

Marzena Dycht

Strategie profilaktyki i leczenia wad i chorób wzroku a "wrażliwość duchowa" w systemie ochrony zdrowia

Seminare. Poszukiwania naukowe 36/3, 129-141

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MARZENA DYCHT
UKSW, Warszawa

STRATEGIE PROFILAKTYKI I LECZENIA WAD I CHORÓB WZROKU A „WRAŻLIWOŚĆ DUCHOWA” W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

1. WPROWADZENIE

Utrata wzroku pociąga za sobą znaczące koszty indywidualne, społeczne i ekonomiczne. Ogranicza możliwość edukacji i pełnego funkcjonowania w społeczeństwie osób niewidomych. Ślepotą obniża komfort życia osoby niepełnosprawnej. Ciężar niepełnosprawności wzrokowej ponosi także rodzina osoby niewidomej, a szerzej ujmując – społeczeństwo, opieka społeczna i służba zdrowia.

Z danych szacunkowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, iż na świecie żyje około 37 mln osób niewidomych i około 124 mln osób słabowidzących (co stanowi łączną liczbę 161 mln osób z problemami wzroku). Każdego roku kolejne 1-2 mln ludzi traci wzrok. 90% niewidomych zamieszkuje kraje rozwijające się. Przynajmniej 11,6 mln niewidomych pochodzi z Południowo-Wschodniej Azji, 9,3 mln zamieszkuje rejony wschodniego Pacyfiku, a 6,8 mln to mieszkańcy Afryki. Biorąc pod uwagę wiek, ponad 82% niewidomych to osoby po 50 r.ż.; 1,4 mln stanowią dzieci poniżej 15 r.ż. Z założeń prognostycznych wynika, że bez właściwego postępowania profilaktycznego, do roku 2020 liczba osób niewidomych wzrośnie do 75 mln¹. Jednakże faktem pozytywnym jest, iż 75%-80% utrat wzroku można uniknąć. Wady wzroku, obok innych chorób organizmu, stanowią znaczące obciążenie dla gospodarek i systemów zdrowotnych wielu krajów. Dostępne metody zapobiegania i leczenia ślepoty należą do najbardziej skutecznych i opłacalnych działań z zakresu ochrony zdrowia.

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* w Polsce w 2001 roku były prawie najniższe wśród krajów OECD² ujętych w rankingu Ministerstwa Zdrowia³

¹ Por. Program Vision 2020, *The Right to Sight*, <<http://www.iapb.org/vision-2020>>, (data dostępu: 21.07.2013).

² Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*, OECD), międzynarodowa organizacja o profilu ekonomicznym, utworzona w 1960 roku, skupia 34 wysoko rozwinięte i demokratyczne państwa.

³ Lista państw wysoko rozwiniętych, ujętych w rankingu Ministerstwa Zdrowia, należących do OECD: USA, Szwajcaria, Norwegia, Niemcy, Kanada, Luksemburg, Islandia, Holandia, Francja, Dania, Belgia, Australia, Szwecja, Włochy, Austria, Wielka Brytania, Japonia, Irlandia, Finlandia, Nowa

i wynosiły 629 USD. Plasują Polskę na przedostatnim miejscu (spośród wymienionych krajów, gorzej wypada tylko Meksyk)⁴. Według raportu *Alliance International* (AMDAI), w 2010 roku globalne koszty na leczenie wzroku dla 733 mln ludzi z częściową lub pełną utratą wzroku wyniosły 3 biliony dolarów (2 954 mld dolarów, 2 189 mld euro)⁵.

W opinii przedstawicieli Światowego Związku Niewidomych (*World Blind Union*), wraz z rosnącym przyrostem ludności, koszty te będą rosnąć w szybkim tempie i znacznie obciążą światowe systemy ochrony zdrowia, jeśli nie zostaną podjęte działania prewencyjne. Poza bezpośrednimi kosztami opieki medycznej, należy także wymienić znaczące koszty pochodne dla gospodarek regionów. W raporcie szacuje się, że na 17% całkowitych kosztów światowych składa się utrata produktywności przez ludzi z tą niesprawnością, przedwczesna umieralność spowodowana wadami wzroku oraz wartość czasu nieformalnej opieki. Prognozuje się, iż przy braku odpowiednich strategii profilaktyki i leczenia wad wzroku koszty te będą gwałtownie wzrastać do 2020 roku. Raport dostarcza dalszych dowodów na wzrost kosztów oraz negatywny wpływ ślepoty i wad wzroku na światową gospodarkę. Uwypukla ogromne światowe koszty w związku z utratą wzroku oraz konieczność zjęcia się jej przyczynami w perspektywie globalnej.

Jak już wspomniano, 80% przypadków całkowitej utraty wzroku można zapobiec. Program VISION 2020⁶ zawiera sprawdzone i poparte licznymi rzetelnymi testami propozycje rozwiązania tych znaczących dla globalnie pojętego zdrowia problemów. Jedną z głównych prerogatyw programu VISION 2020 jest propagowanie świadomości społeczeństw, że ślepotą jest jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych oraz zapewnianie właściwych warunków opieki nad układem wzrokowym, szczególnie w krajach rozwijających się, a także tworzenie odpowiedniej infrastruktury zapewniającej komfortowe i skuteczne działanie na rzecz zapobiegania i zwalczania problemu ślepoty⁷.

Koszty wdrażania tego typu rozwiązań są niewspółmiernie małe w stosunku do kosztów obciążenia gospodarek państw leczeniem wad wzroku. Możliwe są strategie

Zelandia, Portugalia, Hiszpania, Grecja, Czechy, Węgry, Korea, Słowacja, Polska, Meksyk.

⁴ Por. Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013*, Warszawa 2005, s. 19, <<http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf>>, (data dostępu: 07.06.2013).

⁵ Por. Raport Access Economics, *The Global Economic Cost of Visual Impairment (2010)*, <http://www.amdalliance.org/user_files/documents/AMD_Chronic_Disease_Exec_Sum_FINAL.pdf>, (data dostępu: 20.07.2013). Raport zawiera dane szacunkowe światowych kosztów związanych z utratą wzroku, bezpośrednich i pośrednich oraz obciążeń zdrowotnych spowodowanych wadami wzroku w latach 2010-2020 w różnych regionach świata.

⁶ VISION 2020 *The Right to Sight* jest ogólnoświatową inicjatywą, której celem jest pomoc w eliminacji możliwych do uniknięcia przyczyn ślepoty do roku 2020. W programie uczestniczyły: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Światowa Rada Optometrii (WCO), Międzynarodowa Agencja do Zapobiegania Ślepotcie (*International Agency for the Prevention of Blindness-IAPB*), a także ponad 20 międzynarodowych organizacji pozarządowych ukierunkowanych na ochronę i opiekę nad niewidomymi.

⁷ Por. Program Vision 2020, *The Right to Sight*.

mające na celu zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem wad wzroku – konieczne jest jednak przyjęcie przez kraje planów zdrowotnych dotyczących wzroku zawierających efektywne programy profilaktyczne, rehabilitacyjne i lecznicze skierowane do osób słabowidzących. Wśród głównych zaleceń mających wpłynąć na poprawę sytuacji raport AMP Alliance International wymienia: objęcie możliwie częstymi badaniami osób chorych na cukrzycę, a także osób starszych, u których wzrasta ryzyko zachorowania na retinopatię, zwyrodnienie plamki żółtej i jaskrę; przeszkolenie lekarzy z regionów rozwijających się z zakresu operowania zaćmy; zwiększenie dostępności do niedrogich okularów i soczewek korygujących ametrię; finansowanie i rozpowszechnianie leków przeciwko ślepotcie rzecznej i jaglicy dla populacji dotkniętych tymi schorzeniami; wczesne leczenie chorób wzroku u dzieci, w tym zaćmy i jaskry.

2. BARWNIKOWE ZWYRODNIENIE SIATKÓWKI⁸, ZWYRODNIENIE PLAMKI ŻÓLTEJ⁹, RETINOPATIA CUKRZYCOWA¹⁰ JAKO GŁÓWNE PRZYCZYNY UTRATY WZROKU W KRAJACH ROZWINIĘTYCH A SKUTECZNE SPOSOBY ZAPOBIEGANIA TYM CHOROZOM

Zdaniem amerykańskich badaczy, u osób o wysokim stopniu ryzyka zachorowania istnieje aż 25% możliwość zmniejszenia ryzyka zachorowania na zwyrodnienie plamki żółtej związanej z wiekiem – jest to możliwe dzięki diecie bogatej w warzywa i owoce i ubogiej w tłuszcze. „[...] ryzyko zapadnięcia na tę chorobę u osób, których dieta zawierała najwięcej karotenoidów, było o 43% niższe niż u osób, których dieta była najuboższa w te związki”¹¹. Również H. Niżankowska potwierdza istnienie dowodów wskazujących na fakt, że suplementacja diety wysokimi dawkami antyoksydantów (wit. E i C) oraz mikroelementów w przypadku druzów¹² wysokiego ryzyka hamuje progresję choroby¹³. Najskuteczniejszym jednak sposobem zapobiegania AMD jest jak najszybsze wykrycie tego schorzenia, które pozwala na spowolnienie bądź wstrzymanie rozwoju choroby.

Zwyrodnienie plamki żółtej jest główną przyczyną utraty wzroku w krajach rozwiniętych. Jest chorobą społeczną dotykającą ok. 25 mln ludzi na świecie.

⁸ Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (*retinitis pigmentosa* (łac.), RP) – to grupa dziedzicznych schorzeń zwyrodnieniowych siatkówki, w których ma miejsce dysfunkcja fotoreceptorów i postępująca utrata komórek, co ostatecznie prowadzi do zaniku niektórych warstw siatkówki.

⁹ Zwyrodnienie plamki żółtej (*age-related macular degeneration* (AMD) (ang.)) to każdy stan zniszczenia lub degeneracji w obrębie plamki (centralnej części siatkówki).

¹⁰ Retinopatia cukrzycowa (*retinopathy diabetica* (łac.)). Rozwija się w większości przypadków długo trwającej cukrzycy, prowadzi do głębokiego upośledzenia lub utraty wzroku.

¹¹ K.J. Carlson, S.A. Eisenstat, T. Ziopyrn, *Harwardzka encyklopedia zdrowia kobiety*, tłum. E. Kołodziej-Józefowicz, L. Rudnicka, B. Rygiel-Żbikowska, Prószyński i S-ka S.A., Warszawa 2000, s. 568.

¹² Druzy tarczy nerwu wzrokowego – to zmiany wrodzone, charakteryzujące się nagromadzeniem złogów zbudowanych z hialiny, umiejscowionych w wewnątrzgałkowym odcinku nerwu wzrokowego. Do rozwoju druz dochodzi na skutek nieprawidłowego metabolizmu komórkowego włókien nerwu wzrokowego i odkładania w nich złogów wapnia. Z wiekiem powstałe kompleksy zlewają się ze sobą, formując druzy.

¹³ Por. H. Niżankowska, *Okulistyka. Podstawy kliniczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 423.

Światowe koszty związane tylko z wadami wzroku spowodowanymi zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem wynoszą 343 mld USD, w tym 255 mld USD bezpośrednich kosztów ponoszonych przez służbę zdrowia¹⁴. Można walczyć z tą chorobą cywilizacyjną XXI w. poprzez opracowanie bardziej efektywnych zabiegów, które mogą zwalczyć AMD ze względu na wiek.

Retinopatia cukrzycowa rozwija się w okresie do 10 lat trwania cukrzycy każdego typu. Jak podaje H. Niżankowska, „[...] po 20 latach choroby u około 99% chorych na cukrzycę typu 1 i 60% chorych na cukrzycę typu 2 stwierdza się cechy retinopatii”¹⁵. Liczba chorych na ten rodzaj retinopatii stale wzrasta. Przyczyną tego stanu jest rosnąca wciąż liczba zachorowań i przedłużenie życia chorych na cukrzycę. Skutki powikłań okulistycznych pozwalają plasować retinopatię cukrzycową na jednym z czołowych miejsc w statystykach przyczyn nieodwracalnej ślepoty w krajach rozwiniętych¹⁶. Retinopatia cukrzycowa jest najczęstszą przyczyną ślepoty w przedziale wiekowym 20-64. Nadal wielu chorych cierpi z powodu retinopatii proliferacyjnej, nawracających krwotoków i ostatecznie obuocznej ślepoty. Najlepsze rezultaty leczenia uzyskuje się zanim dojdzie do pogorszenia widzenia. Oznacza to, że chorzy na cukrzycę muszą mieć wykonywane regularne badania dna oka i w razie wykrycia nieprawidłowości – skierowani na leczenie.

Nauka odnotowuje także znaczący postęp w diagnozowaniu barwnikowego zwyrodnienia siatkówki – zidentyfikowano już wiele mutacji genów wywołujących RP. Świadomość tego zmniejsza ryzyko obciążenia chorobą wśród jej nosicieli¹⁷.

3. ZWIĘKSZANIE DOSTĘPNOŚCI DO KOREKCJI AMETROPII JAKO PRZYKŁAD PRYMATU PROFILAKTYKI NAD LECZENIEM WAD WZROKU

W oku miarowym¹⁸ wiązka promieni świetlnych od obrazu skupiona zostaje na siatkówce. Niemiarowość – *ametropia* (łac.) dotyczy tych przypadków, w których występuje nieprawidłowy stosunek tych cech. Okulistyka wyróżnia nadwzroczność, krótkowzroczność i niezborność jako główne niemiarowości sferyczne.

Korekcja okularowa jest najpowszechniej stosowaną formą wyrównywania wad refrakcji. W nadwzroczności stosuje się soczewki wypukłe, skupiające, w krótkowzroczności – wklęsłe, rozpraszające wiązkę światła, natomiast dla korekcji niezborności używa się soczewek jednocześnie skupiających i rozpraszających (cylindrycznych). Alternatywą dla tej najczęściej stosowanej formy korekcji wady refrakcji są soczewki kontaktowe. Konieczność ich stosowania implikuje wysoka krótkowzroczność lub bezsoczewkowość¹⁹. Wskazaniem medycznym

¹⁴ Por. Raport Access Economics, *The Global Economic Cost ...*

¹⁵ H. Niżankowska, *Okulistyka...*, s. 425.

¹⁶ Por. J.P. Whitther, *Ślepotą*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego*, red. P. Riordan-Eva, J. Whitther, red. nauk. wyd. pol. E. Wylęgała, tłum. A. Matysik-Woźniak i in., Wyd. Czelej, Lublin 2011, s. 405.

¹⁷ Por. E.C. Fletcher i in., *Siatkówka*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego...*, s. 205.

¹⁸ Miarowość – *emmetropia* (łac.).

¹⁹ Por. D.F. Chang, *Badania okulistyczne*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego...*, s. 29.

dla stosowania soczewek kontaktowych jest także znacząca różnowzroczność, kiedy pomimo prób korygowania wady okularami nie udaje się uzyskać stereoskopii (widzenia obuocznego). Zwiększenie dostępności do okularów lub soczewek odpowiedniego typu znacznie obniża koszty związane z leczeniem wad refrakcji nie korygowanych.

4. EPIDEMIOLOGIA ŚLEPOTY RZECZNEJ I JAGLICY A SKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW ICH ZWALCZANIA

Ślepotą rzeczną (*onchocerkoza* (łac.)) należy do zakaźnych przyczyn utraty wzroku u 15-20 mln osób w Afryce, Ameryce Środkowej i Południowej²⁰, z czego 20% osób żyjących na terenach hiperendemicznych jest niewidomych. Chorobie można zapobiegać przez zwalczanie owadów i systematyczne badania przesiewowe²¹. Ślepotą rzeczną nie jest już przyczyną globalnej ślepoty na skutek stosowania skutecznych programów jej zwalczania.

Jaglica – zapalenie spojówek chlamydiowe (*chlamydia trachomatis* (łac.)), to choroba spojówek oczu. Jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób oczu (cierpi na nią ok. 400 mln ludzi, z czego zdecydowana większość doświadczyła już poważnego uszkodzenia wzroku z jej powodu)²². Regionalne różnice zachorowalności i ciężkości choroby tłumaczy się różnicami w przestrzeganiu higieny osobistej i standardami życia, warunkami klimatycznymi, wiekiem wystąpienia choroby i częstotliwością oraz rodzajem dominujących współistniejących infekcji bakteryjnych oczu. Najczęściej występuje w najbiedniejszych krajach Afryki, Azji, Środkowej i Południowej Ameryki, Australii i Bliskiego Wschodu. Odnotowano około 60-90% dzieci w wieku przedszkolnym chorujących na jaglicę. Choroba ta może prowadzić do ślepoty.

Główną formą zwalczania jaglicy jest leczenie chirurgiczne, antybiotykoterapia, poprawa warunków sanitarnych, zapewnienie dostępu do świeżej wody, właściwa gospodarka odpadami, profilaktyka higieny osobistej. W dobrych warunkach higienicznych choroba ustępuje lub ma łagodniejszy przebieg, co pozwala na uniknięcie cięższych następstw (około 6-9 mln ludności świata cierpi na ciężkie uszkodzenie wzroku z powodu jaglicy²³; jak podaje J.P. Whitcher, w ciągu ostatnich 10 lat liczba osób niewidomych z powodu jaglicy spadła z 6 mln do 1,3 mln, co jest oczywistym dowodem skuteczności programów walki z jaglicą prowadzonych przez WHO²⁴).

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce ocenia się jako korzystną i stabilną. Pozytywne rezultaty osiągnięto głównie dzięki

²⁰ Por. E.T. Cunningham i in., *Błona naczyniowa i twardówka*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego...*, s. 161-162.

²¹ Por. J.P. Whitcher, *Znaczenie profilaktyki w okulistyce*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego...*, s. 417.

²² Por. F.J. Garvicia-Ferrer i in., *Spojówka*, w: *Okulistyka Vaughana i Ausbury'ego...*, s. 101.

²³ Por. tamże, s. 103.

²⁴ Por. J.P. Whitcher, *Znaczenie profilaktyki...*, s. 419.

konsekwentnej realizacji programów zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, w tym programów eradykacji bądź eliminacji chorób²⁵.

5. EFEKTYWNE DZIAŁANIA NA RZECZ ZAPOBIEGANIA I LECZENIA ZAĆMY²⁶ I JASKRY²⁷

Katarakta jest jedną z najczęstszych przyczyn utraty wzroku (30%), zwłaszcza w krajach azjatyckich i afrykańskich²⁸. 13 mln ludzi na świecie z jej powodu traci wzrok. Z danych WHO wynika, że zaćma jest jedną z głównych przyczyn pogarszania się widzenia i utraty wzroku ludności w skali światowej. Z powodu zaćmy 17 mln ludzi na kuli ziemskiej cierpi na nieodwracalną ślepotę, a liczba ta do roku 2020 powiększy się do 40 mln osób²⁹.

Zmętnienie soczewki uwarunkowane jest różnorodną etiologią³⁰: zaburzeniami chromosomalnymi, uszkodzeniami płodu, zaburzeniami metabolizmu lub niedożywieniem, awitaminozą, przyjmowaniem niektórych leków, promieniowaniem jonizującym, zakażeniami wewnątrzmacicznymi wirusem różyczki, opryszczki, świnki, ospy wietrznej, choroby Heinego-Medina, wirusowym zapaleniem wątroby, substancjami toksycznymi (zaćma wrodzona i dziecięca). 90% wszystkich przypadków zaćmy nabytej, ujawnia się około 50-60 r.ż. (w krajach uprzemysłowionych)³¹ – zmiany w soczewce powstają zwykle na skutek procesu starzenia się organizmu, w wyniku nieprawidłowości w metabolizmie soczewki wywołanych czynnikami ogólnymi endo-egzogennymi chorób. Z kolei zaćma wtórna wklajająca jest skutkiem chorób gałki ocznej, zaś długotrwałe stosowanie sterydów, środków zwężających źrenicę czy związków chemicznych prowadzi w konsekwencji do powstania zaćmy toksycznej³². Urazy mechaniczne, uderzenia, skaleczenia i wstrząśnięcia, a także uszkodzenia chemiczne w wyniku obecności w oku ciała obcego, porażenie prądem czy uszkodzenia poprzez promieniowanie ultrafioletowe i rentgenowskie są przyczyną zaćmy pourazowej.

Zaćma jest okulistycznie uleczalną przyczyną utraty widzenia na świecie. W jej przypadku stosuje się leczenie operacyjne, które jest jedynym skutecznym sposobem usunięcia zmętniałej soczewki. Ponad 95% pacjentów zauważa po operacji zaćmy po-

²⁵ Por. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (2007)*, W zakresie celu operacyjnego nr 17: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, s. 69.

²⁶ Zaćma (*cataracta* (łac.)) – jest najczęściej spotykanym patologicznym stanem soczewki; zanika podstawowa, optyczna cecha soczewki zwana przejrzystością, powstaje częściowe lub całkowite zmętnienie soczewki.

²⁷ Jaskra (*glaukoma* (łac.)) – jest nabytą, przewlekłą neuropatią nerwu wzrokowego; jaskra to wynik podwyższonego ciśnienia śródgałkowego, powstającego z okresowego lub trwałego zaburzenia w produkcji, przepływie i odpływie cieczy wodnistej oka. Por. *Jaskra*, w: *Encyklopedia Powszechna*, red. B. Kaczorowski, PWN, Warszawa, 2009, s. 23.

²⁸ Por. R. Walthes, *Tyflopedagogika*, tłum. J. Mink, GWP, Gdańsk 2007, s. 54.

²⁹ Por. J.P. Whitcher, *Znaczenie profilaktyki ...*, s. 416.

³⁰ Por. tamże, s. 55.

³¹ Por. H. Niżankowska, *Okulistyka...*, s. 214.

³² Niezaprzestanie tej terapii rodzi niebezpieczeństwo całkowitej utraty widzenia.

prawę ostrości widzenia i ponad 90% osiąga ostrość widzenia 5/10 lub nawet lepszą. Ważną rolę odgrywa także odpowiednio zbilansowana dieta, brak nałogów, ochrona oczu przed działaniem promieni słonecznych. Terapia farmakologiczna mająca powstrzymać rozwój zaćmy jest, jak dotąd, mało skuteczna.

Wiele osób doświadcza skutków zniekształceń i utrudnień odpływu cieczy wodnistej, powodujących wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, prowadzących do jaskry³³. Cierpi na nią 67 mln ludzi na świecie, a ponad 6 mln jest z tego powodu całkowicie niewidomych (zwłaszcza z powodu jaskry bezobjawowej)³⁴. Występuje ona u około 2% populacji powyżej 40 r.ż., a jej częstość wzrasta z wiekiem³⁵. Dlatego świadomość tego faktu podnosi rangę regularnych badań kontrolnych i uświadomienia sobie czynników zwiększających ryzyko choroby, które przy właściwym leczeniu farmakologicznym i chirurgicznym mogą powstrzymać proces chorobowy lub go spowolnić. Warto nadmienić, że po usunięciu zaćmy, powstająca jaskra jest wyleczalna w 25% przypadków³⁶. Dzięki lepszym metodom leczenia farmakologicznego i zachowawczego oraz większej świadomości społecznej o istocie tej choroby, częstotliwość utraty wzroku spowodowana jaskrą zmniejszyła się w ostatnich latach, jednakże w rejonach Afryki Zachodniej spotyka się częste przypadki nieleczonej jaskry – tam jest ona drugą, po zaćmie, przyczyną ślepoty. Celem leczenia chirurgicznego nie jest jednak poprawa obecnych funkcji wzrokowych, ale raczej ochrona widzenia, zwłaszcza pola widzenia w przyszłości³⁷.

Wczesne rozpoznanie jaskry nie może opierać się wyłącznie na ocenie poziomu ciśnienia wewnątrzgałkowego, gdyż neuropatia jaskrowa może się rozwijać w oczach o ciśnieniu w granicach normy statystycznej. Z tego powodu, badania przesiewowe oparte na pomiarach ciśnienia wewnątrzgałkowego dają tylko 50% wykrycia przypadków jaskry³⁸. Dopiero badanie dna oka, a także pomiar tonometryczny daje dokładną diagnozę wystąpienia jaskry. Szczególną kontrolą powinny być więc objęte osoby z grupy ryzyka wystąpienia neuropatii jaskrowej, jednak nie opracowano jeszcze skutecznej metody wykrywania tych pacjentów³⁹.

6. POLSKIE STRATEGIE PROFILAKTYKI I LECZENIA CHOROÓB OCZU

Znaczenie przyczyn ślepoty różnicuje rozwój cywilizacyjny społeczeństw. W krajach rozwijających się wiodącą przyczyną utraty widzenia jest zaćma, jaskra, jąglica, ślepotą rzeczną i trąd. W krajach lepiej rozwiniętych – głównie procesy

³³ Por. H. Niżankowska, *Jaskra. Poradnik dla pacjentów*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2002, s. 3-4.

³⁴ Por. J. Kanski, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, wyd. IV, tłum. rozdz. 10: M. Czeszyk-Piotrowicz, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, s. 313.

³⁵ Por. H. Niżankowska, *Okulistyka ...*, s. 369.

³⁶ Por. P. Morawski, *Poradnik zdrowia. Oczy*, Wyd. Buchmann, Warszawa 2006, s. 72.

³⁷ Por. J. Flammer, *Jaskra*, tłum. E. Kostus, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2004, s. 140.

³⁸ Por. H. Niżankowska, *Okulistyka ...*, s. 369.

³⁹ Por. J.P. Whitther, *Znaczenie profilaktyki...*, s. 418.

starzenia się. Nadal, pomimo możliwości leczenia, zaćma stanowi istotny problem, znaczna liczba osób cierpi na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem i jaskrę. Inne przyczyny ślepoty to retinopatia cukrzycowa, opryszczkowe zapalenie rogówki, odwarstwienia siatkówki i dziedziczne zwyrodnienia siatkówki⁴⁰.

W kontekście globalnym, większa liczba osób zamieszkujących kraje rozwijające się oraz wyższa częstotliwość ślepoty w tych społecznościach powoduje przeważającą liczbę przypadków utraty wzroku. Znaczące prawdopodobieństwo uniknięcia nawet 80% przypadków ślepoty w krajach rozwijających się uprawomocnia wyższość profilaktyki nad leczeniem. WHO posiada ośrodki w 60 takich krajach, prowadząc badania i współpracując w zakresie epidemiologii, co sprzyja racjonalnemu planowaniu działań profilaktycznych. Praktyka przeciwdziałania ślepotcie w krajach bardziej rozwiniętych nie odgrywa aż tak istotnej roli. W tym przypadku zalecenia dotyczące zmniejszenia obciążeń chorobami sprowadzają się do odpowiednio wczesnego rozpoznania i leczenia chorób oczu. Dlatego istotny jest odpowiednio wysoki poziom wiedzy u okulistów i u pozostałego personelu medycznego, uświadomienie pacjentów co do potrzeby wykonywania badań przesiewowych, np. w kierunku jaskry czy retinopatii cukrzycowej. Poradnictwo genetyczne zaś umożliwia zapobieganie dziedzicznym chorobom oczu.

Obecny system ochrony zdrowia w Polsce nie proponuje zaawansowanej strategii profilaktyki i leczenia wad wzroku, generujących – jak starano się wykazać w tym artykule – znaczące dla budżetu państwa obciążenia ekonomiczne oraz wysokie koszty społeczne.

W 2002 roku Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu opracowało założenia do systemu *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania*, 2 lata później ukazało się odpowiadające mu Rozporządzenie MZ⁴¹. Zawiera ono m.in. zapisy dotyczące opieki nad widzeniem.

W polskim programie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami uwzględniono jedynie podstawowe badania dotyczące wzroku. Należą do nich: orientacyjne badanie wzroku; test Hirschberga w kierunku zeza; badanie okulistyczne niemowląt urodzonych przed 36 tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu oraz wymagających intensywnej tlenoterapii i fototerapii w 3 tyg. ż. i 12 mc ż.

W raporcie MZ nt. zwiększania dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce⁴² jest mowa o diagnozie „[...] poziomu udostępnienia polskim pacjentom nowej lub też ulepszonej wiedzy medycznej, służącej podniesieniu skuteczności i bezpieczeństwa terapii oraz poprawy jakości życia chorych w Polsce na tle innych krajów Unii

⁴⁰ Por. tamże, s. 415-416.

⁴¹ Por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. *W sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. z 2004 r., Nr 282, poz. 2814), z aktualnymi zmianami (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1133).

⁴² Por. Raport grupy roboczej na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej 2010, Ministerstwo Zdrowia, *Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce*, Warszawa 2010, <<http://www.cioz.pl/index.php?id=34>>, s. 26, (data dostępu: 20.07.2013).

Europejskiej⁴³. Diagnozą objęto trzy wybrane problemy zdrowotne: choroby nowotworowe, cukrzycę oraz osteoporozę – według twórców raportu, to one właśnie stanowią w perspektywie starzenia się populacji w krajach europejskich wzrastające wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej. Zostały wzięte pod uwagę także ze względu na generowanie wysokich kosztów społecznych i ekonomicznych. Nie wymienia się w nim chorób wzroku, które, jak wynika z raportu *AMD Alliance International*, prowokują największe obciążenia finansowe dla państwa. Ujmuje się je jedynie pośrednio, jako skutki wtórne cukrzycy.

*Narodowy Program Zdrowia*⁴⁴ prognozował, że do 2010 roku udział osób starszych w łącznej liczbie ludności będzie się zmieniał nieznacznie, w następnych latach wzrost będzie szybszy i w 2030 roku osiągnie poziom około 24%, co oznacza, że prawie co czwarty Polak będzie miał co najmniej 65 lat. Stąd akcent na ww. choroby, dla których kompleksowe działania powinny zostać podjęte w ramach polityki zdrowotnej państw Unii⁴⁵.

Ekspertki wskazują na najnowsze dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej, wedle których średnia zachorowalność na cukrzycę wśród dorosłych osób (w wieku 20-79 lat) w krajach Unii Europejskiej wzrosła z 7,6% w 2003 r. do 8,6% w roku 2006 (31 mln chorych). Prognoza na rok 2025 to wzrost tej liczby o odsetek 10,3%. Liczbę chorujących na cukrzycę w Polsce ocenia się na ponad 2 mln osób, w tym osób insulinozależnych jest około 450-500 tys. Stan kompleksowej opieki nad polskimi cukrzykami w porównaniu z innymi krajami Europy uznano w raporcie jako znacznie mniej skuteczny i nie znajdujący powszechnego zastosowania. Największe zarzuty dotyczą: braku efektywnych programów profilaktycznych i systemu diagnozowania cukrzycy oraz braku dostępności polskich pacjentów do długo działających analogów insuliny.

W odniesieniu do poprawy opieki diabetologicznej w Polsce i upowszechnienia profesjonalnej edukacji terapeutycznej, która doprowadzi do poprawy jakości życia chorych, postuluje się „[...] opracowanie i konsekwentne prowadzenie w Polsce długookresowego, narodowego programu walki z cukrzycą, co mogłoby przynieść znaczące [...] zmniejszenie liczby powikłań cukrzycy – o 50% liczby schorzeń kardiologicznych, a o 30% liczby schorzeń okulistycznych i chorób nerek⁴⁶. W raporcie akcentuje się, że poprawy wymaga (z uwagi na prognozowany wzrost obciążeń finansowych) system ochrony zdrowia w zakresie zarządzania całym sektorem zdrowotnym, jak i na poziomie świadczeniobiorców. Polski system opieki i ochrony zdrowia uznano za wymagający radykalnej poprawy jeśli chodzi o informowanie społeczeństwa o zdrowiu populacji i korzystaniu z usług zdrowotnych. W raporcie podkreśla się także konieczność gromadzenia i zwiększania dostępności wiedzy o zdrowiu Polaków. W naszym kraju nie prowadzi się wiarygodnych rejestrów, danych epidemiologicznych chorób cywilizacyjnych, z tego powodu terapia chorych nie jest skuteczna, a metody przestarzałe.

⁴³ Tamże.

⁴⁴ Por. *Narodowy Program Zdrowia...*, s. 11.

⁴⁵ Por. Ministerstwo Zdrowia, Raport *Zwiększanie dostępu ...*

⁴⁶ Tamże.

Dla współczesnego sprawnego funkcjonowania systemu zdrowia konieczne jest zatem zastosowanie technologii informatycznych, e-health, neuroinformatyki oraz telemedycyny. Postuluje się wykonywanie badań bilansowych stanu zdrowia (zwłaszcza dzieci i młodzieży) oraz prowadzenie rejestrów najczęstszych chorób i niezbędnych badań oceniających stan zdrowia Polaków. Dla polepszenia modernizacji infrastruktury, wyposażenia, dokształcania i kształcenia kadr, globalnego zastosowania nowoczesnych i efektywnych metod terapii niezbędne jest ponoszenie większych niż dotychczas środków finansowych na ochronę zdrowia.

Raport ma korespondować z głównymi dokumentami dotyczącymi zdrowia w Polsce: *Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015* i *Strategią Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*. Pierwszy z nich wskazuje, że celem głównym jest „[...] poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu [...]”⁴⁷. Pośród strategii zmniejszenia zachorowalności z powodu różnorodnych chorób nie ma ani słowa o schorzeniach i zaburzeniach narządu wzroku, prawdopodobnie ze względu na przyjęte założenie, że schorzenia wzroku nie powodują w bezpośredniej konsekwencji zgonu człowieka – *Program* koncentruje się głównie na tego typu chorobach układowych. Ponadto, za jedyną chorobę związaną z układem wzroku o znaczeniu społecznym uznano jaskrę.

Wśród czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia formułowane są różnorodne deklaracje – nie wyróżnia się jednak wśród nich problemów powodujących uszkodzenia i utratę wzroku i nie uzasadnia się braku wyboru tego typu celu. Dopiero w ramach postulatu *Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego* wymienia się m.in.: usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi powikłaniami cukrzycy, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej, co koreluje z wytycznymi Raportu MZ z 2010 roku w tej sprawie. Jedynie w ramach celu operacyjnego 10, *Program* mówi o tworzeniu warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych, o wzmacnianiu działań mających na celu włączanie tych osób w społeczne i ekonomiczne życie społeczeństwa. Podkreślić trzeba, że odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3% ludności Polski, co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną⁴⁸. Statystyki te korespondują z danymi demograficznymi odnośnie do starzenia się społeczeństw i wzrostu osób zagrożonych niepełnosprawnością i wymagających rehabilitacji ze względu na postępowanie medycyny.

7. DUCHOWE ZDROWIE CZŁOWIEKA WYZNACZNIKIEM BIOGRAFII ZDROWOTNEJ JEDNOSTKI

Ujmując zdrowie w klasycznym, najczęściej wymienianym wymiarze, przestrzega się je w aspekcie fizycznym, psychicznym czy społecznym, co jest zresztą zgodne z najczęściej przywoływaną definicją zdrowia według WHO. Równie

⁴⁷ Por. *Narodowy Program Zdrowia...*, s. 15.

⁴⁸ Por. Dane Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2002 roku. *Liczba osób niepełnosprawnych na świecie i w Polsce, na 2013 r.*, wg Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.

jednak ważnym wymiarem zdrowia jest wymiar czwarty, duchowy. Pojęcie zdrowia duchowego rozwijane jest szczególnie od lat 70. ubiegłego stulecia, któremu przyczynę dał wiedeński psychiatra W. Frankl, prowadząc rozważania nad sensem ludzkiego życia, a zwłaszcza cierpienia. W swoich publikacjach podkreślał, iż „[p]sychosoma, psychophysis człowieka stanowi wprawdzie jedność, ale to nie znaczy, by w niej wyczerpywała się całkowitość człowieka. Do całkowitości człowieka należy jego duchowość, duchowy składnik osobowości w ogóle sprawia, że człowiek jest jednością”⁴⁹. „Duch osobowy” (w języku Frankla) wznosi człowieka „ponad” i jest źródłem życiodajnej energii. Dzięki duchowej stronie istnienia, podstawowym dążeniem człowieka staje się poszukiwanie sensu życia, nie zaś bio-psycho-społeczne trwanie. Choroba, której doświadcza jest odnajdywaniem sensu w trudnych przeżyciach i sytuacjach. Jeśli myślenie i aktywność na rzecz zdrowia są uwarunkowane wartościami, urzeczywistnianie przez niego swojej duchowości zyskuje pełny wymiar. W wolnym akcie wyboru człowiek może wybierać i w jego mocy jest czynić siebie zdrowym, odważnym i pełnym nadziei⁵⁰. Przeżywanie wartości ukierunkowuje ludzkie postępowanie w kierunku dbałości o własne zdrowie, jego przywracanie, zachowywanie i pomnażanie. Wymaga jednak umiejętnego dokonywania wyboru, oceniania wszelkich okoliczności w obszarze zdrowia i ciała, wyobraźni co do konsekwencji podejmowanych decyzji. Takie pojmowanie człowieka można określić mianem tzw. „wrażliwości duchowej”, „siły duchowej”, która nakazuje postrzegać biografię zdrowotną jednostki w związku z wartościowaniem, które nadaje kierunek i sens wyborom i decyzjom. Nabiera znaczenia w związku z faktem życia dla poprawy ludzkiej egzystencji.

8. PODSUMOWANIE

Czy organy instytucjonalnie tworzone z myślą o poprawie jakości zdrowia szeroko pojętych społeczności zorientowane są na realizację duchowego pierwiastka w działaniach prozdrowotnych? Czy cechuje je potrzeba wartościowania (pojmowanego jako fundamentalne dobro dla ludzkiego życia)? Zagrożenia zdrowia człowieka wiążą się przecież nie tylko z rozwojem cywilizacji, ale również z brakiem wystarczającej troski o ochronę ludzkiego zdrowia.

Niemal każdy dzień przynosi potwierdzenie braku poszanowania praw człowieka. Młodemu pokoleniu proponuje się styl bycia, w ramach którego króluje czas pogardy dla zdrowia i życia, czas lekceważenia jednostki ludzkiej.

Generalnym założeniem polityki zdrowotnej państwa winno być dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i wiążącej się z nim jakości życia ludności. Coraz częściej jednak ze smutkiem można obserwować „bezduszny” prymat

⁴⁹ E. Frankl, *Homo Patiens*, tłum. Z. J. Jaroszewski, R. Czernecki, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998, s. 15.

⁵⁰ Por. A. Węgrzecki, *Czym jest „myślenie według wartości”*, w: *Pytając o człowieka – myśl filozoficzna Jozefa Tischnera*, red. W. Zuziak, Znak, Kraków 2002, s. 97.

działań systemowych (prawnych i organizacyjnych) nad potrzebami zdrowotnymi człowieka, którego dobru miały przecież służyć, a podejmowane jednostkowe i grupowe protesty rzadko kiedy skutkują konstruktywnymi, satysfakcjonującymi systemowymi rozwiązaniami zmierzającymi do poprawy polityki zdrowotnej na rzecz danej społeczności. Sytuacje tego typu sprawiają, że wzrasta frustracja i niezadowolenie społeczne w odniesieniu do jakości polityki socjalnej w naszym kraju, w tym także, jeśli chodzi o opiekę społeczną i zdrowotną, o rozwiązania profilaktyczne i leczenie ludności. Kondycja zdrowotna społeczeństwa wskazuje na szereg zaniedbań (o różnym podłożu). Powszechna opinia o systemie ochrony zdrowia jest negatywna. Wzrasta również masowe przekonanie o faktycznym wykluczeniu społecznym osób starszych, przewlekle i terminalnie chorych, z wieloraką niepełnosprawnością, a także osób nisko uposażonych materialnie, których niejednokrotnie nie stać na korzystanie z usług prywatnego sektora zdrowia.

Głównym zadaniem każdego systemu ochrony zdrowia jest zabezpieczenie, przywracanie i polepszanie stanu zdrowia, a tym samym służyć życiu w jego całości. Wszelka refleksja nad zjawiskiem choroby i ludzkiego cierpienia wykracza w sposób bezdyskusyjny poza obręb medycyny, dotyka bowiem istoty kondycji ludzkiej. Jeśli wybory i decyzje ukierunkowane na makrospołeczną profilaktykę i leczenie wad i schorzeń, szczególnie zagrażających zdrowiu i życiu ludzkiemu, będą pomijały człowieka i wymiar jakości jego jednostkowego życia, wówczas duchowy wymiar doświadczenia człowieka, jakim jest jego cierpienie w chorobie, zostanie zagubiony w całokształcie działalności o charakterze prozdrowotnym.

Potrzeba w Polsce pogłębionej świadomości o konsekwencjach schorzeń wzrokowych dla życia i funkcjonowania społecznego osób nimi obciążonych. Argumentem przemawiającym za tego typu racją są bardzo wysokie obciążenia ekonomiczne wygenerowane na leczenie i usuwanie skutków tych chorób w porównaniu z wymiernymi korzyściami profilaktyki w tym względzie.

STRATEGIES FOR PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF EYESIGHT DISEASES AND DEFECTS VS. 'SPIRITUAL SENSITIVITY' IN HEALTH CARE SYSTEM

Summary

The issues raised in the article oscillate around the characteristics of eye sight defects and diseases which constitute a significant burden on the economy and health care systems in many countries. It mentions available strategies and recommendations aimed at reducing the costs related to treatment of sight diseases and defects as well as those existing methods of prevention and treatment of eye diseases which are among the most effective and viable ones used in prophylaxis. The author makes an attempt to estimate the overall costs to the society and an individual. The article reflects also on quality evaluation within health care system.

Keywords: eyesight, defects, diseases, strategy, prophylaxis, treatment, system, health care, evaluation

Nota o Autorze: dr hab. Marzena Dycht, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Specjalnej i Integracyjnej Wydziału Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Pola zainteresowań intelektualnych: pedagogika specjalna (w tym zwłaszcza tyflopädagogika), szeroko pojęte zagadnienia diagnozy, terapii, edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością; deontologia i pedeutologia pedagogiki specjalnej.

Słowa kluczowe: wzrok, wady, choroby, strategia, profilaktyka, leczenie, system, ochrona zdrowia, wartościowanie