

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Daniela Švomová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Vnímání kvality života u pacientů po enukleaci oka

Daniela Švomová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Daniela Švomová**  
Osobní číslo: **Z17055**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Vnímání kvality života u pacientů po enukleaci oka**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ČIHÁK, Radomír, Rastislav DRUGA a Miloš GRIM, ed. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-x.
2. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
3. PAŠTA, Jiří. *Základy očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. 336 s. ISBN 978-80-246-2460-0.
4. ŠIMŠA, Jaromír. *Lexikon operačních výkonů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. Jessenius. 856 s. ISBN 978-80-7345-452-4.
5. Život bez oka [online]. [cit. 06-01-2020]. Dostupné z: <https://www.zivotbezoka.cz/vyrobci-protez/>.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ilona Holubová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16. 7. 2020

Daniela Švomová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Moje největší poděkování patří vedoucí práce Mgr. Iloně Holubové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi při psaní věnovala. Dále bych ráda poděkovala také mým respondentům za ochotu, kterou projevili, protože bez nich by tato práce nevznikla. Nakonec děkuji své rodině i všem, kteří mě během studia podporovali.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce zabývající se kvalitou života u pacientů po enukleaci oka je rozdělena do dvou částí – teoretické a průzkumné. Teoretická část je zaměřena na kvalitu života, anatomii oka, samotnou enukleaci a na oční protézy. V průzkumné části je pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí rozhovorů, zodpovězeno na průzkumné otázky. Výstupem práce je doporučení pro praxi.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Enukleace, oko, oční operace, oční protézy, oční úrazy, kvalita života

## **TITLE**

Self-perceived quality of life of patients who had undergone eye enucleation

## **ANNOTATION**

My bachelor thesis deal with life quality of patients with eye enucleation, it is divided to two parts – theoretical and recon. Theoretical part is focused on life quality, eye anatomy, enucleation and eye prosthesis. Recon part is focused on qualitative research, particular usage of interviews, which answered recon questions. Purpose of this work id recommendation for practice.

## **KEYWORDS**

Enucleation, eye, ocular surgeries, ocular prosthesis, ocular injuries, quality of life

# OBSAH

Úvod .....	11
Cíl práce.....	12
I Teoretická část.....	13
1 Kvalita života .....	13
1.1 Objektivní kvalita života .....	14
1.2 Subjektivní kvalita života .....	14
1.3 Hodnocení kvality života.....	14
1.4 Kvalita života u zrakově postižených.....	16
2 Anatomie oka .....	17
2.1 Bulbus oculi (oční koule) .....	17
2.1.1 Sclera (bělma) .....	17
2.1.2 Cornea (rohovka) .....	17
2.1.3 Choroidea (cévnatka) .....	18
2.1.4 Corpus ciliare (řasnaté těleso).....	18
2.1.5 Iris (duhovka).....	18
2.1.6 Retina (sítnice).....	18
2.1.7 Lens (čočka).....	18
2.1.8 Corpus vitreum (sklivec) .....	18
2.1.9 Nervus opticus (zrakový nerv).....	19
3 Enukeace oka .....	20
3.1 Popis operace .....	20
3.2 Indikace k enukleaci.....	21
3.2.1 Úrazy .....	21
3.2.2 Nádorové onemocnění oka .....	22
3.2.3 Záněty .....	23
3.3 Předoperační péče .....	23
3.4 Pooperační péče .....	24



4	Oční protézy .....	26
4.1	Typy očních protéz.....	26
4.2	Péče o protézu.....	26
4.3	Postup nasazování a vyjímání.....	27
4.4	Nejčastější problémy při nošení oční protézy.....	27
4.5	Životnost protéz .....	28
II	Průzkumná část.....	29
5	Průzkumné otázky .....	29
5.1	Metodika průzkumu .....	29
5.2	Charakteristika průzkumného souboru.....	31
5.3	Technika vyhodnocení dat.....	31
6	Prezentace výsledků.....	32
6.1	Příběhy respondentů.....	33
6.1.1	Respondent č. 1.....	33
6.1.2	Respondent č. 2.....	34
6.1.3	Respondent č. 3.....	34
6.1.4	Respondentka č. 4.....	34
6.1.5	Respondent č. 5.....	34
6.1.6	Respondent č. 6.....	35
6.1.7	Respondent č. 7.....	35
6.2	Analýza rozhovorů.....	35
6.2.1	Kódy.....	35
7	Diskuze .....	43
	Závěr.....	49
	Doporučení pro praxi.....	49
8	Použitá literatura.....	51
9	Přílohy.....	55

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 – Přehled respondentů.....	32
Tabulka 2 - Bližší charakteristika respondentů.....	32
Obrázek 1 – Přínos implantátu.....	43
Obrázek 2 – Akutní fáze .....	44
Obrázek 3 – Vnímání situace s odstupem času.....	45
Obrázek 4 – Sociální život.....	46
Obrázek 5 – Pracovní život.....	47
Obrázek 6 – Volný čas .....	48

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

angl.	anglicky
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiografie
KO	krevní obraz
NHP	Nottingham Health Profile
QOL	kvalita života (quality of life)
RTG	rentgen
SIP	Sickness Impact Profile

# ÚVOD

*„Náš život je takový, jakým ho učiní naše myšlenky.“*

Marcus Aurelius

Člověk dokáže zrakovým vnímáním získat až 80 % informací. Pro náš život je tedy zrak velice potřebný, avšak jak obrovskou váhu v životě má, si často naplno uvědomíme, až když se něco stane. Zrak můžeme ztratit tak, že zkrátka oslepeme (oko nám však zůstává) anebo zrak ztratíme nějakým úrazem, operací, či nemocí a o celé oko přijdeme. Život bez oka není jednoduchý, ale i tak může při troše pozitivního myšlení být plnohodnotný stejně jako u zdravého člověka (Život bez oka, 2012).

Tato bakalářská práce nese název **Vnímání kvality života u pacientů po enukleaci oka**. Toto téma mě na první pohled zaujalo, a jelikož mám ve svém okolí ženu, která je sama nositelkou skleněné protézy, chtěla jsem se o této problematice dozvědět více. Tato práce je členěna do dvou částí, a to do části teoretické a do části průzkumné. Část teoretická obsahuje čtyři kapitoly. První z nich se věnuje kvalitě života - jak se dělí, jak ji lze hodnotit a dále, druhá kapitola stručně zahrnuje anatomii celé oční koule. Třetí kapitola se zabývá enukleací. V této kapitole je popsán postup celé operace, jsou zde popsány úrazy, onemocnění, záněty, které jsou indikací k provedení enukleace. Dále je zde popsána předoperační a pooperační péče. Poslední kapitola se zabývá očními protézami, jejich dělením, jsou zde porovnány výhody a nevýhody skleněných a akrylátových protéz. Dále je zmíněna péče o protézu, jejíž provádění je pro uživatele protézy nutností znát, postup nasazování a vyjímání protézy a nakonec i životnost obou protéz.

Část průzkumná začíná přiblížením jednotlivých průzkumných otázek, je zde také metodika průzkumu a charakteristika průzkumného vzorku. Následuje prezentace výsledků, kde jsou stručně popsáni jednotliví respondenti, nejen jak na mě působili, ale i jejich životní příběhy. V této kapitole jsou pak rozebrány jednotlivé kódy a pod nimi vybrané úryvky od respondentů. Následuje kapitola diskuze, kde je zodpovězena každá průzkumná otázka, pod kterou je konkrétní mapa kódů, která vznikla při analýze rozhovorů. Celá práce je pak zakončena závěrem a doporučením pro praxi.

## **CÍL PRÁCE**

Hlavními cíli této práce je zmapovat kvalitu života dospělého člověka po enukleaci oka, která byla provedena jak akutně, tak i plánovaně, a to minimálně 3 roky od provedení zákroku. Dalším cílem práce je zjistit, zda a jak se u respondentů změnil žebříček hodnot.

### Průzkumné otázky:

1. Změnil se život respondenta po používání oční protézy?
2. Měla enukleace dopad na psychiku respondenta?
3. Jaký dopad měla enukleace na navazování přátelských/partnerských/rodinných vztahů?
4. Jak ovlivnila enukleace respondenta v pracovním životě?
5. Jsou nějaké činnosti, které respondent musel vyřadit?

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KVALITA ŽIVOTA

*„Kvalita života je málo propracovaný pojem sociologické, futurologické a soc. reformátorské provenience. Označuje kvalitativní parametry lidského života, způsobu života, stylu života, životní úrovně, životních podmínek společnosti.“* Takto definuje pojem „kvalita života“ Velký sociologický slovník (Sociologická encyklopedie, 2018). Marková (2012, s. 8) ve své publikaci uvádí, že tento pojem lze definovat tak, že *„podstatou tohoto pojmu je jedincem vnímaný pohled na uplatnění se v životě po stránce fyzické, psychické, sociální eventuelně spirituální.“*

Jinak lze říct, že je to pojem, který je relativně těžko uchopitelný a je velmi kontroverzní. Kontroverznost spočívá v tom, že neexistuje ani všeobecně přijímaná definice kvality života, ani jednoznačný koncept tohoto pojmu. Existuje několik pojmů, které jsou souřadné nebo souvisejí s pojmem QOL (quality of life). Jsou často užívány jako synonyma QOL, ale jejich přesný význam není doposud přesně definován. Mezi tyto pojmy patří například sociální pohoda (social well-being), individuální stav pohody (subjective well-being), pocit pohody (well-being), životní úroveň (standard of living), spokojenost (satisfaction), sociální blahobyt (social welfare) nebo lidský rozvoj (human development) (Heřmanová, 2012, s. 11).

Obtížná uchopitelnost se odvíjí od složitosti a komplexnosti lidského života jako takového, *„tj. od skutečnosti, že život jedince je utvářen de facto nekonečným množstvím koexistujících vnitřních a vnějších faktorů, řadou nejrůznějších meziosobních interakcí a činností v překrývajících se zájmových oblastech a v překrývajících se sociálních skupinách“* (Heřmanová, 2012, s. 11).

Chápání a pojetí obsahu tohoto pojmu je interdisciplinární, zabývají se jím totiž různé vědní obory, a to například psychologie, etika, teologie, sociologie, kulturní antropologie, ekonomie nebo politologie.

Nejnovější pojetí pojmu QOL bylo vymezeno v roce 2007, a to na evropském kongresu psychologie v Praze, kdy účastníci O'Leary a Gracia-Martin představili tzv. holistický dynamický model kvality života. Ten zahrnuje čtyři základní hodnotitelné a hodnocené oblasti existence člověka ve společnosti. Do těchto oblastí patří: prostředí, kontext a zázemí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací a regulace. Dle autorů modelu má největší význam hlavně poslední zmiňovaná oblast, ta výrazně určuje konečnou podobu prožívání kvality života každého člověka. Tento model dává důraz na *„aktivní roli jedince při zpracování*

*veškerých faktorů v konkrétní situaci, zohledňuje objektivní faktory prostředí i osobnostní kvality a zkušenosti“ (Heřmanová, 2012, s. 10 - 11).*

### **1.1 Objektivní kvalita života**

Objektivní kvalitou života se rozumí konkrétní, často měřitelné životní podmínky a dosažená úroveň života jednotlivce nebo obyvatelstva. Existuje nepřeberné množství indikátorů, které tuto objektivní kvalitu života ovlivňují. Je to například životní úroveň a životní podmínky. Životní úroveň se většinou zjišťuje jako míra chudoby nebo materiálního bohatství prostřednictvím zavedených kvantitativních nástrojů. Tato měření se týkají buď celého obyvatelstva, vybraných sociálních skupin nebo i jednotlivců. Co se týká životních podmínek, patří mezi ně například průměrná mzda, dostupnost bydlení, dostupnost zdravotní péče nebo kvalita přírodního prostředí. Tyto dva faktory se vzájemně prolínají a je obecně zřejmé, že do jisté míry ovlivňují další životní šance jednotlivců a též i jejich další rozvoj (Heřmanová, 2012, s. 47).

### **1.2 Subjektivní kvalita života**

Subjektivně prožívaná kvalita života se týká spokojenosti s vlastním životem. Zde se ve výzkumech často objevuje problém s ochotou respondentů odpovídat na otázku, též se objevují i rozpaky nebo neochota sebehodnocení. Novější výzkumy QOL se zaměřují na oblast životní spokojenosti, pocitu štěstí, sebehodnocení, sebereflexe, uznání, sebeaktualizace a sebeúcty (Heřmanová, 2012, s. 48, 50).

Subjektivní kvalita života je rozlišována na čtyři základní části, a to sebeúcta, sebeuplatnění, psychická osobní pohoda a osobní zvládání každodenních nároků. Subjektivní QOL též souvisí s dlouhodobějšími životními cíli, jenž působí jako motivační faktor a kterými jedinec v průběhu času řídí svůj život. Je známo, že důležitost některých cílů je do určité míry závislá na pohlaví a věku (Marková, 2012, s. 9).

### **1.3 Hodnocení kvality života**

Způsoby měření QOL se dají rozdělit na tři metody. První metodou je ta, kde jedna osoba hodnotí kvalitu života druhé osoby. Další metodou je hodnocení kvality života od sebe samého a třetí metoda je ta, kde kvalitu života hodnotí i člověk sám, i osoba druhá. Této metodě se říká metoda smíšená (Pemlová, 2017, s. 31).

Pro měření QOL lze využít širokou řadu nejrůznějších nástrojů na měření kvality zdraví. V našich podmínkách jsou nejčastěji používány nástroje WHOQOL-BREF, SF-36 nebo EQ-5D. Tyto nástroje jsou dostupné v češtině i ve slovenštině.

WHOQOL-BREF se používá především pro potřeby klinické praxe. Je složen z 26 položek, které jsou seskupeny do čtyř oblastí, a to fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí. Jednotlivé položky jsou hodnoceny od 1 do 5 s tím, že vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života v konkrétní dané oblasti.

Nástroj SF-36 byl vytvořen v roce 1992 a má poskytnout hodnocení zahrnující všeobecná pojetí související se zdravím, která nejsou nijak specifická pro určité onemocnění, typ léčby nebo věk. Obsahuje 36 položek rozdělených do 3 oblastí- fyzické zdraví, mentální zdraví a všeobecné mentální zdraví. Jeho zkrácenou verzí je nástroj SF-12, který obsahuje 12 položek.

Nástroj EQ-5D hodnotí 2 ukazatele, a to objektivní a subjektivní. Objektivní část zahrnuje pět položek - pohyblivost, sebeděče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese. Každá tato položka je bodovaná na třístupňové škále – bez potíží, mírné potíže a intenzivní potíže. Subjektivní část zahrnuje vizuální analogovou škálu, kdy hodnota 100 značí nejlepší zdravotní stav a hodnota 0 značí nejhorší stav (Gurková, 2013, s. 145 – 148).

Dále existují specifické nástroje měření QOL, jejichž snahou je co nejpřesněji identifikovat faktory ovlivňující kvalitu života pacientů. Hodnotí úzkou škálu faktorů, které přímo souvisí s konkrétním onemocněním. Většina takových dotazníků je tvořena tak, aby bylo možno je vyplnit samostatně a nebyla zde potřeba asistence další osoby. Mezi tyto nástroje patří například specifické nástroje měření kvality života pacientů s onkologickými chorobami, s diabetem, s respiračními chorobami nebo měření kvality života u seniorů (Gurková, 2013, s. 149).

Je nezbytné zmínit i nástroje, které jsou používány celosvětově, a to hlavně nástroje NHP a SIP. NHP byl vytvořen v roce 1981. Jeho účelem je měřit tělesný, psychický a sociální distres. Obsahuje 28 položek, které jsou rozděleny do šesti subškál. Těmi jsou bolest, spánek, tělesná mobilita, úroveň energie, emocionální reakce a sociální izolace. Tento nástroj se zaměřuje více na změny v prožívání, než na denní aktivity.

Nástroj SIP byl vytvořen za účelem toho, aby mohl být použit bez ohledu na závažnost a druh onemocnění. Byl vytvořen pro studie, které hodnotí účinnost terapie nebo pro farmakoekonomické analýzy. SIP tvoří 136 položek, které prezentují určité denní aktivity. Ty jsou rozděleny do 12 subškál – péče o tělo, pohybová aktivita, oddech, spánek, emocionální život, mobilita, péče o domácnost, komunikace, sociální interakce, práce, stravování, rekreační aktivity. Tyto oblasti může vyplňovat sám respondent nebo vyškolená osoba. Výhodou nástrojů NHP a SIP je, že při hodnocení jednotlivých subškál používají vážené skóre, což znamená, že přihlížejí k významnosti jednotlivých položek pro zkoumaného respondenta (Gurková, 2011, s. 144 – 145).



## 1.4 Kvalita života u zrakově postižených

Důležitou úlohu ve zvyšování QOL u osob se zrakovým postižením má bezesporu multidisciplinární tým odborníků. Ten by měl zahrnovat oftalmologa, psychologa, instruktory sebeobsluhy a mobility a sociální pracovníky. Významná je i spolupráce s příslušníky rodiny. Pomoc celého týmu i rodiny by měla směřovat k tomu, aby bylo dosaženo co nejvyšší kvality života osoby s handicapem, aby mu byla poskytnuta pomoc využívat všechny jeho schopnosti a dovednosti tak, aby byl do nejvyšší míry co nejsamostatnější a aby se nedostavovaly pocity méněcennosti a nepohody (Balůsková, 2012, s. 40).

Společnost kolikrát není dostatečně informována o tom, jak se zrakově postiženým jedincem jednat, jak se k němu chovat a právě tato neinformovanost má za následek vznik předsudků. To může neblaze ovlivnit postoj postiženého jedince k sobě samému. Rozlišujeme tři druhy předsudků, a to odmítavý, který zrakově postiženého bere jako neužitečného člověka, vyhýbá se mu, přistupuje k postiženému jako ke zlému člověku. Dalším předsudkem je předsudek podceňující. Ten bere zrakově handicapovaného jako osobu, která si zaslouží soucit, jako chudáka. Poslední je idealizující předsudek, který se ke zrakově postiženým staví obdivně, s úctou, může jim přisuzovat zvláštní schopnosti, například šestý smysl. Každý handicapovaný jedinec, nejenom se zrakovým postižením, má ovšem právo na to být plnohodnotnou součástí naší společnosti (Smrčková, 2012, s. 33 – 34).

## 2 ANATOMIE OKA

V následující kapitole bude popsána anatomie celé oční koule.

### 2.1 Bulbus oculi (oční koule)

Oční kouli tvoří zadní část, která je méně zakřivená a její povrch tvoří bělima, a přední část, která je více zakřivená a tu tvoří rohovka. Bulbus je tvořen třemi vrstvami. První se nazývá tunica fibrosa bulbi a jedná se o vnější vazivovou vrstvu oka. Tato vrstva má dvě složky, a to: scleru (bělimu) a corneou (rohovku). Druhou vrstvou je tunica vasculosa bulbi, což je cévnatá střední vrstva oka, která má tři oddíly: choroideu (cévnatku), corpus ciliare (řasnaté tělísko) a iris (duhovku). Třetí vrstvu nazýváme tunica interna bulbi, neboli nervová vnitřní vrstva oka a označujeme ji též jako retinu (sítnici). Uvnitř oční koule najdeme corpus vitreum (sklivec), rosolovité průhledné těleso, které vyplňuje zadní prostor bulbu. Dále se zde nachází lens (čočka), která je uložena v tekutině (humor aquosus), kterou označujeme též jako komorový mok. Ze zadní části bulbu vystupuje nervus opticus, neboli zrakový nerv (Čihák a kol., 2004, s. 580 - 581).

#### 2.1.1 Sclera (bělima)

Sclera tvoří skoro 80 % povrchu očního bulbu a je složena z hustého fibrilárního vaziva. Má mléčně bílou barvu a vzhledem může připomínat šlachy. V zadním pólu oka se v bělimě nachází lamina cribrosa, mnohočetně perforovaná ploténka, ze které vystupuje nervus opticus-zrakový nerv. Svým zevním povrchem je bělima přiložena na kulovité ložisko. Jamku tvoří vagina bulbi a umožňuje oku pohyb (otáčení). Na přední straně oční koule, vedle rohovky, přiléhá na bělimu tunica conjunctiva (spojivka), sliznice, která hlubokými záhyby přechází ze zadní plochy víček jako vrstevnatý dlaždicový epitel. Bělima je inervována z 1. větve trojklanného nervu (Čihák a kol., 2004, s. 581 - 583).

#### 2.1.2 Cornea (rohovka)

Rohovka je přední, více zakřivená část tunica fibrosa (vnější vazivová vrstva očního bulbu) a je zcela průhledná a bezbarvá. Najdeme zde limbus corneae, což je zevní okraj rohovky a ta zde přechází v bělimu. Facies anterior corneae a facies posterior corneae jsou přední a zadní plochy rohovky. Každá z nich má odlišný poloměr zakřivení a proto je rohovka uprostřed užší a při okrajích tlustší. Na přední ploše oka v místě, kde rohovka přechází v bělimu, se nachází angulus sclerocornealis. Je to místo, kde se při pohybu víček stírá spojivkový hlen a tím se zde snadněji může zachytit infekce (Čihák a kol., 2004, s. 583).

### **2.1.3 Choroidea (cévnatka)**

Cévnatka je tenká, pružná vazivová vrstva s velkým množstvím cév. Má dvojí funkci: pomáhá udržovat zaostření oka na dálku a vyživuje hluboké vrstvy sítnice (Čihák a kol., 2004, s. 584). Také se podílí na udržování nitroočního tlaku. Průtok krve cévnatkou tvoří 85 % průtoku celou oční koulí (Druga a kol., 2013, s. 125).

### **2.1.4 Corpus ciliare (řasnaté těleso)**

Spolu s duhovkou je řasnaté těleso součástí cévnaté střední vrstvy oka (tunica vasculosa bulbi). Při vnitřním obvodu řasnatého tělesa se zdvihá množství delších plastických výběžků, které jsou paprscitě uspořádány. Jsou 2 – 3 mm dlouhé a je jich okolo 70. Jejich povrch je hrbolatý a z rýh mezi nimi vystupují závěsná vlákna čočky (Čihák a kol., 2004, s. 584).

### **2.1.5 Iris (duhovka)**

Ve středovém otvoru duhovky se nachází pupilla (zornice) a ta rozděluje přední oční prostor na přední a zadní oční komoru. Funkce duhovky spočívá v rozevírání a svírání zornice. Při akomodaci oka na dálku a při nedostatku světla se zornice rozevře a tento děj nazýváme jako mydriasa. Naopak při akomodaci oka na blízko a při dostatku světla se zornice sevře (zúží). Toto zúžení se nazývá miosa (Čihák a kol., 2004, s. 585 – 588).

### **2.1.6 Retina (sítnice)**

Sítnice je slabě růžová průhledná blána a jedná se o vnitřní vrstvu očního bulbu. Rozlišujeme na ní dvě části. Optickou část (pars optica retinae), která obsahuje tyčinky a čípky, a slepou část (pars coeca retinae), která pokrývá část duhovky a řasnatého tělíska. Sítnice přijímá světelné paprsky, které dopadají do oka a jsou vedeny do mozku (Osičková, 2014, s. 9).

### **2.1.7 Lens (čočka)**

Čočka je uložena za zornicí v zadní oční komoře. Chrání ji capsula lentis neboli pouzdro a je zavěšena na zonula ciliaris - závěsný aparát čočky. Je bezcévná (Čihák a kol., 2004, s. 591 - 592).

Tahem vláken závěsného aparátu se čočka oploští, tím je dosaženo akomodace do dálky. Pokud tah vláken povolí, čočka se vyklene a dochází k akomodaci do blízka (Druga a kol., 2013, s. 129).

### **2.1.8 Corpus vitreum (sklivec)**

Sklivec vyplňuje prostor uvnitř oka a jde o čirou, vodnatou hmotu. Je bezbuněčný. Má polotekutou rosolovitou strukturu, a proto, když dojde k většímu poranění oka, vyteče (Čihák a kol., 2004, s. 595).

### **2.1.9 Nervus opticus (zrakový nerv)**

Jedná se o II. hlavový nerv. Místo, kde se dva zrakové nervy navzájem kříží, se nazývá chiasma opticum (Čihák a kol., 2004, s. 467).

### 3 ENUKLEACE OKA

Enukleací rozumíme úplné odstranění celé oční koule (Šimša, 2018, s. 790). Vzhledem k faktu, že ztráta oka je zásah do života pacienta, který na první pohled mění jeho vzhled, je z hlediska péče velice důležitá psychická příprava. Pacienti, kteří zažívali dlouhou, ale neúspěšnou a nikam nevedoucí léčbu slepého, bolestivého a kosmeticky nevzhledného oka, bývají zpravidla často psychicky lépe připraveni a v některých případech se tito pacienti sami dožadují, aby oko bylo odstraněno. Naopak lze tvrdit, že pacienti, kteří utrpěli určitou formu traumatu, což vyžaduje neodkladnou enukleaci, bývají psychicky připraveni o poznání hůře. V některých případech to totiž znamená odstranění oka, které částečně nebo dokonce plně funguje. V obou případech je však důležitý multidisciplinární tým, který bude úzce s pacientem spolupracovat na poskytování podpory. Ať už jde o to, aby byl pacient odkázán na jiné příslušné pracovníky (např. výrobce očních protéz) nebo aby se mohl pouze někomu vyzpovídat, postěžovat si nebo se vyplakat (Cooper, 2009, s. 1387).

#### 3.1 Popis operace

Oční operace se týkají velmi malého orgánu, proto je téměř převážná většina těchto operací prováděna pod mikroskopem. V oftalmochirurgii se používají speciální mikronástroje zhotovené z čistého titanu nebo oceli. Konkrétně pro enukleaci se používají nástroje, které jsou součástí přílohy A, s. 56 (Vícha a kol., 2011, s. 5).

Operace je zahájena zavedením očního rozvěrače. Poté se cirkulárně od bulbu uvolní spojivky, a to v oblasti limbu.<sup>1</sup> Prošitím bříšek svalů se fixují přímé svaly, které se následně odstříhnou. Poté, co operatér pronikne za bulbus, se na 2 - 3 minuty peánem sevře nervus opticus k zástavě krvácení. Nerv je poté enukleačními nůžkami odstřižen a oko je vyjmuto. Posléze se pro zástavu krvácení orbita vyplní tlakovou tamponádou, a když je krvácení zastaveno, do očnice se vloží orbitální implantát (akrylátový, silikonový). K němu jsou přišity zachované přímé svaly. Dle zvyku chirurga může být použit implantát, který je obalený kadaverózní sklérou. Operace je ukončena uzavřením Tenonské fascie (vagina bulbi)<sup>2</sup> a spojivky. Provádí se tabákový a pokračovací steh, aby byl implantát dostatečně kryt. Pokud průběh operace není ničím komplikovaný, zákrok trvá přibližně 50 – 60 minut.

Pokud se prokáže, že se extrabulbárně šíří nádor, implantát se do orbity nevkládá. Operace pak končí spojením přímých svalů k sobě a uzavřením spojivky a Tenonské fascie. V závěru

---

<sup>1</sup> Limbus je zevní okraj rohovky, který přechází v bělimu (Čihák a kol., 2004, s. 583).

<sup>2</sup> Tenonská fascie (fascia Tenoni, vagina bulbi) je vazivové pouzdro, v kterém je pohyblivě uložena zadní část skléry (Čihák a kol., 2004, s. 599).

operace se aplikuje antibiotická mast a vloží se formátor (konformér). Ten má za úkol modelovat spojivkový vak, a tím zabránit vyhrěznutí spojivky. Formátor se ponechává 2 - 3 dny. Vyjmutý bulbus se vždy odesílá na histologické vyšetření k potvrzení určitého typu nitroočního nádoru (Šimša, 2018, s. 791). Fotografie z postupu enukleace lze vidět v příloze B, s. 57.

## **3.2 Indikace k enukleaci**

Dvěma hlavními indikacemi k enukleaci jsou úrazy a nádorové onemocnění oka. Budou zmíněny i záněty.

### **3.2.1 Úrazy**

10 – 14 % všech úrazů představují oční úrazy. Dělíme je na zlomeniny očnice, poranění slzných cest a na skupinu úrazů podle působení zevního prostředí na oční bulbus. Do této skupiny patří úrazy chemické, termické, radiační a mechanické, které dále dělíme na pronikající (otevřené) a tupé (uzavřené). K detailnějšímu rozlišení úrazů je vhodná klasifikace BETT (Birmingham Eye Trauma Terminology) (Pašta a kol., 2017, s. 237). Ne všechny úrazy jsou ale indikací k enukleaci. Ty, které jsou nejčastější indikací, si konkrétněji přiblížíme níže.

#### **3.2.1.1 Úrazy mechanické**

Tyto úrazy dělíme na otevřené (pronikající) a uzavřené (tupé). Nejtěžší formou otevřeného poranění oka je ruptura bulbu. Předáním pohybové energie dochází k prudkému vzestupu nitroočního tlaku a prasknutí stěny bulbu v predilekčních místech. Jimi bývají například jizvy po nitroočních operacích nebo místa úponů oko-hybných svalů. Snahou očního chirurga je bulbus zachránit. Pokud ovšem není možné bulbus zrekonstruovat, je enukleace nevyhnutelná. Dalším příkladem otevřeného poranění je penetrující poranění bulbu. Jedná se o úraz, kdy rána pronikne celou stěnou oka. Na stěně bulbu nalézáme vstupní otvor. Pokud uvnitř bulbu není nalezeno tělísko, můžeme předpokládat, že vstupní otvor byl zároveň i otvorem výstupním, např. při bodnutí nožem. Pokud je uvnitř bulbu tělísko nalezeno a je kontaminováno patogenními mikroorganismy, může se rozvinout endoftalmitis. Úraz, který má horší prognózu, než penetrující poranění, je poranění perforující. Zde nalézáme dvě rány, jednu vstupní, druhou výstupní. Proto zde dochází k většímu rozsahu poškození.

Mezi uzavřená poranění oka řadíme kontuzi bulbu. Ta vzniká působením tlakové vlny nebo tupého předmětu na oko. Dochází k prudkému stlačení a následné dekompresi, kdy se bulbus protáhne až na 112 % svojí původní velikosti. Následuje kmitání, a to až 85 kmitů za sekundu. V důsledku těchto prudkých změn dochází k zhmoždění nitroočních struktur (Pašta a kol., 2017, s. 238 – 243).

### **3.2.1.2 Úrazy chemické**

O vážnosti poškození rozhodují především tyto faktory: délka působení leptadla, jeho koncentrace a druh. Louhy způsobují kolikvační nekrózy, kyseliny způsobují nekrózy koagulační. Zásadní význam v poskytnutí první pomoci má výplach oka proudem vody, kdy provedeme zředění škodliviny, která oko poleptala. Voda má neutrální pH, proto výplach provádíme (Pašta a kol., 2017, s. 247).

Konečným stádiem tohoto úrazu může být ftíza bulbu neboli svaštění, kdy je svaštělý bulbus malý, nevzhledný a hlavně nefunkční, proto je volena enukleace (Seidl, Vaněčková, 2014, s. 479).

### **3.2.1.3 Zlomeniny očnice**

Jednou ze zlomenin očnice je hydraulická (blow-out) zlomenina. Z důvodu nárazu tupého předmětu na bulbus dojde k jeho pohybu vzad, orbitální obsah je stlačen a dochází k frakturám zeslabených stěn očnice.

Dalším příkladem je tříštivá fraktura zigomatikomaxilárního komplexu. Při palpaci je často nalezena dislokace. Častým příznakem této zlomeniny je sufuze, neboli krvácení do spojivky. Léčba této zlomeniny je úkolem obličejových chirurgů (Pašta a kol., 2017, s. 249).

## **3.2.2 Nádorové onemocnění oka**

Nádorů oka, jejichž léčbou bývá enukleace, je povícero. Je to například maligní melanom spojivky. Ten je nejčastěji lokalizován v oblasti limbu, ale může se objevit kdekoli na spojivce. Metastazuje buď krevní cestou nebo lymfatickým systémem, a to do submandibulárních a preaurikulárních uzlin. Léčí se excizí útvaru, ale pokud nádor postihuje i bulbus, je indikována právě enukleace. Po lokální excizi je doba přežití 5 let až u 80 % nemocných. 10 let po výkonu přežívá dle statistik 55 % nemocných.

Dalším příkladem je maligní melanom cévnatky. Jedná se o nejčastější primární nitrooční nádor u dospělého. Typický melanom je oválné pigmentované ložisko, které je uloženo subretinálně, tedy pod sítnicí. Metastazuje nejčastěji do plic, jater, CNS, podkoží či obratlů. Pokud je nádor malého rozměru, nemocný nemusí pociťovat žádné obtíže, ani poruchu vidění. Při velkých rozměrech nádoru pacient udává výpadky v zorném poli, někdy také příznaky odchlípení sítnice, a to jiskření a blesky. V léčbě je mezi jiné metody (kryoterapie, radioterapie a další) zařazena i enukleace, a to hlavně u velkých nádorů, které už nelze ozařovat a enukleace je nezbytná (Pašta a kol., 2017, s. 189; Rozsival a kol., 2017, s. 94, 118).

Typ nádoru, jehož léčba zpravidla končí enukleací, je retinoblastom. Ten si podrobněji přiblížíme níže.

Jde o nejčastější a nejzhubnější nitrooční nádor v dětském věku. Tento nádor většinou vzniká na podkladě nedědičné mutace, ale může být i dědičný, proto je nutné provést kontrolu i u zdravých sourozenců dítěte. Asi 70 % retinoblastomů se objevuje v prvních 3 letech života dítěte, zpravidla do druhého roku. Může metastazovat lymfatickým systémem nebo krevní cestou. Mezi příznaky patří strabismus, jednostranná mydriáza nebo heterochromie, neboli různobarevnost duhovky. Častou komplikací je sekundární glaukom. Počet enukleací v současné době snížila chemoterapie s následnou lokální léčbou. Enukleace je však v léčbě retinoblastomu volena pořád nejčastěji a je indikována u cca 2/3 nemocných (Pašta a kol., 2017, s. 191; Rozsival a kol., 2017, s. 151).

Momentem, kdy si matka u svého dítěte všimne anomálie oka, bývá většinou focení s bleskem. Na fotce postižené oko vypadá jako průhledné, jako kdyby druhý člověk byl schopen vidět „dovnitř oka“. Tento příznak se nazývá leukokorie. Jde však už o pozdní stadium (Příloha C, s. 58) (Retinoblastom, 2019).

### **3.2.3 Záněty**

Za zmínku stojí sympatická oftalmie, i když se s tímto stavem setkáváme čím dál méně. Jedná se o oboustrannou chronickou panuveitidu<sup>3</sup>, která se vyskytuje za několik týdnů až roků (dokonce i za několik desítek let) po perforujícím poranění oka. Zánětlivá reakce je vyvolána i na druhém, dosud zdravém oku. Prvními příznaky bývá tupá bolest, zhoršené vidění a někdy i porucha akomodace na dosud zdravém oku. Tento chronický zánět vede často ke vzniku komplikací, a to katarakty, sekundárního glaukomu nebo atrofie bulbu. Prognóza tohoto stavu je vždy závažná. Prevencí je včasná enukleace poraněného oka s chronickým zánětem, obzvlášť v případě, je-li oko slepé. Pokud již chronický zánět zasáhne druhé oko, je na místě lokální aplikace mydriatik a kortikosteroidů spolu s kombinací imunosupresiv a kortikosteroidů v celkové léčbě. Jak bylo již zmíněno, tento stav už není tolik běžný, což může mít souvislost s rozvojem mikrochirurgie oka i s účinky nových léčiv, které tlumí autoimunitní reakci, především kortikosteroidů (Rozsival a kol., 2017, s. 178; Rozsival a kol., 2003, s. 158).

### **3.3 Předoperační péče**

Předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Vše se ale odvíjí od toho, zda pacient přichází k plánované enukleaci, např. kvůli nitroočnímu nádoru, nebo je přivezen po těžkém traumatu s perforovaným bulbem. V rámci dlouhodobé přípravy přichází pacient k výkonu s interním vyšetřením, to nesmí být starší 14 dnů. S sebou má

---

<sup>3</sup> Panuveitis je rozsáhlý zánět, který postihuje všechny vrstvy uvey (Rozsival a kol., 2017, s. 116).



výsledky biochemického vyšetření krve a moče, výsledky KO, hemokoagulace, RTG srdce a plic, EKG a také doporučení svého očního lékaře. V případě, že má pacient chronické onemocnění, např. DM nebo hypertenze, musí být kompenzováno. Pacient musí být edukován o svém onemocnění a o výkonu, poté podepíše informovaný souhlas s výkonem (Příloha D, s. 59 – 60) (Nováková, 2011, s. 106 - 107).

V rámci přípravy krátkodobé je pacient zpravidla přijímán den před výkonem, jedná-li se o výkon plánovaný. Sestra zjistí stupeň informovanosti ohledně výkonu a v případě nedostatku informace v rámci svojí kompetence doplní. Pacient je edukován o lačnění, od půlnoci nejí, nepije a nekouří. Dále je edukován o provedení hygieny, kdy dává důraz na hygienu obličeje a vlasů. Má připravené operační pole - použití roztoků dle ordinace lékaře, vyšetření nitroočního tlaku nebo dle zvyklosti oddělení stěr ze spojivek na mikrobiologické vyšetření. Návštěvou anesteziologa na oddělení je zajištěna anesteziologická příprava, kdy anesteziolog seznámí pacienta s anestezií. Psychická příprava by měla minimalizovat strach z výkonu.

Bezprostřední příprava zahrnuje období asi 2 hodiny před výkonem. Pacient má bandáže na dolních končetinách jako prevenci tromboembolické nemoci, má změřené fyziologické funkce, má vyjmut umělý chrup, je lačný, má zajištěnou hygienu obličeje a těla. Dle ordinace lékaře mu je podána premedikace, je doplněna a zkompletována dokumentace a pacient míří na operační sál (Nováková, 2011, s. 106 - 107).

### **3.4 Pooperační péče**

Po enukleaci se často vyskytuje pooperační bolest spojená s nevolností až zvracením. Cooper (2010, s. 30 – 32) ve svém článku uvádí, že až u 20 % pacientů byla po 24 hodinách po operaci středně silná až těžká bolest. Dle něj také mnoho pacientů popisuje, že bolest je mnohem horší, pokud okem (očima) pohnuli, proto následně autor zjistil, že pacientovi může pomoci doporučení, aby v bezprostředním období po operaci ležel nehnutě a nepohyboval okem (očima). Je tedy důležité monitorovat bolest pomocí škál, které pomohou určit jejich intenzitu a na základě toho podávat analgetika dle ordinace lékaře a kontrolovat jejich účinek. Při objevení se nevolnosti nebo zvracení je běžnou praxí lékaře předepisovat řadu antiemetik, jejichž účinek je také kontrolován sestrou. Neméně důležitá je také kontrola známek infekce, jako je například nepřiměřený otok, zarudnutí, výtok nebo olupující se okolní kůže očního víčka.

Při propouštění domů je pacient edukován o udržování oční jamky v čistotě, a to buď fyziologickým roztokem, nebo zchladlou převařenou vodou. Toto čištění se doporučuje jednou až dvakrát denně. Dále je pacientovi připomenuto, že musí doužívat perorální a lokální

antibiotika a je důležité zdůraznit, že před i po aplikaci antibiotické masti si musí důkladně umýt ruce, aby se snížil přenos infekce.

Jednou z hlavních obtíží, o které je také potřeba pacienta předem edukovat, je monokulární vidění. To bude znamenat změnu hloubky zorného pole, vnímání vzdálenosti a rozsahu vidění. Většina pacientů náhle zjistí, že běžné každodenní aktivity jsou náročnější. Může to znamenat například to, že místo toho, aby hrneček na stole pevně uchopili, ho převrhnou. Objevují se nová rizika, jako je například přechod rušné silnice (Cooper, 2010, s. 31 - 32).

## 4 OČNÍ PROTÉZY

Ztráta oka má velký dopad na sociální život pacienta. Přirozeně vypadající oční protéza proto může pomoci jedinci překonat toto martyrium (Kulkarni, Kulkarni, Shah, Tomar, 2018, s. 476).

### 4.1 Typy očních protéz

Oční protézy se dělí na protézy ochranné, léčebné, kosmetické, kontaktní a ektoprotézy. Protéza, která nahrazuje celé enukleované oko, je protéza kosmetická (Šlapová, 2017, s. 17). Tu jedinou si více přiblížíme.

Dle toho, jaký materiál je při výrobě protézy použit, rozdělujeme protézy na skleněné a akrylátové. Obě mají své výhody i nevýhody.

Skleněná oční protéza je tvořena ze speciálního opálového skla, které nesmí obsahovat těžké kovy a kadmium (chemická značka Cd). Materiál na duhovku tvoří široká paleta barevných skel. Barvy se mísí do doby, než výrobce dosáhne co nejpřesnější barvy pacientovy duhovky. Duhovka se posléze překrývá krystalem, tím lze docílit přirozený a hluboký pohled protézy. Protéza je pacientovi vyrobena na počkání. Velkou výhodou skleněné protézy je stálá intenzita barev a přirozený vzhled. Co se však týče nevýhod, protéza ze skla je velmi křehká. Může se roztržít například při pádu do umyvadla při jejím nasazování nebo vyjímání nebo i při sportu. V zimě protéza studí a při velkých mrazech slzy přimrzají k povrchu protézy (Waldhegerová, 2006, s. 45 - 46).

Akrylátová oční protéza je tvořena z akrylátu, superpontu a metylmetakrylátu. Duhovka a skléra protézy je ručně malována, proto je proces výroby časově náročný. Na rozdíl od skleněné protézy je tato protéza odolnější vůči rozbití. Mezi nevýhody patří větší míra opotřebení, po nějaké době je povrch nerovnoměrný a hrubší. Je zde také riziko alergie na tento materiál.

Pojišťovna plně hradí 1 protézu v průběhu dvou let. Pokud dojde k rozbití, pacient si novou protézu musí uhradit sám. Poukaz na akrylátovou protézu musí schválit revizní lékař. U skleněné protézy schválení není nutné (Klusoňová, 2015, s. 32 - 39).

Mezi výrobce skleněných protéz patří například Vít Šťoviček, Petr Adamovský nebo Jiřina Hykmanová, všichni z Jablonce nad Nisou. Známým výrobcem akrylátových protéz je Jitka Klíčnicková, která sídlí v Brně (Život bez oka, 2012).

### 4.2 Péče o protézu

Správné čištění oční protézy může prodloužit její životnost, proto by pacient neměl péči zanedbávat. Zpočátku, kdy jedinec ještě není dostatečně zručný v manipulaci s protézou, se

doporučuje, aby si při nasazování i vyjímání protézy dal pod sebe měkkou podložku, například ručník. V případě vypadnutí protézy z ruky se tak může předejít jejímu rozbití. To platí především u protézy vyrobené ze skla, ta je, jak je uvedeno výše, velmi křehká a náchylná k rozbití. Dále se doporučuje umístit do výpustí v umyvadle nebo vaně ochranná sítko a zabránit tak propadnutí protézy do odpadního potrubí.

Skleněná protéza se po vyjmutí z očnice opláchne pod tekoucí vodou nebo se na chvíli namočí do vody. Následuje hygiena očního důlku. Na tu je potřeba převařená voda, která se nechá zchladnout, borová voda nebo nějaký konkrétní oční roztok zakoupený v lékárně. V tekutině se namočí čistý bavlněný tampónek a oťrou se jím víčka z vnitřní strany, a to od nosu směrem k uchu. Tato hygiena by měla být prováděna denně. Skleněná protéza by se měla na noc vyjímat, jelikož při neopatrných pohybech v průběhu spánku by mohlo dojít k jejímu prasknutí. Akrylátová protéza se po vyjmutí z očnice asi na 10 – 15 minut nakládá do teplé mýdlové vody. Tím se změkčí usazeniny bílkovin, které jsou na povrchu protézy. Poté se protéza musí opláchnout pod tekoucí vodou. K tomuto kroku se může použít i jemný dětský šampon. K osušení se smí použít pouze čistá utěrka z mikrovlákna, kterou lze koupit např. v oční optice. Jiný materiál by mohl povrch protézy poškrábat. Mezitím, co jedinec provádí hygienu oční dutiny, by se akrylátová protéza měla vložit do sterilního roztoku pro kontaktní čočky, který zabráni nečistotám usadit se na jejím povrchu. Na rozdíl od protézy skleněné, se akrylátová protéza na noc vyndává jen tehdy, pokud je to nutné. Časté nasazování a vyjímání může totiž dráždit oční důlek a zvýšit sekreci hlenu (Život bez oka, 2012).

### **4.3 Postup nasazování a vyjímání**

Při vložení jedinec protézu navlhčí a uchopí ji palcem a ukazováčkem. Druhou rukou nadzvedne horní víčko a protézu vloží do dutiny. Potom pouze lehce přetáhne dolní víčko směrem dolů a protéza by se měla dostat do správné polohy. Postup je názorně vyobrazen v příloze E, s. 61.

Při vyjímání jedinec stáhne dolní víčko směrem dolů a protéza většinou sama lehce vyklouzne (Výroba očních protéz Petr Adamovský, 2020).

### **4.4 Nejčastější problémy při nošení oční protézy**

Jedním z problémů často bývá nadměrná sekrece slz. Povrch protézy není totiž tak hladký, tak vlhký a měkký pro víčko jako oko. Při nízké vlhkosti nebo při klimatizaci může protéza osychat, proto musí slzná žláza produkovat větší množství slz, které zajistí lubrikaci protézy. V některých případech je produkce slz natolik velká, že nositeli protézy slzy tečou až po tvářích.

Během suchých dnů jsou dobrým pomocníkem oční kapky, které protéze a očnímu důlku dodají potřebnou lubrikaci.

Dalším problémem je infekce. Tu si do očního důlku můžeme zanechat špinavými rukama. Projevuje se nažloutlým nebo nazelenalým sekretem, ten na povrchu protézy zasychá, víčko pak drhne a způsobuje bolest. Infekce se léčí antibiotickými mastmi nebo kapkami.

Dále se může objevit svědění, a to svědění víček na vnitřní straně přiléhající na protézu. To může být způsobeno jak alergiemi, tak bílkovinami, které se kumulují na povrchu protézy. Tyto bílkoviny pocházejí ze slz a tvoří povlak na protéze. Povlak vyvolá alergickou reakci a to posléze způsobí svědění. Tento problém se řeší očními kapkami, které zaručí úlevu od svědění. Nejdůležitější je však pravidelné a kvalitní čištění protézy (Život bez oka, 2012).

Poslední komplikací, která zde bude zmíněna a může nastat, je změna oční jamky. Ta je dána stárnutím nebo také následky enukleace. Oční jamka se stává více hlubší a povrch jamky se také mění. Protéza pak většinou jedinci nesedí a necítí se s ní komfortně (Skřivánková, 2014, s. 33).

#### **4.5 Životnost protéz**

Skleněná protéza se nosí přibližně půl až jeden rok. Poté je nutností protézu vyměnit. Povrch protézy je totiž neustále v kontaktu se slzami, které její povrch naleptávají. Protéza se proto časem stává více drsnou a nepohodlnou. Sklo je také velice náchylné k poškrábání, například zrnkem prachu nebo nečistotou, která se dostane pod víčko a poškodí povrch protézy rýhami. Ty mohou poškodit oční důlek a spojivku jedince. Jak již bylo zmíněno, skleněná protéza je nesmírně křehká, proto se musí vyměnit také při sebemenším nalomení nebo prasknutí.

Životnost akrylátové protézy je u každého individuální. Je to dáno různými chemickými procesy v očním důlku. Průměr je přibližně tři roky, obecně se však říká, že by protéza měla být měněna tak často, aby byl udržován uspokojivý kosmetický vzhled. Protézy starší než tři roky jsou náchylné na delaminaci, což je oddělování jednotlivých vrstev. Začíná většinou na okrajích duhovky a jeví se jako jemná tmavá linka, která se postupně zvětšuje, až dojde k úplnému oddělení. Delaminace může nastat i v pigmentových vrstvách, kdy pak umělé oko vypadá jako postižené šedým zákalem. Změny mohou nastat i v samotných barvivech, kdy barvy buď ztmavnou, vyblednou nebo mají nažloutlý odstín s hnědými tečkami. Většina očních protetiků doporučuje prohlídky každého půl roku až rok (Život bez oka, 2012).

U obou typů těchto protéz je však obecným doporučením ji v období krátce po enukleaci měnit častěji. Pooperační otok se totiž vstřebává a prostor pro protézu se postupně zvětšuje (Rozhledna, 2013).

## II PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této průzkumné části budou popsány jednotlivé průzkumné otázky, metodika průzkumu a charakteristika průzkumného vzorku včetně sběru dat.

### 5 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Změnil se život respondenta po používání oční protézy?
2. Měla enukleace dopad na psychiku respondenta?
3. Jaký dopad měla enukleace na navazování přátelských/partnerských/rodinných vztahů?
4. Jak ovlivnila enukleace respondenta v pracovním životě?
5. Jsou nějaké činnosti, které respondent musel vyřadit?

#### 5.1 Metodika průzkumu

Pro vypracování průzkumné části této bakalářské práce byla zvolena kvalitativní forma průzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Hendl (2008, s. 48) ve své publikaci uvádí, že někteří metodologové vnímají kvalitativní průzkum pouze jako doplněk obvyklých kvantitativních průzkumů, někteří naopak jako protipól. Kvalitativní průzkum postupem času získal v sociálních vědách stejně cenné postavení jako ostatní formy výzkumu. Hendl (2008, s. 166) také vnímá vedení rozhovoru jako umění a vědu zároveň, které vyžaduje citlivost, koncentraci, dovednost, disciplínu či interpersonální porozumění.

Do rozhovoru bylo připraveno 27 otázek (viz. příloha F, s. 62) tak, aby odpovědi od respondentů zodpověděly na stanovené průzkumné otázky a byl tak splněn cíl bakalářské práce. Otázky byly rozčleněny do pěti částí tak, aby každá jednotlivá část korespondovala s přiřazenou průzkumnou otázkou. Na začátek rozhovoru je volena jedna obecná otázka, která zjišťuje důvod ztráty oka. První část otázek se zaměřovala na psychiku respondenta a zahrnovala otázky ohledně hospitalizace, přístupu personálu. Dále se zajímala o bezprostřední reakci po úrazu nebo po oznámení, že bude oko vyjmuto anebo naopak to, jak respondent vnímá celou situaci s odstupem času a v čem ho enukleace nejvíce změnila. Tato část obsahovala také otázku, u které byly obavy z reakce respondenta, zda bude ochotný na ni odpovědět nebo zda se nerozzlobí. Jednalo se o otázku, zda musel vyhledat pomoc psychologa. Žádná negativní reakce nenastala a na otázku odpovědělo všech 7 respondentů. Druhá část se zaměřovala na rodinné a přátelské vztahy, kdy byl respondent dotazován na reakci rodiny na událost, zda v partnerském vztahu zaznamenal nějakou negativní změnu, jaký má po enukleaci vztah s přáteli nebo zda po enukleaci některé přátele ztratil. Třetí část otázek se věnovala pracovnímu

životu, tomu, jak dlouho byl respondent v pracovní neschopnosti, zda respondent po enukleaci musel změnit zaměstnání, pokud ano, co ho k tomu vedlo a proč, nebo jak se k situaci postavili kolegové. Čtvrtá část byla zaměřena na oční protézu, na výhody a nevýhody nošení, na vztah k protéze nebo co udělala protéza s respondentovým sebevědomím. Poslední, pátá část se věnovala volnému času respondenta, kde byl respondent dotazován, jaké jsou jeho záliby, zda ho enukleace omezuje v nějakých aktivitách nebo zda si díky ztrátě oka našel novou zálibu. Tím, že byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, bylo možno klást doplňující otázky a této možnosti bylo využito. Původně bylo do průzkumu osloveno 10 respondentů, z toho tři ženy a sedm mužů. U tří z nich však bylo zjištěno, že u nich byla enukleace provedena již v dětství a právě tito tři respondenti byli po finálním stanovení cíle práce z průzkumu vyřazeni. U zbylých sedmi respondentů byla enukleace provedena v dospělosti, proto byli v průzkumném souboru ponecháni. Čtyři respondenti byli vybráni metodou sněhové koule. Metoda sněhové koule (angl. Snowball sampling method) se zakládá na následujícím postupu - zpočátku je vyhledána osoba nebo několik osob, ti odkážou na další osoby, které splňují kritéria pro výběr do průzkumného vzorku. Tyto osoby jsou pak výzkumníkem kontaktovány (Sociologická encyklopedie, 2018). Zbylí tři respondenti byli kontaktováni nejmenovanou osobou pracující ve zdravotnictví, která na tyto respondenty zprostředkovala kontakt. Po udělení souhlasu respondentů dotyčné osobě byli respondenti kontaktováni průzkumníkem. Respondenti byli oslovováni buď prostřednictvím telefonátu, emailu, nebo prostřednictvím sociální sítě Facebook. Souhlas se zařazením do průzkumného vzorku byl získán od všech sedmi oslovených. Průzkum probíhal v období od prosince 2019 do konce února 2020. Provedení posledního rozhovoru bylo zkomplikováno respondentovou pracovní neschopností bez možnosti vycházek a poté příchodem pandemie koronaviru, proto se rozhovor dodatečně uskutečnil až v polovině června 2020. Sám respondent si vybral místo pro uskutečnění rozhovoru. Ve všech sedmi případech to byla kavárna. Před začátkem samotného rozhovoru byl udělen souhlas respondenta s nahráváním na diktafon, současně byl respondent ujistěn, že po přepsání rozhovoru do písemné podoby bude nahrávka z diktafonu smazána a po obhájení práce bude smazána i z počítače. Dále byl každý respondent ujistěn o anonymitě sdělených informací. Před každým rozhovorem byl respondent vyzván, aby o sobě něco pověděl. Tím byla prolomena nejistota a setkání probíhalo v přátelštějším duchu. Nejkratší rozhovor trval 25 minut, nejdelší rozhovor trval 50 minut.

## **5.2 Charakteristika průzkumného souboru**

Aby byl respondent zařazen do průzkumu, musel splnit tři hlavní kritéria, a to souhlasit s provedením rozhovoru, nesměl být čerstvě po enukleaci, tzn. minimálně 3 roky po operaci a enukleace u něj byla provedena až v dospělém věku. U jednoho respondenta došlo k enukleaci v patnácti letech, avšak život před enukleací si dobře pamatoval, proto nebyl důvod ho z průzkumu vyřadit. Věk respondentů se pohyboval od 38 do 61 let. Průzkumný soubor tvořilo šest mužů a jedna žena.

## **5.3 Technika vyhodnocení dat**

Rozhovory byly doslovně přepsány do počítačového programu Microsoft Word, poté byl soubor vložen do programu ATLAS.ti. Zde bylo pro analýzu použito otevřené kódování. Tento způsob analýzy využívá tzv. metoda zakotvené teorie, jejímž cílem je zkoumaný jev přesně pojmenovat a co nejlépe mu porozumět (Řiháček a kol, 2013, s. 44). Každý kód byl barevně odlišen pro větší přehlednost a na základě toho byly vytvořeny síťové mapy, které byly následně vkládány do diskuze.



## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole bude zmíněna bližší charakteristika respondentů a budou zde analyzovány všechny rozhovory pomocí kódů a podkódů, které zde budou rozepsány.

Bližší charakteristika respondentů je pro větší přehlednost zpracována do následujících tabulek:

**Tabulka 1** – Přehled respondentů

	Věk	Počet roků od provedení enukleace	Důvod enukleace	Nositel oční protézy?
Respondent č. 1	39 let	23	Úraz	Ano (akrylát)
Respondent č. 2	50 let	12	Úraz	Ne
Respondent č. 3	51 let	13	Úraz	Ano (akrylát)
Respondentka č. 4	59 let	6	Onemocnění oka následkem úrazu	Ano (sklo)
Respondent č. 5	52 let	4	Onemocnění oka následkem úrazu	Ano (sklo)
Respondent č. 6	61 let	36	Úraz	Ano (akrylát)
Respondent č. 7	51 let	7	Úraz	Ano (akrylát)

**Tabulka 2** - Bližší charakteristika respondentů

Respondent č. 1	Muž, 39 let, udržuje oční kontakt, na otázky odpovídá stručně a bez většího váhání, příjemné vystupování. Rozhovor 25 minut.
Respondent č. 2	Muž, 50 let, vtipný, hodně komunikativní, udržuje oční kontakt. Ochotný, z vlastní iniciativy donesl na setkání i oční protézku. Rozhovor 28 minut.
Respondent č. 3	Muž, 51 let, brýle, udržuje oční kontakt, povídá sám i bez položení otázky, z vlastní iniciativy donesl na setkání fotografie z místa úrazu a při rozhovoru si vyjmul

	z očního důlku protézku, aby mi ji ukázal. Rozhovor 40 minut.
Respondentka č. 4	Žena, 59 let, vtipná, příjemné vystupování, udržuje oční kontakt. Na některé otázky odpovídá bez zaváhání, nad některými otázkami chvíli přemýšlí. Rozhovor 35 minut.
Respondent č. 5	Muž, 52 let, příjemné vystupování, mluví pomalu, rozvážně, nad některými otázkami déle přemýšlí. Při povídání moc neudržel oční kontakt, jinak ano. Z vlastní iniciativy si z očního důlku vyjmul protézku, aby mi ji ukázal. Rozhovor 50 minut.
Respondent č. 6.	Muž, 61 let, galantní, příjemné vystupování, odpovídá bez většího zaváhání, udržuje oční kontakt. Velice příjemné setkání. Rozhovor 40 minut.
Respondent č. 7	Muž, 51 let, příjemné vystupování, na většinu otázek odpovídá bez zaváhání, chvílemi nedokázal udržet oční kontakt. Rozhovor 35 minut.

## 6.1 Příběhy respondentů

V této kapitole budou stručně přiblíženy jednotlivé příběhy respondentů, konkrétně to, z jakého důvodu u nich enukleace byla provedena. Čtenáři to může pomoci se lépe vcítit do emocí respondenta nebo do toho, jak celou svou situaci prožíval a nadále prožívá.

### 6.1.1 Respondent č. 1

Respondentovi bylo 5 let, když rozbil sklenici a střep mu vletěl do oka. Prožil 10 let neúspěšné léčby a neúspěšných operací. Oko bylo deformované a slepé, proto mu byla v jeho 15 letech provedena enukleace.

### **6.1.2 Respondent č. 2**

Respondentovi se stal pracovní úraz, kdy v Itálii na montáži vyměňoval tlakovou nádobu. Ta vyletěla a rozdrtila respondentovi pravou stranu obličeje, včetně očníce a bulbu.

*„...vlastně při výměně tlakové nádoby k tomu došlo, protože byl systém zapojený špatně a na manometru to ukazovalo nulu, a jak jsme do toho šáhli, tak se to na posledním závitě utrhlo a vlastně tou nádobou to vylítlo jak raketa, protože to bylo na 70 atmosfér natlakovaný, takže tím jsem dostal do hlavy. Okamžitě teda jsem padnul na zem, žejo... oko hned prostě vyteklo... tři dny jsem byl v kómatu.“*

### **6.1.3 Respondent č. 3**

U tohoto respondenta se jednalo také o pracovní úraz. Při stavění části pavilonu v domově seniorů se do betonu usadila kari síť, respondent se ohnul a drát mu i přes sklo brýlí pronikl do oka. Jak však drát narazil na sklo, lehce se na konci ohnul. Když se pak respondent narovnal, ohnutý drát mu oko vytáhl a to zůstalo viset pod víčkem.

*„Říkám, šestka drát, to je asi jak můj malíček. Kdybych neměl ty brejle, tak bych byl mrtvej, takhle mi to řekl pan primář. Říkal, že tím nárazem se vlastně ztlumila ta rychlost toho vniknutí do toho oka. Pak se ještě ohnul, takže se vychýlil a zůstal tam asi centimetr mezi mozem a... nevím co tam ještě za tím okem je. Takže mezi tím mi zůstal centimetr. Říkal: Stačil centimetr a byl jste mrtvej nebo postižený nadosmrti.“*

### **6.1.4 Respondentka č. 4**

V roce 2008 se respondentka vybourala na kole a měla úraz hlavy, okolo pravého oka byla sešitá. Právě s pravým okem začala mít problémy 3 roky po úrazu. Začala hůře vidět na počítač, nakonec přestala na oko vidět úplně. Oko bylo navíc nevhledné.

*„... nabobtnala čočka, zakalila se, to oko vypadalo úplně příšerně, já jsem se připadala jak mimozemšťan teda. Navíc jsem dělala v těch stavebninách, takže vlastně zákazníci chodili, když přišli s dětma, tak ty na mě koukaly tak jako... Hele, maminko, koukni... žejo, bylo to nepříjemný... to oko začalo bolet, cukalo to v tom, úplně to bylo nepříjemný, čtyřicet hodin denně.“*

### **6.1.5 Respondent č. 5**

Když bylo respondentovi 7 let, kamarád po něm hodil hřeben se špičatou rukojetí a nechtěně se trefil do respondentova oka. V nemocnici mu ránu sešili. Přibližně za 15 let na oko přestal vidět úplně. Byla mu zjištěna odchlípená sítnice. Prodělal několik operací, jednu dobu viděl pouze stíny, pohyb prstů, ale na delší vzdálenost neviděl nic. Za několik let se mu na oku objevil

zelený zákal. „*A tak jsem bral nějaký ty kapičky a tohle a to oko se mě začalo samovolně zavírat, zužovalo se mě víčko, padalo mě. Paní doktorka mě právě řekla, že to je tím, jak to oko odumírá, tak že se mě propadá a tím pádem to víčko nemá oporu v tom oku, že to oko drží to víčko. A zavíralo se mě víčko a pak vlastně jsem tam měl slabou štěrbinu 3 mm.*“ Lékař pak respondentovi oznámil, že se s tím už nedá nic dělat a v úvahu připadá jedině enukleace.

### **6.1.6 Respondent č. 6**

Respondentovi bylo 24 let, byl 4 měsíce ženatý a úraz se mu stal na první manželské dovolené, kdy sekal dřevo. Smrková větev se vymrštila a vyrazila mu oko. „*To oko vyteklo na místě, to vlastně vystříklo.*“

### **6.1.7 Respondent č. 7**

V roce 2013 utrpěl respondent pracovní úraz v podniku, kde pracoval. „*Došlo k průniku vysokého tlaku vzduchu přes měkké patro do nosní dutiny a slzným kanálkem došlo k poranění pravého oka. Lidově se tomu říká vyfouknutí očního bulbu.*“ Jeho stav byl velmi vážný.

## **6.2 Analýza rozhovorů**

K určitým částem rozhovoru, které nějakým způsobem zaujaly, byl vždy vytvořen nějaký kód a ten byl pojmenován. Tomu pak byla spolu s ostatními kódy nadřazena hlavní kategorie a vznikla síť kódů. Dohromady bylo vytvořeno 19 kódů. Těchto 19 kódů pak bylo přiřazeno do 6 nadřazených kódů (kategorií). Celkem vzniklo 5 sítí a každá síť byla přiřazena k jedné průzkumné otázce. Takto proběhla analýza všech sedmi rozhovorů.

### **6.2.1 Kódy**

Jak je již zmíněno výše, enukleace je významný zásah do života respondenta. Jelikož jde o vizuální změnu, určitým způsobem trpí respondentova psychika. Je bezpochybné, že tuto situaci budou odlišně vnímat muži a odlišně zase ženy, které rády dbají o svůj zevnějšek a chtějí se líbit. První kód byl proto nazván jako **stav psychiky**.

Respondent č. 2: „*Po psychický stránce já jsem jako odolnej, jako hodně.*“ „*Přeci jen člověk zdravej má jako respekt ze smrti a u mě to potom jako úplně vymizelo. Úplně to vymizelo, neměl jsem vůbec jako žádněj pocit nějakýho jako strachu, že bych měl umřít, nic. Takovej vnitřní klid, úplně se to srovnalo. Byl to dost zvláštní pocit jako.*“

Respondent č. 3: „*K psychologovi jsem nechodil, ale měl jsem to v sobě a musel jsem to ze sebe nějak dostat. On pan doktor říkal: „Musíte o tom mluvit.“ A když se mě na to někdo zeptal, tak jsem mu to všechno vyložil. A lidi: „Ty seš takovej hroznej, ty nám to všechno říkáš.“ Říkám:*

*„Já to ze sebe musím dostat.“ Zkrátka ten člověk to musí vytěsnit ze sebe. Když o tom stále mluvíte, mluvíte, mluvíte, tak na to i zapomínáte a pomalu to vytěsňujete z paměti. Zavřel jsem oči a viděl jsem... stále jsem to před sebou viděl. Ten první tejdén, když jsem usínal a zavřel oči, stále jsem před sebou viděl ten průběh toho, co se stalo. Je to takový... člověk to musí opravdu zpracovat sám v sobě.“*

Respondentka č. 4: *„...když můj mozek sepnul, že nevidím, tak tam byla tragédie, jo, tam jsem se sesypala. Úplně teda cugrunt, že jsem spadla do deprese.“ „No já jsem to zkoušela vysadit, když jsem si říkala, že jsem happy, ale přesto, že jako si myslím, že můj mozek to má srovnaný, všechno, tak to podvědomí asi funguje trošku jinak, takže jsem si je musela zase nechat napsat. Ještě pořád je beru a jako furt mě láká... jako na jaře to vysadit třeba, ale pak si řeknu NE, nechci už prožívat tenhle stav.“*

Respondent č. 5: *„Byl jsem, ve Svitavách u psychologa... ale jako když to řeknu, ten mně moc nepomohl. To spíš mě to přišlo jakoby... ne, že neporadil, ale člověk se z toho asi musí dostat sám.“*

Druhý kód byl nazván jako **prvotní reakce**. Pod tímto kódem se skrývají emoce, pocity bezprostředně po úraze nebo po oznámení, že oko bude vyjmuto.

Respondent č. 3: *„Cejtíte takový, jak když si strčíte prst do oka. Když si šťouchnete prstem do oka, cejtíte takový, že vám vyhrknou slzy... jenže to byl sklivec. Cejtíte takový šťouchnutí, ale to vůbec nebolelo. To byl takovej pocit v tom momentě, říkám, jak kdybyste si vzala prst a vrazila si ho do oka. Takovej nepříjemnej tlak, pak jsem cejtíl na tváři, jak kdyby mi slzelo oko, ale to oko už jsem měl na tý tváři a vytíkal mi z toho ten sklivec. Ale říkám, nebolelo to, opravdu to nebolelo. Byl to nepříjemnej pocit.“*

Respondent č. 4: *„No já už jsem se na to těšila, protože jako když někomu cuká čtyřicet hodin v oku, jako to je... nebo takhle, popíšu to... připodobnila bych to k tomu, když vám čtyřicet hodin píchá někdo jehlicí do oka, jo, a teď vám to oko cuká různě, s různou intenzitou, mění se to, jo, tak já už jsem se na to těšila spíš jak na smilování, protože to oko stejně nevidělo, stejně vypadalo hrozně. Tak já jsem spíš jako už to chtěla.“*

Respondent č. 6: *„To je strašná komedie, já jsem si zapálil. Já jsem vlastně byl asi v šoku, tak jsem si vytáhl cigaretu a zapálil si. Já jsem nevěděl, co... protože to nebolí, to nebolí, to nedělalo vůbec nic. To začalo bolet v podstatě až po... (přemýšlí)... hodině v Hradci na tom rentgenu.“*

Respondent č. 7: *„Při úraze jsem si v daném okamžiku neuvědomoval vůbec nic, snad jen, že jsem se lehce zranil. Žádné emoce jsem v danou chvíli nepociťoval.“*

Další kód dostal název **hospitalizace** a jsou mu podřazeny dva další kódy, a to **přístup personálu** a **rekonvalescence**. Pokud personál nedostatečně podává informace a respondent je v nejistotě, celá hospitalizace pak může nepříznivě přispívat k jeho psychice.

Respondent č. 1: „*No o tý pohyblivosti protézy mi neřekli. Tvrdili, že bude pohyblivá plně, ale zdaleka není. Takže to mě hodně zklamalo.*“

Respondent č. 3: „*Přístup úplně profesionální. Příjemný všichni, cokoli jste se zeptala, všechno vám vysvětlili. Byly tam i situace, že jsem měl zákaz se na sebe podívat do zrcadla, tak 3. den, ale umluvil jsem sestřičky a mohl jsem se podívat, jak vypadám. No byl to teda hroznej pohled, protože máte půl obličeje modrýho, ten otok tam byl... šílený.*“

Respondent č. 7: „*Personál ve FN Brno byl nadprůměrně profesionální, ochotný a vstřícný. Takže mi byl velkou oporou, od sester až po doktory. Jediné, co mi zatajili byl můj skutečný zdravotní stav. Čekali s tou informací o mém stavu až na osobu blízkou, moji v té době přítelkyni. Až poté mě navštívil nemocniční psycholog.*“

Vybrané odpovědi k podkódu **rekonvalescence**:

Respondent č. 2: „*Nejhorší bylo zvyknout si na periferní vidění.*“

Respondent č. 6: „*...zejména nalejvání třeba něčeho, vůbec vodu dostat do sklenice... nebo ukrojit chleba nebo něco takovýho, protože ten úhel je úplně jinej, žejo. To si člověk myslí, že to dělá dobře a jde si nožem na ruku. Jo, jako to je všechno maličko jinak... ale to vůbec si jako nestěžuju jo, to jen jako že se ptáte jo.*“

Všechny tyto kódy byly zařazeny do kategorie **akutní fáze**.

Po enukleaci se život respondenta mohl buď zhoršit, zlepšit nebo být stejný jako před enukleací, proto byl další kód nazván jako **hodnota života**.

Respondent č. 1: „*Myslím si, že kdyby předchozí kvalita byla 7 na stupnici 1 až 10, kdy 10 je nejlepší, tak teď to je 9. Kdyby ta protéza byla pohyblivá, zaostřovala, měla hloubku toho oka, tak by to bylo 10. Samotný nevidění na jedno oko nevadí. Vadí ten dojem.*“

Respondentka č. 4: „*Je to stejný. Jako v podstatě, když se s tím člověk vyrovná, tak ta hodnota života je úplně stejná. Vlastně fakt vás to v ničem neomezuje. Je to spíš o tý hlavě, jak si to člověk v tý hlavě nastaví. Jak říkám, autem můžu jezdit, na kole můžu jezdit, já můžu všechno.*“

Respondent č. 5: „*No možná líp. Nemusím fyzicky dělat v práci. Předtím jsem musel fyzicky makat, teďka fyzicky nedělám a je mě líp. Protože vlastně roky mě přibejvaj a nevím, jak by to*

*druhý oko vydrželo. Může mě tam prasknout nějaká cévka a může to oko oslepnout a byl bych slepej hned.“*

Respondent č. 6: *„Řekl bych, že líp, protože každěj nějakěj malér životní vás posune o kousek vejš. Jakmile vás začne srážet, tak to je špatně. Je to potřeba... nevím, to je můj názor osobní, ale se přes to přenýst nějak a říct: No, tak ještě to v háji není, žejo, a půjdu o kousek vejš. A buď to půjde, nebo budu stagnovat. Zatím to jde.“*

Respondent č. 7: *„V každém případě to hodnotím hůře.“*

Každá situace v životě daného člověka nějakým způsobem ovlivní, a to buď negativně, nebo pozitivně. Další kód proto dostal název **ovlivnění**.

Respondent č. 2: *„Trošku jsem jako obezřetnější na sebe, to jo. Že člověk už jako má na to trošku jinej náhled už na to, že se opravdu může něco stát... jakmile někdo udělá nějakěj přestupek, nějakěj z blbosti, že nad tím jako nepřemejšlí, tak mě to docela jako štve. Ať už je to v tom autě, že jede do zákazu, nebo prostě nějaký takový, že si lidi moc neuvědomujou, že může bejt za rohem něco, co jim změní život.“*

Respondent č. 3: *„Zklidnil jsem se. Je to takový... člověk se zklidní. Dřív byl takovej švihlej a dneska je klidnější, usedlej a přemejšlí. On už i nějakěj ten věk přišel. V tý době mi bylo nějakějch pětaticet nebo kolik, dneska mi je přes 50 a už mám takový... už jsem takovej trochu jinej, no. Jako jsem se víceméně zklidnil, by se dalo říct. Dřív jsem se furt do všeho vrhal po hlavě, opravdu od rána do večera člověk byl v práci, šel ve 3 ráno z domu, přišel v 7 večír a bylo to takový jiný, no, živelný. Každýho ten úraz nějak... zpomalí.“*

Respondentka č. 4: *„Jako myslím si, že takovej ten názor, že zdraví je nejdůležitější, ten už jsem měla delší dobu, jo, ale tady si člověk uvědomí, že to je strašně křehký a stačí vlastně jeden takovej blbej moment a všechno je úplně jinak. Takže člověk si víc váží toho zdraví. Nejen svýho, ale hlavně i toho svýho okolí, jo. A vždycky se říká, že to je fráze, když někomu přejete zdraví, ale není. Jo a člověk si váží toho, že můžete dělat a jste zdravá, a že vás nic... nebo relativně zdravá, žejo. Jako v tomhle mě to spíš ještě posunulo dál.“*

Respondent č. 5: *„No... že... že si asi víc cením toho pravýho oka a furt si říkám, hlavně, aby mě vydrželo co nejdýl. Protože kdybych měl bejt slepej, nevím, jestli bych to zvládl. Jestli by člověk, když to řeknu blbě, si něco neudělal.“*

Respondent č. 7: *„Ztráta oka mi vzala několik let života, aspoň si tak připadám.“*

Říká se, že čas zahojí všechny rány, proto byl další kód nazván jako **postoj k situaci**, kdy průzkumníka zajímalo, jak respondent celou situaci vnímá s odstupem času.

Respondent č. 1: „Už to příliš neřeším. Přece jen, když už si člověk najde rodinu, partnerku a tak, tak už má v tomhle vystaráno a nebere to jako velký handicap. Ale dokud jsem hledal, tak jsem to za velký handicap považoval.“

Respondent č. 4: „Já mám takovou nějakou trošinku filosofii, že prostě osudem nám je něco daný a co se má stát se stane. Jo, tak jsem s tím smířená, jako v ničem mě to neomezuje v podstatě, řídím i auto... takže беру to spíš takhle no, prostě mělo to asi tak bejt, tak se to stalo. Dneska jako svým způsobem můžu bejt ráda, žiju normální život a jsou na tom někteří lidi o hodně hůř a nemaj třeba zase šanci takovouhle, jako já.“

Respondent č. 6: „...prostě stane se, ale nemám vůbec jako... abych to bral nějak jako nějakou zášť vůči něčemu, ne vůbec. Já jsem srovnanej člověk celkem v tomto směru.“

Těmto třem kódům byla nadřazena kategorie **vnímání situace s odstupem času**.

Další dva kódy mají název **přístup rodiny** a **přístup přátel**. Těm byla přiřazena kategorie **sociální život**.

Respondent č. 2: „Já jsem na nich nikdy nepoznal žádnéj jako odstup ode mě nebo něco takovýho, vůbec. Ani lítost jako nebyla, chovaly se prostě normálně.“

„Ohledně mé práce a všeho mě berou... a navíc je jako došlo, že to pořád dokážu dělat i s tím jedním okem, že nemám žádnéj problém.“

Respondent č. 3: „Paní z toho byla špatná. Ta to vzala hodně špatně no. Jak bych vám to řekl, ona je taková citlivá, moje paní je hodně citlivá zkrátka. Když na vás někdo vyhrkne, že si vypíchl oko, tak se z toho asi taky nebudete... radovat. Ta to přijmula tak jako... svým způsobem. Zpracovala si to a ve vztahu žádnéj problém není, to jako... jsme spolu 30 let skoro už.“

Respondent č. 5: „No... začali brečet.“

Respondent č. 6: „No, že prostě tam ten handicap je a... ale pak se to nějak srovnalo, potom přišly děti, žejo, už nebyl nějak čas se tomu věnovat a pak stejně ten rozvod nastal, ale až po mnoha mnoha letech z jiných důvodů. Jo, ale byla tam taková ta... Tohle nemůžeš dělat, máš jedno oko... ale já jsem to chtěl dělat přitom, jo, takový spíš jako odstavování z některých činností, což ne vždycky je vám příjemný. Ale oni to třeba myslej dobře, ale na vás to působí nějak jinak.“ „Dcerky dokonce jako chtěly vidět vyndanou protézu, to jsem říkal, To vám nebudu ukazovat, to jako není hezkej pohled. Já jsem říkal jako, Vemte to tak, že tam je díra do hlavy, tam jako není extra o co stát. Takže to vzali tak nějak... jo, ptaly se, ale spíš ne vůbec ze zášti, z takový tý dětský zvědavosti.“



Respondent č. 7: „Změny samozřejmě přišly a spíše v tom směru, že jsme se s manželkou více sblížili... přátelé se drželi spíše v pozadí, bylo to pro ně neznámé území a sami se s tím potřebovali takříkajíc srovnat. Neměl jsem jim to za zlé, spíše jsem je chápal. Asi bych se taky držel v ústraní a snažil se naslouchat.“

Pokud se člověk v kolektivu nějakým způsobem liší od ostatních, může se snadno stát terčem posměchu, která může vyvrcholit až v šikanu. Další kód byl nazván jako **vztahy na pracovišti**, který má toto tvrzení u respondentů potvrdit nebo vyvrátit.

Respondent č. 1: „Těm je to úplně jedno. To tuplem víc platí, jak při tom přátelství. Je to univerzální, já jsem vždycky dělal práci, kde ty lidi... byl jsem na akademický půdě, byl jsem na úřadě, na ministerstvu... kde jim je opravdu úplně jedno, jak vypadáte. Můžete být třeba z Marsu, jo. Plní úkoly, je spolehlivej, dá se s ním vyjít, nebo není. Vzhled je to poslední.“

Respondent č. 3: „Jako berou to úplně normálně. Jako zdravýho člověka. Já to na sobě nenechávám... nedávám znát, se jako necejtím nějak postiženej nebo tak. Sem se zařadil do té společnosti tím způsobem, že dělám všechno pro to, abych byl jak zdravěj. Mám nějaký omezení, nějaký práce dělat nemůžu, ale nesnažím se vystupovat v roli nějakýho postiženýho, já tohle nemůžu nebo hledat nějaký omezení. Snažím se opravdu vyjít tý firmě vstříc, oni udělali hodně pro mě, já jim to musím trochu vrátit.“

Další kód se jmenuje **změna/volba zaměstnání**. S tímto kódem souvisí další kód- **pracovní prostředí**. Tři ze sedmi respondentů uvedli, že po enukleaci museli změnit zaměstnání právě kvůli nevyhovujícímu prostředí.

Respondent č. 3: „Zaprvý, nemůžu řídit zemní stroje, to je první omezení. Nemůžu vozit lidi, jezdit autobusem, to je druhý omezení. Nemůžu se pohybovat na stavbách, kde jsou výkopy, kvůli orientaci v prostoru, takže mám sníženou orientaci v prostoru, i když člověk se s tím naučí žít, že si to zmapuje to prostředí a tak. No a oni ani nechtěli, abych se tam vrátil, ta firma, na to původní místo. Protože tam se dělali věci stavební. Jako mohl bych řídit ty zemní stroje někde na otevřený pláni, kde by nikdo nebyl, ale na tý stavbě ne.“

Respondent č. 5: „Mě říkali, že bych měl jakoby si hledat práci, abych jakoby vůbec se nemusel namáhat. Byl jsem taky delší dobu na pracovním úřadě, jo, protože jsem říkal, že to nebudu, zámečnicku, a od paní doktorky Eliášový... mě napsala omezení, jo, zase kvůli pracáku, aby mě neposlali, plácnu, támhle někde ke sbíječce nebo támhle někde k pokrejšvačům do vejšek. Jo, mám prostě tam napsaný, že nemůžu pracovat ve výškách, v prašným prostředí, nemůžu zvedat těžký předměty, nemám pracovat v kleče, abych dělal třeba nějakýho podlaháře, aby asi

*nějakej ten tlak nešel do toho vidoucího jednoho oka, jo, a řidiče z povolání. To vlastně napsala mě, aby pracovní úřad mě nehodil kamkoliv. “*

Respondent č. 7: *„Nemohl jsem se vystavovat akustickému hluku, dále na provoze byl zvýšený výskyt aerosolů v ovzduší z výroby emulze, kvůli špatnému prostorovému odhadu jsem nemohl pracovat ve výškách a hloubkách, což byl případ práce v hlubokých kanálech. No a v neposlední řadě prašnost v provozech kovárny, kompresové a aku stanice. “*

Tyto tři výše uvedené kódy byly zařazeny do kategorie **pracovní život**.

Následuje kategorie **přínos implantátu**, do které patří čtyři kódy. První z nich je **motivace**, tedy proč se respondent rozhodl nosit protézu, zda je s ní spokojený atd.

Respondent č. 1: *„Motivace byla ta, vypadat lépe než pozůstatek, co tam byl... Takže méně upozorňovat na ten handicap. “*

Respondentka č. 4: *„Já jsem vysazená na cokoli plastovýho, já si nedám plastový oko do těla, já chci sklo. Takže já... pak mě to přepsal nebo napsal, takže já jezdím do Jablonce k tomu Petrovi Adamovskému, jestli Vám to něco říká. “*

Druhý kód z této kategorie byl pojmenován jako **sebevědomí**. Někomu nošení protézy sebevědomí zvedne, někomu zase sníží. Za zmínku stojí odpověď respondenta č. 3, který oční protézu nenosí a řekl, že sebevědoměji se cítí bez protézy, než s ní. Je to tedy opravdu velmi individuální.

Respondent č. 1: *„To není nic, na co by byl člověk pyšnej. “*

Respondentka č. 4: *„No určitě po tom „krásným“ oku se moje sebevědomí zvedlo. “*

Respondent č. 6: *„No byla tam ztráta. Proběhla, proběhla docela velká taková, protože víte co, jdete... mě se třeba stalo na koupališti, že jsem si skočil a to oko mě vypadlo. A teď teda vylejzáte ven a nevíte proč ty lidi jsou vytřeštěný, než já jsem si uvědomil, co se asi tak mohlo stát. Tak jsem se hnál domů pro další. A celkově takový to, že po vás koukali, protože beze sporu, když se budu dívat doprava, tak šilhám samozřejmě, čili já musím otáčet celou hlavu nebo celý tělo, ale už jsem se to naučil nějakým stylem, ale zkraje to bylo takový horší no. “*

Respondent č. 7: *„Používání protézy mi usnadnilo život v tom směru, že jsem si nepřipadal zohavený a pro okolí na první pohled normální. “*

Poslední dva kódy z této kategorie jsou **pozitivní vlastnosti** a **negativní vlastnosti**.

Respondent č. 3: „Nevýhoda je, že se to musí vyndávat a čistit. A výhoda... že to vypadá stejně jak oko, no. Že vlastně ten člověk, když to má, tak si nepřijde, jak když nemá oko. Že to na vás to okolí nepoznává, že jste jiná.“

Respondentka č. 4: „Ta plastová jako je taková víc matná, že není tak lesklá jak to sklo, a že třeba když se asi někdo víc zadívá, tak že by si toho mohl někdo víc všimnout.“

Respondent č. 6: „Výhoda je ta, že to nezamrzá, nic to nedělá, není to tak zánětlivý, protože při tom skleněným je fakt, že někdy ty záněty se projevovaly. Tady jsem zatím nic neměl.“

Respondent č. 7: „... občasné záněty spojivky spojené s hnisáním a následnou léčbou.“

Poslední kategorie byla nazvána jako **volný čas**. Do této kategorie spadají dva poslední kódy. Prvním z nich je **ztráta záliby z důvodu enukleace**. Dva respondenti museli zanechat svého koníčku, a to střelby a jízdy na žně s kombajnem. V odpovědích dalších respondentů se objevovaly záliby jako fotografování nebo ping pong, na ně však enukleace neměla žádný velký vliv.

Respondentka č. 4: „Pinec hraju dál, ale než jsem se naučila hrát s tím jedním okem, to dalo zabrat. Tam to je poznat hodně. Ale jako jo, teď už se zas dostávám tak jako do formy no. Ale vlastně řekla bych, že to trvalo tak ty 3 roky, no. Zkraje, když jsem začala, tak jsem se nemohla trefit do míčku, jo, to opravdu bylo poznat.“

Respondent č. 6: „Měl jsem závodní střelbu a toho jsem musel nechat. Já jsem střílel z flinty závodně a pak teda, že to nejde, takže jsem toho nechal, ale přesedlal jsem na pistoli a to už jako šlo, to míření tam je trošku jiný.“

Respondent č. 7: „Ano, každý rok od cca července jsem jezdil na Slovensko s kombajnem na žně, což poté nebylo možné.“

Úplně posledním kódem je **přínos nové záliby**. Žádný z respondentů si díky enukleaci nenašel nový koníček.

Respondent č. 1: „Není to žádná výhoda, kterou by Vám to dávalo, aby Vás to směřovalo k nějakému koníčku.“

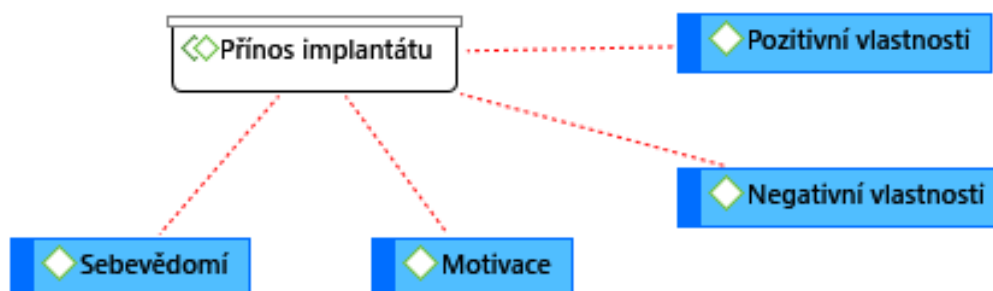
## 7 DISKUZE

V této kapitole budou rozebírány jednotlivé průzkumné otázky. Pod každou průzkumnou otázku bude vložena mapa kódů. Všechny mapy kódů budou pro větší přehlednost vloženy také do příloh (viz příloha G, s. 63 – 68).

### Průzkumná otázka č. 1: Změnil se život respondenta po používání oční protézy?

Jelikož jsou oční protézy vyráběny, a v případě akrylátu dokonce i malovány, ručně, jedná se o výrobky velice kvalitní, precizní a věrohodně vypadající. Ne pro každého jedince je však nošení protézy přínosem. Co se týká mých respondentů, šest ze sedmi uvedlo, že protéza je pro ně velmi důležitá a jsou s ní spokojeni. Uvedli také, že po tom, co začali protézu nosit, se začali cítit lépe, jelikož nebyli pro okolí tolik nápadní a necítili se středem pozornosti. Dva z těchto šesti respondentů si ale postěžovalo na nepohyblivost protézy. Naučili se však otáčet celou hlavou, ne jen okem (očima), aby nepohyblivost protézy nebyla ostatními lidmi tolik patrná. U těchto respondentů převažovala pozitiva nošení nad negativy. Mezi negativa tito respondenti uváděli například to, že se o protézu musí pečovat nebo také zvýšené slzení v prašnějším prostředí. Nositelé skleněné protézy uváděli přílišnou křehkost. Respondent č. 2 oční protézu nenosí. Při rozhovoru přiznal, že přibližně půl roku se snažil protézu nosit, ale ta mu vůbec neseseděla. Prodělal totiž úraz, kdy mu tlaková nádoba roztříštila celou stranu obličeje včetně očníce. Uvedl, že protéza nedržela na svém místě, stále směřovala do strany a ne rovně. Snahu tedy vzdal a chodí bez protézy. Oční důlek má zavřený, tmavé brýle ani pásku nenosí a cítí se takto sebevědoměji. Lze vidět, že oční protéza může respondentův život změnit jak pozitivně, tak i negativně.

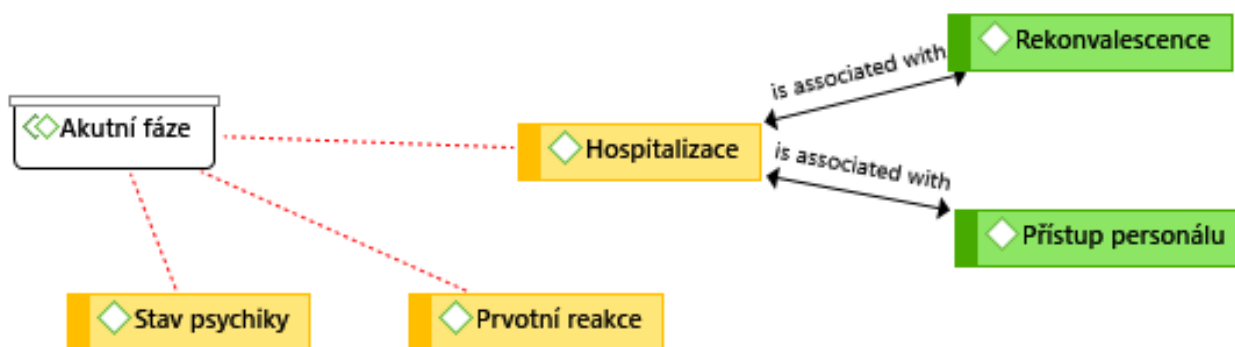
Průzkum na příbuzné téma tvořila i Dürrová (2007, s. 48), která pomocí dotazníků zkoumala mimo jiné i spokojenost jedinců po enukleaci s oční protézou. Uvádí, že všichni její respondenti jsou s protézou spokojeni, a to jak s barevným provedením, tak s velikostí. Z toho vyvozuje kvalitně odvedenou práci výrobce protéz, na které se shodujeme.



Obrázek 1 – Přínos implantátu

## Průzkumná otázka č. 2: Měla enukleace dopad na psychiku respondenta?

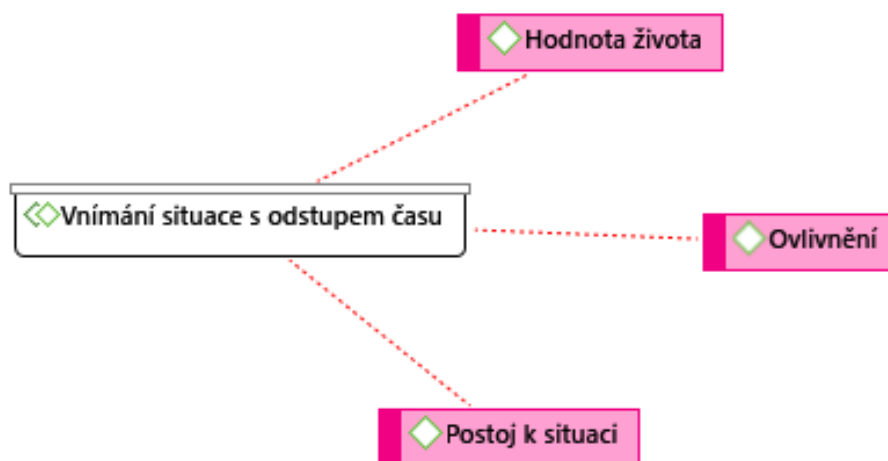
Co se týče této průzkumné otázky, zde jsem se zaměřovala na psychiku v akutní fázi, tedy krátkodobě po enukleaci, a na psychiku s odstupem času. Když jsem se při rozhovorech respondentů ptala, co v daném okamžiku (při úrazu, při oznámení, že bude oko vyjmuto) prožívali, čekala jsem odpovědi, jako: „Zhroutil jsem se, plakal jsem, omdlel jsem.“ Čtyři respondenti, kteří prodělali úraz, uvedli, že si v prvotní chvíli ani neuvědomovali, jak vážný úraz se jim stal. Respondent č. 7 dokonce uvedl, že si myslel, že se zranil pouze lehce. Jak vážný jeho stav ale byl, se dozvěděl posléze od lékaře. Na tuto otázku také odpovídali, co v dané chvíli cítili po tělesné stránce, např. nepříjemný tlak, pocit mokra na tváři. Pouze jeden z těchto čtyř respondentů využil pomoc psychologa. Zbylým třem respondentům bylo od lékaře po určitých komplikacích oznámeno, že oko bude vyjmuto, proto se na tuto skutečnost mohli lépe připravit. Cooper (2009, s. 1387) ve svém článku píše, že tyto pacienti bývají často psychicky na enukleaci lépe připraveni a v některých případech sami chtějí, aby bylo oko odstraněno. Toto tvrzení souhlasí s odpověďmi mých respondentů. Respondent č. 1 byl s vyjmutím oka smířen, respondentka č. 4 se na enukleaci dokonce těšila a respondent č. 5 uvedl, že z toho nebyl nijak vyděšený. Ten však nakonec využil pomoc psychologa, avšak uvedl, že mu nijak nepomohl a se situací se musel vyrovnat sám.



Obrázek 2 – Akutní fáze

Ohledně psychického stavu v současné době mám poznatek přímo z průběhu rozhovoru. Dva respondenti si sami od sebe, z vlastní iniciativy, aniž bych je sama o to požádala, před celou kavárnou vyjmuli z očního důlku protézu, aby mi ji mohli ukázat. Jeden respondent si pak protézu nasadil zpět a mě požádal o zkontrolování, zda sedí v důlku správně a druhý respondent si poté protézu schoval a po zbytek rozhovoru byl bez protézy. Myslím si, že toto je jasný důkaz toho, že je se svou situací vyrovnaný. Když jsem se respondentů ptala na to, zda se jejich život po enukleaci změnil k lepšímu, k horšímu nebo zůstal stejný, jejich odpovědi mě překvapily.

Zhoršení uvedl pouze jeden respondent, u dvou respondentů zůstal stejný a čtyřem respondentům se díky enukleaci změnil život k lepšímu, což bylo pro mě příjemným překvapením. Respondenti uvedli, že po tomto zážitku se zklidnili, zpomalili, začali si více vážit zdraví a jsou na sebe opatrnější. Respondent č. 7 uvedl, že si připadá, jako by mu ztráta oka vzala několik let života.

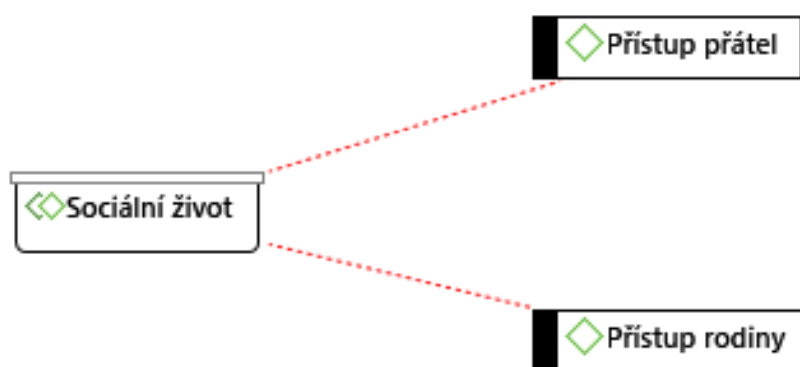


Obrázek 3 – Vnímání situace s odstupem času

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaký dopad měla enukleace na navazování přátelských/partnerských/rodinných vztahů?**

Když se rodina nebo přátelé dozvědí, že jejich blízký utrpěl vážný úraz, při kterém přišel o oko, je to bezpochyby velice šokující. I přesto je důležité zachovat chladnou hlavu a být postiženému jedinci oporou. Zajímalo mě, zda toto platilo i u mých respondentů. Co se týče partnerského/rodinného vztahu, šest ze sedmi respondentů uvedlo pozitivní přístup, podporu partnera/člena rodiny. Jeden respondent bohužel v manželce nenašel dostatečnou oporu, uvedl, že byl od manželky neustále limitován v různých činnostech, manželka mu neustále dávala najevo, že je nemocný, že nemůže tohle a tamto. Takové manželství se také rozpadlo. Co se týkalo dětí, žádný z respondentů, který děti má, nezaznamenal z jejich strany odtažitosť nebo posměch. Respondent č. 1 uvedl, že jeho tři děti (8, 5, 2 roky) dokonce ani neví, že tatínek má „umělé oko“. Ze strany přátel neměla enukleace na přátelství mých respondentů vliv. Pouze poslední respondent uvedl, že ze začátku se jeho přátelé drželi spíše v ústraní, protože pro ně byla tato situace neznámým územím. Respondent je ale chápal. Chtěla bych zde citovat hezkou odpověď od respondenta č. 1: „A navíc většinou lidi zakládaj přátelství na osobních vlastnostech, ne na vzhledu, takže je jedno, jak kdo vypadá, ale jak se chová.“

McBain a kol. (2014, s. 39 - 43) píše ve svém článku o výzkumu za pomoci dotazníků, jehož účelem bylo prozkoumat sociální a psychologický dopad žití s oční protézou. Ve výsledcích zdůrazňují fakt, že respondenti, kteří žijí s partnerem, rodinou nebo přáteli měli nižší úroveň deprese, než ti, kteří žijí sami. Toto tvrzení mohu potvrdit i u svých respondentů, pro které jsou jejich přátelé velice důležití a jsou respondentům velkou oporou. McBainův výzkum byl však limitován tím, že více než 40 % z oslovených respondentů nevrátilo vyplněný dotazník. Z toho se dá usoudit vícero závěrů, například psychická nevyrovnanost se situací a z toho vyplývající vyhýbání se sociální interakci. To je však pouze moje domněnka.



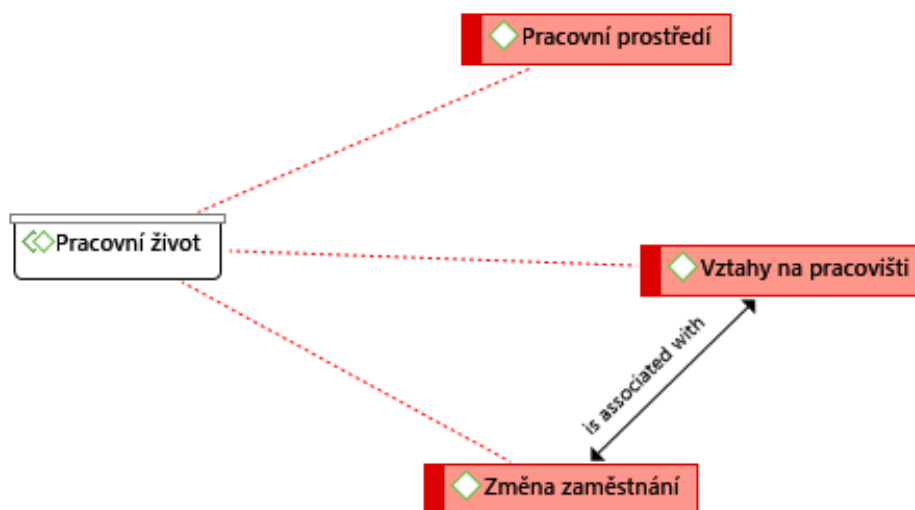
Obrázek 4 – Sociální život

#### **Průzkumná otázka č. 4: Jak ovlivnila enukleace respondenta v pracovním životě?**

Je bezpochybné, že zraková postižení přinášejí určitá omezení v zaměstnání. Jak je to u enukleace? Z mých sedmi respondentů museli tři změnit místo právě kvůli jejich handicapu. Mezi nejčastější důvody byla uváděna práce ve výškách nebo v hloubkách, prašné prostředí, přeprava dalších osob (například autobusem), práce v šeru, ve tmě. Pokud se jedná o pracovní úraz, který jedinci znemožňuje nadále pracovat na stejné pozici, zaměstnavatel je povinen zaměstnanci nabídnout jiné zaměstnání s ohledem na všechna jeho omezení. Žádný z mých respondentů se nesetkal s negativním postojem ze strany kolegů.

Simona Příbylová (2012, s. 45) prováděla průzkum na stejné téma jako je tato bakalářská práce. Mimo jiné se zabývala také pracovním životem svých respondentů. Více než 70 % z celkového počtu jejích respondentů enukleace nikterak neovlivnila pracovní život. Autorka práce použila kvantitativní výzkum, konkrétně dotazník, a bohužel nikde neuvádí, jaké zaměstnání její respondenti vykonávají. Tento výsledek mě však překvapil, protože jejího průzkumu se zúčastnilo více mužů než žen a právě muži více vykonávají fyzicky těžkou práci, při které by ztráta oka mohla být problémem.

V mapě kódů je vztah mezi kódy **Vztahy na pracovišti** a **Změna zaměstnání**. Myslím si, že pokud jedinec musí změnit práci a nastoupí do úplně jiného kolektivu, je tam určité riziko nepřijetí handicapovaného jedince do již utuženého kolektivu. Žádný z mých respondentů, který musel práci změnit, tento problém naštěstí neprožil.



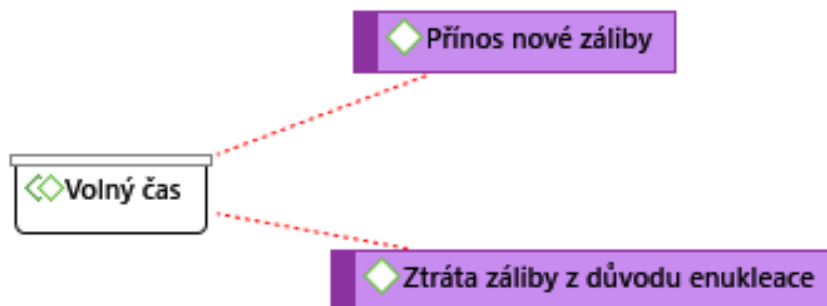
Obrázek 5 – Pracovní život

#### Průzkumná otázka č. 5: Jsou nějaké činnosti, které respondent musel vyřadit?

Zrakové postižení, jakým ztráta oka bezesporu je, přináší určitá omezení i ze strany zálib. Ze sedmi mých respondentů se svého koníčku museli vzdát pouze dva respondenti. První z nich je závodní střelba z flinty. Tato záliba byla respondentova srdeční záležitost, a když mi to při rozhovoru říkal, posmutněl. Flintu pak ale vyměnil za normální pistoli, u které je prý jiné míření a enukleace nijak nevadí. Druhý respondent každoročně jezdil kombajnem na Slovensko na žně. Tohoto koníčku se také musel vzdát. Co se týče nějakých specifitějších zálib ostatních respondentů, bylo tam například fotografování. Respondent uvedl, že se na objekty musí dívat z trošku jiného úhlu, než člověk s oběma očima, ale jinak jej ztráta oka nijak nelimituje. Respondentka č. 4 hraje ping pong. Svěřila se, že jí trvalo dlouhou dobu, než se po enukleaci dostala zpět do formy. Ze začátku se jí vůbec nedařilo trefit se do míčku. Trvalo prý 3 roky, než se jí při hře začalo dařit. V současné době už opět jezdí na turnaje a poráží i chlapy. Je to obdivuhodné.

Již zmíněná Simona Příbylová (2012, s. 47) ve své bakalářské práci také zkoumala, zda enukleace nějak ovlivnila její respondenty ve sportovních aktivitách. Více než 60 % z celkového počtu jejích respondentů uvedlo, že ne. Zbylí respondenti jsou ve sportu omezeni. O jaké sportovní aktivity se jedná, však bohužel neuvádí.





Obrázek 6 – Volný čas

## ZÁVĚR

Enukleace oka je výrazný zásah do života jedince. Jde totiž o odstranění celé oční koule, a to buď z důvodu úrazu, nebo onemocnění.

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života jedinců, kteří prodělali enukleaci. Práce je dělena do dvou hlavních částí, teoretické a průzkumné. Teoretická část se zabývala hlavně enukleací, od postupu operace, přes indikace k operaci, až po předoperační a pooperační péči. Dále byla věnována pozornost kvalitě života, stručné anatomii oka a na závěr i očním protézám. Podstatou průzkumné části bylo 7 rozhovorů s respondenty. Rozhovory byly přepsány, analyzovány v programu ATLAS.ti a díky tomu bylo zodpovězeno na 5 průzkumných otázek, které byly stanoveny. Hlavními cíli práce bylo zmapovat kvalitu života dospělého člověka po enukleaci oka, která byla provedena jak akutně, tak i plánovaně, a to minimálně 3 roky od provedení zákroku. Dále bylo cílem zjistit, zda a jak se u respondentů změnil žebříček hodnot. Zodpovězením průzkumných otázek byly cíle splněny. Moji respondenti žijí i přes určitá omezení plnohodnotný život a i přes počáteční patálie se v současné době snaží ke svému handicapu přistupovat pozitivně. V případě mých respondentů platí přísloví: „*Co tě nezabije, to tě posílí.*“ Co se týče žebříčku hodnot, moji respondenti si po enukleaci začali více vážit svého zdraví a právě tuto hodnotu ve svém žebříčku posunuli na první příčky. Uvědomili si, jak zdraví může být křehké.

Největším překvapením při psaní této práce byla obrovská ochota a přátelskost všech sedmi respondentů. Všechna setkání byla nesmírně obohacující a jsem velice ráda, že jsem si toto téma zvolila. Ještě více jsem se utvrdila v tom, že na světě není většího bohatství než toho, být zdravý. Uvědomila jsem si, že i já, i lidé v mém okolí, i většina společnosti pořád řeší hloupost, hroutí se z maličkostí, z věcí, které za zhroucení nestojí. Když si uvědomím, jak mnohdy vážné úrazy se mým respondentům staly, ale ani na jednom z nich nebyla sebemenší známka lability nebo negativismu, nutí mě to se stydět. Stydět se za to, jak nedůležitými věcmi se zabýváme, rozčilujeme se nad nimi, kazíme si jimi svůj den. Máme obě oči, vidíme, slyšíme, nic nás nebolí, netrápí, tak co nám schází? Kdo je zdravý, je nesmírně bohatý. A to si spoustu lidí neuvědomuje.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na co jsem však při rozhovorech přišla, bylo to, že takto handicapovaným jedincům chybí sdružení, spolky, a to je mým doporučením pro praxi. Myslím si, že by takový spolek přímo pro jedince po enukleaci byl velkým přínosem. Tito lidé by si mezi sebou předávali své

zkušenosti, rady, tipy a vyvarovali by se tak počátečním nejistotám, strachům například z toho, co mohou a nemohou s jedním okem dělat. Vím, že existují spolky, sdružení, organizace pro nevidomé, slabozraké (například Tyfloservis), ale co pacienti po enukleaci? Je to specifický stav, který by si nějaké sdružení také zasloužil. Dle mého názoru by tohle ocenili hlavně čerstvě postižení jedinci, pro které je tento stav novinkou. Při psaní této práce jsem zjistila, že existuje velice málo literatury, výzkumů ohledně tohoto postižení. I z tohoto důvodu by takový spolek byl přínosem. Když pacient nemá moc možností, z čeho si tuto problematiku nastudovat, osobní kontakt se stejně handicapovanými by mohl ocenit. Ne nadarmo se říká, že ve dvou se to lépe táhne.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

ČIHÁK, R., R. DRUGA a M. GRIM, ed. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-x.

DRUGA, R., M. GRIM a K. SMETANA. *Anatomie periferního nervového systému, smyslových orgánů a kůže*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-970-1.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.

PAŠTA, Jiří. *Základy očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-2460-0.

ROZSÍVAL, Pavel. *Infekce oka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0505-2.

ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-316-6.

ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK a R. HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SEIDL, Zdeněk a Manuela VANĚČKOVÁ. *Diagnostická radiologie: Neuroradiologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4546-6.

ŠIMŠA, Jaromír. *Lexikon operačních výkonů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, [2018]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-452-4.

VÍCHA, Igor. *Perioperační péče o pacienta v oční chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-541-9.

## **Internetové zdroje**

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. *Steps in enucleation surgery* [online]. © 2020 [cit. 11-02-2020]. Dostupné z: <https://www.aao.org/image/steps-in-enucleation-surgery>.

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE, PARDUBICKÁ NEMOCNICE. *Oční – Informované souhlasy* [online]. © 2015 [cit. 29-04-2020]. Dostupné z: <http://pardubice.nempk.cz/ocni-informovane-souhlasy>.

RETINOBLASTOM. *Příběhy dětí - Viktor* [online]. © 2019 [cit. 15-12-2019]. Dostupné z: <https://retinoblastom.estranky.cz/clanky/pribehy-deti-2018/viktor.html>.

ROZHLEDNA – PORADENSKÉ SLUŽBY PRO ŽIVOT S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM. *Nevidomí a oční protézy* [online]. © 2015 - 2019 [cit. 02-06-2020]. Dostupné z: <http://www.rozhledna.info/clanky-a-texty/nevidomi-a-ocni-protezy/>.

SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIE [online]. © 2018 [cit. 05-03-2020]. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Hlavn%C3%AD\\_strana](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Hlavn%C3%AD_strana).

VÝROBA OČNÍCH PROTÉZ PETR ADAMOVSÝ. *Jak nasadit protézu* [online]. © 2020 [cit. 27-01-2020]. Dostupné z: <http://www.ocniprotezy-sklo.cz/jak-nasadit-protezu/>.

ŽIVOT BEZ OKA [online]. © 2012 [cit. 06-01-2020]. Dostupné z: <https://www.zivotbezoka.cz/>.

## **Odborné články**

COOPER, John. Undergoing enucleation of the eye. Part 2: postoperative care. *British Journal of Nursing* [online]. 2010, **19**(1), s. 28-33 [cit. 03-02-2020]. ISSN 09660461. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2010.19.1.45908>

COOPER, John. Undergoing enucleation of the eye. Part 1: preoperative considerations. *British Journal of Nursing* [online]. 2009, **18**(22), s. 1386-1390 [cit. 29-01-2020]. ISSN 09660461. Dostupné z: [https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2009.18.22.45567?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2009.18.22.45567?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)

MCBAIN, Hayley and members of the Appearance Research Collaboration. The psychosocial impact of living with an ocular prosthesis. *Orbit* [online]. 2014, **33**(1), s. 39-44 [cit. 9-7-2020]. ISSN 17445108. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24205995/>.

KULKARNI, R., P. KULKARNI, R. SHAH a B. TOMAR. Aesthetically Characterized Ocular Prosthesis. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons Pakistan* [online]. 2018, **28**(6), s. 476-478 [cit. 29-12-2019]. ISSN 16817168. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29848428/>

WALDHEGEROVÁ, Lucie. Oční protézy. *Česká oční optika* [online]. 2006, **47**(2), str. 44–46 [cit. 29-12-2019]. ISSN 1211233X Dostupné z: [https://www.4oci.cz/dokumenty/pdf/4oci\\_2006\\_02.pdf](https://www.4oci.cz/dokumenty/pdf/4oci_2006_02.pdf).

### **Kvalifikační práce**

BALŮSKOVÁ, Lucie. *Kvalita života adolescentů se zrakovým postižením*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Zita Nováková, Ph.D.

DŮRROVÁ, Andrea. *Oční protetika – indikace k užití očních protéz*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Sylvie Petrová.

KLUSOŇOVÁ, Lucie. *Oční protézy*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Sylvie Petrová.

OSIČKOVÁ, Barbora. *Vliv změny kontrastu a oslnění na zrakové funkce*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jitka Bělíková

PEMLOVÁ, Markéta. *Kvalita života u pacientů před a po implantaci trvalého kardiostimulátoru*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jan Pospíchal.

PŘIBYLOVÁ, Simona. *Kvalita života pacienta po enukleaci oka*. Opava, 2012. Bakalářská práce. Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedoucí práce prim. MUDr. Zdeňka Wandrolová.

SKŘIVÁNKOVÁ, Iva. *Oční protézy*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lenka Musilová, DiS.

SMRČKOVÁ, Martina. *Informovanost veřejnosti jako základní činitel kvality života osob se zrakovým postižením*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Zita Nováková, Ph.D.

ŠLAPOVÁ, Barbora. *Oční protézy*. Olomouc, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lenka Musilová, DiS.

## 9 PŘÍLOHY

Příloha A – Síto pro enukleaci.....	56
Příloha B – Postup při enukleaci.....	57
Příloha C – Leukokorie při retinoblastomu.....	58
Příloha D – Informovaný souhlas s výkonem v NPK .....	59
Příloha E – Postup nasazování protézy.....	61
Příloha F – Otázky do rozhovoru.....	62
Příloha G – Mapy kódů.....	63

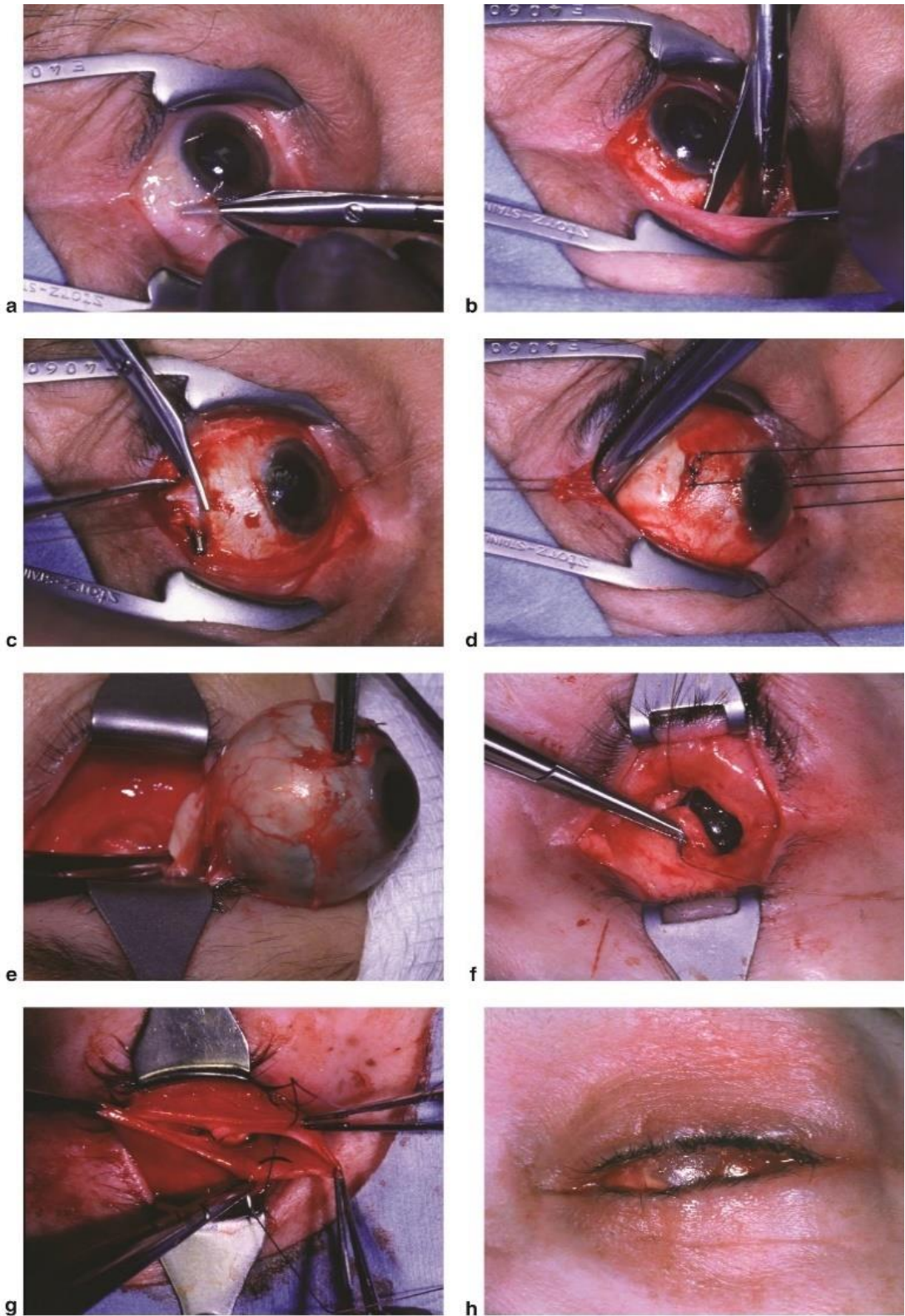


Příloha A – *Síto pro enukleaci* (Vícha a kol., 2011, s. 8)

Zde můžeme vidět enukleační nůžky, pérový jehelec, oční nůžky, háček pod sval, oční rozvěrač, anatomickou pinzetu a chirurgickou pinzetu.



Příloha B – *Postup při enukleaci* (American Academy of Ophthalmology, 2020)







Příloha D – *Informovaný souhlas s provedením enukleace* (zdroj: webové stránky Pardubické nemocnice)

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.  
Pardubická nemocnice  
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice  
IČ: 275 20 536



**B) Vážená paní, vážený pane,  
zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.**

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

**Název zdravotní služby (výkonu):** Operace očního bulbu ENUKLEACE x EVISCERACE

**1. Důvod a cíl výkonu**

V důsledku postižení Vašeho oka primárním onemocněním (např. nádor vylučující ozáření na vidoucím oku nebo bolestivé slepé oko při zeleném zákalu nebo slepé oko postižené zánětem nebo slepé kosmeticky nepřijatelné oko) Vám bylo navrženo oční kouli odstranit. Pokud se oko neodstraní, je vysoce pravděpodobné, že šířením tumoru nebo zánětu neztratíte jen vidění ale budete ohrožen/a na životě. Na jednostrannou ztrátu vidoucího oka se člověk dokáže v časovém období do 6 měsíců dobře adaptovat, ztrátu slepého oka lze řešit kosmetickou protézou.

**2. Povaha a následky výkonu**

Při výkonu se buď odstraní celá oční koule, na jejíž místo se obvykle vloží protézka, která se přišije k očním svalům a přeshije spojivkou – ENUKLEACE, anebo se ponechá skléra, pevný obal oka spolu se svaly a odstraní se jen vnitřní obsah oční koule - EVISCERACE. V obou případech tak může být vytvořen pohyblivý základ pro kosmetickou oční protézu, která se vkládá na den pod oční víčka. Většina kosmetických očních protéz není hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. V některých speciálních případech ale ani není možno protézku vložit (tumory prorůstající do orbity nebo drtivá poranění orbity). Po operaci je oko kryto tlakovým obvazem (prevence krvácení), pacient užívá celkově ATB (prevence infekce).

**3. Rizika výkonu**

Průběh každé operace může být komplikován vyšší mocí. V pooperačním období může dojít ke krvácení, zánětu, případně k vyloučení orbitální protézky. Kosmetický efekt je v 90ti % příznivý. Komplikace celkové anestezie jsou zmíněny v poučení anesteziologem.

**4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života**

Výkon provádíme při hospitalizaci, obvykle v celkovém znecitlivění. Pobyt v nemocnici je obvykle 5ti denní. Návrat do práce lze podle charakteru zaměstnání plánovat už po 2 týdnech. Po náhlé ztrátě visu v důsledku operace je na 6 měsíců odebrán řidičský průkaz a ztrácí se schopnost řídit profesionálně. Kosmetickou slupkovou protézou lze nasazovat asi za měsíc od výkonu. Může být konfekční, či zhotovena na míru, skleněná či akrylátová. Individuální protézy se zhotovují na speciálních pracovištích. Bližší na [www.zivotbezoka.cz](http://www.zivotbezoka.cz).

**5. Alternativy výkonu**

Nejsou. .

**B) Vážená paní, vážený pane,**  
**zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.**  
Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

**Název zdravotní služby (výkonu):** Operace očního bulbu ENUKLEACE x EVISCERACE

#### **1. Důvod a cíl výkonu**

V důsledku postižení Vašeho oka primárním onemocněním (např. nádor vylučující ozáření na vidoucí oko nebo bolestivé slepé oko při zeleném zákalu nebo slepé oko postižené zánětem nebo slepé kosmeticky nepřijatelné oko) Vám bylo navrženo oční kouli odstranit. Pokud se oko neodstraní, je vysoce pravděpodobné, že šířením tumoru nebo zánětu neztratíte jen vidění ale budete ohrožen/a na životě. Na jednostrannou ztrátu vidoucího oka se člověk dokáže v časovém období do 6 měsíců dobře adaptovat, ztrátu slepého oka lze řešit kosmetickou protézou.

#### **2. Povaha a následky výkonu**

Při výkonu se buď odstraní celá oční koule, na jejíž místo se obvykle vloží protézka, která se přišije k očním svalům a přešije spojivkou – ENUKLEACE, anebo se ponechá skléra, pevný obal oka spolu se svaly a odstraní se jen vnitřní obsah oční koule - EVISCERACE. V obou případech tak může být vytvořen pohyblivý základ pro kosmetickou oční protézu, která se vkládá na den pod oční víčka. Většina kosmetických očních protéz není hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. V některých speciálních případech ale ani není možno protézku vložit (tumory prorůstající do orbity nebo drtivá poranění orbity). Po operaci je oko kryto tlakovým obvazem (prevence krvácení), pacient užívá celkově ATB (prevence infekce).

#### **3. Rizika výkonu**

Průběh každé operace může být komplikován vyšší mocí. V pooperačním období může dojít ke krvácení, zánětu, případně k vyloučení orbitální protézky. Kosmetický efekt je v 90ti % příznivý. Komplikace celkové anestezie jsou zmíněny v poučení anesteziologem.

#### **4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života**

Výkon provádíme při hospitalizaci, obvykle v celkovém znecitlivění. Pobyt v nemocnici je obvykle 5ti denní. Návrat do práce lze podle charakteru zaměstnání plánovat už po 2 týdnech. Po náhlé ztrátě visu v důsledku operace je na 6 měsíců odebrán řidičský průkaz a ztrácí se schopnost řídit profesionálně. Kosmetickou slupkovou protézou lze nasazovat asi za měsíc od výkonu. Může být konfekční, či zhotovena na míru, skleněná či akrylátová. Individuální protézy se zhotovují na speciálních pracovištích. Bližší na [www.zivotbezoka.cz](http://www.zivotbezoka.cz).

#### **5. Alternativy výkonu**

Nejsou. .



## Příloha F – Otázky do rozhovoru

1. Jak a kdy u Vás došlo ke ztrátě oka?
2. O jaké oko jste přišel/a?
3. Co jste v ten daný okamžik prožíval? Jaké jste měl emoce, pocity?
4. Jak dlouho jste byl/a v nemocnici?
5. Jak k Vám přistupoval personál? Byl Vám oporou? Bylo naopak něco, co Vám neřekl?
6. Co pro Vás bylo nejhorší v průběhu rekonvalescence?
7. Musel/a jste vyhledat pomoc psychologa?
8. Jak vnímáte celou situaci s odstupem času?
9. Jak zareagovala rodina?
10. Jaké pozitivní nebo negativní změny jste zaznamenal/a v partnerském vztahu?
11. Jaký vztah máte s Vašimi přáteli po enukleaci? Byli Vám oporou?
12. Ztratil jste kvůli enukleaci některé přátele?
13. Jaké je Vaše zaměstnání?
14. Musel/a jste po enukleaci změnit zaměstnání?
15. Co Vás k tomu vedlo a proč? (Byla důvodem enukleace?)
16. Jak dlouho jste byl/a v pracovní neschopnosti?
17. Jak se k Vaší situaci postavili kolegové? (pomohli Vám?)
18. Nosíte oční protézu? (proč jste se rozhodl ji nosit?)
19. Jak dlouho ji máte?
20. Vyhovuje Vám? Je pro Vás důležitá?
21. Co udělalo nošení protézy s Vaším sebevědomím?
22. V čem spatřujete výhody a nevýhody nošení oční protézy?
23. Jaké jsou Vaše koníčky?
24. Měl/a jste před ztrátou oka nějakou zálibu, kterou jste po enukleaci nemohl/a dál vykonávat?
25. Našel jste si díky enukleaci nějaký nový koníček?
26. Hodnotíte kvalitu svého života po enukleaci stejně, lépe nebo hůře?
27. V čem si myslíte, že Vás enukleace nejvíce změnila?

Příloha G – *Mapy kódů*

