

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Radka Čvančarová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Radka Čvančarová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**POTŘEBY NEMOCNÝCH S DEGENERATIVNÍM
ONEMOCNĚNÍM OČÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Čermáková

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 16. 7. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Čermákové a MUDr. Dagmar Frdlíkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Také děkuji svým nejbližším za nesmírnou podporu a trpělivost v průběhu mého studia. V neposlední řadě děkuji respondentům a zaměstnancům Fakultní nemocnice v Plzni, za pomoc při získávání údajů potřebných k napsání bakalářské práce a organizaci Tyfloservis za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Čvančarová Radka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Potřeby nemocných s degenerativním onemocněním očí

Vedoucí práce: Mgr. Eva Čermáková

Počet stran – číslované: 79

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 26

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: degenerativní onemocnění, snížení zrakových funkcí, potřeby, kvalita života

Souhrn:

Cílem této bakalářské práce je zjistit změnu potřeb lidí léčených pro věkem podmíněnou makulární degeneraci (VPMD).

Teoretická část práce obsahuje základní informace a rozdělení degenerativních očních onemocnění a je hlavně zaměřena na VPMD. VPMD je chronické oční onemocnění, které snižuje zrakové funkce a tím výrazně snižuje kvalitu života pacientů. Mění se priority jejich potřeb a psychického ladění. Poznatky teoretické části byly čerpány z dostupných literárních a internetových zdrojů.

V praktické části byla provedena kvalitativní analýza dvou specifických respondentů, u nichž byla diagnostikována VPMD.

Závěr shrnuje výsledky šetření a ukazuje na velký vliv VPMD na normální aktivity pacientů. Doporučení pro praxi jsou uvedena.

Annotation

Surname and name: Čvančarová Radka

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Needs of patients with degenerative diseases of the eye

Consultant: Mgr. Eva Čermáková

Number of pages – numbered: 79

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 26

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 25

Keywords: degenerative diseases, reduction of visual functions, needs, quality of life

Summary:

The purpose of the bachelor thesis is to find out change in needs of people treated for age- related macular degeneration /AMD/.

The theoretical part of the thesis contains basic information and distribution of degenerative eye diseases and it is primary focused on AMD.

AMD is a chronic eye disease that reduces visual function and thereby greatly reduces the quality of patients life. Their preferences of needs and frame of mind are changing. The findings of the theoretical part were drawn from available literature and internet sources. Qualitative analysis of two specific cases of respondents who were diagnosed with AMD was performed in the practical part of the thesis. The conclusions summarize outcomes of the study and show a big influence of AMD on normal daily activities of the patients. Recommendations for practice are included.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ OČÍ.....	9
1.1 Degenerace spojivky	9
1.1.1 Pinguecula	9
1.1.2 Pterygium	9
1.1.3 Amyloidóza	9
1.1.4 Xeróza	10
1.2 Degenerace rohovky	10
1.2.1 Centrální rohovkové degenerace	10
1.2.2 Salzmannova nodulární degenerace	10
1.2.2.1 Sféroidní degenerace	10
1.2.2.2 Degenerace typu krokodýlí kůže.....	10
1.2.3 Zonulární keratopatie	10
1.2.4 Arcus senilis	11
1.2.5 Argyróza a chrysiáza	11
1.2.6 Cornea verticillata	11
1.3 Degenerace skléry	11
1.3.1 Stafylom	11
1.3.2 Ektázie.....	11
1.4 Degenerace sítnice	12
1.4.1 Degenerativní myopie	12
1.4.2 Věkem podmíněná makulární degenerace	12
1.4.2.1 Suchá forma	13
1.4.2.2 Vlhká forma	14
1.4.3 Vyšetřovací metody u VPMD	15
1.4.3.1 Centrální zraková ostrost (CZO).....	15
1.4.3.2 Amslerova mřížka	16
1.4.3.3 Biomikroskopické vyšetření sítnice	16
1.4.3.4 Kontrastní citlivost.....	16
1.4.3.5 Fluorescenční angiografie – FAG	17
1.4.3.6 Indocyaninová angiografie – ICGA	17

1.4.3.7	Optická koherentní tomografie – OCT	18
2	POTŘEBY ČLOVĚKA.....	18
2.1	Dělení potřeb.....	19
2.1.1	PhDr. Helena Chloubová	19
2.1.2	Mgr. Marie Šamánková.....	20
2.1.3	Abraham H. Maslow	20
2.2	Uspokojování potřeb	22
2.2.1	Faktory ovlivňující saturaci potřeb	22
2.2.2	Způsob uspokojování potřeb	23
3	KVALITA ŽIVOTA	23
	PRAKTICKÁ ČÁST	25
4	FORMULACE PROBLÉMU	25
5	CÍL VÝZKUMU	25
5.1	Dílčí cíle.....	25
5.2	Operacionalizace pojmů	25
5.3	Výzkumné otázky	25
6	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	26
6.1	Metoda	26
6.2	Výběr případu	26
6.3	Způsob získávání informací.....	26
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	27
8	KAZUISTIKA.....	27
8.1	Respondent A.....	28
8.2	Respondent B	28
9	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	29
9.1	Respondent A.....	29
9.1.1	Přepis rozhovoru před zahájením léčby	29
9.1.2	Přepis rozhovoru po léčbě.....	34
9.2	Respondent B	40
9.2.1	Přepis rozhovoru před zahájením léčby	40
	Celkový stav, sebeděče – základní biologické potřeby	40
9.2.2	Přepis rozhovoru po léčbě.....	45
	Celkový stav, sebeděče – základní biologické potřeby	45
10	ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	58
10.1	Analýza rozhovorů respondenta A	58
10.2	Analýza rozhovorů respondenta B	60
11	DISKUZE	62

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
ZÁVĚR.....	67
LITERATURA A PRAMENY.....	69
SEZNAM ZKRATEK.....	72
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74
PŘÍLOHA Č. 1.....	75
PŘÍLOHA Č. 2.....	76
PŘÍLOHA Č. 3.....	77
PŘÍLOHA Č. 4.....	78
PŘÍLOHA Č. 5.....	80

ÚVOD

Téma degenerativních onemocnění je v poslední době hodně skloňované v celosvětovém měřítku. Vzhledem ke stárnutí populace se počet lidí s tímto onemocněním zvyšuje a hodně ovlivňuje jejich kvalitu života. Postihuje zejména věkově starší populaci, ale nejsou ojedinělé případy, kdy degenerativní proces nastupuje již ve středním věku. Následky v tomto věku jsou fyzicky, psychicky a ekonomicky velmi náročné. Proto jsme si jako téma naší bakalářské práce zvolily, „Potřeby nemocných s degenerativním onemocněním očí.“

Degenerativní onemocnění se týkají nás všech a nikdo není ušetřen stárnutím a opotřebením organismu. Ale každý člověk reaguje jinak – individuálně. Záleží na mnoha faktorech, na věku, na pohlaví, na mentální inteligenci, na vzdělání, na momentální psychické kondici. Svůj úkol zde má i společenská, sociální a finanční stránka. Potřeby těchto lidí se velmi liší a každý máme jiné priority. Pohled druhé osoby je vždy jen zprostředkovaný a může být v rozporu s klinickým stavem nemocného. Z tohoto důvodu je velmi těžké rozpoznat, co který člověk potřebuje a jak se mění jeho potřeby v průběhu onemocnění nebo léčby.

Neuspokojení některé nebo většiny potřeb zanechává změny na fyzické a hlavně na psychické stránce člověka. Tyto změny ovlivňují a mění jejich chování k sobě, jejich okolí. Změní se pohled na svět a na život.

V naší bakalářské práci jsme se zaměřily na změny potřeb a kvalitu života u zrakově postižených. Snažily jsme se zjistit, v jakých oblastech života dochází k největším změnám, jaký dopad mají na nemocného a jeho rodinu. Jak je možné je ovlivnit nebo jakou pomoc nemocným nabídnout.

V teoretické části se zabýváme popisem degenerativních onemocnění očí, hlavně věkem podmíněnou degenerací sítnice, rozdělením potřeb a kvalitou života. V praktické části se jedná o kvalitativní výzkum. Vybraly jsme kolektivní případovou studii, která nám umožnila se danému problému věnovat více do hloubky.

Cílem bylo zjistit, v jaké oblasti potřeb dochází k největší změně a jaký dopad přináší nemocnému. Součástí je také popis, metodika, organizace výzkumu a doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ OČÍ

Degenerativní choroby jsou onemocnění, kde dochází k chátrání, úpadku nebo změnám funkce. Lékařský slovník popisuje degenerativní choroby jako progredující destrukci skupin nebo systémů buněk. Příčiny neznáme a mohou mít nějakou souvislost např. virový podklad, mohou být zakódovány v genetické výbavě jedince a velkou měrou se může podílet věk a stárnutí organismu.(Vokurka, 2009) Tak jako v jiných oborech medicíny i v očním lékařství nacházíme degenerace skoro ve všech částech oka. Vzhledem k profesnímu zaměření pisatelky se budeme věnovat zejména degenerativnímu onemocnění makuly.(Kapitola 1.4.2)

1.1 Degenerace spojivky

Mezi degenerace spojivky patří několik onemocnění, která člověku zneprůjemňují život, ale neohrožují ho. Většinou se dají zvládat konzervační léčbou, ale někdy je nutné chirurgické řešení.

1.1.1 Pinguecula

Je to hyalinní degenerace spojivky v oblasti oční štěrbině Příčina není známa, ale může souviset se zevními fyzikálními jevy (UV záření) a věkem. Má charakteristický tvar trojúhelníku a nevyžaduje léčbu. (Kuchynka, 2007, s. 181)

1.1.2 Pterygium

Je hyperplasie spojivkové tkáně, která přerůstá přes limbus na rohovku, většinou nezpůsobuje větší potíže, v těžších formách snižuje zrakovou ostrost a je třeba chirurgické řešení. Často může recidivovat. (Kuchynka, 2007, s. 181)

1.1.3 Amyloidóza

Je akumulace amyloidu v různých tkáních a orgánech. Ve spojivce dochází k jeho hromadění a následným potížím, které jsou jen symptomatické nebo vyžadují celkovou léčbu základního onemocnění. Amyloidóza může být primární nebo sekundární. Primární může být geneticky podmíněna nebo lokalizovaná. U sekundární amyloidózy se jedná o příznak jiného celkového onemocnění. (Kuchynka, 2007, s. 182)

1.1.4 Xeróza

Je vysychání spojivky a je důsledkem nedostatku vitamínu A. Z nedostatku vitamínu A dochází ke zrohovatění buněk a ztrátě jejich funkce. Zrohovatělé buňky se hromadí i na rohovce a vedou ke slepotě. V civilizované společnosti se téměř nevyskytuje, ale je častou příčinou slepoty v zemích třetího světa. (Kuchynka, 2007, s. 182)

1.2 Degenerace rohovky

Mezi degenerace rohovky patří onemocnění, která nejsou dědičná, ale většinou získaná např. věkem, zánětem a mohou je vyvolávat některé léky nebo systémová onemocnění. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.1 Centrální rohovkové degenerace

Na rohovce se tvoří defekty a ukládají různé odpadní látky (depozita) zejména v centrální oblasti a ovlivňují zrakovou ostrost. Přecházejí do chronického stádia. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.2 Salzmannova nodulární degenerace

Je následkem chronického onemocnění rohovky. Jsou to zejména důsledky dlouhodobě neléčených a zánětů způsobených např. Chlamydia trachomatis – trachom nebo keratitis sicca. Defekty rohovky mají šedavou barvu. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.2.1 Sféroidní degenerace

Tato degenerace je primární nebo následek často se opakující onemocnění rohovky. Defekty mají hnědou, šedavou nebo zlatavou barvu. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.2.2 Degenerace typu krokodýlí kůže

Tento typ degenerace se projevuje zašednutím rohovky a má tvar dlažebních kostek nebo obraz krokodýlí kůže. Zrakovou ostrost ovlivňuje velmi zřídka. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.3 Zonulární keratopatie

Tato degenerace vzniká ukládáním solí vápníku. Vytváří pás táhnoucí se středem rohovky a významně ovlivňuje vidění. Nejčastěji ji vidíme u juvenilní artritidy, chronického zánětu uvey (živnatky) nebo hypervitaminóza vitamínu D. „*Terapie spočívá*

v rozpuštění vápenatých solí chelací pomocí EDTA nebo fotoablací excimerovým laserem metodou fototerapeutické keratektomie.“ (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.4 Arcus senilis

Je znám jako gerontoxon (Arcus senilie corneae). Vzniká oboustranně u lidí starších šedesát let. V rohovce se ukládají tuková depozita. Objeví-li se tato degenerace před padesátkou – arcus lipoides corneae – měl by se pacient nechat vyšetřit na hypercholesterolémii. Zrakovou ostrost neovlivňuje. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.5 Argyróza a chrysiáza

Argyróza je ukládání solí stříbra. Chrysiáza je ukládání solí zlata. Vznikají při dlouhodobé léčbě stříbrem a zlatem. Ukládají se nejen v rohovce, ale i v hlubších vrstvách. (Kuchynka, 2007, s. 225)

1.2.6 Cornea verticillata

Tato degenerace se objevuje u dlouhodobého podávání amiodaronu (Cordaron). Jedná se o typický obraz šedohnědavé barvy. Většinou neovlivňuje zrakovou ostrost. (Kuchynka, 2007, s. 225-226)

1.3 Degenerace skléry

Degeneraci skléry ovlivňuje zejména věk a zevní prostředí, hlavně UV záření. Dochází ke ztrátě pojivové tkáně, následná atrofie zbarví sedavě skléru v místě úponů zevních přímých svalů. Častěji se ve sklěře ukládají tukové částičky a skléra ztrácí svoji pružnost. (Kuchynka, 2007, s. 247)

1.3.1 Stafylom

Vyskytuje se zejména u vysoké myopie na zadním pólu oka. Skléra se vydouvá a tím se ztenčuje uvea (živnatka). (Kuchynka, 2007, s. 247)

1.3.2 Ektázie

Ektázie je ztenčení vyduté skléry. Skléra se sice vydouvá, ale nedochází ke ztenčení uvey. (Kuchynka, 2007, s. 247)

1.4 Degenerace sítnice

Při degenerativním onemocnění sítnice se jedná zejména o postižení makuly. To je místo nejostřejšího vidění, které je odpovědné za to, že můžeme číst a rozpoznávat podrobnosti. Jakékoliv postižení tohoto místa vede k porušení zrakové ostrosti až ke slepotě. (Kuchynka, 2007, s. 316-318) Vzhledem k závažnosti problému využíváme k vyšetření stupně postižení různé metody, které nám určují míru, možnost léčby, kvalitu života, rozsah omezení. (viz kapitola 1.4.3) Oční lékař je povinen podat doporučení k odebrání řidičského oprávnění. Při diagnostikování takového to onemocnění jsou následky velmi omezující. Například pacienti ztrácí možnost číst a psát, nemohou vykonávat drobné práce, přijdou o řidičský průkaz, nemohou vykonávat své povolání.

1.4.1 Degenerativní myopie

Degenerativní myopie (krátkozrakost) se popisuje při korekci vyšší než $-6,0$ D. Délka oka je větší než 26 mm. Při těchto parametrech dochází ke změně fyziologie všech struktur oka zejména zadního pólu. Všechny struktury jsou ztenčené a snadno zde dochází k defektům a horšímu cévnímu zásobení. Degenerativní změny nelze vyléčit. Vždy jde jen o minimalizaci následků a zpomalení progresu. Tato degenerace se vyskytuje u 30% myopů a ve vyspělých zemích je častou příčinou slepoty lidí středního věku asi 11-36 %. (Kuchynka, 2007, s. 324- 325)

1.4.2 Věkem podmíněná makulární degenerace

Věkem podmíněná degenerace sítnice (VPMD) je chronické, nevyléčitelné onemocnění, které postihuje populaci starší šedesáti let. Jedná se o závažné oční onemocnění, které postihuje oblast žluté skvrny (macula lutea). Zasažuje primárně choriokapilaris, Bruchovu membránu a retinální pigmentový epitel (RPE). (Kuchynka, 2007, s. 316-318) Onemocnění se projevuje ztrátou centrálního vidění - schopnost číst, rozpoznávat obličej a poruchou barevného vidění. Postupně s ohledem na formu vede až k praktické slepotě. VPMD se vyskytuje ve dvou formách: suché (atrofické) a vlhké (exsudativní). Suchou formou trpí asi 90% nemocných s VPMD a k poklesu zrakové ostrosti dochází postupně. Závažnou poruchu vidění způsobuje asi v 15 – 20 %. Vlhká forma VPMD probíhá rychleji a v cca v 85 % má za následek těžkou poruchu centrální zrakové ostrosti. Obě formy VPMD se často kombinují a v rozvinutých průmyslových zemích Evropy a Severní Ameriky je VPMD nejčastější příčinou slepoty u lidí nad 65 let. (Kousal, 2010, s. 257-264). Přesná příčina není známa, ale podle studií má mnoho

rizikových faktorů. Mezi rizikové faktory řadíme zejména: věk, genetické vlivy, pohlaví, obezita, kardiovaskulární onemocnění, diabetes, hypertenze, vysoký cholesterol, kouření, atd. Je zřejmé, že s rostoucím věkem roste riziko vzniku VPMD. Dále je prokázáno, že mnohem častější je u žen než mužů (ve věku nad 75 let) a mnohem náchylnější jsou běloši oproti africké (černošské) populaci. Dalším faktorem je poškozený gen, který řídí metabolismus sítnice, a chrání ji před poškozením – byla odhalena dvojice genů zodpovědných za vznik VPMD. (Ernest, 2010, s- 28-36). Obezita, hypercholesterolemie a hypertenze mají vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění, a proto je můžeme shrnout do jednoho balíčku rizikových faktorů. Způsobují špatnou oxidaci a výživu sítnice, ukládání deposit (drúzy). Souvisí také s příjmem nasycených a transnenasycených mastných kyselin a polynasycených mastných kyselin. První skupina škodí a druhá je ochranná. Proto je dobrou prevencí snížit cholesterol a užívat rybí tuk. (Kolář, 2008, s. 51-68) Kouření je dalším faktorem. Zejména u žen, které kouří více jak 25 cigaret denně. Kuřáci častěji trpí vlhkou formou VPMD. Příčiny jsou stejné jako u kardiovaskulárních chorob (vliv na lipidy a pokles HDL, zvýšený oxidační stres). Epidemiologické studie hovoří o propojení obou forem VPMD s kouřením (Khan, 2006). Dalším nezanedbatelným rizikem je dlouhodobé vystavování očí přímému slunečnímu záření bez ochrany. Modrá složka slunečního záření způsobuje vznik volných radikálů, jež ohrožují sítnici. To může v krajním případě vést až ke ztrátě zraku. Rizikovou skupinou jsou také jedinci s menší pigmentací a s implantovanou nitrooční čočkou (Kolář, 2008). Jak jsme již zmínily dle klinických projevů VPMD dělíme na dvě formy – suchou a vlhkou. Vlhká forma je agresivnější a rychleji ovlivňuje zrakové funkce. Obě formy VPMD se mohou v průběhu kdykoliv a jakkoliv kombinovat. (Ernest, 2010, s. 28-36)

1.4.2.1 Suchá forma

Suchá forma VPMD je častější a trpí ji zhruba 90 % obyvatelstva. Dle klinických nálezů nacházíme drúzy, změny pigmentace RPE (retinální pigmentový epitel) a určitý stupeň atrofie. Geografická atrofie je terminálním stadiem suché formy VPMD. Zde se jedná o těžké postižení zrakových funkcí. Drúzy jsou viditelná depozita odpadových látek zejména lipoproteinů, které se liší velikostí, tvarem, vzhledem. Dále mohou být stacionární – přibývají nebo ubývají. Podle typu je dělíme na měkké a tvrdé. Měkké jsou větší a mají tendenci splynout. Tvrdé drúzy jsou menší a mají jiný charakter. Oftalmologicky se drúzy nejlépe diagnostikují fluorescenční angiografií (FAG). S postupujícím věkem drúz přibývá a mění se RPE, dochází k úbytku světločivných buněk a atrofizaci. Člověk tyto změny

většinou zaznamená až později, protože problém vzniká mimo žlutou skvrnu (makulu). (Ernest, 2010, s. 42-49) Všimne si jich, když mu poškozují centrální zrakovou ostrost (CZO). Po té přichází k lékaři pro zhoršené vidění při čtení a žádá nové brýle. Po diagnostikování suché formy VPMD je pacientovi vysvětlen problém. Vyšetří CZO, vyzkouší se optimální brýlová korekce do dálky a do blízka. Doporučí se zdravý životní styl s dostatkem zeleniny a mořských ryb. Je vhodné užívat doplňky stravy s obsahem luteinu. Tato počínající atrofie může časem dospět do terminálního stádia – atrofická forma suché formy VPMD. Ta se projevuje jako ostře ohraničená hypofluorescence až depigmentace a vymizením RPE. Tento stav je charakterizován ztrátou zrakových funkcí. Většinou zůstává zachováno periferní vidění a omezená prostorová orientace ve známém prostředí. V této fázi je člověk závislý na pomoci svého okolí. Prognóza rozvoje onemocnění je individuální. Někteří autoři uvádějí průměrně devět let a v 50 % je postiženo i druhé oko. (Ernest, 2010, s. 42-49) Suchá forma VPMD může kdykoliv přejít do vlhké formy. Z tohoto důvodu jsou důležité pravidelné kontroly u specialisty, dodržovat preventivní doporučení.

1.4.2.2 Vlhká forma

Vlhká forma VPMD je agresivnější a k poškození CZO dochází velmi rychle – řádově týdny, měsíce. Ztráta vidění do blízka, rozmazané vidění a deformace obrazu přivede pacienta do ordinace očního lékaře. (Ernest, 2010, s. 49-69) Pro vlhkou formu VPMD je charakteristická choroideální neovaskularizace (CNV), která se projevuje serózní, hemoragickou nebo smíšenou exsudací v oblasti makuly. Rozvinuté stádium vlhké formy je disciformní jizva. Chorioideální neovaskulární membrána (CNV) vzniká v souvislosti s defektem Bruchovy membrány (Kolář, 2008, s. 41-42). „*Takto poškozenou Bruchovou membránou pak prorůstají choroideální neovaskularizace pod retinální pigmentový epitel a později i pod smyslový epitel sítnice (novotvořené cévy jsou křehké a snadno krvácejí, proto CNV může krváčet retinálně, subretinálně nebo subepiteliálně, prosakováním vzniká edém, tvoří se fibrovaskulární a fibrogliální tkáň až disciformní jizvení s devastací sítnice.*“ (Kousal, 2010, s. 257-264). CNV rozlišujeme na dva základní typy - okultní a klasickou. Okultní CNV rozruší Bruchovu membránu a začne se šířit pod RPE. Bruchova membrána je bez ruptur, pozorovatelná je ablace RPE. Klasická CNV je charakteristická šířením v prostoru mezi RPE a neuroretinou a vzniká z okultní CNV porušením Bruchovy membrány. Klasická CNV má rychlý průběh a devastuje centrální zrakovou ostrost. (Ernest, 2010, s. 49-69). Dřívější možnosti léčby byly téměř vždy

destruktivní a symptomatické. Léčba příčiny není známa. V současnosti se léčba ubírá dvěma směry. Fotodynamická léčba (PDT) je v současné době na ústupu a na první místo se dostala anti – VEGF léčba (VEGF je vaskulární endotelový růstový faktor). Fotodynamická léčba na počátku tohoto století byla velmi přínosná a znamenala zachování relativně dobrých zrakových funkcí. PDT je kombinací intravenózního podání léčebné látky a laserové fototerapie. (Kolář, 2008) Anti – VEGF léčba je léčba růstovými protilátkami, která snižuje cévní zásobení rostoucí membrány a zastavuje její růst. Léčebná látka se aplikuje přímo do nitra oka, do sklivce – IVT injekcí (intravitreální aplikace). Tím se snižují destrukční dopady na zrakovou ostrost.(Ernest, 2010, s. 49-69) Tato léčba je velmi náročná jak finančně tak psychicky a výsledek je velmi individuální. Od úplného zastavení růstu membrány, přes mnohdy dlouhodobou, chronickou medikaci až po neúčinnost léčebného přípravku. Důležitou složkou léčby VPMD je dlouhodobá dispenzarizace, následná pomoc psychologická, sociální.

1.4.3 Vyšetřovací metody u VPMD

Vyšetřovací metody můžeme rozdělit na základní a speciální. Základní jsou ty, které Vám může vyšetřit každý oční lékař ve své ordinaci. Speciální vyšetření vyžadují přístroje, vybavení, které je specifické a velmi nákladné. Těmito přístroji disponují kliniky a specializovaná pracoviště nebo centra, která se zabývají léčbou, studii a výzkumem. Mezi základní vyšetření řadíme: vyšetření CZO do dálky a do blízka, vyšetření nitroočního tlaku, vyšetření Amslerovou mřížkou, biomikroskopické vyšetření a vyšetření kontrastní citlivosti (senzitivity). Speciálními vyšetřovacími metodami jsou fluorescenční angiografie, indocyaninová angiografie a optická koherentní tomografie. (Kolář, 2008, s. 75-92)

1.4.3.1 Centrální zraková ostrost (CZO)

Při vyšetření zrakové ostrosti testujeme funkci sítnice v oblasti centrální krajiny. Vyšetřujeme vidění do dálky a do blízka. Do dálky se používají optotypy se sadou korekčních skel, autorefraktometr, který změří dioptrickou vadu. Vyšetření je orientační a je nutné brát ohled na subjektivní pacientovo vyjádření, se kterým korekčním sklem vidí lépe. K vyšetření centrální zrakové ostrosti se používají Schnellenovy optotypy a k přesnějšímu vyšetření ETDRS optotypy (podle Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), které využívají světelnou tabuli s pěti písmeny stejné čitelnosti v každém řádku. Měření zrakové ostrosti na blízko se používají Jägerovy tabulky, které zhodnocují

schopnost číst a pracovat s drobnými detaily. Optimální testovací vzdálenost je 40 cm (Kolář, 2008, s. 124-126).

1.4.3.2 Amslerova mřížka

Vyšetření Amslerovou mřížkou je velmi jednoduchá metoda, která je doporučována pacientům k domácímu samovyšetření. Amslerovou mřížkou se vyšetřuje správná funkce makuly (žlutá skvrna). Vyšetření provádí pacient sám. Jedná se o čtvercovou síť s fixačním bodem uprostřed, která slouží k detekci metamorfopsií- deformování obrazu. Dále zjišťuje skotomy (neprůhledné skvrny) v centrálním zorném poli a umožňuje sledovat jejich progresi. Skotomy pozoruje pacient zpravidla již v počátcích vzniku suché formy VPMD (Ernest, 2010, s. 127-128). K následné progresi metamorfopsií dochází při přechodu suché formy VPMD do vlhké. Tento negativní vývoj si může odhalit pomocí Amslerovy mřížky sám pacient. Test je prováděn na každém oku zvlášť s optimální dioptrickou korekcí na blízko, a to ve vzdálenosti cca 30 cm. Pacient sleduje fixační bod uprostřed a během testování posuzuje, zda nedochází k pokrivení mřížky, zda jsou čáry rovné ve svislém i vodorovném směru, všímá si výpadků části mřížky nebo zda nevzniká v mřížce tmavá skvrna (centrální skotom).

1.4.3.3 Biomikroskopické vyšetření sítnice

Dále lékař provádí biomikroskopické vyšetření makulární oblasti sítnice v arteficiální mydriáze. Toto vyšetření je schopno odhalit případné změny v neuroepitelu sítnici. Provádí se na štěrbinové lampě Goldmannovou čočkou a poskytuje prostorový vjem změn na očním pozadí. Biomikroskopické vyšetření umožňuje lékaři provést také binokulární vyšetření - poskytuje vyšetřujícímu prostorový vjem. (Kolář, 2008, s. 78).

1.4.3.4 Kontrastní citlivost

Kontrastní citlivost testujeme obvykle na Pelliho-Robsonově tabuli - má osm řad se třemi písmeny a každá řada má nižší kontrast, písmena jsou slabší až po minimální kontrast s pozadím. Tento typ vyšetření poskytuje objektivní data o míře obtíží pacienta s VPMD, neboť se zaměřuje na nejmenší rozpoznatelný kontrast uvnitř prostorových frekvencí – oproti zrakové ostrosti zjišťuje schopnost rozpoznat drobné detaily s vysokým kontrastem, to však neodpovídá běžnému dennímu životu, kdy jsme nuceni rozpoznávat objekty velké a s nízkým kontrastem. Ke snížení kontrastní citlivosti dochází také v důsledku onemocnění makulární degenerací. (Kolář, 2008, s. 78-79).

1.4.3.5 Fluorescenční angiografie – FAG

Speciální vyšetřovací metody využíváme nejen při diagnostice VPMD. Fluorescenční angiografie je vyšetření sítnice, při kterém aplikujeme 10% roztok fluoresceinu sodného intravenózně nejčastěji do kubitální žíly. Roztok se během 10-20 vteřin dostane do sítnicového řečiště, které pomocí sítnicové digitální kamery snímáme. V případě postižení sítnicových cév se látka dostává mimo cévní řečiště a dochází k výraznému vychytávání kontrastní látky - zobrazení hyperfluorescenčních patologických ložisek. V případě atrofie RPE lze pozorovat hyperfluorescenci chorioideálního řečiště. Angiografie tedy zjišťuje možné změny hematookulární bariéry. Kromě hyperfluorescence se také zobrazí hypofluorescence, která bývá nejčastěji způsobena blokadou fluorescence nebo poruchou náplně cévního systému. Další příčinou hypofluorescence může být blokáda kontrastní látky proliferací buněk RPE. K blokadě dochází převážně v souvislosti s intraretinálním nebo subretinálním krvácením. (Ernest, 2010, s. 80-98). Při objednávání k vyšetření dostane pacient domů informovaný souhlas, který si přečte a vyplní. Před samotným provedením výkonu je nutné zjistit anamnézu - zda pacient není alergický zejména na kontrastní látku a jestli netrpí postižením ledvin. Podepíše informovaný souhlas a lékař zodpoví případné dotazy a podáme protialergickou premedikaci. V případě postižení ledvin si lékař vyžádá vyšetření u nefrologa. U dialyzovaných pacientů je nutné naplánovat vyšetření tak, aby proběhlo nejdéle 24 hodin před dialýzou, nejlépe však v den dialýzy. Samotné vyšetření trvá cca 10-20 minut. Hodinu po podání kontrastní látky odchází pacient domů – musí být řádně informován o chování po vyšetření.

1.4.3.6 Indocyaninová angiografie – ICGA

Princip ICGA je totožný s FAG. Intravenózně aplikujeme vodný roztok indocyaninové zeleně a stejnou kamerou snímáme sítnici za použití jiného barevného filtru. Pomocí ICGA zobrazujeme chorioideální cirkulaci, která posuzuje neovaskularizaci chorioideálního původu v infračerveném světle. Indocyaninová zeleň se po podání v krevním oběhu váže na plasmatické bílkoviny, díky tomu neproniká stěnou sítnicových a zdravých chorioideálních cév. Infračervené světlo používané při snímání dobře proniká vrstvami melaninu nebo hemoragií a lze tak dobře zobrazit chorioideální vaskularizaci a jiné případné patologie. Obě metody fluorescenční a indocyaninová angiografie se doplňují a mohou se provádět současně. (Kolář, 2008, s. 88-92).

1.4.3.7 Optická koherentní tomografie – OCT

V roce 1997 byla do klinické praxe zavedena metoda OCT – optická koherentní tomografie. Jedná se o neinvazivní zobrazení sítnice, pod ní ležících vrstev a zrakového nervu. V příčném řezu je bez porušení kontinuity tkání a s vysokou mírou rozlišení přes zornici přenášen obraz na monitor. OCT je vyšetření bezkontaktní, transpupilární a bezbolestné. Pomocí infračerveného laserového paprsku je prováděno interferometrem, který měří časové rozdíly v reflexi paprsku odraženého od jednotlivých vrstev sítnice a kontrolního paprsku odraženého od referenčního zrcadla, což je obdoba ultrazvuku - ovšem s podstatně vyšší rozlišovací schopností a je při něm místo zvuku používáno světlo. Přístroj je používán zejména k diagnostice spektra vitreoretinálních patologií lokalizovaných v makulární a středně periferní oblasti očního pozadí. Často však může být nejednoznačný a stanovení diagnózy by tedy nemělo být závislé pouze na tomto vyšetření. Výsledky tohoto vyšetření by proto měly být porovnány s výsledky ostatních vyšetření.

U suché formy VPMD má OCT čtyři základní rysy - atrofie sítnicových vrstev, oslabení, nepravidelnost či absence linie RPE, oslabená reflexivita sítnicových vrstev, zvýšená reflexivita choriokapilaris.

U vlhké formy OCT diferencuje - změny RPE (poruchy kontinuity, ablaci pigmentového listu), otoky nebo hemoragie, jizvení a proliferace neovaskulárních membrán. (Ernest, 2010, s. 106-124)

2 POTŘEBY ČLOVĚKA

Potřeba je subjektivní pocit nedostatku něčeho nezbytného. Psychologický slovník definuje potřebu jako nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit. Potřeba je tedy projevem nedostatku nebo nadbytku něčeho, co je zcela konkrétní a pro člověka velmi důležité. (Hartl, 2009) Potřeby jsou vysoce individuální a pro každého jedince jedinečné a specifické. Neuspokojená potřeba se projevuje napětím, nespokojeností a nutí jedince chovat se účelově tak, aby svoji potřebu uspokojil. Dlouhodobé neuspokojování potřeb zatěžuje organismus zejména psychicky, ale také fyzicky. Psychická zátěž může začínat stresem a vyústit až do deprivace a deprese. Tato zátěž zanechává fyzické poškození až selhání organismu. (Šamánková, 2011, s. 12-13)

2.1 Dělení potřeb

Dělení potřeb je možné z mnoha úhlů pohledu a je velmi složité. Tyto klasifikace se liší u dětí a dospělých, podle autora, který ji modifikoval, z pohledu ošetřovatelství či psychologie.

Psychologie i ošetřovatelství dělí potřeby:

- a) biogenní, fyziologické
- b) psychogenní, sociogenní, psychologické

V psychologii se rozdělením potřeb zabývalo mnoho autorů – psychologů a jiných odborníků. Z jejich výzkumů a prací vychází moderní ošetřovatelství, které usnadňuje uspokojování potřeb zdravých, ale hlavně nemocných. V naší práci popisujeme rozdělení několika odborníků. (Trachtová, 2008, s. 11-12)

2.1.1 PhDr. Helena Chloubová

V učebnicích ošetřovatelství a pečovatelské péče popisuje PhDr. Chloubová potřeby člověka jako pyramidu a každý z nás má svůj domeček potřeb. Základ je stejný - fyziologické potřeby (pokojičky) : jídlo, pití, dýchání, vyprazdňování, potřeba tepla a pohodlí, fyzická a psychická aktivita, vyhýbání se bolesti, spánek a odpočinek, hygiena a sexuální potřeby. Druhé patro zaujímají potřeby bezpečí a jistoty, zdraví a soběstačnosti, vyhnout se ohrožení, ekonomické zajištění, potřeba informací a potřeba míru a klidu.(Mlýnková, 2010, s. 33-38) Tato dvě patra jsou u všech jedinců odlišná jen velmi málo a každý z nás upřednostňuje jiné pořadí uspokojení. Uspokojení základních potřeb je nutné k zachování samotné podstaty života a dlouhodobé neuspokojení těchto potřeb vede ke smrti jedince. Do třetího patra řadíme vyšší potřeby např. potřeba lásky, důvěry, komunikace, přátelství, péče o druhé, potřeba rodiny a jiné sociální vazby a také potřeba moci a podřízenosti (dominance x submise). Čtvrté patro je patro uznání sebe sama, důstojnosti, neudělat ostudu sobě, ale i ostatním, potřeba úspěchu, potřeba různých sociálních rolí (matka, otec, přítel, zaměstnanec, divák, kolega.....) a také potřeba učení a poznávání nových věcí. Nejvyšší patro je seberealizace a sebeaktualizace, potřeby duchovní, estetické, kulturní, pohybové, pracovní a zájmové.(Mlýnková, 2010, s. 33-38) Dlouhodobé strádání a neuspokojení vyšších pater nevede přímo k zániku, ale deprivaci. Dlouho trvající psychická deprivace vede k fyzickým problémům a k vyčerpání organismu. Proto se člověk snaží o zachování tím, že odsouvá některé potřeby do pozadí a jiné upřednostňuje.

2.1.2 Mgr. Marie Šamánková

M. Šamánková dělí potřeby:

- a) podle podstaty člověka – biologické, psychické, estetické, sociální, sociální a kulturní, sebevyjádření, duchovní
- b) podle počtu osob, kterých se týkají – individuální a kolektivní
- c) podle obsahu – materiální a nemateriální
- d) podle ekonomického pohledu – ekonomické a neekonomické
- e) podle způsobu vyvolání – hlavní a doplňkové
- f) podle naléhavosti – nezbytné a zbytné
- g) podle četnosti výskytu – trvalé, občasné, výjimečné
- h) podle času – současné a budoucí.

Jednodušší dělení může být primární a sekundární. Mezi primární zařazuje biologické, fyziologické, přirozené. Bez uspokojení těchto potřeb nemůže jedinec dlouho být. Řadíme sem dýchání, příjem a výdej tekutin, potravu, teplo, spánek atd.... Mezi sekundární zařadíme ty ostatní, bez kterých se jedinec obejde po nezbytně dlouhou dobu, ale dlouhodobě zanechává psychosomatické potíže. (Šamánková, 2011, s. 17-20)

2.1.3 Abraham H. Maslow

V naší práci jsme si vybraly dělení potřeb podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa. Maslow byl zastáncem filozofie, že člověk je součást světového názoru – názor holisticko - dynamický. Každý jedinec je individualita a má individuální motivaci k uspokojování svých potřeb. Proto Maslow vytvořil hierarchii potřeb, aneb jakou motivaci jedinec potřebuje k jejich dosažení. Každá potřeba je potřeba celého jedince, nikoliv jen jeho určité části. Člověk jako celek je bytost s potřebami a málokdy může být plně uspokojena. Jakmile je uspokojena jedna potřeba, její místo zastoupí jiná. Podle důležitosti ji Maslow zařadil na jedno podlaží pyramidy – Maslowova pyramida potřeb. (Trachtová, 2008, s. 14-15)

Základní pyramida má pět poschodí. První dvě patra jsou nižší (základní) a tři vyšší patra jsou vyšší potřeby. Několik autorů upravilo tuto pyramidu, ale základ vždy zůstal. Např. Atkinsonová a spol. připsaly dvě patra.

1. Patro obsahuje fyziologické potřeby. Tyto potřeby slouží k zachování života a objevují se při poruše homeostázy. Dospělý jedinec si uspokojuje své základní potřeby většinou pomocí rituálu, který si osvojil v dětském věku. V dětském věku tyto potřeby pomáhají uspokojovat rodiče či opatrovníci.
2. Patro je patro jistoty a bezpečí. Tato potřeba je také základní potřebou a již v nejtělejší věku pocítujeme nelibost, když chybí. Patří sem třeba potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí, potřeba stability, potřeba ochrany, ekonomického zabezpečení. Ohrožením tohoto patra je nastolen chaos a nestabilita – ztráta životní jistoty a k této situaci dochází primárně u nemocného člověka.
3. Patro již řadíme mezi vyšší potřeby. Zde řadíme potřebu lásky a sounáležitosti. Je to potřeba milovat a být milován a někam patřit – potřeba sounáležitosti a sociální integrace. Při chybění nebo nedostatku dochází k osamocení a opuštění – sociální izolace např. při odchodu milovaného člověka.
4. Patro je patro uznání, ocenění a sebeúcty. Jsou to dvě spojené potřeby. Sebeúcta a sebehodnocení se týká výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu okolního světa. Jedná se o zařazení v určité sociální skupině. Ztráta této skupiny vede ke snaze o zpětné začlenění do této skupiny nebo vytvoření či najetí nové sociální skupiny, ve které je přijat.
5. Patro je patro seberealizace a sebeaktualizace. Toto je vrchol pyramidy. Zde se uplatňuje tendence realizovat své schopnosti, jedinec chce být tím, čím si myslí, že být může. Potřebuje něco tvořit, vnímat krásu a obklopovat se jí – potřeba kultury, estetiky a harmonie, potřeba pravdy a spravedlnosti. (Trachtová, 2008, s. 14-15)

Vyšší patra a zvláště poslední jsou typická pro člověka a u ostatních živých organismů nacházíme jen nižší patra. Výjimku tvoří primáti a někteří savci. Uspokojováním potřeb člověk dosahuje uspokojení, ale jen krátkodobě.

Obecně může platit, že uspokojením nižších pater si budujeme cestu k vyšším patrům. (http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow) Každé pravidlo, ale obsahuje výjimku a i zde se může uspokojením vyšší potřeby nalézt cesta k uspokojení nižších pater.

Tato výjimka není výjimečná ve zdravotnictví při péči o nemocného člověka a jeho motivaci.

2.2 Uspokojování potřeb

Uspokojování lidských potřeb je velmi zdlouhavý a složitý proces, na kterém se podílí mnoho faktorů. M. Šamánková popisuje uspokojování potřeb jako saturaci. Na saturaci se podílí: pud, zájem, aspirace, cíl, ideály, přesvědčení.

Pud je vrozená pohnutka, hnací síla, energie pro cílenou činnost. (mateřský pud...)

Zájem je získaný motiv a ukazuje kladný vztah člověka k čemukoli a komukoli. Vyhraněný zájem je záliba.

Aspirace – ambice je snaha o sebeuplatnění, vyniknutí. Někdy ji nazýváme ctižádostí.

Cíl je uvědomělý směr našeho snažení, máme-li něco vykonat nebo dosáhnout něčeho co potřebujeme nebo chceme.

Ideály jsou vzorové cíle. (životní styl, výběr partnera....)

Přesvědčení je to, čemu člověk věří. (o sobě, o ostatních, o světě....) (Šamánková, 2011, s. 23-24)

2.2.1 Faktory ovlivňující saturaci potřeb

Faktorů, které ovlivňují uspokojování potřeb, je velmi mnoho a můžeme je rozdělit na objektivní a subjektivní. Tyto faktory jsou velmi individuální a jsou dané osobností člověka. Má na nich podíl zkušenost, věk a mnoho dalších proměnných, a proto zde dochází k nečekaným zvrátům. Mezi objektivní faktory řadíme ty, které vidíme, můžeme je změřit, zvážit a objektivně zhodnotit – potřeby nižší – potřeba potravy a pití, potřeba pomoci při hygieně, stravování, při uspořádání sociálního prostředí. Dále vývojové stádium jedince, věk, vzdělání, rodinné a společenské zázemí. Poslední skupinou jsou mezilidské vztahy. Mezi subjektivní patří kladná sebekoncepce – kladný vztah k sobě samému, vyrovnaná koncepce osobnosti snadněji přijímá jakékoliv změny a snáze se vyrovnává s nevyhnutelným a přijímá pomoc. Narušená sebekoncepce u jedince je velmi problematická a takový člověk vyžaduje mnohem více péče a intervencí. (Šamánková, 2011, s. 23-24)

2.2.2 Způsob uspokojování potřeb

Uspokojování potřeb ovlivňuje také mnoho faktorů. Nejvíce se zde uplatňuje individualita jedince, která je mu dána např. temperament. Vyrovnaný optimista snadněji naplní své potřeby než pesimista. Záleží také na sociálním prostředí jedince – rodina, ekonomické zajištění, dosažené vzdělání, pracovní zařazení, společenská sounáležitost. Velký podíl zde má pocit zdraví a nemoci, v tomto bodě dochází hlavně ke změně vnímání kvality a kvantity potřeb u každého jedince. Dalším důležitým faktorem je okolnost vzniku nemoci, kdy je základní rozdíl mezi chronickou a akutní nemocí. U akutní nemoci dochází k razantní změně životního stereotypu. U chronických onemocnění předpokládáme rozvoj změn v naplňování potřeb a pozvolnému přizpůsobení se. Při plnění potřeb se uplatní také motivace. Proces uspokojování je velmi dynamický, stále se mění, rozvíjí a vyvíjí. Bere ohled na politickou atmosféru, společenské klima, touhu jedince a společnosti, jejich měnící se ideály. Tento proces je periodický a emocionálně náročný. (Šamánková, 2011, s. 24-25) S uspokojováním potřeb úzce souvisí kvalita života.

3 KVALITA ŽIVOTA

Záleží na mnoha věcech, aby člověk mohl prožít úspěšný a spokojený život, ale většinu neznámých dosadí čas. Přesto každý z nás chce prožít kvalitní život plný naplnění a na určité úrovni. Proto je kvalita života ryze individuální. Kvalita života a životní spokojenost není totéž, ale úzce spolu souvisí. Proto je nutné přistupovat ke každému jedinci individuálně a holisticky. Nelze oddělovat fyzickou, psychickou, sociální ani ekonomickou stránku v dané situaci. Koncept kvality života souvisí i s lidskými potřebami, soběstačností, zdravím, pohodou, denní aktivitou a dalšími individuálními potřebami. Různá vědní odvětví, která se zabývají kvalitou života, mají mnoho přístupů a definic. Kvalita života je těžko uchopitelný pojem, díky své komplexnosti. (Gurková, 2011, s. 19-30) Nejčastější používanou a citovanou definicí kvality života je definice vytvořena WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life), která říká: *„jak lidé vnímají svoje místo v životě, kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům.“* Pojem kvalita života vyjadřuje jakost a hodnotu. Může být použit jako všeobecný výraz anebo jako kategorie na vyjádření optimální úrovně nebo stupně přibližující se k potřebám nebo očekávaným představám jednotlivců nebo skupin. Kvalita není absolutní, ale relativní a může být vyjádřena kvalitativními a

kvantitativními indikátory. (Gurková, 2011, s. 19-30) Nejčastějším objektem hodnocení je život člověka - individuality, zahrnující jevy a činnosti charakterizující živý organismus a proto si musíme určit normu k porovnání. Život člověka je komplexní pojem, který zahrnuje všechny projevy a oblasti jeho činnosti (pracovní, rodinný, citový, společenský život apod.). Kvalitu života můžeme hodnotit u skupin nejen u jednotlivců. Pojem život je způsob, jakým žijeme. Termín kvalita života je popis pozitivních i negativních stránek života. Rozdělení kvality života můžeme uchopit z několika úhlů. Základní dělení je objektivní a subjektivní. Subjektivní je dán vnímáním postavení daného jedince ve společnosti a výsledná spokojenost závisí na pocitech. Do objektivních můžeme zařadit vše ostatní – materiální a sociální zabezpečení, zdraví a nemoc. Rozdělení můžeme pojmut také ve čtyřech rovinách – v makro rovině (velké společenské celky), v mezo rovině (malé sociální skupiny, podniky, školy), v personální rovině (život jednotlivce osobní, společenský, pracovní) a v rovině fyzické existence (chování druhých lidí). Dále kvalitu života chápeme jako to, čím se vyznačuje život daného člověka s porovnáním se životy druhých lidí. Na základě tohoto dělení se může kvalita života hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní. Měřením pak porovnáváme jednotlivé životy různých lidí s důrazem na to, co je pro ně důležité, to čím se jejich život vyznačuje. (Gurková, 2011, s. 19-30) Kvality života obsahuje spoustu oblastí od fyzických funkcí až k prožívání životního štěstí a dosahování životních cílů. Proto je označována jako multidisciplinární. (Gurková, 2011, s. 19-30) Výzkum kvality života byl sociologií a sociálními vědami iniciován na přelomu 60. a 70. let 20. století a kvalita byla hodnocena ve vztahu ke společnosti, předmětem výzkumu byly sociální a ekonomické stránky (materiální zajištění, příjem, zdravotní péče, svoboda aj.). Kvalita života jedince se díky psychologickým vědám začíná zkoumat ve vztahu k vnitřním a osobním faktorům. V sociologickém pojetí je chápána ve vztahu k životní úrovni, v psychologickém přístupu pak hlavní roli hrají pojmy štěstí, pohoda, spokojenost, smysl života, v medicínském funkční stav, zdraví a soběstačnost. (Gurková, 2011, s. 19-30)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Bakalářská práce je zaměřena na změny potřeb u nemocných s VPMD, ovlivňující postupnou ztrátu centrální zrakové ostrosti, zejména čtecí a rozlišovací schopnost. I v nejtěžších formách však zůstává zachována orientace ve známém prostředí. Tím se však velmi snižuje kvalita života nemocných, mění se jejich priority, potřeby, které jsou pro ně velmi deprimující. Položila jsme si základní otázku: „Jak ovlivňuje kvalitu života snížená zraková ostrost při VPMD?“

5 CÍL VÝZKUMU

Cílem našeho výzkumu je zjistit jak se mění potřeby a tím i kvalita života nemocných s diagnózou VPMD.

5.1 Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zpracovat kazuistiku

Cíl č. 2: Zjistit, ve které oblasti potřeb je největší změna

Cíl č. 3: Zjistit jak změny ovlivňují psychiku a chování jedince, je-li rozdíl mezi mužem a ženou

Cíl č. 4: Zjistit jak chápou situaci nejbližší

Cíl č. 5: Edukace užší veřejnost, zejména rodinné příslušníky zrakově postižených v rámci svých pracovních povinností

5.2 Operacionalizace pojmů

VPMD, zraková ostrost, samovyšetření – pojmy a vyšetření, které nám pomohou při výzkumné činnosti. Některé otázky, upravené tazatelkou z dotazníku na kvalitu života

EQ-5D a dotazníku VFQ-25 (Visual Function Questionnaire) – dotazníky, které se používají ke zjištění kvality života zrakově postižených (Důsledky VPMD, 2015).

5.3 Výzkumné otázky

1) V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?

2) Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních a volnočasových aktivitách?

- 3) Co Vás nejvíce znepokojuje a jak se s tím vyrovnáváte?
- 4) Z čeho máte největší obavy?
- 5) Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?
- 6) Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc lidí z okolí?

6 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, jelikož umožňuje zaměřit se na problém do hloubky. Byly zde využity dlouhodobé zkušenosti a možnosti tazatelky. Do výzkumu byli zařazeni dva respondenty s postupnou ztrátou zraku. Tento druh studie může pomoci zkvalitnit zejména následnou péči o naše pacienty a přispěje k edukaci rodinných příslušníků. (Hendl, 2008, s. 48-51)

6.1 Metoda

Jako metodiku výzkumu byla použita kolektivní případová studie, jejímž nástrojem posloužil polostrukturovaný rozhovor a dokumentace. Pro rozhovor byly zvoleny upravené otázky z polostrukturovaného dotazníku VFQ-25 (Visual Function Questionnaire). Otázky byly upraveny tak, aby tazatelka mohla pokládat doplňující otázky. (Důsledky VPMD, 2015).

6.2 Výběr případu

Výběr případů byl zcela záměrný, kde byl zásadní zásah do každodenního stereotypu. To se nejčastěji objeví u mladších a pracovně činných lidí. Jelikož se jedná o nemoc starší populace, která má spoustu jiných neduhů nebylo jednoduché najít ochotné a spolupracující pacienty. Nakonec byl vybrán muž a žena, kteří splňovali podmínky, a díky vzorné spolupráci jsme získaly potřebné informace. Podmínky pro výběr byly: rozdílný věk, pohlaví, shodná diagnóza, podobný průběh onemocnění, shodná léčba, dobrá reakce na léčbu.

6.3 Způsob získávání informací

Sběr dat a informací probíhal ve FN Plzeň na Oční klinice, kde autorka pracuje, jako všeobecná sestra. Byla použita dokumentace pacientů. Pomocí rozhovoru s pacientem a jeho rodinným příslušníkem jsme získaly informace.

Otázky byly otevřené a tazatelka mohla klást doplňující dotazy a vést rozhovor. Zpracovaly jsme kazuistiku. Rozhovor probíhal ve dvou časových rovinách. Časové roviny – před léčbou a po léčbě - při stabilizaci nálezu.

Metodika předpokládala vynikající spolupráci výzkumníka a dotazovaného, zejména jeho důvěru a ochotu. Bylo pracováno s velkým množstvím dat, která se musí utřídit. (Kutnohorská, 2009, s. 23). Při setkáních jsme se zaměřili na připravené otázky. Všechny získané informace jsme zaznamenaly a využily k analýze. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a reprodukovány v bakalářské práci.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Po získání souhlasu s výzkumem ve FN Plzeň (viz příloha 1) a souhlasu pacientů (viz příloha 2 a 3) je práce věnována sběru dat z dokumentace. Informovaným souhlasem byli respondenti seznámeni s možností pořizování zvukových nahrávek na diktafon. Tato data byla konzultována při zahajovacím rozhovoru s pacientem a použita k analýze. Pozorování a rozhovor byl zaznamenán. Proběhly celkem tři sezení. Poslední sběr dat proběhl na konci sledovaného období a probíhal jako druhé setkání a byl nezávazně přizván rodinný příslušník. Třetí setkání bylo jen k doplnění informací a tazatelka poděkovala všem zúčastněným za spolupráci. Vše je zaznamenáno a se souhlasy daných osob použito k analýze.

V závěru výzkumu je doporučení pro praxi, která by mohla pomoci postiženým VPMD a jejich blízkému okolí. Zvětšil by povědomí této problematiky hlavně u starší generace a pomohl by včas diagnostikovat postižení. Všechna zjištěná data jsou analyzována v diskuzi a stanovené cíle jsou zhodnoceny v závěru práce.

Výzkum probíhal od listopadu 2015 do března 2016 ve FN Plzeň na ambulanci Oční kliniky. Během našeho výzkumného projektu bylo vše konzultováno s lékařem dané ambulance a odborníky z centra pomáhajícím zrakově postiženým.

8 KAZUISTIKA

Stručná kazuistika obou případů je zpracována pomocí dokumentace a z osobního rozhovoru. Respondenti souhlasili se zařazením do studie. Kazuistika je zaměřena na oční onemocnění a na problémy, které mohou ovlivnit oční postižení.

8.1 Respondent A

Pracující 63 - letá žena, nekuřačka, která navštěvovala očního lékaře pravidelně od čtyřiceti let. Nikdy se neléčila s vážným očním onemocněním. Nosí brýle na dálku i na blízko, jiné potíže neměla.

V roce 2010 byla svým očním lékařem poslána na naše odborné pracoviště s nejasným nálezem na sítnici. Zde podstoupila komplexní odborné vyšetření – vyšetření CZO do dálky a do blízka, změření nitroočního tlaku, biomikroskopické vyšetření, vyšetření OCT a FAG. Po vyhodnocení všech vyšetřeních byla diagnostikována VPMD a doporučena laserová léčba PDT. Po této léčbě došlo ke stabilizaci nálezu, zlepšení CZO a pravidelné kontroly probíhaly bez progresu. Po 18. měsících došlo k progresi nálezu a po všech vyšetřeních podstoupila pacientka anti – VEGF léčbu. Od zahájení léčby bylo aplikováno 12 IVT injekcí. K poslední aktivaci došlo v říjnu 2015 a byla opět zahájena léčba jiným přípravkem. V této fázi byla zapojena do studie. Vstupní vyšetření v listopadu 2015: Subjektivně pacientka popisuje zhoršené vidění do dálky i do blízka, deformace obrazu na Amslerově mřížce (metamorfopsie). Objektivní vyšetření: CZO do dálky: pravé oko vidí 20% normy, levé oko 100%. CZO do blízka: pravé oko nečte Jägerovy tabulky, levé oko čte nejmenší text. Nitrooční tlak je v normě. Biomikroskopické vyšetření a vyšetření OCT ukazuje na reaktivaci nálezu a doporučena léčba, která byla zahájena v prosinci 2015. Celkově se léčí s hypertenzí, hypofunkcí štítné žlázy.

8.2 Respondent B

79 – ti letý muž, nekuřák, důchodce, který stále pracuje a vypomáhá synovi v podnikání. Očního lékaře navštěvoval sporadicky – při potřebě brýlí. V roce 2011 prodělal operaci šedého zákalu na obou očích. Po operaci viděl na dálku bez korekce, na čtení nosil brýle.

V roce 2012 byl svým očním lékařem poslán na naše odborné pracoviště s nálezem na sítnici. Zde podstoupil komplexní odborné vyšetření – vyšetření CZO do dálky a do blízka, změření nitroočního tlaku, biomikroskopické vyšetření, vyšetření OCT a FAG. Po vyhodnocení všech vyšetřeních byla diagnostikována VPMD a doporučena anti – VEGF léčba. Po této léčbě došlo ke stabilizaci nálezu a pravidelné kontroly probíhaly bez progresu. Po třech letech došlo k progresi nálezu a po všech vyšetřeních opět doporučena anti – VEGF léčba. Celkem bylo aplikováno 11 IVT injekcí. Poslední IVT injekce se aplikovala v květnu 2014. Od té doby je pravidelně sledován. Poslední kontrola proběhla

letos v lednu. Vstupní vyšetření před poslední re aplikací: Subjektivně pacient popisuje zhoršené vidění do dálky i do blízka, deformace obrazu na Amslerově mřížce. Objektivní vyšetření: CZO do dálky: pravé oko vidí 100% normy, levé oko 40%. CZO do blízka: pravé oko čte nejmenší Jägerovy tabulky, levé oko čte text č. 9. Nitrooční tlak je v normě. Biomikroskopické vyšetření, vyšetření OCT a FAG ukazuje na reaktivaci nálezu a doporučena léčba. Po čtyřech aplikacích dochází ke stabilizaci nálezu. Při pravidelných kontrolách je nález stabilní a nedochází ke zhoršování zrakových funkcí. Celkově se léčí pro hypertenzi.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této části se autor zabývá popisem a interpretací rozhovorů obou respondentů. Informace jsou čerpány z osobních rozhovorů a dokumentace.

Výzkumná práce je členěna do dvou časových rovin – před léčbou a po léčbě. Po každé rovině jsme analyzovaly a porovnávaly získané informace. U každého respondenta je pohled subjektivní a pohled tazatelky – objektivní pozorování.

9.1 Respondent A

Zde je popisováno subjektivní vnímání zdravotního stavu před zahájením léčby a po léčbě ve specializovaném centru. Respondentka v prvním a druhém rozhovoru zhodnotila svůj zdravotní stav a zodpověděla všechny otázky ohledně očních potíží. Mezi jednotlivými rozhovory uběhly zhruba 3 – 4 měsíce.

9.1.1 Přepis rozhovoru před zahájením léčby

Celkový stav, sebepéče – základní biologické potřeby

1. Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?

„Fyzicky se cítím celkem dobře, ale víc mě momentálně trápí oči. Zase se to zhoršilo a já nemohu číst a chodit do práce. Mám neschopenku. Na to pravé oko zase nevidím, mám to deformované, vypadává mi obraz a levé oko se rychle unaví. Celkově se léčím na vysoký krevní tlak, beru léky a tlak si držím docela dobře. Chodím pravidelně na kontroly se štítnou žlázou, beru léky a můj lékař je spokojený.“ **Máte nějaké potíže nebo bolesti?** *„Myslíte s očima?“* **Ne, celkově.** *„Nic mě momentálně nebolí, občas mívám potíže s krční páteří, ale to chodím pravidelně na masáže. Ty mě hodně pomáhají. Jinak si myslím, že jsem na tom docela dobře.“*

2. V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?

*„Tím, že špatně vidím asi ve všem, hlavně nemohu číst, psát a nemohu chodit do práce. Špatně vidím na domácí práce, nemohu řídit, nerada chodím sama ven, mám strach, abych nevběhla pod auto.“ **Máte potíže s běžnými denními činnostmi sebeobsluhy např. při hygieně, oblékání, jídle?** „S těmihle činnostmi problém nemám. Ty člověk dělá automaticky. Akorát vidím špatně barvy a odstíny barev mám zkreslené. Někdy mám problém si vybrat doplňky k oděvu, ale když vím, co mám v šatníku tak si vezmu něco univerzálního, co se hodí ke všemu. S jídlem nemám žádný problém, spíš s vařením.“*

Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby

1. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?

*„Ano, to je největší problém. Nemůžu chodit do práce. Velký problém mám s počítačem a se čtením. Pracuji jako kulturní referentka a moje činnost je objednávání a zařizování kulturních akcí v městečku. Devadesát procent věcí zařizuji přes internet. Ke všemu potřebuji oči. Mě se deformuje obraz a nemůžu číst. V zaměstnání to nešlo, ale často mi volají a potřebují pomoc. Já jsem ráda, alespoň se z toho nezblázním. Už se tam chci vrátit, tak doufám, že mi pomůžete.“ **Jaké potíže máte se čtením a psaním?** „Psát mohu velmi špatně, ale to co potřebuji, podepíši, ale napsat něco nebo SMS na to nevidím. Číst mohu jen nadpisy v novinách, souvislý text mi dělá velké potíže. Trochu se to zlepšil, když zavřu to špatné oko, ale to se dá jen chvíli. Pak se mi to rozmlží a oči začnou slzet.“*

2. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?

*„Samozřejmě. Je to jako v práci. Bojím se i chodit sama na procházky a ven do města. Mám strach, abych neskočila pod auto, nepřehlédla obrubníky. Televizi nesleduji, jen poslouchám, herce poznávám podle hlasu. Já mám ve středu flek a vidím jen okolo a to mám deformované. Ted' jsem si zařídila známou, abych mohla psát do našich novin, ta mi to píše a vydavatel se mnou to upraví, aby to mohlo jít do tisku. Jsem z toho smutná, doufám, že se to zlepšil a ustálí.“ **Chodíte cvičit, sportujete?** „Ale jo, snažím se. Chodím do Sokola, cvičím jógu a chodím s manželem tančit. Chodím pořád s někým, sama bych se bála.“*

3. Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?

„S řízením problém nemám, to mi nechybí. Ani před tím jsem moc neřídila, ale teď bych se neodvážila, nejsem dobrá řidička. Myslím, že už řídit nebudu, ale to mi starosti

nedělá, víc mě trápí jiné problémy. **Máte problém s ukazateli nebo s nápisy na obchodech, poznáváte lidi na ulici?** „Ukazatele, značky a jiná dopravní značení mi nevadí, ale nápisy a značení ulic a jiné orientační body rozpoznávám špatně. Ve známém prostředí se orientuji, ale v cizím prostředí je to horší a to mám raději doprovod. Potom jsem si jistější. Lidi poznávám podle chůze, obličejů a jiných charakteristických rysů. Já nevidím obličej, jen postavu a poznám obličej až, když přijdou blíž. Spousta lidí si myslí, že je přehlížím a to mi do jisté míry vadí. **Proč Vám to vadí?** „Protože u nás se s většinou známe a to, že pracuji na magistrátu, je další věc. Mám strach, aby si nemysleli, že jsem nafoukaná, vždyť tam s nimi žiju celý život.“

4. Navštěvujete divadlo, kino, sportovní utkání?

„Miluji kulturu, zabývám se jí celý život. Ted' to nejde, nemůžu se na to soustředit, když tam nevidím. Ted' nechodím ani do divadla ani do kina. Jen občas s manželem na koncert, ale ty muž zrovna nemusí, ale občas se obětuje a jde se mnou. Občas jdu se snachou na vernisáž, ale to jen proto, že ty výstavy plánuji a jsou naplánovány dlouho dopředu a já jsem je sjednávala a je dobré se tam objevit, aby se upevnily vztahy, ale je to těžké je mi to líto. Na sportovní utkání jsem nikdy moc nechodila a tak to mi nevadí, ale divadlo to mi opravdu chybí.“

5. Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?

„O čtení jsme už mluvily. Ruční práce ted' nemůžu. Ráda jsem šila a pletla. Ted' nenavleču nit do jehly a nepřišiju ani knoflík. S tím mi ted' pomáhá snacha a ostatní musí počkat. Na větší opravy nebo úpravy šatů využívám švadlenu.“

6. Můžete sledovat televizi?

„Televizi sledovat mohu, ale nevidím co tam je. Spíše ji jen poslouchám a herce poznávám podle hlasu. Mám raději rozhlas a velmi často poslouchám staré klasické desky. Manžel mi spravil gramofon a já se ponořím do vzpomínek. Našla jsem desky s pohádkami, které jsem pouštěla dětem a vzpomínám. Kolikrát jsme si s mužem udělali černou hodinku, poslouchali gramofon a vzpomínali. Plánujeme spoustu věcí do budoucna a myslím, že jsme se hodně sblížili. Mám hodného muže a moc mi pomáhá.“

7. Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?

„Vykonávat domácí práce není obtížné, to je stejné, ale jak! Nevidím na to. Takže kapky na dlaždicích v koupelně, drobký na lince a jiné malichernosti mě nechávají chladnou. Všichni mi říkají, že je to lepší než dřív a že neprudím. Ale vážně, domácí práce jdou, manžel to po mě kontroluje a hlavně převzal spoustu věcí na sebe a hodně moc mi pomáhá. Některé věci jako mytí oken mi dělá firma, která spolupracovala s úřadem.“

Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby

1. Z čeho máte největší obavy?

„Obavy? Já nevím. Samozřejmě z toho abych neoslepla. Já vím, už léta mi říkáte, že na tohle onemocnění se neoslepne, ale představa, že nemohu číst, psát a jiné drobné věci je strašná. Snad to zastavíme. Pak se bojím toho, že budu někomu na obtíž, ale to je obava všech stárnoucích lidí, nejen moje. Potíže s očima to jen zhoršují, zrak je pro všechny samozřejmostí. Málokdo si uvědomuje, že to tak není.“

2. Cítíte se ovlivněna svým zrakovým postižením?

„Ano, ve všem, ale je to tím, že špatně vidím, jsou to maličkosti a ty mi to hodně ztěžují. Často si připomínám, že jsou na tom jiní lidé hůř, že jsou mladší atd.. V poslední době je to těžší a těžší se smířit s tím, že bych se nemohla vrátit do práce.“

3. Děláte si starosti se svým zrakem?

„Se svým zrakem si dělám starosti často. Hodně to ovlivňuje moji psychiku, ze začátku jsem to nikomu neřekla, až když jsem to nezvládla v práci, tak jsem šla k lékaři a ten mě poslal do Plzně na vyšetření. Vy jste mi zde vše vysvětlili a nastínili ne zrovna dobrý obrázek. Nikdo nechce slyšet, že stárne a budou věci, které prostě jednou nezvládne. To se týká nejen očí. U zraku je to o to horší, že ten potřebujeme ke všemu.“

4. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší? Myslím, že to, že nejsem samostatná a potřebuji pomoc v některých věcech. Na to jsem nebyla zvyklá. Všechno jsem zvládala a uměla jsem si poradit. Poradit si umím pořád, ale některé věci mi nejdou. Třeba čtení, psaní a šití.“

5. Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?

„Nejdřív jsem si myslela, že vůbec, ale s postupem času si uvědomuji, že tím, že jsem mlčela a dusila to v sobě, jsem jim asi ubližovala. Měla jsem jim to říct a ne být

protivná a odtazitá. Nechtěla jsem jim přidělovat starosti. Teď je tohle vyřešené a všichni mi pomáhají a já se snažím s tím vyrovnat a díky jim mi to jde lépe. Nepřipadám si tak bezmocně a člověk se naučí přizpůsobit se. Prostě celý život se učíme. Asi nejvíce mě mrzí, že nemůžu číst pohádky pravnoučatům, při tom jsme si užili vždy spousty legrace s vnoučaty. Tak jim alespoň vyprávím a je to také hezké. Ráda poslouchám jejich štěbetání. Vnučka nechce, abych je hlídala a šetřila se, ale oni mají ten nejlepší věk. Máme chlapečka čtyři roky a holčičku dva. To oni mi dávají sílu a vůli a já z nich čerpám elán a energii.“

6. Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázána na pomoc lidí z okolí?

„Na pomoc nejbližších si člověk zvykne, ale požádat o pomoc cizí lidi, je pro mě problém, na který neustále narážím. Člověk se stydí. Největší problém mám při nakupování. Nevidím na etikety, kolik co stojí a jiné maličkosti. Další problém je při přecházení ulice bez semaforu. Raději si kus zajdu na přechod se světly, než abych přehlídla auto. Mám hodně špatný odhad vzdáleností. Takže se stydím, cítím se bezmocná a mám pocit, že každého obtěžuji. V obchodě si to ještě zdůvodním, že jsou tam od toho, ale venku na ulici je mi to trapné.“

7. Jak se k Vám chovají ostatní lidé?

„Jak kteří. Ti co mě znají a vědí o mých problémech dobře. S cizími je to horší, ale ne všichni jsou zlí nebo bezcitní. Docela mě překvapila mladá generace, taková ta omladina, ale nejhůře se chovají středňáci 40 – 50 let, ti jsou většinou bezohlední, těm teď patří svět a jim se nemůže nic stát. Starší generace a moji vrstevníci jsou sami ochotni pomoci, pokud mohou a jim se nebojím říci o pomoc. Nejčastěji v obchodě požádám o přečtení etikety nebo na poště.“

8. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Co je nejtěžší? Nevím. Asi to, že nechodím do práce, která byla celý můj život koníčkem. To, že mám spoustu volného času na přemýšlení, že nezvládám domácnost tak dokonale jako před tím. Nevím, že přidělovám starosti rodině? Je toho víc a nepůsobí to na mě moc dobře. Člověk si připadá starý, bezmocný a na obtíž. Rodina mi to stále vyvrací, ale stejně. Muž mě podporuje a pomáhá, snaží se celá rodina.“

9. Co byste potřebovala, abyste svůj stav zvládala lépe?

„Nevím, co bych potřebovala. Kromě zraku a kamene mudrců? Možná méně přemýšlet, najít nějakou činnost, ke které nepotřebuji oči, opravdu nevím. Potřebovala

bych se vrátit do práce, v našem malém kolektivu se cítím dobře a svoji práci mám ráda. Chtěla bych ty mladé ještě něco naučit, než půjdu do důchodu.“

10. Co očekáváte od zdravotníků?

„Samozřejmě, že pomoc. To očekáváme asi každý, ale vím, že to vždy nejde. Byla bych ráda, kdyby se to zastavilo a zmizely mi deformace obrazu. Ty mi vadí nejvíce. Všeobecně to co od lékařů a sestřiček očekáváme – pomoc, podporu, empatii.“

11. V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?

*„Sestra. Je nejdůležitější článek. Já Vaši práci obdivuji. Co od Vás očekávám? Nevím. Nic a všechno. Ne je důležité jak se k nám chováte, v přístupu. Každý kdo přijde do nemocnice, se bojí. Ať si každý říká, co chce, ale každý se bojí. Sestra je první koho potkáme a na ní hodně záleží, jak se pak cítíme, jestli získáte důvěru a ovlivňuje to naše další chování. Záleží na našich minulých zkušenostech. Já mám docela dobré zkušenosti se sestrami a ráda k Vám chodím.“ **V čem bychom Vám mohli pomoci?** „Vy mi pomáháte jen tím, že tu jste. Ale všeobecně svým přístupem, profesionalitou, znalostmi, vše mi vysvětlíte, umíte poradit a stále se usmíváte. Vždy mi zodpovíte otázky anebo se zeptáte lékaře. Někdy se člověk ostýchá před lékařem nebo zapomene a může se zeptat Vás. Nejvíce, ale potřebuji poradit, znát názor odborníků a lidsky si promluvit. Znáte různé pomůcky, instituce, víte, co máme a nemáme a je toho spousta. Prostě k Vám potřebuje mít důvěru, proto je dobře, že jsou zde stále známé tváře.“*

12. Přijala byste pomoc, navštívila byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?

„Pomoc, asi zatím ne, ale když bych ji opravdu potřebovala, požádala bych Vás o pomoc, o kontakty. Zatím to nějak zvládám a s pomocí rodiny to jde. Myslím, že je spousta lidí, kteří ji potřebují více než já. Již jsem se naučila, že když něco potřebuji, tak se mám zeptat. Takže zatím ne, ale kdybych ji potřebovala, přijmu ji.“

9.1.2 Přepis rozhovoru po léčbě

Celkový stav, sebepéče – základní biologické potřeby

1. Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?

„Fyzicky se cítím dobře, psychicky také. Již zase chodím do práce. Nemám neschopenku. Na to pravé oko vidím trochu hůř než na levé, ale nemám to deformované.“

Celkově se stále léčím na vysoký krevní tlak, beru léky a tlak si držím docela dobře. Chodím pravidelně na kontroly se štítnou žlázou, beru léky a můj lékař je spokojený.“
Máte nějaké potíže nebo bolesti? *„Myslíte s očima?“* **Ne, celkově.** *„Nic mě nebolí, občas mívám potíže s krční páteří, ale to chodím pravidelně na masáže a zase chodím plavat. Po zdravotní stránce si myslím, že jsem na tom docela dobře.“*

2. V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?

„Tím, že hůře vidím na jedno oko asi ve všem, ale je to lepší než před injekcemi. Číst, psát a chodit do práce, již můžu. Je pravda, více odpočívám a vyhovím si. Domácí práce zvládám lépe, mohu řídit, ale neřídím, asi jsem to dobrovolně vzdala.“ **Máte potíže s běžnými denními činnostmi sebeobsluhy např. při hygieně, oblékání, jídle?**
„S těmihle činnostmi problém nemám. Ty dělám automaticky. Vidím hůře barvy a odstíny barev mám zkreslené, to mi zůstalo a to se již nezmění, ale druhé oko to zvládá, a pokud koukám oběma, je to dobré. S jídlem nemám žádný problém.“

Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby

1. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?

„Ano, ale již chodím do práce. Myslím, že mi to trvá trochu déle a rychleji se unavím. Nemám problém ani s počítačem a se čtením. Jaké potíže máte se čtením a psaním?“ *„Pokud budu koukat jen jedním okem, nemohu ani psát ani číst, ale oběma očima je to dobré. Musím sice více odpočívat, ale zvládám to. Číst nevydržím třeba dvě hodiny v kuse, ale když si odpočinu tak zvládnu i knihu a ne jen nadpisy v novinách. Psát mohu, ale dneska se vše dělá na počítači a zde se dají zvětšit písmena, to není žádný problém. Zrovna zaučuji jednu mladou kolegyni a připravuji se na důchod. Za těch pár měsíců mi došlo, že bych mohla více odpočívat a věnovat se jiným věcem, třeba rodině, manželovi a cestování dokud na to vidím. Nic není definitivní ani zrak.“*

2. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?

„Ano, ale nebojím se i již chodit sama na procházky a ven do města. Televizi stále nesleduji, protože tam nic extra není, raději poslouchám rozhlas. Zase píši pro naše noviny, mohu šít a jiné ruční práce. Začala jsem chodit u nás do domova důchodců a s jednou kamarádkou tam organizujeme kroužek ručních prací pro dědečky a babičky. Je to jen jednou za týden, ale myslím, že to prospělo mě i stařečkům.“ **Chodíte cvičit, sportujete?** *„Ano, snažím se. Chodím do Sokola, cvičím jógu a stále chodím s manželem*

tančit. Skoro každý víkend jezdíme na výlety a seznamujeme se s okolím. To byste nevěřila co je tam míst, která jsem v životě neviděla, a to tam žijeme celý život.“

3. Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?

„S řízením problém nemám, již zase mohu, ale již jsem s řízením skončila definitivně. Ani před tím jsem moc neřídila, nejsem dobrá řidička. **Máte problém s ukazateli nebo s nápisy na obchodech, poznáváte lidi na ulici?** „Ukazatele, značky a jiná dopravní značení mi nevadí a nápisy, značení ulic a jiné orientační body oběma očima již zvládám dobře. Již nepřehlížím lidi a zdravím všechny známé. Sousedé si již neztěžují, že je přehlížím.“

4. Navštěvujete divadlo, kino, sportovní utkání?

„Miluji kulturu, zabývám se jí celý život. A zase chodíme do divadla, na koncerty. Zase organizuji vernisáže a chodím na ně se snachou. Některé výstavy jsou naplánovány dlouho dopředu a já jsem je sjednávala a je dobré se tam objevit, aby se upevnily vztahy. Na sportovní utkání jsem nikdy moc nechodila, ale divadlo to mi opravdu moc chybělo a jsem ráda, že zase mohu a užívám si to.“

5. Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?

„O čtení jsme už mluvily. Když si dobře posvítím tak to již není problém. Nemůžu číst celou noc, ale knihu s přestávkami přečtu. Ruční práce teď organizuji i pro jiné. Ráda šiju a pletu. Pro vnučku jsem ušila a upletla nějaké oblečky pro její oblíbenou panenku. Jsou jí jen dva roky, ale měla velkou radost. S vnučaty často malujeme, vybarvujeme omalovánky a stavíme obrázky z mozaiky. I menší domácí opravy prádla – knoflíky a jiné věci si zašiji a nit do jehly také navleču. To mi nešlo. Hlavně černá nit a večer to byl nepřekonatelný problém. Na větší opravy nebo úpravy šatů stále využívám švadlenu.“

6. Můžete sledovat televizi?

„Televizi sledovat mohu, ale nekoukám na ni, protože tam málokdy je něco, co by mě zaujalo. Spíše ji mám jako zvukovou kulisu, když něco dělám. Třeba pletu. Mám raději rozhlas a velmi často poslouchám staré klasické desky. Manžel mi spravil gramofon a já se ponořím do vzpomínek. Našla jsem desky s pohádkami, které jsem pouštěla dětem a vzpomínám. Kolikrát jsme si s mužem udělali černou hodinku, poslouchali gramofon a vzpomínali. To co jsme si naplánovali, se budeme pokoušet uskutečnit. Něco jsme již uskutečnily a těším se na další.“

7. Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?

„Vykonávat domácí práce není obtížné, to je stejné. Myslím, že jsem slevila ze svého puntičkářského standardu, a asi se ulevilo celé rodině. Takže kapky na dlaždicích v koupelně, drobký na lince a jiné malichernosti mě stále nechávají chladnou. Ale vážně, domácí práce jdou, manžel mi stále hodně pomáhá a vycházíme si všemožně vstříc.“

Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby

1. Z čeho máte největší obavy?

„Obavy? Samozřejmě z toho abych neoslepla. To trvá, nikdy nevím, jak dlouho to vydrží v klidu. Musím si oči kontrolovat, abych na to přišla včas a mohla přijet k Vám. Sice mi stále opakujete už léta, že na tohle onemocnění se neoslepne, ale představa, že nemohu číst, psát a jiné drobné věci je strašná. Snad to vydrží a neobjeví se mi to na druhém oku. Pak se bojím toho, že budu někomu na obtíž, ale to je obava všech stárnoucích lidí, nejen moje. Potíže s očima to jen zhoršují, zrak je pro všechny samozřejmostí. Málokdo si uvědomuje, že to tak není.“

2. Cítíte se ovlivněna svým zrakovým postižením?

„Ano, ve všem, ale je to tím, že vím, co je to špatně vidět. Jsou to maličkosti a ty mi to hodně ztěžují. Hodně se kontrolovat a hlídám. Zkousím si zrak, tak jak jste mi radila, každé ráno na obraze v kuchyni. Nejdřív to lepší oko a potom to nemocné. Často si připomínám, že jsou na tom jiní lidé hůř, že jsou mladší. V poslední době už pro mě představa důchodu není tak strašná a možná se i těším na nové věci, které budu dělat. Už jsem Vám říkala o našich plánech s manželem a s vnoučaty tedy spíše s pravnoučaty. Na naše výlety je můžeme brát s sebou a je s nimi zábava. To si jako rodič neužijete.“

3. Děláte si starosti se svým zrakem?

„Se svým zrakem si dělám starosti pořád. Hodně to ovlivňuje moji psychiku. Dávám si pozor, kontrolovat si zrak, sleduji Amslerovu mřížku, snažím se zdravě jíst a беру vitamínové doplňky na oči. Nikdo nechce slyšet, že stárne a budou věci, které prostě jednou nezvládne. To se týká nejen očí. U zraku je to o to horší, že ten potřebujeme ke všemu. Teď, když je to v klidu, jsem psychicky klidnější, ale stále hlodá červík pochybností a člověk se bojí.“

4. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší? Myslím, že to, že se to může kdykoliv vrátit. Někdy jsem úzkostná a úzkostlivá a víc se hlídám, sleduji a myslím si, že je to zase horší. Prostě občas blbnu.“

5. Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?

„Nikomu jsem nic neřekla a trápila jsem se sama. Zjistila jsem, že jsem jim to měla říct hned a ne být protivná a odtažitá. Nechtěla jsem jim přidělovat starosti. Ted' je tohle vyřešené a všichni mi stále pomáhají a já se s tím snaže vyrovnávala a díky jim jsem to zvládla. Nepřipadám si tak bezmocná a člověk se naučí spoustu věcí. Prostě celý život se učíme. Asi nejvíce mě mrzelo, že nemůžu číst pohádky pravnoučatům, ale to již také zvládám, pohádky jsou psané větším písmem. Také malujeme a stavíme. Ráda poslouchám jejich štěbetání. To oni mi dávají sílu a vůli a já z nich čerpám elán a energii.“

6. Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázána na pomoc lidí z okolí?

„Na pomoc nejbližších si člověk zvykne, ale požádat o pomoc cizí lidi, je pro mě problém, na který si asi nikdy nezvyknu. Ještě nyní občas potřebuji v něčem pomoci, ale stále se ostýchám, ještě v obchodě se zeptám, ale jinak to již zvládnou bez pomoci.“

7. Jak se k Vám chovají ostatní lidé?

„Jak kteří. To je stejné jako před tím. Ti co mě znají a vědí o mých problémech dobře. S cizími je to horší, ale ne všichni jsou zlí nebo bezcitní. Docela mě překvapila mladá generace, taková ta omladina, ale nejhůře se chovají středňáci 40 – 50 let, ti jsou většinou bezohlední, těm ted' patří svět a jim se nemůže nic stát. Starší generace a moji vrstevníci jsou sami ochotni pomoci, pokud mohou a jim se nebojím říci o pomoc. Nejčastěji v obchodě požádám o přečtení etikety nebo na poště.“

8. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Co je nejtěžší? Nevím. Asi to, že chci vše ted' dohonit. To, že nemám na nic čas, že nezvládám skloubit domácnost, práci a rodinu najednou. Vždycky jsem to zvládla. Nevím, rodina mi stále opakuje, že se rodina rozrostla, děti, že mají svoje rodiny. A já mám pocit, že nic nestihám. Člověk si najednou připadá starý, bezmocný a na obtíž. Rodina mi to stále vyvrací, ale stejně. Muž mě podporuje a pomáhá, snaží se celá rodina a já jim to chci vrátit.“

9. Co byste potřebovala, abyste svůj stav zvládala lépe?

„Nevím, co bych potřebovala. Kromě zraku a omládnutí? Jsem ráda, že jsem se mohla vrátit do práce, v našem malém kolektivu se cítím dobře a svoji práci mám ráda. Chtěla bych ty mladé ještě něco naučit, než půjdu do důchodu. Již se toho nebojím a dokonce se těším, co nového budu podnikat.“

10. Co očekáváte od zdravotníků?

„Samozřejmě, že pomoc. To očekáváme asi každý, ale vím, že to vždy nejde. Byla bych ráda, kdyby se to zastavilo a zmizely mi deformace obrazu. Ty mi vadí nejvíce. Všeobecně to co od lékařů a sestřiček očekáváme – pomoc, podporu, empatii. To je stejné jako před léčbou. Ale hlavně více takových profesionálů a lidí jako jste tady. A ráda bych zůstala ve vaší péči.“

11. V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?

„Sestra. Je nejdůležitější článek. Já Vaši práci obdivuji. Co od Vás očekávám? Nevím. Nic a všechno. Ne je důležité jak se k nám chováte, v přístupu. Každý kdo přijde do nemocnice, se bojí. Ať si každý říká, co chce, ale každý se bojí. Sestra je první koho potkáme a na ní hodně záleží, jak se pak cítíme, jestli získáte důvěru a ovlivňuje to naše další chování. Záleží na našich minulých zkušenostech. Já mám docela dobré zkušenosti se sestrami a ráda k Vám chodím.“ **V čem bychom Vám mohli pomoci?** *„Vy mi pomáháte jen tím, že tu jste. Ale všeobecně svým přístupem, profesionalitou, znalostmi, vše mi vysvětlíte, umíte poradit a stále se usmíváte. Vždy mi zodpovíte otázky anebo se zeptáte lékaře. Někdy se člověk ostýchá před lékařem nebo zapomene a může se zeptat Vás. Nejvíce, ale potřebuji poradit, znát názor odborníků a lidsky si promluvit. Znáte různé pomůcky, instituce, víte, co máme a nemáme a je toho spousta. Prostě k Vám potřebuje mít důvěru, proto je dobře, že jsou zde stále známé tváře.“*

12. Přijala byste pomoc, navštívila byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?

„Pomoc našťestí nepotřebuji. Pomoc ne, ale když bych ji opravdu potřebovala, požádala bych Vás o pomoc, o kontakty. Zatím to zvládám a s pomocí rodiny to jde. Myslím, že je spousta lidí, kteří ji potřebují více než já. Již jsem se naučila, že když něco potřebuji, tak se mám zeptat. Takže zatím ne, ale kdybych ji potřebovala, přijmu ji. Doufám, že můj zdravotní stav mi vydrží a já budu moci nabídnout svoji pomoc jiným lidem.“

9.2 Respondent B

Zde je popsáno subjektivní vnímání zdravotního stavu před zahájením léčby a po léčbě v našem specializovaném centru. Respondent v prvním a druhém rozhovoru zhodnotil svůj zdravotní stav a zodpověděl všechny otázky ohledně očních potíží. Mezi jednotlivými rozhovory uběhly zhruba 3 – 4 měsíce.

9.2.1 Přepis rozhovoru před zahájením léčby

Celkový stav, sebezpečí – základní biologické potřeby

1. Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?

„Jak se cítím? Já dobře. Přiměřeně věku. Někdy se cítím jako mladík a někdy jako dědeček. Ale to Vám říká každý. Ne, na svůj věk je to dobré. Snažím se pomáhat mladým, sportuji, tedy snažím se. Už mi to nejde jako dřív. Scházím se s kamarády, hrajeme kulečnick. Rád jezdím na kole, ale teď kvůli očím nemůžu. Špatně vidím a mám obavy. Jinak se léčím jen na vysoký krevní tlak a běžné stařecké neduhy. Občas mě bolí klouby. Jinak to jde. Myslím, že na osmdesát je to ucházející. Asi před pěti lety jsem podstoupil operaci šedého zákalu a nějaký čas to bylo dobré, ale pak se přidala degenerace a od té doby chodím k Vám.“ **Máte nějaké potíže nebo bolesti?** *„To jsem Vám již říkal. Někdy mě bolí klouby, hlavně kyčel. Oči mě nebolí. Občas mě bolí hlava, ale to je v souvislosti se změnou počasí. Tím trpím od mládí. Občas je mi celkově špatně. Většinou když to přeženu s prací nebo na kole. Jinak asi nic.“*

2. V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?

„Největší potíže mám s řízením. Zakázali jste mi řídit. Já pomáhám mladým a často jezdím. To teď nemůžu. To mi vadí asi nejvíc. Nemohu jezdit na kole, ale to souvisí s tím řízením. Špatně vidím na čtení, na televizi. Přestal jsem hrát tenis. Za prvé mě hodně unavuje a nemám odhad, špatně vidím na míček a chlapi si mi dobírají. To je ale také věkem, už jim nestačím. Stále chodím na kulečnick, na to také hůř vidím, ale tam jsou hlavně kamarádi a ti mě hodně pomáhají.“ **Máte potíže s běžnými denními činnostmi sebeobsluhy např. při hygieně, oblékání, jídle?** *„S tím zatím potíže nemám, ale většinu věcí dělá snacha. Mytí a oblékání je v pořádku a najíst se také zvládnou. Těžší je to vše okolo. To mi pomáhají mladí. Od té doby co mi zemřela žena, praní, žehlení, úklid a vaření je na snaše. Uvařit nebo ohřát jídlo to zvládnou, ale péči o domácnost to neumím. Nikdy jsem to nedělal.“*

Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby

1. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?

„V zaměstnání ne, to jsem důchodce. Nemohu pomáhat mladým. Často jsem jezdil autem, vozil věci anebo dělal drobné opravy kolem domu a domácnosti. Na to teď nevidím. Tak jsem nucen odpočívat a to mi vadí.“

2. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?

„Ano, vidění mě hodně limituje. Nehraji tenis, nemám odhad a netrefím se do míčku, nejezdím na kole ani autem. To jste mi zakázali, ale já si myslím, že bych mohl, vždyť jezdí, 65 let. Ne, neměl bych. Já vím. Taky nemůžu číst, dívat se na televizi ani chodit na hokej. Jediné co ještě zvládám je kulečník, ten hlavně kvůli kamarádům. Také mě snacha vyhnala ze zahrádky, prý místo plevele vytrhávám pěstované rostlinky. Je to hrůza, ale nejvíce mi vadí řízení. Já si myslel, že po zákalu to bude dobré. Bylo, ale jen chvíli a pak tohle. Myslíte, že to bude o něco lepší?“

3. Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?

„Ano, to jsem již říkal. To mi hodně vadí, zakázali jste mi to. Vždyť jezdím pětadesát let a nikdy jsem neboural. Říkáte, že nemám prostorové vidění. Je pravda, že mám horší odhad vzdáleností.“ **Jak velký problém Vám dělá přečíst ukazatele, návěstí, semaforey?** *„Je pravda, že ukazatele vidím špatně, značky a nápisy vidím až na poslední chvíli, ale barvy na semaforu vidím a hlavně si je pamatuji. Mám problém s odhadem vzdálenosti a špatně si mi couvá. Neodhadnu vzdálenost od obrubníku.“* **Jak moc je pro Vás obtížné řídit ve známém prostředí během dne?** *„To si myslím, že zvládám, ale nesmím. Ve dne s řízením mám problém, když svítí sluníčko. To mě vadí i normálně, ale v autě mě hodně oslňuje.“* **A co za šera a při špatném počasí, když je horší viditelnost?** *„Tak to je velký problém. To opravdu nejezdím, to si netroufám. Při špatném světle opravdu špatně vidím a jedno oko se hned unaví, začne slzet a nevidím vůbec nic. V noci nemohu řídit.“* **Cítíte se nyní bezpečně při řízení motorového vozidla?** *„Řídím dlouho, takže se cítím bezpečně, ale děti mě zrazují, abych teď neřídil. Někdy mi to dělá větší problém a jindy je to dobré. Přesně jak říkáte, záleží na počasí, jak se cítím celkově, opravdu to vidění s tímto vším souvisí.“*

4. Navštěvuje divadlo, kino, sportovní utkání?

„Divadlo a kino moc ne, to spíš ještě když žila žena, ta chodila ráda. Já nechodím, to raději zajdu na hokej, ale letos jsem moc nechodil, protože nevidím na puk. Doufám, že mi to do mistrovství světa spravíte, abych mohl koukat alespoň v televizi.“

5. Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?

*„Ruční práce? Myslíte jako šití nebo snad pletení?“ **Ne. Myslím třeba drobné práce v dílně, šroubky a tak.** „Aha, tak to je velký problém, na to opravdu špatně vidím, třeba zašroubovat šroubek a trefit se šroubovákem do hlavičky, to chce hodně trpělivosti a tu já nemám. Raději to teď nedělám. Větší věci udělám, ale trvá mi to podstatně déle než dřív, ale to může být i věkem.“ **A co čtení?** „Čtení je velký problém. Mám uprostřed flek a přes ten nevidím. Když si potřebuji něco přečíst, musím použít brýle a ještě lupu. Přečíst noviny mi trvá celý den, musím je číst na etapy, postupně. Hodně mi pomáhá světlo. Všechno si musím hodně osvětit, používám rozptýlené studené světlo ne žárovku. Rychle se unavím a musím čtení odložit a odpočinout si.“*

6. Můžete sledovat televizi?

„Televizi sledovat mohu, ale špatně na ni vidím. Přisunul jsem si křeslo blíž a dnešní obrazovky jsou mnohem lepší než dřív. Přestože mám velkou obrazovku tak titulky nebo teletext nepřečtu. Pokud chci něco přečíst na televizi, musím jít až k ní. Sportovní utkání sleduji jen některá například tenis, hokej nebo fotbal mi dělá problém, tam nevidím míč nebo puk. Připadám si jako za stara a spíše poslouchám komentář, ale dnešní komentátoři nejsou jako ti staří, ti to uměli a člověk se mohl orientovat i u rozhlasu. Rád sleduji staré filmy pro pamětníky a ty znám, proto ne ně nemusím dobře vidět.“

7. Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?

„Domácí práce moc nevykonávám, to většinou dělala nebožka žena a potom co mi umřela, je převzala snacha. Běžné domácí práce si udělám třeba ohřát jídlo, umýt nádobí a tak to si dělám sám, i když snacha někdy nadává nad nádobím. Na to vidím špatně. Ostatní jako vaření, praní žehlení to ani neumím. Uklidím si, vyluxuji, ale jednou za týden mi větší úklid udělá snacha nebo vnučka.“

Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby

1. Z čeho máte největší obavy?

„Největší strach mám z toho, že mi seberete řidičák, ta bych asi nepřežil. Jsem starý, ale řídit potřebuji. To je moje velká vášeň. Řídím už od vojny a jeden čas jsem se tím i živil. To mi nesmíte vzít! Také mám strach, abych úplně neoslepl. Vy říkáte, že mi úplná slepota nehrozí a i v nejtěžších případech je možná orientace ve známém prostředí. Co by ale člověk z toho zbytku života měl? To si dost dobře nedokážu představit. Byl bych jen na obtíž a všem bych přidělával starosti. To mi docela straší.“

2. Cítíte se ovlivněn svým zrakovým postižením?

„Samozřejmě, že se cítím ovlivněn. K horšímu. Když o tom tak přemýšlím, není to jen viděním, ale velkou roli zde hraje i věk. Obojí dohromady je hodně špatná kombinace. Kdybych byl mladší, možná bych se s tím postižením vyrovnal lépe.“ **Myslíte, že mladí lidé se s tím mohou vyrovnat lépe než staří?** „Myslím. Mladí mají dnes jiné možnosti, techniku a snáze se učí a přizpůsobují. To my staří již neumíme a špatně se vyrovnáváme s příchodem stáří a věříme, že se dožijeme smrti ve zdraví a soběstační. Bohužel to není pravda. Se stárím přichází i nemoci.“

3. Děláte si starosti se svým zrakem?

„Ano, dělám si velké starosti se zrakem. Vždyť bych byl mrzutý a hodně nepříjemný dědek. Seděl bych doma, na všechno a na všechny bych jenom nadával. To by nebyl život, ale živoření.“

4. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší je pro mě, že nemohu řídit a to čtení. To jsou věci, které mi hodně vadí a psychicky mě ničí. Nevím, co bych ještě mohl udělat, aby se mi zrak zase ustálil nebo zlepšil. Dal bych za to cokoli. Medicína umí hodně, ale omládnout nelze.“

5. Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?

„Ne moc dobře. Já sám si uvědomuji, že jsem na mladé někdy nepříjemný a sám sobě jsem protivný. Jenže oni si neuvědomují, jak mě to omezuje. Nemohu dělat vše, co bych chtěl. Často se utrhnu bez příčiny. Snažím se dělat, co mohu, ale vzhledem k očím mi to nejde nebo jde pomalu a já jsem hodně netrpělivý.“ **Řekl jste to rodině hned, vysvětlil jste jim Váš problém?** „Ne, řekl jsem jim to. Snažím se jim to vysvětlit, ale oni nevědí a nemohou pochopit, že něco vidím a něco ne. Syn se diví, že nevidím, co mám na talíři, ale

to co je vedle to vidím. Proto jsem nevrlý a netrpělivý. Snažím se být trpělivý, ale někdy to prostě opravdu nejde.“

6. Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc lidí z okolí?

„Jsem z toho nešťastný. Nikomu neznámému jsem zatím neřekl o pomoc. Vyhýbám se situacím, kde bych potřeboval pomoc. Doma si také někdy připadám neschopně a vadí mi to. Nechci být na nikom závislý. V domácnosti mi pomáhali mladí i před tím, takže tam to není tak zlé. Kamarádi mi také pomáhají, ale to je vzájemné, vždyť jsme dědci a tak si pomáháme. Jeden dělá to a druzí něco jiného, co kdo zvládne.“

7. Jak se k Vám chovají ostatní lidé?

„Rodina a kamarádi normálně, maximálně se mě zeptají, jestli nepotřebuji pomoci. To jsou lidé, kteří vědí o mém problému. Známi mi občas vytýkají, že je přehlížím, ale já je poznám, až když mě pozdraví. To je pak poznám a snažím se omluvit. Jsou to velmi nepříjemné situace. Cizí lidé mi nevadí, myslím si, že vzhledem ke svému věku mám nárok na nějaké úlevy.“

8. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší je to, že neřídím. Řízení mi hodně chybí. Vadí mě, že nemohu číst a chodit na hokej. Jediné co mi dodává sílu je rodina a kulečník s kamarády. To mě hodně nabíjí. Také mě vadí, že obtěžuji rodinu a přidělávám jim práci. Všichni mají své starosti a já je ještě musím obtěžovat.“

9. Co byste potřeboval, abyste svůj stav zvládal lépe?

„Co bych potřeboval? Chtěl bych zase dobře vidět a být mladší. Naučit se s novou technikou. Mobil je pro mě hodně obtížný a na počítači jsem zvládl minimum, vždy s tím něco provedu a vnučka má práci ho dát do původního stavu, ale jinak je to úžasné. Na počítači mohu i číst, vnučka mi zvětšila písma a tak si mohu novinky přečíst na počítači. Ale noviny jsou noviny. Doufám, že se nám to podaří stabilizovat a já se dám zase do pořádku.“

10. Co očekáváte od zdravotníků?

„Pomoc. Víím, že jste odborníci, tak pomoc. Důležitá je důvěra a já Vám bezmezně věřím. Zatím jsem měl asi štěstí na dobré zdravotníky a hodné a upřímné lidi. Moje zkušenosti se zdravotníky jsou kladné. Věřím Vám. Hodně si zakládám na komunikaci. Vždy jste mě všechno vysvětlili, a když se Vás zeptám, tak mi to vysvětlíte a mluvíte s námi.“

Je důležité, jak se k nám všem chováte, neděláte rozdíly a berete nás jako lidi a ne jako kus. Máte to těžké, ale Vy se vždy usmíváte, přestože máte svých starostí určitě hodně. Přes všechny potíže, které mám, sem k Vám chodím rád. Vše je o důvěře. Za to Vám všem děkuji.“

11. V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?

„V čem byste mi mohla pomoci. Vždyt' Vy nám pomáháte už jen tím, že jste tady s námi. Sestřičky jsou jedním z nejdůležitějších článků, který nás spojuje s lékaři. Vám člověk řekne často víc než lékaři. Jste odbornice a Vaše lidskost a vstřícnost mi hodně pomáhá. Velmi obdivuji Vaši práci, tu by každý dělat nemohl.“

12. Přijal byste pomoc, navštívil byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?

„Já ji nepotřebuji, já to zvládnu. Musím! Tam by Vám mohli pomoci třeba s počítačem, mají tam různé kurzy. Jedná se i o takovouto pomoc. „Aha, to jsem nevěděl. To bych mohl zkusit. Já ani nevím, s čím by mi mohli pomoci. Já si myslel, že se tam zabývají jen třeba nevidomými, oni poskytují i jiné služby? To jsem nevěděl. O tom si ještě promluvíme. S tím počítačem to není špatný nápad.“

9.2.2 Přepis rozhovoru po léčbě

Celkový stav, sebeděče – základní biologické potřeby

1. Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?

*„Jak se cítím? Dobře. Přiměřeně věku. S očima je to lepší stabilizovalo se to a hodně záleží na počasí a no tom jak se já cítím. Někdy se cítím jako mladík a někdy jako dědeček. Na svůj věk je to dobré. Snažím se pomáhat mladým, sportuji, tedy snažím se. Už mi to nejde jako dřív. Scházím se s kamarády, hrajeme kulečnick. Zase jezdím na kole. Jinak se léčím jen na vysoký krevní tlak a běžné stařecké neduhy. Občas mě bolí klouby. Jinak to jde. Myslím, že na osmdesát je to ucházející. Asi před pěti lety jsem podstoupil operaci šedého zákalu a nějaký čas to bylo dobré, ale pak se přidala degenerace a od té doby chodím k Vám.“ **Máte nějaké potíže nebo bolesti?** „To jsem Vám již říkal. Někdy mě bolí klouby, hlavně kyčel. Oči mě nebolí. Občas mě bolí hlava, ale to je v souvislosti se změnou počasí. Tím trpím od mládí. Občas je mi celkově špatně. Většinou když to přeženu s prací nebo na kole. Jinak asi nic.“*

2. V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?

„*Ted' jsem asi nejvíce omezen věkem. Oči se mi trochu zlepšily a uvědomil jsem si, jak jsou důležité. Některé věci jsem přestal dělat a hodně věcí jsem omezil nebo změnil. Přestal jsem hrát tenis. Za prvé mě hodně unavuje a nemám odhad. To je ale také věkem, už jim nestačím. Stále chodím na kulečnick, protože tam mám kamarády a ti mě hodně pomáhají.*“ **Máte potíže s běžnými denními činnostmi sebeobsluhy např. při hygieně, oblékání, jídle?** „*S tím potíže nemám, ale většinu věcí dělá snacha. Mytí a oblékání je v pořádku a najíst se také zvládnou. Těžší je to vše okolo. To mi pomáhají mladí. Od té doby co mi zemřela žena, praní, žehlení, úklid a vaření je na snaše. Uvařit nebo ohřát jídlo to zvládnou, ale péči o domácnost to neumím. Nikdy jsem to nedělal.*“

Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby

1. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?

„*V zaměstnání ne, to jsem důchodce. Zase pomáhám mladým, ale ne tolik jako dřív. Často jsem jezdil autem, vozil věci anebo dělal drobné opravy kolem domu a domácnosti. Více teď odpočívám. Věnuji se zahrádce a to mě uspokojuje. Pěstuji zeleninu na chalupě a vozím ji mladým. Prakticky jsem se přestěhoval na chalupu. Rybařím, chodím do lesa a odpočívám.*“

2. Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?

„*Ano, ale ne jako dřív. Našel jsem si jiné koníčky. Nehraji tenis, mohu jezdit na kole a zase řídím auto. Taky čtu, dívám se na televizi hlavně na sport. Dvakrát v týdnu jezdím do Plzně na kulečnick, hlavně kvůli kamarádům. Občas zajdu na fotbal nebo na hokejové utkání. Jak už jsem říkal, zahradničím, rybařím, chodím na procházky, protože jsem si pořídil na chalupu pejska a ten mě hodně zaměstná. Mladým pomáhám jen někdy, když potřebují a jen to, co zvládnou.*“

3. Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?

„*Ano, ale jen v noci nebo za šera. Proto v noci nejezdím, a když je špatné počasí tak výjimečně. Jezdím pětadesát let a nikdy jsem neboursal. Říkáte, že nemám prostorové vidění. Je pravda, že mám horší odhad vzdáleností a proto jsem hodně opatrný.*“ **Jak velký problém Vám dělá přecházení ukazatele, návěstí, semaforů?** „*Je pravda, že ukazatele špatně vidím za šera, značky a nápisy vidím až na poslední chvíli, ale barvy na semaforu vidím a hlavně si je pamatuji. Mám problém s odhadem vzdálenosti a hůře si mi couvá.*“

Neodhadnu vzdálenost od obrubníku. Jak moc je pro Vás obtížné řídit ve známém prostředí během dne? „ To si myslím, že zvládám. Ve dne s řízením mám problém, jen když svítí sluníčko. To mě vadí i normálně, ale v autě mě hodně oslňuje. A co za šera a při špatném počasí, když je horší viditelnost? „Tak to je i nadále velký problém. To nejezdím, to si netroufám. Při špatném světle špatně vidím. V noci nemohu řídit.“ Cítíte se nyní bezpečně při řízení motorového vozidla? „Řídím dlouho, takže se cítím bezpečně, ale jsem opatrnější a dávám si více pozor. Někdy mi to dělá větší problém a jindy je to dobré. Přesně jak říkáte, záleží na počasí, jak se cítím celkově, opravdu to vidění s tímto vším souvisí.“

4. Navštěvuje divadlo, kino, sportovní utkání?

„Divadlo a kino moc ne, to spíš ještě když žila žena, ta chodila ráda. Já nechodím, to raději zajdu na hokej a na fotbale jsem se byl zase několikrát podívat. Rád sleduji sport v televizi.“

5. Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?

*„Ruční práce? Myslíte jako šití nebo snad pletení?“ **Ne. Myslím třeba drobné práce v dílně, šroubky a tak.** „Aha, tak to je stále velký problém mám breptavé ruce a vše mi trvá dlouho, třeba zašroubovat šroubek a trefit se šroubovákem do hlavičky, to chce hodně trpělivosti a tu já nemám. Větší věci udělám, ale trvá mi to podstatně déle než dřív, ale to může být i věkem.“ **A co čtení?** „Čtení už není tak velký problém. Když si potřebuji něco přečíst, použiji brýle a někdy ještě lupu. Přečtu si noviny a dokáži si pomoci. Třeba světlem. Hodně mi pomáhá světlo. Všechno si musím hodně osvítit, používám rozptýlené studené světlo ne žárovku. Nejlepší je denní světlo nebo sluníčko.“*

6. Můžete sledovat televizi?

„Televizi sledovat mohu. Křeslo jsem si nechal blíž a velká obrazovka je mnohem lepší než dřív. Titulky nebo teletext přečtu. A pokud mi něco nejde přečíst na televizi, dojdou si blíž. Sportovní utkání zase sleduji například tenis, hokej nebo fotbal mi dělá stále problém, tam nevidím míč nebo puk, ale asi proto, že jsou na mě moc rychlí. Jsem moc rád, že se mi to upravilo a mohu sledovat své oblíbené pořady.“

7. Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?

„Domácí práce moc nevykonávám, to většinou dělala nebožka žena a potom co mi umřela, je převzala snacha. Běžné domácí práce si udělám třeba ohřát jídlo, umýt nádobí

a tak to si dělám sám, i když snacha někdy nadává nad nádobím. Na to vidím špatně. Ostatní jako vaření, praní žehlení to ani neumím. Uklidím si, vyluxuji, ale jednou za týden mi větší úklid udělá snacha nebo vnučka. Od té doby co jsem na chalupě, se snažím si spoustu věcí udělat a zase se učím, ale jednou za čas stejně pomohou mladí.“

Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby

1. Z čeho máte největší obavy?

„Největší strach mám z toho, aby se mi to zase nevrátilo. Protože byste mi mohli sebrat řidičák a to bych asi nepřežil. Jsem starý, ale řídit potřebuji. To je moje velká vášeň. Řídím už od vojny a jeden čas jsem se tím i živil. Také mám strach, abych úplně neoslepl. Vy říkáte, že mi úplná slepota nehrozí a i v nejtěžších případech je možná orientace ve známém prostředí. Co by ale člověk z toho zbytku života měl? To si dost dobře nedokážu představit. Byl bych jen na obtíž a všem bych přidělával starosti. To mi docela straší.“

2. Cítíte se ovlivněn svým zrakovým postižením?

*„Samozřejmě, že se cítím ovlivněn. To je stejné jako minule. I když se oči zlepšily, mám strach, aby se to nevrátilo. Ovlivňuje mě to k horšímu. Když o tom tak přemýšlím, není to jen viděním, ale velkou roli zde hraje i věk. Obojí dohromady je hodně špatná kombinace. Kdybych byl mladší, možná bych se s tím postižením vyrovnal lépe.“ **Myslíte, že mladí lidé se s tím mohou vyrovnat lépe než staří?** „Myslím. Mladí mají dnes jiné možnosti, techniku a snáze se učí a přizpůsobují. To my staří již neumíme a špatně se vyrovnáváme s příchodem stáří a věříme, že se dožijeme smrti ve zdraví a soběstační. Bohužel to není pravda. Se stářím přichází i nemoci. Trochu mě uklidňuje, že jsem se od Vás dozvěděl o institucích, které jsou schopny a ochotny nám pomoci. Byl jsem se tam podívat a hodně mě to psychicky pomohlo. Dělají tam úžasné věci.“*

3. Děláte si starosti se svým zrakem?

„Ano, dělám si velké starosti se zrakem. Uvědomil jsem, si jak jsou oči důležité. Vždyť bych byl mrzutý a hodně nepříjemný dědek. Seděl bych doma, na všechno a na všechny bych jenom nadával. To by nebyl život, ale živoření a děti by mě museli dát do domova důchodců.“

4. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší je pro mě, vyrovnat se s omezeními, které přichází s věkem. To jsou věci, které mi hodně vadí. Nevím, co bych ještě mohl udělat, abych se s tím vyrovnal. Medicína umí hodně, ale omládnout nelze.“

5. Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?

„Od té doby co jsem na chalupě, je to lepší. Připadám si soběstačný a samostatný. Já sám si uvědomuji, že jsem na mladé byl někdy nepříjemný a sám sobě jsem protivný. Jenže oni si neuvědomují, jak mě to omezovalo. Nemohu dělat vše, co bych chtěl. Často se utrhnu bez příčiny. Snažím se dělat, co mohu, ale vzhledem k věku mi to nejde nebo jde pomalu a já jsem hodně netrpělivý. Konečně jsem si přiznal, že je to i věkem.“ **Řekl jste rodině, vysvětlil jste jim, že Váš problém nejsou jen oči?** *„Ne, řekl jsem jim to, přiznal jsem se, že už to není jako dřív, a že nemohu vše svádět na oči. Věk je věk.“*

6. Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc lidí z okolí?

„Jsem z toho nešťastný. Nikomu neznámému jsem zatím neřekl o pomoc. Vyhýbám se situacím, kde bych potřeboval pomoc. Doma si také někdy připadám neschopně a vadí mi to. Nechci být na nikom závislý. V domácnosti mi pomáhali mladí i před tím, takže tam to není tak zlé. Kamarádi mi také pomáhají, ale to je vzájemné, vždyť jsme dědci a tak si pomáháme. Jeden dělá to a druzí něco jiného, co kdo zvládne. Když jsem si připustil věk a pochopil situaci, negativní pocity se zmírnily. Pomalu si budu zvykat, že jednou asi opravdu budu potřebovat pomoc ostatních.“

7. Jak se k Vám chovají ostatní lidé?

„Rodina a kamarádi normálně, maximálně se mě zeptají, jestli nepotřebuji pomoci. To jsou lidé, kteří vědí o mém problému. Známí mi občas vytýkají, že je přehlížím, ale já je poznám, až když mě pozdraví. To je pak poznám a snažím se omluvit. Jsou to velmi nepříjemné situace. Cizí lidé mi nevadí, myslím si, že vzhledem ke svému věku mám nárok na nějaké úlevy.“

8. Co je pro vás nejtěžší v současné době?

„Nejtěžší je to, že stárnu. Musel jsem si to přiznat. Řízení mi hodně chybělo, ale už zase jezdím. Sice jen ve dne, ale řídím. Rodina mi dodává stále sílu a na kulečnick s kamarády si zajdu dvakrát v týdnu. To mě hodně nabíjí. Také mě vadí, že obtěžuji rodinu

a přidělávám jim práci. Všichni mají své starosti a já je ještě musím obtěžovat, ale na to si budu muset zvyknout a přijmout to jak to bude přicházet.“

9. Co byste potřeboval, abyste svůj stav zvládal lépe?

„Co bych potřeboval? Chtěl bych být mladší. Naučit se s novou technikou. Mobil je pro mě hodně obtížný a na počítači jsem zvládl minimum, vždy s tím něco provedu a vnučka má práci ho dát do původního stavu, ale jinak je to úžasné. Na počítači mohu i číst, vnučka mi zvětšila písmena a tak si mohu novinky přečíst na počítači. Ale noviny jsou noviny. Doufám, že se nám to podaří stabilizovat a já se dám zase do pořádku.“

10. Co očekáváte od zdravotníků?

„Pomoc. Víím, že jste odborníci, tak pomoc. Důležitá je důvěra a já Vám bezmezně věřím. Zatím jsem měl asi štěstí na dobré zdravotníky a hodné a upřímné lidi. Moje zkušenosti se zdravotníky jsou kladné. Věřím Vám. Hodně si zakládám na komunikaci. Vždy jste mě všechno vysvětlili, a když se Vás zeptám, tak mi to vysvětlíte a mluvíte s námi. Je důležité, jak se k nám všem chováte, neděláte rozdíly a berete nás jako lidi a ne jako kus. Máte to těžké, ale Vy se vždy usmíváte, přestože máte svých starostí určitě hodně. Přes všechny potíže, které mám, sem k Vám chodím rád. Vše je o důvěře. Za to Vám všem děkuji a doufám, že k Vám budu moci chodit i nadále na kontroly. Kdyby se vyskytly problémy, mohli byste rychleji zasáhnout.“

11. V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?

„V čem byste mi mohla pomoci. Vždyt' Vy nám pomáháte už jen tím, že jste tady s námi. Sestřičky jsou jedním z nejdůležitějším článkem, který nás spojuje s lékaři. Vám člověk řekne často víc než lékaři. Jste odbornice a Vaše lidskost a vstřícnost mi hodně pomáhá. Hodně jste mi pomohla s informacemi o Tyfloservis. Využil jsem Vaši informaci a byl jsem se tam podívat.“

12. Přijal byste pomoc, navštívil byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?

„Ano, přijal. Přiznám se, že to byl velmi dobrý typ. Byl jsem se tam podívat a hodně jsem se naučil. Přihlásil jsem se do kurzu počítačové techniky a chodím tam. Hodně jsem se dozvěděl o počítači a spoustu jiných věcí. Víte co všechno nabízejí? Je to úžasné. Chodí tam spousta lidí a já tam našel pár lidí, se stejnými nebo podobnými problémy jako mám já. Děkuji za typ. Rád tam chodím a budu se snažit pomáhat druhým, jak jen to půjde.“

Stručný přehled odpovědí respondentů uvedený v tabulkách

Tabulka 1- Celkový stav, sebepéče – základní biologické potřeby před léčbou

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?	Fyzicky se cítím celkem dobře, ale mám neschopenku. Celkově se léčím na vysoký tlak a se štítnou žlázou. Jinak si myslím, že jsem na tom docela dobře.
		Cítím se dobře. Přiměřeně věku. Občas mě něco bolí k věku.
2.	V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?	Skoro ve všem. Nemohu číst, psát a nemohu chodit do práce. S běžnými činnostmi problém nemám.
		Nejvíce mi vadí, že nemohu řídit. Sebeobsluha mě problém nedělá. Problém je vše okolo.

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 - Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby před léčbou

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?	Ano, nemohu chodit do práce, nejde mi číst, psát a pracovat na počítači.
		Dělají mi velký problém drobné práce a řízení.
2.	Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?	Ano, nemohu chodit na procházky, číst, dělat ruční práce.
		Mám problém se sportem, řízením, nemohu číst ani koukat na televizi.

3.	Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?	Ano, ale nikdy jsem moc nejezdila.
		Ano, to je můj největší problém. Nemám odhad vzdálenosti, nevidím po tmě a za šera.
4.	Navštěvujete divadlo, kino, sportovní utkání?	Ted', ne. Spíše koncerty a výstavy, které jsem organizovala.
		Divadlo a kino ne. Nemohu, ale chodit na sportovní utkání. Nevidím na ně.
5.	Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?	Obojí ted' nemohu dělat.
		To je ted' velmi problematické. Používám lupu a hodně světla.
6.	Můžete sledovat televizi?	Ano, mohu, ale špatně. Spíše jako rozhlas ji poslouchám.
		Ano, mohu, ale špatně. Spíše jako rozhlas ji poslouchám.
7.	Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?	Velmi obtížně je zvládnout s různými omezeními.
		Domácí práce nevykonávám, jen ty snadné. Jako ohřátí jídla a mytí nádobí.

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 - Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby před léčbou

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Z čeho máte největší obavy?	Bojím se, že oslepnu a budu ostatním na obtíž.
		Bojím se, že oslepnu a budu ostatním na obtíž.
2.	Cítíte se ovlivněna svým zrakovým postižením?	Samozřejmě, ve všech činnostech.
		Samozřejmě, ve všech činnostech.
3.	Děláte si starosti se svým zrakem?	Ano, dělám si velké starosti. Vždyť zrak potřebujeme k všem činnostem.
		Ano, dělám si velké starosti. Vždyť zrak potřebujeme k všem činnostem.
4.	Co je pro vás nejtěžší v současné době?	Že nejsem úplně soběstačná.
		Že nemohu řídit a číst.
5.	Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?	Mě ovlivňuje hlavně psychicky, nechci jim být na obtíž. Hlavně rodina mi pomáhá a dodává sílu.
		Záporně, jsem doma nepříjemný a nerudný.
6.	Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázána na pomoc lidí z okolí?	Samé záporné. Stydím se, je mi to trpné a celkově to nesu špatně.
		Jsem z toho nešťastný a vyhýbám se situacím, kde bych potřeboval pomoc.
	Jak se k Vám chovají ostatní lidé?	Většinou dobře až ne lidi ve

7.		středním věku, to jsou suveréni, zejména chlapi.
8.	Co je pro vás nejtěžší v současné době?	<p>Nejtěžší je, že nemohu chodit do práce, že nemohu pomoci dětem a že se o mě musí starat muž.</p> <p>Nejtěžší je, že nemohu řídit. To mi nejvíce chybí. Vadí mně, že obtěžuji rodinu.</p>
9.	Co byste potřebovala, abyste svůj stav zvládala lépe?	<p>Zlepšit zrak a omládnout a psychicky by mě pomohlo jít do práce.</p> <p>Být mladší. Degenerace je nemoc stáří.</p>
10.	Co očekáváte od zdravotníků?	<p>Pomoc, radu, morální podporu, komunikaci, soucit empatii.</p> <p>Pomoc, odbornou i psychickou, vhodnou komunikaci, vysvětlení.</p>
11.	V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?	<p>Empatii, ochotu, psychickou podporu, informace, profesionalitu, zvýšení sebedůvěry.</p> <p>Ochotu, empatii, morální podporu, pomoc, lidskost, vstřícnost, informace.</p>
12.	Přijala byste pomoc, navštívila byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?	<p>Asi ne, zatím ji nepotřebuji.</p> <p>Asi ne, zatím ji nepotřebuji.</p>

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 - Celkový stav, sebeděče – základní biologické potřeby po léčbě

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Jak se cítíte? Jaký je Váš celkový stav?	Fyzicky se cítím celkem dobře, ale mám neschopenku. Celkově se léčím na vysoký tlak a se štítnou žlázou. Jinak si myslím, že jsem na tom docela dobře.
		Cítím se dobře. Přiměřeně věku. Občas mě něco bolí k věku.
2.	V čem jste nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem?	Vše se zlepšilo, zase chodím do práce a mohu číst. S běžnými činnostmi problém nemám.
		Teď se již cítím jako dřív a mohu řídit. Sebeobsluha mě problém nedělá. Problém je vše okolo.

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 - Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby po léčbě

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Ovlivňuje Vás onemocnění zraku v pracovních aktivitách?	Již ne, chodím do práce, čtu, píši a pracuji na počítači, ale uvažuji o odchodu do důchodu.
		Dělají mi velký problém drobné práce a odhad vzdálenosti.

2.	Ovlivňuje Vás onemocnění zraku ve volnočasových aktivitách?	Ano, ale ne tolik jako před léčbou.
		Ano, ale ne tolik jako před léčbou. Asi jsem se přizpůsobil.
3.	Dělá Vám problém řídit motorové vozidlo?	Ano, ale nikdy jsem moc nejezdila. Teď jsem se rozhodla neřídit vůbec.
		Ano. Nemám odhad vzdálenosti, nevidím po tmě a za šera. Ve dne již řídím.
4.	Navštěvujete divadlo, kino, sportovní utkání?	Ano, zase chodím. Koncerty a výstavy zase organizuji.
		Divadlo a kino ne. Zase chodím na hokej a fotbal.
5.	Jak je pro Vás obtížné čtení nebo ruční práce?	Obojí teď mohu dělat s mírným omezením.
		To je stále problematické. Používám lupu a hodně světla. S pomůckami mohu.
6.	Můžete sledovat televizi?	Ano, mohu, ale stejně tam nic nedávají.
		Ano, zase sleduji sportovní programy.
7.	Jak je obtížné pro Vás vykonávat domácí práce?	Domácnost zvládám. Změnila jsem trochu přístup.
		Domácí práce nevykonávám, jen ty snadné. Jako ohřátí jídla a mytí nádobí.

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 - Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby po léčbě

Číslo otázky	Znění otázky	Odpovědi
		Respondent A
		Respondent B
1.	Z čeho máte největší obavy?	Bojím se, že oslepnu a budu ostatním na obtíž. Tyto obavy přetrvávají.
		Bojím se, že oslepnu a budu ostatním na obtíž. I nadále se tím trápím.
2.	Cítíte se ovlivněna svým zrakovým postižením?	Samozřejmě, ve všech činnostech, ale v menší míře. Člověk se přizpůsobí.
		Samozřejmě, ve všech činnostech, ale je to i věkem.

3.	Děláte si starosti se svým zrakem?	Ano, dělám si velké starosti. Vždyť zrak potřebujeme k všem činnostem.
		Ano, dělám si velké starosti. Vždyť zrak potřebujeme k všem činnostem.
4.	Co je pro vás nejtěžší v současné době?	Přizpůsobit se nové situaci a odchodu do důchodu.
		Že nezvládám to, co dřív
5.	Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými?	Mě ovlivňuje hlavně psychicky, ale pomohl mi návrat do práce. Hlavně rodina mi pomáhá a dodává sílu.
		Záporně, ale bydlím teď na chalupě a jsem více méně soběstačný, a proto je to lepší.
6.	Jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázána na pomoc lidí z okolí?	Samé záporné. Stydím se, je mi to trpné a celkově to nesu špatně.
		Jsem z toho nešťastný a vyhýbám se situacím, kde bych potřeboval pomoc.
7.	Jak se k Vám chovají ostatní lidé?	Většinou dobře až ne lidi ve středním věku, to jsou suveréni, zejména chlapi.
		Rodina a nejbližší dobře. Známi mi vytýkají, že je přehlížím. Je to velmi nepříjemné.
8.	Co je pro vás nejtěžší v současné době?	Nejtěžší je, že nemám na nic čas, chci vše dohnat.
		Nejtěžší je přizpůsobit se věku a určitým omezením.
9.	Co byste potřebovala, abyste svůj stav zvládala lépe?	Zlepšit zrak, omládnout a psychicky mě pomohlo, že jsem mohla jít do práce.
		Být mladší. Degenerace je nemoc stáří.
10.	Co očekáváte od zdravotníků?	Pomoc, radu, morální podporu, komunikaci, soucit empatii.
		Pomoc, odbornou i psychickou, vhodnou komunikaci, vysvětlení.
11.	V čem by Vám mohla pomoci všeobecná sestra?	Empatii, ochotu, psychickou podporu, informace, profesionalitu, zvýšení sebedůvěry.
		Ochotu, empatii, morální podporu, pomoc, lidskost, vstřícnost, informace.

12.	Přijala byste pomoc, navštívila byste instituci zabývající se pomocí slabozrakým a nevidomým?	Asi ne, zatím ji nepotřebuji.
		Ano a již jsem ji přijal.

Zdroj: vlastní

10 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

10.1 Analýza rozhovorů respondenta A

Objektivní pozorování během rozhovoru v první fázi

Respondentka během hovoru působí úzkostně, uvědomuje si svůj problém a potíže se zrakem nabyly na důležitost. Několikrát opakovala, že nechce obtěžovat rodinu, zejména děti. Na otázku, jestli to děti ví. „*Ne, zatím ne. Ale řeknu jim to.*“

Analýza subjektivních odpovědí

V rozhovoru jsme se zaměřily na naše výzkumné otázky. S pomocí respondentky jsme dospěly k odpovědím.

1) V čem je nemocný nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem, a ve kterých oblastech?

Pacient s VPMD je ovlivněn hlavně v oblasti

- obvyklých činností (práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)
- obtíže/ bolest
- úzkost a deprese

2) Co nemocného nejvíce znepokojuje a jak se s tím vyrovnává a z čeho máte největší obavy?

Nejvíce respondentce vadí, že nemůže chodit do zaměstnání, obtíže v chodu domácnosti, nemůže číst a psát nebo jen s velkým úsilím. Obává se, že bude okolí na obtíž. Nechce požádat o pomoc děti. Nejvíce jí pomáhá manžel, který je velkou oporou. V zaměstnání respondentce umožnili pracovat z domova a pomáhat mladším, nezkušeným kolegyním. Toto gesto mělo obrovský vliv na psychiku respondentky. Největší obavy měla respondentka z oslepnutí. A hlavně aby nebyla na obtíž rodině.

3) Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými a jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc jiných lidí?

Respondentka prožívá velmi záporné emoce a to ji psychicky velmi ovlivňuje ve vztahu s rodinou. O pomoc sama nechce požádat, s tím, že ji nepotřebuje. V této fázi rozhovoru byl přítomen manžel, který se ochotně zapojil do rozhovoru, podporoval celou dobu paní a sám leccos doplnil. Rodina samozřejmě o problému ví a snaží se pomáhat. Okolí se snaží pomoci a v zaměstnání respondentku zapojili do procesu a tím se snížilo depresivní ladění respondentky. Okolí si neumí představit, jak člověk s VPMD vidí. Kolikrát je respondentka překvapí tím, co vidí a pak nic nepřečte.

Objektivní pozorování během rozhovoru ve druhé fázi

Respondentka s odstupem několika měsíců působí během hovoru mnohem vyrovnaněji, uvědomuje si svůj problém a potíže se zrakem se ustálily. Začala opět chodit do práce a problému se postavila čelem. Naučila se si vyhovět, odpočívat a používat pomůcky, osvětlení. Ráda si nechá poradit, pomoci.

Analýza subjektivních odpovědí

V rozhovoru jsme se zaměřily na naše výzkumné otázky. S pomocí respondentky jsme dospěly k odpovědím.

1) V čem je nemocný nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem, a ve kterých oblastech?

Pacient s VPMD je ovlivněn hlavně v oblasti

- obvyklých činností (práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)
- úzkost a deprese
- obtíže/ bolest

Oblast sebeobsluhy a sebezpečí není narušena. Většina problémů se vyskytuje ve vyšších potřebách.

2) Co nemocného nejvíce znepokojuje a jak se s tím vyrovnává a z čeho máte největší obavy?

Nejvíce respondentce vadí, že některé činnosti zvládá obtížněji a pomaleji než dřív, obtíže v chodu domácnosti se naučila zvládat, číst a psát může s větším úsilím, používá

kompenzační pomůcky (brýle, lupu, osvětlení). Obává se, že bude okolí jednou na obtíž. Nechá si pomoci zejména od manžela, ale i od dětí. Do zaměstnání se respondentka vrátila a pomáhají jí mladší a nezkušené kolegyně, kterým předává své zkušenosti a plánuje odchod do důchodu.

3) Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými a jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc jiných lidí?

Psychické ladění respondentky se velmi zlepšilo, ale pomoc jiných lidí stále odmítá. Na zlepšení depresivního ladění má velký vliv návrat do zaměstnání a dobré vztahy v rodině.

Do našeho posledního rozhovoru se zapojila skoro celá rodina. Z rozhovoru vyplynulo, že rodina, zvláště mladí měli problém s informacemi. Hlavně jak vidí nemocný, jak pomoci, jak podpořit a jestli jsou nějaké organizace, které jim mohou informace poskytnout. Pomohou nějaké pomůcky a mnoho dalších otázek položili tazatelce. Z rozhovoru vyplynula oboustranná diskuze, která byla velmi přínosná.

10.2 Analýza rozhovorů respondenta B

Objektivní pozorování během rozhovoru v první fázi

Respondent během hovoru působí vcelku vyrovnaně, tazatelka má dojem, že si plně neuvědomuje, nebo nechce připustit problém a potíže se zrakem zlehčuje. Nejdůležitější problém, který ho obtěžuje a vadí, je řízení motorového vozidla. Několikrát opakoval, že potřebuje a musí řídit. Na otázku, jestli to děti ví. „*Ano, samozřejmě, řekl jsem jim to. Mladý mají starost a hodně mi pomáhají. Musím se dát dohromady a ještě budu užitečný.*“

Analýza subjektivních odpovědí

V rozhovoru jsme se zaměřily na naše výzkumné otázky. S pomocí respondenta jsme dospěly k odpovědím.

1) V čem je nemocný nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem, a ve kterých oblastech?

Pacient s VPMD je ovlivněn hlavně v oblasti

- obvyklých činností (řízení motorového vozidla, práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)
- obtíže/bolest

- úzkost a deprese

2) Co nemocného nejvíce znepokojuje a jak se s tím vyrovnává a z čeho máte největší obavy?

Nejvíce respondentovi vadí, že nemůže řídit, obtíže v běžném životě, nemůže číst a psát nebo jen s velkým úsilím. Velmi často používá pomůcky – lupu s velkým zvětšením a osvětlením. Vše jde lépe, když si to dobře osvítí, nepoužívá bodové světlo, ale rozptýlené, studené světlo. Sám vyzoroval, že někdy vidí lépe, někdy hůře, a že to souvisí se zdravotním stavem. Dříve byl velmi aktivní, ale většinu aktivit pomalu opouští, spíše vzhledem k věku. Snaží se si uchovat a dále pěstuje některé koníčky, zejména kulečnick, na který chodí pravidelně se svými přáteli dvakrát v týdnu. Tato aktivita a podpora syna a snachy mu velmi pomáhá psychicky. Strach a úzkost popírá. Dělá si starosti hlavně s řízením, což velmi často opakuje a vkládá velké naděje do léčby.

3) Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými a jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc jiných lidí?

Na tuhle otázku se respondentovi nechce moc odpovídat. Problémy s okolím si nepřipouští. Má určitý věk a tak ho musí ostatní brát. K rozhovoru jsme prizvali syna, který se snažil zapojit do rozhovoru, ale otec mu často skákal do řeči a přerušoval ho. Z rozhovoru vyplynulo, že rodina o problému ví a hodně pomáhá. Okolí se snaží pomoci s velkou dávkou diplomacie a zaměstnávají respondenta v rámci jeho možností. Okolí si neumí představit, jak člověk s VPMD vidí. Respondent je velmi svérázný člověk, který je celkově pozitivně laděný a na okolí nepůsobí úzkostně. Pravdu zná jen on sám, ale nějaké obavy se z rozhovoru daly vyčíst.

Objektivní pozorování během rozhovoru ve druhé fázi

Respondent s odstupem několika měsíců je během hovoru vyrovnaný, uvědomuje si svůj problém a potíže se zrakem se ustálily. Přestěhoval se na chalupu, kde se cítí samostatněji a rodina mu pomáhá. Přizpůsobil se omezením, snaží se si vyhovět, odpočívat a používat pomůcky, osvětlení. Navštívil a velmi aktivně se zapojil v instituci pomáhající slabozrakým a nevidomým.

1) V čem je nemocný nejvíce ovlivněn svým zrakovým handicapem, a ve kterých oblastech?

Pacient s VPMD je ovlivněn hlavně v oblasti

- obvyklých činností (řízení motorového vozidla, práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)
- obtíže/bolest
- úzkost a deprese

Oblast sebeobsluhy a sebepečce není narušena. Většina problémů se vyskytuje ve vyšších potřebách.

2) Co nemocného nejvíce znepokojuje a jak se s tím vyrovnává a z čeho máte největší obavy?

Nejvíce respondentovi vadí, že problém nejde vyřešit, ale průběh postižení se dá jen zpomalit. Velmi často používá pomůcky – lupu s velkým zvětšením a osvětlením. Snaží se si uchovat a dále pěstuje některé koníčky, zejména kulečnick, na který chodí pravidelně se svými přáteli dvakrát v týdnu. Tato aktivita a podpora syna a snachy mu velmi pomáhá psychicky. Strach a úzkost popírá. Dělá si starosti hlavně s řízením.

3) Jak Vás ovlivňuje onemocnění zraku ve vztazích s nejbližšími příbuznými a jaké pocity prožíváte, pokud jste odkázán na pomoc jiných lidí?

Tenhle vztah se zlepšil po ustálení zrakových funkcí. Respondent již není vznětlivý, nepříjemný v rodině. Záporné pocity, které respondent popíral při prvním rozhovoru, si nyní uvědomuje a zpětně uvedl některé věci na pravou míru. Sám navštívil Tyfloservis a Tyflocentrum. Začal využívat jejich služeb a sám se aktivně na některých podílí.

11 DISKUZE

V naší bakalářské práci jsme se zaměřily na změny potřeb jednotlivých respondentů, jak se jim změnil život zhoršením zrakových funkcí. Jak je toto postižení ovlivňuje. Které potřeby jsou nejvíce ovlivněny a jak změny ovlivňují kvalitu jejich života. Snažily jsme se zjistit, je-li ovlivněn psychický stav a jak může pomoci rodina a blízké okolí. Zde se pokusíme zhodnotit výsledky našeho několika měsíčního sběru informací a splnit stanovené cíle.

Prvním cílem bylo vypracování kazuistiky. Krátká kazuistika se týká zejména oční diagnózy. Oba respondenti jsou starší šedesáti let s bezvýznamnou oční anamnézou. K očnímu lékaři přišli se zhoršeným viděním a deformací obrazu na jednom oku. Byli odesláni k odbornému vyšetření do specializovaného centra, kde se podrobili kolotoči

vyšetření, byla diagnostikována věkem podmíněná makulární degenerace a podrobili se léčbě. Léčba probíhá podle stanoveného protokolu a je velmi finančně náročná. Náročná je i pro samotného pacienta, který musí dodržovat termíny aplikací, pravidelně se podrobovat kontrolním vyšetřením a spolupracovat. Výsledek není vždy jednoznačný. Velmi důležité je pro pacienta, aby pochopil, že se jedná o degenerativní onemocnění, které nelze vyléčit, ale jen zastavit nebo zpomalit.

Druhým cílem je zjistit, ve které oblasti potřeb je největší změna. Z rozhovorů vyplynulo zjištění, že základní biologické potřeby nejsou narušeny zrakovým handicapem. Oba respondenti nemají problém s pohyblivostí, sebeobsluhou a ostatními potřebami prvního patra z pyramidu potřeb. Z druhého patra je částečně ovlivněna potřeba jistoty a bezpečí. Z narušení této úrovně vyplývá psychická deprivace a respondenti si uvědomují svoji zranitelnost. Třetí patro u našich respondentů nebylo nemocí ovlivněno, protože mají dobře fungující rodinné zázemí, které jim poskytuje podporu. Také nejbližší okolí se zapojilo a to velmi pozitivně ovlivňuje oba respondenty. Největší změnu oba respondenti zaznamenali ve čtvrtém a pátém patře. Onemocnění nejvíce ovlivnilo běžné činnosti – pracovní, společenské i kulturní. Je zde velmi snižena sebekoncepce. Narušená sebekoncepce u jedince je velmi problematická a takový člověk vyžaduje mnohem více péče a intervencí. (Šamánková, 2011, s. 23-24)

Pomocí rozhovoru jsme získaly informace, které nám pomohly nahlédnout do hloubky problému.

Třetím cílem bylo zjistit dopad na psychiku chování jedince, a jaký je rozdíl mezi mužem a ženou. U obou respondentů byl patrný posun psychického stavu do záporného ladění. Ztráta zraku nebo snížení jeho funkce člověka velmi deprimuje. Oba respondenti si museli projít všemi etapami boje s nemocí, tak jak nám je popisují psychologové. Nejdříve se objevil **šok** po diagnostikování degenerativního onemocnění. Ten velmi rychle odezněl a dostavily se negativní emoce s otázkami - **usebrání**. Negativní emoce ovlivňují pacienta několika směry a záleží na mnoha faktorech, jak člověk přijme nepříjemnou situaci. Zlost, vztek, strach a úzkost se podílely na depresivním ladění. Oba respondenti přešli do třetí etapy boje s nemocí a tou je **stažení se ze hry**. Stáhli se do sebe a odmítali pomoc od svých nejbližších. Při kontrole měli spoustu otázek a dlouze diskutovali s ošetřujícím lékařem. V rozhovoru se dlouze rozprávěli o tom, jak všechny informace museli nejdříve vstřebat a vyrovnat se s nevyhnutelným. Nechtěli nikoho vidět hlavně z rodiny. Měli pocit, že jsou na

obtíž, a oba potřebovali čas na akceptaci nemoci. Po akceptaci se dostavila poslední fáze – řešení krize (situace). Oba naši respondenti se k problémové situaci postavili kladně a začali bojovat. Do poslední fáze se aktivně zapojili i rodinní příslušníci a velmi psychicky pomohli nemocným. U respondentky jsme pozorovaly normální postoj k nemoci a u respondenta to byl postoj bagatelizující. (Zacharová 2011, s. 113-116)

Rozdíly mezi muži a ženami je patrný i v boji proti nemoci. Respondent si nemoc nechtěl ze začátku připustit, udával příznaky, ale na druhou stranu je bagatelizoval. Největší problém viděl v nemožnosti řízení motorového vozidla a běžné domácí činnosti potlačil. Muže nejvíce psychicky traumatizoval momentální stav a do budoucnosti si starosti nepřipouštěl. Na rozdíl od respondentky, která nechtěla s počátku přijmout pomoc rodiny, respondent se snadno přizpůsobil nové organizaci své domácnosti dětmi. Respondentka si problém připouští a hledá problémy v budoucnosti – co by, kdyby..... „*Nechce obtěžovat rodinu, zejména děti, které mají svých starostí dost.*“ Na rozdíl od respondenta staví na první místo rodinu a domácnost, které se ujal manžel, dále zaměstnání, které je jejím koníčkem. Respondentka i respondent postrádali v akutní fázi své volnočasové aktivity a doufali, že se k nim budou moci vrátit. Oběma se to po léčbě splnilo. Respondent hraje i nadále kulečnick a může řídit motorové vozidlo a respondentka se vrátila do zaměstnání, nemusela jít do předčasného důchodu. Převzala si zpátky oťže domácnosti a opět se začlenila do svých všedních aktivit.

Čtvrtým cílem bylo zjistit informovanost rodiny a nejbližších. To se nám podařilo spoluprací s doprovody, které se k nám přidali při rozhovorech a ochotně tazatelce zodpověděli otázky. Sami měli spoustu otázek a tazatelka je edukovala. Mezi nejčastější dotazy patřily: „*Jak tatínek vidí? Je možné, že vidí smetí na podlaze, ale co má na talíři ne?*“ Manžel respondentky měl zase obavy, aby se nepřetěžovala a hlavně nepřetěžovala oči. „*Může manželka číst, koukat na televizi, pracovat na počítači? Co může a nemůže dělat, aby si nekazila oči?*“ Nejčastější dotazy nejbližších jsme zaznamenaly a velmi nám pomohly při sestavení doporučení pro praxi.

Splněním dílčích cílů jsme si mohly zodpovědět základní výzkumnou otázku. Hlavní otázkou byly změny v potřebách u lidí se sníženou zrakovou funkcí při základním onemocnění. Jak jejich onemocnění ovlivnilo kvalitu života.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že základní biologické potřeby nejsou bezprostředně ovlivněny. K ovlivnění těchto potřeb dochází jen u velmi těžkých forem VPMD, které jsou

za hranicí praktické slepoty. Vzhledem k vysokému věku postižených a jejich celkovému zdravotnímu stavu se stávají závislími na svých příbuzných nebo na péči státu. U lehké a středně těžké formy jsou převážně postižena vyšší patra pyramidy a nesou s sebou většinou hlavně psychickou deprivaci, která také značně ovlivňuje kvalitu života. V naší práci jsme došly ke stejným, nebo podobným výsledkům jako u několika studií, které se zabývaly podobnou problematikou. (Fririchová, 2009, s. 99) Dlouholetou praxí, řadou zkušeností na specializovaném pracovišti a častým kontaktem s lidmi s VPMD jsme se přesvědčily o rostoucí tendenci výskytu tohoto onemocnění. S přibývajícím věkem roste možnost výskytu této nemoci. Podle kanadské studie Beaver Dam Eye Study postihuje věkem podmíněná makulární degenerace zhruba **56 % lidí starších 65 let**. Odborníci varují, že během následujících 25 let by se počet nemocných mohl vzhledem k nezdravému životnímu stylu a stárnoucí populaci až ztrojnásobit. Dnes je věkem podmíněná makulární degenerace srovnávána s civilizačními chorobami i s důsledky, které s sebou přináší. (<http://www.degeneracemakuly.cz/>) U VPMD dochází k postupné ztrátě centrální zrakové ostrosti, zejména schopnost čtení a rozlišovací schopnost. I v nejtěžších formách zůstává zachována schopnost orientace ve známém prostředí. Tím se velmi snižuje kvalita života a to nemocné velmi deprimuje. Mění se priority a potřeby člověka. Šetření kvality života pacientů s VPMD, které uvádí Česká vitreoretinální společnost na svých webových stránkách, říká, že pacienti s mírnou formou VPMD mají srovnatelné potíže jako pacienti postižení AIDS nebo středně těžkou formou anginy pectoris. Dle dotazníků VFQ-25 (Visual Function Questionnaire) je jejich kvalita snížena o 17 %. Tento dotazník byl použit i v naší výzkumné práci. Pacienti se středně těžkou formou VPMD mají kvalitu života srovnatelnou s pacienty s trvalou dialýzou či těžkou formou anginy pectoris a jejich kvalita je zhoršena o 40 %. Pacienti s těžkou formou VPMD uvádí zhoršení ve výši 63 %, což je srovnatelné s pacienty, kteří trpí pokročilou rakovinou prostaty, s neléčitelnou chronickou bolestí nebo s pacienty po masivní mrtvici. (Důsledky VPMD, 2015). Ze všech studií vyplývá, že VPMD a jiná zraková postižení výrazně snižují kvalitu života. Velmi záleží na stupni postižení a je – li vada vrozená nebo získaná. Obecně platí, že staří lidé se hůře smiřují s postižením očí, hůře se učí používat kompenzační pomůcky, proto je důležité je seznámit s možnostmi pomoci. Pomocí zrakově postiženým se zabývají různé organizace a svazy. Jednou z mnoha organizací je Tyfloservis a Tyflocentrum se kterými jako specializované centrum úzce spolupracujeme. Tyfloservis je organizace, která pomáhá s kompenzačními pomůckami, a hlavně školení odborníci naučí postiženého je používat. Učí prostorové orientaci a nácvičku pohybu v neznámém prostředí a mnoho dalších

dovedností, které jsou pro nás všechny samozřejmostí. Tyflocentrum je zaměřené na sociální, právní a psychologickou pomoc. Hlavně pomáhá navazovat a posilovat sociální vazby. Pomáhá s rekvalifikací, kompenzací a organizuje různé zájmové činnosti. Někteří pracovníci těchto center jsou sami zrakově postižení a k pomoci přistupují velmi vstřícně a velmi dobře komunikují s lidmi, kteří se ocitli v nové situaci a neumějí ji řešit. Lékař a zdravotnický personál se věnuje převážně fyzické stránce nemoci a na ostatní potřeby nemocného nezbývá mnoho času. Proto je nutné velmi pozorně naslouchat a věnovat pozornost i hovoru mezi řádky. Je důležitá spolupráce s rodinou a blízkým okolím nemocného, včas doporučit pomoc, vysvětlovat a edukovat. Edukovat nejen samotného nemocného, ale i nejbližší.

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak nám vyplynulo z našeho šetření a jak bylo zmíněno v kapitole „Diskuze“ je degenerativní onemocnění chronické s postupnou progresí. Proto je nutné věnovat náležitou pozornost prevenci a včasné diagnostice, které mohou snížit následky onemocnění. Pro nemožnost čtení by byla výhodnější edukace a komunikace ústní formou nikoliv jen pomocí letáků a informačních brožur. Důležitou součástí by měla být návštěva specializovaných center a možnost vyzkoušet si kompenzační pomůcky a jiné pomůcky usnadňující běžné činnosti. Informace by měly být předávány s trpělivostí, v soukromí s možností pokládat doplňující otázky, nikdy ne ve spěchu. Je důležité brát ohled na vyšší věk, kognitivní a intelektové funkce daného člověka a ani finanční a sociální aspekt není zanedbatelný.

Z tohoto závěru nám vyplývají doporučení pro praxi:

- 1) Postižené edukovat mluveným slovem
- 2) Informovat pracovníky zařízení zejména domovy seniorů, ústavy sociální péče, geriatrická oddělení a praktické lékaře
- 3) Informovat širší veřejnost nejen starší generaci
- 4) Poukazovat na včasnou návštěvu lékaře
- 5) Při kontaktu s nemocným preferovat ústní edukaci před psanou formou

- 6) Edukovat rodinné příslušníky a blízké okolí nemocného
- 7) Zachovávat důstojnost člověka, nedevalvovat osobnost
- 8) Aktivně nabízet kompenzační pomůcky
- 9) Doporučovat návštěvy center pro zrakově postižené

ZÁVĚR

Degenerativní onemocnění jsou v současné době celosvětovým problémem, jak jsme zmiňovali již v úvodu. S věkem všechny smyslové orgány postupně ztrácejí svoji funkci a degenerují. Lidské oko je jedním z nejdokonalejších a velmi důležitých orgánů lidského těla. Většina degenerativních změn na oku je řešitelná nebo nevyžadují lékařský zásah a člověk s nimi žije spokojený a plnohodnotný život. Výjimku tvoří degenerativní změny na sítnici a největší podíl má věkem podmíněná degenerace. V minulosti bylo jen málo možností, jak člověku s tímto onemocněním pomoci. S rozvojem medicíny, farmakologie a nové přístrojové techniky máme v současnosti možnost postup degenerace zastavit nebo alespoň zpomalit. Tak prodloužíme kvalitu života nemocných. U VPMD i částečná ztráta zrakových funkcí znamená snížení kvality života. Nemocný má postiženo centrální vidění, deformuje se mu obraz a objeví se výpadek v centru zorného pole. Tento výpadek popisuje pacient jako skvrnu před okem, přes kterou nevidí. Periferní vidění zůstává vždy zachováno a to i nejtěžších forem VPMD a tím je zachována částečná prostorová orientace ve známém prostředí. Nemocný ztrácí rozlišovací schopnost, barevné vidění, nemůže číst a psát. Nemocný to popisuje „*Vidím postavu, ale nevidím obličej, když se na Vás podívám, tak Vás vidím. Vidím, co máte na sobě, ale nevím, jak vypadáte.*“

VPMD je nejčastější příčinou slepoty seniorů ve vyspělých zemích. Příčinou tohoto onemocnění je stárnutí organismu, kombinace vlivů prostředí a genetické vlivy. Proto je velmi důležitá informovanost populace a prevence, protože včasná diagnostika a časná léčba. Včasná léčba snižuje důsledky a míru poškození centrální zrakové ostrosti. Pro člověka je důležitá prevence – vyhýbat se rizikovým faktorům, zdravý životní styl. Pozitivní vliv má substituce antioxidantů, luteinu, vitamínů a stopových prvků. Na trhu je dostatek preparátů určených pro výživu sítnice a očí celkově.

U těžkých forem VPMD, by měl mít člověk možnost seznámit se s kompenzačními pomůckami pro slabozraké a je mu doporučováno navštívit nějaké centrum, které se

zabývá touto problematikou. Velmi důležitá je návaznost v sociální oblasti a je dobrá psychologická pomoc. Tato pomoc je většinou odmítnuta, protože v naší společnosti je stále vžitá dogma psychologa a psychiatra. Psychologickou pomoc přijmou většinou lidé, kteří navštěvují centra pro slabozraké a to většinou formou skupinových sezení. Jen málokdo se odhodlá se svým trápením svěřit odborníkovi.

Proto starejme se o svůj zrak a mějme rádi sami sebe.

LITERATURA A PRAMENY

Abraham MASLOW, Potřeby člověka [online]. 2014. [cit. 13. 1. 2016.]. Dostupné na: http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

Co je makulární degenerace? Degenerace makuly [online]. 2008. [cit. 12. 1. 2016.]. Dostupné na: <http://www.degeneracemakuly.cz/>.

DENKOVÁ, Jana. Kontakt s nevidomými a těžce zrakově postiženými. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1, str. 55-56. ISSN 1210-0404.

Důsledky VPMD z hlediska humanitárního, sociálního a ekonomického [online]. In: Česká vitreoretinální společnost, c 2006 [cit. 14. 1. 2016.]. Dostupné na: <http://www.cvrs.cz/vpmd-sekce02.php>.

ERNEST, Jan. *Makulární degenerace – Trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, str. 249. ISBN 978-80-204-2363-4.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství-teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006, str. 211. ISBN 80-8063-227-8.

FRIRICHOVÁ, Lucie. *Kvalita života pacientů s věkem podmíněnou makulární degenerací* – bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, 2009. 121 s

Guidelines pro léčbu věkem podmíněné makulární degenerace. In. *Česká vitreoretinální společnost* [online]. Praha: Česká vitreoretinální společnost, 13. 5. 2008, 23:45 [cit. 1. 11. 2015.]. Dostupné na: <http://www.cvrs.cz/vpmd-guidelines.php>.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, str. 224. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARTL, Pavel. a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, str. 774. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 408. ISBN 978-80-7367-485-4.

KHAN, JC. et al. 2006. *Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation*. In: *British Journal of Ophthalmology*, 2006, 90, s. 75-80.

KOLÁŘ, Petr. a kol. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, str. 160. ISBN 978-80-247-2605-2.

KOUSAL, Bohdan. a DUBSKÁ, Zora. *Věkem podmíněná makulární degenerace – principy a léčba*. *Postgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 3, str. 257 – 264. ISSN 1212-4184.

KUCHYNKA, Pavel. a kol. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, str. 768. ISBN 978-80-247-1163-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, str. 274. ISBN 978-80-247-3184-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy IV – Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, str. 224. ISBN 978-80-247-4342-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, str. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRABOVÁ, Helena.: *Druhy potřeb*. 2009. [cit. 13. 1. 2016]. Dostupné na: www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/POTŘEBY.pdf

TRACHTOVÁ, Eva. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, str.185. ISBN 80-7013-324-4.

VČELÁK, Petr. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 23. 3. 2016.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006 str. 144. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, Martin. a HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, Jesenius. str. 1159. ISBN 978-80-7345-202-5.

ZACHAROVÁ, Eva. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, str. 288. ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM ZKRATEK

Anti VEGF léčba – proti - vaskulární endotelový růstový faktor

CNV – chorioideální neovaskularizace

CZO – centrální zraková ostrost

EDTA – kyselina ethylendiamintetraoctová

EQ – 5D – quality of life - dotazník na kvalitu života

ETDRS optotypy - podle Early Treatment Diabetic Retinopathy Study

FAG – fluorescenční angiografie

FN Plzeň – fakultní nemocnice

HDL – high – density lipoprotein – vysoko denzitní lipoprotein

ICGA – indocyaninová angiografie

IVT aplikace – intravitreální injekce

OCT – optická koherentní tomografie

PDT – fotodynamická terapie

RPE – retinální pigmentový epitel

UV záření – ultrafialové záření

VEGF - vaskulární endotelový růstový faktor

VFQ – 25 - Visual Function Questionnaire

VPMD – věkem podmíněná makulární degenerace

WHOQOL- World Health Organisation Quality of Life

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Celkový stav, sebek péče – základní biologické potřeby před léčbou

Tabulka č. 2 – Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby před léčbou

Tabulka č. 3 – Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby před léčbou

Tabulka č. 4 - Celkový stav, sebek péče – základní biologické potřeby

Tabulka č. 5 – Potíže s činnostmi (pracovní, volnočasové) – vyšší potřeby po léčbě

Tabulka č. 6 - Psychické a sociální aspekty – vyšší potřeby po léčbě

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 3 – Souhlas s pořízením rozhovorů a event. videozáznamů

Příloha č. 4 - Formulář dotazníku EQ-5D

Příloha č. 5 – Formulář VFQ - 25

PŘÍLOHA Č. 1

Vážená paní

Radka Čvančarová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence - Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují sběr informací na *Oční klinice* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Potřeby nemocných s degenerativním onemocněním očí (VPMD)*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí dotazníku, určeného pacientům *Oční kliniky*, dále pomocí nestandardizovaných rozhovorů vedených s pacienty *Oční kliniky* a analýzou zdravotnické dokumentace tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *Oční kliniky* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Analýzu zdravotnické dokumentace budete provádět pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka – MUDr. Dagmar Frdlíková, lékařka *Oční kliniky* a Mgr. Eva Polívková, vrchní sestra *Oční kliniky*.
- Jakékoliv údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, či údaje poskytnuté samotnými pacienty, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / zaměstnanců FN Plzeň s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, pokud by pacienti s dotazováním nevyslovili souhlas či pokud by respondenti spolupráci s Vámi pociťovali jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

15. 7. 2015

PŘÍLOHA Č. 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

PŘÍLOHA Č. 3

SOUHLAS S POŘÍZENÍM ROZHovorŮ A EVENT.VIDEOZÁZNAMŮ

V souladu s úst. § 12 zák. č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, tímto uděluji svůj souhlas s pořizováním rozhovorů a zápisů s mou osobou a podpisem tohoto formuláře potvrzuji, že beru na vědomí následující:

- Nahrávka bude pořizována pro potřeby pacienta podepsaného v tomto formuláři a pro potřeby tazatele pro výzkum k BP.
- Nahrávku bude mít právo sledovat pouze pacient, tazatel a vedoucí BP.
- Beru na vědomí, že můj souhlas je dobrovolný, že nejsem povinen tento souhlas podepisovat, a že jeho podpis mohu odmítnout. V tom případě nebude záznam pořizen.

Před podpisem tohoto formuláře jsem si přečetl/a a seznámil se s jeho obsahem. Byl/a jsem poučen/a o svých právech stanovených příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, a měl jsem možnost klást otázky ohledně použití mých Osobních projevů, rozumím účelu, ke kterému mají být použity, vědomě souhlasím s takovým použitím a dobrovolně podepisuji tento formulář.

Podepsané vyhotovení formuláře vám bude poskytnuto.

Jméno tázané osoby:

.....

Podpis tázané osoby:

.....

Datum:

.....

Jméno tazatele :

.....

Podpis tazatele:

.....

Datum:

.....

PŘÍLOHA Č. 4

EQ-5D (Page 1 of 2)

Zaškrtnutím jednoho okénka v každé níže uvedené skupině uveďte, prosím, prohlášení, které nejlépe popisuje Váš dnešní zdravotní stav.

Pohyblivost

Chůze mi nečiní žádné potíže

Mám určité potíže s chůzí

Jsem upoután(a) na lůžko

Sebeobsluha

S péčí o sebe nemám žádné potíže

Mytí či oblékání mi činí určité potíže

Nejsem schopen(na) se sám(a) umýt či obléct

Obvyklá činnost (např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)

Nemám žádné problémy se svou obvyklou činností

S vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy

Nejsem schopen(na) vykonávat své obvyklé činnosti

Bolest/Obtíže

nemám žádnou bolest či obtíže

mám středně závažné bolesti nebo obtíže

mám extrémní bolesti nebo obtíže

Úzkost/deprese

Nejsem úzkostný(á) ani depresivní

Jsem středně úzkostný(á) či depresivní

Jsem extrémně úzkostný(á) či depresivní

EQ-5D (Page 2 of 2)

Abychom pomohli lidem vyjádřit jak dobrý nebo špatný je jejich zdravotní stav, namalovali jsme stupnici (na způsob teploměru), kde 100 odpovídá nejlepšímu stavu, jaký si lze představit, a 0 nejhoršímu stavu, jaký si lze představit.

Chtěli bychom Vás požádat, abyste na této stupnici vyznačili, jak dobrý nebo špatný je podle Vašeho názoru Váš dnešní zdravotní stav. Prosím, namalujte čáru od níže uvedeného obdélníku k libovolnému bodu na stupnici, který určuje jak dobrý nebo špatný je Váš současný zdravotní stav.

Váš zdravotní
stav dnes

nejlepší
představitelný
zdravotní stav



nejhorší
představitelný
zdravotní stav

PŘÍLOHA Č. 5

VFQ-25 (Cover Page)

PB/IA

National Eye Institute
Dotazník týkající se fungování zraku - 25
(VFQ-25)

verze 2000

(VERZE PRO TAZATELE)

Leden, r. 2000

RAND hereby grants permission to use the "National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25) July 1996, in accordance with the following conditions which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the NEI VFQ-25 - July 1996 may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the NEI VFQ-25 Test Version - July 1996 into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this NEI VFQ-25 - July 1996 accepts full responsibility, and agrees to hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the NEI VFQ-25.
4. The user of the NEI VFQ-25 - July 1996 will provide a credit line when printing and distributing this document or in publications of results or analyses based on this instrument acknowledging that it was developed at RAND under the sponsorship of the National Eye Institute.
5. No further written permission is needed for use of this NEI VFQ-25 - July 1996.

Instrukce:

Budu Vám číst několik otázek zaměřených na problémy týkající se vašeho zraku nebo na pocity, které máte v souvislosti se zrakem. Po každé otázce Vám přečtu seznam možných odpovědí. Vyberte prosím odpověď, která by nejlépe vystihla Vaši situaci.

Při odpovědi na otázky si představte, že máte brýle nebo kontaktní čočky (pokud je nosíte).

Každou otázku si rozmyšlejte tak dlouho, jak potřebujete. Všechny Vaše odpovědi budou považovány za důvěrné. Jelikož má tento výzkum prohloubit naše znalosti o problémech se zrakem a jejich dopadu na Vaši kvalitu života, odpovídejte tak přesně, jak je to možné. Nezapomeňte, že pokud při určité činnosti nosíte brýle nebo kontaktní čočky, je třeba zodpovědět na všechny následující otázky tak, jako byste měl/a brýle (čočky).

Dotazník týkající se fungování zraku - 25

ČÁST 1 – CELKOVÝ ZDRAVOTNÍ STAV A ZRAK

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

	<i>(zakroužkujte jedno číslo)</i>
PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ:	výtečné 1
	velmi dobré 2
	dobré..... 3
	docela dobré 4
	špatné 5

2. Řekl/a byste, že Vaše schopnost vidění na obě oči (s brýlemi nebo kontaktními čočkami) je v současné době výtečná, dobrá, docela dobrá, špatná, velmi špatná, nebo jste úplně nevidomý/á:

	<i>(zakroužkujte jedno číslo)</i>
PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ:	výtečná 1
	dobrá..... 2
	střední..... 3
	špatná 4
	velmi špatná..... 5
	úplně nevidomý/á 6

3. Nakolik či jak dlouhou dobu si děláte starosti se svým zrakem?

(zakroužkujte jedno číslo)

PRECTETE NABIDKU ODPOVEDI: nikdy	1
málokdy	2
někdy	3
většinou	4
neustále	5

4. Jak moc jste cítil/a bolest nebo jste měl/a nepříjemné pocity v očích a oblasti kolem očí (např. pálení, svědění nebo palčivá bolest)? Řekl/a byste, že Vaše bolest nebo nepříjemné pocity byly následující:

(zakroužkujte jedno číslo)

PRECTETE NABIDKU ODPOVEDI: žádné	1
mírné.....	2
střední.....	3
silné nebo.....	4
ve velmi silné?	5

CAST 2 – POTIZE S ČINNOSTMI

Následující otázky jsou zaměřeny na rozsah případných obtíží při různých činnostech, u kterých používáte brýle nebo kontaktní čočky.

5. Jak moc je pro Vás obtížné přečíst běžné písmo v novinách? Řekl/a byste, že:

(PRECTETE NABIDKU ODPOVEDI PODLE POTREBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

nemáte vůbec žádné potíže	1
máte mírné potíže	2
střední potíže	3
hodně velké potíže	4
přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat.....	5
přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro Vás není zajímavé.....	6

6. Jak moc je pro Vás obtížné dělat práce nebo zájmové činnosti, které vyžadují, abyste viděl/a dobře na blízko, jako např. vaření, šití, drobné opravy v domácnosti nebo používání náradí? Řekl/a byste, že:

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

7. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné najít něco v zaplněné policiče?
 (PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

8. Jak moc je pro Vás obtížné přečíst dopravní ukazatele nebo názvy obchodů?
 (PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

9. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné sestoupit se schůdku, sejít se schodů nebo z obrubníku při slabém osvětlení nebo v noci?
 (PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

10. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné všimnout si předmětů, kolem kterých procházíte ?

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

11. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné vidět, jak lidé reagují na to, co jste řekli/a?

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé 6

12. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné vybrat si a sladit své oblečení?

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- no nemáte vůbec žádné potíže..... 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat..... 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé..... 6

13. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné stýkat se s lidmi u nich doma, na večírku nebo v restauraci?

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat..... 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé..... 6

14. Jak moc je pro Vás kvůli zraku obtížné jít do kina, do divadla nebo na sportovní utkání?

(PŘEČTĚTE NABÍDKU ODPOVĚDÍ PODLE POTŘEBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže 1
 máte mírné potíže 2
 střední potíže 3
 hodně velké potíže 4
 přestal/a jste to kvůli svému zraku dělat..... 5
 přestal/a jste to dělat z jiných důvodů nebo to pro
 Vás není zajímavé..... 6

15. Nyní bych se Vás rád/a zeptal/a na řízení auta. Řídíte v současné době, alespoň jednou za čas?

(zakroužkujte jedno číslo)

ano 1 přejděte na otázku 15 c

ne 2

- 15a. POKUD NE, ZEPTEJTE SE: Nikdy jste neřídil/a nebo jste s řízením přestal/a?

(zakroužkujte jedno číslo)

nikdy jste neřídil/a 1 přejděte k části 3, otázce 17

přestal/a jste řídit 2

- 15b. POKUD JSTE PŘESTAL/A ŘÍDIT: Bylo to především kvůli zraku, především z nějakého jiného důvodu nebo zároveň kvůli zraku i z jiného důvodu?

(zakroužkujte jedno číslo)

především kvůli zraku 1 přejděte k části 3, otázce 17

především z jiného důvodu 2 přejděte k části 3, otázce 17

zároveň kvůli zraku i z jiného důvodu 3 přejděte k části 3, otázce 17

- 15c. POKUD V SOUČASNÉ DOBĚ ŘÍDÍTE: Jak moc je pro Vás obtížné řídit během dne na známých místech? Řekl/a byste, že:

(zakroužkujte jedno číslo)

nemáte vůbec žádné potíže 1

máte mírné potíže 2

střední potíže 3

hodně velké potíže 4

16. Jak moc je pro Vás obtížné řídit v noci? Řekl/a byste, že:
(PŘECTĚTE NABIDKU ODPOVEDI PODLE POTREBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže..... 1
máte mírné potíže..... 2
střední potíže..... 3
hodně velké potíže 4
přestal/a jste to kvůli svému zraku
dělat..... 5
přestal/a jste to dělat z jiných důvodů
nebo to pro Vás není zajímavé..... 6

- 16a. Jak moc je pro Vás obtížné řídit v náročných podmínkách jako např. ve
špatném počasí, v dopravní zácpě, na dálnici nebo v městské
dopravě? Řekl/a byste, že:
(PŘECTĚTE NABIDKU ODPOVEDI PODLE POTREBY)

(zakroužkujte jedno číslo)

- nemáte vůbec žádné potíže..... 1
máte mírné potíže..... 2
střední potíže..... 3
hodně velké potíže 4
přestal/a jste to kvůli svému zraku
dělat..... 5
přestal/a jste to dělat z jiných důvodů
nebo to pro Vás není zajímavé..... 6

CAST 3 - NASLEDKY PROBLEMU SE ZRAKEM

Další otázky se zaměřují na to, jak mohou být Vaše aktivity ovlivněny problémy se zrakem. Ke každé otázce nám řekněte, zda se na Vás hodí hodnocení stále, většinou, někdy, málokdy nebo nikdy.

(zakroužkujte na každém řádku jedno číslo)

PŘEČTĚTE NABÍDKU
ODPOVĚDÍ:

Stále Většinou Někdy Málokdy Nikdy

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. <u>Uděláte</u> toho kvůli potížím se zrakem <u>méně</u> , než byste chtěl/a?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. <u>Jste</u> kvůli potížím se zrakem <u>omezen/a</u> v tom, jak dlouho můžete pracovat nebo provádět jiné činnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Jak moc Vám bolest nebo nepříjemné pocity <u>v očích a v okolí očí</u> (např. pálení, svědění nebo palčivá bolest) brání dělat to, co byste chtěl/a? Řekl/a byste: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

U každého následujícího tvrzení nám řekněte, zda na Vás naprosto platí, většinou platí, částečně neplatí nebo vůbec neplatí nebo zda si nejste jist/a.

(zakroužkujte na každém řádku jedno číslo)

	Naprosto platí	Většinou platí	Nejsem si jist/a	Většinou neplatí	Naprosto neplatí
20. Kvůli potížím se zrakem <u>většinou zůstávám doma</u>	1	2	3	4	5
21. Kvůli potížím se zrakem se většinou cítím bezmocný/á nebo <u>zklamaný/á</u>	1	2	3	4	5
22. Kvůli potížím se zrakem mohu <u>mnohem méně ovlivnit to, co dělám</u>	1	2	3	4	5
23. Kvůli potížím se zrakem jsem <u>příliš závislý/á na tom, co mi řeknou ostatní</u>	1	2	3	4	5
24. Kvůli potížím se zrakem <u>potřebuji hodně pomoci od ostatních</u>	1	2	3	4	5
25. Kvůli potížím se zrakem mám obavy, že <u>udělám něco, co bude mně nebo ostatním nepříjemné</u>	1	2	3	4	5

To je konec rozhovoru. Děkuji Vám za čas a ochotu.