

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Kateřina Minxová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Diabetická retinopatie a její dopad v běžném životě pacienta

Kateřina Minxová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Minxová**
Osobní číslo: **Z13022**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Diabetická retinopatie a její dopad v běžném životě pacienta**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

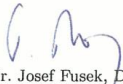
1. AUSRATA, Rudolf., Jana, ČERNÁ. Nauka o zraku. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 226 s. ISBN 80-7013-362-7.
2. ERNEST, Jan. Makulární degenerace: trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 246 s. ISBN 978-802-0423-634.
3. KOLÁŘ, Petr a kol. Věkem podmíněná makulární degenerace. 1. vyd. Praha: Grada, a.s., 2008, 160 s. ISBN 978-80-247-6760-4.
4. KUCHYNKA, Pavel. Oční lékařství. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 768 s. ISBN 978-802-4711-638.
5. KVAPILÍKOVÁ, Květa. Anatomie a embryologie oka. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 206 s. ISBN 80-7013-313-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ilona Holubová


Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 21. 6. 2017

Kateřina Minxová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Iloně Holubové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost, které přispěly k vytvoření této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za jejich podporu během vzniku této práce. Nakonec bych ráda poděkovala také respondentům za jejich ochotu a spolupráci na dotazníkovém šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována onemocnění diabetická retinopatie a její dopad v běžném životě pacienta. Teoretická část se zabývá charakteristikou diabetické retinopatie, diagnostikou, léčbou, prevencí onemocnění a také kvalitou života při ztrátě zraku. Výzkumná část práce se zabývá hodnocením nejzávažnějších sociálních problémů klientů a dále hodnotí jejich informovanost. Výstupem práce je edukační materiál pro pacienty s onemocněním diabetická retinopatie.

KLÍČOVÁ SLOVA

sítnice, diabetes mellitus, diabetická retinopatie, prevence, kvalita života

TITLE

Diabetic retinopathy and its impact on patient's daily life.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with diabetic retinopathy and its impact on the life of the patient. The theoretical part deals with the characteristics of diabetic retinopathy, diagnosis, treatment, prevention of illness as well as quality of life in case of loss of vision. The research part deals with evaluation of the most serious social problems of clients and evaluates their awareness. The output of this work is an educational material for patients with diabetic retinopathy.

KEYWORDS

retina, diabetes mellitus, diabetic retinopathy, prevention, quality of life

OBSAH

0 ÚVOD	10
CÍLE PRÁCE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Zrakový orgán.....	12
1.1 Sítnice.....	12
2 Diabetes mellitus.....	13
2.1 Patogeneze diabetu.....	13
2.2 Klasifikace.....	13
2.2.1 Diabetes mellitus 1. typu	14
2.2.2 Diabetes mellitus 2. typu	14
2.3 Komplikace diabetu	14
2.3.1 Akutní komplikace diabetu.....	14
2.3.2 Chronické komplikace diabetu	15
3 Onemocnění Diabetická retinopatie.....	16
3.1 Klasifikace a patogeneze onemocnění	16
3.2 Klinické příznaky	17
3.3 Diagnostika onemocnění.....	17
3.4 Léčba onemocnění	19
4 Prevence onemocnění diabetická retinopatie.....	21
4.1 Preventivní prohlídky.....	22
4.2 Edukace pacientů s onemocněním diabetická retinopatie.....	22
4.2.1 Edukace pacienta v oblasti výživy	22
4.2.2. Edukace pacienta v oblasti sportu	23
4.2.3. Selfmonitoring.....	24
5 Kvalita života a jeho zabezpečení při ztrátě zraku.....	26
5.1 Teoretické vymezení kvality života	26
5.2 Systém služeb pro zrakově postižené.....	26

5.3 Kontakt se slabozrakými	27
II VÝZKUMNÁ ČÁST	29
6 Výzkumné otázky	29
7 Metodika výzkumu	30
8 Prezentace a interpretace výsledků	32
DISKUZE	59
ZÁVĚR	65
Seznam bibliografických citací	67
Seznam příloh	71

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACE Enzym angiotenzin-konvertázy

cm Centimetr

DM Diabetes mellitus

DR Diabetická retinopatie

FAG Fluorescenční angiografie

KPR Kardiopulmonální resuscitace

mm Hg Milimetr rtuti

ml Mililitr

m/s Metr za sekundu

NPDR Neproliferativní diabetická retinopatie

tzv. Tak zvaně

0 ÚVOD

Zrak patří mezi pět základních smyslů člověka. Umožňuje lidem vnímat světlo, barvy, tvary. Vidění zprostředkovává lidem asi 80 % informací z okolního světa. Proto je nejpřínosnějším smyslovým orgánem člověka.

Počet pacientů s onemocněním Diabetes mellitus neustále roste. Diabetes mellitus představuje, jak u nás, tak na celém světě vážný sociálně - ekonomický a zdravotnický problém. Onemocnění je doprovázeno orgánovými komplikacemi. Nejzávažnější z nich jsou diabetická retinopatie, diabetická nefropatie a syndrom diabetické nohy.

Diabetická retinopatie je hlavní příčinou ztráty zraku u populace v produktivním věku v ekonomicko - vyspělých zemích. Ztrátu zraku ovlivňuje i řada dalších komplikací diabetu, proto je nesmírně důležitá prevence, tudíž pravidelné kontroly u oftalmologa. Ten provede důsledné vyšetření všech očních struktur a odhalí případné oftalmologické odchylky. Problémem je, že onemocnění z počátku nezpůsobuje žádné subjektivní potíže, z tohoto důvodu mnoho pacientů přijde až ve fázi, kdy už není možná stoprocentně účinná léčba. Prevence a léčba však není pouze v rukou oftalmologa. Je potřeba úzká spolupráce také s diabetologem.

Poruchy zraku až jeho úplná ztráta jsou v průběhu života velkou obtíží. Porušený zrak komplikuje každodenní život, ovlivňuje jedince ve všech činnostech. Dochází k výraznému poklesu kvality života (Valešová, Hycl, 2002, s. 146).

Z psychosociálního pohledu je slepota pro diabetika, který to již tak nemá s onemocněním diabetes mellitus jednoduché, dalším velkým problémem. Stává se stále více závislý na svém okolí, což má negativní vliv na jeho psychiku. Mohou se objevit až depresivní stavy.

Vzhledem k neustále narůstajícímu počtu pacientů s onemocněním diabetická retinopatie, závažnosti tohoto onemocnění a v neposlední řadě zkušeností z blízkého okolí jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl: Popsat problematiku onemocnění diabetická retinopatie se zaměřením na sociální dopad v běžném životě pacienta a vytvořit praktický výstup práce.

Dílčí cíle:

1. Zjistit nejzávažnější sociální problémy pacientů s onemocněním Diabetická retinopatie se zhoršenými vizuálními funkcemi a jejich dopad v běžném životě.
2. Zjistit, zda si pacienti s onemocněním Diabetická retinopatie uvědomují možné komplikace onemocnění.
3. Zmapovat informovanost u pacientů s onemocněním Diabetická retinopatie.
4. Vytvořit krátký edukační materiál pro pacienty s onemocněním Diabetická retinopatie.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Zrakový orgán

Orgánem zraku je oko. Je uloženo v očnici, kterou kromě oka vyplňuje také tuková tkáň. Prochází tudy nervy, cévy a 6 okohybných svalů. Svaly umožňují otáčení oka. Oko tvoří bělma, rohovka, cévnatka, řasnaté tělísko, duhovka, sítnice, čočka, zornice a sklivce. Oční víčka, slzný aparát a okohybné svaly patří mezi přídavné orgány oka. Oko je chráněno dolním a horním očním víčkem (Dylevsky, 2011, s. 289 - 293). Činností víček dochází společně se slznou tekutinou k omývání rohovky, spojivky a odstraňování prachových částic. Slzná tekutina se tvoří v slzné žláze, která se dělí na očníkovou a víčkovou část (Rozsíval, 2006, s. 29 – 30).

1.1 Sítnice

Sítnice (retina) tvoří společně s pigmentovým epitelem vnitřní vrstvu oka. V retině se nacházejí receptory, které reagují na světelné záření. Sítnici tvoří řada buněčných vrstev. Hlavní vrstva je složena z tyčinek a čípků. Jsou to receptory, které umožňují vnímání světla a barvy. Tyčinky zajišťují vnímání světla, je jich asi 120 milionů. Čípky zajišťují barevné vidění, je jich 6 milionů. Místem nejostřejšího vidění je tzv. žlutá skvrna sítnice, nachází se v ní pouze čípky. Je uložena asi 5mm od zrakového nervu. V místě, kde vystupují vlákna zrakového nervu z očního bulbu, je vyvýšenina (papila), vzniká nahromaděním vláken sbíhajících se z úseků sítnice. Nenachází se tam tyčinky ani čípky, proto je papila slepou skvrnou sítnice (Dylevsky, 2011, s. 290).

Sítnice je průhledná blána, tvořící vnitřní obal bulbu. Za živa má načervenalou barvu, což je podmíněno prosvítáním kapilár cévnatky. Je složena ze dvou vrstev. Zevní vrstvy, kterou tvoří jednovrstevný pigmentový epitel a vnitřní vrstvy, nazývané neuroretina. Mezi nimi se nachází subretinální prostor. Pevně je neuroretina k jednovrstevnému pigmentovému epitelu připevněna jen v místě papily zrakového nervu a ora serrata. V dalších místech adhezi vrstev zajišťuje nitrooční tlak a viskoelastická tamponáda sklivce (Dylevsky, 2011, s. 290).

Pigmentový epitel je kubický, výběžky jeho buněk vstupují do prostoru mezi tyčinky a čípky. Hlavní funkcí epitelu je zajišťovat výživu a transport kyslíku pro světločivé elementy sítnice, které na něj naléhají (Čihák, 2004, s. 604).

2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je skupina metabolických onemocnění. Jejich společným projevem je hyperglykemie. Může vzniknout na základě defektů inzulínové sekrece, poruchy účinku inzulínu v cílových tkáních, či kombinace obojího (Haluzík, 2009, s. 17).

2.1 Patogeneze diabetu

Diabetes mellitus je seskupení chronických onemocnění, které mají různé příčiny, ale spojuje je hyperglykemie. Diabetes souvisí s porušením sekrece a účinku inzulínu a je doprovázen narušením metabolismu cukrů, tuků, bílkovin. Inzulin patří mezi hormony. Produkce inzulínu probíhá v Langerhansových ostrůvcích slinivky břišní. Inzulin je pro život naprosto nezbytný (Rybka, 2006, s. 25). Podkladem pro vznik DM 1. typu je postupné zanikání B buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu. Zničení B buněk, které produkují inzulin, je způsobena imunitním procesem, který probíhá u geneticky predisponovaných osob. DM 2. typu je metabolická porucha. Hlavní význam má inzulínová rezistence, která se u DM 2. typu vyskytuje. Způsobuje snížení vychytávání glukózy v kosterním svalu a neschopnost inzulínu potlačit produkci glukózy v játrech. Hyperglykémie však nevzniká pouze na základě inzulínové rezistence. Diabetes mellitus 2. typu se projevuje pouze při neschopnosti beta buněk vyrovnat se s vysokými nároky na sekreci inzulínu a přiměřeně zvýšit jeho produkci (Pelikánová, Bartoš, 2011, s. 70 - 88).

2.2 Klasifikace

Na základě odlišné dědičnosti, jiného klinického průběhu a různých chronických komplikací, musíme onemocnění diabetes mellitus přesněji klasifikovat. Rozlišujeme dva základní typy diabetu, kterými jsou diabetes mellitus 1. typu a diabetes mellitus 2. typu. Dále potom gestační diabetes a ostatní specifické typy diabetu (Rybka, 2006, s. 29 - 30). Klinickými příznaky diabetického syndromu jsou polydipsie, polyurie, únava, slabost, spavost až apatie, glykosurie, ketonurie, hubnutí, velmi oschlé sliznice a kyselý jablečný zápach z úst (Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 25 – 26).

2.2.1 Diabetes mellitus 1. typu

U tohoto typu diabetu mellitu dochází k absolutnímu nedostatku inzulínu autoimunitní destrukcí beta buněk pankreatu. Onemocnění se projevuje již v dětství či dospívání. Je nutné nasadit intenzifikovaný inzulínový režim (Rybka, 2006, s. 60). Dělí se na autoimunitně podmíněný typ, vzniká u geneticky predisponovaných jedinců po kontaktu se spouštěcím faktorem, nejčastěji virovou infekcí. Idiopatický diabetes mellitus, etiologie je neznámá. Latentní autoimunitní diabetes mellitus, objevuje se netypicky v dospělosti (Pelikánová, Bartoš, 2011, s. 60 - 61).

2.2.2 Diabetes mellitus 2. typu

U tohoto typu nastává relativní nedostatek inzulínu. Vzniká na základě kombinace dvou poruch, porušené sekrece inzulínu a působení inzulínu v cílových tkáních. Určitou roli na vzniku onemocnění má dědičnost, ale velký vliv mají exogenní faktory. Hlavním rizikovým faktorem je obezita. Mezi základní léčebná opatření patří dietní režim a zvýšení fyzické aktivity (Rybka, 2006, s. 40 - 46).

2.3 Komplikace diabetu

Diabetes mellitus je závažné onemocnění z hlediska komplikací, které v souvislosti s ním vznikají. Jde především o cévní postižení, nervové, ledvinné a mnoho dalších onemocnění (Rybka, 2006, s. 13). Základní dělení je na akutní a chronické komplikace. Mezi akutní komplikace diabetu patří, stavy, které ohrožují nemocného na zdraví či životě bez ohledu na dobu trvání onemocnění. Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které během svého trvání způsobuje určité změny v organismu, které označujeme, jako chronické komplikace

(Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 56 - 61).

2.3.1 Akutní komplikace diabetu

Hyperglykémie je patologický stav, dojde ke zvýšení hladiny glykémie nad fyziologickou hodnotu. Má pomalý nástup, projevuje se zvýšeným pocitem žízně, častým močením, později dehydratací. Příčinou hyperglykémie je nízká dávka aplikovaného inzulínu spojená s nadměrným příjmem potravy, které obsahuje velké množství cukru. Dále pak zapomenutí aplikovat dávku inzulínu nebo nadměrný stres (Šmahelová, 2006, s. 19).

Hypoglykémie je patologický stav, kdy hladina cukru v krvi klesne pod fyziologickou koncentraci 3,3 mmol/l. Projevuje se únavou, nadměrným pocením, tachykardií, třesem, motáním hlavy. Příčinou může být nadměrná dávka aplikovaného inzulínu, současně s nedostatečným příjmem potravy nebo nadměrná fyzická aktivita (Šmahelová, 2006, s. 19).

2.3.2 Chronické komplikace diabetu

Diabetická neuropatie patří mezi chronické komplikace diabetu, není přesně známá příčina. Předpokládá se, že její vznik je ovlivněn zvýšenou koncentrací glukózy, vlivem hypoxie, ischemie, oxidačního stresu. Subjektivní potíže jsou bolesti hlavy, brnění, pocit chladu, zvýšená únava končetin. Objektivní příznaky jsou svalová atrofie, otoky, změny barvy, vedení pocitu tepla a chladu, porucha reflexů v oblasti končetin. Hlavní léčbou je udržení normálních hodnot hladiny glykémie (Rybka, 2006, s. 142 – 145).

Diabetická nefropatie je onemocnění ledvin. Hlavními projevy jsou proteinurie, hypertenze a klesající renální funkce. Diabetická nefropatie je způsobena ztlušťováním bazální membrány kapilár, postupně jsou utlačovány glomerulární kapiláry a tím pádem je v nich snížen tok krve (Tesař, Schück, 2006, s. 253). K léčbě patří sledování glykémie, krevního tlaku, podávání ACE inhibitorů a snížení příjmu bílkovin (Pelikánová, Bartoš, 2010, s. 261).

Diabetická retinopatie

Jedná se o závažné onemocnění sítnice u diabetiků, na podkladě mikroangiopatie. Vzniká na základě metabolické poruchy diabetu (Mazal, Herle, 2011, s. 78).

Syndrom diabetické nohy je dle mezinárodního konsenzu z roku 1999 definován „jako infekce, ulcerace nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami na nohou a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin“ (Rybka, 2006, s. 153). Diabetická noha vzniká na základě defektu, následuje gangréna a může dojít až k amputaci končetiny. Léčba je lokální nebo chirurgická (Rybka, 2006, s. 152 - 157).

3 Onemocnění Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je onemocnění, které postihuje sítnici a její cévy. Pro pacienta je typické proměnlivé vidění. Střídá se období, kdy nemocný vidí hůře, s obdobími lepšího vidění. Postupně dochází ke zhoršení zraku, snížení zrakové ostrosti a může se objevit i světloplachost (Kymplová a Kolaříková, 2014, s. 18).

3.1 Klasifikace a patogeneze onemocnění

Diabetická retinopatie patří mezi chronické komplikace diabetu 1. i 2. typu. U diabetu 1. typu je onemocnění spjato s délkou trvání choroby (Vránová, 2013, s. 85). Nejčastější změny se objevují ve střední periférii sítnice. Dochází ke kapilárním uzávěrům a následkem je ischemie a hypoxie sítnice (Valešová a Hycl, 2002, s. 19). U diabetu 2. typu se onemocnění objevuje brzy po diagnostikování diabetu (Vránová, 2013, s. 85). Hlavní vliv na vznik diabetické retinopatie má nestabilní hladina glykemie. U diabetiků 2. typu dochází ke změnám především v oblasti zadního pólu. Objevuje se prosakování kapilár a tvorba aneurysmat (Valešová, Hycl, 2002, s. 19).

Neproliferativní diabetická retinopatie (NPDR)

Vyskytuje se v různých stupních, postihuje většinu pacientů trpících diabetickou retinopatií a má pomalý průběh. Hlavním nálezem jsou mikroaneuryzmata (Mazal, Herle, 2011, s. 78).

Podle stupňů se dělí na **mírnou NPDR**, vyznačuje se mikroaneuryzmaty, hemoragii, tvrdými ložisky, dilatací žil. **Středně pokročilou NPDR**, u které vznikají mikroaneuryzmata, hemoragie, tvrdá a vatovitá ložiska, nepravidelný žilní lumen. **Pokročilou NPDR**, která má velké množství aneurysmat a hemoragií, dále pak velmi tvrdá a vatovitá ložiska (Valešová, Hycl, 2002, s. 29 - 33).

Proliferativní diabetická retinopatie (PDR)

Postihuje především diabetiky 1. typu, má velmi rychlý průběh, ve velkém množství případů dochází ke slepotě (Mazal, Herle, 2011, s. 78). Vznikají nové cévy a fibrinózní tkáň, dochází k neovaskularizaci (Rybka, 2006, s. 137).

Podle stupňů se dělí na počínající formu s výskytem neovaskularizace, hemoragie, vatovitých a tvrdých ložisek, aneurysmat. **Vysoce rizikovou formu**, u které se objevují neovaskularizace terče zrakového nervu, hemoragie, tvrdá ložiska, vatovitá ložiska, mikroaneuryzmata. **Pokročilou formu** s komplikacemi, jako je masivní a recidivující

hemoragie, preretinální fibroproliferace, trakční odchlípení sítnice, zarudnutí duhovky (Valešová, Hycl, 2002, s. 46 - 48).

Diabetická makulopatie při tomto stadiu dochází ke vzniku edému, ukládání bílkovin a lipidů (Rybka, 2006, s. 137). Může dojít ke vzniku fokálního makulárního edému a difúzního makulárního edému (Valešová, Hycl, 2002, s. 30).

3.2 Klinické příznaky

Hlavním problémem pacientů s očními komplikacemi diabetu je pozdní nástup subjektivních příznaků. Proto je těžký záchyt onemocnění v časném stadiu, kdy je možné účinně terapeuticky zasáhnout. Zhoršené vidění je již známkou poměrně závažného nálezu (Rybka, 2006, s. 136).

Nejčastější příčinou počátečního zhoršení zraku u diabetiků 2. typu je diabetická makulopatie, která je v prvotním stadiu asymptomatická (Valešová a Hycl, 2002, s. 28). To je hlavní důvod, proč se pacienti k očnímu vyšetření nedostavují v čas. Bez příznaků může vzniknout u diabetiků 1. typu také těžká neproliferativní diabetická retinopatie, která je schopna rychle přecházet do proliferativní formy diabetické retinopatie a všech komplikací, které s ní souvisejí (Valešová, Hycl, 2002, s. 28).

Na sítnici jsou patrné časté mirkoaneurysmata, jejich dekompenzací či prasknutím změněných kapilár sítnice vznikají mikrohemoragie a větší hemoragie, které se nachází v různých vrstvách sítnice. Dalšími projevy jsou obliterace kapilár, ischemie, edémy. Může dojít ke krvácení do sklivce nebo k odloučení senzorické části od pigmentového epitelu, ten zůstane připojen k cévnatce. Dochází k nahromadění tekutiny mezi neuroretinou a pigmentovým epitelem. Dále mohou vznikat tvrdé exsudáty, vatovitá ložiska, neovaskularizace. Může dojít až k úplnému poškození sítnice, v konečné fázi ke slepotě (Mazal, Herle, 2011, s. 78). Ty se dle přesné lokalizace rozdělují na neovaskularizace na papile zrkového nervu nebo na sítnici. V obou případech se společně s neovaskularizací může objevovat také fibrózní tkáň. Ta je schopna trakcí způsobit masivní krvácení do sklivce – hemoftalm či odchlípení sítnice (Sosna, 2006, s. 272).

3.3 Diagnostika onemocnění

Anamnéza je základní součástí vyšetření. Hned na začátek je nutné získat všechny relevantní informace. Je zapotřebí zjistit extraokulární souvislosti, jako je krevní tlak, typ diabetu a jeho kompenzaci, cévní potíže, užívané léky. Dále se provádí vyšetření zrakové ostrosti

v závislosti na hladině glykemie. Posuzujeme ztrátu vidění, charakter zhoršení vidění, rychlost nástupu potíží (Kolarčík, Dedek, Ptáček, 2016, s. 134 – 135).

Vyšetření zrakové ostrosti

Je nejdůležitějším funkčním vyšetřením. Nejdříve se stanovuje podle objektivních metod. Jakou jsou například skiaskopie, automatický refraktometr. Poté se používá subjektivní metoda, záleží však na věku pacienta (Kudlová, 2015, s. 81). Vyšetření nám podá informace o funkčnosti makuly (Beszédešová, 2007, s. 347). Provádíme jej pomocí optotypů. Sestra ukazuje pacientovi jednotlivé znaky shora dolů. Vyšetření se provádí na každém oku zvlášť, oko, které není právě vyšetřováno je zakryté (Jančářová, 2004, s. 155).

Oftalmoskopické vyšetření očního pozadí

Vyšetření je prováděno pomocí štěrbinové lampy a speciální čočky. Probíhá v cílené mydriáze zornice, po rozkapaní oka. Oftalmolog může dobře vidět celou sítnici a objevit změny, které odpovídají diabetické retinopatii. Na jejich základě pak rozpoznat stupeň onemocnění, podle kterého se zvolí optimální způsob léčby (Kudlová, 2015, s. 81).

Fluorescenční angiografie (FAG)

Jde o kontrastní vyšetření sítnice. Zjišťuje stupeň poškození sítnicových cév a stupeň hypoxie sítnice. Do kubitální žíly aplikujeme 5ml 10 - 15% roztoku fluoresceinu, obíhá v cévách po celém těle (Kudlová, 2015, s. 82). Přes rozšířenou zornici, za pomoci kamery, se vyfotí v první minutě jedna série fotografií a poté v přesných intervalech během následujících 10 minut další. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří nauzea a zvracení. Před vyšetřením musí pacient podepsat informovaný souhlas a být poučen. Zjišťuje se podrobná anamnéza, především případné alergie, astma, těhotenství a dialyzační léčba (Kolarčík, Dedek, Ptáček, 2016, s. 35 - 37). Pacient by neměl jíst a pít přibližně 2 hod. před provedením výkonu. Vyšetření trvá přibližně 20 - 30 minut (Kudlová, 2015, s. 82). Po celou dobu musí být zajištěn spolehlivý přístup do oběhu. Je zapotřebí dbát také na riziko anafylaktického šoku, u vyšetření musí být vždy přítomen kvalifikovaný lékař, proškolený personál a připraveny pomůcky ke KPR. U pacientů s alergickou anamnézou je zapotřebí podávat premedikaci dle individuální ordinace lékaře. Podávání antihistaminik snižuje výrazně svědění a zarudnutí. Přes rozšířenou zornici se ve většině případů pořizuje také běžná fotodokumentace sítnice diabetika, která je jedním z důležitých předpokladů adekvátního hodnocení a léčby diabetické retinopatie (Kolarčík, Dedek, Ptáček, 2016, s. 29 - 36).

Vyšetření nitroočního tlaku

Jeho hodnoty jsou ovlivněny tvorbou a odtokem nitrooční tekutiny. Normální nitrooční tlak je důležitý pro správnou funkci oka, zabraňuje jeho deformaci. Během dne kolísá, nejvyšší

tlak bývá v ranních hodinách. Hodnotu ovlivňuje také věk a tloušťka rohovky. Fyziologická hodnota tlaku je 10 - 20 mm Hg. Nejčastěji se k měření využívá bezkontaktní tonometr. Pacient se posadí, zadívá se do přístroje, poté dojde k nárazu vzduchu o rychlosti 1 - 3m/s a vyšetření je hotové. (Kudlová, 2015, s. 81). Poté pacient přistoupí ke šterbinové lampě a provede se důkladné biomikroskopické vyšetření předního a zadního segmentu oka. Za pomoci 90-ti dioptriové čočky a šterbinové lampy proběhne stereoskopické vyšetření fundu včetně periferie (Beszédešová, 2007, s. 347).

3.4 Léčba onemocnění

Zvládnutí diabetické retinopatie je založeno především na její prevenci, tedy optimální kompenzaci diabetu, ale i dalších rizikových faktorů. Extraokulární faktory mají důležitou roli v dispozici oka diabetika k retinopatii. Okulární faktory odpovídají za to, jak, kdy a do jakého rozsahu se diabetická retinopatie rozvine (Sosna, 2009, s. 272 - 273).

Farmakologická léčba

Léčba onemocnění je založena na farmakologické léčbě ovlivnitelných rizikových faktorů. Jako je například léčba hyperglykemie a hypertenze. Dále se využívá specializovaná léčba zajišťovaná oftalmologem (Kudlová, 2015, s. 151). Medikamentózní léčba zprostředkována venotoniky, venofarmaky, antikoagulancii, hemoreologiky, vazodilatancii, hemostatiky, hemostyptiky, rezorbencii, antioxidanty a skavengery nepřinesla pozitivní výsledky (Švancarová, Sosna, 2012, s. 127 - 130). Z léků se nyní používají Macugan a Lucentis, látky inhibující vaskulární endotelální růstový faktor. Aplikace je zajišťována injekční formou do sklivce, přes skléru, v místě řasnatého tělíska (Haluzík, 2009, s. 343).

Laserová fotokoagulace

Léčba se provádí pomocí laserové fotokoagulace, je to zatím jediná účinná léčba. Aplikují se laserové fotokoagulační body do míst, v kterých je sítnice poškozena. V počátečním stádiu lze ošetřit pouze ložiskové změny, po rozvinutí diabetické retinopatie je nutné provést panretinální fotokoagulaci. Pomocí laseru se při ní aplikují tisíce laserových zásahů na periferii sítnice (Mazal a Herle, 2011, s. 78 - 79). Při použití fotokoagulační léčby dochází ke změně laserového záření na teplo, které denaturuje a koaguluje proteiny. Hlavním cílem je destrukce tkáně (Rozsival, 2006. s. 65 – 66).

Laserová léčba diabetické retinopatie se rozlišuje u diabetiků 1. a 2. typu. Můžeme říci, že u pacientů trpících diabetem 1. typu je nejprve ošetřena periferie panretinální fotokoagulací. Zatím co u diabetiků 2. typu je ošetřen primárně makulární edém a poté

jsou případně provedeny zákroky v periférii sítnice. Obecně platí, že 2. typ diabetu, který je léčen inzulinem obtížněji reaguje na laserové ošetření (Sosna, 2009, s. 270 - 275).

Vitrektomie

Pokročilá stádia proliferativní diabetické retinopatie je možné řešit pomocí vitrektomie. Vitrektomie je malý chirurgický výkon v oblasti sklivce a sítnice s možností endolaserové panretinální fotokoagulace. Jedná se o odstranění zkaleného sklivce, preparace a odstranění membrán na sítnici a její zpětné přiložení (Sosna, 2009, s. 270 - 275). V průběhu vitrektomie se také odstraní fibrozní vlákna, která jsou příčinou odchlípení sítnice. Oční dutina je po odsátí jejího obsahu vyplněna olejem. Během zákroku je pacient v celkové anestezii (Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 67).

4 Prevence onemocnění diabetická retinopatie

Preventivní opatření společně s léčebnými tvoří v současné době pět kruhů. Řadíme mezi ně depistáž a dispenzarizaci diabetiků, farmakologickou léčbu, laserovou fotokoagulaci diabetické retinopatie, sklivcovou a sítnicovou chirurgii komplikací diabetické retinopatie a aplikaci látek, které inhibují vaskulární endoteliální růstový faktor (Haluzík, 2009, s. 339).

Depistáž a dispenzarizace diabetiků je hlavním bodem v prevenci a léčbě diabetické retinopatie. Díky kompenzaci diabetu může dojít k oddálení či zpomalení průběhu onemocnění. Pravidelné oční prohlídky jsou nutné pro včasný záchyt a pozdější sledování vývoje nemoci (Haluzík, 2009, s. 340).

Farmakologická léčba

Základem farmakologické léčby jsou především terapeutická opatření týkající se úpravy krevního tlaku a glykemie. Dále pak léčba dalších ovlivnitelných rizikových faktorů (viz oddíl 3.4, s. 19).

Laserová fotokoagulace zajišťuje ošetření sítnice laserovými paprsky. Ty jsou absorbovány pigmentovými buňkami sítnice. Dochází ke snížení rizika poklesu zrakové ostrosti a ztráty vidění (Haluzík, 2009, s. 341 - 342). Při laserovém ošetření sítnice dochází k potlačení ischemie, která je zásadní příčinou novotvorby cév a blokuje působení růstových faktorů (Rencová, 2010, s. 30).

Metoda sklivcové a sítnicové chirurgie spočívá v zavedení nástroje do sklivce v místě řasnatého tělíska. Metoda se nazývá pars plana vitrektomie. Indikace může být v případech, jako je dlouhotrvající výron krve do sklivce, trakční odchlípení sítnice ohrožující žlutou skvrnu (Haluzík, 2009, s. 342). Cílem prováděné metody je odstranění zkalených medií, uvolnění trakčních změn a panretinální fotokoagulace sítnice (Valešová a Hycl, 2002, s. 91).

Aplikace látek inhibujících vaskulární endoteliální růstový faktor

Aplikace těchto látek se využívá v léčbě proliferativní diabetické retinopatie, ve formě intravitreální injekce (Hycl, 2008, s. 145). Látky inhibující endoteliální růstový faktor se aplikují přímo do sklivce, přes oblast pars plana. Jehla pro aplikaci musí mít malý průměr a podává se nepatrné množství léku, pouze 0,05 – 0,1 ml. Při vpravení většího množství těchto látek by došlo k nadměrnému zvýšení nitroočního tlaku (Kolář, 2012, s. 433).

4.1 Preventivní prohlídky

Preventivní kontroly u oftalmologa jsou velmi důležité. Screening diabetické retinopatie má probíhat u dětí od 10 let a u DM 1. a 2. typu ihned po zjištění diagnózy diabetes mellitus. K oftalmologovi by měl být pacient odeslán praktickým lékařem, nebo diabetologem minimálně jedenkrát ročně. Četnější kontroly mohou být indikovány v průběhu gravidity (Švancarová, Sosna, 2012, s. 130). U proliferativní formy diabetické retinopatie je na kontrolu nezbytné chodit častěji, zpravidla čtyřikrát do roka nebo dle doporučení oftalmologa (Svačina, 2005, s. 77). Přáním očního lékaře je, aby se mu k vyšetření dostavil pacient edukovaný, s řádně vyplněnou průkazkou diabetika. Povinností oftalmologa je po vyšetření pacientovi předat zprávu se stanovenou diagnózou určující formu, popřípadě stupeň diabetické retinopatie. Dále je nutná domluva lékaře s pacientem na příští kontrole (Švancarová, Sosna, 2012, s. 130).

Doporučená frekvence kontrol u neproliferativní diabetická retinopatie počínající je 6 – 12 měsíců, u středně pokročilé 6 – 12 měsíců, u pokročilé 3 – 6 měsíců. Proliferativné diabetická retinopatie počínající, vysoce riziková makulární edém se řídí doporučením oftalmologa. Diabetická makulopatie, klinicky signifikantní makulární edém dle rozhodnutí oftalmologa (Sosna, 2009, 270 - 275).

4.2 Edukace pacientů s onemocněním diabetická retinopatie

„Edukaci diabetika definujeme, jako výchovu k samostatnému zvládnání diabetu a k lepší spolupráci se zdravotníky. Edukace začíná prvním stykem pacienta s lékařem či sestrou a nekončí nikdy“ (Rybka, 2006, s. 108).

V edukaci hrají hlavní roli dva pojmy. Edukátor, což je vychovatel, učitel a edukant v našem případě pacient. Společně tvoří edukační proces (Beneš, 2008, s. 135). Edukaci provádíme nejen u pacientů, ale také u rodinných příslušníků a veřejnosti. Edukace je zprostředkována osobním jednáním sestry nebo pomocí pomůcek, jako jsou tiskoviny, obrázky (Vondráček, Wirthová a Pavlicová, 2011, s. 29).

4.2.1 Edukace pacienta v oblasti výživy

Prvním bodem je redukční dieta, která vyžaduje úpravu jídelníčku s dietní sestrou. Dále je pak velmi důležitá fyzická aktivita minimálně 3 - 4x týdně. U pacientů, kteří dodržují

redukční dietu kombinovanou s pravidelnou fyzickou aktivitou, dochází v mnoha případech k poklesu glykemie (Haluzík, 2009, s. 71 - 76).

Dietní opatření

Dieta je hlavní složkou léčebného režimu. Při jejím nedodržování je malá šance na dosažení uspokojivé kompenzace diabetu. Základem sestavení vhodného dietního opatření je individuální přístup. Důležitou roli hraje mnoho faktorů, jako je například věk, pohlaví, sociální zázemí. Touto léčbou mimo jiné můžeme předcházet právě vzniku neuropatických komplikací a zachovat tak kvalitu života pacienta (Haluzík, 2009, s. 128 - 129).

Dieta u diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu by měl být vždy léčen inzulinem. Inzulínovému režimu musíme také přizpůsobit příjem stravy. U diabetiků 1. typu není velký výskyt obezity. Proto se během edukace zaměřujeme především na celkový příjem sacharidů ve stravě a jeho obsah v jednotlivých porcích jídla (Haluzík, 2009, s. 148 - 149).

Dieta u diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu je spojován s výskytem obezity a inzulinové rezistence. Dietní opatření by se měla zaměřit na redukci hmotnosti. Pacient musí minimálně týden zaznamenávat vše, co sní a vypije, poté na základě jeho záznamů nutriční terapeut společně s pacientem sestaví jídelní plán (Haluzík, 2009, s. 146 - 147).

V rámci edukace pacienta, je důležité se zaměřit na hlavní zásady diety a základní živiny. Na rozdělení potravin dle obsahu, typu sacharidů, možnosti umělých sladidel, na tuky a alkohol. Dále jsou zapotřebí praktická cvičení, ukázky jídelníčků a jejich sestavování. Má-li se zajistit změna dietních návyků pacienta a nadále být dodržována, je zapotřebí přesně definovaný edukační program (Rybka, 2006, s. 112 - 113).

4.2.2. Edukace pacienta v oblasti sportu

Při doporučení pohybu u diabetiků hraje významnou roli věk pacienta, typ diabetu, způsob léčby, v neposlední řadě přítomnost komplikací diabetu a jiných onemocnění, kterými pacient trpí (Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 94).

Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je důležitou součástí léčby obezity, ale také diabetu 2. typu a sním spojených akutních i chronických komplikací, mezi které patří mimo jiné právě diabetická retinopatie (Haluzík, 2009, s. 114 - 115).

Sport mírné intenzity má u diabetiků velmi příznivý účinek. Zvyšuje kvalitu života pacientů trpících diabetem. Mimo jiné může mít i psychosociální a antidepresivní efekt (Rusavý, Brož, 2012, s. 10 - 11).

Závažným problémem je obtížné stanovení správné intenzity zátěže u pacientů s onemocněním, jako je diabetes 2. typu, hypertenze, obezita. Bez zátěžových testů většinou není dost dobře možné. Doporučení týkající se fyzické aktivity bývají mnohdy podstatně méně konkrétní než třeba doporučení týkající se diet. Je jim také věnováno méně času. Součástí optimální edukace pacienta by měl být nejen dietní a léčebný plán, ale také plán fyzické aktivity (Haluzík, 2009, s. 114 - 115).

Druh aktivity

Výběr aktivity se musí řídit všemi přidruženými onemocněními, která sebou přináší přítomnost diabetu. Nevhodné jsou zejména posilovací cviky s vysokou zátěží, vzhledem k výraznému vzestupu krevního tlaku. U pacientu trpících proliferativní retinopatií nejsou vhodné sporty, při kterých dochází k tvrdým doskokům, úderům do hlavy, zdvihání břemen a prudkým změnám poloh těla. Zejména jsou tedy vhodné aerobní aktivity. Patří mezi ně, jízda na kole nebo ergometru, chůze s holemi nebo i pohyb ve vodě, u něj je však vyšší riziko infekce. Důležité je zjistit, které sporty pacienta baví, tudíž sportovní anamnéza (Haluzík, 2009, s. 116 - 117).

Doba trvání aktivity

Základem je nezapomínat na všechny části cvičební jednotky, kterými jsou rozcvičení, rozehrání a postupné zvyšování tepové frekvence. Ke konci fyzické aktivity pozvolné snižování tepové frekvence (Haluzík, 2009, s. 117). Záleží, na fyzičce pacienta. Doporučuje se 20 - 60 minut aerobní zátěže mírné až střední intenzity. Měla by být prováděna opakovaně 3 - 5x týdně (Zdeněk Rusavý, Jan Brož a kol., 2012, s. 43).

4.2.3. Selfmonitoring

Jde o proces monitorování vlastní glykemie. Selfmonitoring umožňuje diabetikovi, aby se orientoval ve stavu svého onemocnění. Je prováděn pomocí testačních proužků nebo glukometrem. Součástí edukace diabetika musí být, ukázka a praktický nácvik, jak měřit s glukometrem, vysvětlení, jak glukometr zaznamenává vysoké a nízké hodnoty a co znamenají naměřené hodnoty glykemie (Rybka, 2006, s. 88 - 89).

Není důležité vědět glykemii pouze před zátěží, ale i její průběh během aktivity. Z tohoto důvodu si někteří sportovci trpící diabetem měří glykemii 60 minut, 30 minut a těsně

před zátěží, v průběhu a po zátěži. Selfmonitoring glykemie je základní prostředek ke správnému dodržování inzulínového režimu (Zdeněk Rusavý a Jan Brož, 2012, s. 50). Přesnost měření glykemie z části závisí na kvalitě glukometru, nebo testačních proužků a z části na nácviku správného měření pacientem. Dále může naměřené hodnoty ovlivnit hematokrit, nadmořská výška, teplota, vlhkost a další faktory (Rybka, 2006, s. 90).

5 Kvalita života a jeho zabezpečení při ztrátě zraku

Postižení zraku je jedna z nejzávažnějších chronických komplikací diabetu. Diabetická retinopatie může vést až k naprosté slepotě. Z psychosociálního hlediska je to pro diabetiky, který již tak musí každý den bojovat se svým onemocněním další a těžce zvládnutelný problém (Pelikánová a Bartoš, 2011, s. 403).

5.1 Teoretické vymezení kvality života

Pojem kvalita života nemá přesnou definici, je označován, jako multidimenzální. Při hodnocení kvality života jsou dva hlavní přístupy **kvalita života na úrovni celé populace** a **kvalita individuálního života**. V ošetrovatelství k hodnocení kvality života vycházíme z druhého přístupu, to jest z kvality individuálního života. Tento přístup je zaměřen na jedince, který se nachází ve specifické životní situaci ve vztahu ke svému zdravotnímu stavu (Gurková, 2011, s. 25).

Podle Ferransové (1990, s. 5) je kvalita života jedince vymezena v ošetrovatelství, jako schopnost vést normální život, jako štěstí, spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně „aktivní“ život a jako úroveň potencionální tělesné a mentální kapacity. Hnilicová (2005, s. 656) ve spojitosti s individuální kvalitou života popisuje tři konceptualizační a metodologické přístupy, to jest **psychologický, sociologický, medicínský**. V psychologickém pojetí se zaměřujeme na pojmy, jako pohoda, štěstí, spokojenost. V sociologickém přístupu vyzdvihujeme pojem životní úroveň. A v medicínském směru se zabýváme pojmem zdraví a funkční stav (Gurková, 2011, s. 25 - 30).

5.2 Systém služeb pro zrakově postižené

Zrakově postižení mohou využívat nabídky neziskových organizací, sociálních poradenství týkajících se sociálních dávek, příspěvků na kompenzační pomůcky, výběru pomůcek s nácvikem použití, hledání pracovního uplatnění, chráněného bydlení a mnoho dalšího (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 85).

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky

Tato sjednocená organizace je občanským sdružením s celostátní působností. Zaměřuje se na vyhledávané zrakově postižených jedinců. Jejím hlavním úkolem je sjednocovat a hájit

zájmy nevidomých či zrakově postižených občanů a dále usilovat a co největší integritu těchto občanů do společnosti (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 85).

Průvodcovské a předčitatelské služby

Služby poskytující pomoc osobám se sníženou schopností v oblasti orientace a komunikace. Forma pomoci je ambulantní i terénní a zaměřuje se na vyřizování osobních záležitostí společně s těmito klienty (Michálek, 2011, s. 307).

Tyflocentrum

Tyflocentra patří mezi krajská střediska. Jde především o služby, které vedou k samostatnosti, nezávislosti, zvýšení kvality života, dosažení integrace a zlepšení životních podmínek. Poskytují odborné sociální poradenství, sociální rehabilitaci, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, průvodcovské a předčitatelské služby (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 87).

Tyfloservis

Projekt Tyfloservis tvoří dvanáct ambulantních středisek, která se nachází po celém území České republiky. V jednotlivých střediscích jsou zaměstnáni vyškolení instruktoři i několik zrakově postižených. Služby využívají především lidé, u kterých došlo ke zhoršení zraku v pokročilém věku. Pomoc se zaměřuje i na osoby s postižením sluchu, pohybového aparátu či osob trpících diabetem mellitem. Mezi hlavní nabídku služeb patří nácvik manipulace s kompenzačními pomůckami, trénink sebeobsluhy, nácvik vlastního podpisu, chůze s bílou holí či průvodcem, pomoc při zařazení do nového zaměstnání a mnoho dalších služeb (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 86 - 87).

5.3 Kontakt se slabozrakými

Postoje okolí k lidem se zdravotním postižením bývají poznamenány jednak nedostatkem informací, tak i existencí předsudků, omylů a mýtu. Předsudky můžeme rozdělit na podceňující, odmítavé a idealizující. Mohou vést k obavám až strachu z navázání sebemenšího kontaktu s lidmi se zdravotním postižením (Michálek, 2011, s. 47).

Oslovení a pozdrav

Slabozraký či nevidomý člověk obvykle sám rozhovor nenavazuje. Je nutné, abychom k němu přistoupili a oslovili ho, jako první. Pokud jej známe, tak je vhodné oslovení přímo jménem, aby věděl, že mluvíme na něj. Představujeme se svým jménem a pracovním zařazením.

Obzvlášť důležité je to ve zdravotnických zařízeních, kde se zdravotnický personál mnohdy představí pouze jménem napsaným na jmenovce a nevidomý nemá možnost se přesně dozvědět, kdo jej ošetřuje. Pokud nevidomý nereaguje, můžeme zkusit lehký dotek. Vždy však musí být nejprve oslovení, až poté dotek (Michálek, 2011, s. 314 - 315).

Rozhovor

Lidem se zrakovým postižením může při rozhovoru nejzásadněji komplikovat situaci kývání hlavy na vyjádření souhlasu, odchod z místnosti, aniž bychom dali o odchodu vědět a nadměrný hluk v okolním prostředí (Michálek, 2011, s. 317 - 318).

Omylem veřejnosti je snaha při komunikaci se zrakově postiženým nemluvit o barvách a jiných zrakových vjemech. Dále se vyhýbat slovní obrátům, jako jsou „mrkni na to“, „uvidíme se“ a tak dále. Zrakově postižení tyto výrazy běžně používají a mnohdy je udivuju, když se jim snažíme za každou cenu vyhnout (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 74).

Role průvodce

Vidící lidé jsou zvyklí navazovat rozhovor očním kontaktem. Když ovšem není možná, tak jsou zaskočeni a mnohdy se na běžné věci ptají doprovázející osoby. Pro nevidomého člověka je to ovšem velmi ponižující, staví ho to do role nemohoucího či nesvéprávného. Proto komunikujeme primárně s nevidomým člověkem. Průvodce není zastupujícím nevidomého, pouze jej doprovází (Michálek, 2011, s. 319).

Omylem veřejnosti je přesvědčení, že člověk se zrakovým postižením je vždy vděčný za naši pomoc. Pokud má mít naše pomoci smysl, musí ji nejprve jedinec přijmout a je zapotřebí, aby byla taková, jakou ji ten druhý potřebuje. Ono být dobrým průvodcem a správně pomoci není až tak jednoduché (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 75 - 76).

Průvodcovské techniky a bezpečnost

Pokud člověk se zrakovým postižením přijme naši nabídku průvodce, základem je dobrý úchop. V tomto případě nastavíme rámě své paže, lehce se dotkneme jeho paže, aby věděl, kde se naše průvodcovská ruka právě nachází. Drží se nás zpravidla lehce nad loktem a jde o půl kroku za námi. Pokud se objeví zúžené místo, krátce situaci popíšeme a lehce zatáhneme ruku za záda, aby se jedinec přemístil za nás. Pokud potřebujeme zvládnout schodiště, je zapotřebí člověka se zrakovým postižením postavit kolmo k hraně schodů, zdůraznit jestli jsou schody dolů nebo nahoru a před prvním a posledním schodem pozastavit. Při usazení na židli položíme průvodcovskou ruku na její opěradlo, jedinec, kterého doprovázíme po ní volnou rukou, sjede k opěradlu, sám si odsune židli, případně zjistí výšku sedáku, najde hranu stolu a usadí se (Michálek, 2011, str. 322 - 324).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumné otázky

1. Jaké obtíže mají pacienti s onemocněním diabetická retinopatie při vykonávání svých zájmů, aktivit?
2. Jak úroveň soběstačnosti u pacientů s onemocněním diabetická retinopatie ovlivňuje dodržování léčebného režimu?
3. Jsou pacienti s onemocněním diabetická retinopatie dostatečně informováni o onemocnění?
4. Znalí všichni respondenti s tímto onemocněním zásady zdravého životního stylu a komplikace, které mohou nastat?

7 Metodika výzkumu

Pro sběr dat byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, kdy byla využita technika nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Data byla zaznamenávána písemnou formou. Výzkum byl proveden u ambulantně léčených klientů. Z důvodu objektivnosti získaných odpovědí byl dotazník zcela anonymní.

Forma dotazníku

Dotazník byl distribuován písemnou formou, pacientům v nejmenované ambulanci. Obsahuje celkem 27 otázek s jednou možnou odpovědí, pokud není u otázky jiná specifikace. Dotazník obsahuje 4 otázky s možností „jiná odpověď“ a 4 otázky otevřené, kde mohli respondenti vyjádřit vlastní názor. U 2 otázek mohli respondenti vybrat více možností. Dotazník je seskupen do pěti celků. První část dotazníku se týkala identifikačních a zjišťovacích otázek (č. 1 – 5), druhá část zkoumala, jak úroveň soběstačnosti u pacientů s onemocněním DR ovlivňuje dodržování léčebného režimu (č. 6 – 9). Třetí část se zaměřovala na obtíže pacientů s onemocněním DR, které je omezují při vykonávání svých zájmů, aktivit (č. 10 – 14). Čtvrtá část odhalovala, zda jsou pacienti dostatečně informováni o onemocněním DR (č. 15 – 21), pátá část odkrývala, zda pacienti znají a řídí se zásadami zdravého životního stylu, které by měli v souvislosti s onemocněním dodržovat (č. 22 – 27).

Místo realizace dotazníkového šetření

Ke každému dotazníku byla přidělena obálka, která byla následně pacientem, či všeobecnou sestrou vložena do speciálně určeného boxu. Skupinou respondentů zvolených k šetření byli jedinci, kteří splnili následující kritéria: ochota spolupracovat, pacienti, u kterých byla diagnostikována diabetická retinopatie. Věk respondentů do kritérií zahrnut nebyl. Nejmladší respondent měl tedy 41 let a nejstarší 78 let. Celkový počet respondentů byl 50. Sběr dat proběhl za pomoci sester, pracujících v dané ambulanci, které dohlížely na vyplňování dotazníků. Respondenti dotazníky vyplňovali sami, pokud to zdravotní stav dovolil, jinak doprovod. Výzkum probíhal od začátku dubna 2016 do konce května 2016. Během tohoto období bylo k dispozici 30 dotazníků. Sběr dat pokračoval, od začátku listopadu 2016 do začátku února 2017, aby bylo nashromážděno celkem 50 (100 %) relevantních dotazníků.

Pilotní šetření

Z důvodu dodržení stylistické a logické správnosti jednotlivých otázek bylo provedeno pilotní šetření. Pilotáž byla provedena v okruhu rodiny a známých. Zkušební dotazník vyplnilo 10

respondentů s rozdílným pohlavím i věkem. Na základě připomínek respondentů byla u otázky č. 16 (Kde získáváte nové informace?) přidána odpověď od pacientů. U otázky č. 19 (Myslíte si, že by pro Vás byla přínosná (re)edukace?) bylo přidáno vysvětlení pojmu (re)edukace, jako nauka, aby respondenti lépe porozuměli otázce. Poté byla provedena pilotáž číslo dvě, po které už nebylo třeba dalších úprav. Dotazníky vyplněné během pilotního šetření nejsou zahrnuty v celkových výsledcích.

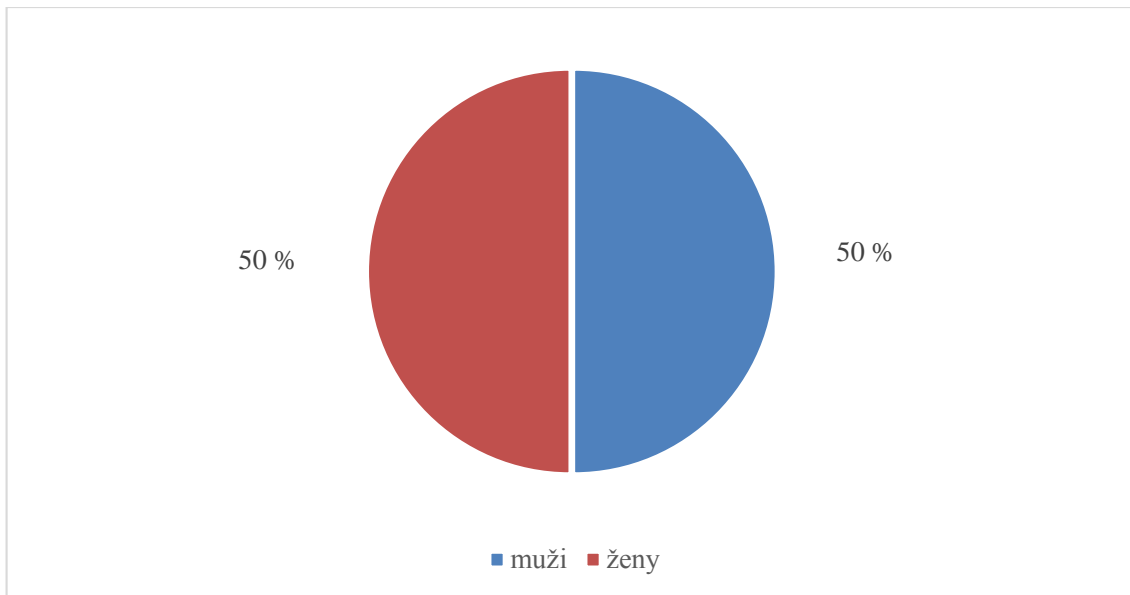
Způsob vyhodnocení dat

Pro vyhodnocení dotazníku byly použity kvantitativní metody. Získaná data byla vyhodnocena s využitím programu Microsoft Office Excel 2016. Výsledky každé otázky jsou zpracovány v grafické formě s uvedenou relativní četností a současně v písemné formě obsahující absolutní i relativní četnost.

8 Prezentace a interpretace výsledků

Výsledky výzkumu jsou interpretovány grafickou formou. Popis výsledků je uveden ve formě – počet odpovědí (procento z celku).

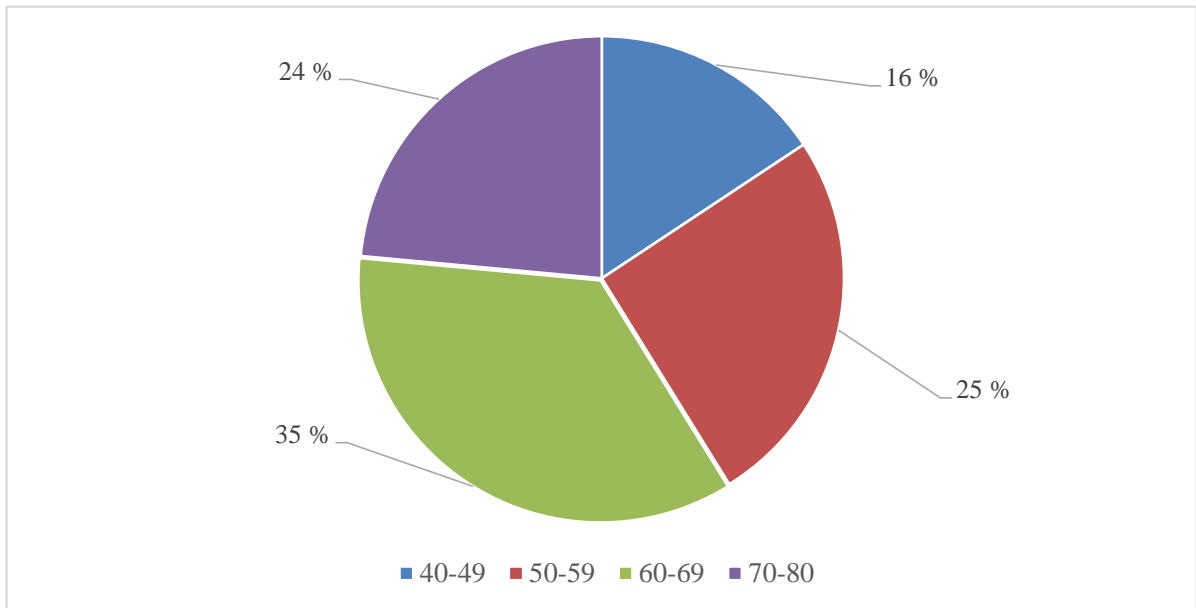
Otázka č. 1 – Pohlaví



Obrázek 1 Rozdělení respondentů dle pohlaví

První otázka zjišťovala procentuální zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření. Přesně polovinu, tedy 25 (50 %) respondentů, tvořily ženy. Zbýlých 25 (50 %) responzí doplnili muži.

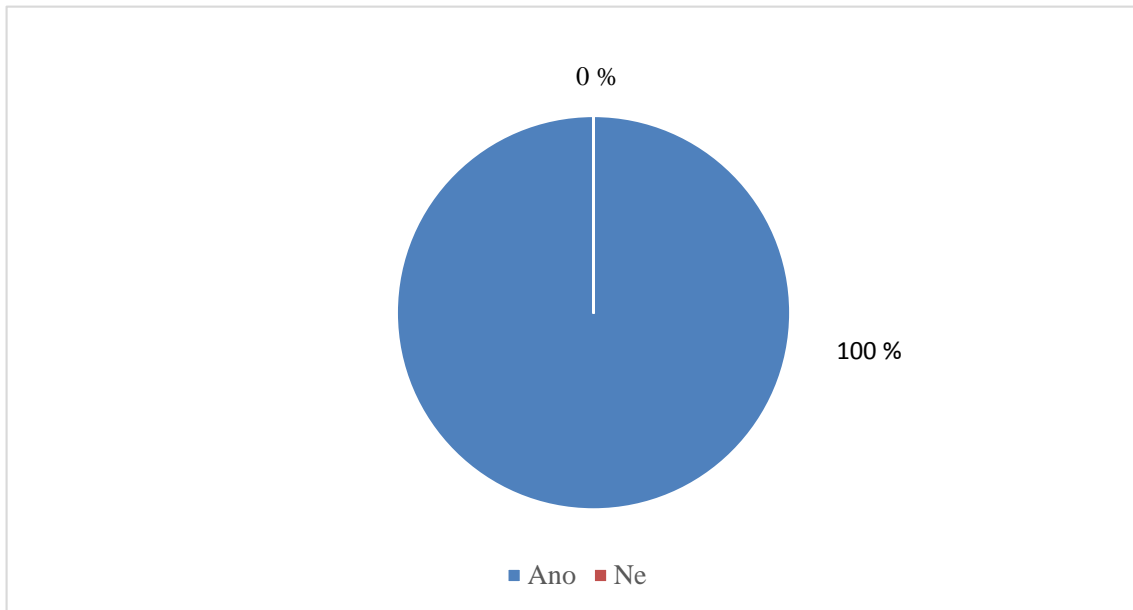
Otázka č. 2 – Věk



Obrázek 2 Věková struktura respondentů

Druhá otázka se zaměřovala na věkovou strukturu respondentů. Otázka byla otevřená. Mezi respondenty nebyl nikdo mladší 40-ti let. Nejvíce dotazovaných, konkrétně 18 (35 %), tvořili lidé ve věku 60 – 69 let. Další významné skupiny, čítající 13 (25 %) respondentů, tvořili lidé mezi 50 a 59 lety a 12 (24 %) tvořili respondenti ve věku 70 – 80 let. Zbýlých 8 (16 %) odpovědí pochází od respondentů ve věku 40 - 49 let.

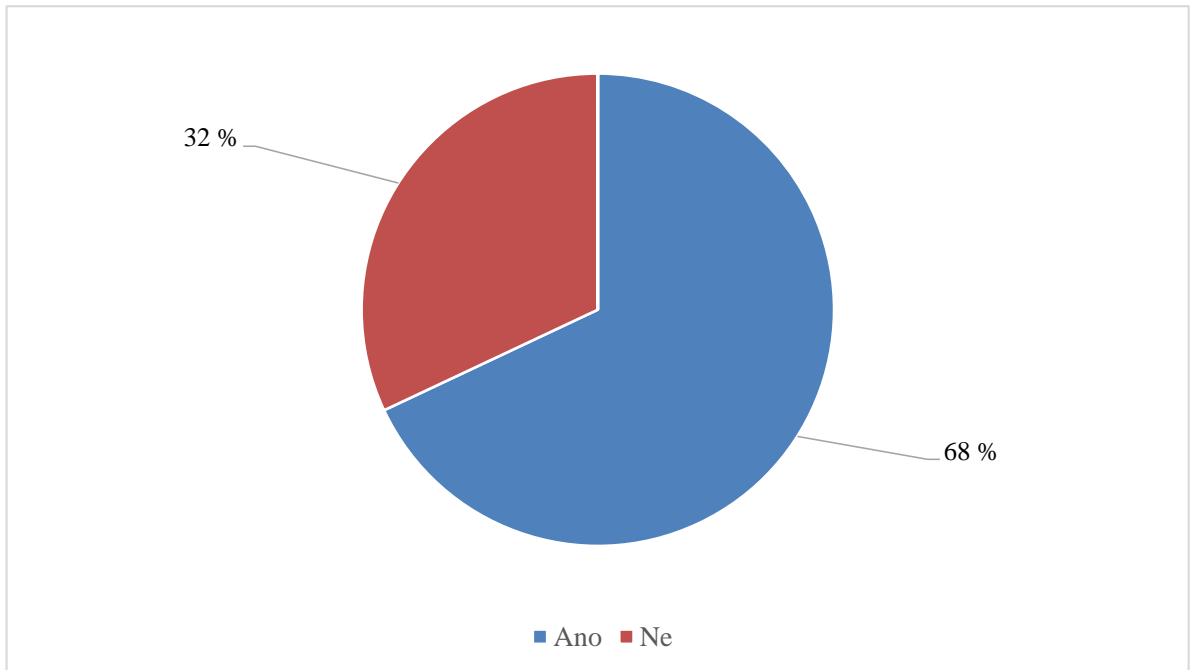
Otázka č. 3 – Léčíte se s DR (diabetickou retinopatií)?



Obrázek 3 Respondenti s onemocněním DR

Otázka odhalovala, procentuální zastoupení respondentů s onemocněním diabetická retinopatie. Všichni dotazovaní tedy 50 (100 %) respondentů odpovědělo ano.

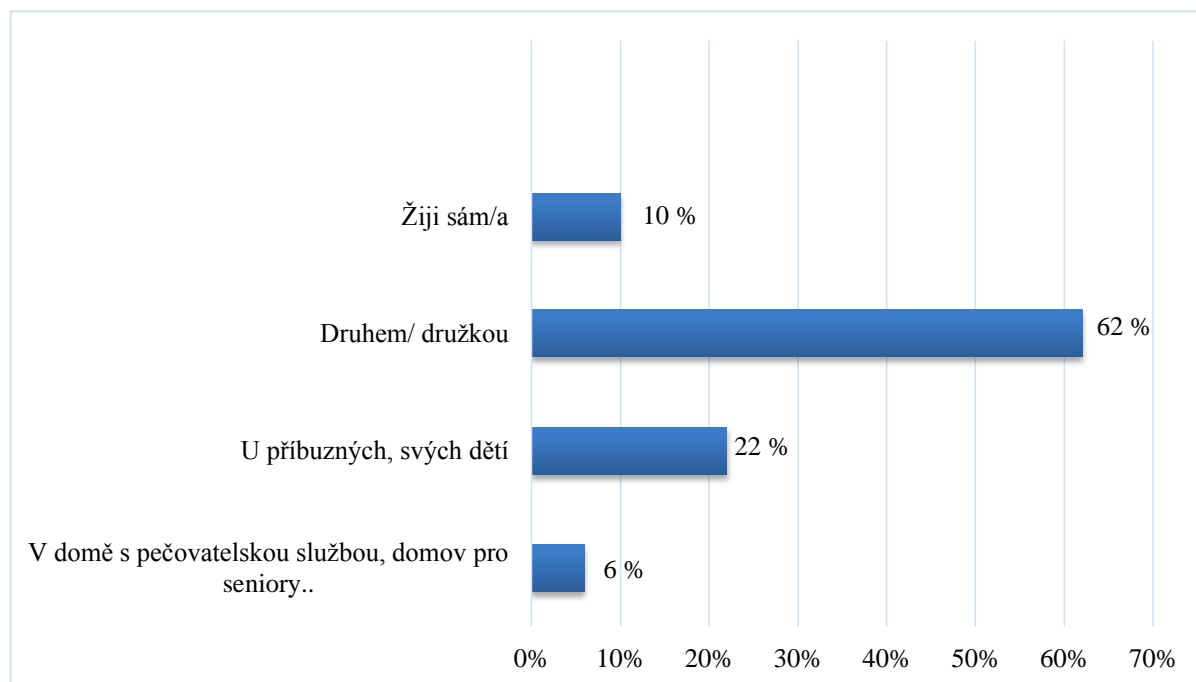
Otázka č. 4 – Léčíte se s vysokým krevním tlakem?



Obrázek 4 Výskyt vysokého krevního tlaku u respondentů

Čtvrtá otázka zjišťovala, zda se respondenti léčí s krevním tlakem. Otázka byla uzavřená a nabízela možnosti - „ano“, „ne“. Významná většina dotazovaných, tedy 34 (68 %) odpovědělo ano. Zbýlých 16 (32 %) respondentů odpovědělo, že se s krevním tlakem neléčí.

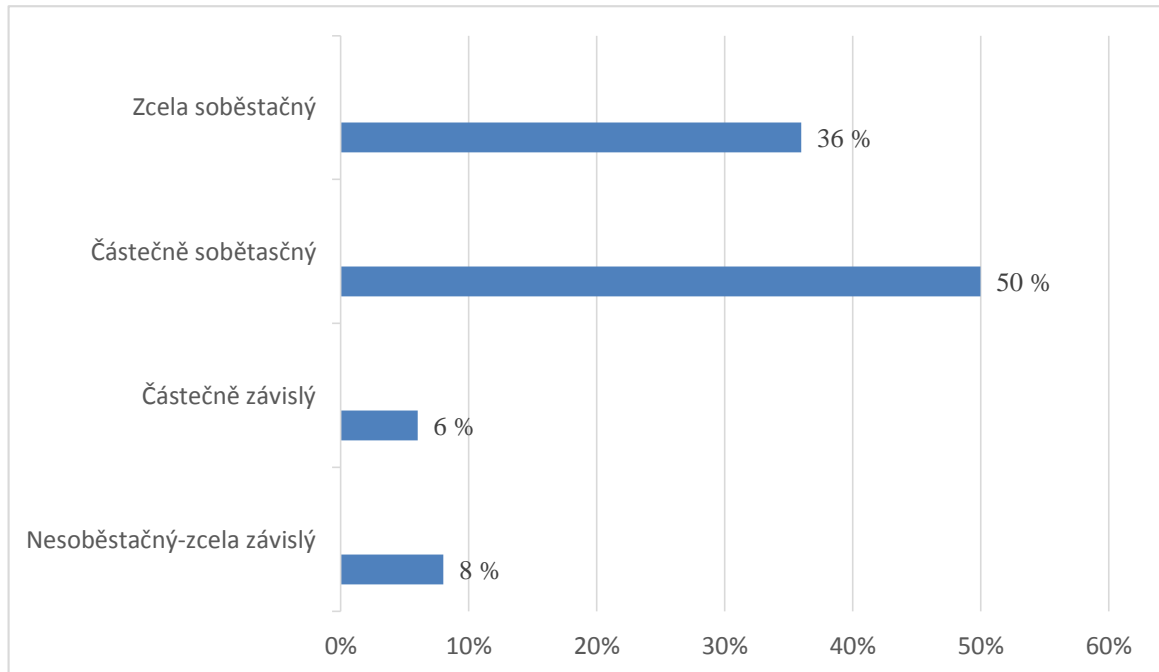
Otázka č. 5 – Způsob soužití



Obrázek 5 Způsob soužití respondentů

Otázka byla orientovaná na způsob soužití respondentů. Většina dotázaných 31 (62 %) respondentů, bydlí s druhem/družkou. Další významnou skupinu tvořili respondenti žijící u příbuzných, svých dětí 11 (22 %). Již méně dotázaných, tedy 5 (10 %) bydlí sami a zbylí 3 (6 %) respondenti žijí v domě s pečovatelskou službou, v domově pro seniory.

Otázka č. 6 – Jaká je úroveň Vaší soběstačnosti v oblasti sebeděže (oblékání, hygiena...)

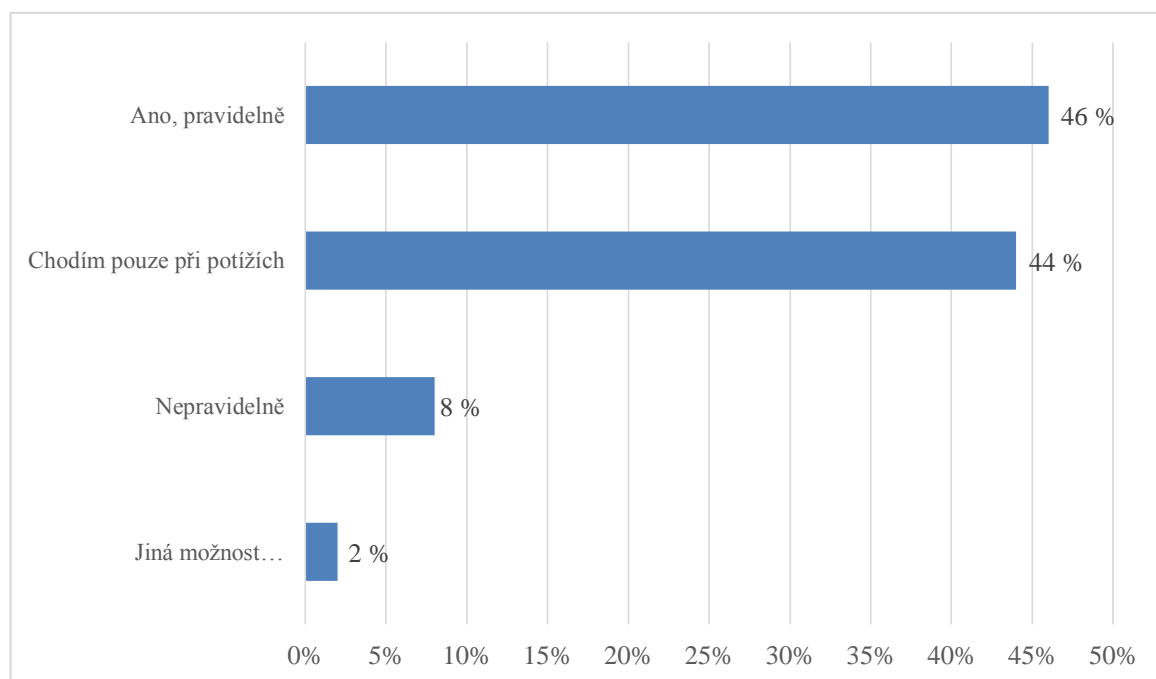


Obrázek 6 Úroveň soběstačnosti respondentů v oblasti sebeděže

Tato otázka byla zaměřena na úroveň soběstačnosti v oblasti sebeděže. Otázka nabízela výběr ze čtyř odpovědí. Polovina respondentů, tedy 25 (50 %) odpověděla, že jsou částečně soběstační. Další skupinu tvořili lidé zcela soběstační, konkrétně 18 (36 %).

Mezi respondenty byli i nesoběstační – zcela závislí lidé, přesně 4 (8 %) a zbylí 3 (6 %) tvořili skupinu částečně závislých v oblasti sebeděže.

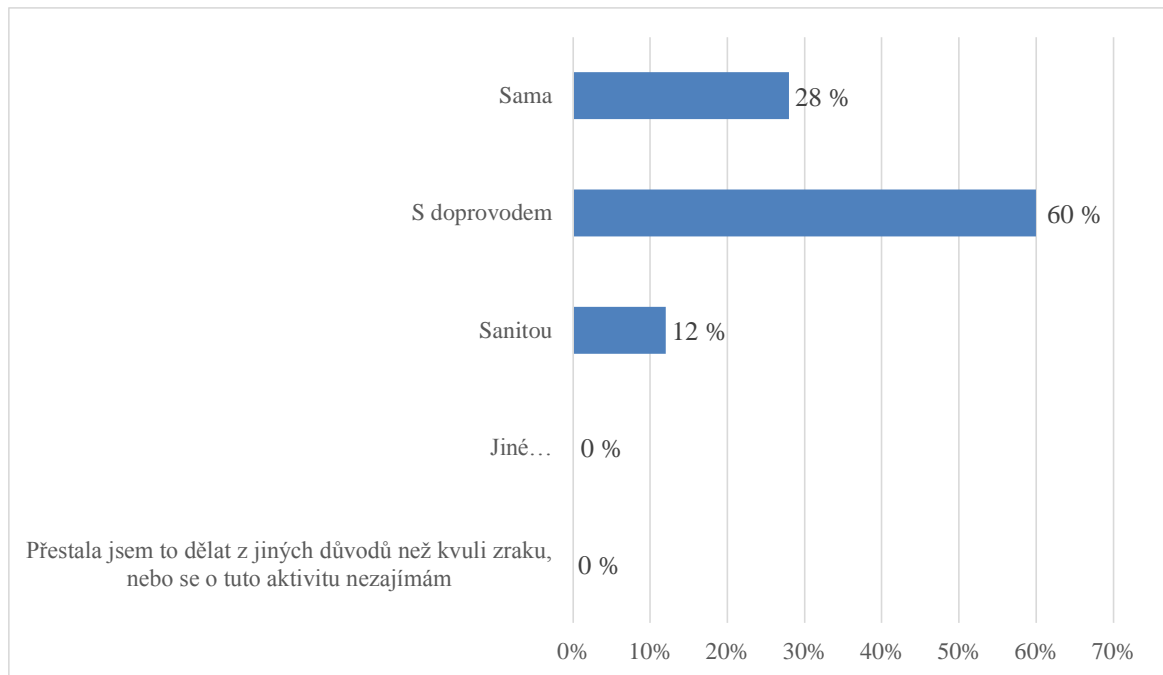
Otázka č. 7 – Chodíte na pravidelné kontroly do odborné ambulance (oční, diabetické)?



Obrázek 7 Pravidelné kontroly respondentů v odborné ambulanci

Sedmá otázka zmapovala, zda respondenti chodí na pravidelné kontroly do odborné ambulance oční, diabetologické. Otázka nabízela výběr ze čtyř různých odpovědí a v jedné z nich mohli dotazovaní odpovědět libovolně. Vznikly dvě hlavní nejpočetnější skupiny. První skupinu tvořili respondenti, kteří uvedli, že chodí na pravidelné kontroly do odborné ambulance, celkem 23 (46 %) a druhá skupina se skládala z respondentů, kteří chodí do odborné ambulance pouze při potížích, celkem 22 (44 %). Pouze 4 (8 %) respondenti chodí do odborné ambulance nepravidelně. Jeden dotazovaný využil možnost vlastní odpovědi a uvedl, že odbornou ambulanci nenavštěvuje téměř vůbec.

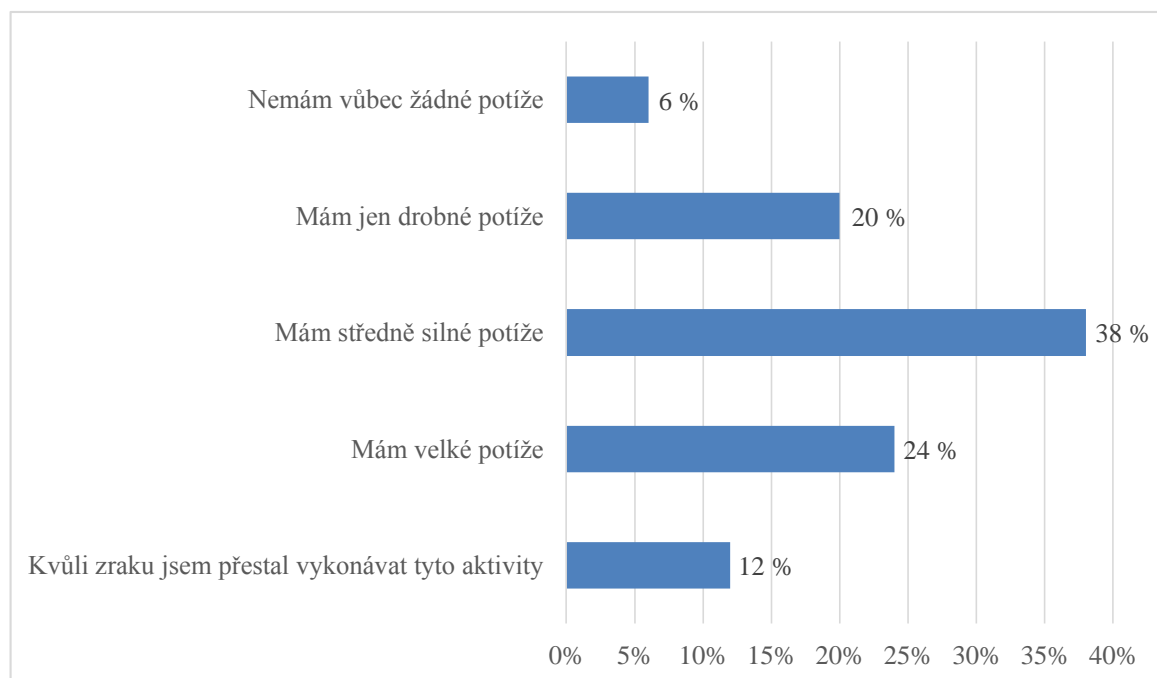
Otázka č. 8 – Jak se dopravujete k lékaři?



Obrázek 8 Doprava respondentů k lékaři

Tato otázka odhalovala, jak se respondenti dopravují k lékaři. Dotázaní měli na výběr z pěti odpovědí a jedna z nich byla libovolná odpověď. Celkem 30 (60 %) dotazovaných se k lékaři dopravuje s doprovodem. Dále 14 (28 %) dotazovaných chodí k lékaři sami, a zbylých 6 (12 %) respondentů využívá k převozu sanitu. Zbývající dvě možnosti si nikdo z respondentů nevybral.

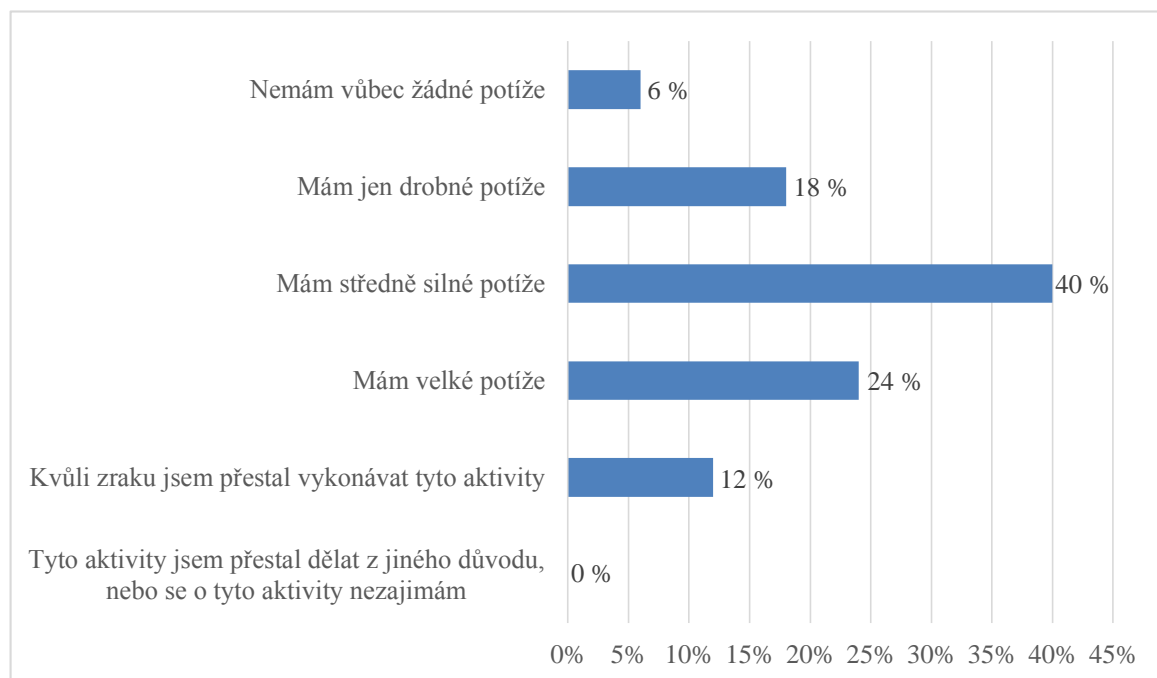
Otázka č. 9 – Když používáte své brýle, jak velké obtíže Vám dělá čtení malého tištěného písma – v telefonním seznamu, na láhvi od léku drobným písmem psané právní dodatky atd..?



Obrázek 9 Obtíže respondentů při čtení malého tištěného písma

Otázka odkrývala, jak velkou obtíž činí respondentům čtení malého písma, i přesto, že používají své brýle. Otázka nabízela pět možností odpovědí. Nejvíce dotázaných, přesně 19 (38 %) odpovědělo, že mají středně silné potíže. Celkem 12 (24 %) respondentů má velké potíže, naopak 10 (20 %) dotázaných, má jen drobné potíže. Mezi respondenty byli i tací, kteří museli tuto aktivitu kvůli zraku přestat vykonávat, konkrétně 6 (12 %). Zbývající 3 (6%) dotázaní nemají žádné potíže se čtením drobného písma, při použití brýlí.

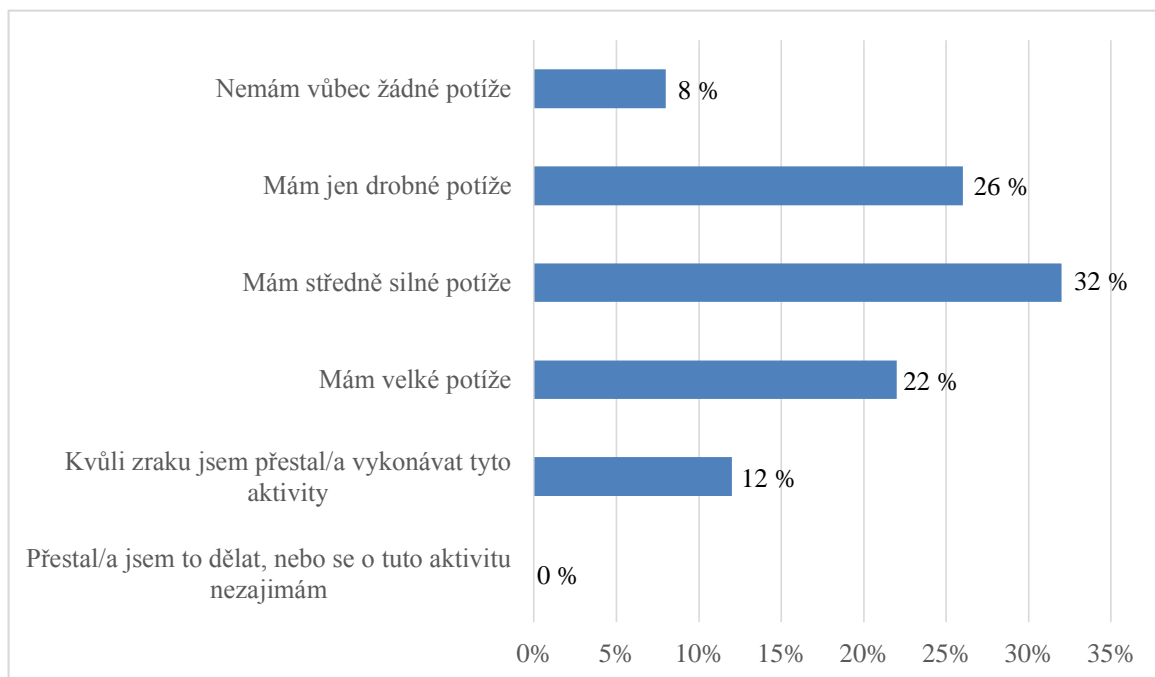
Otázka č. 10 – Jakou obtíž Vám činí vykonávání práce či koníčků, které vyžadují dobré vidění na blízko (vaření, šití, opravování věcí kolem domácnosti, nebo práce s ručním nářadím...)



Obrázek 10 Obtíže respondentů při vykonávání práce či koníčků

Otázka se zaměřovala na obtíže respondentů, při vykonávání práce či koníčků, které vyžadují dobré vidění na blízko. Respondenti měli na výběr z 6-ti možností odpovědí. Nejvíce respondentů má středně silné potíže, přesně 20 (40 %), dalších 12 (24 %), má velké potíže. Již méně, což je 9 (18 %) má jen drobné potíže a naopak 6 (12 %) dotázaných přestalo kvůli zraku tyto aktivity vykonávat. Potíže nemají přesně 3 (6 %) respondenti. Možnost, že by tyto aktivity přestali respondenti dělat z jiného důvodu, než kvůli zraku, nebo se o ně nezajímali, nezvolil ani jeden z nich.

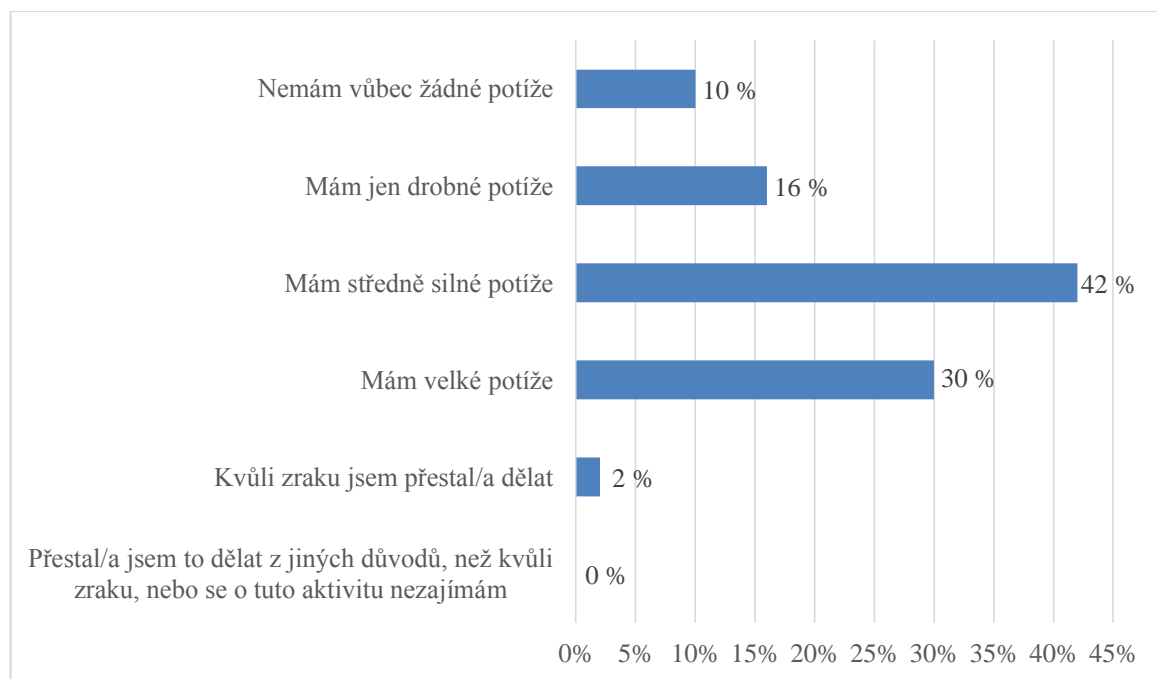
Otázka č. 11 – Jak obtížné je pro Vás číst názvy ulic, obchodů?



Obrázek 11 Obtíže respondentů při čtení názvů ulic, obchodů

Otázka zjišťovala, jak je obtížné pro respondenty číst názvy ulic a obchodů. Respondenti měli na výběr z 6-ti možností odpovědí. Nejvíce z nich, přesně 16 (32 %) má středně silné potíže. Poměrně velké množství dotázaných, celkem 13 (26 %) má jen drobné potíže. O něco méně, což je 11 (22 %) respondentů má velké potíže. Zbývajících 6 (12 %) dotázaných uvedlo, že kvůli zraku přestali vykonávat tyto aktivity. Možnost „přestal/a jsem číst názvy ulic, obchodů, nebo se o tuto aktivitu nezajímám“, nevedl žádný z respondentů.

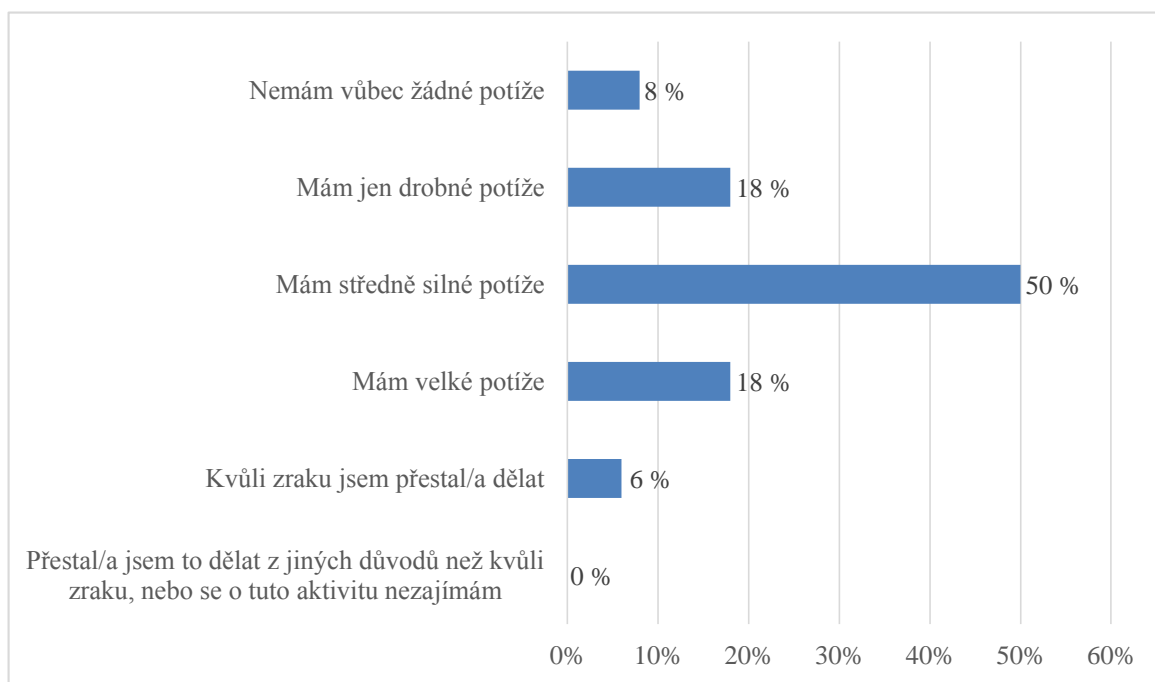
Otázka č. 12 – Z důvodu Vašeho zraku, jak velké potíže Vám činí rozpoznat lidi, které znáte, na vzdálenost přes místnost?



Obrázek 12 Schopnost respondentů rozpoznávat známé lidi

Otázka se zaměřovala na to, jak velké potíže z důvodu zraku, činí respondentům rozeznat lidi, které znají, na vzdálenost přes místnost. Nejvíce respondentů, přesně 21 (42 %) uvedlo, že má středně silné potíže, dalších 15 (30 %) dotazovaných má velké potíže. Dále pak 8 (16 %) z dotázaných má pouze drobné potíže, celkem 5 (10 %) nemá vůbec žádné potíže. Kvůli zraku přestal/a rozpoznávat lidi 1 (2 %) z dotázaných. Možnost „přestal/a jsem dělat z jiných důvodů, nebo se o tuto aktivitu nezajímám“, nevedl žádný z respondentů.

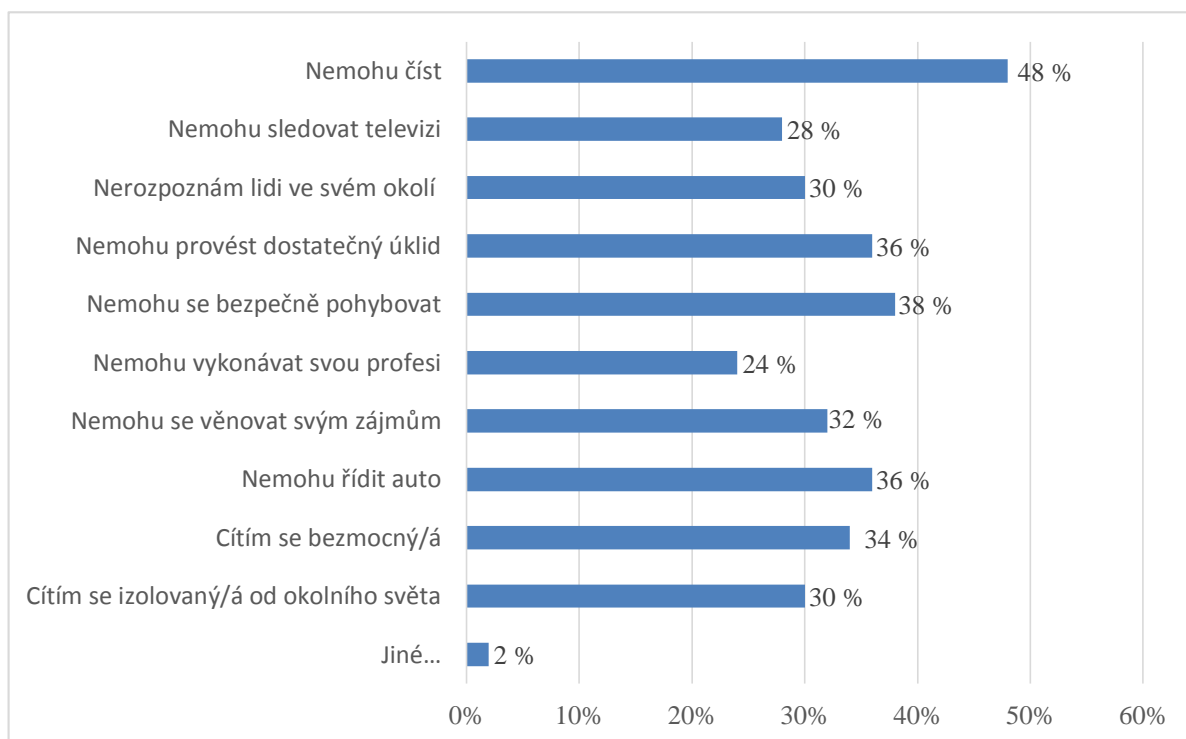
Otázka č. 13 – Z důvodu Vašeho zraku, jak velké potíže máte se sledováním televizních programů?



Obrázek 13 Potíže respondentů se sledováním televizních programů

Polovina respondentů, konkrétně 25 (50 %) má středně silné potíže. Objevilo se i 9 (18 %) respondentů, kteří mají drobné potíže a stejný počet dotazovaných, tedy 9 (18 %) s velkými potížemi. Zbývá 3 (6 %) respondenti z důvodu zhoršení zraku přestali sledovat televizi. Možnost „přestal/a jsem dělat z jiných důvodů než kvůli zraku, nebo se o tuto aktivitu nezajímám“, nevedl žádný z respondentů.

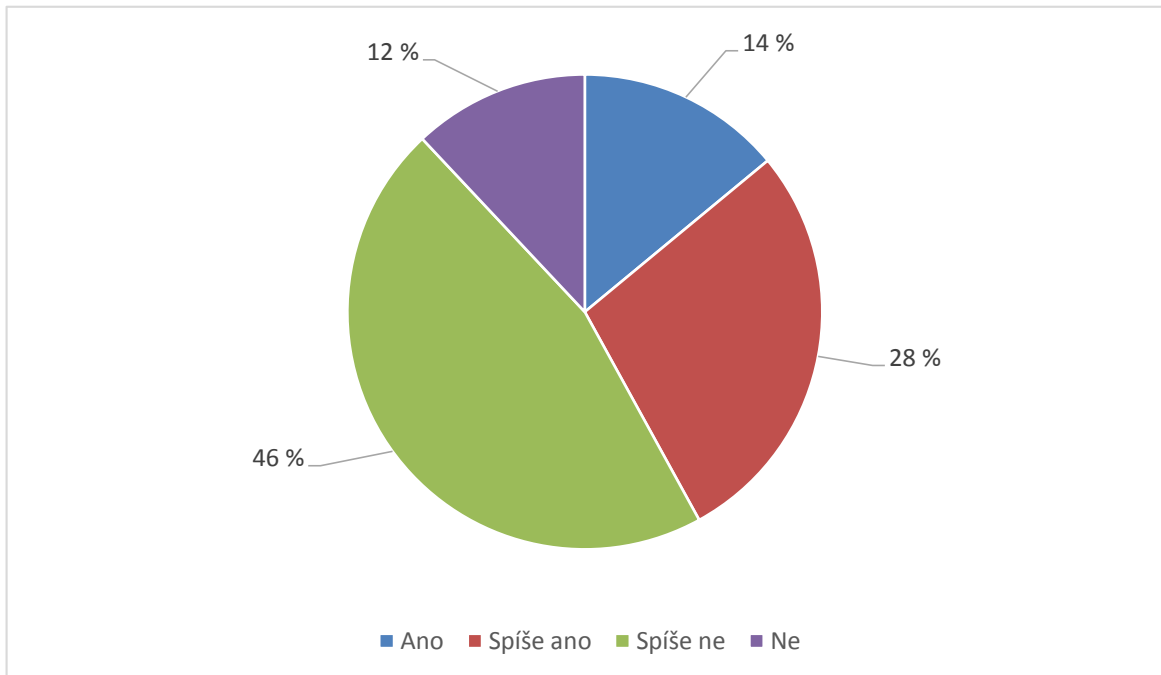
Otázka č. 14 – Co považujete v souvislosti s onemocněním za největší problém?



Obrázek 14 Největší problém respondentů v souvislosti s onemocněním DR

Tato otázka byla důležitá, pro zjištění největších problémů respondentů v souvislosti s onemocněním DR. Otázka nabízela jedenáct různých odpovědí a respondenti mohli označit i více možností odpovědí, proto součet dílčích výsledků není 100 %. Jedna z možností byla „jiné“, kde dotazovaní mohli vyjádřit svůj názor. Nejvíce respondentů, konkrétně 24 (48 %), zvolilo, jako největší problém v souvislosti s onemocněním DR, že nejsou schopni číst. Druhý, nejčastěji zvolený problém bylo, že se respondenti nemohou bezpečně pohybovat, který vybralo celkem 19 (38 %) dotázaných. Objevilo se i 18 (36 %) respondentů, kteří jako hlavní problém zvolili, že nezvládnou řídit auto a stejný počet 18 (36 %) provést dostatečný úklid. Celkem 17 (34 %) dotázaných se cítí bezmocně a přesně 16 (32 %) trápí, že se nemohou věnovat svým zájmům. Pro méně, celkem 15 (30 %) dotázaných je hlavním problémem rozpoznávání známých lidí ve svém okolí a pocit izolovanosti od okolního světa. Konkrétně 14 (28 %) respondentů není schopno sledovat televizi. Mezi dotázanými byli i tací, přesně 12 (24 %), kteří nemohou v souvislosti s onemocněním DR vykonávat svou profesi. Pouhý 1 (2 %) respondent se vyjádřil, že zatím vše zvládá.

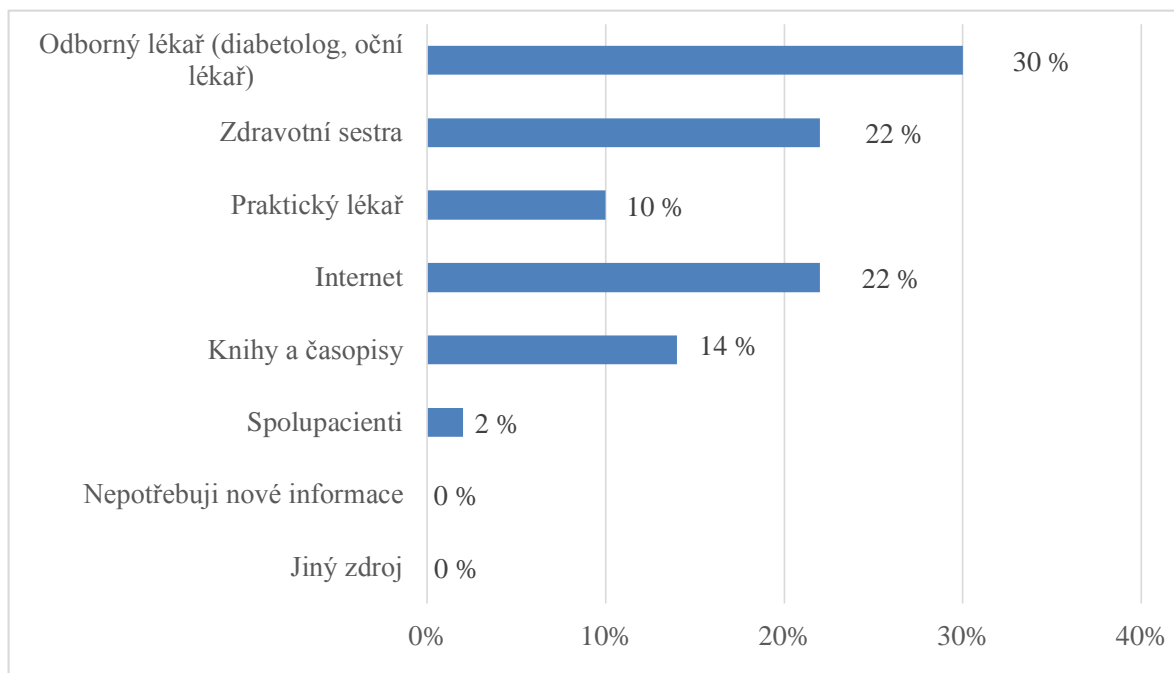
Otázka č. 15 – Myslíte, že máte dostatek informací o onemocnění diabetická retinopatie?



Obrázek 15 Informovanost respondentů o onemocnění DR

Tato otázka odhalovala, zda, jsou respondenti dostatečně informovaní o onemocnění DR. Respondenti, měli možnost výběru ze čtyř odpovědí – „ano“, „spíš ano“, „spíše ne“, „ne“. Nejvíce z nich přesně 23 (46 %), vybralo odpověď „spíše ne“, naopak 14 (28 %) dotázaných odpovědělo „spíše ano“. Celkem 7 (14 %) je dostatečně informováno a o jednoho respondenta méně, tedy 6 (12 %) není dostatečně informováno o onemocnění DR.

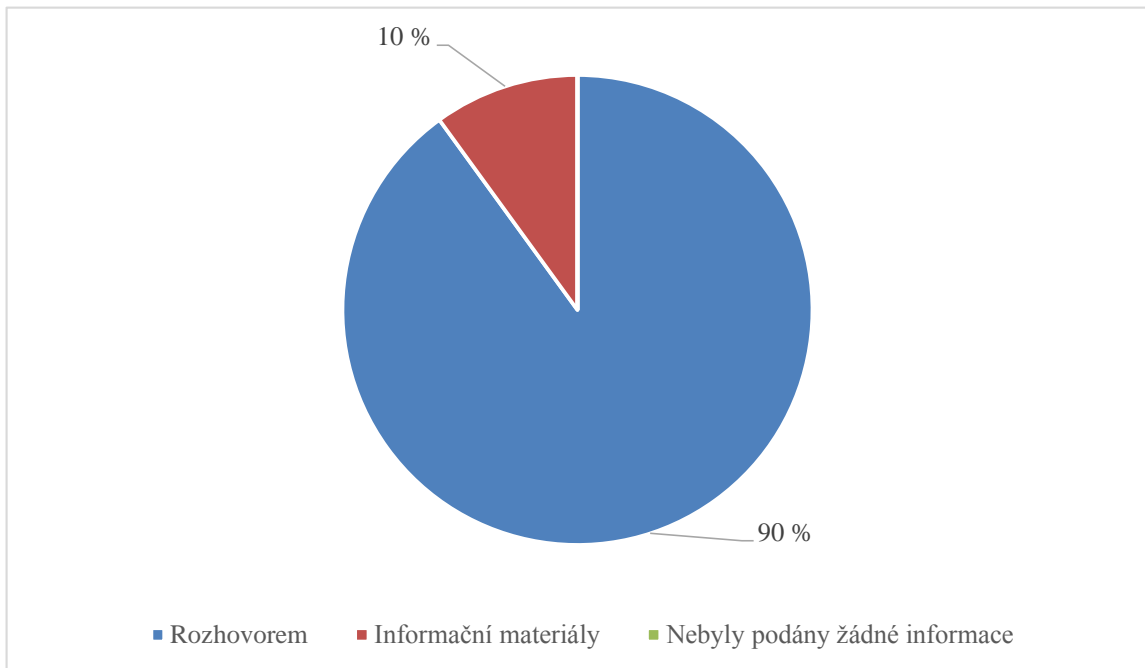
Otázka č. 16 – Kde získáváte nové informace?



Obrázek 16 Získávání informací

Otázka se zabývala tím, kde respondenti získávají informace. Otázka měla osm možných odpovědí. Mezi nimi byla na výběr možnost „jiný zdroj“, kde respondenti mohli vyjádřit svůj názor. Celkem 15 (30 %) dotázaných zvolilo možnost odborný lékař diabetolog, oční lékař. Další početné skupiny tvořili respondenti, kteří nové informace získávají od zdravotní sestry, přesně 11 (22 %) a dalších 11 (22 %), hledá nové informace na internetu. Již méně, tedy 7 (14 %), čerpá z knih a časopisů. Pouze 5 (10 %) respondentů získává další informace od praktického lékaře a 1 (2 %) respondent od spolupacientů. Možnost „nepotřebuji nové informace“ a „jiný zdroj“, nezvolil nikdo z dotázaných.

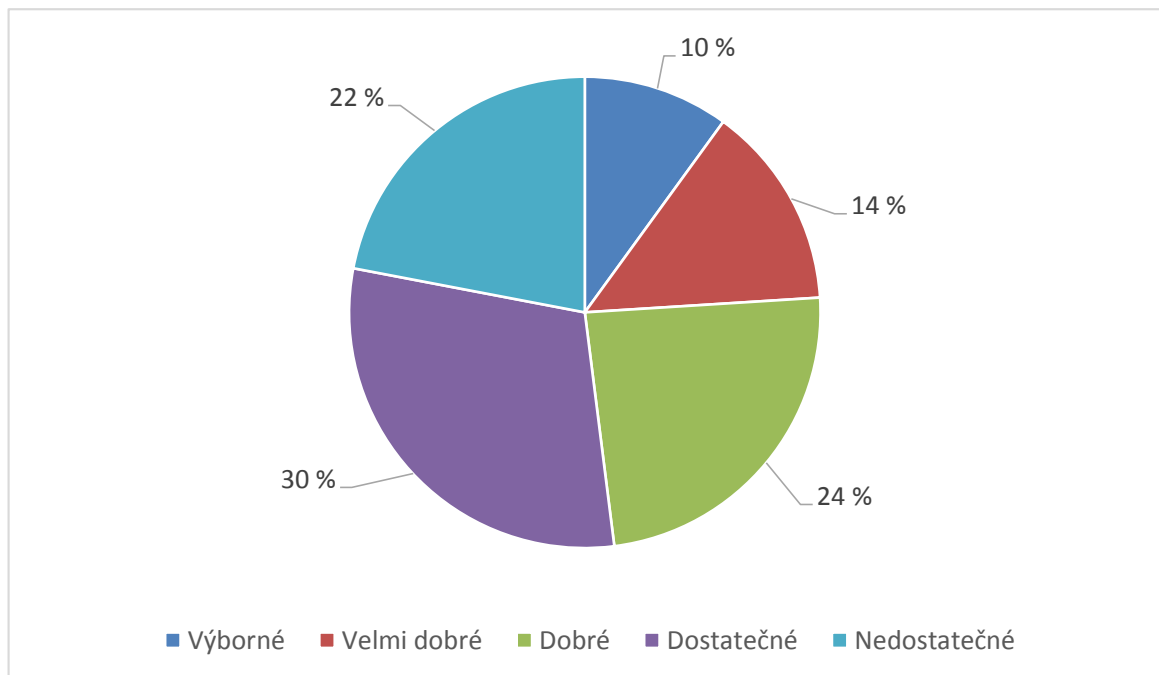
Otázka č. 17 – Jakou formou byly podány informace o onemocnění diabetická retinopatie?



Obrázek 17 Forma předání informací o onemocnění DR respondentům

Tato otázka zjišťovala, jakou formou byly respondentům předány informace o onemocnění DR. Respondenti měli na výběr ze tří možností odpovědí, pokud zvolili odpověď „informační materiály“, měli uvést jaké. Více než polovina a to 45 (90 %) z nich vybrala možnost „rozhovorem“. Pouhým 5 (10 %), byly poskytnuty informační materiály, a to brožury, letáky v čekárnách.

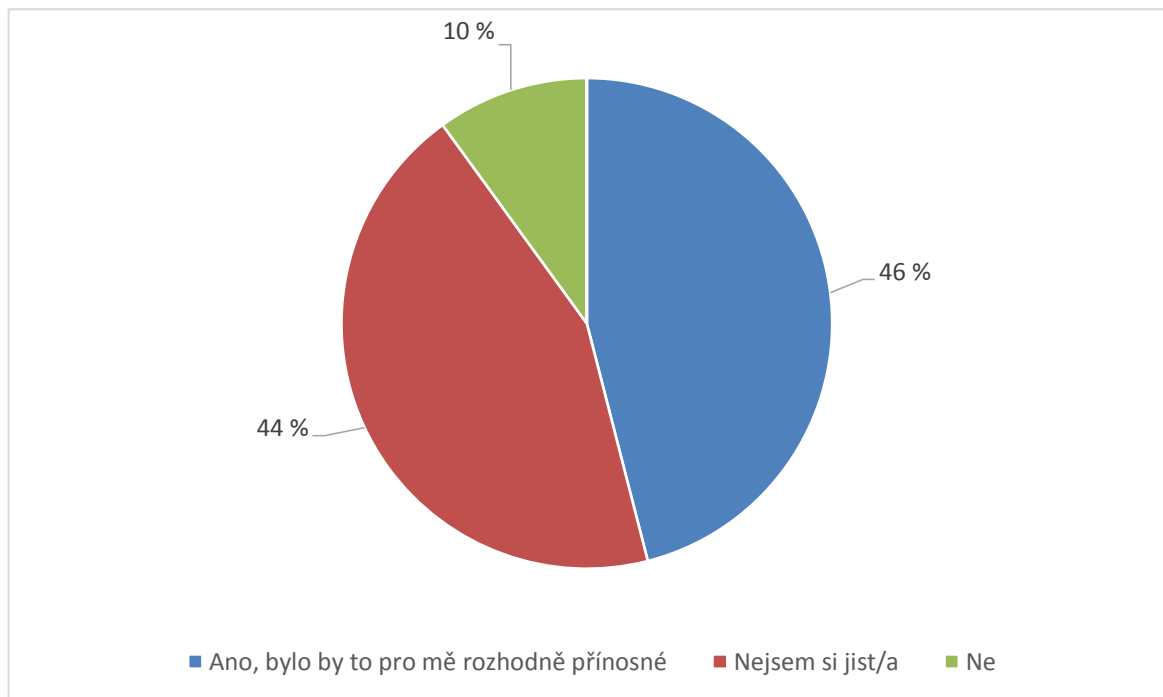
Otázka č. 18 – Jak byste celkově hodnotila Vaše znalosti o tomto onemocnění?



Obrázek 18 Úroveň znalostí respondentů o onemocnění DR

Tato otázka odhalovala, jaká je úroveň znalostí respondentů o onemocnění DR. Otázka byla uzavřená, dotázaní měli možnost výběru z pěti odpovědí. Nejvíce respondentů, přesně 15 (30 %), má dostatečné znalosti. Celkem 12 (24 %) má dobré znalosti o onemocnění DR. Poměrně velké množství, a to 11 (22 %), uvedlo, že jsou jejich vědomosti nedostatečné. Pouze 7 (14 %) respondentů vybralo odpověď „velmi dobré“ a 5 (10 %) zvolilo možnost „výborné“.

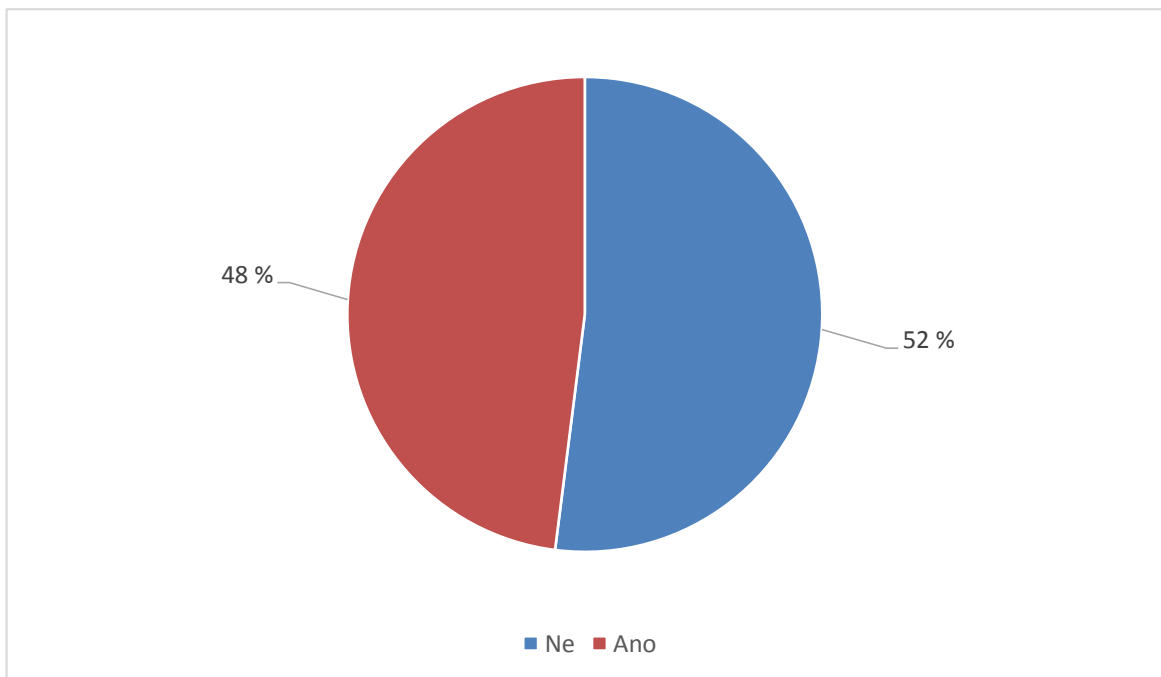
Otázka č. 19 – Myslíte si, že by pro Vás byla přínosná (re)edukace?



Obrázek 19 (Re)edukace respondentů

Otázka se snažila odkrýt, názor respondentů na přínos (re)edukace. Otázka byla uzavřená, respondenti mohli vybírat ze tří možností odpovědí. Pro 23 (46 %) dotázaných by byla (re)edukace rozhodně přínosná. Celkem 22 (44 %) respondentů si není jistých. Zbýlých 5 (10 %) nepovažují (re)edukaci za přínosnou, zvolili tedy odpověď „ne“.

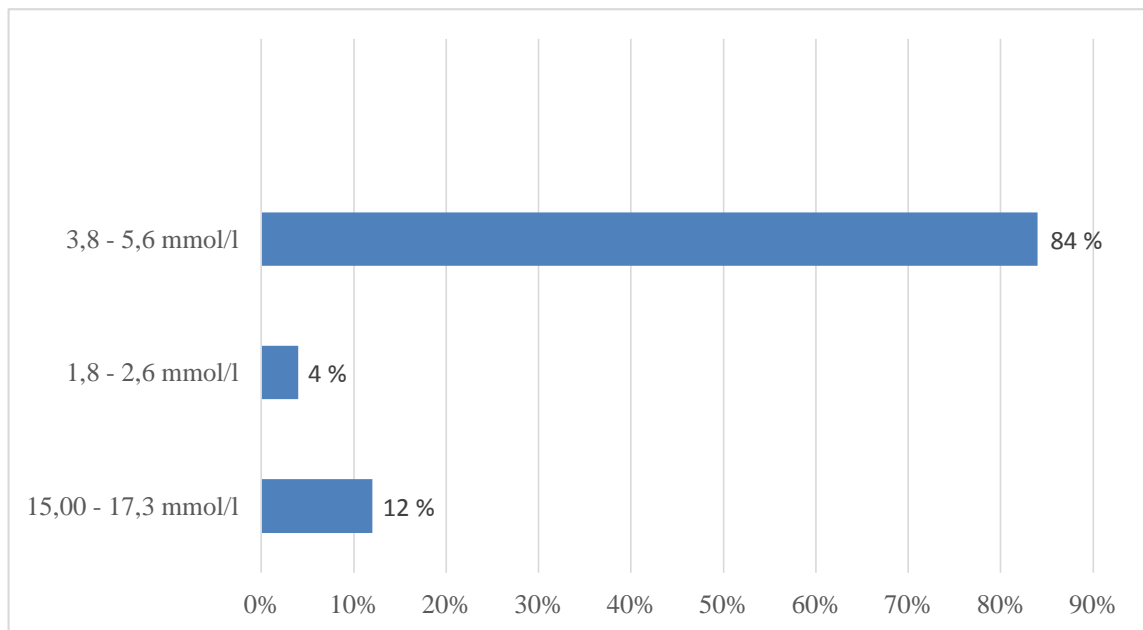
Otázka č. 20 – Znáte komplikace onemocnění diabetická retinopatie?



Obrázek 20 Komplikace onemocnění DR

Otázka zjišťovala, zda respondenti znají komplikací onemocnění DR. Respondenti měli na výběr ze dvou možností „ne“ a „ano“, pokud uvedli, že znají komplikace onemocnění, měli uvést jaké. Více než polovina, přesně 26 (52 %) dotázaných komplikace onemocnění DR nezná a zbylých 24 (48 %) dotázaných ano. Respondenti nejčastěji uváděli ztrátu zrakové ostrosti, oslepnutí, dále pak poškození cév v organismu, neovaskularizace a odchlípení sítnice.

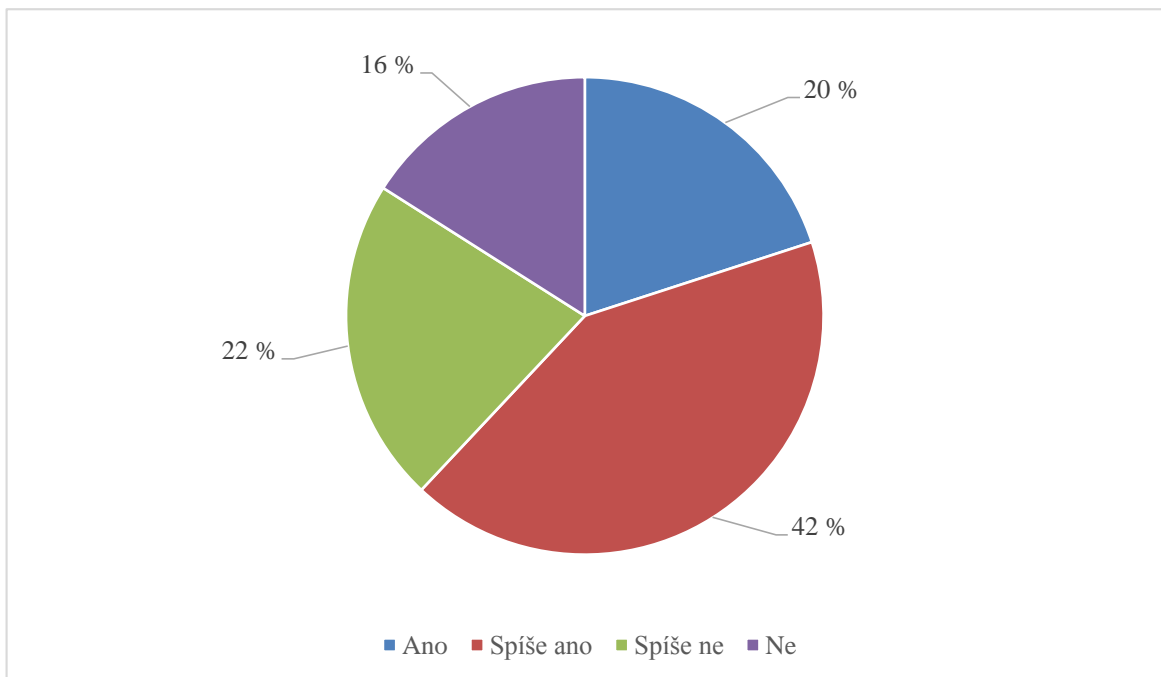
Otázka č. 21 – Jaká je správná hodnota glykémie (hladiny cukru v krvi)?



Obrázek 21 Znalost správné hodnoty glykémie

Tato otázka odhalovala, zda respondenti znají správnou hladinu glykémie. Na výběr měli tři možnosti odpovědí. Celkem 42 (84 %) dotázaných, zvolilo správnou odpověď 3,8 – 5,6 mmol/l. Dalších 6 (12 %) vybralo hodnotu 15,00 – 17,3 mmol/l a zbylí 2 (4 %) respondenti zvolili hodnotu 1,8 – 2,6 mmol/l.

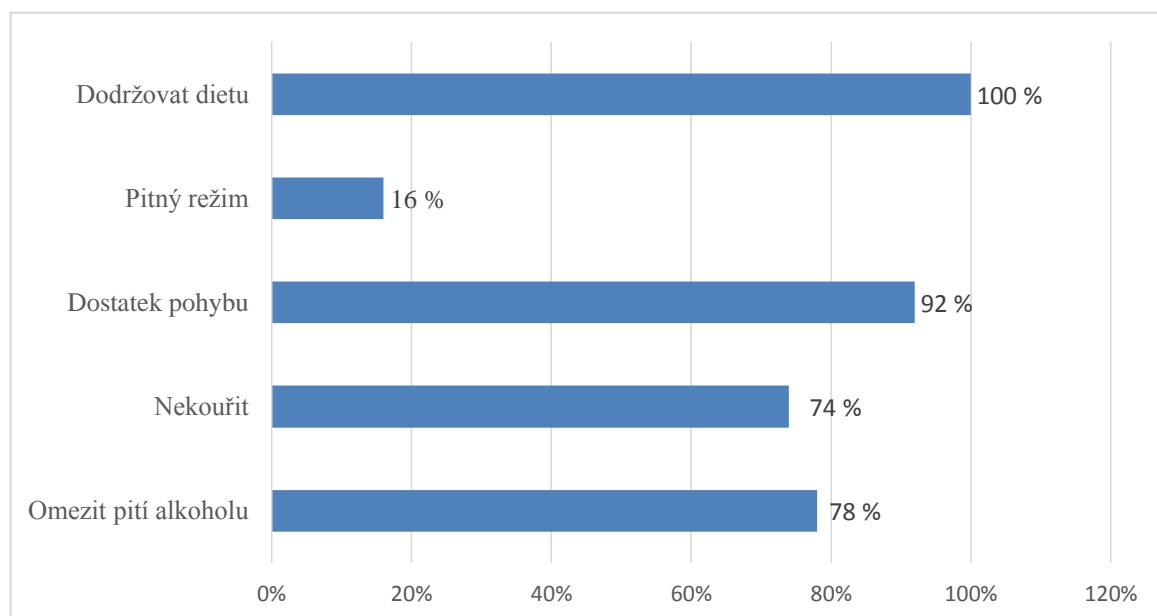
Otázka č. 22 – Změnil se zásadně Váš životní styl po zjištění onemocnění?



Obrázek 22 Životní styl respondentů

Otázka zkoumala, zda se změnil životní styl respondentů po zjištění onemocnění. Otázka byla uzavřená a nabízela čtyři možné odpovědi. Nejvíce dotázaných, přesně 21 (42 %) vybralo možnost „spíše ano“. Značně méně, tedy 11 (22 %) zvolilo odpověď „spíše ne“. Pouze u 10 (20 %) respondentů se životní styl zásadně změnil po zjištění onemocnění. Zbýlých 8 (16 %) respondentů zvolilo možnost „ne“.

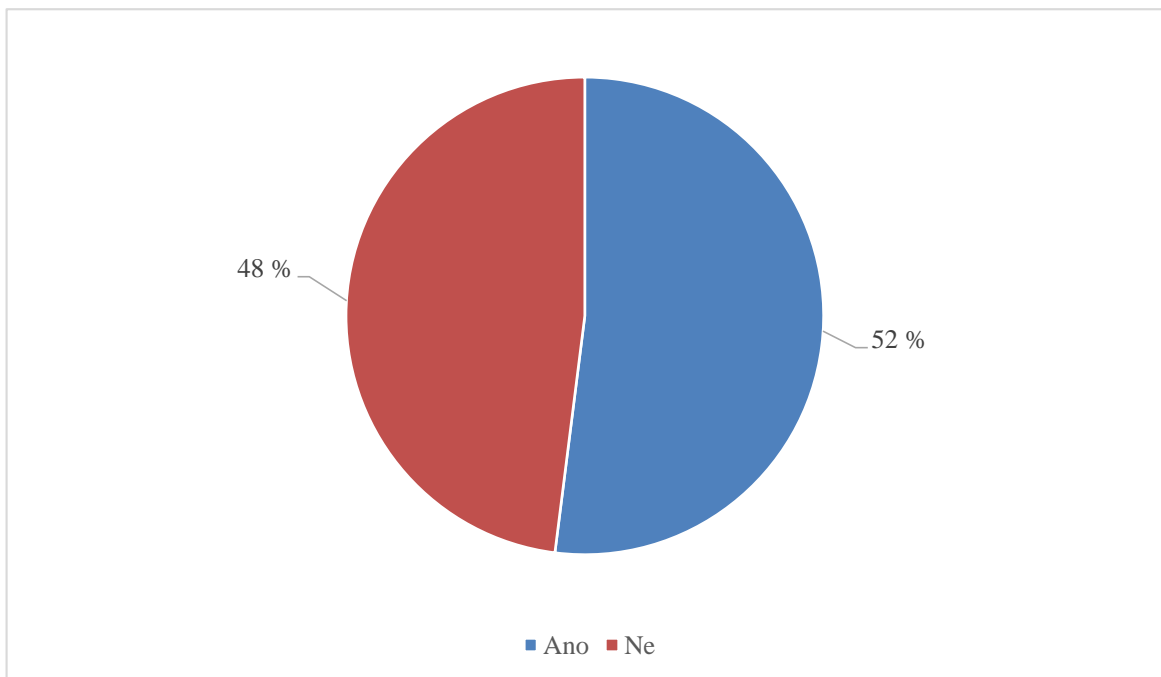
Otázka č. 23 – Vypište 3 zásady zdravého životního stylu, které byste měl/a dodržovat v souvislosti s onemocněním.



Obrázek 23 – Zásady zdravého životního stylu respondentů

Otázka se zaměřovala na znalosti respondentů v oblasti zdravého životního stylu. Respondenti měli vypsát 3 zásady zdravého životního stylu, které by měli v souvislosti s onemocněním DR dodržovat. Odpovědi byly rozděleny do pěti kategorií. Respondenti mohli označit i více možností, proto součet dílčích výsledků není 100 %. Nejpočetnější odpovědí od respondentů bylo dodržení diety, v počtu 50 (100 %). Další početnou kategorií bylo dostatek pohybu, kde se takto vyjádřilo celkem 46 (92 %). V odpovědích se též často objevovalo omezit pití alkoholu, přesně u 39 (78 %) respondentů a nekouřit u 37 (74 %). Pouze 8 (16 %) respondentů zařadilo mezi zásady zdravého životního stylu také dodržování pitného režimu.

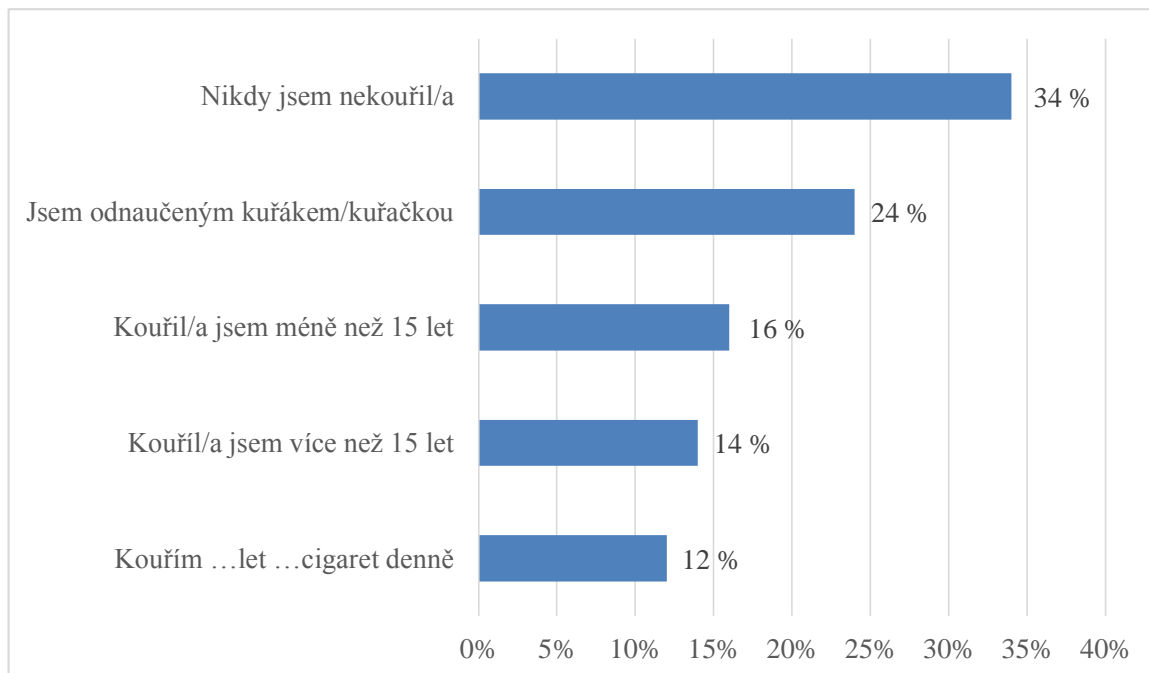
Otázka č. 24 – Trpíte nadváhou?



Obrázek 24 – Nadváha u respondentů

Otázka odhalovala výskyt nadváhy u respondentů. Otázka byla uzavřená, respondenti měli na výběr pouze odpověď „ano, „ne“. Více než polovina, přesně 26 (52 %) uvedlo, že trpí nadváhou a zbylých 24 (48 %) respondentů nadváhu nemá.

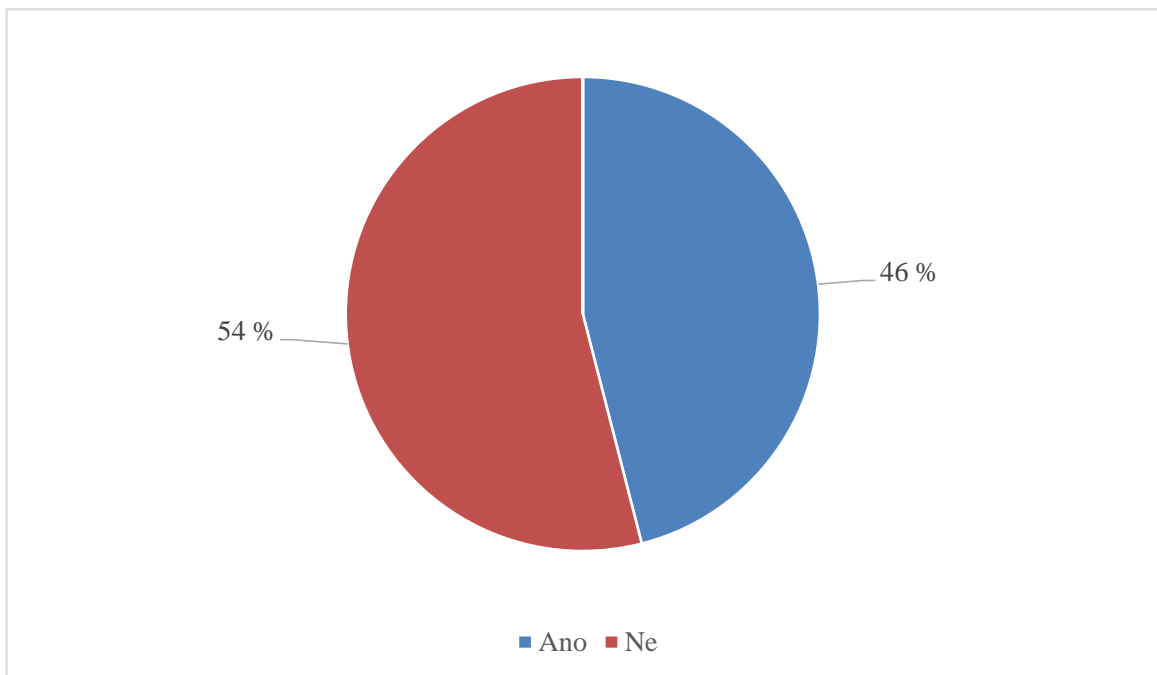
Otázka č. 25 – Kouříte?



Obrázek 25 Rozdělení respondentů na kuřáky a nekuřáky

Otázka odkrývala, procentuální zastoupení kuřáků a nekuřáku v dotazníkovém šetření. Respondenti měli na výběr z pěti možností odpovědí. Jedna z otázek byla otevřená, respondenti mohli uvést, jak dlouho kouří a kolik cigaret denně. Celkem 17 (34 %) respondentů nikdy nekouřilo, dalších 12 (24 %) je odnaučenými kuřáky. Méně početná byla skupina respondentů, kteří kouřili méně než 15 let, přesně 8 (16 %) a skupina respondentů, kteří kouřili více než 15 let, konkrétně 7 (14 %). Posledních 6 (12 %) čítajících byli kuřáci, kteří kouřili v průměru 30 let 15 cigaret denně.

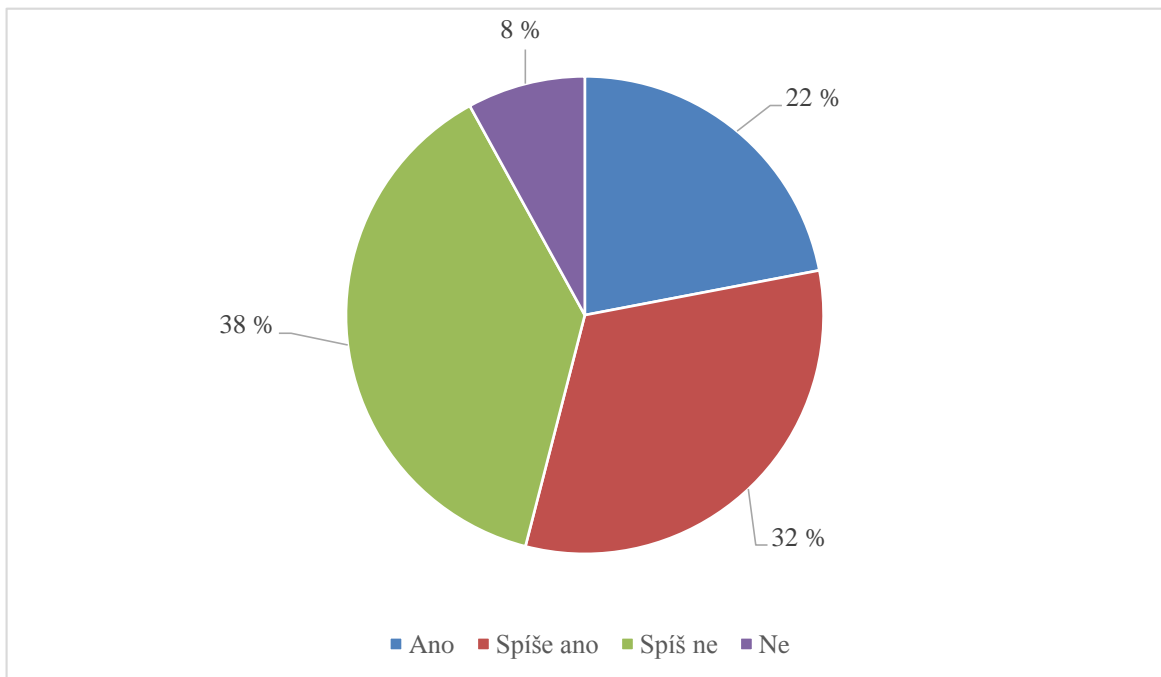
Otázka č. 26 – Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?



Obrázek 26 Fyzická aktivita respondentů

Otázka zjišťovala, zda mají respondenti pravidelnou fyzickou aktivitu. Respondenti měli na výběr pouze odpověď „ano“, „ne“. Pravidelnou fyzickou aktivitu nemá 27 (54 %) dotázaných a 23 (46 %) respondentů ano.

Otázka č. 27 – Jíte stravu bohatou na zeleninu a ovoce, které obsahují důležité vitamíny (například vitamín E, betakaroten), užíváte doplňky stravy?



Obrázek 27 Konzumace stravy bohaté na vitamíny a doplňků stravy

Otázka se snažila odkrýt, zda respondenti jí stravu bohatou na zeleninu a ovoce, které obsahuje důležité vitamíny (například E, betakaroten) a doplňky stravy. Respondenti měli na výběr čtyři možné odpovědi. Nejvíce respondentů, přesně 19 (38 %) vybralo možnost „spíše ne“, naopak 16 (32 %) zvolilo odpověď „spíše ano“. Celkem 11 (22 %) dotázaných odpovědělo „ano“ a pouze 4 (8 %) respondenti vybrali možnost „ne“.

DISKUZE

V této kapitole je popsána diskuze nad výzkumnými otázkami z dotazníkového šetření.

Podobný výzkum provedla v roce 2015 v rámci závěrečné práce Lucie Belšanová s názvem „Kvalita života pacientů s diabetes mellitus I. typu“. V rámci jejího výzkumu bylo rozdáno celkem 200 dotazníků a ke zpracování výsledků bylo použito 157 dotazníků. Dále používám v diskuzi práci Dany Turoňové z roku 2013, s názvem „Sociální dopad zrakového postižení na klienta“. Součástí diskuze je tedy také srovnání některých výsledků jejich výzkumu a provedeného výzkumu v rámci této práce. Výsledky této práce srovnávám též s výsledky Lucie Karáskové s názvem „Vliv dodržování režimových opatření na vznik komplikací diabetu“, obhájené v roce 2010. V rámci její práce bylo osloveno 70 respondentů. Podobný výzkum provedla také Hana Kališová v roce 2015, ve své závěrečné práci s názvem „Informovanost osob s diagnózou diabetes mellitus o očních komplikacích, jejich léčbě a prevenci“. Během výzkumu bylo rozdáno celkem 100 dotazníkových formulářů. Zpět se z obou pracovišť vrátilo celkem 86 vyplněných dotazníků. Dále jsem srovnávala tuto práci, se závěrečnou prací Kristýny Kalčicové z roku 2011, s názvem „Edukace jako součást léčby diabetes mellitus“, s prací Stanislavy Varaďové obhájené v roce 2015, na téma „Informovanost pacientů o diagnóze diabetes mellitus“. V neposlední řadě jsem srovnávala tuto práci, s bakalářskou prací Lucie Zuzáňákové z roku 2016, s názvem „Kvalita života pacientů s diabetickou retinopatií“. Výzkumný vzorek této bakalářské práce tvořilo celkem 6 respondentů. Výzkum byl zprostředkován pomocí rozhovorů. Odpovědi respondentů byly zpracovány do tabulek. Srovnání je pouze orientační z důvodu odlišnosti cílů závěrečných prací, formulace otázek a počtu respondentů.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké obtíže mají pacienti s onemocněním diabetická retinopatie při vykonávání svých zájmů, aktivit?

K této otázce jsem zjišťovala data za pomoci dotazníkových otázek č. 10, 11, 12, 13 a 14. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit, jaké obtíže mají pacienti s onemocněním diabetická retinopatie při vykonávání svých zájmů, aktivit. V dotazníkovém šetření jsem se zaměřovala především na to, jak velké obtíže respondenti při vykonávání různých aktivit mají a co považují respondenti za největší problém.

Z výsledků těchto otázek vyšlo najevo, že nejvíce respondentů, a to 40 %, při vykonávání svých zájmů, aktivit, udává středně silné potíže. Výsledky mého výzkumu nekorespondují

s výsledky v práci Belšanové, která použila podobnou otázku ve svém dotazníkovém šetření. U otázky „ Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?“ Odpověď „velmi nespokojený/á“ nevolil žádný z respondentů. Odpověď „nespokojený“ zvolilo 12 %, odpověď „velmi spokojený/á“, také 12 %, odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ 25 % a 52 % osob zvolilo odpověď „spokojený/á“. Odlišnost výsledků připisují rozdílnému vzorku respondentů. Jedním z potencionálních faktorů může být rozdílné stádium onemocnění u respondentů.

Nejvíce respondentů, konkrétně 48 %, zvolilo, jako největší problém v souvislosti s onemocněním DR, že nejsou schopni číst. Druhou významnou skupinu tvořili respondenti, přesně 38 %, kteří považují za největší problém, že se nemohou bezpečně pohybovat. Objevilo se i 36 % respondentů, kteří jako hlavní problém zvolili, že nezvládnou řídit auto a stejný počet 36 % provést dostatečný úklid. Celkem 34 % dotázaných se cítí bezmocně a přesně 32 % trápí, že se nemohou věnovat svým zájmům. Pro méně, celkem 30 % dotázaných je hlavním problémem rozpoznávání známých lidí ve svém okolí a pocit izolovanosti od okolního světa. Konkrétně 28 % respondentů není schopno sledovat televizi. Mezi dotázanými byli i tací, přesně 24 %, kteří nemohou v souvislosti s onemocněním DR vykonávat svou profesi. Pouhá 2 % respondentů se vyjádřili, že zatím vše zvládají. Výsledky mého výzkumu nekorespondují s výsledky v práci Turoňové (2013, s. 40), která použila podobnou otázku ve své závěrečné práci, kde na otázku „V čem jste v sociální oblasti nejvíce znevýhodněni?“, zvolilo přesně 74,1 % dotázaných, odpověď „prostorová orientace“. Odlišnost výsledků připisují rozdílnému vzorku respondentů. Dalším faktorem mohou být odlišné možnosti odpovědí respondentů. Jelikož v práci Turoňové, odpověď týkající se problémů se čtením není zahrnuta.

Výzkumná otázka č. 2: Jak úroveň soběstačnosti u pacientů s onemocněním diabetická retinopatie ovlivňuje dodržování léčebného režimu?

K této otázce jsem shromažďovala informace za pomoci dotazníkových otázek č. 6, 7, 8 a 9. Snažila jsem se odkrýt, jak úroveň soběstačnosti u pacientů s onemocněním DR ovlivňuje dodržování léčebného režimu. Zaměřovala jsem se na pravidelné návštěvy respondentů v odborných ambulancích oční, diabetologická a způsob dopravy respondentů k lékaři. Z výsledků vyplývá, že polovina, tedy 50 % respondentů je částečně soběstačných v oblasti sebepečí. Pro odhalení problematiky dodržování léčebného režimu jsem položila několik

otázek. První z nich byla, zda respondenti chodí na pravidelné kontroly do odborné ambulance oční, diabetologická. Celkem 46 % respondentů chodí na pravidelné kontroly do odborné ambulance. Přesně 44 % dotázaných chodí do odborné ambulance při potížích, pouze 8 % respondentů, chodí na kontroly nepravidelně a jeden respondent uvedl, že na kontroly do odborné ambulance nechodí téměř vůbec. Výsledky mého výzkumu jsou částečně shodné s výzkumem Karáskové (2010, s. 33), kde položila podobnou otázku a přesně 99 % dotázaných, dodržuje pravidelné návštěvy u svého diabetologa. Pouze jeden respondent uvedl, že pravidelné kontroly u svého lékaře nedodržuje. Další otázka se zaměřovala na způsob dopravy respondentů k lékaři, kde 60 % respondentů uvedlo, že k lékaři chodí s doprovodem. Výsledky mého výzkumu korespondují s bakalářskou prací Turoňové (2013, s. 52), v které uvádí, že osoba se zrakovým postižením vyžaduje vždy pomoc v neznámém prostředí. Domnívám se, že tyto komplikace mohou ovlivňovat dodržování léčebného režimu.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou pacienti s onemocněním diabetická retinopatie dostatečně informováni o onemocnění?

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala data za pomocí dotazníkových otázek č. 15, 16, 17, 18, 19. Těmito otázkami jsem chtěla odhalit, zda jsou respondenti dostatečně informováni o onemocnění DR. V dotazníkovém šetření, jsem se zaměřovala zejména na to, jak respondenti hodnotí úroveň svých znalostí o onemocnění, kde získávají nové informace o onemocnění, jakým způsobem jim byly informace podány a zda by pro ně byla přínosná (re)edukace.

Z výsledků vyplývá, že 46 % dotázaných odpovědělo, že spíše není dostatečně informováno o onemocnění DR. Naopak 28 % dotázaných, odpovědělo „spíše ano“. Celkem 14 % je dostatečně informováno a o jednoho respondenta méně, tedy 12 % není dostatečně informováno o onemocnění DR. Výsledky, nekorrespondují s výzkumem Karáskové (2010, s. 48), která se podobnou otázkou zabývala ve své práci. Největší skupinu 54 %, kteří informace označili jako dobré. Celkem 36 % uvedlo, že informace, které jim byly podané o jejich onemocnění, by ohodnotili jako výborné. Přesně 7 % respondentů označilo podání informací za nedostačující. Respondentů, kterým prý informace nebyly podány vůbec, bylo 3 %. Odlišnost výsledků připisuji rozdílnému vzorku respondentů. Dalším možným faktorem je rok vytvoření práce Karáskové, jelikož každým rokem přibývají

nové informace, narůstá výskyt nemocných s touto diagnózou, ambulance jsou přeplněné a zdravotnický personál nemá dostatek času, pro sdělení všech informací.

Další otázka se zabývala tím, kde respondenti získávají informace. Celkem 30 % dotázaných zvolilo možnost odborný lékař diabetolog, oční lékař. Další početné skupiny tvořili respondenti, kteří nové informace získávají od zdravotní sestry, přesně 22 % a dalších 22 %, hledá nové informace na internetu. Již méně, tedy 14 % čerpá z knih a časopisů. Pouze 10 % respondentů získává další informace od praktického lékaře a 2 % respondentů od spolupacientů. Možnost, „nepotřebuji nové informace“ a „jiný zdroj“, ne zvolil nikdo z dotázaných. Podobnou otázkou se zabývala ve své bakalářské práci Karásková (2010 s. 49). Z výzkumu Karáskové též vyplývá, že nejvíce respondentů, přesně 40 % získává nové informace od lékaře. Další výsledky již zcela nekorespondují s mým výzkumem. Uvádí, že 20 % využívá odbornou literaturu, z internetu čerpá nové informace 14 % a přesně 13 % respondentů další informace o svém onemocnění obdrželo od známých, kteří trpí touto chorobou. Celkem 12 % dotázaných dostalo nové informace od sestry a 1 % dotázaných uvedlo jinou možnost čerpání informací o chorobě, a to na odborných seminářích. Odlišnost výsledků připisují rozdílnému vzorku respondentů. Dalším možným faktorem je rok vytvoření práce Karáskové, jelikož postupem let se zvyšuje úroveň vzdělání zdravotních sester, tudíž jsou schopny poskytovat pacientům více informací. Také se stále častěji využívá k vyhledávání informací internet, na úkor odborné literatury. V souvislosti s touto otázkou, jsem zjišťovala, jakou formou byly respondentům předány informace o onemocnění DR. Většina a to 90 % z nich vybrala možnost „rozhovorem“. Pouhým 10 % respondentů, byly poskytnuty informační materiály, a to brožury, letáky v čekárnách. Výzkum koresponduje s výzkumem Kališové (2016, s. 57), z kterého vyplývá, že informace ústní formou získalo 100 % respondentů, 28 % respondentů písemně, přes internet získalo informace 8 % respondentů a 1 % respondentů získalo informace jinou formou.

V návaznosti na tuto otázku, jsem se snažila odkrýt názor respondentů na přínos (re)edukace. Pro 46 % dotázaných by byla (re)edukace rozhodně přínosná. Celkem 44 % respondentů si není jistých. Zbylých 10 % nepovažují (re)edukaci za přínosnou, zvolili tedy odpověď „ne“. Výzkum se částečně shoduje s výsledky výzkumu Kalčicové, (2011, s. 51), kde použila stejnou otázku. Též největší počet respondentů, přesně 39 % uvedlo, že ano, ale pouze 23 % respondentů si nebylo jisto a celkem 38 % respondentů uvedlo, že ne. Odlišnost výsledků připisují rozdílnému vzorku respondentů. Dalším možným faktorem, může být neustálý nárůst

nových informací o onemocnění, možnostech léčby, vhodných léčebných režimech, proto se zvyšuje přínos (re)edukace pro respondenty.

Výzkumná otázka č. 4: Znají všichni respondenti s tímto onemocněním zásady zdravého životního stylu a komplikace, které mohou nastat?

K této otázce jsem zjišťovala data za pomoci dotazníkových otázek č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. Tyto otázky měly za úkol zjistit, zda respondenti znají zásady zdravého životního stylu a komplikace onemocnění DR.

Snažila jsem se odkrýt, zda se zásadně změnil životní styl respondentů po zjištění onemocnění. Celkem 42 % respondentů vybralo odpověď „spíše ano“. Značně méně, tedy 22 % zvolilo odpověď „spíše ne“. Pouze u 20 % respondentů se životní styl zásadně změnil po zjištění onemocnění a u zbylých 16 % respondentů se životní styl nezměnil. Výzkum se částečně shoduje s výzkumem Kalčíkové (2011, s. 50), v kterém použila podobnou otázku. Zkoumala, zda změnil životní styl respondentů po zjištění a následné edukaci o onemocnění diabetes mellitus. Více než polovina, tedy 54 respondentů uvedlo, že ano a 26 respondentů uvedlo, že se jejich životní styl nezměnil.

Dále navazovala otázka, v které jsem se zaměřovala na znalosti respondentů v oblasti zdravého životního stylu. Respondenti měli vypsát 3 zásady zdravého životního stylu, které by měli v souvislosti s onemocněním DR dodržovat. Nejpočetnější odpovědi od respondentů bylo dodržení diety, v počtu 100 %. Další početnou kategorií bylo dostatek pohybu, kde se takto vyjádřilo celkem 92 %. V odpovědích se též často objevovalo omezit pití alkoholu, přesně u 78 % respondentů a nekouřit u 74 %. Pouze 16 % respondentů zařadilo mezi zásady zdravého životního stylu také dodržování pitného režimu. Podle Haluzíka (2009, s. 71 - 76), je prvním zásadním bodem dieta, která vyžaduje úpravu jídelníčku s dietní sestrou. Dále je pak velmi důležitá fyzická aktivita minimálně 3 - 4x týdně. U pacientů, kteří dodržují redukční dietu kombinovanou s pravidelnou fyzickou aktivitou, dochází v mnoha případech k poklesu glykemie.

V souvislosti s touto otázkou jsem zkoumala, zda respondenti trpí nadváhou. Více než polovina, přesně 52 % uvedlo, že trpí nadváhou a zbylých 48 % respondentů nadváhu nemá. Výsledky se částečně shodují s výzkumem Kalčíkové (2011, s. 30), ve kterém vypočítala z váhy a výšky respondentů jejich body mass index. Z výsledků vyplývá, že podváhou netrpěl nikdo z respondentů. Pouze 18 respondentů mělo normální váhu, 29 respondentů, což je největší počet, mělo nadváhu. Celkem 18 respondentů, mělo obezitu 1.

stupně, 10 respondentů trpělo obezitou 2. stupně a u 5 respondentů, byla zjištěna obezita 3. stupně.

Dále jsem se zabývala pravidelnou fyzickou aktivitou respondentů. Pravidelnou fyzickou aktivitu nemá 54 % dotázaných a 46 % respondentů ano. Výsledky se neshodují s výzkumem Kalčíkové (2011, s. 42), z kterého vyplývá, že celkem 17 respondentů nemá pravidelnou pohybovou aktivitu a přesně 63 respondentů, což je většina, má pravidelnou pohybovou aktivitu. Odlišnost výsledků připisuji rozdílnému vzorku respondentů.

V souvislosti se zdravým životním stylem jsem zjišťovala zastoupení kuřáků a nekuřáku mezi respondenty. Z výsledků vyplývá, že celkem 34 % respondentů nikdy nekouřilo, dalších 24 % je odnaučenými kuřáky. Méně početná byla skupina respondentů, kteří kouřili méně než 15 let, přesně 16 % a skupina respondentů, kteří kouřili více než 15 let, konkrétně 14 %. Posledních 12 % čítajících byli kuřáci, kteří kouřili v průměru 30 let 15 cigaret denně. Výsledky se částečně shodují s výzkumem Karásková (2010, s. 30), v kterém položila podobnou otázku. Z výzkumu vyplývá, že nejjobsáhlejší skupinou respondentů je skupina nekuřáků, kterých je 82 %. Celkem 4 % respondentů kouří příležitostně. Skupinu kuřáků tvoří 14 % respondentů.

Dále jsem se zaměřovala na znalost správné hodnoty glykémie. Respondenti měli na výběr ze tří možností odpovědí. Celkem 84 % dotázaných, zvolilo správnou odpověď 3,8 – 5,6 mmol/l. Dalších 12 % vybralo hodnotu 15,00 – 17,3 mmol/l a zbylá 4 % respondentů zvolila hodnotu 1,8 – 2,6 mmol/l. Výsledky korespondují s výzkumem Varaďové (2015, s. 70), v kterém použila podobnou otázku. Celkem 89 % respondentů zná správnou hladinu glykémie a pouze 11 % dotázaných správnou hodnotu glykémie nezná.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že 52 % dotázaných komplikace onemocnění DR nezná a zbylých 48 % dotázaných ano. Respondenti, jako nejčastější komplikace uváděli ztrátu zrakové ostrosti, oslepnutí, dále pak poškození cév v organismu, neovaskularizace a odchlípení sítnice. Podle Mazala a Herleho (2011, s. 78), jsou na sítnici patrné časté mikroaneurysmata, jejich dekompenzací či prasknutím změněných kapilár sítnice vznikají mikrohemoragie. Dalšími projevy jsou obliterace kapilár, ischemie, edémy. Může dojít ke krvácení do sklivce nebo k odloučení senzorické části od pigmentového epitelu, ten zůstane připojen k cévnatce. Dále mohou vznikat tvrdé exsudáty, vatovitá ložiska, neovaskularizace. Může dojít až k úplnému poškození sítnice, v konečné fázi ke slepotě. Komplikace se tedy shodují s těmi, které respondenti uvedli.

ZÁVĚR

Práce se zabývala onemocněním diabetická retinopatie a jejím dopadem v běžném životě pacienta. V teoretické části je stručně popsán zrakový orgán a anatomie sítnice, která je při onemocnění zasažena. Stručně je zmíněno onemocnění diabetes mellitus a jeho komplikace, mezi které diabetická retinopatie spadá. Onemocnění diabetická retinopatie tvoří samostatnou kapitulu, kde je podrobně rozebrána patogeneze, klinické příznaky, diagnostika a léčba onemocnění. Další kapitola je věnována prevenci tohoto onemocnění. Samostatnou kapitolu tvoří kvalita života a její zabezpečení při ztrátě zraku. Kapitola zahrnuje teoretické vymezení kvality života, popis organizací poskytujících služby slabozrakým a správné způsoby komunikace se slabozrakými.

Základem výzkumné části jsou čtyři výzkumné otázky, uvedené na jejím počátku. Pro jejich zodpovězení bylo využito anonymního dotazníkového šetření, jehož prostřednictvím byly zjišťovány obtíže respondentů s onemocněním diabetická retinopatie při vykonávání svých zájmů a aktivit. Dále pak, jak úroveň soběstačnosti respondentů s onemocněním diabetická retinopatie ovlivňuje dodržování léčebného režimu, zda jsou dostatečně informováni o onemocnění a v neposlední řadě, zdali znají všichni respondenti zásady zdravého životního stylu a komplikace onemocnění diabetická retinopatie. Z výsledků vyplynulo, že dotázaní mají středně silné obtíže při vykonávání svých zájmů, aktivit. Na základě jejich odpovědí je zřejmé, že největším problémem je, že nemohou číst. Mezi další obtíže, které respondenti potvrdili, patří neschopnost řídit auto, bezpečně se pohybovat, provést dostatečný úklid. Na základě těchto obtíží se mnozí z nich cítí bezmocně. Z několika otázek, týkajících se léčebného režimu vyplývá, že pacienti jsou částečně soběstační. Mnoho respondentů uvedlo, že na kontroly do odborné ambulance chodí pravidelně, ale téměř stejné množství dotázaných dochází pouze při potížích. Jedna z hlavních příčin může být potřeba doprovodu, nebo převoz sanitou. Z výzkumu vyplývá, že informovanost respondentů o onemocnění diabetická retinopatie je spíše nedostatečná. Drtivě většině dotázaných byly informace podány pouze formou rozhovoru. Nové informace získávají zejména od lékařů a sester v odborných ambulancích, ale mnohdy je informovanost respondentů výsledkem aktivního vyhledávání informací na internetu, který není vždy příliš důvěryhodným zdrojem. Na základě otevřené otázky bylo zjištěno, že více než polovina respondentů nezná komplikace diabetické retinopatie. Mnoho respondentů považuje (re) edukaci za přínosnou, někteří si nejsou jisti.

Lze říci, že onemocnění diabetická retinopatie zásadně ovlivňuje život pacientů. Vzhledem k stoupajícímu výskytu toho onemocnění, může postihnout kohokoliv z nás nebo našich blízkých, proto se snažme pacientům vycházet maximálně vstříc.

Zásadním požadavkem, plynoucím z výsledků dotazníku, je lepší informovanost, především o prevenci a komplikacích onemocnění. Základním cílem by tedy mělo být zlepšení edukace ze strany lékařů a sester. I přes uvedené nedostatky se objevila také skupina respondentů, která je dle jejich názoru informována dostatečně. Za účelem odstranění těchto nedostatků a zlepšení informovanosti jsem vytvořila edukační materiál, který je součástí přílohy bakalářské práce.

Závěrem lze konstatovat, že zpracováním teoretické části, vyhodnocením dotazníkového šetření a vytvořením informačního letáku byly splněny cíle, které byly vytyčeny v úvodu této práce.

Seznam bibliografických citací

Monografie

- (1) BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-25880-2.
- (2) BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ. *Diabetes mellitus*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 161 s. ISBN 80-7013-446-1.
- (3) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 673 s. ISBN 80-247-1132-X.
- (4) DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2011, 336 s. ISBN 978-80-87419-06-9.
- (5) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- (6) HALUZÍK, Martin. *Praktická léčba diabetu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8.
- (7) HYCL, Josef a Lucie TRYBUČKOVÁ. *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008, 293 s. ISBN 978-80-7387-160-4.
- (8) KOLARČÍK, Lukáš, Václav DEDEK a Michal PTÁČEK. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2016, 160 s. ISBN 978-80-247-5458-1.
- (9) KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
- (10) KYMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ, Ph. D. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: Souhrn (nejen) psychologické problematiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (11) VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WITRHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.

- (12) MAZAL, Zdeněk a Petr HERLE (ed.). *Oftalmologie pro všeobecné lékaře*. 1.vyd. Praha: Dr. Josef Raabe, s.r.o., 2011, 130 s. ISBN 978-80-86307-89-3.
- (13) PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Praktická diabetologie*. 5.vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 742 s. ISBN 978-80-7345-244-5.
- (14) PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ, *Praktická diabetologie*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 743 s. ISBN 978-80-7345-216-2.
- (15) ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006, 373 s. ISBN 80-72-76-404-0.
- (16) RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
- (17) SVAČINA, Štěpán. *Cévní komplikace diabetu*. 1.vyd. Praha: Copyright, 2005, 150 s. ISBN 80-7262-335-4.
- (18) ŠMAHELOVÁ, Alena. *Akutní komplikace diabetu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006, 221 s. ISBN 80-7254-812-3.
- (29) TESAŘ, Vladimír, Otto SCHÜCK a kol. *Klinická nefrologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 652 s. ISBN 80-247-0503-6.
- (20) VALEŠOVÁ, Lucie a Josef HYCL. *Diabetická retinopatie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 146 s. ISBN 80-7254-230-3.
- (21) VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1.vyd. Anag, 2013, 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1.

Bakalářské práce

(22) BELŠANOVÁ, Lucie. *Kvalita života pacientů s diabetes mellitus I. typu*. České Budějovice, 2015, 79 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

(23) KALČICOVÁ, Kristýna. *Edukace jako součást léčby diabetes mellitus*. Pardubice, 2011, 74 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

(24) KALIŠOVÁ, Hana. *Informovanost osob s diagnózou diabetes mellitus o očních komplikacích, jejich léčbě a prevenci*. Zlín, 2016, 104 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

(25) KARÁSKOVÁ, Lucie. *Vliv dodržování režimových opatření na vznik komplikací diabetu*. Pardubice, 2010, 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Renata Ptáčková. Vedoucí práce Mgr. Renatě Ptáčková.

(26) TUROŇOVÁ, Dana. *Sociální dopad zrakového postižení na klienta*. Pardubice, 2013, 63 s. Bakalářská práce, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PaedDr. Zdenca Šándorové, Ph.D.

(27) VARAĎOVÁ, Stanislava. *Informovanost pacientů o diagnóze diabetes mellitus*. Zlín, 2015, 104 s. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Jana Pelková.

(28) ZUZANÁKOVÁ, Lucie. *Kvalita života pacientů s diabetickou retinopatií*. Jihlava, 2016, 51 s. Bakalářská práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Bořilová.

Elektronické zdroje

(29) BESZÉDEŠOVÁ, Natália. *Screening diabetickej retinopatie. Interní medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 9, č. 7-8. [cit. 2017. 3. 2.]. ISSN: 12127299. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=587155&>

- (30) JANČÁROVÁ, Helena. 2004. *Vyšetření zrakové ostrosti - visu u dětí. Pediatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 3. [cit. 2012. 10. 3.]. ISSN: 1213-0494. Dostupné z: [Medvik: Vyšetření zrakové ostrosti - visu u dětí](#).
- (31) KOLÁŘ, Petr. *Věkem podmíněná makulární degenerace-epidemiologie, rizikové faktory, diagnostika, terapie. Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 11. [cit. 2017. 27. 5.]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
- (32) RENCOVÁ, Eva. *Praktické aspekty postižení očí diabetika. Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 1. [cit. 2017. 8. 5.]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: [Medvik: Praktické aspekty postižení očí diabetika](#).
- (33) SOSNA, Tomáš. *Diabetická retinopatie. Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 5. [cit. 2017. 28. 3.]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
- (34) SESTRÍČKA. COM. *Laserová operace očí* [online]. 2016 [cit. 2017. 6. 10.]. Dostupné z: <http://sestricka.com/90-diabetiku-prichazi-o-zrak-zcela-zbytecne>
- (35) ŠVANCAROVÁ, Radka a Tomáš SOSNA. *Oční komplikace diabetu. Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 3. [cit. 2017. 5. 4.]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Edukační materiál

PŘÍLOHA A

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Kateřina Minxová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, na jehož základě budu zpracovávat bakalářskou práci, která se týká Vašeho onemocnění na téma: „Diabetická retinopatie a její dopad v běžném životě pacienta.“

Souhlasíte-li s navázáním spolupráce, označte odpověď, která nejpřesněji vystihuje Vaši situaci. Výsledky výzkumu budou anonymní a poslouží výhradně k účelu zpracování bakalářské práce.

Předem Vám velice děkuji za spolupráci!

Vysvětlení k dotazníku:

Dotazník obsahuje 27 otázek, zaškrtněte prosím pro Vás nejvhodnější odpověď.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2) Prosím uveďte, kolik je Vám let....

3) Léčíte se s DR (diabetickou retinopatií)?

- a) Ano
- b) Ne

4) Léčíte se s vysokým krevním tlakem?

a) Ano

b) Ne

5) Způsob soužití:

a) Žiji sám/a

b) Druhem/družkou

c) U příbuzných, svých dětí

d) Žiji v domě s pečovatelskou službou, domov pro seniory...

6) Jaká je úroveň Vaší soběstačnosti v oblasti sebezpeče (oblékání, hygiena...)?

a) Zcela soběstačný

b) Částečně soběstačný

c) Částečně závislý

d) Nesoběstačný – zcela závislý

7) Chodíte na pravidelné kontroly do odborné ambulance (oční, diabetická)?

a) ano, pravidelně

b) chodím pouze při potížích

c) ne, pravidelně

d) Jiná možnost...

8) Jak se dopravujete k lékaři?

a) sama

b) s doprovodem

c) sanitou

d) jiné.....

f) Přestal(a) jsem to dělat z jiných důvodů než kvůli zraku, nebo se o tuto aktivitu nezajímám

9) Když používáte své brýle, jak velké obtíže Vám dělá čtení malého tištěného písma – v telefonním seznamu, na láhvi od léku, drobným písmem psané právní dodatky atd..? S (Zakroužkujte jednu odpověď)

a) Nemám vůbec žádné potíže

b) Mám jen drobné potíže

c) Mám středně silné potíže

d) Mám velké potíže

e) Kvůli zraku jsem přestal vykonávat tyto aktivity

10) Jakou obtíž Vám činní vykonávání práce či koníčků, které vyžadují dobré vidění na blízko (vaření, šití, opravování věcí kolem domácnosti, nebo práce s ručním nářadím....)

Řekl (a) byste, že: (Zakroužkujte jednu odpověď)

a) Nemám vůbec žádné potíže

b) Mám jen drobné potíže

c) Mám středně silné potíže

d) Mám velké potíže

e) Kvůli zraku jsem přestal vykonávat tyto aktivity

f) Tyto aktivity jsem přestal (a) dělat z jiných důvodů nebo se o tyto aktivity nezajímám

11) Jak obtížné je pro Vás číst názvy ulic, obchodů?

- a) Nemám vůbec žádné potíže
- b) Mám jen drobné potíže
- c) Mám středně silné potíže
- d) Mám velké potíže
- e) Kvůli zraku jsem přestal (a) vykonávat tyto aktivity
- f) Přestal (a) jsem to dělat nebo o tuto aktivitu se nezajímám

12) Z důvodu Vašeho zraku, jak velké potíže Vám činí rozpoznat lidi, které znáte, na vzdálenost přes místnost?

- a) Nemám vůbec žádné potíže
- b) Mám jen drobné potíže
- c) Mám středně silné potíže
- d) Mám velké
- e) Kvůli zraku jsem přestal (a) dělat
- f) Přestal (a) jsem to dělat z jiných důvodů než kvůli zraku nebo se o tuto aktivitu nezajímám

13) Z důvodu Vašeho zraku, jak velké potíže máte se sledováním televizních programů?

- a) Nemám vůbec žádné potíže
- b) Mám jen drobné potíže
- c) Mám středně silné potíže
- d) Mám velké
- e) Kvůli zraku jsem přestal (a) dělat

f) Přestal (a) jsem to dělat z jiných důvodů než kvůli zraku nebo se o tuto aktivitu nezajímám

14) Co považujete v souvislosti s onemocněním za největší problém? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)

a) nemohu číst

b) nemohu sledovat televizi

c) nerozpoznám lidi ve svém okolí

d) nemohu provést dostatečný úklid (stírání prachu, zametání,...)

e) nemohu se bezpečně pohybovat

f) nemohu vykonávat svou profesi

g) nemohu se věnovat svým zájmům

h) nemohu řídit auto

i) cítím se bezmocný/á

j) cítím se izolovaný/á od okolního světa

k) jiné (doplňte)

15) Myslíte, že máte dostatek informací o onemocnění Diabetická retinopatie?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

16) Kde získáváte nové informace?

a) Odborný lékař (diabetolog, oční lékař)

b) zdravotní sestra

- c) praktický lékař
- d) Internet
- e) Knihy a časopisy
- f) Spolupacienti
- g) Nepotřebují nové informace
- h) Jiný zdroj-napište....

17) Jakou formou byly podány informace o onemocnění Diabetická retinopatie? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Rozhovorem
- d) Informační materiály, jaké.....
- e) Nebyly podány žádné informace

18) Jak byste celkově hodnotil/a Vaše znalosti o tomto onemocnění?

- a) Výborné
- b) Velmi dobré
- c) Dobré
- d) Dostatečné
- e) Nedostatečné

19) Myslíte si, že by pro Vás byla přínosná (re)edukace (nauka)?

- a) Ano, bylo by to pro mne rozhodně přínosné
- b) Nejsem si jist (a)
- c) Ne

20) Znáte komplikace onemocnění Diabetická retinopatie?

a) Ne

b) Ano, vypište jaké.....

21) Jaká je správná hodnota glykemie (hladina cukru v krvi)?

a) 3,8-5,6 mmol/l

b) 1,8-2,6 mmol/l

c) 15,00-17,3 mmol/l

22) Změnil se zásadně Váš životní styl po zjištění onemocnění?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

23) Vypište 3 zásady zdravého životního stylu, které byste měl/a dodržovat v souvislosti s onemocněním.....

24) Trpíte nadváhou?

a) Ano

b) Ne

25) Kouříte?

a) Nikdy jsem nekouřil(a)

b) Jsem odnaučeným kuřákem/kuřačkou

- c) Kouřil(a) jsem méně než 15 let
- d) Kouřil(a) jsem více než 15 let
- e) Kouřím (doplňte:) let (doplňte:) cigaret denně

26) Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?

- a) Ne
- b) Ano

27) Jíte stravu bohatou na zeleninu a ovoce, které obsahují důležité vitaminy (například vitamin E, betakaroten), užíváte doplňky stravy?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Zde je prostor pro Vaše volné vyjádření a připomínky či náměty k Vašemu onemocnění
DR:.....

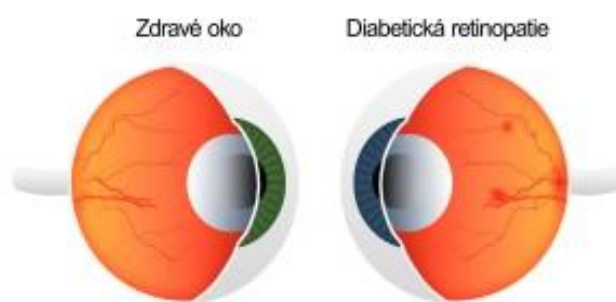
Velice Vám děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku!

Kateřina Minxová

PŘÍLOHA B
EDUKAČNÍ MATERIÁL

DIABETICKÁ RETINOPATIE (DR)

Diabetická retinopatie je onemocnění, které postihuje sítnici a její cévy. Pro pacienta je typické proměnlivé vidění. Střídá se období, kdy nemocný vidí hůře, s obdobími lepšího vidění. Postupně dochází ke zhoršení zraku, snížení zrakové ostrosti, může se objevit i světloplachost a dojít i k úplné slepotě.



Zdroj obrázku: <http://sestricka.com/90-diabetiku-prichazi-o-zrak-zcela-zbytecne>

TYPY DR

Neproliferativní diabetická retinopatie (NPDR)

- krevné cévy vznikající pod sítnicí a fibrinózní tkáň vyskytuje se v různých stupních
- postihuje většinu pacientů trpících diabetickou retinopatií
- pomalý průběh
- hlavním nálezem jsou drobné výdutě cév

Proliferativní diabetická retinopatie (PDR)

- postihuje především diabetiky 1. typu
- velmi rychlý průběh
- ve velkém množství případů dochází ke slepotě

RIZIKOVÉ FAKTORY DR

- nedostatek pohybu
- nedodržování diabetické diety
- kouření
- nadměrný stres

PREVENCE VZNIKU DR

- dobrá kompenzace diabetu
- pravidelné oční prohlídky
- úprava krevního tlaku
- zdravý životní styl

PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

Preventivní kontroly u oftalmologa jsou velmi důležité!

- screening diabetické retinopatie má probíhat u dětí od 10 let a u DM 1. a 2. typu ihned po zjištění diagnózy diabetes mellitus
- k oftalmologovi by měl být pacient odeslán praktickým lékařem nebo diabetologem minimálně 1 x ročně
- četnější kontroly mohou být indikovány v průběhu gravidity
- u proliferativní formy diabetické retinopatie jsou nezbytné kontroly zpravidla 4 x do roka, nebo dle doporučení oftalmologa
- frekvence kontrol u neproliferativní diabetické retinopatie počínající je 6 – 12 měsíců, u středně pokročilé 6 – 12 měsíců, u pokročilé 3 – 6 měsíců

KOMPLIKACE DR

- snížení zrakové ostrosti
- krvácení do sklivce
- odchlípení sítnice
- slepota

Organizace:

Tyfloservis – sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých (www.tyfloservis.cz)

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (www.sons.cz)

Autor: Kateřina Minxová

Kontaktní údaj: k.minx@seznam.cz

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Holubová

Kontaktní údaj: ilona.holubova@upce.cz

Použité zdroje:

KYMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ, Ph. D. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?*: Souhrn (nejen) psychologické problematiky. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.

SVAČINA, Štěpán. *Cévní komplikace diabetu*. 1.vyd. Praha: Copyright, 2005, 150 s. ISBN 80-7262-335-4.

VALEŠOVÁ, Lucie a Josef HYCL. *Diabetická retinopatie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 146 s. ISBN 80-7254-230-3.

HALUZÍK, Martin. *Praktická léčba diabetu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8.

RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 288 s. ISBN 80-247-1612-7.

MAZAL, Zdeněk a Petr HERLE. *Oftalmologie pro všeobecné lékaře*. 1.vyd. Praha: Dr. Josef Raabe, s.r.o., 2011, 130 s. ISBN 978-80-86307-89-3.

SESTRÍČKA.COM. *Laserová operace očí* [online]. 2016, [cit. 2017. 6. 10.]. Dostupné z: <http://sestricka.com/90-diabetiku-prichazi-o-zrak-zcela-zbytecne>.

ŠVANCAROVÁ, Radka a Tomáš SOSNA. *Oční komplikace diabetu*. *Medicina pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 3. [cit. 2017. 5. 4.]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>

Tento materiál byl vytvořen, jako součást bakalářské práce s názvem Diabetická retinopatie a její dopad v běžném životě pacienta, pod Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.