcomes Study Short Form-36 Questionnaire. *Ophthalmology*, 1998, 105, 2112–2116.

#### **Adres do korespondencji**

Dr Maria Oleś  
Instytut Psychologii  
Katolicki Uniwersytet Lubelski  
Al. Raławickie 14  
20–950 Lublin  
e-mail: moles@kul.lublin.pl