

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU
ODCHLÍPNUTÍ SÍTNICE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VENDULA PEŠKOVÁ

Praha 2013

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha 5

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU
ODCHLÍPNUTÍ SÍTNICE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VENDULA PEŠKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Jaroslav Polišenský, FEBO

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Pešková Vendula
3. ZZV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita života pacienta s diagnózou odchlípnutí sítnice

Quality of Life in Patients with Diagnosis of Retinal Detachment

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jaroslav Polišenský

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 3. 2013

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala vedoucímu bakalářské práce panu MUDr. Jaroslavu Polišenskému, FEBO za odborné vedení, trpělivost, spolupráci, laskavost a ochotný přístup, který přispěl k vytvoření této práce. Jeho cenné rady a podněty pro mě byly velkým přínosem.

Praha 2013

ABSTRAKT

PEŠKOVÁ, Vendula. *Kvalita života u pacientů s diagnózou odchlípení sítnice*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Jaroslav Polišenský, Febo. Praha. 2013. 54 s.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou zrakově postižených osob, jejichž vada je způsobena odchlípením sítnice. Bakalářská práce je sestavena ze dvou částí, z teoretické a praktické.

Teoretická část se věnuje anatomii a funkci sítnice, popisuje jednotlivé druhy odchlípení sítnice dle příčiny, možnosti terapie a zejména pak zkoumá kvalitu života takto postižených osob a úlohu rodiny a nejbližšího sociálního prostředí.

Praktická část je zaměřena na průzkum kvality života zrakově postižených osob, zpracovává informace od těchto pacientů prostřednictvím dotazníkového šetření, a na základě zjištěných údajů vypracovává průvodce péče o zrakově postižené a vyhodnocuje stanovené hypotézy

Klíčová slova: odchlípení sítnice - sítnice - amotio retinae - zrakově postižení - nevidomí – kvalita života

ABSTRACT

PEŠKOVÁ, Vendula. Quality of life in patients diagnosed with retinal detachment. College of Nursing, o.p.s. Degree qualification: Bachelor (Bc). Supervisor: Dr.. Jaroslav Polišíenský, Febo. Prague. 2013. 54 s.

This bachelor thesis deals with problems concerning visually impaired persons whose eye defect is caused by amotio retinae. Thesis is divided into two parts – theoretical and practical.

The theoretical part is focused on the anatomy and function of the retina, describes various types of retinal detachment and treatment possibilities, deals with the role of the family, and the closest social environment.

The practical part is engaged in survey of life quality of visual impaired persons, processes information obtained from questionnaire survey and develops The Instructions and advice for guides of visually impaired persons and evaluates the diagnosis.

Keywords: retinal detachment - retinal - amotio retinae - visually impaired - blind

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM POUŽITÝCH VÝRAZŮ A ZKRATEK	12
ÚVOD	13
1 ODCHLÍPNUTÍ SÍTNICE	16
1.1 STAVBA SÍTNICE.....	16
1.2 OPTICKÁ A SLEPÁ ČÁST SÍTNICE.....	16
1.3 FUNKČNÍ JEDNOTKA SÍTNICE.....	17
1.4 DEFINICE ODCHLÍPNUTÍ SÍTNICE.....	17
1.4.1 <i>Proces vzniku a vývoje odchlípnutí sítnice</i>	18
1.4.2 <i>Rizikové faktory</i>	19
1.4.3 <i>Prevence</i>	20
1.4.4 <i>Příznaky odchlípnutí sítnice</i>	20
1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY A DIAGNOSTIKA	21
1.5.1 <i>Biomikroskopické vyšetření</i>	21
1.5.2 <i>Oftalmoskopie</i>	21
1.5.3 <i>Vyšetření zrakové ostrosti</i>	21
1.5.4 <i>Ultrazvukové vyšetření bulbu</i>	22
1.5.5 <i>Fluorescenční angiografie (FAG)</i>	22
1.5.6 <i>Optická koherentní tomografie (OCT)</i>	22
1.6 TERAPIE.....	23
1.6.1 <i>Laserová fotokoagulace (LFK)</i>	23
1.6.2 <i>Episklerální plombáž</i>	23
1.6.3 <i>Pars plana vitrectomia</i>	23
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH ...	25
2.1 CHARAKTERISTIKA ČLOVĚKA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	25
2.2 KVALITA ŽIVOTA.....	26
2.2.1 <i>Dimenze kvality života</i>	27
2.2.2 <i>Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného</i>	27
2.2.3 <i>Kvalita života a její význam pro medicínu</i>	28
2.2.4 <i>Kvalita života osob s poruchou vidění</i>	29
2.2.5 <i>Kvalita života pacientů s odchlípením sítnice</i>	29
2.2.6 <i>Přístupy k měření kvality života</i>	30
2.2.7 <i>Vývoj metody měření zraku - specifická kvalita života</i>	32
2.3 ÚLOHA RODINY A NEJBLIŽŠÍHO SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ	33
2.4 PÉČE O ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ.....	33
2.4.1 <i>Rady průvodcům pro nevidomé</i>	33
2.4.2 <i>Pomůcky pro nevidomé</i>	36
2.4.3 <i>Organizace a pobočky pro zrakově postižené</i>	38
3 METODIKA	42
3.1 HYPOTÉZY	42
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	44
4.1 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	62
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	71

PŘÍLOHA A- DOTAZNÍK.....	72
PŘÍLOHA B – ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	75

SEZNAM TABULEK

Pohlaví - tabulka 1.....	44
Věk - tabulka 2	45
Zjištění - tabulka 3.....	46
Léčba - tabulka 4	47
Komplikace - tabulka 5	48
Vidění - tabulka 6	49
Kvalita života - tabulka 7	50
Kvalita zdraví - tabulka 8	51
Léčba - tabulka 9	52
Informace - tabulka 10	53
Zájmy - tabulka 11.....	54
Pohyb mimo domo tabulka 12	55
Aktivity - tabulka 13	56
Práce - tabulka 14	57
Vztahy - tabulka 15.....	58
Dostupnost péče - tabulka 16	59
Pohyb - tabulka 17	60
Pocity - tabulka 18.....	61

SEZNAM GRAFŮ

Pohlaví - graf 1	44
Věk - graf 2	45
Zjištění - graf 3	46
Léčba - graf 4	47
Komplikace - graf 5	48
Vidění - graf 6	49
Kvalita života - graf 7	50
Kvalita zdraví - graf 8	51
Léčba - graf 9	52
Informace - graf 10	53
Zájmy - graf 11	54
Pohyb mimo domov - graf 12	55
Aktivity - graf 13	56
Práce - graf 14	57
Vztahy - graf 15	58
Dostupnost péče - graf 16	59
Pohyb - graf 17	60
Pocity - graf 18	61

SEZNAM POUŽITÝCH VÝRAZŮ A ZKRATEK

mm	milimetr
glaukom	zelený zákal
aktinoterapie	léčba pomocí ionizujícího záření
indirektní	nepřímý
Biometrie	měření axilární délky oka
D	dioptrie
cca	cirka
cm	centimetr
FAG	fluorescenční angiografie
OCT	optická koherentní tomografie
LFK	laserová fotokoagulace
WHO	světová zdravotnická organizace
APACHE	metoda měření kvality života
HRQoL	měření kvality život z hlediska zdraví
DDRS	posuzovací škála stresu a neschopnosti
MANSA	krátký způsob hodnocení kvality života
LSS	škála životního uspokojení
VF-14	dotazník k měření funkčního poškození způsobeného šedým zákalem
SMS	short message service - krátká textová zpráva

ÚVOD

„Samotný fakt, že nevidí, znamená jen to, že některé věci musí dělat jinými způsoby než ostatní, ale není proto lepší nebo horší.“ Schindler a Pešák

V České republice je odhadem sto tisíc osob s těžkým zrakovým postižením. Osoby se zrakovým postižením se dělí do tří základních skupin - osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku a osoby slabozraké. Počet slabozrakých osob postupně stoupá. Tento fakt je způsoben prodlužováním délky života a také zvyšujícím se počtem zachráněných nezralých, předčasně narozených dětí.

Jedinci se zrakovým postižením jsou zcela normální lidé. Vnímají své nedostatky a přednosti jako ostatní, rozhodují sami za sebe a vedou plnohodnotný život. Existují ovšem i situace, kdy je pomoc ostatních nezbytná.

Postižení zraku přináší velké množství komplikací. Zvláště, pokud se jedná o ztrátu zraku v dospělosti nebo ve stáří, kdy jsou lidé zvyklí na určitý standard, kterého se jim díky ztrátě zraku nedostává. To, co je pro vidomé zcela samozřejmé, může zrakově postiženým činit značný problém. Pro takto handicapované osoby je například velkou komplikací přejít silnici, vybrat si správnou barvu oblečení, objednat si jídlo v restauraci apod.

Na trhu se objevuje řada kompenzačních pomůcek pro nevidomé a slabozraké, které zlepšují orientaci, pomáhají při domácích pracích, usnadňují pohyb v okolí a také pomůcky pro zábavu i učení. Závažnější případy mohou navštěvovat specializované instituce, které napomáhají zrakově postiženým navrátit se do běžného života.

Díky těmto opatřením a možnostem mohou zrakově postižení žít plnohodnotný život bez nutnosti asistence jiné osoby.

Nezbytnou součástí kvalitního života je i možnost vzdělání a následné uplatnění na trhu práce pro zrakově postižené. Existují specializovaná vzdělávací zařízení určená pro různé věkové skupiny zrakově postižených – mateřské školy, školy základní a samozřejmě také různé typy středních škol.

Cílem teoretické části je shrnutí problematiky zrakově postižených osob po prodělaném odchlípení sítnice, možnosti léčby a využití kompenzačních pomůcek, které jim mohou usnadnit každodenní život.

Doufám, že má práce povede k zamyšlení, jakým způsobem jednáme se zrakově postiženými a jak můžeme jejich život zkvalitnit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ODCHLÍPNUTÍ SÍTNICE

1.1 Stavba sítnice

Sítnice představuje jemnou průhlednou blánu silnou stěží 0,5 mm, která vznikla odštěpením mozkového základu. Sítnice se spojuje s mozkem zrakovou dráhou a skládá se z deseti vrstev. Je složena z vysoce diferencované nervové tkáně. Jednotlivé vrstvy jsou vzájemně spojeny nervovými buňkami. Nejdůležitější vrstvou, je vrstva tyčinek a čípků. V případě jejich podráždění vzniká světelný vjem. Množství tyčinek a čípků je rozdílné. Čípků je přibližně 7 milionů a nachází se v zadním pólu oka, v místě nejostřejšího vidění, které se nazývá žlutá skvrna (*macula lutea*). Díky čípkům rozlišujeme barvy a vidíme ostře za denního světla. Od žluté skvrny směrem do periferie počet čípků ubývá. Zde se objevují tyčinky, kterých je kolem 130 milionů. Pomocí tyčinek rozeznáváme světlo a tmou. V sítnici probíhají svazky nervových vláken, které se spojují v místě terče zrakového nervu. Oko pak opouští jako zrakový nerv (*nervus opticus*). Tepny a žíly jsou větvemi centrálních sítnicových cév. (ROZSÍVAL, 2006)

Zevní vrstva sítnice přiléhá k cévnatce a je tvořena jednovrstevným epitelem. Buňky jsou zde přeplněny pigmentem (*pars pigmentosa retinae*). Hlavním úkolem této vrstvy a pigmentové vrstvy cévnatky je pohlcování dopadajících světelných paprsků a zabránění jejich odrazu uvnitř oka. Působí tedy jako světelná izolační vrstva. Vnitřní vrstva sítnice obsahuje fotoreceptory a neurony, které sbírají informace z fotoreceptorů a prostřednictvím zrakového nervu je odvádí z oka do mozku. Tuto vrstvu označujeme jako „*pars nervosa retinae*“. V této vrstvě se nacházejí tyčinky (*bacilli*) a čípky (*coni*). (KOLÍN, 2007)

1.2 Optická a slepá část sítnice

Optická část sítnice je nejvýznamnější vrstvou stěny oční koule. Během oftalmoskopického vyšetření má oranžovou až červenou barvu. Tato barva vzniká díky prosvítání cév cévnatky. Na očním pozadí (*fundus oculi*) se rozlišuje několik útvarů. Na zadním pólu oka leží žlutá skvrna, která má kulovitý tvar a je široká asi 3 mm.

Uprostřed žluté skvrny se nachází prohlubeň, která se nazývá „fovea centralis“. Toto místo se označuje místem nejostřejšího vidění, protože se do něho promítá centrální paprsek. Při oftalmoskopickém vyšetření za pomoci umělého světla má toto místo sytě červenou barvu. Žlutou barvu má jedině na oku mrtvého. (KUCHYNKA, 2007)

Mediálně od žluté skvrny se objevuje bílé políčko, kterým odstupuje z oční koule zrakový nerv. Nazývá se terč zrakového nervu (discus nervi optici, papilla nervi optici). Má kruhový tvar o průměru asi 1,5 mm, v jehož středu se lehce prohlubuje. Neobsahuje žádné světločivé elementy a tvoří ji pouze nervová vlákna. V důsledku toho je v zorném poli fyziologicky, tzv. slepá skvrna.

Jako slepá část sítnice je označován vnitřní list řasnatého tělesa a duhovky. (ROZSÍVAL, 2006)

1.3 Funkční jednotka sítnice

Dva body jsou vnímány jako dva, pokud se jejich obraz promítne na sítnici tak, že je mezi dvěma podrážděnými čípkami alespoň jeden nepodrážděný. Tento vztah souvisí s velikostí čípku a „macula lutea“. Tomuto odpovídá zorný úhel. Zorný úhel představuje část prostoru, kterou je oko schopno zachytit, a ze kterého do něj přichází světelné paprsky. Číselným vyjádřením zorného pole je zorný úhel. (MAZAL, 2011)

1.4 Definice odchlípnutí sítnice

„Amotio retinae“ nebo „ablatio retinae“ znamená odloučení senzoričeského epitelu neuroretiny od jejího pigmentového epitelu, který zůstává fixován k cévnatce. Mezi těmito epitelami se hromadí tekutina. Obnovuje se tak prostor, který existoval mezi vnitřním a zevním listem očního pohárku v embryonálním období. Jedná se o vážnou poruchu výživy fotoreceptorů. Pokud se podaří sítnici včas přiložit, může se funkce fotoreceptorů zcela obnovit. Jestliže trvá odchlípnutí sítnice několik týdnů či měsíců, může dojít k vážné poruše zraku a následně k jeho ztrátě. Odchlípnutí sítnice je vážné oční onemocnění, které může ohrozit zrak pacienta. (ROZSÍVAL, 2006)

1.4.1 Proces vzniku a vývoje odchlípnutí sítnice

a) Rhegmatogenní odchlípení je nejčastějším typem. Jedná se o odchlípení způsobené trhlinou nebo dírou sítnice. Díry vznikají na podkladě zeslabené sítnice. Kolabovaný sklivce místy zůstává pevně fixován k periferní sínici mezi „ora serrata“ a ekvátorem a ostatní části volně vlají do sklivcového prostoru. V těchto místech působí odstředivé, setrvačné síly sklivce a vznikají mikrotraumata při pohybech oka a hlavy. Pokud je pevnost sítnice překonána, vznikne trhlina v sínici. Toto může vzniknout kdykoliv během života, nejčastěji postihuje lidi středního a vyššího věku. Fotofenomény, jako jsou blesky, často předcházejí vzniku sítnicové trhliny. Samotný vznik trhliny může být doprovázen sklivcovými zákaly, které jsou způsobeny krvácením z poškozených kapilár. Pokud lékař při oftalmologickém vyšetření objeví trhlinu bez odchlípení sítnice, jedná se o tzv. asymptomatickou trhlinu, kterou lze ošetřit ambulantně laserovou baráží. (KOLÍN, 2007)

b) Trauma - kontuzí bulbu je sítnice odtržena od „ora serrata“. Toto odtržení může mít za následek přechodné nebo trvalé poškození sítnice.

Při tupém poranění může vzniknout ischemie s edémem nervových vláken a dochází ke zkalení sítnice, tzv. Berlinovo zkalení. Edém během několika dnů odezní a zraková ostrost se obnoví. Pokud je stav komplikovaný krvácením, může být zraková ostrost zhoršená trvale.

Ostrá poranění sítnice vznikají nejčastěji při perforujícím poranění oka cizím nitroočním tělískem. Trhliny, které vznikají při těchto poraněních, vedou k odchlípnutí sítnice. Kovová tělíska je nutné odstranit chirurgickou metodou „vitrectomie“ a zároveň ošetřit trhlinu, která vznikla při tomto poranění. Po zákroku je nutné aplikovat antibiotika, která zabrání vzniku infekce. Kovová tělíska, která jsou v oku ponechána, mohou nenávratně poškodit sínici.

Mezi úrazem a potížemi, které přivedou postiženého k lékaři, může být časová prodleva i několik měsíců. Při tupém úrazu oka může dojít ke vzniku obrovských obloukovitých trhlín. (BOGUSZAKOVÁ, 2006)

c) Trakční odchlípení představuje devastující komplikaci u diabetické retinopatie, pronikajících poranění oka atd. Tento typ odchlípení není způsoben trhlinou, ale soustavným tahem patologických membrán za sítnici. V konečném stádiu díky tahu může dojít ke vzniku trhlinky. Trakční odchlípení sítnice vzniká především u diabetiků I. typu, retinopatie nedonošených, po očních cévních uzávěrech a jiných závažných sítnicových onemocněních. (ROZSÍVAL, 2006)

d) Tumory - jedná se především o melanomy cévnatky nebo metastázy do cévnatky a retinoblastom.

Retinoblastom - zhoubný nádor sítnice. Retinoblastomy jsou v 70 % jednostranné, většinou nedědičného původu. Většina retinoblastomů se objevuje v prvních třech letech života, výjimečně se může objevit u dítěte staršího 6 let. V prvním stádiu je viditelný šedobělavý uzel na sítnici. Tento nádor se může nejdříve projevit šilháním a postupnou ztrátou zraku. Nejčastější komplikace je glaukom. Terapie se odvíjí od stádia onemocnění. Základními terapeutickými metodami jsou chemoterapie a aktinoterapie, které poskytují onkologická centra. Dalšími jsou kryoterapie, laserová terapie a termoterapie. Jestliže se jedná o pokročilé stádium u jednostranného retinoblastomu, je indikována enukleace oka. Výkon je považován za život zachraňující. U oboustranných retinoblastomů se snažíme kombinovanými terapeutickými metodami zachránit alespoň jedno oko. Pokud je včas zavedena kombinovaná terapeutická metoda, většina nemocných dětí přežívá a jejich zraková ostrost bývá zachována. (RHEE, 2006; ROZSÍVAL, 2006)

1.4.2 Rizikové faktory

Pravděpodobnost vzniku odchlípení sítnice je ovlivněna následujícími faktory:

- krátkozrakost, především vyšší stupeň,
- přítomnost rizikových degenerací sítnice,
- genetická predispozice,
- úraz oka, způsobený tupým úderem nebo pronikajícím poraněním, které porušilo celistvost oka,

- vrožený defekt s následným postižením sítnice objevujícím se v dětském věku – ve vzácných případech,
- cvičení – statické silové prvky, které způsobují zvýšení krevního tlaku.
(ROZSÍVAL, 2006; HYCL, 2006; MAZAL, 2011; HORNOVÁ, 2011)

1.4.3 Prevence

Nejdůležitější prevencí jsou pravidelné prohlídky u svého očního lékaře, který vyšetří zrak a oční pozadí. Pokud zjistí změny, jež by mohly mít za následek odchlípení sítnice, může provést preventivní laserové ošetření sítnice, které probíhá ambulantně. V rámci prevence před pracovními úrazy je potřeba připomenout používání ochranných pracovních pomůcek (brýle, štít) při rizikových činnostech (práce s křovinořezem, sbíječkou apod.).

1.4.4 Příznaky odchlípnutí sítnice

Objevuje se řada příznaků, které nás mohou upozornit na změny na očním pozadí. Řadíme mezi ně:

- záblesky,
- jiskry před okem na okraji zorného pole (znak odlučování sítnice od spodiny),
- mušky - drobné tečky nebo vlákna v zorném poli,
- padající saze - pokud vznikne trhлина, může se uvolnit malé množství krve, které vypadá jako padající saze. Jestliže je krvácení masivnější, vidění může být značně zhoršeno.

Vznik těchto příznaků zapříčiňují strukturální změny sklivce. Tyto příznaky jsou označovány jako falešné zrakové vjemy.

Počínající odchlípení sítnice se může projevat tzv. clonou. Jde o tmavý nebo šedý stín, který se zpočátku objevuje na okraji zorného pole. Jak odchlípení pokračuje, clona se zvětšuje a schopnost vidění se postupně zhoršuje. Odchlípení sítnice může poškodit i místo nejostřejšího vidění, tzv. žlutou skvrnu. Pokud nemocný vyhledá lékaře

až v tomto stádiu postižení, je zde riziko nenávratné ztráty zraku. (KUCHYNKA, 2007; ROZSÍVAL, 2006)

1.5 Vyšetřovací metody a diagnostika

1.5.1 Biomikroskopické vyšetření

Indirektní oftalmoskopií na štěrbinové lampě vyšetřujeme zadní segment oka. K vyšetření sítnice a sklivce se používá asferická čočka o hodnotě 28D - 90D, kterou lékař předkládá cca 1,5 cm před vyšetřované oko. Jedná se o podrobné, prostorové vyšetření, umožňující několikanásobné zvětšení vyšetřovaných struktur. (RHEE, 2006)

1.5.2 Oftalmoskopie

Oftalmoskopii lze rozdělit na dva druhy:

- přímá oftalmoskopie - ruční přenosné zařízení, ze kterého vychází paprsek světla procházející skrze zornici a osvětlující vyšetřované struktury oka v zadní části bulbu. Díky vestavěným zvětšovací čočkám lze podrobněji prozkoumat sítnici i terč zřakového nervu. Vyšetření je nebolestivé a trvá jen několik minut.
- nepřímá oftalmoskopie - využívá indirektní oftalmoskop, který je umístěn na hlavě vyšetřujícího. Umožňuje vyšetření sítnice z větší vzdálenosti - cca 50 cm. Je zobrazena větší část sítnice a vyšetření je přehlednější. Vyšetření se provádí pomocí čoček, které umožňují reálný, ale převrácený obraz. (ZOUHAROVÁ, 2011)

1.5.3 Vyšetření zřakové ostrosti

Zřaková ostrost je dána rozlišovací schopností oka a refrakčním stavem. Vyšetřením zřakové ostrosti testujeme funkci sítnice v oblasti centrální krajiny. Zřaková ostrost závisí na jasu předmětů, na vzdálenosti předmětů od sítnice, na velikosti zornic a refrakční vadě. Zřaková ostrost se vyšetřuje pomocí standardních tabulek,

kteře se nazývají optotypy, např. Snellovy optotypy. U dětí se využívají obrázkové optotypy. Zřaková ostřost se vyšetřuje ze vzdálenosti 5-6 metrů od optotypu. Normální hodnota vizu podle Snella je 1,0. Všeobecná podmínka pro vyšetření je tmavý optotyp v kontrastu se světlým pozadím. (ROZSÍVAL, 2006)

1.5.4 Ultrazvukové vyšetření bulbu

Ultrazvukové vyšetření bulbu je neinvazivní vyšetřovací metoda, která slouží k diagnostice odchlípení sítnice, k vyloučení nebo potvrzení očních nádorů. Ultrasonografie umožňuje také bližší rozpoznání změn ve sklivcové dutině, sklivcových zákalů, zánětlivých infiltrací a krvácení.

Další možnost využití této metody v praxi je biometrické vyšetření. Toto vyšetření je nebolestivé a provádí se pouze místní znecitlivěním kapkami. (STUHLÁ, 2009)

1.5.5 Fluorescenční angiografie (FAG)

Fluorescenční angiografie je vyšetření, které zobrazuje cévy uvnitř oka (v sítnici nebo v duhovce). Toto vyšetření je důležité pro diagnostiku a léčbu sítnicových onemocnění. Do žily je aplikována látka fluorescein nebo indocyaninová zeleň, a ta se krevním oběhem dostane do cév uvnitř oka. Cévní systém je pak zachycen na fotografii speciální digitální kamerou. Dané vyšetření nemá srovnatelnou alternativu. Příprava před vyšetřením je individuální. Pokud je pacient alergik, léčí se s bronchiálním astmatem, glaukomem nebo pokud je pacientka těhotná, mohou se objevit komplikace jako je kopřivka, pocit na zvracení, mdloba nebo dechové komplikace. Před vyšetřením je možné podat tabletku Dithiadenu. Látka je z krevního oběhu vylučována ledvinami. U pacientů se selháváním ledvin je nutné dávku barviva redukovat. (VALEŠOVÁ, 2004)

1.5.6 Optická koherentní tomografie (OCT)

Optická koherentní tomografie je jedna z nejmodernějších, neinvazivních a diagnostických metod, která ve vysoké kvalitě a v mikrometrovém rozlišení zobrazuje

snímky biologické tkáně. Rozlišuje jednotlivé vrstvy sítnice. Vyšetření probíhá na základě laseru a používá záření blízké infračervenému spektru. Tato metoda je také označována jako „biopsie bez operace“. Jedná se o nadstandardní vyšetřovací metodu, která není hrazena pojišťovnou. OCT představuje pro pacienta minimální zátěž. (RHEE, 2006)

1.6 Terapie

1.6.1 Laserová fotokoagulace (LFK)

Zárok se provádí místním znecitlivěním kapkami. Ošetření probíhá sérií světelných záblesků s cílem vytvořit na sítnici laserovou stopu. Na oko je přiložena speciální kontaktní čočka, přes kterou lékař do oka vysílá paprsky, a ty dopadají na periferii sítnice. Koagulace vytvoří jizevnatá spojení mezi sítnicí a stěnou oka, tím zabrání odchlípení sítnice. Výkon je bezbolestný, rozsáhlé ošetření sítnice je provázeno pocitem tlaku. (ROZSÍVAL, 2006)

1.6.2 Episklerální plombáž

Principem terapie odchlípení sítnice je uzavření sítnicové trhliny. Jedná se o postup, který se provádí zevní cestou. Podstata této operace spočívá především v lokalizaci trhliny, kryokoagulaci okrajů trhliny pod kontrolou oftalmoskopu a naštíjí silikonové plomby v místě, kde se nacházela trhlina. Skléra s cévnatkou a pigmentovým epitelem se vpáčí proti sítnici v místě trhliny a sítnice se v tomto místě zpravidla znovu dostane do kontaktu s pigmentovým epitelem. Jako implantační materiál se používá např. silikonový kaučuk. U 10-15% pacientů tento typ léčby není úspěšný. (RHEE, 2006)

1.6.3 Pars plana vitrectomia

Tato technika spočívá v odstranění sklivce mikrochirurgickou technikou. Do oka se zavádějí nástroje o průměru 1 mm. Nástroj, který stíhává a odsává sklivce, se nazývá vitrektom. Tento nástroj pracuje na gilotinovém principu, kde se uvnitř trubičky

pohybuje řezná trubička, a ta odsává rozmělněný sklivec. Odsávaný objem je nahrazován Ringerovým roztokem, a tak je udržován konstantně nitrooční tlak. Pro vstup do oka pomáhají tři otvory v oblasti „pars plana“. Tyto otvory slouží pro osvětlení, infuzi a nástroje. Vitrektom lze v průběhu operace nahradit pinzetou, sondou pro fotokoagulaci či laserem. Odsátý sklivec může být nahrazen sterilním vzduchem, sterilním roztokem, plynem (samovolné vstřebání přibližně za 1 měsíc) nebo silikonovým olejem (nutnost po určité době vypustit). Při operaci se používá xenonové světlo, které je uzpůsobeno tak, aby bylo co nejšetrnější pro sítnici. Lékař při operaci používá mikroskop, na který je připevněn širokoúhlý zobrazovací systém, tzv. biom. Dále se používá kryokoagulace. Tento přístroj vytváří vazivové jizvy mezi sítnicí a cévnatkou. Sonda i návlek musí být sterilní a sestra před použitím tohoto přístroje provádí trojnásobnou zkoušku mrazení. Intervaly a šlapací systém určuje lékař. Další sestra nastavuje čas, intervaly a energii podle instrukcí lékaře. Zákrok trvá 30-90 minut, dle náročnosti a postižení sítnice. (ROZSÍVAL, 2006; BRÍMOVÁ, 2012)

1.6.3.1 Příprava a průběh operace

Pacient přichází na operační sál, kde ho sestry uloží na operační stůl, edukují o průběhu operace, seznámí s operátorem a snaží se o eliminaci strachu a zajištění maximálního pohodlí. Sestry provádí výplach spojivkového vaku pomocí roztoku Betadine a aplikují lokální anestetika Benoxi. Do neoperovaného oka se aplikují též kapky na znecitlivění, aby pacient vydržel mít oko otevřené a dívat se jedním směrem. Pokud je pacient v celkové narkóze, tak se do neoperovaného oka aplikuje azulenová mast. Operační pole se natírá Jodisolem a překryje se sterilní fólií. Lékař zavede rozvěrač a sestra znovu aplikuje kapky Betadine. Celý zákrok probíhá pouze v lokální anestezii. Výhoda lokální anestezie spočívá v dobré spolupráci a komunikaci s pacientem, a také ve snížení rizik a zátěže na organismus ve srovnání s celkovou anestezii. (BRÍMOVÁ, 2013; VÍCHA, 2011)

1.6.3.2 Edukace po operaci

Jestliže byl aplikován plyn, je nejdůležitější správná edukace o poloze hlavy, která by měla být nejméně 3 dny čelem k zemi. Účelem je udržení plynové bubliny v místě odchlípení sítnice a její přiložení. Lékař informuje pacienta o dočasném zhoršení vizu, zákazu cestování letadlem, pobytu ve vysokých nadmořských výškách, potápění, vyhýbání se zaprášenému a zakouřenému prostředí, bazénu, sauně, a také o vyloučení tělesné námahy. Pacient obdrží antibiotické kapky nebo mast, které bude aplikovat do spojivkového vaku většinou 5x denně, neurčí-li lékař jinak. Operované oko je kryto sterilním obvazem, který může pacient následující den sejmout. (BRÍMOVÁ, 2013; VÍCHA, 2011)

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH

2.1 Charakteristika člověka se zrakovým postižením

Zrakově postiženou osobu nelze vnímat „pouze“ jako člověka s postižením zrakové funkce. Naopak je žádoucí jej chápat komplexně – v rámci celkové situace týkající se všech oblastí, které souvisí s kvalitou života.

Kvalitu života lze popsat jako vlastnosti, schopnosti, citový život a pochody, kterými se člověk přizpůsobuje kulturnímu, sociálnímu, výchovnému a pracovnímu prostředí. Zrakové postižení člověka ovlivňuje jeho konání a jednání a negativně se promítá do běžného života.

Zrakové postižení způsobuje zvýšení reakčních časů, prodloužení procesu poznávání, informační deficit, senzoricou deprivaci, snížení výkonnosti v různých aktivitách, zvýšenou míru specifických potřeb (kulturní, finanční, edukační...) a zvýšenou míru sociálně právní ochrany. (GURKOVÁ, 2011; MORAVCOVÁ, 2004)

2.2 Kvalita života

V průběhu století byla kvalita života posuzována na základě odlišných kritérií. Během Velké hospodářské krize se kvalita života měřila z hlediska obstarání potravin, obydlí a oblečení. Postupný růst ekonomiky způsobil zajištění základních potřeb a následné rozšíření kvality života o splnění amerického snu, potřebu štěstí a pocitu pohody.

Odborná literatura nabízí několik definic tohoto pojmu, přičemž se snaží co nejlépe vystihnout jeho různé aspekty. Mareš (2008) říká, že „*kvalita života je intuitivně pochopitelný, ale vědecky obtížně uchopitelný pojem.*“ (ŠEVČÍKOVÁ, 2011)

Je možné se domnívat, že kvalita života obecně vyjadřuje pocit životního štěstí. Širší definice může zahrnovat sociální postavení, zdraví, mezilidské vztahy, materiální podmínky a spokojenost. Během studia kvality života je třeba brát zřetel na změny souvislostí v čase a prostoru a na společenské souvislosti. Je nutné zohlednit i historické a kulturní kořeny, především civilizační a generační změny.

Podle PHAIFRA (2001), Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „*jedincovu percepci, jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.*“ Jedná se o velmi široký koncept multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. Pod kvalitou života si lze představit různé parametry lidského života, způsobu života, životního stylu, podmínek jednotlivce, společenských skupin i společnosti jako celku.

V současné době je možné definovat kvalitu života jako multidimenzionální, fyzikální (příznaky onemocnění, léčba), funkční (sebepéče, mobilita, úroveň aktivity denního života), sociální (mezilidské vztahy a sociální kontakt) a psychologický rozměr (kognitivní funkce, emocionální vztah, pohoda, životní spokojenost a štěstí).

Ačkoliv mnoho lékařů upřednostňuje zdůraznění fyzických a funkčních aspektů, pacienti dávají při hodnocení přednost sociálním, emocionálním a psychologickým aspektům zdraví. Získání pacientova názoru oproti výsledku lékařů má prvořadý význam při hodnocení. (GURKOVÁ, 2011)

2.2.1 Dimenze kvality života

Ke kvalitě života se dá přistupovat ze dvou hledisek - subjektivního a objektivního.

Objektivní kvalita života se zaměřuje na materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Jedná se o podmínky, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedince, postavení ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Výsledná spokojenost se odvíjí od jeho spokojenosti, výsledných cílů, očekávání a zájmů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozeznává čtyři základní okruhy, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na jejich věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. Jsou to:

1. Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, zvládání denních činností, schopnost pracovat atp.
2. Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
3. Sociální vztahy – osobní vztahy (rodina, přátelé, partner), sociální podpora, sexuální aktivita atp.
4. Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima atp.). (PHEIFFER, 2001; ŠEVČÍKOVÁ, 2011)

2.2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

- Psychický stav – hodnotí se především podle aktuální nálady, postoje k životu a probíhající nemoci. Dále se hodnotí způsob, jak se vyrovnat s nemocí a léčbou, velkou úlohu hraje osobnost člověka, vnímání bolesti aj.

- Fyzická kondice - je ovlivněna symptomy onemocnění a vedlejšími účinky terapie.
- Funkční schopnost - posuzuje stav tělesné aktivity, komunikaci s rodinou, schopnost uplatnit se v zaměstnání, posouzení rodinného života.
- Sociální stav - vyhodnocení údajů o vztazích k blízkým lidem (rodina, partner, přátelé), jeho společenská role ve skupinách, způsob komunikace s okolím a jiné.
- Spokojenost s léčbou - celkové posouzení prostředí, ve kterém pacient pobývá v průběhu nemoci, sdílnosti a zručnosti personálu, který o nemocného pečuje, kvalita vyšetřovacích a terapeutických metod, kvalita komunikace nejen s nemocným, ale i s jeho rodinou, podávání informací o zdravotním stavu. (DRAGOMIRECKÁ, 2006; PHAIFFER, 2001; ŠEVČÍKOVÁ, 2011)

2.2.3 Kvalita života a její význam pro medicínu

Pojem „kvalita života“ se používá v lékařství od 70. let minulého století. Cílem je zachování co možná nejvyšší míry samostatnosti pacienta a eliminaci komplikací. Dříve byla kvalita života chápána z hlediska objektivního a posuzovala se míra samostatnosti a běžného denního fungování. Později je patrný přechod k subjektivnímu hodnocení pacientem, který začíná poukazovat na nepříznivé okolnosti, postižení, způsob léčby a jiné. Kvalita života tedy zkoumá klinické indikátory a zejména pak objektivní a subjektivní informace o stavu pacienta. (PHAIFFER, 2001)

Podle PHAIFFRA (2001), se medicína i zdravotnictví drží definice kvality života podle WHO, která udává, „že zdraví není jen stav nepřítomnosti nemoci, ale také stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.“ Za kvalitu života se tedy považuje to, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti, jaký má hodnotový žebříček, a to vše ve vztahu k jeho individuálním cílům, životnímu stylu a koníčkům. Mluvíme-li o kvalitě života nemocných, máme na mysli, jakou odezvu má nemoc na pacientovu psychickou, fyzickou a duchovní stránku, na styl života a na spokojenost.

2.2.4 Kvalita života osob s poruchou vidění

Kvalita vidění je nedílnou součástí kvality života. Zhoršení zraku způsobuje obtíže v každodenním životě, omezí v činnostech, které dříve byly samozřejmostí, jako je např. oblékání, cestování, přesun z místa na místo, příprava pokrmů či komunikace s ostatními ve svém okolí.

Doba vzniku zrakové vady určuje individuální prožívání každého jedince a ovlivňuje jeho psychický stav. Důležité je, v jaké fázi života člověk přišel o zrak nebo ke zhoršení zrakové ostrosti. Vrozená zraková vada je samozřejmě přítěž pro psychický stav jedince. Nicméně, osoba s vrozenou vadou se s tímto postižením vyrovnává lépe, než jedinec, který přišel o zrak buď v dětském věku, dospívání nebo v dospělosti. Ztráta zraku nebo zraková vada může být v průběhu života velmi traumatizující a vyrovnávání se s touto skutečností může být dlouhodobé. Jedinec je nesamostatný, každodenní činnosti se stávají velmi složitými. Jestliže je ztráta zraku postupná, může to vyvolat dlouhodobé psychické problémy nejen pro jedince, ale i pro jeho blízké okolí. Starší osoby se potýkají s nemalými obtížemi při výběru vhodného povolání a mnohdy jsou nuceny změnit profesi, případně podstoupit rekvalifikaci, díky které budou mít větší předpoklady pro možnost uplatnění. U některých jedinců může dojít až k vyčlenění ze společnosti.

2.2.5 Kvalita života pacientů s odchlípením sítnice

Kvalita života pacientů s odchlípením sítnice se odvíjí především od toho, jak se cítí psychicky, tělesně, sociálně a duchovně. Pokud je posuzována kvalita života u těchto nemocných lidí, je nutné se zaměřit na jejich subjektivní hodnocení a aktuální spokojenost se životem.

Pacient s odchlípením sítnice začíná pozorovat poruchy vidění, objevují se první příznaky - blesky, mušky. Většina nemocných přichází k lékaři na vyšetření, protože příznaky jim zneprůjemňují každodenní život a omezují některé činnosti, např. řízení automobilu. Pokud pacient nevyhledá lékaře a ztráta zraku vzniká postupně, může se posléze adaptovat natolik, že zhoršení zraku nezaznamená. Pokud je postižené jen jedno oko, pacient nemusí rozpoznat, že vznikl problém, protože vznikající pokles

zrakové ostrosti vyrovnává druhé oko, které je zdravé. V této situaci nemusí dojít k výraznému poklesu kvality života.

Někdy se může stát, že pacient přijde k lékaři v době, kdy je prakticky slepý a úspěšnost léčby nelze přesně určit. I když je pacient celkově zdravý, aktivní a nemá žádné jiné problémy, jeho kvalita života je značně zhoršena. Může se cítit méněcenný, potřebuje pomoci při běžných denních činnostech, které dříve zvládal sám, má pocit, že je přítěží nejen pro rodinu, ale i pro společnost, je omezen v zaměstnání. Stává se nesamostatným. Nesamostatnost většina lidí vnímá jako nejhorší věc, která je může potkat.

Lidé, kteří přijdou o zrak jednoho oka, např. z důvodu odchlípení sítnice, nádorového onemocnění nebo úrazu, mohou mít až panickou obavu o zrak druhého oka. Jejich kvalita života je tím snížena, přestanou vykonávat některé činnosti, které je dříve naplňovaly, např. sportování, cestování a jiné. V tomto případě je důležitá pomoc rodiny, která takto postiženého člověka podpoří.

2.2.6 Přístupy k měření kvality života

Přístupy k měření kvality života lze rozdělit do tří základních skupin:

- Měření kvality života prostřednictvím jiné osoby
 - APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation). Tento vědecký postup je založen na kvantitativních odchylkách daného stavu pacienta od stavu normálního. Dimenze a kritéria pro kvalitu života nemusí být ve shodě s tím, jak svůj zdravotní stav hodnotí pacient.

- Metody měření života prostřednictvím samotného pacienta
 - HRQoL (Health Related Quality of Life) - Měření kvality života z hlediska zdraví. Hodnocení závažnosti v jednotlivých dimenzích kvality života může být u daného pacienta odlišné. V průběhu času a dané situace se mění hierarchie dimenzí kvality života, je proměnlivá. Tento problém se objevuje také u nejrozšířenějšího ukazatele kvality života nazývaného DARS (Distress

and Disability Rating Scale) - Posuzovací škála stresu a neschopnosti. Toto měřítko bylo sestaveno na základě výzkumu hodnot, které jak nemocní, tak zdraví lidé v různých částech světa považují za důležité. Nabízí se otázka, zda budou považovat za podstatné totéž lidé z odlišných kultur, s rozdílným onemocněním a v různé době.

- Metody vzniklé kombinací metody I a II
 - MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) - Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru.
 - LSS (Life Satisfaction Scale) - Škála životního uspokojení. Hodnotí se nejen celková kvalita života, ale především spokojenost s předem určenými dimenzemi života.
 - v oblasti metody MANSA se zjišťuje spokojenost týkající se:
 - zdravotního stavu,
 - sebepojetí,
 - sociálních vztahů,
 - rodinných vztahů,
 - bezpečnostních situací,
 - životního prostředí,
 - finanční situace,
 - náboženství (víry),
 - volnočasových aktivit,
 - povolání.
 - Cílem této metody je vystihnout aktuální stav kvality života daného člověka. Po vyhodnocení je možné navrhnout vhodnou zdravotní péči a adekvátní pomoc.

Hlavním důvodem hodnocení kvality života nemocných je posouzení účinků léčby. (HEŘMANOVÁ, 2012)

2.2.7 Vývoj metody měření zraku - specifická kvalita života

V roce 1988 americký Národní oční institut uspořádal seminář, který se soustředil na kvalitu života osob se zrakovým postižením. V rámci tohoto semináře byl vědeckou a medicínskou společností uznán fakt, že nejvýznamnějším výsledkem klinické studie je pacientovo osobní vnímání zdraví před klinickými změnami a zvýšením dlouhověkosti. Měření kvality života lze použít při tvorbě studie či při úkonech zdravotní péče, kde je podstatné měření a srovnatelnost. Vědecká společnost uznala potřebu rozvíjet nástroje k měření specifických a obecných poruch zraku. Skóre obecných dotazníků poukazuje na sníženou zrakovou ostrost, nicméně není schopno identifikovat závažnost očního poškození, jako je např. glaukom, věkově podmíněná makulární degenerace aj.

Na specifické měření zraku se zaměřuje dotazník VF-14 (Dotazník k měření funkčního poškození způsobeného šedým zákalem) a NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire), VFQ-25 (tato konečná verze se liší od předchozí tím, že obsahuje v příloze několik doplňujících otázek, které jsou součástí základní části). (MANGIONE, 2000; STELMACK, 2001)

VF-14 se soustředí na tyto činnosti (MANGIONE, 2000):

1. Čtení malého písma, například štítky na lahvičkách od léků, telefonní seznam, nebo etikety potravin.
2. Čtení novin nebo knihy.
3. Čtení velké tištěné knihy, čísla na telefonu.
4. Poznání lidí blízko nás.
5. Vidění schodů, obrubníků.
6. Sledování provozu na ulici, podepsat se.
7. Dělat drobné ruční práce (šití, pletení, háčkování...).
8. Vyplňování formulářů, kontrola textu.
9. Hraní her, jako je domino, bingo, karetní hry...
10. Aktivně sportovat, hrát bowling, tenis...
11. Vaření.
12. Sledování televize.
13. Jízda autem přes den.
14. Jízda autem v noci.

2.3 Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí

Rodina je malá, specifikovaná skupina osob spojená svazky manželství, krví nebo adopcí, která spolu bydlí. Vztahy uvnitř skupiny se utvářejí především díky rolím a podle společensky významného vzorce úkolů.

Postižení ovlivní nejen člověka samotného, ale i celou rodinu. Jedinec hledá pomoc a útěchu v této nelehké situaci u svých blízkých. Jestliže jsou vztahy v rodině na dobré úrovni, pak je velká pravděpodobnost zlepšení kvality života handicapovaného.

Jestliže se jedná o staršího člena rodiny, závisí jeho kvalita života na partnerovi, manželce či manželovi nebo na vlastních dětech. Není jednoduché najít správné řešení této situace, ale součástí komplexní pomoci je to, že rodina zajistí postiženému kompenzační pomůcky, doprovodí ho do specializovaného centra s cílem vyrovnat se s tímto postižením, naučit se kompenzační pomůcky používat a orientovat se.

U dětí s postižením zraku závisí na rodičích, jak se k tomuto problému postaví a jaký mají k dítěti vztah. Nároky na dítě mohou být až přehnané a náročné, protože rodiče si nepřipustí, že je dítě nevidomé, případně je jejich vztah k dítěti nadměrně ochranný, což se projevuje nepřiměřeným strachem o dítě. (MORAVCOVÁ, 2004)

2.4 Péče o zrakově postižené

2.4.1 Rady průvodcům pro nevidomé

- **Navázání prvního kontaktu**
 - Průvodce nabízí svou pomoc nevtíravě, přirozeně, ale jasně, aby nevidomý věděl, že hovoří s ním. Může ho oslovit jménem, popř. lehce se dotknout předloktí. Nevidomého netahá, jen nabídne svou paži.
- **Chůze**
 - Průvodce nevidomého netahá za sebou, ani netlačí před sebou. Průvodce jde asi půl metru před ním a vždy po straně, která je méně schůdná.

- **Kontakt**

- Průvodce je s nevidomým v neustálém kontaktu. Jde o kontakt prostřednictvím hmatu - držení se předloktí, ale také o slovní kontakt. Veškeré změny je nutné nevidomému hlásit, například to, že se na chvíli průvodce vzdálí, popíše mu okolí a určí vhodnou orientaci (např. nenechá nevidomého stát uprostřed silnice).
- Průvodce vždy informuje nevidomého o prostředí, ve kterém se nachází. Jedná-li se o cestu rychlou, můžou být i krátké, jasné a stručné informace nejdůležitější. Pokud je cesta spíše rekreační, může se průvodce věnovat maličkostem a detailům.

- **Dveře**

- Pokud přichází průvodce s nevidomým ke dveřím, snaží se, aby nevidomý šel po straně, kde jsou panty. Průvodce volnou rukou otevírá dveře a vchází. Při průchodu dveřmi nelze vždy dodržovat pravidla, někdy je důležitá improvizace, s tím souvisí větší bezpečnost.

- **Doprava**

- Pokud nevidomý s průvodcem nastupuje do veřejných dopravních prostředků, platí stejné pravidlo, aby průvodce šel mírně vepředu. Sedadlo či madlo ukáže průvodce tak, že na něj položí ruku, za kterou se ho nevidomí drží. Během cestování neztrácí průvodce s nevidomým kontakt. Jedná-li se o osobní automobil, ukáže průvodce kliku, dveře, hrany i střechu vozila.

- **Sedání ke stolu**

- Průvodce přichází s nevidomým k židli zezadu. Na opěradlo položí ruku nevidomého, ten sám židli odsouvá a sedá si. Také sdělí, jací lidé u stolu ještě sedí a kde. Už při příchodu nevidomého upozorňuje na předměty, jako jsou příbory, talíře, květiny, které by případně mohl shodit.

- **V restauraci**

- Průvodce popíše místnost a přečte jídelní lístek. Rozložení jídla na talíři objasní pomocí číslic na ciferníku hodin. Vhodná je někdy pomoc při placení.

- **Hygiena**
 - Na WC seznámí průvodce nevidomého s typem zařízení, ukáže místo, kde je toaleta, toaletní papír, mýdlo, ručník. Pokud je průvodce jiného pohlaví, požádá o pomoc jinou důvěryhodnou osobu.
- **Úřad**
 - Průvodce popíše rozložení nábytku v místnosti. Role průvodce se může ujmout např. zdravotní sestra. Při podepisování je nevidomý seznámen s obsahem dokumentu, podpisová šablona je přesně položena na místo, kde má být podpis, nebo průvodce položí hrot tužky tam, kde má být podpis.
- Za nevidomého nerozhodujeme a respektujeme jeho důstojnost.
- Pokud je průvodce méně zkušený, může nevidomý používat bílou hůl pro svou lepší orientaci a může tak předejít drobným nedopatřením, např. na ulici, v prostředku hromadné dopravy, v obchodě.
- **Všeobecné informace**
 - Nezapomínejme, že nevidomí nebo lidé s poruchou zraku jsou zcela normální, můžeme najít mezi nimi výjimečné, inteligentní i méně talentované lidi.
 - Jestliže se setkáme s nevidomým, nevnučujme mu svou pomoc, chovejme se přirozeně a taktně. Pomozme jen v těch situacích, ve kterých je to nutné.
 - Vyhněme se projevům soucitu, o to nevidomí nestojí.
 - Při setkání nevidomého, kterého známe, pozdravíme jako první a oslovíme ho jménem, aby věděl, že pozdrav je určen jemu.
 - Při vstupu do prostoru, kde se nachází nevidomý, dáme najevo svoji přítomnost, jestliže nás nevidomý nepoznal podle hlasu, povíme mu naše jméno. Nenápadný a tichý pohyb neznámé osoby, působí nepříjemně. Při odchodu z místnosti upozorníme nevidomého, že odcházíme.
 - Osobní věci nevidomého nekonzultujeme s průvodcem, ale s nevidomým. Průvodce je pouze doprovod, nikoli mluvčí.
 - Jestliže se nevidomý objeví na ulici, nádraží, zastávce městské hromadné dopravy a jsou značně ztížené podmínky pro jeho orientaci, např. prudce prší, padá sníh, velký hluk, nabídneme mu pomoc poskytnutím své paže a doprovodíme ho, kam potřebuje.

- Při nastupování do hromadných prostředků nevidomého netlačíme před sebou, ani netaháme za sebou. Sami jdeme první a nevidomý krůček za námi. Netlačíme ho na sedadlo, stačí jeho ruku položit na opěradlo.
- Při vstupu nevidomého do restaurace nebo kavárny ocení pomoc při hledání věšáku nebo volného stolu. S jídlem si poradí, jestliže mu sdělíme prostorovou orientaci jídla na talíři. Informace k rozmístění předmětů na stole zajisté také uvítá.
- Při popisu okolí se nemusíme bát optických dojmů a barev.
- Nebojme se používat slova jako „viděl“, „slepota“, nevidomí tato slova taky používají a dokonce žertují o svém handicapu, zatím co my se trápíme tím, že jsme použili nevhodné slovo. Nevidomému můžeme bez obav říct: „Podívej se na tuto věc“, a podáme mu předmět do ruky.
- Nezapomínejme, že nevidomí nejsou hluchí. Šeptání o jejich handicapu není vhodné ani slušné.
- Vodící pes není kompenzační pomůcka jako slepecká hůl, vodící pes neřekne číslo autobusu, ani jestli jede eskalátor dolů nebo nahoru, tyto informace si musí zjistit nevidomý sám a psa správně navigovat. Při pohybu s vodícím psem není slepecká hůl používána, tak jak by měla, spíše je to signalizace pro okolí, že se jedná o nevidomého člověka. Na vodícího psa nevoláme, nehladíme ho a neodvádíme jeho pozornost.

2.4.2 Pomůcky pro nevidomé

Kompenzační pomůckou pro zrakově postiženého se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení speciálně upravené a vyrobené tak, aby usnadňoval nebo kompenzoval vzniklý handicap.

Nabídka pomůcek pro zrakově postižené zasahuje do všech oblastí života. Pomůcky lze rozdělit do těchto skupin:

- Optické pomůcky,
- Optoelektronické pomůcky,
- Výpočetní technika,
- Mobilní telefony,

- Diktafony, záznamníky, CD přehrávače,
- Pomůcky pro usnadnění mobility a orientace,
- Pomůcky pro zápis Braillova písma,
- Pomůcky pro měření času,
- Měřicí přístroje s hlasovým výstupem,
- Pomůcky pro každodenní činnosti, domácnost,
- Hračky, pomůcky pro volný čas,
- Školní pomůcky.

Optické pomůcky jsou prvními, se kterými se člověk setkává, jestliže má poruchu zraku. Do této skupiny se řadí brýle, kontaktní čočky, zvětšovací lupy. Pomůcku, která je nejvhodnější, doporučí lékař. Pokud už optická pomůcka není dostačující, může lékař předepsat pomůcku optoelektronickou. Do této skupiny se řadí digitální čtecí lupy, zápisník s hlasovým výstupem, kamerové lupy.

Osobní počítač (PC) může mít tzv. Braillovský řádek (hmatový displej) a tiskárnu běžnou nebo Braillovskou. Tyto pomůcky značně zvyšují samostatnost a nezávislost. PC může uživateli se zrakovým postižením sloužit jako zápisník informací, nástroj pro psaní dopisů, pomůcka ke studiu, elektronická pošta, využití služeb internetu nebo trávení volného času. Operační systém a aplikace jsou pro nevidomé speciálně upraveny.

Mobilní telefony jsou další věcí, které dávají nevidomému samostatnost. V telefonu je aplikace odečítač obrazovky, který předčítá SMS zprávy, kontakty, nastavení budíku aj.

Digitální záznamníky jsou velmi oblíbené u studentů na přednáškách, při cestování, při nahrávání hudby. Tato pomůcka je velmi jednoduchá na používání, zejména její ovládání.

Nejzákladnější pomůckou je bílá hůl, která slouží nevidomému jako pomocník při orientaci, ale zároveň ho upozorňuje na nástrahy, které na něho čekají na ulicích. Slepécké hole mohou být skládací, pevné, dřevěné, kovové nebo plastové. Červenobílou hůl používají lidé hluchoslepí. Na trhu se objevují i hole signalizační, které člověka včas upozorní na začátek schodiště nebo obrubníku. Do této skupiny se také řadí orientační majáčky, dálkové ovladače, navigační jednotky sloužící pro orientaci v terénu.

Psací stroje pro nevidomé, jsou upraveny na psaní Braillova písma. Ke psaní se používá slepecký papír. Na psaní Braillova písma jsou i tabulky, které slouží k rychlému zápisu. K výuce Braillova písma slouží B-kostky, speciální slabikáře, kolíčková písanka.

Nejžádanější pomůckou zrakově postižených nebo nevidomých jsou hodinky a budíky. Handicapovaní volí vždy pomůcku, která jim čas určí co nejpřesněji. Například náramkové hodinky s odklopným sklíčkem nejsou vhodné pro lidi se špatným hmatem. Pro tyto případy jsou nejlepší digitální hlasové hodinky. Do této kategorie se řadí i hlasový teploměr, mluvicí kalkulačka, mluvicí měřič krevního tlaku a glukózy.

V domácnosti jsou velkým pomocníkem mluvicí kuchyňské váhy, osobní váhy, oddělovač žloutku, kráječ cibule, dávkovač kečupu, hlásič hladiny tekutiny v hrnku, zásobník na léky, půlič tablet, kroužek na ponožky, indikátory barev nebo čtečky etiket na potravinách. Toto je jen malý výčet pomůcek, které usnadňují život nevidomým a díky kterým si připadají naprosto soběstační.

Pro děti jsou vhodné hmatové a zvukové hračky. Rozvíjí nejen jejich smysly, ale i poznávací procesy jako je paměť, vnímání, učení a zamyšlení. Řada hraček je vyrobena v kontrastních barvách a je určena i pro děti, které netrpí poruchou zraku. Tyto hračky jsou vhodné pro děti slabozraké. Hračky pro děti nevidomé jsou přizpůsobeny jejich postižení. Dětem udělá největší radost to, že si s nimi někdo hraje i přes to, že jsou třeba svým handicapem omezeni.

Mezi nejdůležitější školní pomůcky, patří pomůcky pro zápis Braillova písma. Při studiu jsou využívány diktafony nebo mluvicí kalkulačky. Velkým pomocníkem pro děti je tzv. Hybridní kniha. Jde o multimediální publikaci, která značně usnadňuje studium. Děti mohou používat 3D atlasy a reliéfní plánky.

2.4.3 Organizace a pobočky pro zrakově postižené

Organizace a pobočky pro zrakově postižené jsou tady proto, aby ukázaly nevidomým a zrakově postiženým, že jejich život nekončí, i když prochází velkou změnou. Většina organizací učí takto postižené orientovat se v terénu, pracovat s kompenzačními pomůckami, pomáhají najít vhodné zaměstnání, cvičí vodící psy, provozují různé kluby. Takto handicapovaní se učí žít ve tmě.

Pro zrakově postižené jsou v České republice organizace a školská zařízení, která nabízejí vhodné prostředí pro děti od mateřských až po vysoké školy. Mateřské školy se člení podle jednotlivých zrakových postižení. Do mateřské školy jsou děti přijímány na doporučení očního lékaře do 6 let. V tomto zařízení se učí rozvíjet osobnost a snaží se děti připravit k nástupu na základní školu. Cílem mateřských škol je rozvíjení orientace jedince v prostoru, naučit ho samostatnosti, hygienickým návykům a jiné. Do speciálních základních škol jsou přijímány děti s určitým stupněm postižením zraku. Jedná se o děti, které nezvládnou, i s použitím optických pomůcek, základní školu. Střední odborné školy a učiliště nabízejí obory jako masér, knihář, čalouník nebo košíkářské práce. Tento typ vzdělání je ukončen výučním listem nebo maturitní zkouškou. Absolventi středních škol, které jsou ukončeny maturitní zkouškou, se mohou přihlásit na vysokou školu, kde studují i vidomí studenti. V tomto případě je důležité vhodně zvolit obor vzhledem k typu zrakového postižení. Zrakově postižení jsou nejčastěji studenty ekonomických fakult, filozofie nebo žurnalistiky. Jak již bylo zmíněno výše, při studiu studenti využívají kompenzační pomůcky, jako jsou diktafony, kalkulačky a jiné.

Nejznámější centrum pro zrakově postižené je Tyfloservis, který nabízí své služby lidem od 15 let a více s poruchou zraku nebo zcela nevidomým. Je to obecně prospěšná organizace nabízející rehabilitační kurzy, např. orientaci v prostoru, nácvik vlastního podpisu, nácvik každodenních činností, psaní na stroji, nácvik sociálních situací (pohyb v dopravním prostředku, navázání kontaktu a jiné), výběr pomůcek, které jsou pro zrakově postiženého nejvhodnější a proškolení obsluhy konkrétní pomůcky, poradenství v oblasti úpravy domácnosti, kde zrakově postižený bydlí. Veškeré kurzy jsou individuální, pouze výjimečně se jedná o kurzy skupinové. Tyfloservis pořádá i rekondiční pobyty se speciálně proškoleným personálem. Poradenství, nácvik práce s pomůckami i účast na kurzech je bezplatné.

Další organizací je SONS (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky), která byla založena 16. 6. 1996. Tato organizace působí celostátně a má přibližně 10 000 členů. Cílem SONS je hájit zájmy nevidomých a poskytovat služby vedoucí k zařazení takto postižených občanů do společnosti. Poskytuje technické poradenství, které se zabývá výběrem vhodné kompenzační pomůcky, vydává informační časopisy v Braillově písmu, zvětšeném písmu a zvukovém formátu.

Poskytuje vstup do digitálních knihoven na internetu, výcvik vodičích psů, nácvik činností v domácnosti (vaření, čtení...) a průvodcovské služby. (MORAVCOVÁ, 2004)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA

Praktická část této práce využívá ke sběru informací metodu dotazníkového šetření probíhajícího anonymně. Dotazníky byly rozdány v sítnicové ambulanci na Oční klinice Gemini ve Zlíně a šetření probíhalo v průběhu dvou měsíců – prosince a ledna 2012. Bylo rozdáno celkem 60 dotazníků, přičemž návratnost dotazníků byla 100%. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny dle pokynů.

Dotazník se skládá z 18 otázek - 2 otázky uzavřené a 16 otázek otevřených. Výsledky dotazníkového šetření jsou vyhodnoceny v podobě tabulek a zpracovány v podobě grafů. Otázky pro dotazník jsem čerpala z (DRAGOMIRECKÁ, E; BARTOŇOVÁ, J., 2006).

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaký vliv má na kvalitu života onemocnění odchlípení sítnice.

3.1 Hypotézy

Hypotéza 1

Předpokládám, že nejvíce dotazovaných bude ve věku 61-70 let.

Hypotéza 2

Předpokládám, že nejvíce dotazovaných bude spokojených se svými osobními vztahy.

Hypotéza 3

Předpokládám, že kvalita života u pacientů s diagnózou odchlípení sítnice je v běžném životě horší než u jedinců, kteří jsou zdraví.

Hypotéza 4

Předpokládám, že u pacientů po chirurgické operaci dojde ke zlepšení vidění.

Hypotéza 5

Předpokládám, že ve většině případů budou mít pacienti potíže s pohyblivostí, a potíže s tím dostat se tam, kam potřebují.

Tyto hypotézy jsem si stanovila, protože jsem si chtěla ověřit data z literatury a protože mě zajímaly stanovené oblasti kvality života, jako jsou osobní vztahy, pohyb, jejich schopnost dostat se tam kam potřebují, kvalita života u pacientů s diagnózou odchlípnutí sítnice.

K hypotéze 1 se vztahuje otázka č. 2.

K hypotéze 2 se vztahuje otázka č. 15.

K hypotéze 3 se vztahuje otázka č. 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 18.

K hypotéze 4 se vztahuje otázka č. 6.

K hypotéze 5 se vztahuje otázka č. 12, 16 a 17.

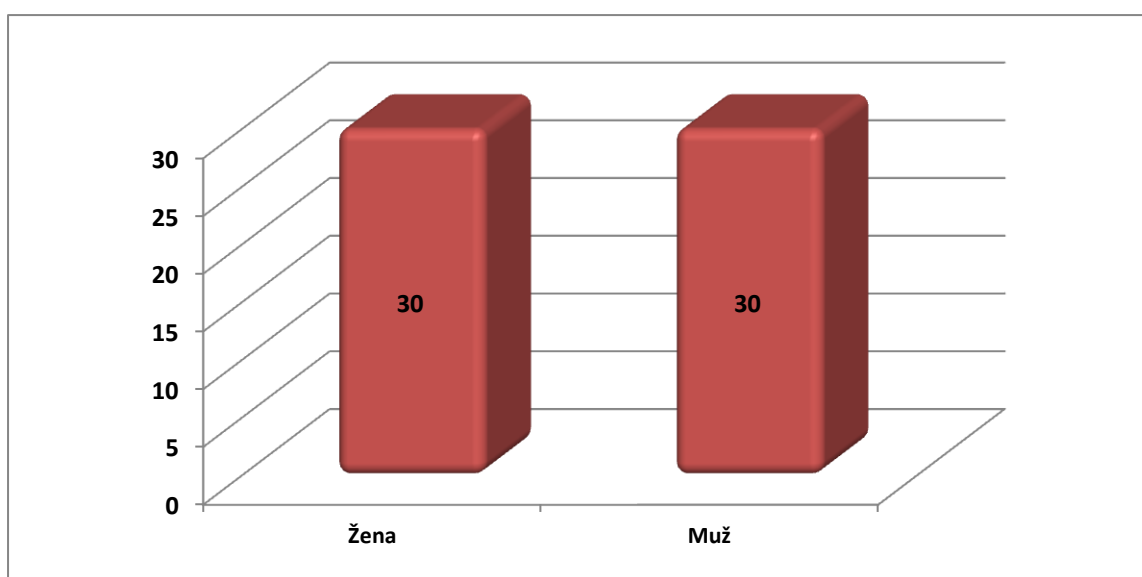
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	30	50%
Muž	30	50%
Celkem	60	100%

Pohlaví - tabulka 1



Pohlaví - graf 1

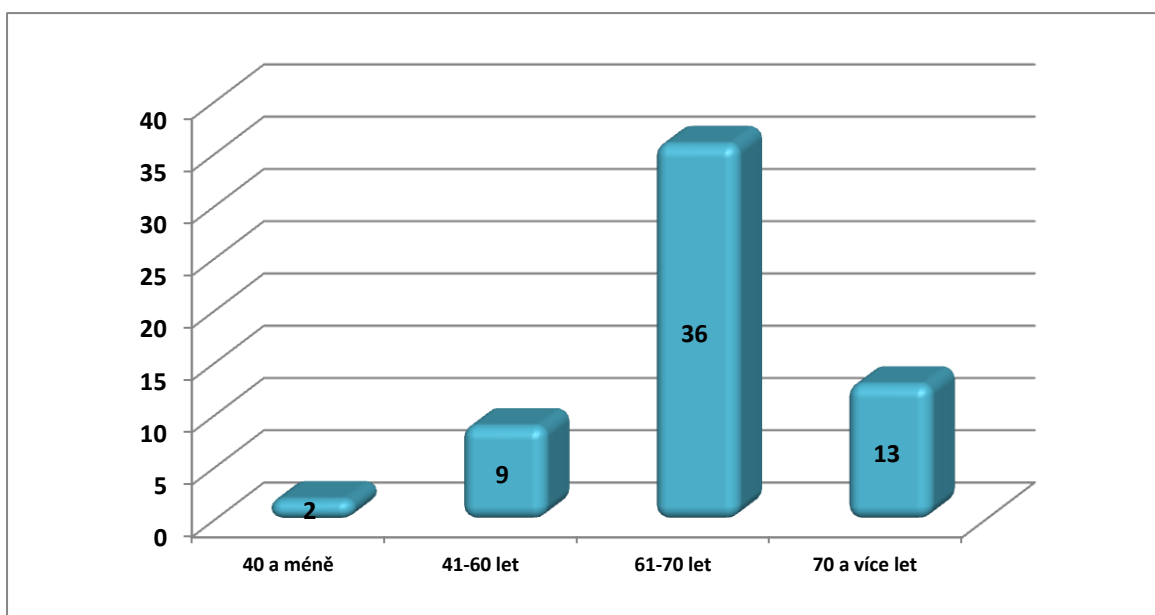
Z celkového počtu 60 respondentů odpovídalo shodně 30 (50%) žen a 30 (50%) mužů.

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
40 a méně	2	3%
41-60 let	9	15%
61-70 let	36	60%
70 a více let	13	22%
Celkem	60	100%

Věk - tabulka 2



Věk - graf 2

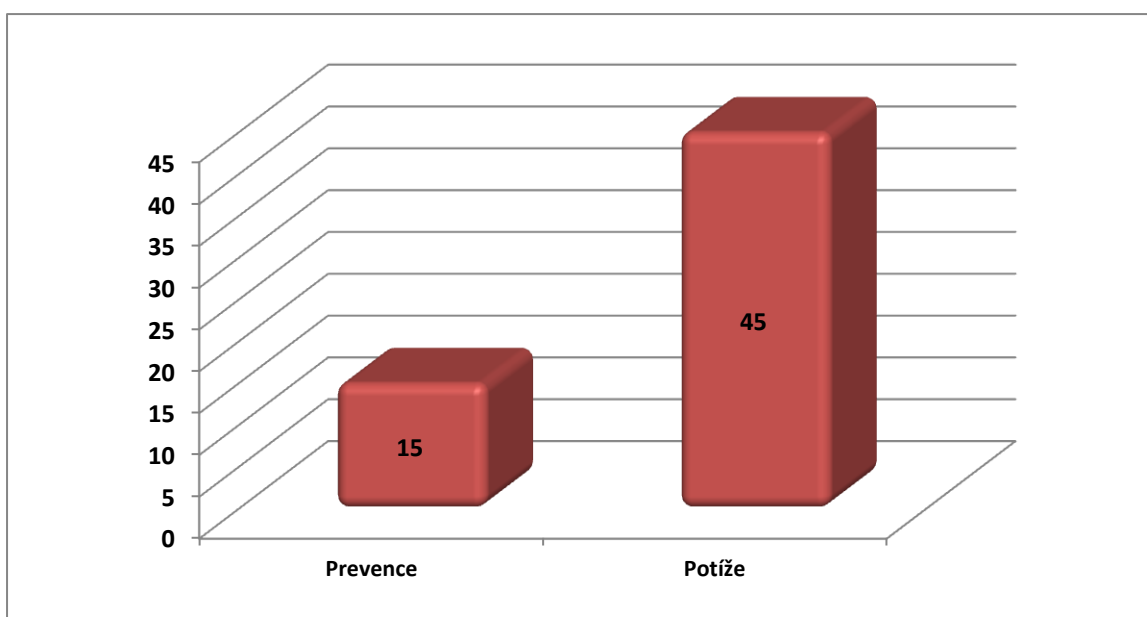
Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti všech věkových kategorií. Z celkového počtu 60 respondentů je 36 (60%) ve věku *61-70 let*, 13 (22%) respondentů je ve věku *70 a více let* a 9 (15%) respondentů je ve věku *41-60 let*. Pouze 2 respondenti (3%) jsou ve věku *40 a méně*. V tomto případě se potvrdila hypotéza, že nejvíce dotazovaných bude ve věku *61-70 let*. Nicméně, dle Rozsívala (2006), trpí odchlípením sítnice nejvíce lidé ve věku *70 a více let*.

Otázka č. 3

Jak bylo u Vás zjištěno odchlípení sítnice?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odchlípení sítnice mi zjistil lékař na preventivní oční prohlídce	15	25%
Měl jsem potíže se zrakem (viděl jsem mušky, šedou clonu)	45	75%
Celkem	60	100%

Zjištění - tabulka 3



Zjištění - graf 3

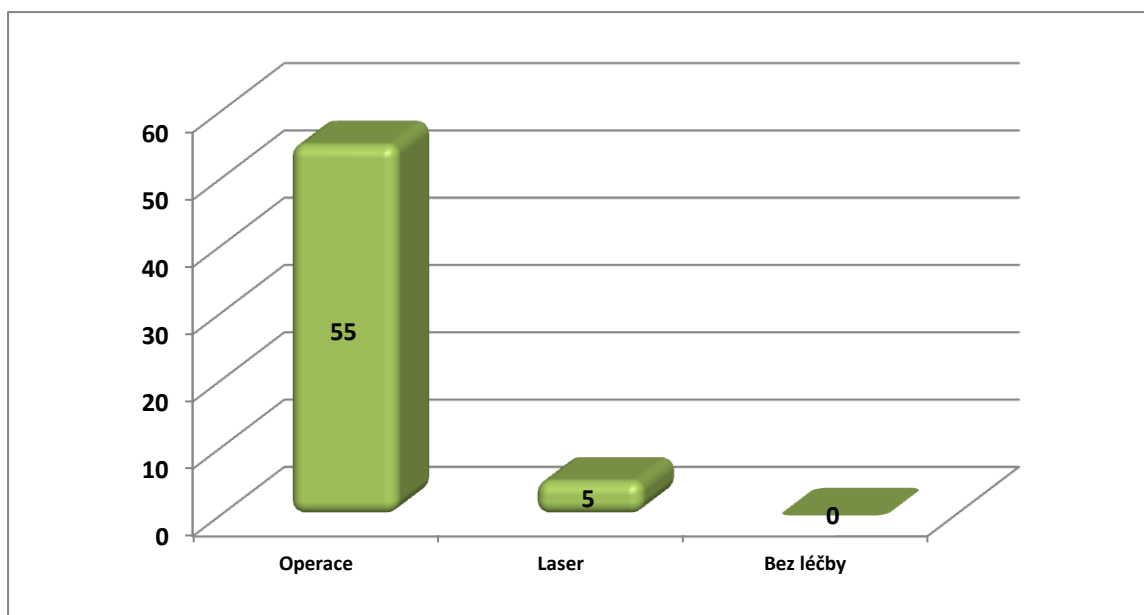
Z celkového počtu 60 respondentů opovědělo 45 (75%), že měli potíže se zrakem (viděli mušky, šedou clonu, a následně jim bylo zjištěno odchlípnutí sítnice). 15 (25%) respondentů odpovědělo, že jim bylo zjištěno odchlípnutí sítnice lékařem na preventivní oční prohlídce.

Otázka č. 4

Jakou jste podstoupil/a léčbu odchlípení sítnice?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Byl/a jsem na chirurgické operaci	55	92%
Byl/a jsem na laserové fotokoagulaci LFK	5	8%
Zatím jsem nepodstoupil/a léčbu	0	0%
Celkem	60	100%

Léčba - tabulka 4



Léčba - graf 4

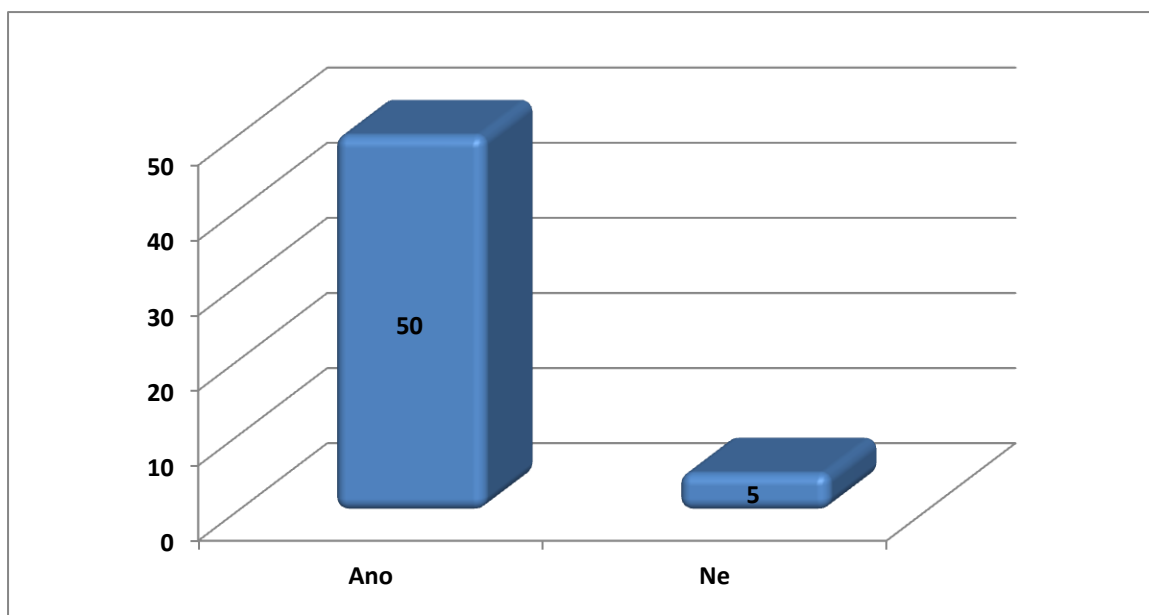
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 55 (92%), že *podstoupili chirurgickou operaci*. 5 (8%) respondentů odpovědělo, že *podstoupili laserovou fotokoagulaci LFK* a ani jeden respondent neodpověděl, že *zatím nepodstoupil léčbu*. Z toho vyplývá, že se jedná o závažné onemocnění, které musí být řešeno v co nejkratší době, aby nedošlo k vážným poruchám zraku, nebo k jeho úplné ztrátě.

Otázka č. 5

Proběhla operace bez komplikací?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	91%
Ne	5	9%
Celkem	55	100%

Komplikace - tabulka 5



Komplikace - graf 5

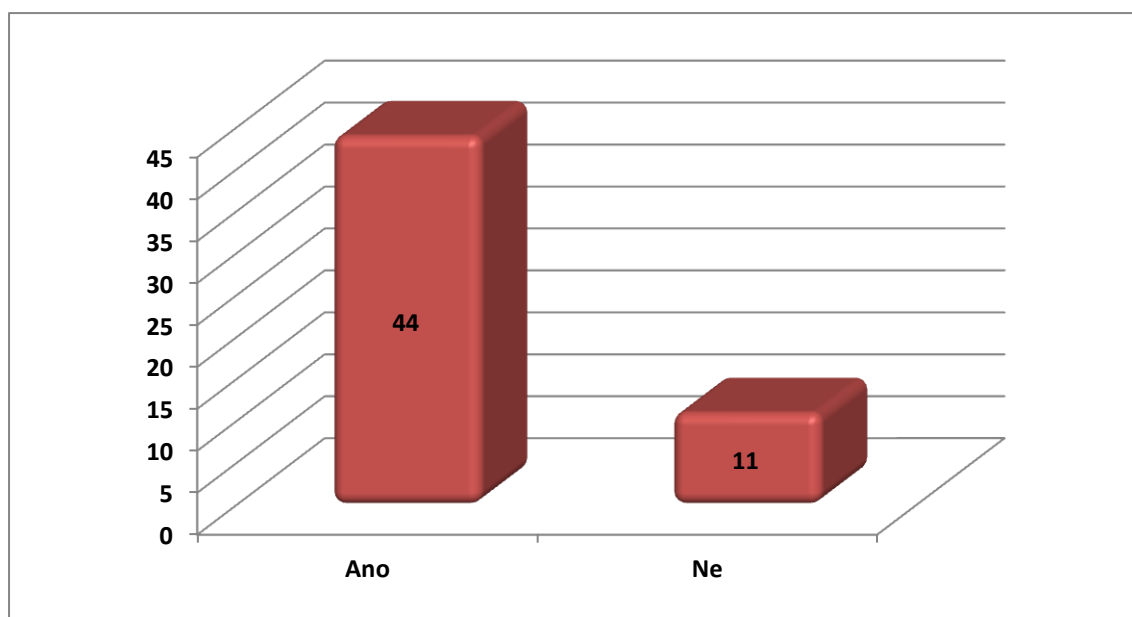
Z celkového počtu 55 respondentů, kteří podstoupili chirurgickou operaci, odpovědělo 50 (91%), že operace proběhla *bez komplikací*. 5 (9%) respondentů odpovědělo, že operace *neproběhla bez komplikací*. Jako komplikace uvedli 2 respondenti *otok sítnice*, 1 respondent uvedl jako komplikaci *prokrvácené oko*, 1 respondent uvedl zvýšenou bolestivost a 1 respondent odpověděl, že *vidění je ještě horší než před operací*.

Otázka č. 6

Je po operaci vidění lepší?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	80%
Ne	11	20%
Celkem	55	100%

Vidění - tabulka 6



Vidění - graf 6

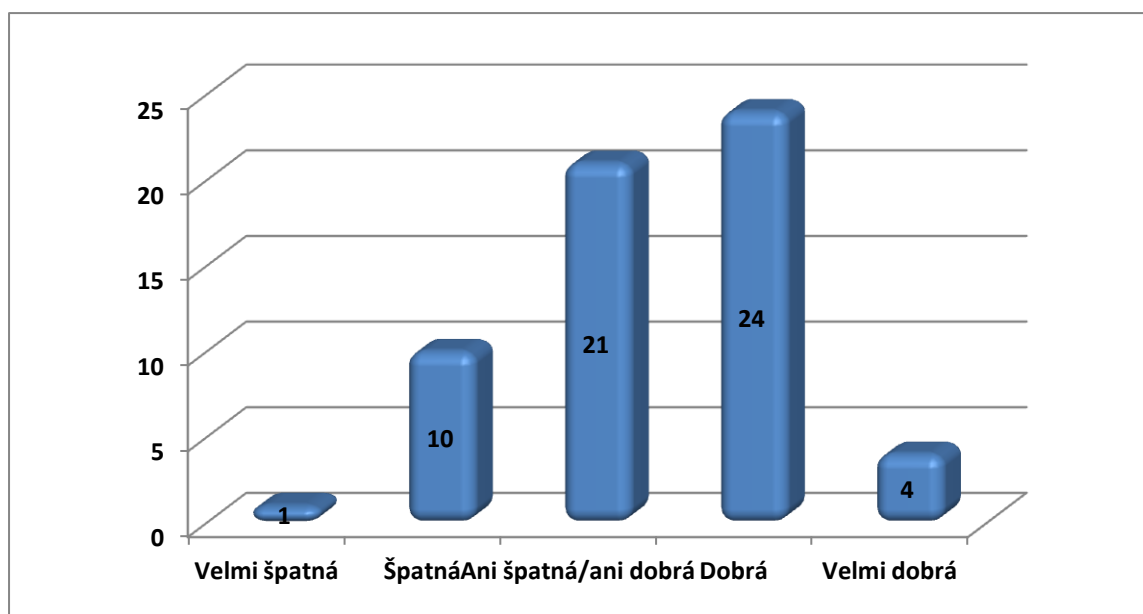
Z 55 respondentů, kteří podstoupili chirurgickou operaci odchlípení sítnice, uvedlo 44 (80%), že jejich *vidění je po operaci lepší*. 11 (20%) respondentů uvedlo, že jejich vidění po chirurgické operaci *není lepší*.

Otázka č. 7

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatná	1	1%
Špatná	10	17%
Ani špatná/ani dobrá	21	35%
Dobrá	24	40%
Velmi dobrá	4	7%
Celkem respondentů	60	100%

Kvalita života - tabulka 7



Kvalita života - graf 7

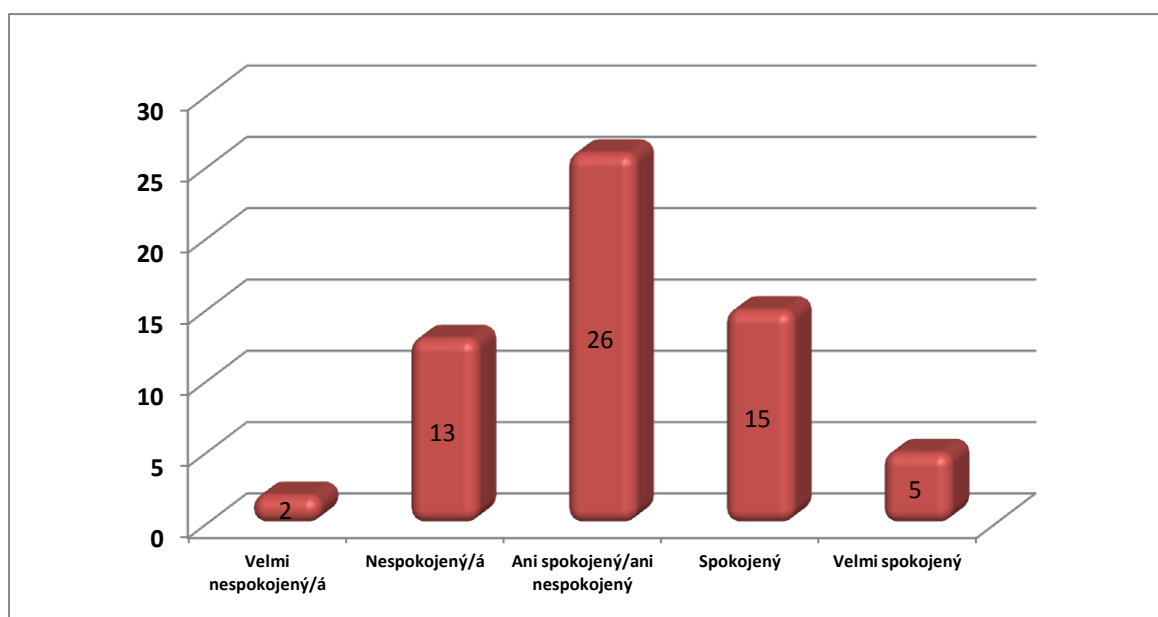
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 24 (40%), že jejich kvalita života je *dobrá*. 21 dotazovaných (35%) ohodnotilo svou kvalitu života jako *ani dobrou/ ani špatnou*. 10 respondentů (17%) odpovědělo, že jejich kvalita života je *špatná*. 4 respondenti (7%), odpověděli, že jejich kvalita života je *velmi dobrá* a jeden respondent ohodnotil svou kvalitu života jako *velmi špatnou*.

Otázka č. 8

Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený/á	2	3%
Nespokojený/á	13	21%
Ani spokojený/ani nespokojený	26	43%
Spokojený	15	25%
Velmi spokojený	5	8%
Celkem	60	100%

Kvalita zdraví - tabulka 8



Kvalita zdraví - graf 8

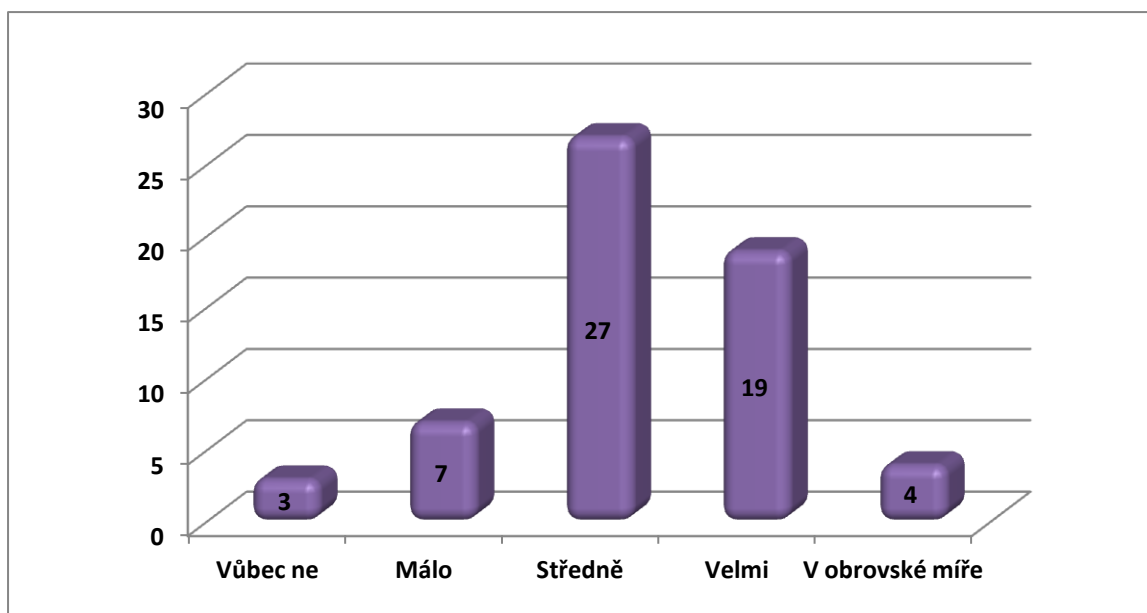
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 26 (43%), že jsou *ani spokojení/ ani nespokojení* se svým zdravím. 15 (25%) respondentů odpovědělo, že jsou ze zdravím *spokojení*. 13 (21%) respondentů odpovědělo, že *nejsou spokojení* se svým zdravím. 5 (8%) respondentů je se svým zdravím *velmi spokojeno* a 2 (3%) respondenti jsou se svým zdravím *velmi nespokojeni*.

Otázka č. 9

Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	5%
Málo	7	11%
Středně	27	45%
Velmi	19	32%
V obrovské míře	4	7%
Celkem	60	100%

Léčba - tabulka 9



Léčba - graf 9

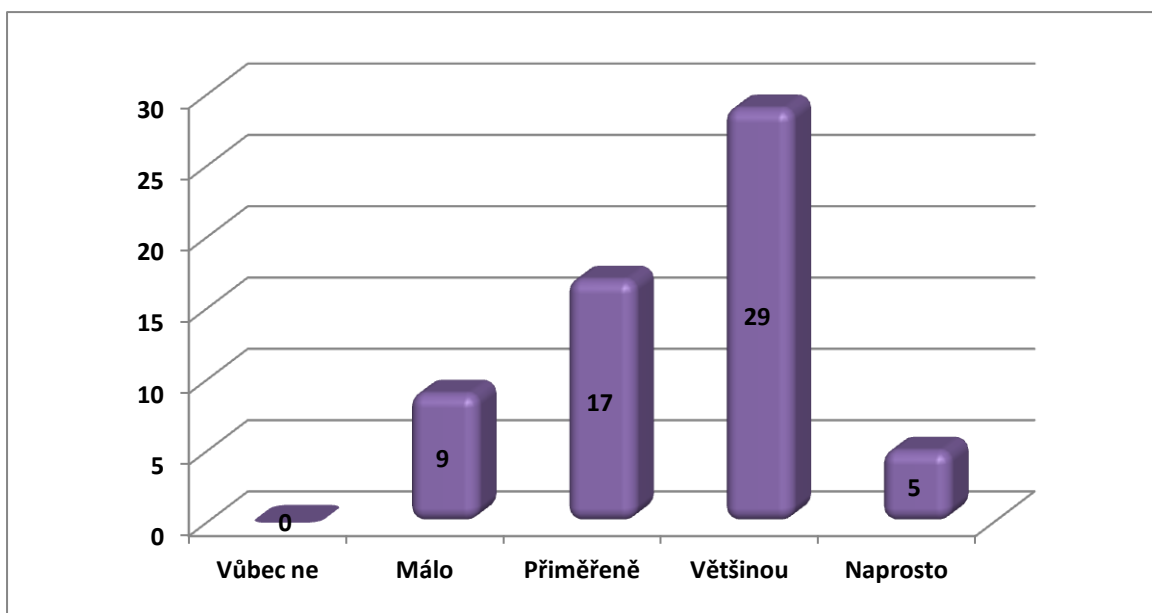
Z celkového počtu 60 respondentů jich 27 (45%), že ke svému životu potřebují léčbu *středně*, aby mohli fungovat v běžném životě. 19 (32%) respondentů odpovědělo, že léčbu potřebují *velmi*, aby mohli fungovat v běžném životě. 7 (11%) respondentů odpovědělo, že potřebují nějakou léčbu *málo*. 4 (7%) respondentů odpovědělo, že léčbu potřebují v *obrovské míře*, aby mohli fungovat v běžném životě. A 3 (5%) respondenti odpověděli, že léčbu nepotřebují *vůbec*.

Otázka č. 10

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0%
Málo	9	15%
Přiměřeně	17	27%
Většinou	29	49%
Naprosto	5	8%
Celkem	60	100%

Informace - tabulka 10



Informace - graf 10

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 29 (49%), že informace, které potřebují pro každodenní život, jsou pro ně *většinou dostupné*. 17 (27%) respondentů odpovědělo, že dostupnost informací pro jejich každodenní život je *přiměřená*. 9 (15%) respondentů odpovědělo, že informace, které potřebují pro jejich každodenní život, jsou pro ně *málo dostupné* a 5 (8%) respondentů odpovědělo, že informace jsou pro ně *naprosto*

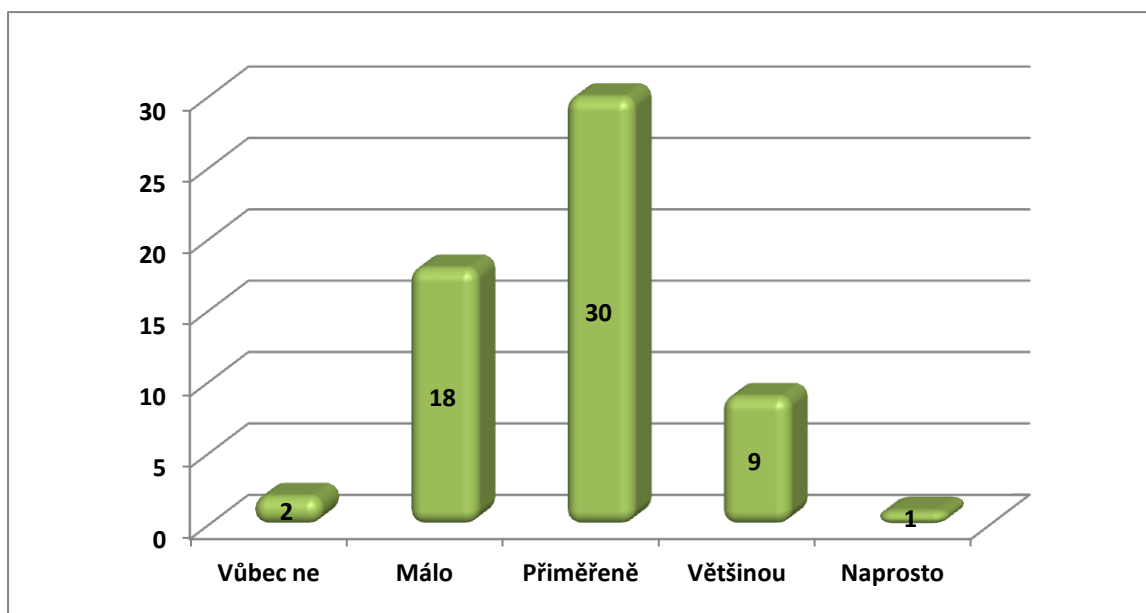
dostupné. Ani jeden respondent neuvedl možnost *vůbec ne*. Znamená to, že alespoň v malé míře jsou pro každého informace dostupné.

Otázka č. 11

Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	3%
Málo	18	30%
Přiměřeně	30	50%
Většinou	9	15%
Naprosto	1	2%
Celkem	60	100%

Zájmy - tabulka 11



Zájmy - graf 11

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 30 (50%), že mají přiměřeně příležitostí k rozvíjení svých zájmů. 18 (30%) respondentů odpovědělo, že mají málo příležitostí k rozvíjení svých zájmů. 9 (15%) respondentů uvedlo, že většinou mají dostatek

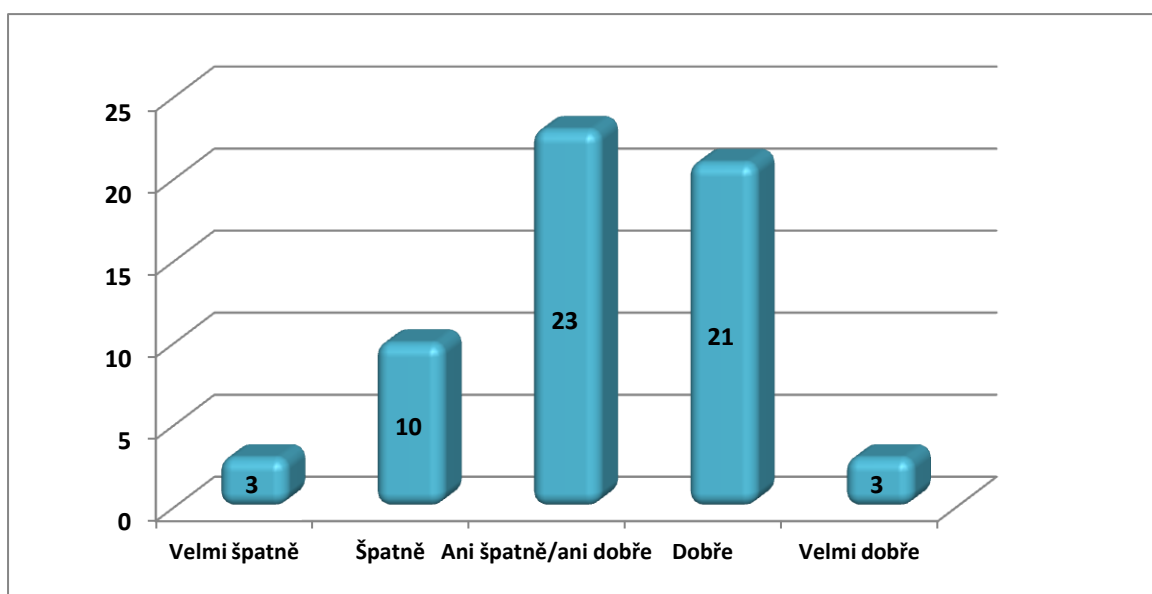
příležitostí k rozvíjení svých zájmů. 2 (3%) respondenti uvedli, že vůbec nemají příležitost rozvíjet své zájmy a jeden respondent uvedl, že má naprostý dostatek příležitostí k rozvíjení svých zájmů.

Otázka č. 12

Jak se dokážete pohybovat?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatně	3	5%
Špatně	10	17%
Ani špatně/ani dobře	23	38%
Dobře	21	35%
Velmi dobře	3	5%
Celkem	60	100%

Pohyb - tabulka 12



Pohyb - graf 12

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 23 (38%), že jejich pohyblivost je *ani špatná/ ani dobrá*. 21 (35%) respondentů ohodnotilo jejich pohyblivost jako *dobrou*. 10 (17%) respondentů odpovědělo, že

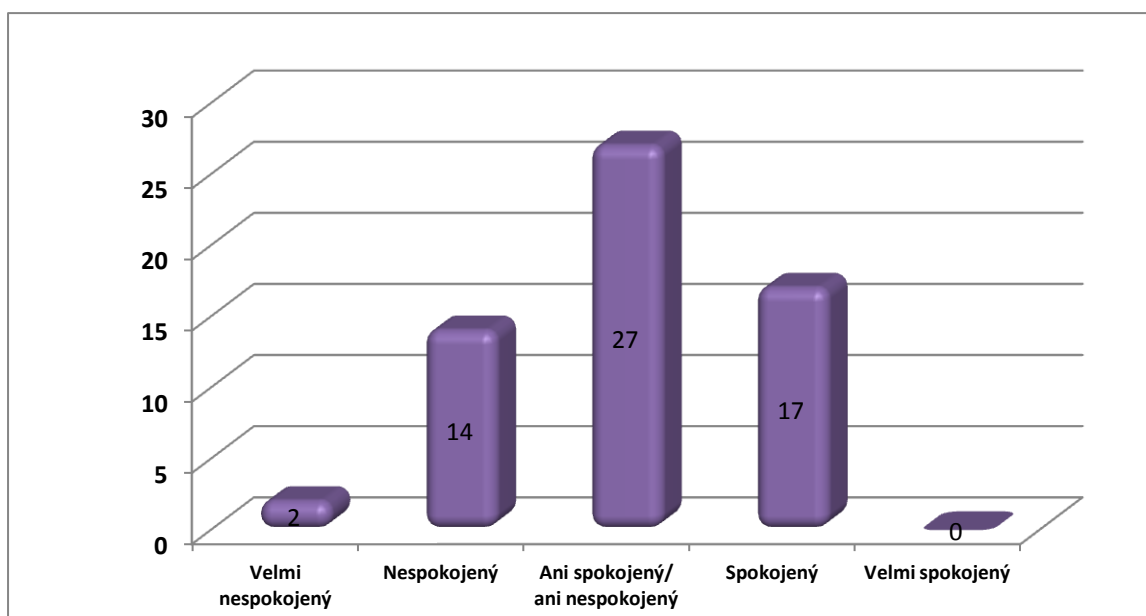
se pohybují *špatně*. 3 (5%) respondentů odpovědělo, že se pohybují *velmi dobře* a shodný počet respondentů 3 (5%) odpovědělo, že jejich pohyblivost je *velmi špatná*.

Otázka č. 13

Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopn/a vykonávat každodenní aktivity?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený	2	4%
Nespokojený	14	26%
Ani spokojený/ ani nespokojený	27	38%
Spokojený	17	32%
Velmi spokojený	0	0%
Celkem	60	100%

Aktivity - tabulka 13



Aktivity - graf 13

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 27 (38%), že jsou *ani spokojení/ ani nespokojení* s tím, jak jsou schopni vykonávat každodenní aktivity. 17 (32%)

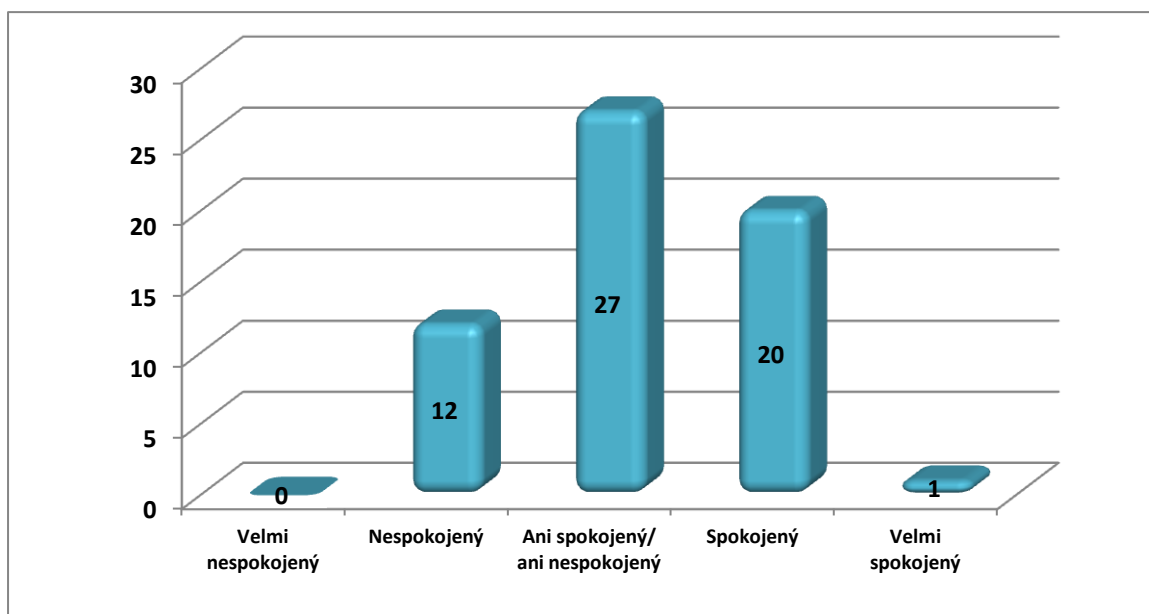
respondentů je *spokojeno* s tím, jak se jim daří vykonávat každodenní aktivity. 14 (26%) respondentů je s jejich schopností vykonávat každodenní aktivity *nespokojeno*. 2 (4%) respondenti jsou *velmi nespokojeni* s tím, jak se jim daří vykonávat jejich každodenní aktivity. Ani jeden respondent nevedl, že je *velmi spokojen* s tím, jak vykonává každodenní aktivity.

Otázka č. 14

Jak spokojný/á jste se svou schopností pracovat?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený	0	0%
Nespokojený	12	20%
Ani spokojený/ ani nespokojený	27	45%
Spokojený	20	33%
Velmi spokojený	1	2%
Celkem	60	100%

Práce - tabulka 14



Práce - graf 14

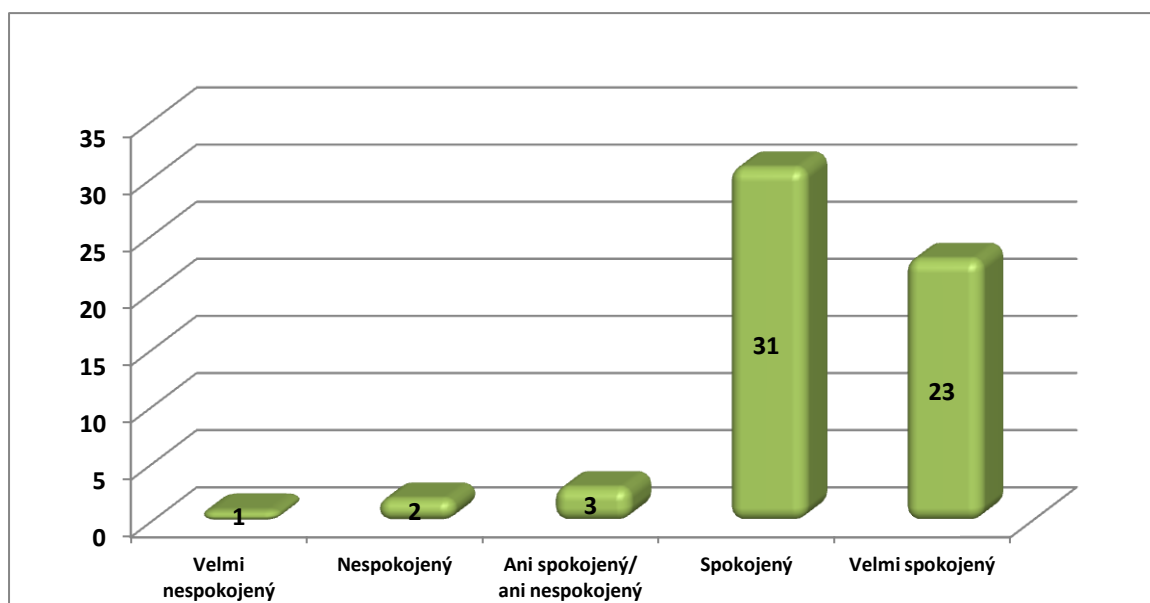
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 27 (45%), že jsou *ani spokojení/ ani nespokojení* se svou schopností pracovat. 20 (33%) respondentů je *spokojeno* se svou schopností pracovat. 12 (20%) respondentů je *nespokojeno* se svou schopností pracovat. Pouze jeden respondent uvedl, že je *velmi spokojený* se svou schopností pracovat. Ani jeden respondent nevyužil možnosti *velmi nespokojený*.

Otázka č. 15

Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený	1	1%
Nespokojený	2	7%
Ani spokojený/ ani nespokojený	3	17%
Spokojený	31	40%
Velmi spokojený	23	35%
Celkem	60	100%

Vztahy - tabulka 15



Vztahy - graf 15

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 31 (40%), že je *spokojeno* se svými osobními vztahy. V tomto případě se potvrdila hypotéza, že nejvíce respondentů bude

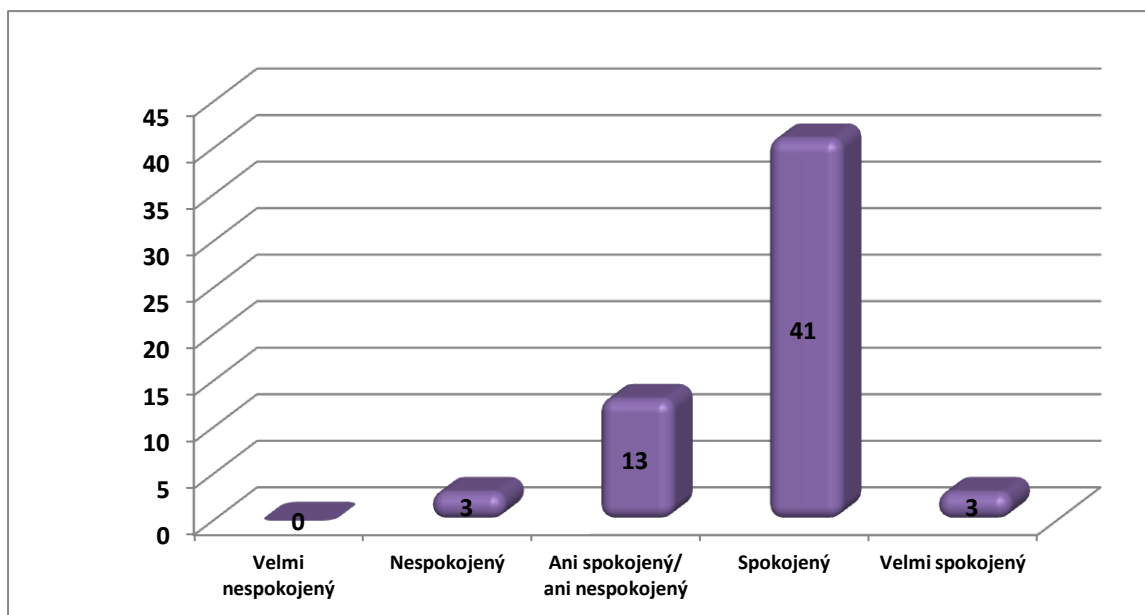
se svými osobními vztahy *spokojeno*, protože podpora rodiny je velmi důležitá, vzhledem k vážnosti onemocnění. 23 (35%) respondentů odpovědělo, že je se svými osobními vztahy *velmi spokojeno*. 3 (17%) respondenti odpověděli, že jsou *ani spokojení/ani nespokojení* se svými osobními vztahy. 2 (7%) respondenti odpověděli, že jsou *nespokojeni* se svými osobními vztahy. A 1 respondent (1%) uvedl, že je se svými osobními vztahy *velmi nespokojen*.

Otázka č. 16

Jak spokojený/á jste s dostupností vaší zdravotní péče?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený	0	0%
Nespokojený	3	5%
Ani spokojený/ ani nespokojený	13	22%
Spokojený	41	68%
Velmi spokojený	3	5%
Celkem	60	100%

Dostupnost péče - tabulka 16



Dostupnost péče - graf 16

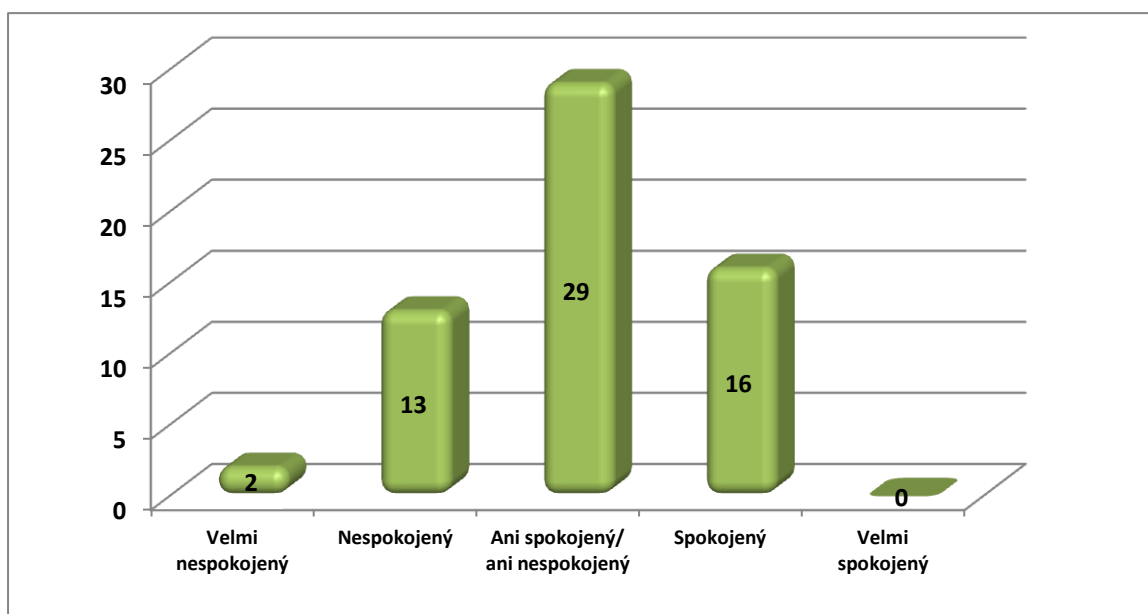
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 41 (68%), že jsou *spokojeni* s dostupností zdravotní péče. 13 (22%) respondentů odpovědělo, že jsou *ani spokojeni/ani nespokojeni* s dostupností jejich zdravotní péče. 3 (5%) respondenti odpověděli, že jsou *nespokojeni* s dostupností zdravotní péče a shodný počet 3 (5%) respondenti odpověděli, že jsou *velmi spokojeni* s dostupností jejich zdravotní péče. Ani jeden respondent neuvěděl, že je *velmi nespokojený* s dostupností zdravotní péče.

Otázka č. 17

Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojený	2	3%
Nespokojený	13	22%
Ani spokojený/ ani nespokojený	29	48%
Spokojený	16	27%
Velmi spokojený	0	0%
Celkem	60	100%

Pohyb - tabulka 17



Pohyb - graf 17

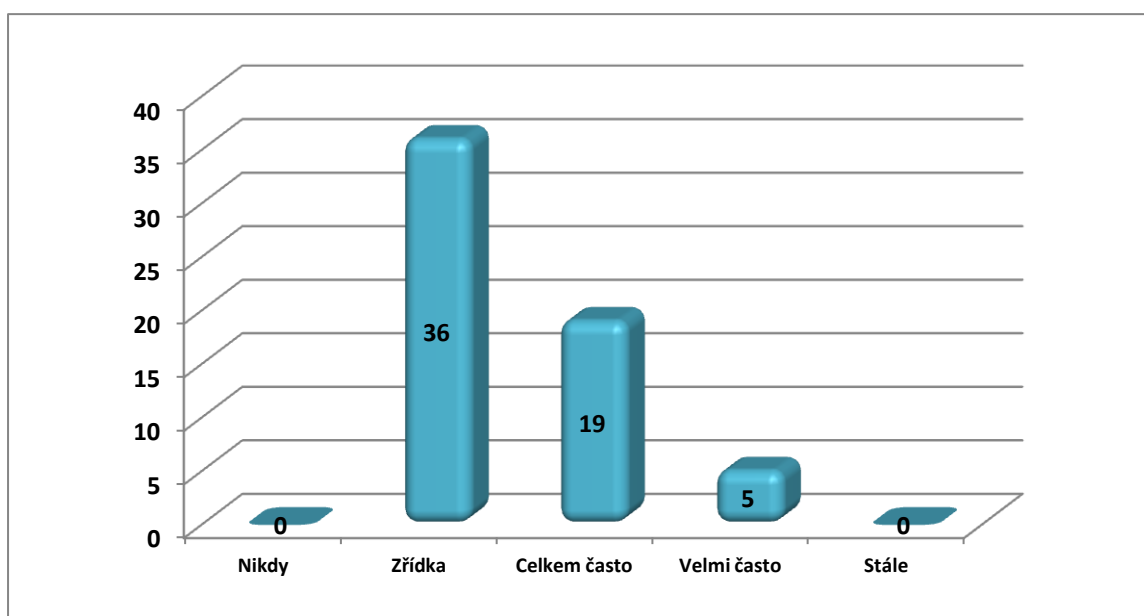
Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 29 (48%), že jsou *ani spokojeni/ani nespokojeni* s tím, dostat se tam kam potřebují. 16 (27%) respondentů je *spokojeno* s tím, že se jim daří dostat se tam, kam potřebují. 13 (22%) respondentů je *nespokojeno* s tím, jak se jim daří dostat se tam, kam potřebují. 2 respondenti (3%) jsou *velmi nespokojeni* s tím, jak se jim daří dostat se tam, kam potřebují. Ani jeden respondent nevyužil možnost, že je *velmi spokojený* s tím, jak se mu daří, dostat se tam, kam potřebuje.

Otázka č. 18

Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	0	0%
Zřídka	36	60%
Celkem často	19	32%
Velmi často	5	8%
Stále	0	0%
Celkem	60	100%

Pocity - tabulka 18



Pocity - graf 18

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 36 (60%), že měli *zřídka* negativní pocity. 19 (32%) respondentů odpovědělo, že negativní pocity mají *celkem často*. 5 (8%) respondentů odpovědělo, že negativní pocity mají *celkem často*. Ani jeden respondent nevyužil možnost *nikdy a stále*.

4.1 Zhodnocení hypotéz

Hypotéza číslo 1: „*Předpokládám, že nejvíce dotazovaných bude ve věku 61-70 let.*“

Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením potvrzena.

Celkový počet respondentů byl ve věku 61-70 let, tzn. 36 (60%). Podle Rozsívala (2006), je největší počet pacientů s odchlípením sítnice s trhlinou ve věku 70 a více let, což se ve výsledcích nepotvrdilo.

Zřejmě by bylo žádoucí formulovat odchlípení sítnice více specificky s ohledem na typ odchlípení, tedy původ vzniku.

Hypotéza číslo 2: „*Předpokládám, že nejvíce dotazovaných bude spokojených se svými osobními vztahy.*“

Tato hypotéza se potvrdila.

Z 60 respondentů odpovědělo 31 (40%) respondentů, že jsou *spokojeni* se svými osobními vztahy a 23 (35%) respondentů odpovědělo, že jsou *velmi spokojeni* se svými osobními vztahy. Při poruše zraku může dojít až k závislosti na druhé osobě, jelikož ztráta zraku v dospělosti nebo ve stáří může výrazně ovlivnit život člověka. Z osoby samostatné se stane osoba závislá na pomoci blízké osoby – rozsah pomoci nerozhoduje. V tomto případě je pomoc rodiny velmi důležitá. Zrakově postižený člověk potřebuje podporu, pomoc, doprovod aj. Výsledkem dotazníkového šetření je potvrzení této hypotézy, což je velmi pozitivní informace. Více než polovina respondentů potvrdila spokojenost s podporou svých blízkých.

Hypotéza číslo 3: „*Předpokládám, že kvalita života u pacientů s diagnózou odchlípení sítnice je v běžném životě horší než u jedinců, kteří jsou zdraví.*“

Tato hypotéza je potvrzena prostřednictvím díky otázkám 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 18.

Tyto otázky se zaměřovaly na kvalitu života zrakově postižených osob, na zhodnocení jejich zdraví, potřebu léčby, schopnost fungovat v běžném životě, vykonávat každodenní aktivity a zkoumal spokojenost s podporou rodiny. V otázce: „Jak spokojený/á jste se svým zdravím?“, odpovědělo 26 (43%) respondentů *ani spokojený/ani nespokojený*. Je zřejmé, že poruchy zraku ovlivňují každodenní život a mohou se projevit stresem a depresemi, které pak mají vliv na jiná onemocnění, a tedy celkový zdravotní stav se může více zhoršit. Na otázku „Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?“ Odpovědělo 36 (60%) respondentů, že negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost nebo deprese pociťovali *zřídka* a 19 (32%) respondentů odpovědělo, že tyto pocity pociťují *celkem často*. Předpokládám, že největší obavy mají pacienti z úplné ztráty zraku, která by mohla jejich kvalitu život zhoršit natolik, že by byly zcela závislé na pomoci druhé osoby. Kvalita života u pacientů s odchlípením sítnice je horší než u zdravých jedinců, ale díky chirurgické léčbě a moderní technice, se kvalita života u pacientů s odchlípením sítnice zlepšuje. Kvalita života je hodnocena subjektivně pacienty, kterým byla položena otázka č. 7 „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?“ Pacienti, kteří podstoupili operaci amocce sítnice můžou po operaci nabýt opět téměř normálních zrakových funkcí, nebo skončit nevidomí, což do určité míry může ovlivnit jejich kvalitu života nebo také nemusí. Odpovědi mohou být díky tomu ve značně širokém rozpětí.

Hypotéza číslo 4: „*Předpokládám, že u pacientů po chirurgické operaci dojde ke zlepšení vidění.*“

Tato hypotéza byla šetřením potvrzena. U 44 (60%) respondentů je vidění po operaci lepší. Díky tomu se zvyšuje i kvalita života. V dnešní době jsou používány různé typy operací, které jsou pro pacienta šetrnější, a následná rekonvalescence je méně bolestivá. Díky těmto moderním technikám jsou výsledky operací na mnohem vyšší úrovni, než v dřívějších letech a pacienti pociťují zřetelné změny ve vidění. Kvalita vidění je

hodnocena subjektivně pacientem. Neprováděla jsem vyšetření vizu a nemohla jsem objektivně posoudit, zda je vidění lepší.

Hypotéza číslo 5: „*Předpokládám, že ve většině případů budou mít pacienti potíže s pohybem a s tím, dostat se tam, kam potřebují.*“

Tato hypotéza se nepotvrdila.

29 (48%) respondentů je *ani spokojeno/ani nespokojeno* s tím, jak se zvládají dostat tam, kam potřebují a 16 (27%) respondentů je *spokojeno* s tím, jak se zvládají dostat tak, kam potřebují. Někteří pacienti jsou závislí na jiné osobě, která je odveze na místo, kam potřebují. K očnímu lékaři lidé jezdí s doprovodem, protože k vyšetření sítnice je potřeba rozkapání očí (mydriáza) a po rozkapání očí pacienti nesmí řídit. 23 (38%) respondentů odpovědělo, že jsou *spokojeni* s tím, jak se zvládají pohybovat a 21 (35%) respondentů odpovědělo, že se dokážou pohybovat *dobře*. Z těchto výsledků je patrné, že hypotéza se nepotvrdila, většina pacientů je *spokojena* se svou pohyblivostí i s tím jak se zvládají dostat tam, kam potřebují.

ZHODNOCENÍ CÍLE

Cílem této bakalářské práce je zjistit, *jaký vliv má na kvalitu života onemocnění odchlípení sítnice.*

Cíl byl splněn.

Odchlípení sítnice má do značné míry vliv na kvalitu života člověka. Respondenti 55 (95%), kteří odpovídali na otázky v dotazníku, podstoupili chirurgický zákrok, díky kterému je jejich vidění lepší, ale ne do takové míry, že by jejich kvalita života byla hodnocena jako velmi dobrá. Myslím si, že kdybych provedla dotazníkové šetření před operací a po operaci odchlípnutí sítnice, výsledky by byly jednoznačně rozdílné a kvalita života u pacientů s odchlípnutím sítnice lépe porovnatelná.

Vlivy, které mohly mít vliv na výsledky hypotéz a cíl práce:

- Věk

- **Přidružená onemocnění**
- **Postižení jednoho oka nebo obou očí**
- **Psychické rozpoložení**
- **Čas**

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě verifikace nabytých znalostí získaných studiem informačních materiálů a vyhodnocením dotazníkového šetření je možné sestavit souhrn doporučení pro praxi, jež by měl usnadnit orientaci pacientů v problematice diagnózy odchlípení sítnice. Současně je nutné vytvořit postup preventivního charakteru tak, aby se předcházelo pozdnímu podchycení nemoci, jenž by mohl zhoršovat jeho prognózu.

Ze strany odborníků by v této problematice měl být aktivní přístup v podpoře preventivních návštěv očního lékaře a to zejména tehdy, je-li výskyt tohoto onemocnění u dané osoby v rodinné anamnéze zjevný. Rovněž přístupnost edukačních, informačních materiálů k problematice je důležitý, jelikož je často primárním zdrojem informací veřejnosti. Ty by měly zahrnovat jak informace o samotném onemocnění, příznacích, diagnostice, léčbě, ale také prevenci. Očekávaný je výskyt v ambulancích očních či praktických lékařů.

Oční lékaři věnují edukaci pacientů značnou pozornost. Je potřeba se soustředit na osvojení vědomostí o nemoci a péči o psychickou stránku osoby. K tomu se vztahuje rovněž vytvoření takového prostředí ve zdravotnickém zařízení či ambulanci, které snižují jejich případné negativní vjemy. Patří sem např. přítomnost výtahů, orientační mapa, výrazné nápisy, dostatečný prostor pro pohyb, vhodné osvětlení, chování a komunikace personálu apod. Zdravotnický personál je znalý v přístupu k pacientům se zrakovou vadou či sníženou zrakovou ostrostí.

Samotní jedinci, kteří jsou již touto nemocí postiženi či jsou z důvodu pozitivní rodinné anamnézy ohroženi, by se měli soustředit na prevenci. Věnovat se zejména ochraně zraku (brýle, ochranné štíty...), správnému složení stravy, pravidelným návštěvám očního lékaře či užívání doplňků stravy s obsahem luteinu.

Soběstačnost, samostatné působení jedince ve společnosti a životě jako takovém, je neodmyslitelnou potřebou každého člověka. O to více se tato potřeba zvyšuje, je-li narušena funkce některého ze smyslů a to zejména zraku. Snaha kombinovat všechny z výše uvedených prvků doporučených pro praxi je základem vytvoření jakéhosi zdravého prostředí, jež samotnému nemocnému pomáhá aktivně se s touto nemocí vyrovnávat, což má efektivní dopad jak na něho samotného, tak i blízké okolí.

ZÁVĚR

Při zpracování této bakalářské práce bylo velkým pozitivem uvědomění si, že nevidomí či zrakově postižení lidé žijí zcela běžným životem. Mají své koníčky, zájmy, radují se z každého dne, ale mají také svá trápení a potíže jako ostatní. Specifika jejich životů lze spatřovat v odlišném vnímání, časové náročnosti, způsobu manipulace, využívání kompenzačních pomůcek, přičemž výsledek aktivity může být stejně kvalitní, jako u vidomé osoby.

Teoretická část práce se zabývá problematikou anatomie sítnice, vyšetřovacími metodami a léčbou, ale především kvalitou života osob s diagnózou odchlípení sítnice a postižením zraku. Jakékoliv postižení zraku způsobuje nezanedbatelný dopad na změnu způsobu života. Kvalita života zrakově postižené osoby se díky tomuto problému může snížit o mnoho stupňů, přičemž tato osoba se může cítit méněcenně, bezradně a hlavně závislé na druhých. Pro osoby se zrakovým postižením je důležité, aby se mohly začlenit do běžného života a naučit se fungovat částečně alespoň tak, jako před postižením zraku. Při procesu znovu zapojení se do běžného života, hrají velkou roli kompenzační pomůcky a pomoc rodiny.

V teoretické části jsem se zaměřila na zhodnocení hypotéz. Nejedná se o exaktní výzkum.

Práce je určena nejen zdravotníkům, ale i běžné veřejnosti, s cílem upozornit na správné jednání s nevidomými či s lidmi se zrakovým postižením.

Jsem velmi potěšena výběrem daného tématu. Po nastudování dané problematiky jsem si uvědomila, že naše pomoc v cizím prostředí je pro nevidomé velkým přínosem a pro osoby s postižením zraku mohou být průvodcem a učitelem, jak vyžít na běžný život. Setkání se zrakově postiženými lidmi mě obohacuje a stále se od nich učím něco nového.

Domnívám se, že existuje stále spousta témat, která by se této problematice mohla věnovat, například umění komunikace s nevidomými a možnost jejich pracovního zařazení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BOGUSZAKOVÁ, J; PITROVÁ, Š; RŮŽIČKOVÁ, E. 2006. *Akutní stavy v oftalmologii*. 1 vydání. Praha: Galén. 2006. ISBN 80-7262-368-0

BRÍMOVÁ, P. aj. 2013. *Ošetrovatelská péče v oční chirurgii*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2013. ISBN 978-80-7013-552-5.

DRAGOMIRECKÁ, E; BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Whool- Bref, Whool- 100*, Praha: Psychiatrické centrum. 2006. ISBN 80-85121-82-4.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života*, Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*, Praha: Slon. 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HORNOVÁ, J. 2011. *Oční propedeutika*, Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-4087-4.

HYCL, J. 2006. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-827-1.

KOLÍN, J. 2007. *Oční lékařství*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1325-3.

KUCHYNKA, P. aj. 2007. *Oční lékařství*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.

MAREŠ, J. A KOL. 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. MSD, spol s. r.o. 2008. ISBN 978-80-7392-076-0.

MAZAL, Z; HERLE, P. 2011. *Oftalmologie pro všeobecné praktické lékaře*, Praha: Dr. Josef Raabe. 2011. ISBN 978-80-86307-89-3.

MORAVCOVÁ, D. 2004. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*, Praha: Triton. 2004. ISBN 80-7254-476-4.

PHEIFFER, J. 2001. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada. 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

RHEE, Douglas J., et al. 2006. *Diagnostika a léčba očních chorob v praxi: The Wills Eye Manual*. Překlad 3. anglického vydání. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-536-1.

ROZSÍVAL, P. aj. 2006. *Oční lékařství*, Praha: Galén. 2006. ISBN 80-7262-4040

VÍCHA, I. aj. 2011. *Perioperační péče o pacienta v oční chirurgii*, Brno: NCO+ NZO. 2011. ISBN 978-80-7013-541-9.

Internetové zdroje:

Diabeticá retinopatie. VALEŠOVÁ, L. *Dům zdraví* [online]. 2004 [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: http://www.dum-zdravi.cz/lekarna/info_pro_pacienty/diabetic.pdf

Kvalita života osob s mentálním postižením jako uživatelů Denního centra sv. Ludmily v Uherském Hradišti. ŠEVČÍKOVÁ, L. *Dům zdraví* [online]. 2011 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15876/%C5%A1ev%C4%8D%C3%ADkov%C3%A1_2011_dp.pdf?sequence=1

Program preventivních vyšetření. STUHLÁ, S. *Oční ordinace MUDr. Stanislava Stuchlá* [online]. 2009 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.drstuchla.cz/sluzby/preventivni/preventivni.html>

Quality of Life of Low-Vision Patients and Outcomes of Low Vision Rehabilitation. STELMACK, J. *Optometry and vision science* [online]. 2001 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: http://journals.lww.com/optvissci/Fulltext/2001/05000/Quality_of_Life_of_Low_Vision_Patients_and.17.aspx

The National Eye Institute 25- item visual fiction questionnaire (VFQ-25). MANGIONE, C. *The National Eye Institute 25- item visual fiction questionnaire (VFQ-*

25). [online]. 2000 [cit. 2012-12-16]. Dostupné z:
http://www.nei.nih.gov/resources/visionfunction/manual_cm2000.pdf

Vyšetřovací metody v očním lékařství. ZOUHAROVÁ, K. *Vyšetřovací metody v očním lékařství*. [online]. 2011 [cit. 2012-12-12]. Dostupné z:
http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Vysetrovaci_metody_v_ocnim_lekarstvi.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A Dotazník

PŘÍLOHA B Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA A- DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Vendula Pešková, jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je podkladem pro mou bakalářskou práci.

Vyplnění dotazníku bude trvat jen pár minut. Pokud nebude určeno jinak, prosím o označení pouze jedné odpovědi.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je váš věk?

- a) 40 a méně
- b) 41 – 60 let
- c) 61 - 70 let
- d) 71 a více let

3. Jak bylo u vás zjištěno odchlípení sítnice?

- a) odchlípení sítnice mi zjistil oční lékař na preventivní prohlídce
- b) měl jsem potíže se zrakem (viděl jsem mušky, šedou clonu...)

4. Jakou jste podstoupil léčbu odchlípení sítnice?

- a) byl/a jsem na chirurgické operaci
- b) byl/a jsem na laserovéfotokoagulaci LFK
- c) zatím jsem nepodstoupil/a léčbu

Následující otázky jsou určeny pro ty, kteří podstoupili chirurgickou léčbu

5. Proběhla operace bez komplikací?

- a) ano
- b) ne (jaké komplikace?).....

6. Je po operaci vidění lepší?

- a) ano
- b) ne

7. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

- a) velmi špatná
- b) špatná
- c) ani dobrá ani špatná
- d) dobrá
- e) velmi dobrá

8. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

9. Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) středně
- d) velmi
- e) v obrovské míře

10. Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) přiměřeně
- d) většinou
- e) naprosto

11. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) přiměřeně
- d) většinou
- e) naprosto

12. Jak velké potíže Vám dělá pohyb?

- a) velmi špatně
- b) špatně
- c) ani špatně ani dobře
- d) dobře
- e) velmi dobře

13. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

14. Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

15. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

16. Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

17. Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

18. Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) velmi často
- e) stále

PŘÍLOHA B – ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Ivana Kročilová
Vrchní sestra
Oční klinika Gemini Zlín
Pančava 360, Zlín

Věc: Žádost o umožnění anonymního dotazníkového šetření

Vážená vrchní sestro,

jmenuji se Vendula Pešková a jsem studentkou 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář, Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5. V současné době píši bakalářskou práci na téma Kvalita života u pacientů s diagnózou odchlípnutí sítnice. Dovoluji si Vás požádat o schválení dotazníku ke sběru dat, které budou použity v mé bakalářské práci. Dotazníky jsou anonymní.

Děkuji za spolupráci

Vendula Pešková

Vendula Pešková
Vysoká škola zdravotnická o.p.s.
Duškova 7, Praha 5

V Praze dne 1.12.2012

Schvaluji

