

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Karolína Kováčová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty

Karolína Kováčová

Bakalářská práce

2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Kováčová**
Osobní číslo: **Z14082**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty**
Zadávací 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/elektronická

Seznam odborné literatury:

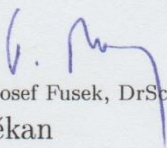
1. KUCHYNKA, Pavel. Oční lékařství. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
2. PERCIVAL, S (ed.). Color atlas of lens implantation. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991, 317 s. ISBN 0-8151-6664-8.
3. ROZSÍVAL, Pavel (ed.). Trendy soudobé oftalmologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 195 s. ISBN 978-80-7492-103-2.
4. ROZSÍVAL, Pavel (ed.). Trendy soudobé oftalmologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 281 s. ISBN 978-80-7262-534-5.
5. ROZSÍVAL, Pavel. Oční lékařství. 1. vyd. Praha: Galén, c2006, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ilona Holubová


Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

PROHLÁŠENÍ

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 9. 5. 2017

Kováčová Karolína

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Iloně Holubové za cenné rady a čas, který mi věnovala na konzultacích. Děkuji za trpělivost a podporu v průběhu tvorby celé práce. Dále bych chtěla poděkovat prim. MUDr. Chovancové za umožnění výzkumu na jejím oddělení. A v neposlední řadě patří obrovské díky mým rodičům za nepřetržitou podporu a motivaci.

Kováčová Karolína

ANOTACE

Práce je koncipována do části teoretické a praktické. Tématem práce je „Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty“. Cílem práce je popsat kataraktu jako celek, dále se zabývat jejím dělením, komplikacemi. Je zde zmíněn humanitární program MEDEVAC včetně tzv. Kataraktových škol. V samotném závěru teoretické části je zpracována kvalita života a její definice.

Výzkumná část je zaměřená na zhodnocení dotazníků vlastní tvorby, prostřednictvím kterých byla získána data pro zpracování a vyhodnocení výsledků.

KLÍČOVÁ SLOVA

Katarakta, operace, komplikace, fakoemulzifikace, MEDEVAC, kvalita života

TITLE

The quality of life of seniors before and after cataract surgery

ANNOTATION

The theme of this thesis is: „The quality of life seniors before and after cataract surgery“. The work is divided into theoretical part and research part. The theoretical part is focused on definition of cataract and complications after surgery. The next is Medical evacuation and Cataract schools. In the end of theoretical part is quality of life. The research part is focused on valorization my questionnaires, who shows me the quality of life.

KEYWORDS

Cataract, surgery, complication, phacoemulsification, Medical evacuation, quality of life

OBSAH

Úvod.....	14
Cíle práce	16
I TEORETICKÁ ČÁST	17
1 Katarakta	17
1.1 Co je to katarakta	17
1.2 Rozdělení katarakt.....	18
1.2.1 Katarakty vrozené a dětské	18
1.2.2 Katarakty podmíněné věkem	18
1.2.3 Katarakty traumatické	19
1.2.4 Katarakty indukované léky	19
1.2.5 Katarakty indukované zářením	19
1.2.6 Katarakty metabolické	20
1.2.7 Katarakta a jiná oční onemocnění.....	20
1.3 Subjektivní příznaky	21
1.3.1 Snížení zrakové ostrosti	21
1.3.2 Glare.....	21
1.3.3 Snížení kontrastní citlivosti	21
1.3.4 Myopizace oka.....	21
1.3.5 Monokulární diplopie	21
1.4 Vyšetření nemocných s kataraktou	22
1.4.1 OCT Vyšetření.....	22
1.4.2 Měření nitroočního tlaku	22
1.5 Indikace k operaci katarakty a předoperační vyšetření	22
1.5.1 Problematika jednodenní oboustranné katarakty	23
2 Chirurgie katarakty	24
2.1 Příprava operačního pole.....	24

2.2	Anestezie	24
2.3	Práce odborných sester na operačním sále.....	25
2.4	Peroperační a pooperační komplikace	25
2.5	Pooperační péče	26
2.6	Technika chirurgie katarakty.....	27
2.6.1	Techniky operace katarakty	27
3	MEDEVAC, kataraktové školy	28
4	Hodnocení kvality života	30
4.1	Objektivní a subjektivně prožívaná kvalita vlastního života	30
4.2	Proč je důležitá konceptualizace kvality života v ošetrovatelství.....	31
4.2.1	Kvalita života související se zdravím (HRQoL) a kvalita života v ošetrovatelství	31
4.2.2	Domény kvality života vymezené v ošetrovatelství	33
4.2.3	Jaký význam má hodnocení kvality života pacientů v klinické praxi	33
4.2.4	Generické nástroje měření kvality života	33
4.2.5	Subjektivní hodnocení zrakových funkcí	34
II VÝZKUMNÁ ČÁST		35
5	Výzkumné otázky	35
6	Metodika výzkumu	36
7	Prezentace výsledků.....	38
DISKUZE		63
ZÁVĚR		70
Seznam bibliografických citací.....		72
Seznam příloh		77

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví	38
Obrázek 2 Věková struktura dotazovaných	39
Obrázek 3 Nejčastější důvody návštěvy očního lékaře	40
Obrázek 4 Při jakých činnostech bylo zpozorováno zhoršené vidění	40
Obrázek 5 Oční vady	42
Obrázek 6 Zdravotní stav respondentů	43
Obrázek 7 Očekávání od operace	44
Obrázek 8 Jednostranná či oboustranná katarakta	45
Obrázek 9 Operace.....	46
Obrázek 10 Bolest.....	47
Obrázek 11 Pooperační komplikace	48
Obrázek 12 Opětovné podstoupení zákroku	50
Obrázek 13 Péče o oko po zákroku	51
Obrázek 14 Nošení brýlí před operací	52
Obrázek 15 Nošení brýlí po operaci	53
Obrázek 16 Při jakých činnostech byly brýle po operaci nošeny	53
Obrázek 17 Narušení běžných denních aktivit	54
Obrázek 18 Vykonávání domácích prací před operací šedého zákalu	58
Obrázek 19 Vykonávání domácích prací po operaci šedého zákalu	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Typy očních vad	42
Tabulka 2 Onemocnění	43
Tabulka 3 Typy pooperačních komplikací	48
Tabulka 4 Proč operaci znovu nepodstoupit.....	50
Tabulka 5 Pomoc s péčí o operované oko	51
Tabulka 6 Při jakých činnostech byly brýle před operací nošeny	52
Tabulka 7 Jaké denní aktivity byly narušeny.....	54
Tabulka 8 Řízení motorových vozidel před operací.....	56
Tabulka 9 Řízení motorových vozidel po operaci	57
Tabulka 10 Domácí práce před operací	58
Tabulka 11 Domácí práce po operaci	59
Tabulka 12 Kvalita života před operací	61
Tabulka 13 Kvalita života po operaci	62

SEZNAM ZKRATEK

ACDCF	Cataract Data Collection Form
ADVS	Activities of Vision Daily Scale
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASCRS	American Society of Cataract and Refractive Surgery
ATB	antibiotika
ATD	a tak dále
AVDS	Activities of Daily Vision Scale
CME	Cystoidní makulární edém
CNS	Centrální nervový systém
ČOS	Česká oftalmologická společnost
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
ECCE	Extracapsular cataract extraction
EKG	elektrokardiograf
EQ5D	EuroQol
FEBO	Fellow of the European Board of Ophthalmology
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec králové
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRQoL	Health-Related Quality of Life
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICCE	Intracapsular cataract extraction
IOL	intraocular lens
LAL	Light adjustable lenses
Lic	Licenciát

MEDEVAC	Medical evacutaion
MUDr.	Doktor všeobecného lékařství
NEI – VFG	National Eye Institue Visual Function Questionnaire
NHP	Nottigham Helath Profile
NT	nitrooční tlak
OCT	optická koherentní tomografie
OVD	Ophtalmic viscosurgical devices
Ph.D.	Philosophiae doctor
PMMA	Polymetylmetakrylát
PROQOLID	Patient-Reported Outcomes and Quality of Life Instrument Database
RTG	rentgen
s.	strana
SBCS	Simultaneous Bilateral Cataract Surgery
SF – 36	Medical Outcomes Study 36- Item Short Form
SIP	Sickness Impact Profile
SIPV	Vision-specified Sickness Impact Profile
TV	televize
TZN	to znamená
TZV	takzvaně
VDA	Visual Disabillity
VF – 14	Visual Functioning
VPMD	Věkem podmíněná makulární degenerace
WHO	World health organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

WHOQOL – BREF World Health Organization Quality of Life Instruments

ÚVOD

„Občas musíme zavřít oči, abychom viděli jasněji“

(Biwer, 2010).

Lidské vnímání je dáno smysly, díky kterým jsme schopni vnímat okolní svět. Smysly jsou našimi pomocníky v běžném životě, jsou naší součástí. Smysly nám umožňují vnímat podněty, které k nám vysílá prostředí. Jedná se o sluch, hmat, chuť, čich a v neposlední řadě zrak, který mě bude provázet celou mou bakalářskou prací. Naše kultura postupem času posunula zrak do popředí všech smyslů, ovšem v dřívějších dobách tomu tak nebylo (Biwer, 2010, s. 7). Děsí mě představa, že já sama bych přestala vidět. Nedokážu si tuto situaci dost dobře představit. Při studiu na Střední zdravotnické škole v Trutnově jsem měla možnost navštívit „Neviditelnou výstavu“ v Praze, kterou nás provázela nevidomá žena. Byl to pro mě dost silný zážitek a obdivuji nevidomé za to, jak se dokáží s touto vadou vypořádat a jak perfektně se dokáží orientovat prostřednictvím zbylých smyslů a kompenzačních pomůcek v prostoru.

Bakalářskou práci na téma „Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty“ jsem si vybrala ze dvou důvodů. Při studiu literatury jsem zjistila, že katarakta zabírá přední příčky příčiny slepoty ve světě a to i přes to, že jsme schopni kataraktu operativně řešit a navrátit tak postiženému zrak. Zahraniční studie uvádí, že ve světě nacházíme zhruba 30 – 45 milionů případů slepoty, z toho má až 45 % na svědomí katarakta (Sosna a kol., 2016, s. 182). U většiny pacientů spadajících do věkové kategorie 70 let a výše, je prokazatelný určitý stupeň katarakty alespoň na jedno oku (Hycl, 2006, s. 64). Dá se tedy očekávat, že se katarakta může projevit u kohokoliv z nás. Katarakta je onemocnění, které se nedá řešit jinou, než chirurgickou, operativní cestou. Díky neuvěřitelnému pokroku a rozvoji oční chirurgie je možné pacientovi navrátit během několika minut zrak a tím mu zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života. Dalším důvodem výběru mé práce bylo zjištění, že Ministerstvo vnitra ČR realizuje prostřednictvím programu MEDEVAC („Medical evacuation“) humanitární pomoc a to vysláním našich lékařů do zahraničí na mise. Touto cestou bych chtěla vyjádřit nesmírný obdiv a úctu lékařům, kteří jsou součástí tohoto programu. Přes 25 milionů lidí a to z 90 % v rozvojových zemích, trpí slepotou způsobenou kataraktou (Sosna a kol., 2016, s. 182). Díky intenzivní práci našich lékařů bylo na zahraničních misích, na které jezdí a o kterých se budu zmiňovat dále v mé práci, odoperováno přes 300 pacientů postižených kataraktou a to během

velmi krátkého časového intervalu. Díky moderním technologiím a perfektním zkušenostem lékařů, bylo možné navrátit pacientům zrak a tím jim bezpochyby zvýšit kvalitu jejich života.

Cíle práce

Hlavní cíl: Popsat problematiku katarakty se zaměřením na kvalitu života seniorů před a po operaci katarakty (2 měsíce a déle) a vytvořit praktický výstup práce.

Dílčí cíle:

1. Vymezit kataraktu jako celek včetně chirurgie, operačních technik, peroperačních, pooperačních komplikací
2. Seznámit se s humanitárním programem MEDEVAC
3. Zmapovat problematiku pooperačních komplikací a následků, které nastaly po operaci katarakty
4. Popsat spokojenost pacientů, kteří zákrok podstoupili
5. Vytvořit edukační materiál pro pacienty, kteří podstoupí nebo podstoupili operaci katarakty

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KATARAKTA

Po dlouhá léta bylo zhoršování vidění s věkem chápáno jako přirozený a ničím neovlivnitelný důsledek stáří. Tento po tisíciletí obecně platný názor se podařilo v posledních desetiletích radikálně změnit a to díky rozvoji oční chirurgie. V druhé polovině dvacátého století došlo k rozvoji operačního řešení katarakty, které vedlo k výborným výsledkům, s tím souviselo zvýšení počtu prováděných operací. V České republice se ročně provede více než 45 000 tisíc operací šedého zákalu. Operace katarakty tak stoupla v žebříčku nejčastěji prováděných chirurgických operací u pacientů nad 65 let. Odhadem se uvádí, že v průběhu života každý čtvrtý obyvatel České republiky podstoupí operaci šedého zákalu alespoň na jednom oku (Hycl, 2000, s. 3).

Americká studie uvádí, že diagnostika katarakty a to počínající, nebo pokročilá byla stanovena u 91 % populace a to ve věku 75 – 85 let. Nejefektivnějším řešením je implantace umělé nitrooční čočky. V roce 2006 bylo v České republice operováno 75 614 pacientů trpících šedým zákalem, v USA je to 1,5 milionů pacientů ročně (Kuchynka a kol., 2007, s. 386).

Není pravdou, že šedý zákal nacházíme pouze u starých lidí. Katarakta se může objevit v kterémkoliv věku. Nacházíme jej i u mladých lidí, u lidí středního věku a někdy bývá dokonce i vrozená (Hycl, 2000, s. 3).

1.1 Co je to katarakta

Katarakta neboli šedý zákal je onemocnění, které způsobuje zakalení čočky. Typickým příznakem je pomalý proces, při kterém dochází k poklesu zrakové ostrosti, která progreduje měsíce a roky. Katarakta je onemocnění, které nebolí a není spojeno se zčervenáním oka (Hycl, 2006, s. 64). U komplikovaných katarakt mají v patogenezi klíčovou úlohu závažná oční či celková onemocnění pacienta (Vlková a kol., 2008, s. 212).

Přestože existuje několik různých klasifikací a schémat, žádné z nich nebylo všeobecně přijato. Kataraktu můžeme klasifikovat podle doby vzniku, etiologie, části čočky, kterou postihuje, dále pak podle tvaru, barvy, nebo stupně zákalu (Kraus a kol., 2000, s. 44). Problémem je výskyt katarakty v rozvojových zemích, kde je nedostatek financí a především lékařů, kteří by byli schopni toto onemocnění operativně řešit (Kraus a kol., 2000, s. 44). Mezi očními onemocněními, které pacientovi způsobí snížení zrakové ostrosti až slepotu, má katarakta největší prevalenci. Výskyt katarakty kolísá v závislosti na místních podmínkách, riziko vzniku

stoupá s věkem a častěji se vyskytuje u žen. Ve věku 65 – 74 let je prevalence katarakty 50 %, u starších 75 let je to až 70 % (Kuchynka a kol., 2012, s. 229).

Většina šedých zákalů vzniká u starých pacientů v souvislosti se stářím. Dědičné dispozice mohou mít vliv na to, zda se katarakta objeví dříve či později. Dále to mohou být katarakty, které vznikly na podkladě těžkého úrazu oka, tupého, tak penetrujícího poranění. Šedý zákal může být rovněž komplikací jiných očních i celkových onemocnění (Hycl, 2000, s. 4).

1.2 Rozdělení katarakt

Podle příčiny rozlišujeme katarakty vrozené, senilní, traumatické. Dále to mohou být katarakty, které jsou zapříčiněny nutričními či metabolickými poruchami, katarakty vzniklé při kožních onemocněních a onemocněních CNS (Vlková a kol., 2008, s. 212).

1.2.1 Katarakty vrozené a dětské

Vrozená katarakta se manifestuje ihned po narození a často bývá spojena se systémovým onemocněním včetně řady genetických onemocnění (Vlková a kol., 2008, s. 214). Katarakta u dětí může být v kombinaci s očními patologiemi, které výrazně komplikují samotný operační zákrok (Pašta a kol., 2015, s. 158).

Velkým pokrokem v České republice je screening, který má odhalit skrytou vadu. Tato screeningová metoda je zde od roku 2005. Jedná se o vyšetření, které spočívá ve vybavení červeného reflexu od sítnice ručním oftalmoskopem a to u všech narozených dětí ještě před propuštěním do domácího prostředí (Odehnal, 2015).

1.2.2 Katarakty podmíněné věkem

Příčiny senilního šedého zákalu jsou multifaktoriální a doposud nejsou přesně vysvětleny. Během stárnutí dochází k přestavbě čočky, která se zvětšuje, nabývá hmotnosti a ztrácí elasticitu. Ve věku nad 65 let je určitý stupeň zkalení čočky prokazatelný až u 50 % populace. Nad 70 let je šedým zákalem postiženo zhruba 70 % obyvatel (Rozsival, 2006, s. 221).

Charakteristika stáří

Období stáří dělíme na tzv. rané stáří, které je typické pro věkovou skupinu 65 – 75, pozdější stáří po 75 letech a stařeckost nad 90 let. Do tohoto období řadíme zhoršení smyslového vnímání, zhoršení paměti, dále zde stoupá sociální závislost včetně adaptability na nové věci a mnoho dalších (Studium psychologie, 2016).

Nukleární katarakta

(viz příloha C, s. 86)

Téměř u každého člověka nad šedesát let lze za pomoci štěrbinové lampy sledovat fyziologický typ nažloutnutí a sklerózy jádra, který však nemusí mít žádný vliv na zrakovou ostrost. Nukleární katarakta se vyvíjí pomalu, zpravidla bývá oboustranná a nemusí být symetricky pokročilá. Subjektivně způsobuje pacientovi větší problémy při pohledu do dálky než nablízko, nebo může postiženému vadit při vyšší intenzitě světla. Pacienti udávají změny a poruchy barevného vidění, nejvíce v modré barvě (Kuchynka a kol., 2007, s. 387).

Kortikální katarakta

Kortikální katarakta bývá zpravidla oboustranná. Oproti nukleární kataraktě je její progrese jen velmi těžko odhadnutelná. Někdy se vyvíjí velmi rychle a to během několika měsíců, někdy stejně pomalu jako nukleární katarakta (Kuchynka a kol., 2007, s. 387).

Zadní subkapsulární katarakta

(viz příloha C, s. 86)

Tento typ katarakty je lokalizován před zadním pouzdem čočky (Vlková a kol., 2008, s. 216). Častěji se vyskytuje u mladších pacientů než předchozí dva typy katarakty. Tento typ katarakty se může objevit v důsledku užívání kortikosteroidů, po ionizujícím záření, nebo po traumatu (Kuchynka a kol., 2007, s. 388).

1.2.3 Katarakty traumatické

Traumatická katarakta vzniká na podkladě mechanického poranění, působením chemických látek včetně úrazů elektrickým proudem (Kuchynka a kol., 2007, s. 389). Úraz je častou příčinou vzniku jednostranné katarakty a to především u mladých pacientů (Rozsival, 2006, s. 223). Z hlediska vývoje traumatické katarakty ji dělíme na akutní a chronickou (Pašta a kol., 2015, s. 146).

1.2.4 Katarakty indukované léky

Mezi léky, které mohou zapříčinit vznik katarakty, řadíme: kortikoidy, fenothiaziny, miotika, amiodaron včetně přípravků obsahujících zlato (Kraus a kol., 2000, s. 50).

1.2.5 Katarakty indukované zářením

Radiační katarakta je způsobena neutrony, dále pak gama zářením a rentgenovými paprsky (Vlková a kol., 2008, s. 216). Možné příčiny radiační katarakty seřazené od vlnění nejmenší po

vlnění nejdelší vlnové délky dělíme na: ionizující záření, RTG paprsky, ultrafialové světlo, infračervené světlo a mikrovlnnou radiaci (Kuchynka a kol., 2007, s. 390).

1.2.6 Katarakty metabolické

Metabolickou kataraktu má na svědomí Diabetes mellitus, dále pak řada onemocnění, mezi která řadíme: Galaktozémii, Hypokalcémii či Hepatolentikulární degeneraci (Kuchynka a kol., 2007, s. 390). Vliv na vznik katarakty mají rovněž nutriční faktory a kouření, pravděpodobnost vzniku katarakty je až třikrát vyšší u kuřáků, než u nekuřáků (Vlková a kol., 2008, s. 224).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus zahrnuje různorodou skupinu onemocnění, která je charakterizovaná zvýšenou hladinou cukru v krvi (Sosna a kol., 2016, s. 23). U diabetiků rozeznáváme dva typy katarakty a to tzv. diabetickou kataraktu a kataraktu senilní (Kuchynka a kol., 2007, s. 390).

1.2.7 Katarakta a jiná oční onemocnění

Uveitida

Uveitida je nespecifický zánět uveální tkáně, tedy duhovky, řasnatého tělíska a cévnatky (Němec a kol., 2015, s. 190). Při chronické uveitidě vznikají v čočce sekundární změny. Katarakta bývá nejčastější komplikací uveitidy (Říhová a kol., 2009, s. 125).

Glaukom

Glaukom řadíme mezi multifaktoriální onemocnění, které je specifické progresivním úbytkem retinálních gangliových buněk vedoucí k atrofii zrakového nervu (Karhanová a kol., 2015, s. 288). Glaukom definujeme jako chronickou, progresivní neuropatii s atrofií zrakového nervu s následnými změnami v zorném poli (Lešťák a kol., 2015, s. 127). Ačkoliv je klinický obraz glaukomu velmi dobře popsán, přesný mechanismus vyvolávající specifický typ postižení není zcela znám (Výborný a kol., 2008, s. 10).

Degenerativní oční choroby

Katarakta může vzniknout sekundárně a to u degenerativních očních onemocnění jako je: retinitis pigmentosa, chronická hypotonie či u absolutního glaukomu (Kuchynka a kol., 2007, s. 391). Za zmínku stojí i věkem podmíněná makulární degenerace (VPM). Toto onemocnění je typické pro starší pacienty a prokazatelnou příčinou je stáří (Ernest a kol., 2010, s. 36). VMPD je onemocnění, které postihuje oblast nejostřejšího vidění

(macula lutea) a u pacientů nad 65 let bývá nejčastější příčinou slepoty (Ernest a kol., 2014, s. 200).

1.3 Subjektivní příznaky

Při vzniku katarakty mohou pacienti popisovat následující příznaky: zvýšenou citlivost na silnější světlo, pocit vidění přes mléčné sklo, vidění prstence okolo světla. Výjimkou není ani dvojitě vidění. Barvy vypadají vybledlé a potíže může pacient pozorovat i při řízení (Proxová, 2010).

1.3.1 Snížení zrakové ostrosti

Zraková ostrost je specifickou funkcí maximální rozlišovací schopnosti oka, kterou vyšetřujeme na Snellenových, Landoltových a Sloanových optotypech (Ernest a kol., 2010, s. 124 – 125). Při vyšetření zrakové ostrosti provádíme vizus do dálky i do blízka (Cihelková a kol., 2005, s. 17).

1.3.2 Glare

Glare, neboli oslnění je stav, při kterém dochází k poklesu vnímání kontrastu v jasně osvětleném prostředí. Tento problém pacient pociťuje při běžném denním světle nebo naopak při řízení motorových vozidel v noci, kdy dotyčnému vadí protijedoucí vozidlo (Kraus a kol., 2000, s. 58). Glare bývá jedním z prvních příznaků katarakty (Kuchynka a kol., 2007, s. 392).

1.3.3 Snížení kontrastní citlivosti

Kontrastní citlivost je dána převrácenou hodnotou kontrastního prahu, který je potřebný k rozlišení dvou různě jasných částí objektu. Schopnost analyzovat prostorové detaily závisí na kontrastní citlivosti a prostorové frekvenci (Ernest a kol., 2010, s. 126).

1.3.4 Myopizace oka

Myopizaci oka často pozorujeme u pacientů s nukleární kataraktou. Vzniká v počátečním stádiu a může vést ke zvýšení dioptrie síly čočky, tím způsobuje mírnou až střední myopii (Kuchynka a kol., 2007, s. 392). Pacienti s presbyopií méně často používají brýle na čtení a často popisují příznaky tzv. „druhého zraku“ (Kraus a kol., 2000, s. 58).

1.3.5 Monokulární diplopie

Diplopie neboli dvojitě vidění je důležitým a nezřídka alarmujícím příznakem (Otradovec, 2003, s. 127). Monokulární diplopií trpí pacienti s nukleární kataraktou, při které dochází k poškození vnitřních vrstev jádra čočky (Kuchynka a kol., 2007, s. 393).

1.4 Vyšetření nemocných s kataraktou

Rutinním vyšetřením před operací katarakty musí být detailní osobní a oční anamnéza (Sosna a kol., 2016, s. 183). Mezi vyšetření stanovující diagnózu katarakty řadíme: odběr anamnézy, určení zrakové ostrosti, měření nitroočního tlaku, vyšetření oka v mydriáze na šterbinové lampě, vyšetření očního pozadí, výpočet síly nitrooční čočky, vyšetření sklivcového prostoru a sítnice za pomoci ultrazvuku. V indikovaných případech provádíme speciální vyšetření, o kterých se zmíním. Řadíme sem OCT vyšetření, rohovkou topografií, endoteliální mikroskopii a zjištění kontrastní citlivosti (Kuchynka a kol., 2012, s. 231).

1.4.1 OCT Vyšetření

OCT (Optical Coherence Tomography) byla jako diagnostická metoda uvedena do praxe již v roce 1997 (Ernest a kol., 2010, s. 106). Optická koherenční tomografie (OCT) je neinvazivní vyšetřovací metoda, která umožňuje vizualizaci vnitřní mikrostruktury sítnice (Ernest a kol., 2014, s. 27). OCT způsobila v oftalmologii revoluci a postupem času se stala standardem mezi zobrazovacími metodami. Metoda využívá odrazu širokého spektra nízkokoherenčního záření delších vlnových délek v rozsahu blízkého infračerveného záření od tkání oka (Němec a kol., 2015, s. 13).

1.4.2 Měření nitroočního tlaku

Měření NT je rutinní součástí očního vyšetření, provádíme ho tedy i u pacientů před operací katarakty (Česká Burdová, 2012, s. 43). NT je funkcí toho, jak rychle a v jakém množství nitrooční tekutina vstupuje do oka a jakým způsobem následně oko opouští (Rozsival a kol., 2008, s. 35).

1.5 Indikace k operaci katarakty a předoperační vyšetření

Pacienti obvykle vyžadují operaci, protože nemohou vykonávat svou práci a koníčky, nevidí na čtení, šití a televizi, nemohou provádět domácí práce, nejsou schopni řídit auto, bojí se pádu či nárazu, ztrácejí nezávislost kvůli zraku a pro tisíc dalších důvodů, které jsou typické a individuální pro každého jednotlivce (Kraus a kol., 2000, s. 6). Diagnózu katarakty stanovíme důkladným oftalmologickým vyšetřením. Důležité je přihlédnout k celkovému zdravotnímu stavu nemocného a případným přidruženým onemocněním, která mohou komplikovat či zcela vyloučit samotnou operaci (Kuchynka a kol., 2012, s. 231).

O indikaci k operaci katarakty nerozhoduje vyšetření na Snellenových optotypech. Důležitá je vzájemná domluva pacienta s lékařem, při jakých činnostech dané onemocnění pacienta obtěžuje, při jakých činnostech pociťuje omezení. Zjištění míry postižení nám umožní testy

např. VF – 14, ADVS. V těchto testech je pacient detailně dotazován, jak mu snížení zrakové funkce zasahuje do běžného života např. při řízení, čtení, sledování TV. Má-li pacient oboustrannou kataraktu, doporučujeme operovat nejprve oko s pokročilejším zákalem. Naopak je tomu v případech, kdy má pacient těžké celkové onemocnění, kdy nepředpokládáme druhou operaci. Dále pak u pacientů, kdy je na jednom oku katarakta komplikovaná a pokročilejší. Povinností lékaře je pacientovi před operací vše vysvětlit. Důležité je popsat předoperační období, samotný průběh operace plus rizika s tímto výkonem spojená. V neposlední řadě je důležité pacienta poučit o pooperačním období. Většina operací katarakty se dnes provádí ambulantně a to v 90 %. Jsou ovšem případy, které vyžadují hospitalizaci pacienta, ať už je to z důvodu sociální hospitalizace, psychických důvodů či z důvodu podstoupení celkové anestezie. Před operací katarakty je důležité zajistit interní předoperační vyšetření. Do interního předoperačního vyšetření řadíme celkové vyšetření lékařem internistou včetně natočení EKG. Dále sem řadíme laboratorní odběry, kde nás zajímá krevní obraz, sedimentace a základní biochemie. Důležitý je odběr anamnézy pacienta, zdali užívá dlouhodobě nějakou medikaci, jaké léky bere nyní. Zajímají nás onemocnění, se kterými se pacient léčí: Diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, CHOPN. Zajímáme se, zdali má pacient problémy s krevní srážlivostí a netrpí alergiemi na léky. Moderní řešení katarakty nevyžaduje antikoagulační úpravu medikace u nemocných, kteří dlouhodobě užívají warfarin, kyselinu acetylsalicylovou (Kuchynka a kol., 2007, s. 394).

1.5.1 Problematika jednodenní oboustranné katarakty

Z anglického slova SBCS – simultaneous bilateral cataract surgery, neboli jednodenní oboustranná operace katarakty není běžným rutinním zákrokem, přesto se na celém světě provádí. I když se operace katarakty na obou očích provádí téměř po celém světě a je známá již od počátků chirurgie katarakty, je nebezpečí vzniku pooperačních komplikací důvodem, proč se neprovádí rutinně nýbrž pouze v indikovaných případech. Mezi nejzávažnější pooperační komplikace řadíme infekční endoftalmitidu (Cholevík, 2014, s. 211) (viz příloha C, s. 87). Samotný výskyt pooperační endoftalmitidy neznamená automaticky ztrátu oka, či jeho funkcí, přesto je tato pooperační zánětlivá komplikace nejobávanější (Pašta a kol., 2015, s. 245). V České republice se SBCS provádí například v ostravské nemocnici (Cholevík, 2014, s. 215).

2 CHIRURGIE KATARAKTY

„Moderní operace katarakty je jednou z nejúspěšnějších procedur v celé medicíně co do zlepšení kvality života“ (Kacerovská, 2013, s. 215).

Operaci katarakty dnes řadíme mezi nejfrekventovanější chirurgické zákroky. Ve světě se provede až 15 milionů operací ročně. Oftalmologové neustále hledají a vynalézají lepší operační postupy ke zvýšení efektivity a především bezpečnosti tohoto operačního zákroku. Obrovský pokrok a posun dopředu přinesla fakoemulzifikace, o které je zmínka v následujícím oddílu (Technika chirurgie katarakty, s. 27). Pokrok spojený s fakoemulzifikací zaznamenáváme v peroperačním i pooperačním období.

Současná léčba katarakty je velmi úspěšná a procento komplikací je velmi nízké. Mezi nejčastější pooperační komplikace řadíme: zkalení zadního pouzdra a to v 19 %, dislokaci IOL, vyšší nitrooční tlak a makulární edém pod 2 %, odchlípení sítnice pod 1 %, bulozní keratopatii pod 0,5 % a infekční endotalmitidu pod 0,5 % (Kuchynka a kol., 2007, s. 45).

2.1 Příprava operačního pole

Kvalitní příprava operačního pole hraje zásadní roli v prevenci pooperačních nežádoucích komplikací. Cílem této přípravy je zabránění přístupu patogenních mikroorganismů do přední komory. Víme, že většina pooperačních komplikací jako jsou endoftalmitidy jsou způsobené patogeny, které nacházíme usazené ve spojivkách a očních víčkách. Klíčové a důležitější než podávání ATB v předoperačním období je sterilizace spojivkového vaku za pomoci 5% povidon-iodinu. Běžný protokol přípravy: lokální podání ATB před operací do spojivkového vaku (pacient si kape ATB až 2 dny před operací), těsně před operací podání povidon-iodinu na víčka a do spojivkového vaku spolu s opětovným podáním ATB (Kuchynka a kol., 2007, s. 410).

2.2 Anestezie

Anestezii charakterizujeme jako ztrátu vnímání všech podnětů včetně bolesti (Jedličková a kol., 2012, s. 213). Anestezie by měla kontrolovat a korigovat bolest, dále pak pohyb oka, tlak v oku a dále strach či obavy pacienta. Po dobu operace by pacient neměl cítit ostrou bolest na povrchu oka, bolest z dotyku nástrojů a nepříjemné světlo mikroskopu, pod kterým se běžně operuje (Pašta a kol., 2015, s. 62).

2.3 Práce odborných sester na operačním sále

Na operačních sálech pracují tzv. perioperační sestry. Ty se v rámci dělby úkolů dělí na instrumentářky a obíhající sestry (Jedličková a kol., 2012, s. 187). Práce na operačním sále je týmová a je nutná souhra celého týmu. Každý člen musí znát a plně ovládat svou funkci, kterou plní. Je důležité, aby perioperační oftalmologická sestra ovládala nejen základy oftalmochirurgických nástrojů a postupy operací, ale aby byla ochotná se neustále vzdělávat a držela „krok“ s novými postupy a technologiemi. Je v zájmu operátora, aby celý tým včetně sester proškolil s novými metodami. Dále pak operačními postupy tak, aby ve výsledné fázi byl spokojený nejen pacient, ale i celý operující tým (Pašta a kol., 2015, s. 249).

2.4 Peroperační a pooperační komplikace

Mezi nejčastější **peroperační komplikace** řadíme: rupturu zadního pouzdra, krvácení do přední komory, suprachoroidální hemoragii, mělkou přední komoru a poškození duhovky. Mezi **časné pooperační komplikace** řadíme: přechodně zvýšený nitrooční tlak, edém, striátu rohovky a zánět předního očního segmentu. **Potenciálním pooperačním rizikem**, kterému se snažíme předcházet je infekční endoftalmitida, suprachoroidální krvácení, cystoidní makulární edém a amoce (Kuchynka a kol., 2012, s. 232).

Vyšší nitrooční tlak

Zvýšení nitroočního tlaku bývá téměř běžnou pooperační komplikací. Dostáváme se při ní na hodnoty 28 – 30 mm Hg, které trvají 1 až 3 dny. Většinou není nutné podávat glaukomovou léčbu. Doposud nemáme přesné hranice, které by určovaly, do jaké míry je ještě NT v normě a kdy hovoříme o patologii. Naměřené hodnoty NT by se měly posuzovat zcela individuálně a to s přihlédnutím k očnímu nálezu pacienta, celkovému stavu a rodinné anamnéze (Hornová, 2013, s. 175). Zajímavostí je, že se NT zvyšuje s věkem (Výborný a kol., 2008, s. 42).

Odchlípení sítnice

Odchlípení sítnice může pacientovi způsobit postupné, nebo náhlé zhoršení vizu. Není-li tento stav řešen, může skončit slepotou. Amoci klasifikujeme jako: rhegmatogenní, trakční a exudativní (Boguszaková, 2006, s. 23 – 24). Rhegmatogenní amoce každoročně postihne zhruba 1 z 10 tisíc obyvatel (Hejsek a kol., 2014, s. 111).

Cystoidní makulární edém

Cystoidní makulární edém (CME) je charakteristickým postižením makuly (Cihelková a kol., 2005, s. 200). CME je nejzávažnější příčinou zhoršení vizu při uveitidě, nebo po operacích v předním segmentu oka (Ernest a kol., 2014, s. 156). CME je způsobený nahromaděním tekutiny v makulární oblasti, kdy dochází k otoku centrální krajiny sítnice. Tento stav vzniká během několika prvních týdnů po operaci a přetrvává několik měsíců (Rozsival, 2006, s. 231).

Endoftalmitida

(viz příloha C, s. 87)

Devastující komplikace, která začíná v prvních pooperačních dnech bolestí a ztrátou vizu (Rozsival, 2006, s. 230). Příčinou tohoto závažného onemocnění může být jak infekční, tak neinfekční podnět. U infekční endoftalmitidy vstupuje infekce do oka ze zevního prostředí, chirurgickou intervencí či traumatickou lacerací (Boguszaková a kol., 2006, s. 57). Léčbu je nutné zahájit co nejdříve od objevení prvních příznaků. V rámci farmakoterapie podáváme širokospektrá ATB, které aplikujeme intravitreálně, parabolbárně, lokálně i celkově (Rozsival, 2006, s. 230).

2.5 Pooperační péče

Běžný standart kontrol je první pooperační den, dále pak 1 týden a měsíc od operace (Kuchynka a kol., 2007, s. 415). Operující lékař chce pacienty obvykle vidět den po operaci a následně 4. či 5. den po operaci. Kontrola u oftalmologa v tomto období je velmi důležitá a to z hlediska projevu pooperačních komplikací, které mohou být velmi vážné. Další kontroly provádí oftalmolog v místě bydliště pacienta (Hycl, 2000, s. 10). V pooperačním období je důležité, aby byl pacient schopen aplikovat si do operovaného oka ATB kapky a to první týden po operaci (Hycl, 2006, s. 69). Pooperační terapie tedy spočívá v podávání fluorochinolonového ATB např. levofloxacin, nebo kombinace ATB např. bacitracin s antiflogistiky jak nesteroidního tak steroidního typu (Kuchynka a kol., 2012, s. 233).

Kancelářské práce jsou možné za 5 až 14 dní po operaci, dle stavu pacienta. Obvyklé domácí práce je možné vykonávat od konce druhého týdne po operaci. Ohýbání se a nošení běžných předmětů ničemu nevádí, ovšem fyzicky náročnější práce je vhodné na 3 až 5 týdnů vynechat. Práce ve výškách a řízení motorových vozidel je možné až po konečném vyšetření zrakové ostrosti, tedy za 4 až 8 týdnů po operaci. Pokud je to nutné, předepisování brýlí se nechává za 4 až 6 týdnů po operaci (Hycl, 2000, s. 13).

2.6 Technika chirurgie katarakty

„Otázka budoucnosti operace katarakty je jednak otázka technických změn, jednak otázka toho, že celosvětově je 17 milionů slepých pro kataraktu“ (Pašta a kol., 2015, s. 273).

Léčba katarakty je výhradně chirurgická, účinná farmakoterapie není doposud známa. Primární indikací k operaci katarakty je porucha zrakových funkcí postiženého oka a subjektivní potíže nemocného, které vedou ke snížení a zhoršení kvality jeho života (Kuchynka a kol., 2012, s. 234). Operační techniky lze rozdělit na dvě základní skupiny: **intrakapsulární (ICCE)** a **extrakapsulární extrakci (ECCE)**. Intrakapsulární extrakce spočívá v odstranění celého pouzdra i s čočkou, při extrakapsulární extrakci se pouzdro ponechává (Kuchynka a kol., 2007, s. 410). V posledních dvaceti letech prošlo operační řešení katarakty rychlým rozvojem a zásadními změnami. Operační technika se změnila z intrakapsulární extrakce na extrakci extrakapsulární (Pašta a kol., 2015, s. 61.).

2.6.1 Techniky operace katarakty

Mezi operační techniky patří: deklinace, intrakapsulární extrakce (ICCE), extrakapsulární extrakce (ECCE) a v neposlední řadě fakoemulzifikace. ICCE se u nás používala do roku 1990 a dnes je již minimum případů, kdy tuto metodu lékaři využívají (Rozsival, 2006, s. 226). ECCE se preferovala do roku 1950 a to především u maturních katarakt (Percival, 1991, s. 11).

Fakoemulzifikace

Fakoemulzifikace je metoda, při které dochází k rozdrčení čočkového jádra ultrazvukem a následnému odsátí obsahu za pomoci malé incize. Klíčovým rokem se stal rok 1967, kdy Charles Kelman zavedl operační řešení katarakty touto metodou (Kuchynka a kol., 2007, s. 410). Dlouho trvalo, než se fakoemulzifikace rozšířila. V ČR bylo v roce 2003 operováno touto metodou 99 % pacientů (Rozsival, 2006, s. 226). V ČR se fakoemulzifikace vyvíjela obdobně jako jinde ve světě, tzn. velmi obtížně a pomalu. Tato metoda je technicky velmi náročná na vybavení. První zmínka o fakoemulzifikaci pochází z roku 1978, kdy byla provedena v brněnské klinice (Pašta a kol., 2015, s. 17 – 23). Fakoemulzifikace s sebou přinesla výrazné snížení komplikací, kratší pooperační rekonvalescenci a bezpečnější průběh operace (Kacerovská, 2013, s. 216).

3 MEDEVAC, KATARAKTOVÉ ŠKOLY

„Operace katarakty prodělala v posledních čtyřiceti letech raketový vývoj“

(Pašta a kol., 2015, s. 15).

Kataraktové školy

V mnoha zemích po světě se v pravidelných intervalech pořádají kataraktové školy. Na programu vystupují přední kataraktoví a vitreoretinální chirurgové. Součástí sezení je jak část teoretická tak i praktická tzv. WetLab. V teoretické části se věnuje výuka a pozornost nejen přípravě pacienta k operaci, ale také ke zvolení vhodné operační metody. V České republice se kataraktová škola pořádá v Praze (Pašta a kol., 2015, s. 257).

Evropské a americké školy nabízí lékařům praktickou výuku formou WetLabů. Chceme-li využít příležitost výuky in vivo, na živých pacientech, lze absolvovat kurzy v několika státních i soukromých zdravotnických zařízeních nejčastěji v Indii, Pákistánu, Nepálu, jižní a východní Africe. Kurz trvá zhruba dva až šest týdnů a zahrnuje plný servis. Během absolvování kurzu Vám je garantováno sto Vámi provedených operací katarakt. Další možností výuky je misijní program v rozvojových zemích, který organizují americké kataraktové školy. Program je podporován Americkou společností zabývající se kataraktovou a refrakční chirurgií (Pašta a kol., 2015, s. 258).

První operace přichází po absolvování WetLabů. Důležité je věnovat veškerou pozornost pacientovi, odhadnout své síly a schopnosti, a při zjištění prvních známek komplikace přivolat zkušenějšího kolegu. Z celé operace je pak možné získat videozáznam, cenný studijní materiál pro začínající oftalmology (Pašta a kol., 2015, s. 258).

MEDEVAC

Program MEDEVAC („Medical evacuation“) je vládní, zdravotně humanitární program České republiky, který se zabývá poskytováním lékařské péče zranitelným skupinám obyvatelstva, kteří jsou zasaženi humanitární krizí, přírodní katastrofou či v místech, kde není dostupná lékařská péče. MEDEVAC je řízen Ministerstvem vnitra a dále spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem obrany a Armádou ČR a od roku 2016 se do programu MEDEVAC zapojilo i Ministerstvo průmyslu a obchodu (Ministerstvo vnitra České republiky, 2017).

Program MEDEVAC je realizován v podobě: humanitární evakuace zdravotně postižených obyvatel na léčení do ČR, vysílání lékařů do zahraničí, odborné stáže lékařů z oblasti postižených humanitární krizí v ČR, poskytování peněžních darů do zahraničí na podporu a rozvoj infrastruktury v zemích postižených válkou či přírodní katastrofou (Ministerstvo vnitra České republiky, 2017).

Spolupráce s fakultními nemocnicemi ČR

Program MEDEVAC, který je realizován jak v ČR, tak i v zahraničí úzce spolupracuje s fakultními nemocnicemi ČR, řadíme sem tedy: Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Nemocnici na Bulovce, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Hradec Králové a od roku 2016 sem řadíme Ústřední vojenskou nemocnici ve Střešovicích (Ministerstvo vnitra České republiky, 2017).

Zahraníční mise

V období od 12. – 18. 10. 2015 absolvoval tříčlenný lékařský tým z FN HK svou první misi v Jordánsku, která byla zaměřená na operaci katarakty. Operatérský tým se skládal ze dvou lékařů: prof. MUDr. Nadi Jiráskové, Ph.D., FEBO a MUDr. Libora Hejska Ph.D., FEBO, včetně zdravotní sestry Leony Kvasničkové, Lic. (Jirásková, 2016, s. 15). Tříčlenný tým provedl celkem 100 operací a to pokročilé, maturní a velmi komplikované katarakty. V roce 2016 se lékařský tým vrátil opět do blízkovýchodního Jordánska ke splnění dvou misí (Jirásková 2016, s. 18). První mise probíhala od 17. – 26. 4. 2016 a bylo odoperováno 118 pacientů. Třetí mise téhož roku proběhla v období od 25. 9. – 4. 10. 2016, kdy bylo provedeno celkem 192 operací. Operace katarakty byla vybrána z důvodu vysoké efektivnosti a nižších nároků na pooperační péči. Z tohoto důvodu bylo v nemocnici Al Khalidi pro lékaře vybudováno nové oční centrum se dvěma operačními sály (Ministerstvo vnitra České republiky, 2017).

4 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

„Náš život je tím, co z něj udělají naše myšlenky Marcus Aurelius (2. stol. n. l.)“

(Heřmanová, 2012, s. 8).

Pojem kvalita života je dnes běžnou součástí našeho slovníku. Lze říci, že jde o pojem nový, interdisciplinární, ale také o pojem kontroverzní a velmi těžko uchopitelný. Teprve v roce 1960 se výzkumy zabývající se kvalitou života dostaly do povědomí širší veřejnosti. Chápání a pojetí obsahu kvalita života je interdisciplinární. Tomu nasvědčuje fakt, že se jím dnes zabývají různé vědní disciplíny jako je psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, enviromentalistika, ale také medicína, v níž kvalita života představuje důležitou součást pro rozvoj výzkumu a doposud vynalezených poznatků. Kontroverznost tématu spočívá v tom, že dodnes neexistuje a pravděpodobně ani nemůže existovat přesná definice pojmu kvalita života (Heřmanová, 2012, s. 10).

Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organizmus daného jedince. Život jedince nechápeme pouze jako biologickou existenci, ale jako komplexní pojem zahrnující oblasti jeho činností jako je rodinný, společenský, pracovní a citový život. Kromě hodnocení života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny, společnosti či celé populace. V ošetrovatelské praxi se například setkáváme s hodnocením kvality života u pacientů s Diabetem mellitem, onkologickým či jiným onemocněním (Gurková, 2011, s. 23).

Zdraví je významnou částí našeho plnohodnotného života, není tedy divu, že je uváděno na předních místech žebříčků hodnot. Je jasné, že podporou individuálního zdraví fyzického tak psychického lze zvyšovat objektivní i subjektivně pocíťovanou kvalitu života, a to ve smyslu pocitu soběstačnosti, schopnosti pohybu, práce a nezávislosti na pomoci od druhých (Heřmanová, 2012, s. 63). Kvalitu života určuje: zdraví, vzdělání jedince, práce včetně kvality pracovního místa, volný čas, možnost užívat majetek či služby, psychické prostředí, osobní práva na svobodu a v neposlední řadě účast na veřejném životě (Brůnová, 2010).

4.1 Objektivní a subjektivně prožívaná kvalita vlastního života

Ke konceptu kvality života lze přistupovat ze dvou hledisek, mezi které řadíme: subjektivní a objektivní pohled (Tokárová, 2005, s. 59). Objektivní kvalita života pro nás představuje pojem, kdy se zabýváme životními podmínkami jednotlivce či obyvatelstva. Mezi faktory ovlivňující tuto skutečnost patří neskutečné množství indikátorů, které nelze úplně přesně

interpretovat. Co ale víme je to, že do značné míry ovlivňuje určitá životní úroveň a podmínky další životní šance jedinců (Heřmanová, 2012, s. 47).

Asi nejobtížnější je definovat, zjistit a popsat subjektivní hodnocení dosud prožitého života respondentů. Zde výzkumy narážejí na problém s ochotou odpovídat na otázky spojené se spokojeností s vlastním životem (Heřmanová, 2012, s. 48).

4.2 Proč je důležitá konceptualizace kvality života v ošetřovatelství

Ošetřovatelství představuje nejstarší činnost, které v sobě samotném včleňuje ochranu, podporu včetně uchování zdraví a péči o nemocné (Hudáková a kol., 2013, s. 9). Při měření kvality života se zaznamenávají dva hlavní přístupy: kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace, kvalita života jako individuální konstrukt. První přístup se prezentuje s cílem vytvořit generické kvality života aplikovatelné na lidskou populaci. Druhý přístup představují specifické konstrukty individuální kvalita života jako je například kvalita života související se zdravím – HRQoL (Health Related Quality of Life). V ošetřovatelství vycházíme z druhého, úžeji chápaného přístupu ke kvalitě života. Typické je zaměření se na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu k vlastnímu zdravotnímu stavu. Ferransová definovala kvalitu života v pěti kategoriích konceptualizace kvality života: schopnost vést normální život, štěstí a spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně aktivní život, jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity (Gurková, 2011, s. 25 – 26).

Haasová zdůrazňuje důležitost rozlišení pojmů kvalita života, funkční stav, pohoda a spokojenost. Abychom mohli účelně kvalitu života pacientů zlepšit, je zapotřebí ji nejdříve přesně definovat a následně měřit. Diagnostika kvality života je základem úspěšnosti tvoření ošetřovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení. Pozice tohoto hodnotícího kritéria pro výběr vhodných konkrétních intervencí je důvodem, proč je důležité tento pojem přesně vymezit v kontextu ošetřovatelství. Ten nabývá na intenzitě v současnosti tak zmiňované praxe založené na důkazech, kdy v ní koncept kvality života nachází široké uplatnění. Kingová shrnuje účel jejího uplatnění do třech kategorií: diferenciací, predikce a hodnocení změny v časovém kontinuu (Gurková, 2011, s. 26).

4.2.1 Kvalita života související se zdravím (HRQoL) a kvalita života v ošetřovatelství

To, jak se pacient vyrovná se svou chorobou, závisí na celé řadě faktorů. Jedná se o intenzitu a trvání klinických projevů onemocnění včetně bolesti. Kvalita života je rozebírané téma a to

především z důvodu potřeby zachytit, popsat a kvantifikovat, jaký dopad má dané onemocnění, léčba. Dále sem řadíme úroveň zdravotní péče, fyzický a psychický stav jedince (Sestra, 2013).

Výzkum kvality života byl v rámci systému zdravotnictví a zdravotní péče definován v sedmdesátých letech 20. století a všeobecně byl podložen dvěma faktory. Prvním faktorem byla farmakoeconomická finanční nákladnost a efektivita léčby. Druhým faktorem bylo úsilí dokládat klinickou úspěšnost léčby, tedy dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Koncept HRQoL se začal používat v osmdesátých letech. HRQoL byla v rámci zdravotní péče vytvořené pro účely analýz. K jejímu měření se začátkem osmdesátých let používaly generické nástroje. Cílem bylo porovnání mezi zdravou a nemocnou populací, mezi různými druhy nemocí. První generické nástroje se zabývaly spíše měřením fyzických aspektů zdraví. Mnohé z nich jsou doposud mylně užívány a interpretovány jako nástroje měření kvality života a to i přes upozornění autorů, že jsou dané nástroje zaměřeny na hodnocení zdravotního stavu. Typickými zástupci jsou Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). V databázi MEDLINE ovšem nacházíme minimálně 100 publikací, ve kterých jsou tyto nástroje uváděny v souvislosti s měřením kvality života. Postupem času byly vytvořené generické nástroje, které doplňovaly výše uvedené nástroje a kladly důraz nejen na fyzickou, ale i psychickou, sociální a existencionální dimenzi zdraví. Jednalo se o nástroje, které využíváme dodnes, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF – 36), a EuroQoL (EQ – 5D). Oba tyto nástroje se stejně jako SIP společně s NHP zabývají měřením zdravotního stavu. Zmatek, který vyvolaly nástroje na měření kvality života a kvality zdravotního stavu byly předmětem kritiky ze strany mnoha psychologů. Proto se WHO- World Health Organisation rozhodla vytvořit nástroj známý pod zkratkou WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Tento nástroj byl vytvořen s cílem vnímání kvality života ve významu subjektivního vnímání zdraví a denních aktivit. V současnosti je v rámci širokého spektra chorob dostupný výběr mnoha nástrojů měření HRQoL. Internetová databáze, PROQOLID (Patient – Reported Outcomes and Quality of Life Instrument Database), pozorovala v roce 2009 zhruba 667 nástrojů souvisejících s konstruktem HRQoL, 511 recenzovaných kopií původních nástrojů, 1018 překladů, 173 recenzovaných manuálů nástrojů a 82 databází. V ošetřovatelství se HRQoL začala využívat v mnoha oborech ošetřovatelství jako je onkologie, psychiatrie, gerontologie, v oblasti péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním, HIV/AIDS, Diabetem mellitem a Revmatoidní artritidou (Gurková, 2011, s. 42).

4.2.2 Domény kvality života vymezené v ošetrovatelství

Modely kvality života byly vytvořeny na základě kvalitativních výzkumů u pacientů s onkologickým onemocněním. Vymezení domén HRQoL je tedy ve většině případech podobný. Pro HRQoL je důležité si uvědomit rozdíly mezi skutečným zdravotním stavem a vnímáním tohoto zdravotního stavu včetně jeho hodnocení (Gillnerová a kol., 2011, s. 27). Charakteristické je zde i zaměření na spiritualitu. V ošetrovatelské literatuře je kvalita života rozdělena do čtyř, někdy do pěti domén: tělesná a psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s onemocněním a léčbou včetně spirituality (Gurková, 2011, s. 73).

4.2.3 Jaký význam má hodnocení kvality života pacientů v klinické praxi

Kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a léčba ovlivňují pacientovu schopnost žít plnohodnotný život, který ho svým způsobem uspokojuje (Vaňásková a kol., 2013, s. 133).

Hodnocení kvality života v klinické praxi volíme u pacientů s chronickými, nevléčitelnými chorobami, mezi které řadíme: onkologická onemocnění, psychiatrická onemocnění, kardiovaskulární, metabolické onemocnění apod. Jde o onemocnění, které pojíme s přívlastky nevléčitelné, progredující, v některých případech invalidizující, vyžadující celoživotní léčbu, dodržování režimových opatření, která omezují pacienta při běžných denních aktivitách (Gurková, 2011, s. 139).

4.2.4 Generické nástroje měření kvality života

V rámci klinické praxe můžeme využít široké spektrum nástrojů měření kvality zdravotního stavu a kvality zdraví. Mezi nejčastěji využívané nástroje řadíme: SIP, NHP, SF – 36, European Quality of Life Questionnaire – Version EQ – 5D, WHOQOL-BREF, Psychological General Well – Being Index – PGWB. Oblasti, které hodnotíme prostřednictvím SIP, jsou: spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita atd. NHP se zabývá: spánkem, bolestí, emocionální reakcí, sociální izolací atd. SF-36 je zaměřený na: fyzické zdraví (fyzickou bolest, celkové vnímání zdraví), mentální zdraví (vitalita), všeobecné mentální zdraví. EQ – 5D se týká pohyblivosti, sebez péče a bolesti. WHOQOL – BREF zkoumá fyzické zdraví (aktivity denního života, mobilita), psychickou oblast (sebeúctu), sociální vztahy (osobní vztahy), prostředí (finanční zdroje). Somatickou oblastí a kognitivní oblastí se zabývá PCASEE a fyzické společně s duchovním bytím nalezneme u QLP (Gurková, 2011, s. 147).

4.2.5 Subjektivní hodnocení zrakových funkcí

Pro sledování a hodnocení zrakových funkcí z pohledu pacienta byly sestaveny dotazníky, které se snaží objektivizovat a eventuálně i numericky ohodnotit subjektivní ukazatele zrakových funkcí. Mezi používané dotazníky řadíme: Bernth – Peteresenův dotazník, Vision – specified Sickness Impact Profile (SIPV), Activities of Daily Vision Scale (AVDS), Visual Functioning (VF) – 14 index, American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS), Cataract Data Collection Form (ACDCF), Catquest, Visual Disability Assessment (VDA), Quality of Life and Vision Function Questionnaire, National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI – VFG) (Ernest a kol., 2010, s. 127).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů byly položeny následující výzkumné otázky

1. Jakým způsobem katarakta narušovala běžné denní aktivity pacienta před operací
2. S jakými činnostmi má pacient problémy po prodělané operaci katarakty
3. Jaká je spokojenost pacienta, který podstoupil operační zákrok
4. Jakým nejčastějším důvodem je návštěva očního lékaře

6 METODIKA VÝZKUMU

Pro sběr dat byl vybrán kvantitativní výzkum, kdy byla využita metoda nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Data byla získána prostřednictvím rozdaných dotazníků v ambulantním úseku očního oddělení, po potvrzení souhlasu s výzkumem (viz příloha A, s. 78). 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: věk nad 60 let, ochota spolupracovat, 2 měsíce po operaci a déle. Na tato kritéria byli respondenti upozorněni všeobecnou sestrou v oční ambulanci, dále pak byly tyto podmínky jasně definovány v samotném úvodu dotazníku.

Forma dotazníku

Dotazník (viz příloha B, s. 79 – 85) byl distribuován tištěnou formou. Obsahuje celkem 21 otázek s jednou možnou odpovědí, není-li v závorce uvedeno jinak. Dotazník obsahuje sedm otázek s možností „jiná odpověď“, kde měli pacienti možnost se volně vyjádřit a to v případě, že jim nevyhovoval výběr nabízených možností. U devíti otázek byla možná pouze jedna odpověď. Třináct otázek bylo rozděleno do hlavní otázky a podotázky. V první části si pacient vybral jednu odpověď. V případě, že byla zvolena odpověď, u které bylo v závorce zmíněno, aby si vybral z následujících možností, co nejlépe vystihuje danou situaci, musel pacient do podotázky doplnit svou odpověď. Dotazník je seskupen do tří celků. První část obsahuje demografická data, kam bylo zařazeno pohlaví včetně věku (otázka č. 1 – 2). Druhá část se zabývá celkovým zdravotním stavem pacienta, návštěvností očního lékaře. Dále sem byl zařazen výskyt možných pooperačních komplikací (otázka č. 3 – 12). Poslední část je zaměřená na sběr informací ohledně vykonávání činností před a po operaci šedého zákalu (otázka č. 13 – 21).

Místo realizace dotazníkového šetření

Sběr dat probíhal v nejmenované oblastní nemocnici, v ambulantním úseku očního oddělení. Před samotným vyplněním dotazníku byl pacient poučen všeobecnou sestrou, že musí být po operaci katarakty déle jak dva měsíce. Tato podmínka se navíc objevila i v samotném dotazníku a to na jeho začátku.

Pilotní šetření

Z důvodu správné formulace otázek a odpovědí, bylo do oběhu rozdáno celkem 15 dotazníků. Pět dotazníků bylo rozdáno v rámci rodinného kruhu a přátel, zbylých deset dotazníků bylo rozdáno v oční ambulanci. Dotazník vyplnilo celkem 15 respondentů různého věku, pohlaví. Na základě připomínek byly přeformulovány a upraveny otázky č. 4, 5, 6 a 10. K otázce č. 4 (Máte oční vadu), byla přidána odpověď, DIABETICKÁ RETINOPATIE, VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE, KOMBINACE VÍCE ONEMOCNĚNÍ. Při vyplňování dotazníků respondenti udávali již výše zmíněné doplněné odpovědi. K otázce č. 5 (Léčíte se s dalším onemocněním), byla přidána možnost zvolit ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ, NEUROLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ, KOMBINACE VÍCE ONEMOCNĚNÍ. Respondenti opět uváděli nedostatek výběru možných odpovědí. Dále nevěděli, jak vyplnit odpověď v případě, že se léčí s interní chorobou a prodělali například cévní mozkovou příhodu. Otázka č. 6 (Co jste od operace šedého zákalu očekával/a) byla z původní odpovědi ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA, zvolena odpověď JINÉ (VYPIŠTE). Respondenti pokládali otázky, co si pod touto odpovědí představit, proto jsem jim dala prostor pro volné vyjádření. A jako poslední byla upravena otázka č. 10 (Objevily se u Vás pooperační komplikace), do této otázky byly opět přidány odpovědi a to: VYŠŠÍ NITROOČNÍ TLAK, STRIÁTA (ZAŠEDLÁ ROHOVKA), KOMBINACE VÍCE ONEMOCNĚNÍ. U této otázky byly vzneseny požadavky na doplnění otázek v případě, že měl respondent více pooperačních komplikací, či jiné doposud nezmíněné komplikace. Jelikož se jednalo o průzkum, který mě informoval o správnosti dotazníku, nemohla být data získaná v pilotní fázi zařazena do celkového počtu zpracovaných dotazníků.

Počet dotazníků

Výzkum probíhal od začátku ledna 2017 do konce března 2017. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Z 80 rozdaných dotazníků (100 %) bylo pouze 70 dotazníků (88 %) vráceno a zbylých 10 dotazníků (13 %) se nepodařilo zpětně od pacientů získat. Z celkového počtu vrácených dotazníků bylo 55 dotazníků (79 %) vyplněno správně a 15 dotazníků (21 %) vyplněno neúplně, a proto nemohly být zařazeny do zpracování výsledků.

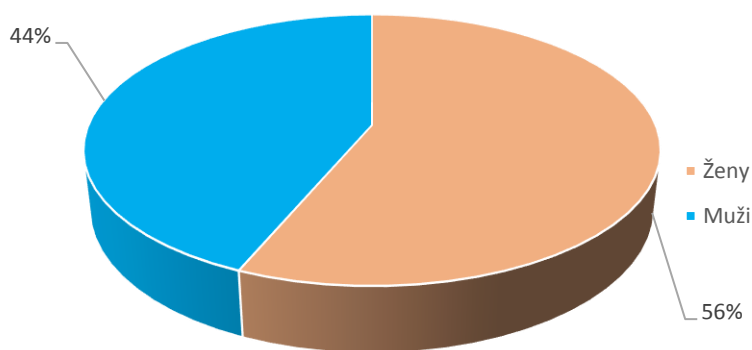
Způsob vyhodnocení získaných dat

Ke zpracování výsledků byl použit Microsoft Word 2013 včetně Microsoft Office Excel 2013. Výsledky každé otázky jsou znázorněny pomocí grafů či tabulek včetně relativních četností.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Data získaná prostřednictvím dotazníků jsou interpretována grafickou formou včetně popisů jednotlivých grafů. Výsledky jsou uvedeny ve formě počtu odpovědí s procentem z celkového počtu.

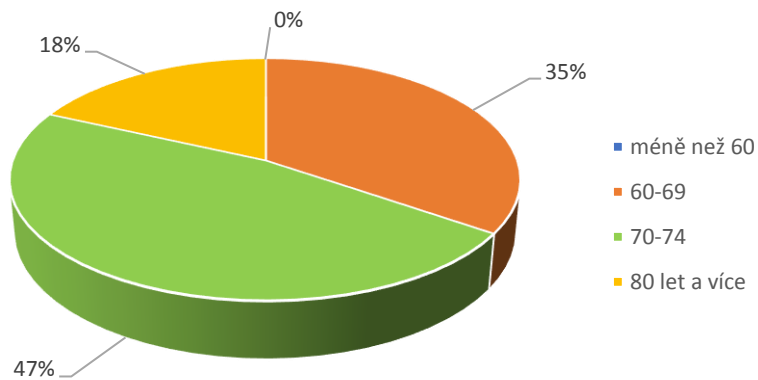
Otázka č. 1 – Jakého jste pohlaví?



Obrázek 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví

První otázka v dotazníku se zabývala zastoupením mužského a ženského pohlaví. Většinu, tedy 31 (56 %) tvořily ženy, zbylých 24 (44 %) respondentů doplnili muži.

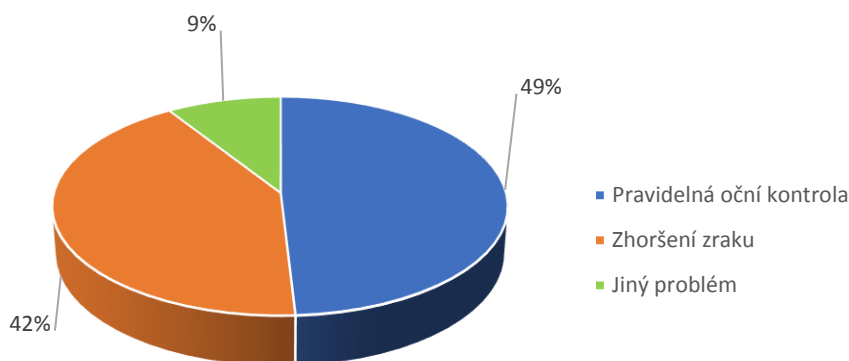
Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?



Obrázek 2 Věková struktura dotazovaných

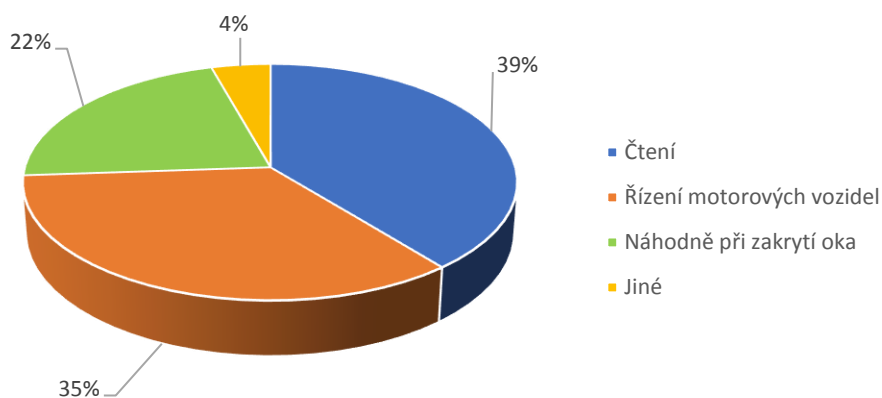
Druhá otázka měla za úkol zmapovat věkovou strukturu respondentů. Mezi respondenty nebyl nikdo mladší 60 let. Téměř polovinu dotazovaných tvořila věková kategorie 70 – 74 let, kdy tuto odpověď zvolilo 26 (47 %) respondentů. Třetinu tvořila kategorie 80 let a více, tuto odpověď vybralo 10 (18 %) respondentů. Zbýlých 19 (35 %) respondentů tvořila věková skupina 60 – 69 let.

Otázka č. 3 – Co Vás přimělo navštívit očního lékaře?



Obrázek 3 Nejčastější důvody návštěvy očního lékaře

Tato otázka měla za úkol zjistit, z jakého důvodu respondenti navštívili očního lékaře. Téměř polovina respondentů 27 (49 %) z celkové počtu dotazovaných uvedla, že se jednalo o pravidelnou prohlídku oftalmologem. V těsné blízkosti se umístila odpověď zhoršení zraku, kterou uvedlo 23 (42 %) respondentů, a jiný problém obtěžoval 5 (9 %) respondentů.

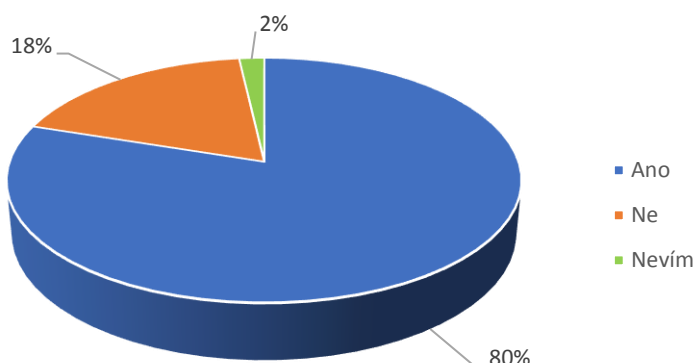


Obrázek 4 Při jakých činnostech bylo zpozorováno zhoršené vidění

V případě, že respondenti uvedli v otázce „Co Vás přimělo navštívit očního lékaře“ odpověď „zhoršení zraku“, měli za úkol vybrat, při jakých činnostech zjistili, že se jim zrak zhoršil.

Celkem tuto odpověď vybralo 23 (100 %) respondentů. Téměř polovina respondentů, tedy 9 (39 %) respondentů a 8 (35 %) respondentů vybralo odpověď při čtení, řízení motorových vozidel. Třetina respondentů 5 (22 %) vybrala odpověď náhodně při zakrytí oka. V případě, že si respondent žádnou z výše uvedených odpovědí nevybral, mohl se volně vyjádřit. Tuto formu zvolil 1 (4 %) respondent, který uvedl jako důvod návštěvy očního lékaře nově zjištěný Diabetes mellitus.

Otázka č. 4 – Máte oční vadu?



Obrázek 5 Oční vady

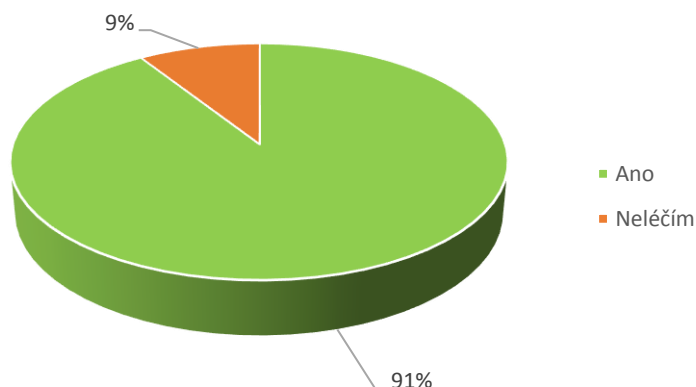
Otázka číslo čtyři zjišťovala, zdali respondent má, nebo nemá oční vadu. Většina respondentů 44 (80 %) uvedla, že oční vadu má. Třetina respondentů 10 (18 %) oční vadou netrpí a 1 (2 %) respondent neví, zda oční vadu má či nikoliv.

Tabulka 1 Typy očních vad

Oční vady	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Tupozrakost	1	2,0 %
Krátkozrakost	5	11,0 %
Dalekozrakost	6	14,0 %
Glaukom	8	18,0 %
VPMD	13	30,0 %
Diabetická retinopatie	7	16,0 %
Kombinace více onemocnění	4	9,0 %
Celkem	44	100,0 %

V případě, že u otázky „Máte oční vadu“ uvedli respondenti „ano“ 44 (100 %), měli za úkol vybrat z následujících odpovědí. Pouze 1 (2 %) respondent uvedl Tupozrakost, 4 (9 %) respondenti zvolili odpověď „kombinace více onemocnění“. Nejvyskytovanější vadou byla v tomto případě VPMD, kterou uvedlo 13 (30 %) respondentů. Zbylá třetina respondentů vybrala Diabetickou retinopatii a to 7 (16 %) respondentů, 8 (18 %) Glaukom, 6 (14 %) Dalekozrakost a 5 (11 %) respondentů označilo Krátkozrakost.

Otázka č. 5 – Léčíte se s dalším onemocněním?



Obrázek 6 Zdravotní stav respondentů

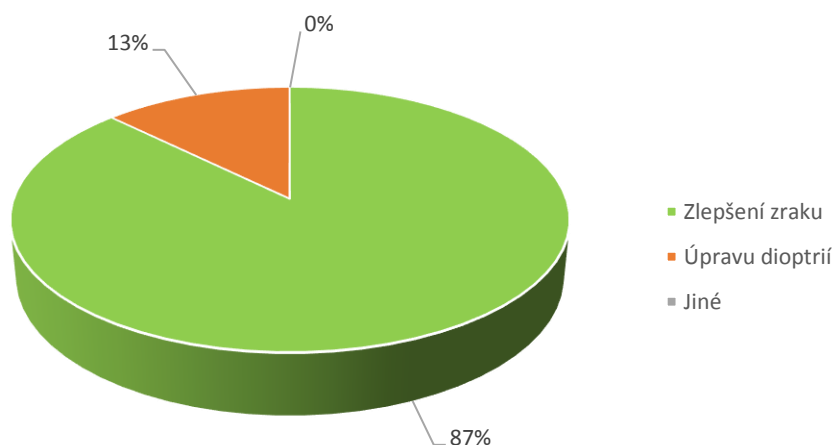
Otázka číslo pět zjišťovala celkový zdravotní stav respondentů. Naprostá většina 50 (91 %) dotazovaných uvedla, že se léčí s dalším onemocněním. Pouze 5 (9 %) respondentů vybralo odpověď „nelčím“.

Tabulka 2 Onemocnění

Onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Interní onemocnění (Diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční)	29	58,0 %
Onkologické onemocnění	8	16,0 %
Neurologické onemocnění (cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza)	1	2,0 %
Respirační onemocnění (astma)	1	2,0 %
Kombinace více onemocnění	11	22,0 %
Celkem	50	100,0 %

Respondenti, kteří uvedli v otázce „Léčíte se s dalším onemocněním“ odpověď ano, 50 (100 %) respondentů, vybírali z následujících onemocnění. Polovina respondentů 29 (58 %) se léčí s interním onemocněním, Více jak třetina respondentů 11 (22 %) má kombinované onemocnění. Osm (16 %) respondentů trpí onkologickým onemocněním, a pouze 1 (2 %) respondent se léčí s neurologickým či respiračním onemocněním.

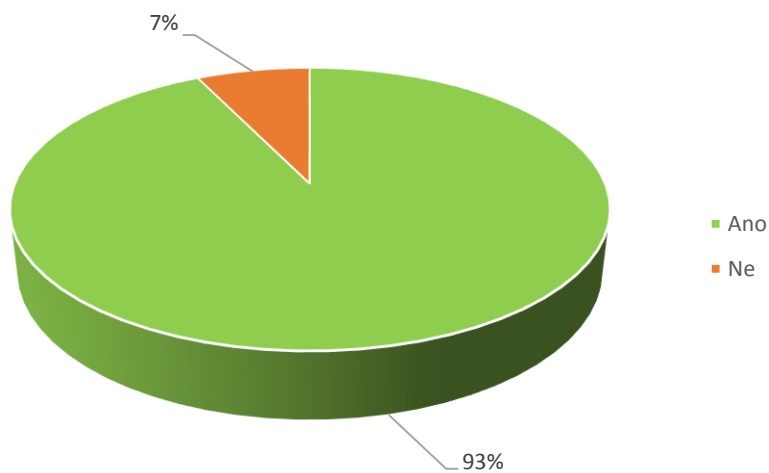
Otázka č. 6 – Co jste od operace šedého zákalu očekával/a?



Obrázek 7 Očekávání od operace

Otázka číslo šest měla zmapovat očekávání respondentů od samotné operace. Naprostá většina 48 (87 %) respondentů uvedla, že očekávala zlepšení zraku. Úpravu dioptrií požadovalo 7 (13 %) respondentů.

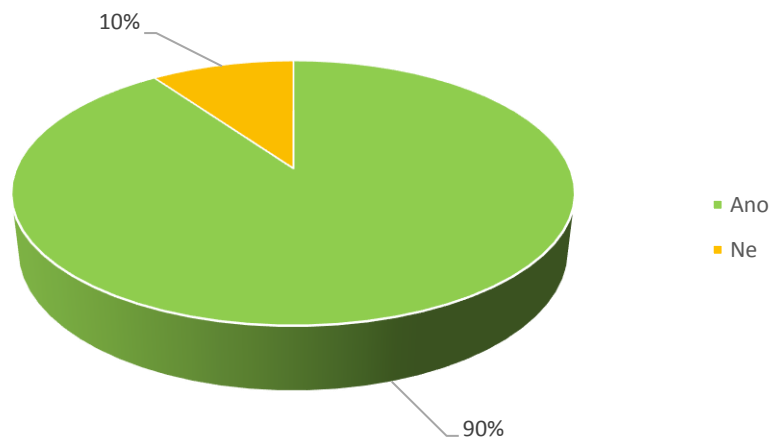
Otázka č. 7 – Měl/a jste oboustranný šedý zákal?



Obrázek 8 Jednostranná či oboustranná katarakta

Tato otázka zjišťovala, zdali měl respondent kataraktu jednostrannou či oboustrannou. Téměř všichni respondenti 51 (93 %) uvedli, že měli kataraktu oboustrannou. Pouze 4 (7 %) respondenty postihla jednostranná katarakta. V případě, že respondent uvedl odpověď „ano“, pokračoval otázkou č. 8

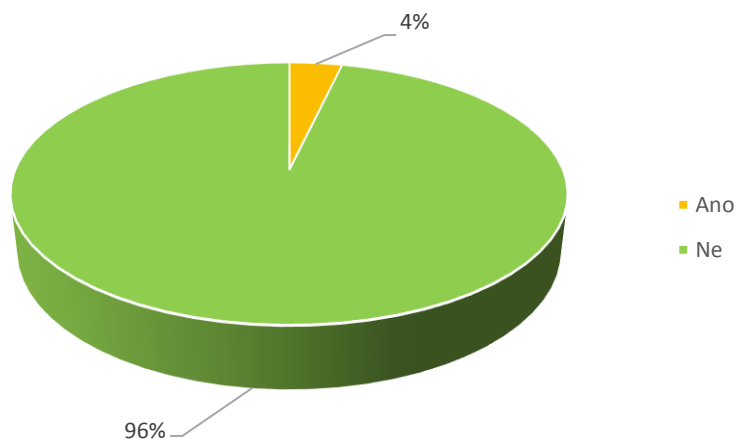
Otázka č. 8 – Podstoupil/a jste operaci obou očí?



Obrázek 9 Operace

Respondenti, kteří u otázky č. 7 (Měl/a jste oboustranný šedý zákal), odpověděli ano, pokračovali otázkou č. 8 (Podstoupil/a jste operaci obou očí). V otázce č. 7 zvolilo 51 (100 %) respondentů odpověď ano. Operaci obou očí podstoupili téměř všichni respondenti 46 (90 %). Pouze 5 (10 %) respondentů operaci druhého oka neabsolvovalo.

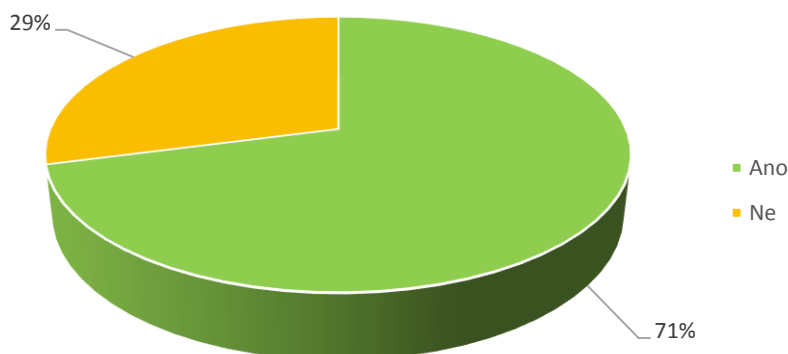
Otázka č. 9 – Byl pro Vás zákrok bolestivý?



Obrázek 10 Bolest

V této otázce respondenti sdělovali svůj pocit ze samotné operace. Téměř všichni respondenti 53 (96 %) podstoupili bezbolestný zákrok. Minimum respondentů 2 (4 %) zákrok bolel.

Otázka č. 10 – Objevily se u Vás pooperační komplikace?



Obrázek 11 Pooperační komplikace

Otázka číslo deset mapovala pooperační komplikace po absolvování zákroku. Naprostá většina respondentů 39 (71 %) měla pooperační komplikace. Zbýlá třetina 16 (29 %) respondentů měla klidné pooperační období.

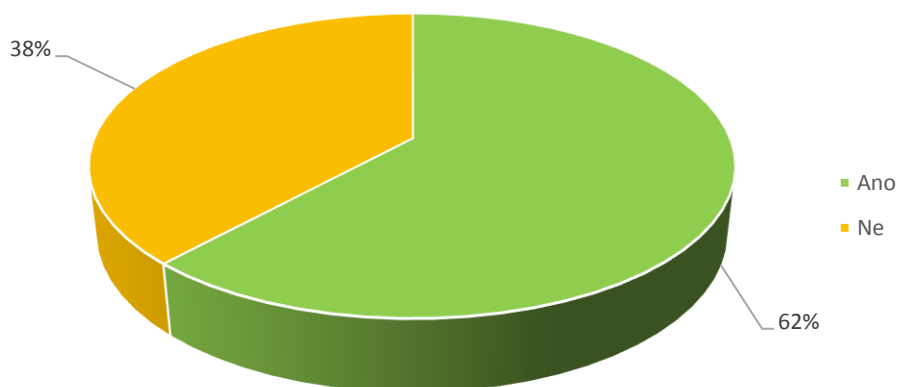
Tabulka 3 Typy pooperačních komplikací

Pooperační komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vyšší nitrooční tlak	5	12,8 %
Zánět (Endoftalmitida)	4	10,3 %
Striata (zašedlá rohovka)	5	12,8 %
Zhoršení zraku	1	2,6 %
Cystoidní makulární edém	6	15,4 %
Amoce (odchlípení sítnice)	3	7,7 %
Sekundární katarakta	14	35,9 %
Kombinace více onemocnění	1	2,6 %
Celkem	39	100,0 %

Respondenti, kteří zvolili u otázky č. 10 (Objevily se u Vás pooperační komplikace) „ano“, vybírali komplikaci, která je postihla. Pooperační komplikace mělo celkem 39 (100 %) respondentů. Necelou polovinu 14 (35,9 %) respondentů postihl sekundární zákal operované čočky. Téměř třetina respondentů měla vyšší nitrooční tlak 5 (12,8 %), stejně tak se umístila striata rohovky a to u 5 (12,8 %) respondentů. Zánětlivé komplikace se vyskytly u 4 (10,3 %) respondentů, přičemž díky infekční endoftalmitidě přišla jedna pacienta o oko. Cystoidní

makulární edém prodělalo 6 (15,4 %) respondentů. Odchlípení sítnice zmínili 3 (7,7 %) respondenti. Minimum respondentů 1 (2,6 %) uvedlo zhoršení zraku včetně kombinace více komplikací opět u 1 (2,6 %) respondenta.

Otázka č. 11 – Podstoupil/a byste operační zákrok šedého zákalu znovu?



Obrázek 12 Opětovné podstoupení zákroku

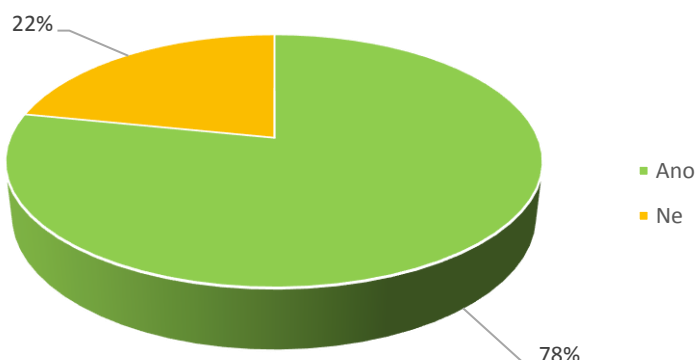
Tato otázka shromažďovala informace o tom, zdali by respondenti podstoupili operační zákrok šedého zákalu znovu. Z celkového počtu 55 (100 %), by zákrok znovu podstoupilo 34 (62 %) respondentů. Více jak třetina respondentů 21 (38 %) by zákrok znovu neabsolvovala.

Tabulka 4 Proč operaci znovu nepodstoupit

Proč znovu zákrok nepodstoupit	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Operace mi nepřišla ničím užitečná	1	5,0 %
Vyskytly se u mě pooperační komplikace	15	71,0 %
Zákrok byl bolestivý či jinak nepříjemný	2	10,0 %
Zrak byl horší než před samotnou operací	3	14,0 %
Celkem	21	100,0 %

Respondenti, kteří by operační výkon znovu nepodstoupili, uvedli následující odpovědi. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 21 (100 %) respondentů, nesouhlas s opětovným operačním výkonem. Nejčastějším důvodem tohoto rozhodnutí byl výskyt pooperačních komplikací a to u 15 (71 %) dotazovaných respondentů. Třetina respondentů 3 (14 %) uvedla zhoršení zraku po daném zákroku. Bolest pocítili 2 (10 %) respondenti a 1 (5 %) respondentovi nepřišel zákrok ničím užitečný.

Otázka č. 12 – Zvládl/a jste se starat o operované oko po zákroku sám/sama?



Obrázek 13 Péče o oko po zákroku

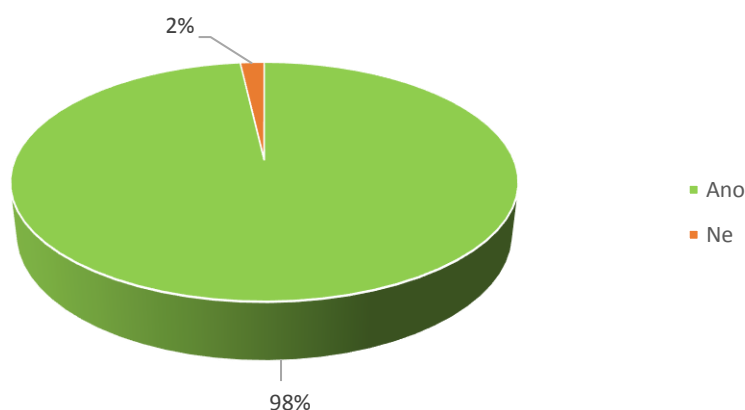
Otázka číslo dvanáct se orientovala na schopnost respondenta postarat se o operované oko po zákroku. Třetina respondentů 12 (100 %) potřebovala s péčí o oko pomoc od druhé osoby, ovšem většina respondentů 43 (78 %) zvládla péči o oko sama.

Tabulka 5 Pomoc s péčí o operované oko

Pomoc druhé osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodinný příslušník	9	75,0 %
Soused	1	8,0 %
Zdravotní sestra	2	17,0 %
Domácí péče	0	0,0 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	12	100,0 %

V případě, že respondenti 12 (100 %) uvedli, že se o operované oko po zákroku nezvládli starat sami, volili z nabízených možností, kdo jim pomáhal. Naprosté většině respondentů 9 (75 %) pomáhal rodinný příslušník, patřičně proškolený zdravotnickým personálem. Třetina respondentů 2 (17 %) byla v péči o oko zajištěna zdravotní sestrou, 1 (8 %) respondentovi pomáhal po operaci soused.

Otázka č. 13 – Nosil/a jste brýle před operací šedého zákalu?



Obrázek 14 Nošení brýlí před operací

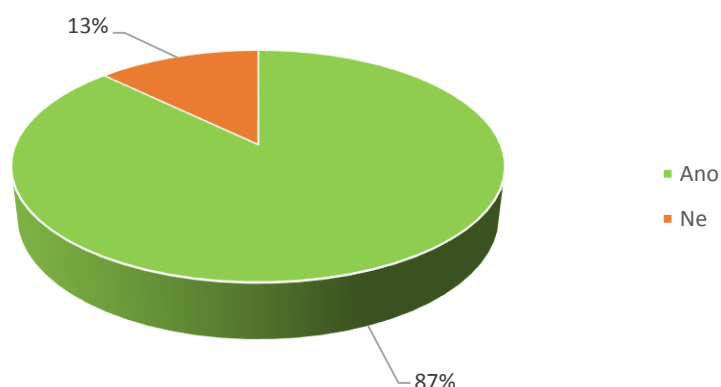
Tato otázka zjišťovala, kolik respondentů nosilo brýle před samotnou operací šedého zákalu. 54 (98 %) respondentů uvedlo, že brýle nosilo, pouze 1 (2 %) respondent brýle nepotřeboval.

Tabulka 6 Při jakých činnostech byly brýle před operací nošeny

Při jakých činnostech jsou brýle používány	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Čtení	16	30,0 %
Řízení motorových vozidel	17	31,0 %
Domácí práce	13	24,0 %
Čtení příbalových letáků u léků	3	6,0 %
Sledování TV	4	7,0 %
Jiné	1	2,0 %
Celkem	54	100,0 %

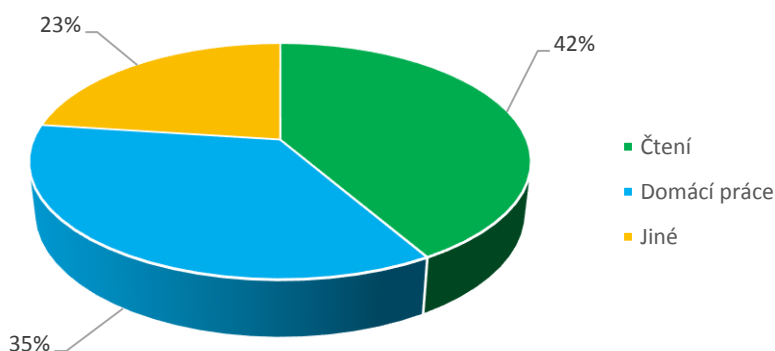
Mezi činnostmi, při kterých 54 (100 %) respondentů brýle nosilo, řadíme 17 (31 %) respondentů, kteří brýle používali při řízení motorových vozidel. Pouze o procento níže se umístila četba, kterou zvolilo 16 (30 %) respondentů. Na třetím místě s nejvyšším počtem zvolených odpovědí skončily domácí práce, které zvolilo 13 (24 %) respondentů. Sledování televize bez brýlí obtěžovalo 4 (7 %) respondenty. Třem (6 %) respondentům dělala problém četba příbalových letáků u léků a 1 (2 %) respondent uvedl jinou příčinu, kterou byla tvorba modelů vlaků.

Otázka č. 14 – Nosíte brýle po operaci šedého zákalu?



Obrázek 15 Nošení brýlí po operaci

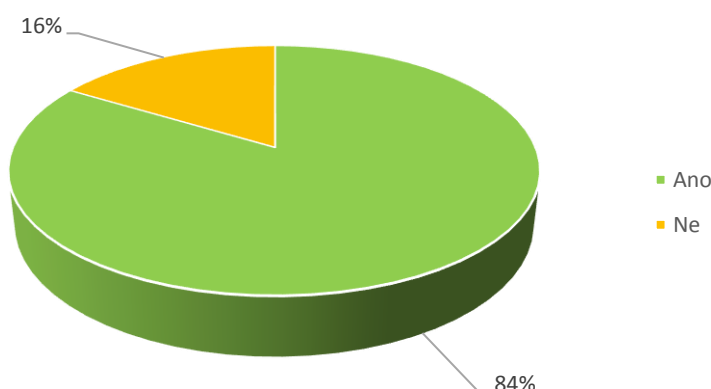
Otázka číslo čtrnáct navazovala na předchozí otázku s tím rozdílem, že se v tomto případě jedná o nošení brýlí po operaci. Většina respondentů 48 (87 %) uvedla, že nosí brýle i po operaci, 7 (13 %) respondentů brýle po operaci nepoužívá.



Obrázek 16 Při jakých činnostech byly brýle po operaci nošeny

Nadpoloviční většina, tedy 48 (100 %) respondentů uvedla, že nosí brýle i po operaci šedého zákalu. Sedmnáct (35 %) respondentů nosí brýle při vykonávání domácích prací, téměř polovina respondentů 20 (42 %) nosí brýle při čtení a 11 respondentů (23 %) uvedlo jiné důvody, mezi které řadíme: 7 respondentů uvedlo sledování TV, 3 respondenti uvedli křížovky, 1 respondent uvedl tvorbu modelů vlaků, stejně tak jako před operací.

Otázka č. 15 – Narušovalo toto onemocnění Vaše běžně denní aktivity?



Obrázek 17 Narušení běžných denních aktivit

V této otázce měli respondenti na výběr ze dvou předem daných odpovědí. Odpověď „ano“ uvedlo 46 (84 %) respondentů, devíti (16 %) respondentům šedý zákal nevadil.

Tabulka 7 Jaké denní aktivity byly narušeny

Jaká činnosti pacientovi vadily	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Čtení	7	15,2 %
Psaní	0	0,0 %
Luštění křížovek	11	23,9 %
Manipulace s drobnými předměty	5	10,9 %
Vaření	0	0,0 %
Čtení příbalových letáků u léků	4	8,7 %
Orientace v prostoru na neznámých místech (na ulici, úřadech)	4	8,7 %
Řízení motorových vozidel	11	23,9 %
Sledování TV	4	8,7 %
Celkem	46	100,0 %

Z celkového počtu dotazovaných byla 46 (100 %) respondentům narušena jejich běžná rutina a plnění běžných denních činností. Stejný počet, a to 11 (23,9 %) respondentů zvolilo odpověď u „luštění křížovek“ včetně „řízení motorových vozidel“ opět u 11 (23,9 %) respondentů. Třetina respondentů 7 (15,2 %) měla problémy se čtením. Pět (10,9 %) respondentů mělo problémy při manipulaci s drobnými předměty. Čtyři (8,7 %) respondenti měli problémy se

čtením příbalových letáků u léků, stejně tak jako s orientací v prostoru u 4 (8,7 %) respondentů a sledování TV u 4 (8,7 %) respondentů.

Otázka č. 16 – Měl/a jste problémy s řízením motorových vozidel před operací šedého zákalu?

Tabulka 8 Řízení motorových vozidel před operací

Problémy s řízením před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	33	60,0 %
Ne	12	22,0 %
Pouze ve dne	0	0,0 %
Pouze v noci	0	0,0 %
Neřídím	10	18,0 %
Celkem	55	100,0 %

Nadpoloviční většina 33 (60 %) respondentů pociťovala diskomfort při řízení motorových vozidel. Dvanácti (22 %) respondentům řízení nevadilo a téměř třetina, 10 (18 %) respondentů neřídí.

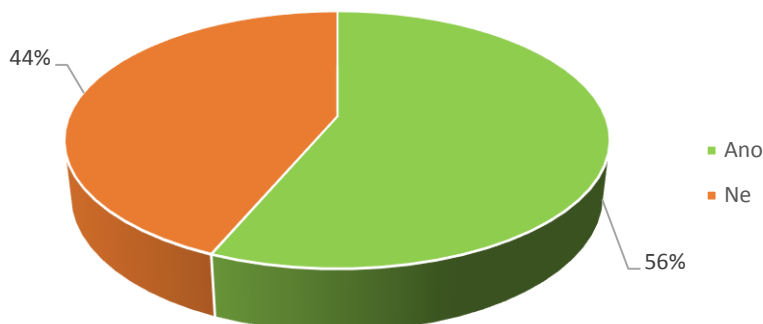
Otázka č. 17 – Máte problémy s řízením motorových vozidel po operaci šedého zákalu?

Tabulka 9 Řízení motorových vozidel po operaci

Problémy s řízením po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	4	7,0 %
Ne	41	75,0 %
Pouze ve dne	0	0,0 %
Pouze v noci	0	0,0 %
Neřídím	10	18,0 %
Celkem	55	100,0 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, uvedla výrazné zlepšení při řízení motorových vozidel naprostá většina. Při srovnání s předchozím grafem můžeme pozorovat rapidní snížení výskytu problémů s řízením motorových vozidel po operaci, a to u 41 (75 %) respondentů. Před operací katarakty nebylo z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, 60 % respondentů schopno normálně řídit. Po operaci katarakty klesla tato hranice na pouhé čtyři (7 %) respondenty. Stejně tak jako v předchozí otázce 10 (18 %) respondentů motorové vozidlo neřídí.

Otázka č. 18 – Měl/a jste problémy s vykonáváním domácích prací před operací šedého zákalu?



Obrázek 18 Vykonávání domácích prací před operací šedého zákalu

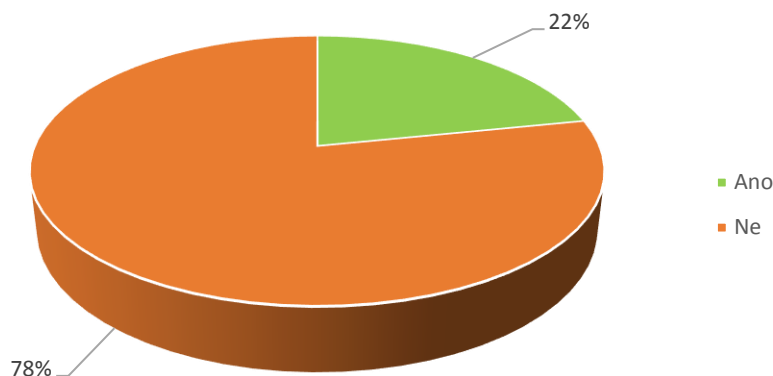
Otázka číslo osmnáct se zabývala zjištěním míry problémů, při vykonávání domácích prací. Nadpoloviční většina 31 (56 %) respondentů uvedla potíže při samotném vykonávání domácích prací. Čtyřicet (44 %) respondentů problémy nemělo.

Tabulka 10 Domácí práce před operací

Domácí práce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vaření	6	19,4 %
Šití	11	35,5 %
Uklízení	5	16,1 %
Oprava drobných závad	5	16,1 %
Jiné	4	12,9 %
Celkem	31	100,0 %

Nadpoloviční většina 31 (100 %) respondentů si po zvolení odpovědi „ano“ vybrala z následujících možností. Většina respondentů 11 (35,5 %) vybrala šití, šesti (19,4 %) respondentům vadil šedý zákal při vaření. Pět (16,1 %) respondentů uvedlo potíže při uklízení včetně oprav drobných závad opět u pěti (16,1 %) respondentů. Čtyři (12,9 %) respondenti uvedli jinou příčinu a tou byla práce kolem domu a na zahradě.

Otázka č. 19 – Máte problémy s vykonáváním domácích prací po operaci šedého zákalu?



Obrázek 19 Vykonávání domácích prací po operaci šedého zákalu

Otázka číslo devatenáct navazuje na předchozí otázku. Třetina, tedy dvanáct (22 %) respondentů uvedlo potíže při vykonávání domácích prací po operaci šedého zákalu, ovšem většina 43 (78 %) respondentů neměla sebemenší problémy s vykonáváním domácích prací po absolvování zákroku.

Tabulka 11 Domácí práce po operaci

Domácí práce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vaření	1	8,3 %
Šití	4	33,3 %
Uklízení	1	8,3 %
Oprava drobných závad	4	33,3 %
Jiné	2	16,7 %
Celkem	12	100,0 %

S problémy při vykonávání domácích prací po operaci šedého zákalu se potýká 12 (100 %) respondentů. Čtyři (33,3 %) respondenti mají problémy se šitím, stejně tak jako s opravou drobných závad opět u 4 (33,3 %) respondentů. Třetina, tedy 2 (16,7 %) respondenti uvádí „jiné“

potíže, v tomto případě při práci na zahradě. Jednomu (8,3 %) respondentovi vadí vaření, stejně tak jako vadí jednomu (8,3 %) respondentovi uklízení.

Otázka č. 20 – Jak byste ohodnotil kvalitu svého života před operací katarakty:

Tabulka 12 Kvalita života před operací

Kvalita života před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Výborná	0	0,0 %
Velmi dobrá	5	9,1 %
Dobrá	24	43,6 %
Dostatečná	18	32,7 %
Nedostatečná	8	14,5 %
Celkem	55	100,0 %

Předposlední otázka se zabývala zmapováním kvality života u respondentů před samotnou operací. Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, uvedla téměř polovina, tedy 24 (43,6 %) respondentů kvalitu života před operací jako dobrou. Osmnáct (32,7 %) respondentů vyhodnotilo kvalitu jako dostatečnou. Třetina představující 8 (14,5 %) respondentů zvolila kvalitu svého života jako nedostatečnou a pouhých 5 (9,1 %) respondentů zvolilo kvalitu života velmi dobrou.

Otázka č. 21 – Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života po operaci šedého zákalu:

Tabulka 13 Kvalita života po operaci

Kvalita života po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Výborná	10	18,2 %
Velmi dobrá	15	27,3 %
Dobrá	15	27,3 %
Dostatečná	10	18,2 %
Nedostatečná	5	9,1 %
Celkem	55	100,0 %

Poslední otázka se orientovala na zhodnocení kvality života po prodělané operaci šedého zákalu. Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů uvedlo pouze 5 (9,1 %) respondentů nejnižší hodnocení, a to nedostatečnou kvalitu života. Většina respondentů 15 (27,3 %) zhodnotila kvalitu svého života jako velmi dobrou až dobrou, opět 15 (27,3 %) respondentů. Téměř třetina 10 (18,2 %) respondentů ohodnotila kvalitu svého života jako výbornou. Dostatečnou kvalitu života zvolilo 10 (18,2 %) respondentů, stejně tak jako u kvality života výborné.

DISKUZE

V této kapitole je rozebrána diskuze nad jednotlivými výzkumnými otázkami v porovnání s jinými autory. Podobný výzkum provedla v roce 2011 Gabriela Kolářová, jejíž práce nese název „Zdravotní péče o klienty s kataraktou“. V rámci jejího výzkumu bylo rozdáno 60 dotazníků do dvou zdravotnických zařízení, s návratností 56 dotazníků z každého zařízení. Práci na podobné téma zpracovala v roce 2012 Markéta Veselá a nese název „Ošetřovatelské péče o pacienty s kataraktou“. V rámci jejího výzkumu bylo rozdáno 240 dotazníků ve dvou zařízeních, s návratností 200 dotazníků. Dotazníky rozdělila na skupinu pacientů před operací a po operaci katarakty v počtu 100:100. V neposlední řadě se opírám o práci Ilony Holubové z roku 2009, která je nazvána jako „Kvalita života u pacientů před operací a po operaci šedého zákalu“. Tento výzkum byl podložený 155 vybranými dotazníky z celkového počtu 180 rozdaných dotazníků.

Výzkumného šetření se zúčastnili jak muži, tak ženy. Většinu dotazovaných 56 % tvořily ženy, zbylých 44 % doplnili svým zastoupením muži. Nejčetnější věkovou kategorií byli v tomto případě respondenti ve věku 70 – 74 let v 47 % zastoupení. Druhou nejčetnější skupinou byli respondenti ve věku 60 – 69 let a to v 35 % zastoupení. Třetině pacientům 18 %, bylo 80 let a více.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem katarakta narušovala běžné denní aktivity pacienta před operací

K této otázce jsem zjišťovala data získaná prostřednictvím dotazníku. V tomto případě mi sloužilo sedm otázek z dotazníku, konkrétně č. 13, 15, 16, 18, 20. Tento typ otázek mi měl blíže nastínit problematiku běžných denních aktivit u pacientů před operací šedého zákalu. Prostřednictvím těchto otázek jsem mohla zjistit, jaké denní činnosti a aktivity pacienta před operací omezovaly.

Z výsledků vyplynulo, že naprostá většina tedy 98 % respondentů uvedla používání brýlí před samotnou operací. Pouze 2 % respondentů brýle nepotřebovalo. Kuchynka (2007, s. 387) ve své knize uvádí, že v případě Nukleární katarakty čtou někteří presbyopové bez brýlí, díky skleróze jádra a změně v refrakčním indexu čočky, která vede k myopizaci oka. Proto čtou někteří presbyopové zpočátku bez brýlí. Podobný výsledek nošení brýlí uvedla ve své práci Holubová (2009, s. 64). Ze 155 respondentů uvedla naprostá většina a to 94 % nošení brýlí před samotnou operací, pouze 6 % respondentů brýle nepotřebovalo. Většina pacientů, 31 % byla nucena nosit brýle při řízení motorových vozidel, v těsné blízkosti se umístilo čtení a to

ve 30 %. Veselá (2012, s. 49), ve své práci uvádí, že u 57 % respondentů došlo ke zhoršení zraku během čtení, 16 % respondentů mělo částečně zhoršené vidění, 14 % bylo spíše bez obtíží a konečných 13 % respondentů problémy nemělo. V této otázce v dotazníku autorka bohužel nesděljuje, zdali byl respondent nucen nosit při čtení brýle či nikoliv. Na samostatnou otázku, zdali respondentům vadil šedý zákal při řízení, odpověděli téměř všichni respondenti 60 % ano. Dále více jak polovina, 56 % respondentů uvedla, že je katarakta rušila při vykonávání běžných domácích prací. Z výzkumu vyšlo, že se v tomto případě jednalo v 35,5 % o šití. V práci Holubové (2009, s. 73) dělaly drobné ruční práce problémy 84 % respondentům. Z toho 25 % respondentů označilo své omezení jako „velké“ a 15 % respondentů nebylo schopno drobné ruční práce provádět. Při uklízení mělo potíže 16,1 % respondentů. V práci Holubové (2009, s. 74) bylo 70 % respondentů schopno uklízet bez omezení. Vaření dělalo potíže 19,4 % respondentům, v práci Holubové (2009, s. 74) bylo 70 % respondentů bez obtíží. Dále ve své práci zmiňuje například: hygienu pacientů, schopnost se obléknout, najíst se atd. Veselá (2012, s. 54) zmiňuje, že polovina, 51 % respondentů byla při vaření bez obtíží a danou činnost zvládala, 12 % respondentů nebylo schopno tuto činnost vykonávat vůbec. Čtyřiceti šesti (84 %) respondentům narušovala katarakta běžné denní aktivity, pouze devíti (16 %) respondentům šedý zákal nevadil. Jedenáct (23,9 %) respondentů uvedlo potíže při řízení motorových vozidel, stejně tak jako jedenáct (23,9 %) respondentů uvedlo potíže při luštění křížovek. Čtení dělalo problémy sedmi (15,2 %) respondentům. Manipulaci s drobnými předměty nezvládalo pět (10,9 %) respondentů. Čtení příbalových letáků, orientace v prostoru na neznámých místech a sledování TV vadilo čtyřem (8,7 %) respondentům. Kvalitu života před operací označila téměř polovina, 43,6 % respondentů jako dobrou, 14,5 % respondentů jako nedostatečnou. Kvalita života pacientů před samotným operačním zákrokem je ovlivněna celou řadou faktorů. Mezi klíčové faktory řadíme nejen kataraktu, ale například věk, kondici jedince a další přidružená onemocnění, která se na kvalitě života a celkovém zdravotním stavu podílí stejným dílem. Bude-li se jednat například o pacienta diabetika, který nebude dodržovat životosprávu, nebude chodit na preventivní prohlídky ke svému diabetologovi včetně oftalmologa, můžeme očekávat zhoršení vizu, které nebude mít na svědomí katarakta, ale Diabetes jako takový.

Výzkumná otázka č. 2: S jakými činnostmi má pacient problémy po prodělané operaci katarakty

K této výzkumné otázce se vztahovaly čtyři otázky z dotazníku, přesněji č. 14, 17, 19, 21 otázka. Tato výzkumná otázka měla zmapovat nynější potíže pacienta, který je již po operaci.

Abych si mohla vytvořit představu o nynějších potížích, vytvořila jsem téměř totožné otázky do dotazníku s tím rozdílem, že se v tomto případě jednalo o výskyt potíží po operaci. Pro představu jsem data srovnávala s předchozí výzkumnou otázkou včetně jejích otázek. Před vyhodnocením dat jsem měla představu zlepšení kvality života po samotné operaci. Brýle po operaci šedého zákalu nosí 87 % respondentů, v porovnání s předchozí výzkumnou otázkou klesl výskyt nošení brýlí o 11 %. V práci Holubové (2009, s. 64) nosilo 94 % respondentů brýle před operací, po operaci tato hranice klesla o 5 %, tedy na 84 % respondentů nosící brýle. Mezi nejčastější důvody nošení brýlí uvedla téměř polovina 42 % respondentů čtení. Holubová (2009, s. 70) ve své práci rozvádí četbu podrobněji a to na čtení písma malého a středního. Při čtení malého písma mělo 92 % respondentů problémy, při čtení písma střední velikosti klesl výskyt na 81 %. Veselá (2012, s. 67) ve své práci vyhodnotila, že většina respondentů, 56 % nemá po operaci katarakty sebemenší problém při čtení. Opět zde bohužel neuvádí, zdali měli respondenti korekci či nikoliv. Problémy s řízením motorových vozidel po operaci uvedlo 7 % respondentů, v tomto případě klesla tato hranice o 53 %. Naprostá většina, tedy 75 % pacientů může bezproblémově řídit motorové vozidlo. Pouhých 7 % respondentů je i nadále při řízení omezeno. Ráda bych podotkla, že do této oblasti neřadíme pouze osobní automobily, ale rovněž elektrické invalidní vozíky, elektroskútry či mopedy, které mohou senioři denně využívat. Potřeba těchto strojů může sloužit seniorům k obstarání nutných věcí, jako je například nákup, vycházky venku, či dopravení se k lékaři na kontrolu. Dále ze zpracovaných výsledků vyplývá, že 78 % respondentů nemá potíže s vykonáváním domácích prací po operaci šedého zákalu. Domácí práce obtěžovaly dvanáct (22 %) respondentů. Z celkového počtu, tedy 12 (100 %) respondentů uvedlo následující činnosti, které jim vadily. Čtyři (33,3 %) respondenti měli problémy se šitím, stejně tak jako čtyři (33,3 %) respondenti měli problémy s opravou drobných závad. Jednomu (8,3 %) respondentovi vadí vaření, jednomu (8,3 %) respondentovi vadí uklízení. Dva (16,7 %) respondenti uvedli „jinou“ odpověď, kterou v tomto případě představuje práce na zahradě. Holubová (2009, s. 73) ve své práci uvádí 62 % respondentů, kterým dělají drobné ruční práce potíže i po operaci katarakty. Vaření společně s uklízením obtěžuje 8 % respondentů a třetina, tedy 17 % respondentů uvádí jiné domácí práce, mezi které řadíme práci na zahradě. Veselá (2012, s. 72) při hodnocení denních aktivit po operaci katarakty vyšlo, že naprostá většina, tedy 59 % respondentů při vaření zcela bez obtíží. Z celkového počtu dotazovaných je 10 % respondentů neschopných tuto činnost provádět. Kvalita života respondentů po operaci byla většinou 27,3 % respondenty vyhodnocena jako velmi dobrá a dobrá opět 27,3 respondenty. Třetina 18,2 % respondentů zhodnotila kvalitu svého života

jako výbornou. Dostatečnou kvalitu života zvolilo opět 18,2 % respondentů. Pouze 9,1 % respondentů zhodnotilo kvalitu svého života jako nedostatečnou.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je spokojenost pacienta, který podstoupil operační zákrok

K této výzkumné otázce bylo přiřazeno osm otázek z dotazníku. Jednalo se o otázku č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12.

Tato výzkumná otázka zkoumala spokojenost pacientů po operaci šedého zákalu. Otázky byly poskládány v souvislé návaznosti. Zajímala mě spokojenost pacientů, dále jsem se zabývala tím, zdali měli respondenti oboustranný šedý zákal. V případě, že měli respondenti oboustranný šedý zákal, orientovala jsem se na to, zda podstoupili operaci obou očí. Dále jsem mapovala pooperační komplikace včetně bolesti při samotném výkonu. Všechny tyto otázky mě informovali o tom, jak byl pacient spokojen či nespokojen a co si o samotném zákroku myslí. Z mého výzkumu vyplynulo, že většina respondentů 87 % očekávala zlepšení zraku po podstoupení operace, zbylých 13 % tvořili respondenti, kterým šlo o úpravu dioptrií. Holubová (2009, s. 78) ve své práci uvedla 99 % respondentů, kteří očekávali zlepšení zraku, pouze 1 % respondentů očekávalo komplikace. Pacient od operace očekává, že mu pomůže a bude mít smysl. Pacienti, kteří očekávali úpravu dioptrií, dopláceli za prémiovou nadstandardní čočku řádově několik tisíc. Výhodou v tomto případě je, že se pacientovi odstraní nejen šedý zákal, ale rovněž se upraví korekce, kdy může být pacient po operaci bez brýlí. Bohužel jsem se setkala s pacientkou, které si připlatila za prémiovou čočku, ovšem selhal lidský faktor a domluva pacientky s lékařem. Přestože si připlatila několik tisíc korun za nadstandardní čočku, které jí měla zbavit korekce, došlo k omylu a korekce na blízko jí zůstala i po operaci. Výsledkem byla tedy nespokojenost ze strany pacientky a odmítnutí operace na druhém oku s kataraktou. Další otázka se zabývala tím, zdali měl pacient kataraktu jednostrannou či oboustrannou. Z výzkumu vyplynulo, že mělo 93 % respondentů kataraktu oboustrannou, pouze 7 % respondentů mělo kataraktu jednostrannou. V případě, že respondenti uvedli výskyt oboustranné katarakty, věnovali se následující otázce v dotazníku. Z té vyplynulo, že operaci druhého oka podstoupilo 90 % respondentů, 10 % respondentů opět zákrok neabsolvovalo. Z výzkumu Holubové (2009, s. 59) vyšlo najevo, že operaci katarakty s druhým okem podstoupilo 46 % respondentů. Jak uvedl Kuchynka (2012, s. 233) ve svém článku, operace katarakty na druhém oku závisí na celé řadě faktorů. Indikace k samotné operaci je obdobná jako s okem již odoperovaným, dále do této oblasti řadíme především spokojenost s operací na prvním oku, vizus a stav oka zatím neodoperovaného. Na otázku, zdali respondenti pocítili

bolest během samotného zákroku, odpovědělo pouze minimum respondentů, 4 % ano. Zbýlých 96 % podstoupilo zákrok bez bolesti. Holubová (2009, s. 79) ve své práci zjistila, že 5 % respondentů cítilo bolest při operaci, dále jim vadila například operační poloha včetně osvětlení. Zbýlých 89 % respondentů podstoupilo zákrok bez nepříjemných podnětů. Dále jsem zjistila, že naprostá většina, 71 % respondentů měla pooperační komplikace. Nejvyskytovanější pooperační komplikací byl sekundární zákal odoperované čočky a to u 35,9 % respondentů. Tato komplikace se shoduje s Kuchynkou (2012, s. 232), který ve své práci uvádí až 50 % výskyt sekundárního zákalu po operaci, kdy hraje důležitou roli i volba nitrooční čočky. Druhou příčku obsadil cystoidní makulární edém a to v 15,5 %. Jak uvádí Ernest (2014, s. 163), Cystoidní makulární edém je hlavní příčinou zhoršení vizu u pacientů po operaci katarakty včetně dalších nitroočních operací, mezi které řadíme: Pars plana vitrektomie a další. Další pooperační komplikací byl vyšší nitrooční tlak včetně Striaty, což postihlo 12,8 % respondentů. Zánět, infekční endoftalmitida postihla 10,3 % respondentů. Říhová (2009, s. 48) ve své knize vysvětluje, že chronická pooperační endoftalmitida se může objevit jako pozdní komplikace po operaci katarakty do dvou týdnů po zákroku. Já osobně jsem se setkala s pacientkou, která díky infekční endoftalmitidě o oko přišla. Průběh jejího stavu proběhl akutně, nikoliv chronicky. První den po operaci bylo vše bez problémů. Druhý den po operaci se při oční kontrole objevily potíže, kdy pacientka přestala vidět. Následně na to byla hospitalizována v místní nemocnici. Po dvou dnech byla převezena do Fakultní nemocnice, kde byla provedena enukleace levého bulbu. Po zhojení byla pacientka odeslána do Jablonce nad Nisou, kde jí byla vyhotovena oční protéza. V těsné návaznosti endoftalmitidy se v 7,7 % umístila amoce. Zhoršení zraku uvedlo 2,6 % respondentů, stejně tak jako 2,6 % respondentů uvedla kombinace více onemocnění. Dále je z výzkumu zřejmé, že 62 % respondentů by operaci šedého zákalu podstoupilo znovu. Celkem 38 % respondentů uvedlo, že by zákrok znovu neabsolvovalo z důvodu výskytu pooperačních komplikací a to v 71 %. Dále se po zákroku u 14 % respondentů zhoršil zrak. Bolest a jiné nepříjemné podněty odradily 10 % respondentů a 5 % respondentů nepřišel zákrok ničím užitečný. Po operaci je nutné, aby pacient kapal do operovaného oka léky. Většina respondentů 78 % zvládla péči o oko sama, 22 % respondentů musela pomoc druhá osoba. Téměř většině pacientům pomohl rodinný příslušník, a to v 75 %. Druhé místo obsadily v 17 % zastoupení všeobecné sestry a 8 % respondentů pomáhal soused.

Výzkumná otázka č. 4: Jakým nejčastějším důvodem je návštěva očního lékaře

S touto otázkou byly spojeny tři otázky z dotazníku a to otázka č. 3, 4 a 5. Tato výzkumná otázka se orientovala na celkový zdravotní stav respondentů. Zajímala jsem se nejen o oční

choroby, ale i o další přidružená onemocnění respondentů. Dále jsem se zajímala o důvod návštěvy očního lékaře, a zdali se na kataraktu přišlo náhodně při pravidelné oční prohlídce, nebo zdali pacient přišel se zhoršeným vizem, který ho obtěžoval. Z výsledků vyplynulo, že téměř polovina, 49 % respondentů přišla ke svému očnímu lékaři na pravidelnou oční prohlídku, při které lékař na základě vyšetření diagnostikoval pacientovi kataraktu. Zhoršení zraku přivedlo k oftalmologovi 42 % respondentů. Největší potíže respondenti udávali při čtení a to v 39 %, těsně pod čtením se objevilo i řízení motorových vozidel v 35 % zastoupení. Náhodné zakrytí oka upozornilo 22 % respondentů a 1 (4 %) respondenta přivedl jiný problém. V tomto případě se jednalo o pacientku, které byl nově diagnostikovaný Diabetes mellitus společně s kataraktou. Na otázku, zdali mají pacienti jinou oční vadu, odpovědělo 80 % respondentů ano, 18 % respondentů ne a jeden respondent nevěděl, zda oční vadu má či nikoliv. Veselá (2012, s. 40) ve své práci uvádí výskyt očních onemocnění u 35 % pacientů. Jedná se o krátkozrakost a dalekozrakost. Zbývá 3 % tvoří pacienti s chronickými očními záněty. Oční vady zařadila mezi další přidružená onemocnění, mezi které uvedla onkologická onemocnění, hypertenzi atd. Proto se mi tyto výsledky těžko s její prací porovnávají, jelikož v mém dotazníku měly oční vady samostatně vymezenou otázku. Holubová (2009, s. 60) ve své práci uvádí 50 % výskyt přidružených onemocnění. U 17 % respondentů se jedná o glaukom. Diabetem mellitem trpí 26 % respondentů a zbylých 7 % respondentů se léčí jak s glaukodem, tak Diabetem. Sosna (2016, s. 181) ve své práci uvádí, že glaukom snižuje prevalenci diabetické retinopatie. Na základě několika studií předpokládají, že podstatou tohoto jevu je snížená potřeba kyslíku v buňkách či vláken samotného zrakového nervu. Toto vysvětlení se však zdá být poněkud chybné. Dále z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že má 30 % respondentů věkem podmíněnou makulární degeneraci. Jak uvádí Ernest (2010, s. 31), díky dosavadním studiím je známo, že je až 17krát vyšší riziko vzniku VMPD mezi skupinou mladých pacientů a pacientů, kterým je více jak 75 let. Lze tedy říci, že prevalence VPMD narůstá a to až dvojnásobně s každou dekádou nad 60 let. Glaucomatici mají 18 % zastoupení, což je obdobné jako v práci Holubové (2009, s. 61) Diabetickou retinopatií trpí 16 % respondentů. Krátkozrakost se vyskytuje v 11 % zastoupení, dalekozrakost v 14 % zastoupení. Tyto výsledky jsou podobné výsledkům Veselé (2012, s. 40), která uvedla 35 % zastoupení respondentů s krátkozrakostí včetně dalekozrakosti. Mezi vady s nejnižším počtem odpovědí řadím jednoho tupozrakého 2 % pacienta, a zbylých 9 % představuje respondenty s kombinovanými očními vadami. Poslední otázka mapovala výskyt dalších onemocnění, které mohl respondent uvést. Naprostá většina, tedy 91 % respondentů uvedla, že se s dalším onemocněním léčí, pouze 9 % respondentů, byla krom katarakty zdravá. Holubová (2009, s. 60) ve své práci uvádí 50 %

četnost výskytu onemocnění. Veselá (2012, s. 40) zmiňuje 25 % výskyt Diabetu mellitu, 35 % výskyt hypertenze a 2 % respondentů s onkologickým onemocněním. Z mého výzkumu vyplynulo, že se s interním onemocněním léčí 58 % respondentů, 16 % respondentů má onkologické onemocnění, kombinaci více onemocnění uvedlo 22 % respondentů. Minimum odpovědí zvolili respondenti u neurologického a respiračního onemocnění ve 2 % zastoupení. Pacientka, které zvolila neurologické onemocnění, byla před operací katarakty hospitalizována z důvodu roztroušené sklerózy. Vlivem tohoto onemocnění nebyla schopna si před ani po operaci kapat léky do oka. Z toho důvodu u ní byla provedena operace katarakty za hospitalizace. Veselá (2012, s. 76) ve své práci uvedla, že bylo 91 % respondentů odoperováno ambulantně, 9 % za hospitalizace. Kolářová (2011, s. 43) udává 55,36 % respondentů ve zdravotnickém zařízení A, kteří se s dalším onemocněním léčí. Zdravotnické zařízení B má 78,57 % respondentů s jinými nemocemi. Přední příčky jejího vyhodnocení zabíral v zařízení B v 30,51 % Diabetes mellitus, společně s vysokým krevním tlakem. Zařízení A udává 39,47 % respondentů s vysokým krevním tlakem, v těsné blízkosti s Diabetem mellitem v 18,42 % zastoupení. Další choroby představují úrazy hlavy, společně s jinými chorobami včetně očních onemocnění, které jsem rozebírala v předchozí otázce. Před vyhodnocením této výzkumné otázky jsem měla představu, že se bude většina respondentů léčit s přidruženým onemocněním. Výsledky vyhodnocených dat mi daly najevo, že jsem se nemýlila. Naprostá většina pacientů se s dalším onemocněním léčí. Nejvíce volenou odpovědí bylo v tomto případě interní onemocnění, kam jsem zařadila Diabetes mellitus, vysoký krevní tlak a ischemickou chorobu srdeční. Dále jsem se domnívala, že většina pacientů navštíví očního lékaře z důvodu zhoršení zraku. Ovšem téměř polovina pacientů vyhledala očního lékaře z důvodu pravidelné oční prohlídky a to v 49 %, zhoršený zrak následoval těsně za pravidelnou prohlídkou a to v 42 % zastoupení. Návštěvy očního lékaře mají smysl. Je ve vlastním zájmu pacientů, kteří se léčí např. s Diabetem mellitem, chodit alespoň jednou ročně na vyšetření očního pozadí. Díky pravidelným prohlídkám se může na kataraktu přijít včas a pacient může být v rádech několika týdnů, měsíců odoperován. Díky moderním postupům a technologiím, se pacientům navrátí zrak během několika minut. V případě, že se nevyskytnou žádné komplikace v průběhu či po operaci, je pacientovi neuvěřitelným způsobem ovlivněna kvalita života. Operace katarakty má smysl v kterémkoliv věku a v případě, že o ní pacient stojí.

ZÁVĚR

Práce se zabývala vnímáním kvality života seniorů před a po operaci katarakty. V teoretické části je katarakta stručně popsána. Jsou zde vyjmenovány jednotlivé typy katarakty včetně její diagnostiky. Samostatnou kapitolu tvoří chirurgie společně s peroperačními a pooperačními komplikacemi. Pro mne nejzajímavější částí je samostatná kapitola, která se zabývá humanitárním programem MEDEVAC, včetně Kataraktových škol. V neposlední řadě je nutné zmínit i čtvrtou kapitolu, která se zaměřila na definování a přiblížení kvality života jako celku.

Základem výzkumné části bylo vytvoření výzkumných otázek. Celkem byly položeny čtyři výzkumné otázky, které jsou zmíněny v samotném úvodu výzkumné části bakalářské práce. Pro jejich zodpovězení byla využita anonymní dotazníková metoda, která mi blíže nastínila danou problematiku. Výzkumné otázky se zaměřily na zhodnocení kvality života před operací katarakty, dále se zabývaly nynější kvalitou, tedy kvalitou života po provedeném zákroku. Dalším cílem bylo zmapovat pooperační období včetně výskytu možných pooperačních komplikací a péče o operované oko po absolvování zákroku. Poslední, čtvrtá výzkumná otázka se orientovala na návštěvnost očního lékaře, společně s možností výskytu dalších onemocnění (např. interní, neurologické, onkologické onemocnění). Jelikož se jednalo o výzkum s velmi nízkým počtem respondentů (55), mohla jsem do této problematiky pouze lehce nahlédnout. Z praktického hlediska není možné brát tyto výsledky jako fakta a uplatňovat je v praxi na jiných, odoperovaných pacientech s kataraktou. Z výsledků vyplynulo, že mělo 51 (93 %) respondentů oboustrannou kataraktu, přičemž operaci obou očí podstoupilo 46 (90 %) respondentů. Většina respondentů, 34 (62 %) by operaci podstoupilo znovu. Nejčastějším důvodem opětovného nepodstoupení operace byl u 15 (71 %) respondentů výskyt pooperačních komplikací. Dále je z výsledků zřejmé, že 46 (84 %) respondentům katarakta narušovala běžné denní aktivity, kdy byly nejvíce volené odpovědi u luštění křížovek včetně řízení motorových vozidel. Před samotnou operací mělo 33 (60 %) respondentů problémy s řízením motorových vozidel. Díky operaci klesla tato hranice na pouhé 4 (7 %) respondenty. Kvalita života před samotnou operací byla skoro polovinou, 24 (43,6 %) respondenty označena jako dobrá, osm (14,5 %) respondentů označilo kvalitu života jako nedostatečnou. Po absolvování zákroku vybrala více jak třetina, tedy 15 (27,3 %) respondentů kvalitu života velmi dobrou a dobrou. Pouze pět (9,1 %) respondentů označilo kvalitu života po operaci jako nedostatečnou. Dle mého názoru je kvalita života ovlivněna nejen kataraktou, ale i dalšími přidruženými jak očními, tak i celkovými onemocněními, které uvedla většina respondentů. Na výzkumné otázky, které jsem si položila v úvodu výzkumné části, bylo dostatečně zodpovězeno. Operace katarakty je

jednoznačně velkým přínosem a díky ní může být výrazným způsobem ovlivněna kvalita jednotlivců. Důkazem výrazného ovlivnění kvality života může být například program MEDEVAC.

Díky této práci jsem se mohla seznámit se zdravotně humanitárním programem MEDEVAC. Tento program jsem objevila náhodně při hledání literatury pro zpracování bakalářské práce. Tehdy mě na internetové stránce zaujal článek, kde Prof. MUDr. Jirásková, Ph.D., vypráví o splněné misi, kterou absolvovala v Jordánsku. V článku popisuje místní podmínky a vybavení operačních sálů, které jim byly k dispozici. Dále zde rozvádí, proč se mise specializovala na kataraktu a ne na jinou oční vadu. Uvádí zde příběhy pacientů, které odoperovala společně se svým operativním týmem. V neposlední řadě zmiňuje spokojenost a především vděk pacientů, kterým navrátila zrak.

Na závěr je nutné podotknout, že byla splněna kritéria, která byla jasně definována v úvodu práce. Jednalo se o zpracování teoretické části, vyhodnocení dat získaných prostřednictvím dotazníků včetně tvorby edukačního materiálu. Edukační letáky (viz příloha D, s. 89 – 92) bych ráda věnovala oční ambulanci, kde mi bylo umožněno výzkum provést. Materiály jsou věnovány pacientům, kteří se teprve chystají, nebo už po operaci šedého zákalu jsou. V edukačních materiálech je stručný souhrn věcí, které by měl pacient po operaci dodržet. Dále je zde praktický návod včetně obrázků, jak si kapat kapky do oka, což je nedílnou součástí pooperační péče.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie

1. ANNE L. BIWER. [PREL. Z NĚMECKÉHO ORIG.: LUCIE NAVRÁTILOVÁ]. *Oční cviky zlepšete svůj zrak*. Bratislava: Eugenika, 2010. 184 s. ISBN 9788081002052.
2. BOGUSZAKOVÁ, Jarmila, Šárka PITROVÁ a Eva RŮŽIČKOVÁ. *Akutní stavy v oftalmologii*. Praha: Galén, 2006. 116 s. ISBN 80-7262-368-0.
3. CIHELKOVÁ, Ilona a Petr SOUČEK. *Atlas makulárních chorob: Atlas of macular diseases*. Praha: Galén, 2005. 521 s. ISBN 80-7262-370-2.
4. EDITOR a S.P.B. PERCIVAL. *Color atlas of lens implantation*. St. Louis: Mosby Year Book, 1991. 317 s. ISBN 0815166648.
5. ERNEST, Jan. *Makulární degenerace: trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace*. Praha: Mladá fronta, 2010. 249 s. ISBN 978-80-204-2363-4.
6. ERNEST, Jan. *Makulární edémy*. Praha: Mladá fronta, 2014. 263 s. ISBN 978-80-204-3472-2.
7. GILLERNOVÁ, Ilona a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
8. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
10. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
11. HYCL, Josef. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 151 s. Levou zadní. ISBN 80-7254-827-1.
12. HYCL, Josef. *Šedý zákal: informace pro pacienty*. Praha: Triton, 2000. 15 s. ISBN 80-7254-071-8.
13. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
14. KRAUS, Hanuš a kol. *Oční zákal*. Praha: Grada, 2000. 149 s. ISBN 80-7169-967-5.
15. KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.

16. NĚMEC, Pavel. *Optická koherenční tomografie: klinický atlas sítnicových patologií*. Praha: Mladá fronta, 2015. 302 s. ISBN 978-80-204-3810-2.
17. NOVÁK, Jan. *Nitrooční čočka - cizí těleso v oku*. Praha: Galén, 1999. 133 s. ISBN 80- 85824-97-3.
18. OTRADOVEC, Jiří. *Klinická neurooftalmologie*. Praha: Grada, 2003. 488 s. ISBN 80- 247-0280-0.
19. PAŠTA, Jiří a Petr MAŠEK. *Fakoemulzifikace*. Praha: Mladá fronta, 2015. 336 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3534-7.
20. PETROVÁ, Sylvie, Zdeňka MAŠKOVÁ a Tomáš JUREČKA. *Základy aplikace kontaktních čoček*. 2. vyd. přeprac. a dopln. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 219 s. ISBN 978-80-7013-470-2.
21. ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 2006. s. 373 ISBN 80-7262-404-0.
22. ŘÍHOVÁ, Eva. *Uveitidy*. Praha: Grada, 2009. 134 s. ISBN 978-80-247-2897-1.
23. SOSNA, Tomáš. *Diabetická retinopatie: diagnostika, prevence, léčba*. 2. přeprac. vyd. Praha: Axonite CZ, 2016. 279 s. ISBN 978- 80-88046-05-9.
24. ROZSÍVAL, Pavel. *Trendy soudobé oftalmologie*. Praha: Galén, 2008. 281 s. ISBN 978-80-7262-534-5.
25. ROZSÍVAL, Pavel. *Trendy soudobé oftalmologie*. Praha: Galén, 2013. 195 s. ISBN 978-80-7492-103-2.
26. VLKOVÁ, Eva, Šárka PITROVÁ a František VLK. *Lexikon očního lékařství: výkladový ilustrovaný slovník*. Brno: František Vlk, 2008. 607 s.
27. VÝBORNÝ, Petr. *Glaukom - vybrané kapitoly*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2008. 228 s. ISBN 978-80-87009-35-2.

Elektronické zdroje

28. BRŮNOVÁ, Blanka. *Kvalita života a vidění* [online]. 2010 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: http://www.4oci.cz/kvalita-zivota-a-videni_4c127
29. ČOČKYSHOP. *Jak kapat kapky do očí* [online]. 2016 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <https://www.cockyshop.cz/dokumenty/vybirame-ocni-kapky>
30. DUOVIZE s.r.o. *Co mohu dělat po operaci* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.duovize.cz/caste-dotazy/lecba-sedeho-zakalu-caste-dotazy/co-mohu-delat-po-operaci/>

31. Ministerstvo vnitra České republiky. *Zdravotně humanitární program MEDEVAC* [online]. 2017 [cit. 2017-18-04]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/program-medevac.aspx>
32. NEOVIZE s.r.o. *Po laserovém zákroku* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.neovize.cz/caste-dotazy/caste-dotazy-laserove-operace-dioptrickych-vad/po-laserovem-zakroku/>
33. NEOVIZE s.r.o. *Po nitrooční operaci* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.neovize.cz/caste-dotazy/caste-dotazy-nitroocni-operace/po-nitroocni-operaci/>
34. ODEHNAL, Milan. *Novorozenecká katarakta (vrožený šedý zákal)* [online]. 2014 [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/ocni-lekarstvi/zakroky/vrozena-katarakta-sedy-zakal>
35. PETROVÁ, Sylvie a Svatopluk SYNEK. *Vlastní postup při aplikaci kontaktních čoček* [online]. 2010 [cit. 2017-18-04]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/1499/el/estud/lf/js10/kontakt/web/pages/vlastni-postup-aplikace.html>
36. PROXOVÁ, Monika. *Šedý zákal, katarakta – příznaky, projevy, symptomy* [online]. 2010 [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/ocni/sedy-zakal-katarakta-priznaky-projevy-symptomy>
37. REDAKCE, u Lékaře. *Pět kroků pro správnou aplikaci očních kapek* [online]. 2012 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/pet-kroku-pro-spravnou-aplikaci-ocnich-kapek-15504>
38. SESTRA. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi* [online]. 2013 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279>
39. SVOBODOVÁ, Irena. *Jak správně kapat* [online]. 2011 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.svobodovaocni.cz/news/jak-spravne-kapat/>
40. TOKÁROVÁ, Anna a kol. *Kvalita života rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce* [online]. 2005 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponujuce_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#page=59
41. VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ. *Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění* [online]. 2013 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>

42. STUDIUM, Psychologie. *Etapy psychického vývoje: dospělost, stáří, stárnutí a smrt. Psychologická charakteristika těchto období, jejich význam pro další vývoj* [online]. 2016 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/vyvojova-psychologie/7-dospelost-starnuti-smrt.html>

Články v periodických publikacích

43. ČESKÁ BURDOVÁ, Marie a kol. Srovnávací studie měření nitroočního tlaku aplanační tonometrií, bezkontaktní tonometrií a Tonopenem. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2012, roč. 68, č. 1, s. 3 – 48. ISSN 1211-9059.
44. HEJSEK, Libor a kol. Operace rhytmogenního odchlípené sítnice zevním postupem. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2014, roč. 70, č. 3, s. 78 – 120. ISSN 1211-9059.
45. HORNOVÁ, Jana a Alina BAXANT. Současné možnosti měření nitroočního tlaku. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2013, roč. 69, č. 4, s. 146 – 184. ISSN 1211-9059.
46. CHOLEVÍK, Dalibor a kol. Jednodenní oboustranná operace katarakty. Vlastní výsledky. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2015, roč. 71, č. 1, s. 3 – 78. ISSN 1211-9059.
47. CHOLEVÍK, Dalibor. Současný stav problematiky jednodenní oboustranné operace katarakty. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2014, roč. 70, č. 6, s. 210 – 255. ISSN 1211-9059.
48. JIRÁSKOVÁ Naďa, Mise MEDEVAC. *SCAN*. 2016, roč. 26, č. 3, s. 3 – 34. ISSN 1211-295X.
49. JIRÁSKOVÁ Naďa, Oční lékaři FN HK v Jordánsku projekt MEDEVAC. *SCAN*. 2016, roč. 26, č. 1, s. 3 – 36. ISSN 1211-295X.
50. KACEROVSKÁ, Jana a kol. Vývoj počtu endotelových buněk rohovky po provedení femtosekundovým laserem asistované operace katarakty ve srovnání s klasickou fakoemulzifikací. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2013, roč. 69, č. 5, s. 186 – 224. ISSN 1211-9059.
51. KARHANOVÁ, Marta a kol. Provens® v léčbě glaukomu a oční hypertenze. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2015, roč. 71, č. 6, s. 267 – 323. ISSN 1211-9059.
52. KUČHYNKA, Pavel a kol. Standard pro diagnostiku a léčbu: Katarakta dospělých. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2012, roč. 68, č. 6, s. 226 – 272. ISSN 1211-9059.

53. LEŠŤÁK Ján a Jaroslav TINTĚRA., Funkční magnetická rezonance u vybraných očních onemocnění. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2015, roč. 71, č. 3, s. 127 – 178. ISSN 1211- 9059.
54. STUDNIČKA, Jan a kol. Dvouleté výsledky léčby vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace s použitím léků proti vaskulárnímu endotelovému růstovému faktoru. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2013, roč. 69, č. 3, s. 94 – 144. ISSN 1211- 9059.

Bakalářské práce

55. HOLUBOVÁ, Ilona. *Kvalita života u pacientů před a po operaci šedého zákalu*. Hradec Králové, 2009. 143 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Vladimír Liška, Ph.D., Mgr. Eva Vachková.
56. KOLÁŘOVÁ, Gabriela. *Zdravotní péče o klienty s kataraktou*. Zlín, 2011. 91 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Markéta Blažková.
57. VESELÁ, Markéta. *Ošetrovatelská péče o pacienta s kataraktou*. České Budějovice, 2012. 138 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Mgr. Pavel Scholz.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Souhlas s provedením výzkumu

Příloha B – Dotazník

Příloha C – Patologické čočky

Příloha D – Edukační leták

Příloha A

Souhlas s provedením výzkumu



Potvrzení o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Karolína Kováčová
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií,
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství Všeobecná sestra – prezenční forma studia, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Bakalářská práce
Téma	Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Mgr. Ilona Holubová, Ilona.Holubova@upce.cz
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	Mgr. Ph.D. Markéta Paprštejnová, Marketa.Paprsteinova@upce.cz
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Soubor respondentů	Pacienti ambulantního úseku očního oddělení – 80 dotazníků
Metodika výzkumu	Teoreticko – průzkumná/ výzkumná práce, kvantitativní výzkumné šetření
Zahájení výzkumu	01-2017
Konec výzkumu	03-2017
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlázení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: <i>Kováčová</i>
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky: <i>Kováčová</i>
Vyjádření odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: Oblastní nemocnice Trutnov a.s. Pracoviště: Oční ambulance S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta/ky / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta/ky souhlasím/nesouhlasím Jméno: <i>Kováčová</i> Pozice: <i>Mgr. Karolína Kováčová</i> Razítko a podpis: <i>Kováčová</i> prim. MUDr. Zuzana Chovancová Vedoucí katedry: <i>Kováčová</i>

Kováčová
.....
Vedoucí práce

PhDr. *Kováčová*
.....
Vedoucí katedry

Potvrzený souhlas s výzkumem k bakalářské nebo diplomové práci odevzdá student se dvěma výtisky práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu Fakulty zdravotnických studií.
* V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti jiných fakult UPa, vyjádření vyplní proděkanka pro vnitřní záležitosti a vzdělávací činnost Fakulty zdravotnických studií. V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti FZS, vyjádření vyplní vedoucí katedry, pod kterou student provádějící výzkum patří.
Průmyslová 395, 532 10 Pardubice, telefon 466 037 722, 466 670 550, fax 466 670 550, e-mail dekanat.fzs@upce.cz.
bankovní spojení KB Pardubice 37030561/0100, IČO 00216275, DIČ CZ00216275

Příloha B

DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Karolína Kováčová a jsem studentkou Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií 3. ročníku studijního programu ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. V rámci své bakalářské práce na téma „Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty“ zpracovávám a vyhodnocuji data získaná prostřednictvím tohoto dotazníku. **Dotazník vyplňte pouze v případě, že jste po operaci šedého zákalu 2 měsíce a déle. Dále dotazník vyplňte pouze v případě, že je Vám 60 let a více.** Souhlasíte-li s navázáním spolupráce, označte prosím odpověď, která nejpřesněji vystihuje Vaši situaci. Dotazník je zcela anonymní! Informace získané prostřednictvím tohoto dotazníku budou použity jen pro účel zpracování a vyhodnocení mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte vždy jednu Vámi zvolenou odpověď, pokud není uvedeno jinak. V případě zájmu Vám mohu nabídnout výsledky po vyhodnocení a zpracování výsledků z dotazníku.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas!

1. Jakého jste pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- Méně než 60 let
- 60 - 69 let
- 70- 74 let
- 80 let a více

3. Co Vás přimělo navštívit očního lékaře?

- Pravidelná oční kontrola
- Zhoršení zraku (V případě že jste uvedl/a tuto odpověď, vyberte, kdy jste zjistil/a že hůře vidíte)
- Jiný problém

-
- Při čtení
 - Při řízení motorových vozidel
 - Náhodně při zakrytí oka

- Jiné
(vypište)

4. Máte oční vadu?

- Ano (V případě že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností)
- Ne
- Nevím

-
- Tupozrakost
 - Krátkozrakost
 - Dalekozrakost
 - Glaukom – zelený oční zákal
 - VPMD (Věkem podmíněná makulární degenerace)
 - Diabetická retinopatie
 - Kombinace více onemocnění

5. Léčíte se s dalším onemocněním?

- Ano (V případě, že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností)
- Neléčím

-
- Interní onemocnění (Diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční)
 - Onkologické onemocnění
 - Neurologické onemocnění (roztřesená skleróza, cévní mozková příhoda)
 - Respirační onemocnění (astma)
 - Kombinace více onemocnění

6. Co jste od operace šedého zákalu očekával/a?

- Zlepšení zraku
- Úpravu dioptrií
- Jiné (vypište).....

7. Měl/a jste oboustranný šedý zákal?

- Ano (V případě, že jste uvedl/a ano, pokračujte otázkou číslo 10)
- Ne

8. Podstoupil/a jste operaci obou očí (Vyplňte v případě, že jste u otázky číslo 9. odpověděl/a ANO)?

- Ano
- Ne

9. Byl pro Vás zákrok bolestivý?

- Ano
- Ne

10. Objevily se u Vás pooperační komplikace?

- Ano (V případě že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností, jaká komplikace se u Vás vyskytla)
- Ne

-
- Vyšší nitrooční tlak
 - Zánět (endoftalmitida)
 - Striata (zašedlá rohovka)
 - Zhoršení zraku
 - Cystoidní makulární edém
 - Amoce (odchlípení sítnice)
 - Sekundární katarakta (znovu diagnostikovaný zákal na operovaném oku)
 - Kombinace více pooperačních komplikací

11. Podstoupil/a byste operační zákrok šedého zákalu znovu?

- Ano
- Ne (V případě že jste odpověděl/a ne, vyberte z následujících možností, proč byste operační zákrok znovu nepodstoupil/a)

-
- Operace mi nepřišla ničím užitečná

- Vyskytli se u mě pooperační komplikace
- Zákrok byl bolestivý či jinak nepříjemný
- Zrak byl horší než před samotnou operací

12. Zvládl/a jste se starat o operované oko po zákroku sám/sama?

- Ano
- Ne (V případě že jste uvedl/a ne, vyberte z následujících možností, kdo Vám s péčí o oko pomáhal)

-
- Rodinný příslušník
 - Soused
 - Zdravotní sestra (domovy pro seniory, hospice, nemocniční zařízení)
 - Domácí péče
 - Jiné (Uveďte)

13. Nosil/a jste brýle **před** operací šedého zákalu?

- Ano (V případě, že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností, při jakých činnostech jste brýle nosil/a)
- Ne

-
- Čtení
 - Řízení motorových vozidel
 - Domácí práce (šití, vaření)
 - Čtení příbalových letáků u léků

14. Nosíte brýle **po** operaci šedého zákalu?

- Ano (V případě, že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností, při jakých činnostech brýle nosíte)
- Ne

-
- Čtení

- Domácí práce (šití, vaření)
- Jiné (vypište).....

15. Narušovalo toto onemocnění Vaše běžné denní aktivity?

- Ano (V případě, že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností, při jakých činnostech Vám šedý zákal **před** operací nejvíce vadil)
- Ne

-
- Čtení
 - Psaní
 - Luštění křížovek
 - Manipulaci s drobnými předměty
 - Vaření
 - Čtení příbalových letáků u léků
 - Orientace v prostoru na neznámých místech (na ulici, na úřadech)
 - Řízení motorových vozidel
 - Sledování TV

16. Měl/a jste problémy s řízením motorových vozidel před operací šedého zákalu?

- Ano
- Ne
- Pouze ve dne
- Pouze v noci
- Neřídím

17. Máte problémy s řízením motorových vozidel po operaci šedého zákalu?

- Ano
- Ne
- Pouze ve dne
- Pouze v noci
- Neřídím

18. Měl/a jste problémy s vykonáváním domácích prací před operací šedého zákalu?

- Ano (V případě že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností)
- Ne

-
- Vaření
 - Šití
 - Uklízení
 - Oprava drobných závad (výměna žárovky)
 - Jiné
(vypište)

19. Máte problémy s vykonáváním domácích prací po operaci šedého zákalu?

- Ano (V případě že jste uvedl/a ano, vyberte z následujících možností)
- Ne

-
- Vaření
 - Šití
 - Uklízení
 - Oprava drobných závad (výměna žárovky)
 - Jiné
(vypište)

20. Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života **před** operací šedého zákalu (V tabulce naleznete číselnou stupnici, zakroužkujte prosím jednu Vámi zvolenou odpověď, 1=výborná kvalita života, 5= nedostatečná kvalita života):

1	Výborná
2	Velmi dobrá
3	Dobrá
4	Dostatečná
5	Nedostatečná

21. Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života **po** operaci šedého zákalu (V tabulce naleznete číselnou stupnici, zakroužkujte prosím jednu Vámi zvolenou odpověď, 1=výborná kvalita života, 5= nedostatečná kvalita života):

1	Výborná
2	Velmi dobrá
3	Dobrá
4	Dostatečná
5	Nedostatečná

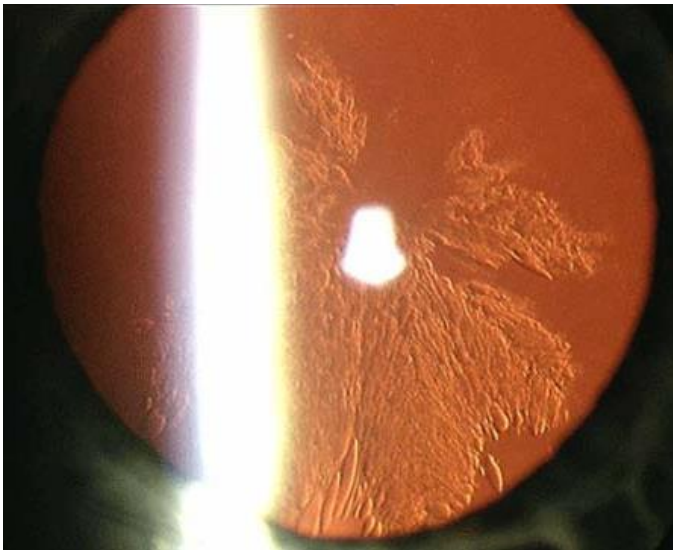
Příloha C

Patologické čočky



Obrázek 1 Nukleární katarakta

Zdroj: Kuchynka a kol., 2007, s. 387



Obrázek 2 Zadní subkapsulární katarakta

Zdroj: Kuchynka a kol., 2007, s. 389



Obrázek 3 Endoftalmitida
Zdroj: Petrová a kol., 2010

Příloha D

Edukační leták

Edukační leták č. 1 – Aplikace kapek do oka

Edukační leták č. 2 – Operace šedého zákalu

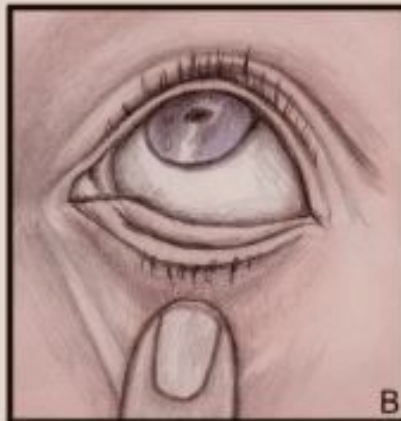
APLIKACE KAPEK DO OKA

**PŘED APLIKACÍ KAPEK DO OKA SE PŘESVĚDČTE,
ŽE MÁTE ČISTÉ RUCES!!!**

**ŠPINAVÉ RUCES = RIZIKO ZAVLEČENÍ INFEKCE DO OKA
V PŘÍPADĚ NEJASNOSTÍ SE OBRAŤTE NA SVÉHO OČNÍHO
LÉKAŘE/ VŠEOBECNOU SESTRU**

POSTUP

1. **Čisté ruce!!!!!!!**
2. **Posadte se!!!!**
3. Obě oči mějte otevřené
4. Dívejte se směrem vzhůru
5. Udělejte mírný záklon hlavy – **OBRÁZEK A**
6. Ukazováčkem stáhněte spodní víčko – **OBRÁZEK B**
7. Kápněte kapku → pozor, abyste se koncem lahvičky nedotkli oka → riziko poranění – **OBRÁZEK C**
8. Oko na **30 sekund** zavřete → **oko násilím nemnout!!!**
9. Akci opakujte i s druhým okem v případě, že máte léky aplikovat do obou očí



Edukační leták vznikl jako výstup Bakalářské práce na téma „Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty“ pod Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice

Autor: Kováčová Karolína, e-mail: st45156@student.upce.cz

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Holubová, e-mail: Ilona.Holubova@upce.cz

Použité zdroje:

1. SVOBODOVÁ, Irena. *Jak správně kapat* [online]. 2011 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.svobodovaocni.cz/news/jak-spravne-kapat/>
2. ČOČKYSHOP. *Jak kapat kapky do očí* [online]. 2016 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <https://www.cockyshop.cz/dokumenty/vybirame-ocni-kapky>
3. REDAKCE, u Lékaře. *Pět kroků pro správnou aplikaci očních kapek* [online]. 2012 [cit. 2017-19-04]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/pet-kroku-pro-spravnou-aplikaci-ocnich-kapek-15504>

OPERACE ŠEDÉHO ZÁKALU

Vážená paní/pane

v případě, že se chystáte na operaci šedého zákalu, či jste již zákrok podstoupil/a, je tento materiál určený Vám. Naleznete zde praktické rady a doporučení, která byste měli bezprostředně po operaci šedého zákalu splnit a dodržet.

Po operaci je nutné!!!!

- užívat předepsané kapky do oka tak, jak určí lékař
- oko nemnout a chránit jej před úrazem
- při bolesti oka vyhledat lékaře
- docházet pravidelně na lékařem určené kontroly
- vyhnout se velké fyzické zátěži
- dodržovat hygienu

Po operaci není zakázáno

- číst si
- sledovat televizi
- ohýbat se
- chodit na procházky



Máte-li domácího mazlíčka

- dodržujte hygienu
- **nesahejte** si do oka po kontaktu se zvířetem
- vyvarujte se poranění při kontaktu se zvířetem
- při poranění **okamžitě** navštivte lékaře



Edukační leták vznikl jako výstup Bakalářské práce na téma „Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty“ pod Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice

Autor: Kováčová Karolína, e-mail: st45156@student.upce.cz

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Holubová, e-mail: Ilona.Holubova@upce.cz

Použité zdroje:

NeoVize s.r.o., *Po nitrooční operaci* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.neovize.cz/caste-dotazy/caste-dotazy-nitroocni-operace/po-nitroocni-operaci/>

DuoVize s.r.o., *Co mohu dělat po operaci* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.duovize.cz/caste-dotazy/lecba-sedeho-zakalu-caste-dotazy/co-mohu-delat-po-operaci/>

NeoVize s.r.o., *Po laserovém zákroku* [online]. 2017 [cit. 2017-18-03]. Dostupné z: <http://www.neovize.cz/caste-dotazy/caste-dotazy-laserove-operace-dioptrickych-vad/po-laserovem-zakroku/>

HYCL, Josef. *Šedý zákal: informace pro pacienty*. Praha: Triton, 2000. 15 s. ISBN 80-7254-071-8.

Obrázek [online]. 2017. Dostupné z: <https://pixabay.com/cs/strom-rostlin-vegetace-p%C5%99%C3%ADroda-1325110/>

Obrázek [online]. 2017. Dostupné z: https://pixabay.com/p-313609/?no_redirect