ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019 **Simona Tomanová, DiS.**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Simona Tomanová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S VĚKEM PODMÍNĚNOU MAKULÁRNÍ DEGENERACÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Simona TOMANOVÁ**
Osobní číslo:	**Z18B0053K**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Ošetřovatelská péče o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- ERNEST, Jan a kolektiv. Věkem podmíněná makulární degenerace. Praha: Sprint servis, 2007. ISBN 978-80-239-8609-9.
- KOLÁŘ, Petr a kolektiv. Věkem podmíněná makulární degenerace. Praha: Grada Publishing a.s, 2008. ISBN 978-80-247-2605-2.
- KUCHYNKA, Pavel. Oční lékařství. Praha: Grada Publishing a.s, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.
- HORNOVÁ, Jana. Oční propedeutika. Praha: Grada Publishing a.s, 2011. ISBN 978-80-247-4087-4.
- BOYD, Kierstan a G. Atma VEMULAKONDA. What Is Macular Degeneration. Www.aao.org [online]. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2015, 10 May 2015 [cit. 2019-05-20]. Dostupné z: https://www.aao.org/eye-health/diseases/amd-macular-degeneration

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Křivková**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
L.S.

PhDr. Lukáš Štich
děkan

PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2020.

……

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Tomanová Simona, DiS.

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetřovatelská péče o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: degenerativní onemocnění, ošetřovatelská péče, makulární degenerace.

Souhrn:

Téma bakalářské práce je věnován ošetřovatelské péči o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací. V první kapitole popisujeme anatomii sítnice, kterou toto onemocnění postihuje. Další kapitoly se věnují jednotlivým formám onemocnění, jejich diagnostice a léčbě. V poslední kapitole teoretické části se zabýváme zásadami ošetřovatelské péče o zrakově postižené. Veškeré poznatky v teoretické části vycházejí z odborné literatury a internetových zdrojů. Praktická část práce se zabývá kvalitativní metodou výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru. První fází výzkumu je nalezení vhodných pacientů a rozhovor s nimi. Získané informace, od pacientů ve stádiu praktické slepoty vlivem onemocnění věkem podmíněnou makulární degenerací, jsou shrnuty v závěru práce. Výstupem výzkumu je vytvoření edukační brožury, jak správně přistupovat k zrakově postiženým.

Abstract

Surname and name: Tomanová Simona, DiS.

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care for patients with age-related macular degeneration

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 22

Keywords: degenerative disease, nursing care, macular degeneration.

Summary:

The theme of Bachelor thesis is dedicates Nursing care for patients with age-related macular degeneration. The first chapter describe anatomy of macula, witch is affeced by this illness. The next chapters are devoted to particular forms of the disease, diagnosis and treatment. In the last chapter of the theoretical part deals with the principles of nursing care for the visually impaired. All knowledge of the theoretical part are drawn from professional literature and from internet sources. The practical part of thesis is deals with the qualitative method of research in the form of a semi-structured interview. The first stage of research is find suitable patients and interview with them. Information obtained from patients in the stage of practical blindness due to age-related macular degeneration is summarized at the end of the thesis. The outcome of the research is the creation of an educational booklet on how to work visually impaired people.

Předmluva

Důvodem pro zvolení tohoto tématu bakalářské práce byl přímý kontakt s pacienty sužovanými věkem podmíněnou makulární degenerací na očním oddělení Klatovské nemocnice a.s., kde pracuji jako všeobecná sestra. Kontakt s těmito pacienty ve mně vyvolal zájem o tuto problematiku a nabyté znalosti ráda převedu do praxe.

Jako cíl práce jsem si stanovila analyzovat pomocí kvalitativního výzkumného šetření, jaké mají pacienti postiženi touto chorobou zkušenosti s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnickém zařízení.

Poděkování

Děkuji především vedoucí bakalářské práce, Mgr. Janě Křivkové, za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále chci poděkovat odborné konzultantce MUDr. Monice Šebestové za kontrolu medicínské stránky práce a všem mým blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou.

V neposlední řadě děkuji respondentům z Klatovské nemocnice, za pomoc při získávání potřebných informací k napsání bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ 10
SEZNAM TABULEK 11
SEZNAM ZKRATEK 12
ÚVOD 13
TEORETICKÁ ČÁST 14
1 ANATOMIE SÍTNICE 14
1.1 Fyziologické stárnutí sítnice a oka 15
2 FYZIOLOGIE VIDĚNÍ 16
3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE 16
3.1 Suchá forma VPMD 17
3.2 Vlhká forma VPMD 18
3.3 Klinické příznaky VPMD 19
3.4 Rizikové faktory 20
4 DIAGNOSTICKÉ METODY 21
4.1 Anamnéza 21
4.2 Vyšetření zrakové ostrosti 21
4.3 Měření nitroočního tlaku 22
4.4 Amslerova mřížka 22
4.5 Biomikroskopie 22
4.6 Vyšetření kontrastní senzitivity 23
4.7 Barevné fotografie sítnice 23
4.8 Fluorescenční angiografie sítnice 23
4.9 Indocyaniová angiografie sítnice 24
4.10 Optická koherenční tomografie 24
4.11 Mikroperimetrie 25
5 LÉČBA VPMD 25
5.1 Terapie suché formy VPMD 25
5.2 Terapie vlhké formy VPMD 26
5.2.1 Terapie Anti – VEGF 26
5.2.2 Fotodynamická terapie s verteporfinem 27
5.2.3 Laserová fotokoagulace 27
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O POSTIŽENÉ S VPMD 27
6.1 Klasifikace zrakového postižení 28
6.2 Péče o pacienty s poruchou zraku a kontakt s těmito lidmi 29
6.2.1 Kontakt a komunikace se zrakově postiženým člověkem 29

6.2.2 Základní postup při příjmu zrakově postiženého pacienta na oddělení zdravotnického zařízení ... 30
6.3 Zásady péče o zrakově postižené pacienty ve specifických situacích ... 31
6.4 Kompenzační pomůcky pro pacienty s VPMD ... 33
PRAKTICKÁ ČÁST ... 35
7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE ... 35
7.1 Hlavní cíl ... 35
7.2 Dílčí cíle ... 35
8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY ... 36
9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU ... 36
10 METODIKA PRÁCE ... 37
11 ORGANIZACE VÝZKUMU ... 38
12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ... 39
12.1 Respondent muž se zrakovým postižením ... 39
12.2 Respondentka žena se zrakovým postižením ... 40
12.3 Kódování dat a kategorizace kvalitativního výzkumu ... 41
12.3.1 Kódování dat kvalitativního výzkumu ... 41
12.3.2 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ... 46
12.4 Interpretace získaných údajů ... 49
12.4.1 Vyhodnocení četnosti kódů ... 49
12.4.2 Schéma otevřeného kódování ... 50
12.4.3 Data pro vyhodnocení odpovědi na hlavní cíl/otázku ... 51
12.4.4 Data pro vyhodnocení druhého dílčího cíle ... 51
12.4.5 Data pro vyhodnocení výzkumných otázek ... 52
DISKUZE ... 54
ZÁVĚR ... 58
SEZNAM LITERATURY ... 59
SEZNAM PŘÍLOH ... 61
PŘÍLOHY ... 62
Příloha A – Obrázky 1 ... 62
Příloha B – Obrázky 2 ... 63
Příloha C – INFORMOVANÉ SOUHLASY ... 64
Příloha D – OTÁZKY K ROZHOVORU ... 69
Příloha E – Shrnující protokol rozhovoru s mužem ... 70
Příloha F – Shrnující protokol rozhovoru s ženou ... 75
Příloha G – První strana interní směrnice Klatovské nemocnice a.s. ... 79
Příloha H – Návrh informační brožury pro všeobecné sestry ... 80

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma otevřeného kódování a kategorizace. 50
Obrázek 2. Stavba sítnice 62
Obrázek 3. Test Amslerovou mřížkou. a. – negativní nález, b. - pozitvní nález..... 62
Obrázek 4. ETDRS optotyp..... 63
Obrázek 5.Kategorie zrakových vad dle WHO..... 63

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výčet kódů kategorie Pacient. 46
Tabulka 2 Výčet kódů kategorie Nemocnice. 47
Tabulka 3 Výčet kódů kategorie Personál. 47
Tabulka 4 Výčet kódů kategorie Co pomáhá. 48
Tabulka 5 Výčet kódů kategorie Co nepomáhá. 48
Tabulka 6 Seznam kódů a jejich četnosti. Č-četnost. 49
Tabulka 7 Vyhodnocení kategorií co ne/pomáhá. 51
Tabulka 8 Vyhodnocení kategorie Co nepomáhá. 52
Tabulka 9 Vyhodnocení kategorií co ne/pomáhá - Personál 52

SEZNAM ZKRATEK

BM ..... Bruchova membrána

CVN ..... Chorioideální neovaskularizace

CVNM ..... Chorioideální neovaskulární membrána

CZO ..... Centrální zraková ostrost

Č ..... Četnost

ETDRS ..... Early Treatment Diabetic Retinopathy Study

FAG ..... Fluorescenční angiografie sítnice

gtt ..... Kapky (guttae)

i.v ..... Do žíly (intra venam)

ICGA ..... Indocyaniová angiografie

NOT ..... Nitrooční tlak

OCT ..... Optická koherenční tomografie

OOA ..... Oční osobní anamnéza

RPE ..... Retinální pigmentový epitel

SO ..... Snellův optotyp

tbl ..... Tablety (tabletta)

Anti-VEGF ..... Vaskulární endotelový růstový faktor (vascular endothelial growth factor)

VPMD ..... Věkem podmíněné makulární degenerace

WHO ..... Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

Degenerativní onemocnění jdou ruku v ruce s průkaznými daty o stárnutí lidské populace v celosvětovém měřítku. Důsledkem trendu stárnutí je zvýšený počet pacientů v důchodovém i produktivním věku, o které je nutno se kvalitně postarat. Onemocnění způsobuje pacientům, jak fyzickou tak psychickou újmu a ve většině případů je pro ně těžké se s onemocněním vyrovnat. Zde nastává prostor pro sestru, která svým přístupem může pacientům ulehčit vyrovnávání se s tímto onemocněním. Pracuji jako sestra na očním oddělení, kde se s těmito pacienty setkávám a proto jsem si zvolila toto téma „ Ošetřovatelská péče o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací."

Bakalářská práce se snaží popsat, co se skrývá pod pojmem věkem podmíněná makulární degenerace. V první kapitole je popsána anatomie sítnice, kterou toto onemocnění postihuje a fyziologii vidění, tedy popis, jak funguje vidění obecně. Druhá kapitola, se věnujeme jednotlivým formám onemocnění a rozebíráme jejich specifický průběh, příznaky a rizikové faktory. Následující kapitoly popisují diagnostické metody a způsoby léčby jednotlivých forem onemocnění. Poslední kapitola teoretické části se zabývá ošetřovatelskou péčí o zrakově postižené. Dále v ní klasifikujeme zrakové postižení, popisujeme jak správně jednat a postupovat při příjmu zrakově postiženého do zdravotnického zařízení a vypisujeme některé z kompenzačních pomůcek. Veškeré poznatky v teoretické části vycházejí z odborné literatury a internetových zdrojů.

Praktická část této práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který metodou polostukurovaného rozhovoru zkoumá praktické zkušenosti dvou vybraných pacientů, s pobytem ve zdravotnických zařízení a kontaktu se zdravotnickým personálem. Oba pacienti mají onemocnění VPMD v posledním stádiu praktické slepoty a jsou vedeni na oční ambulanci v Klatovské nemocnici a.s. Polostrukturovaný rozhovor v psané formě je pro účel práce dále upraven shrnujícím protokolem a vyhodnocen metodou kódování a kategorizace dat. Výsledná data jsou použita pro vytvoření edukační brožury věnované správnému přístupu k zrakově postiženým. Závěr práce je věnován vyhodnocování těchto získaných informací na základě, kterých vznikne zmiňovaná brožura.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE SÍTNICE

Sítnice, latinsky retina je vnitřní vrstva ze tří základních vrstev stěny oční koule. Jedná se o tenkou průhlednou vrstvu, v průměru 0,25 až 0,1 mm, složenou z řady deseti buněčných vrstev. Nejdůležitější z nich je vrstva složená z tyčinek a čípků (fotoreceptorů), které umožňují vnímání světla a barvy. Na sítnici je možné rozlišit zadní část (pars optica) a část přední (pars caeca retinae). Zádní část obsahuje fotoreceptory, kdežto přední část je bez fotoreceptorů a je tudíž slepá. Přední část pokrývá zadní plochou duhovky a vnitřní stranu řasnatého tělesa. Tyto části jsou odděleny zubovitou linií (ora serrata) (Rozsíval, 2017).

Sítnice je volně přiložena k cévnatce, tedy k vrstvě velmi hustě prostoupené krevními kapilárami, které vyživují oční struktury. Pevné spojení navazuje s okrajem papily optického nervu. Na sítnici můžeme rozeznat dvě hlavní vrstvy, které jsou spojeny s vývojem oka. První označujeme jako zevní vrstvu sítnice, která *„ je tvořena pigmentovým epitelem a jeho bazální membránou - Bruchova membrána (BM).“* (Rozsíval, 2017, s. 240). Pigmentový epitel zajišťuje látkovou výměnu mezi fotoreceptory a cévnatkou. Druhou vrstvu nazýváme vnitřní vrstvou sítnice (neuroretina). Tuto vrstvu je možné dále rozdělit do tří rovin. První rovina je tvořena z fotoreceptorů přiléhajících na pigmentový epitel sítnice. Druhou rovinu tvoří dvoupólové (bipolární) buňky. Poslední třetí nejvnitřnější rovina je složena z nervových buněk (gangliová), jež směřují k papile, kde vytvářejí zrakový nerv (Rozsíval, 2017).

Sítnice osahuje asi 5 milionů čípků, které jsou nejvíce uskupeny v místě žluté skvrny (macula lutea), taktéž nazývané, jako místo nejostřejšího vidění. Čípky umožnují zrakovou ostrost a barevné vidění (fotopické vidění). Místo, které neobsahuje žádné tyčinky ani čípky, je označováno jako slepá skvrna (discus nervi optici) a nachází se v oblasti, kde zrakový nerv vystupuje ze sítnice. Počet tyčinek je asi 140 milionů. Reagují na nižší hladinu osvětlení a nejsou schopny rozlišit barvy. Tyčinky dosahují největší citlivosti v modrozelené oblasti (skotopické vidění). V období stáří neztrácíme počet čípků, ale klesá nám hustota tyčinek (Slezáková, 2014; Kuchynka, 2016).

Výživa sítnice je zajištěna ze dvou cévních systémů - sítnicového a choroidálního. Oba dva systémy vyházejí z tepny odstupující uvnitř lebky (arteria ophthalmica), která je první větví vnitřní karotidy vstupující do očnice. Sítnicové cévy vyživují vnitřní vrstvy sítnice, kdežto vnější vrstvy sítnice vyživují difuzí choroidální cévy. Hranici mezi těmito cévními systémy tvoří plexiformní vrstva (Kuchynka, 2016).

Anatomicky lze sítnici rozdělit na deset vrstev. Pro přehlednost vložen obrázek číslo 1, který je součástí přílohy A. První vrstva Pigmentový epitel, druhá vrstva tyčinek a čípků, třetí vnější limitující membrána, čtvrtá vnější jádrová vrstva, pátá vnější plexiformní vrstva, šestá vnitřní jádrová vrstva, sedmá vnitřní plexiformní vrstva, osmá vrstva gangliových buněk, devátá vrstva nervových vláken, desátá vnitřní limitující membrána (Kuchynka, 2016).

1.1 Fyziologické stárnutí sítnice a oka

Jedná se o přirozený, jev spojený se stárnutím tkáně, jak lidské tak zvířecí. Dochází tak k nevyhnutelnému procesu v genové informaci, kde se snižuje počet buněk retinálního pigmentového epitelu (RPE). Dále k přeměně jejich tvaru i velikosti, až ke ztrátě funkce. Přispívá k tomu shromáždění lipofuscinu uvnitř buněk (Musilová, 2018).

Lipofuscin je látka, jež se také nazývá protein stárnutí, který najdeme ve všech tkáních lidského těla. Buňky RPE postihnuté tímto proteinem rychleji umírají. Mění se ve splodiny, které jsou dále zpracovány metabolismem. Tento proces vyvolá na sítnici drobné drúzy. Drúzy jsou základním, klinickým nálezem u VPMD při vyšetření očního pozadí. Představují usazeninu odpadních látek, které se shromažďují na sítnici. Dalším efektem tohoto procesu je, že fotoreceptory, tedy tyčinky a čípky, nejsou vhodně vyživovány a tím se zmenšuje jejich počet. Od 45. věku dochází k prvnímu přirozenému poklesu počtu tyčinek a po 80. roce života se snižuje počet čípků. Při oftalmoskopickém vyšetření lékař pozoruje ztrátu foveolárního reflexu a atrofii vrstvy retinálního pigmentového epitelu. Dalšími vyšetřeními, konkrétně fluorescenční angiografií a optickou koherenční tomografií, zjišťuje změny morfologie jednotlivých vrstev sítnice (Musilová, 2018).

2 FYZIOLOGIE VIDĚNÍ

Lidský zrak se vyvíjí postupně, spolu s ostatními smyslovými orgány. Člověk se narodí s nedokonale vyvinutým viděním. Proces vývinu je ukončen až kolem 6. měsíce věku, kdy se dokončuje vývoj žluté skvrny. Proces vidění je fyziologický děj, díky kterému vnímáme až 80 % okolního dění. Můžeme tak rozlišovat předměty, vzdálenosti mezi nimi, nebo se orientovat v prostoru. Světelné paprsky pronikají z vnějšího prostředí oka na sítnici, kde dochází ke splynutí sledovaného obrazu (Slezáková, 2014).

Optický systém oka tvoří zejména rohovka, čočka, sklivec a komorová voda. Světelné paprsky se lámou přes optické plochy rohovky a čočky. V prostoru, kam dosahuje na sítnici světlo, vznikne podráždění. Následným vzruchem je přemístěn zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku. Rozlišujeme dvě formy vidění, a to podle toho, kam přesně dopadne paprsek pozorovaného obrazu. Pokud paprsky dopadají na žlutou skvrnu, mluvíme o centrálním vidění. Periferní vidění nastává tehdy, pokud paprsek dopadá mimo žlutou skvrnu. Důležitým článkem v procesu vidění je zornice. Ta funguje podobně jako fotoaparát tak, že reguluje množství světla vnikajícího do oka. Další důležitou vlastností oka je schopnost barevného vidění, tzv. barvocitu. Barvy je oko schopno vnímat díky čípkům, které jsou nejvíce uskupené ve žluté skvrně. Čípky postupně ubývají směrem do okraje sítnice, tedy snižuje se způsobilost vnímat barvy. Pro správné fungování zraku je důležitá zdravá sítnice, průhledná oční média, optický nerv a nepoškozené zrakové centrum v mozku (Slezáková, 2014).

3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je závažné, chronické onemocnění jednoho nebo obou očí. Nejčastěji postihuje populaci ve věku nad 60 let a je nejčastější příčinou praktické slepoty ve vyspělých zemí světa. Místem vzniku je centrální oblast sítnice ve žluté skvrně (makula lutea). Onemocnění je charakteristické tzv. úbytkem kapilár v choriokapiláris, která zajišťuje látkovou výměnu na sítnici. Dále atrofizací vrstvy RPE a fotoreceptorů. Nadměrným ubýváním těchto kapilár trpí sítnice nedostatkem výživy a tím klesá i zraková ostrost. Onemocnění VPMD je známo ve dvou možných formách. První forma je označována jako suchá a postihuje zhruba 85 % pacientů. Suchá forma může progredovat do druhé formy VPMD, která je nazývána vlhkou formou (Ernest, 2014; Boyd, 2019).

Charakteristikou klinického obrazu VPMD společnou pro obě formy, je pokles centrální zrakové ostrosti a vnímání centrálního skotomu, který postihuje nejprve ostrost na blízko. Suchá forma probíhá v delším časovém horizontu (roky), zatímco u vlhké formy je pokles velice rychlý. Obě formy vedou v terminálním stavu k praktické slepotě. Dalším důležitým charakteristickým znakem VPMD je zkreslené vnímání rovných linií, které je označováno pojmem metamorfopsie. Toto zkreslení je snadno odhalitelné při testu Amslerovou mřížkou, pro přehlednost přiložen obrázek číslo 2 do přílohy A. Základním nálezem u suché formy VPMD je výskyt drúz při vyšetření očního pozadí (Ernest, 2014).

3.1 Suchá forma VPMD

Tato forma je běžná, osm z deseti lidí, kteří mají VPMD mají sucho formu. Jde tedy o častější formu VPMD, u které je určitá možnost přechodu do vlhké formy. Postup onemocnění je pozvolný (roky). Tato forma je charakterizována nakupením drúz a změn pigmentace retinálního pigmentového epitelu (RPE). Drúzy neboli odpadové usazeniny jsou jasně viditelné nálezy různých tvarů i velikostí. Četnost výskytu drúz je úzce spojena se stářím pacienta. Ve vyšším věku přichází úbytek fotoreceptorů a zvýšený výskyt drúz. Tyto změny pacient často nepostřehne, jelikož se vyskytují v místech mimo žlutou skvrnu, většinou zaznamená až poškození centrální zrakové ostrosti (CZO), což je schopnost rozeznávat detaily. Teprve potom navštěvuje lékaře, který vyšetří CZO, stanoví optimální korekci do dálky i blízka a doporučí doplnění stravy o mořské ryby a doplňky stravy s luteinem. V pokročilejším stádiu onemocnění dochází ke ztrátě zrakových funkcí se zachováním periferního vidění. Díky tomu se může pacient pohybovat sám ve známém prostředí, ale mimo něj se stává závislým na svém okolí. V průběhu onemocnění může dojít k porušení RPE vrstvy a choroidální neovaskularizace, což má za důsledek přechod suché formy onemocní na vlhkou formu, která má daleko horší prognózu (Rozsíval, 2017; Boyd, 2019).

V usazeninách lze rozeznat dva základní druhy drúz:

Tvrdé drůzy:

Během oftalmologického vyšetření se rozlišují jako malá, dobře diferencovaná tělesa žluté barvy, s velikosti menší než 50 um, vznikající nahromaděním lipidové složky. Pomocí oftalmoskopu jsou komplikované na sledování. Tyto tvrdé drúzy nepředstavují tak velké riziko progresivní formy VPMD. Jednoznačným diagnostickým průkazem je fluorescenční angiografie optická koherenční tomografie. Při výskytu většího počtu drúz se zvyšuje riziko ke vzplanutí a horší progresi onemocnění makuly (Kolář, 2008).

Měkké drúzy:

Jsou ostře neohraničená, splývavá tělesa s větší velikostí než 50 um. Tyto drúzy doprovází vysoké riziko vzniku vlhké formy VPMD v časovém období pěti let. Klade se zde větší důraz na kontrolu a sledování. Často zvyšují svůj objem a transformují se v měkké drúzy. Někdy mohou úplně vymizet. Některé drúzy samovolně kalcifikují a ukládají tak do sebe krystalky cholesterolu (Kolář, 2008).

3.2 Vlhká forma VPMD

Vlhká, neboli exsudativní forma, je progresivnějším typem VPMD. Má velice rychlý průběh poškození CZO (měsíce). Mezi první příznaky řadíme rozmazané vidění, deformaci obrazu, či centrální výpad zorného pole. Nemocní nerozpoznávají své nejbližší, mají problémy při řízení, zacházení s penězi nebo s konzumací jídla (Ernest, 2010).

Charakterizuje se choroideální neovaskularizací (CVN), což je abnormální růst novotvořených cév v cévnatce. Tyto cévy prorůstají pod sítnici a způsobují subretinální krvácení, otok nebo odchlípnutí (ablaci) v oblasti makuly. V posledním stádiu CNV se vytváří disciformní jizvu či koláč (Rozsíval, 2017). Prorůstání CVN skrz Bruchovu membránu do RPE a neuroretiny dává vzniknout Chorioideální neovaskularní membráně (CNVM). *„Takto poškozenou Bruchovou membránou pak prorůstají choroideální neovaskularizace pod retinální pigmentový epitel a později i pod smyslový epitel sítnice (novotvořené cévy jsou křehké a snadno krvácejí, proto CNV může krvácet retinálně, subretinálně nebo subepiteliálně, prosakováním vzniká edém, tvoří se fibrovaskulární a fibrogliální tkáň až disciformní jizvení s devastací sítnice.“* (Kousal, 2010, s. 257-264).

CVN lze rozřadit do dvou typů. Prvním je tvz. Okultní CVN, která rozruší Bruchovu membránu a dále pokračuje pod RPE. Při pozorování nejsou na BM trhliny ale je viditelná ablace RPE. Druhým typem je klasická CVN, pro kterou je charakteristické rychlé šíření mezi RPE a neuroretinou, což zapříčiní devastaci CZO. Vznikne z okultní CVN porušením Bruchovy membrány a RPE (Ernest, 2010).

Jednotlivé druhy ablací, čili odchlípnutí v oblasti makuly způsobené novotvořenými prorůstajícími cévami dělíme:

Drúzová ablace

Je tvořena ložisky měkkých drúz, jež zdvihají RPE. Vyšetření fluorescenční angiografií ukáže výrazná patologická ložiska (Kolář, 2008).

Fibrovaskulární ablace

Obsahuje chorioideální neovaskulární membránu (CVN) a dochází ke krvácení. Vyšetření fluorescenční angiografií odhalí překrytí fluorescence hemoglobinem.

Hemoragická ablace

Taktéž obsahuje CVN, přičemž dochází k většímu krvácení než u Fibrovaskulární ablace.

Serózní ablace

Ostře vymezené ohnisko elevace buněk RPE s podílem vodnaté (serózní) tekutiny. Fluorescenční angiografií odhalíme ohraničené hyperfluorescence (Kolář, 2008).

3.3 Klinické příznaky VPMD

První příznaky jsou často nezřetelné. Pacienti pociťují nejdříve problémy s viděním během čtení, při kterém nejčastěji popisují deformaci a výpadky písmen, zvýšenou potřebu světla či skvrnu v zorném poli (skotom). Skotomy postupem času splynou, čímž postupně dojde k neschopnosti číst a psát. Dále dochází ke ztrátě zrakové ostrosti do dálky, mizí schopnost rozeznávat obličeje. Pacienti se snaží vyrovnávat problémy s rozlišením detailů pomocí natočení hlavy, díky čemuž obraz přechází na nepoškozená místa sítnice, která jsou schopna detaily rozlišit. V konečném stádiu jsou postihnuti téměř úplnou slepotou, při níž jsou schopni rozlišit pouze prsty přímo před okem. Zůstává zachováno periferní vidění. Z toho vyplývá, že VPMD nepostihuje periferní sítnici. Díky tomu se mohou postižení alespoň orientovat v prostoru (Šofrová, 2011).

3.4 Rizikové faktory

Existuje řada vlivů, které negativně přispívají k fyziologickému chodu obou očí a účastní se na vzniku onemocnění VPMD. Mimo pokročilé celkové stárnutí sem patří další důležité faktory, které uvedeme v následujících podkapitolách.

Pohlaví

Neodmyslitelný vliv má také pohlaví, jelikož vlhká forma více postihuje ženy, než muže podobné věkové kategorie 75 let a více. Dle dalších studií bylo zjištěno, že u žen se více vyskytují měkké neohraničené drúzy, než u mužů (Kolář, 2008).

Genetické faktory

Výskyt VPMD v rodinné anamnéze je důležitým faktorem. Pokrevní příbuzní, mají až 4 krát vyšší riziko zasažení tímto onemocnění. Také lidé, se světlejší barvou duhovky jsou více ohroženi, protože jejich sítnice je méně chráněna před UV paprsky, než u lidí s tmavou barvou očí (Kolář, 2008).

Rasa

Onemocnění se projevuje jak u europoidní (bílé), tak u negroidní (černé) rasy ve stejné četnosti. Je však prokazatelně dokázáno že progrese do pozdějších fází onemocnění je u negroidní rasy v delším časovém horizontu oproti bílé rase. Příčinou je rozdílná koncentrace melaninu v oční sítnici. Vyšší koncentrace u negroidní rasy způsobuje lepší ochranu před ultrafialovým zářením (Matulová, 2017).

Kouření cigaret

Studie ukazují, že kuřáci a ex-kuřáci mají VPDM častěji než lidé kteří nikdy nekouřili (Boyd, 2019). Při pravidelném kouření více jak jedné krabičky denně, dochází ke snížení antioxidantů chránících makulu a k vyššímu výskytu vlhké formy.

Mezi další rizikové faktory patří: ultrafialové záření, nutriční faktory, hypertenze, nadbytek tuků, diabetes mellitus, alkohol či onemocnění šedého zákalu. U těchto faktorů jsou sice studie nejednotné, ale připisují se všeobecně k vlivu onemocnění (Kolář, 2008).

4 DIAGNOSTICKÉ METODY

Soubor diagnostickým metod lze rozdělit na dvě skupiny. První skupinou jsou metody základní, obsahující vyšetření, které může provést jakýkoli oční lékař v běžně vybavené ordinaci. Zbylá vyšetření označujeme jako speciální a patří do nich metody vyžadující speciální přístroje a vybavení. Toto vybavení nalezneme na očních klinikách (Kolář, 2008).

Základní diagnostické metody:
Anamnéza, vyšetření CZO do dálky a do blízka, vyšetření nitroočního tlaku, vyšetření Amslerovou mřížkou, biomikroskopické vyšetření, vyšetření kontrastní sensitivity, vyšetření zorného pole a barevné fotografie sítnice (Kolář, 2008).

Speciální diagnostické metody:
Fluorescenční angiografie, indocyaninová angiografie a optická koherentní tomografie (Kolář, 2008).

4.1 Anamnéza

Lékař pomocí rozhovoru zjišťuje informace o stávajících a minulých očních nemocech, úrazech pacienta i jeho rodinných příslušníků. Cílem je pátrat po příznacích, pomocí kterých lze určit druh vyšetření a postup léčby (Kuchynka, 2016).

4.2 Vyšetření zrakové ostrosti

Metoda spočívá ve sledování visu do dálky pomocí Snellenových optotypů (SO). Na SO se nachází písmeno, číslice nebo háky do písmene E a to kontrastně v černé barvě, na jasném, světlém pozadí. Pro přesnější vyšetření jsou používány ETDRS optotypy (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), pro přehlednost vložen obrázek číslo 3 v příloze B. Oproti SO mají na světelné tabuli pět písmen stejné čitelnosti v každém řádku. Pacient musí tyto symboly správně rozeznat a přečíst. Symboly jsou seřazeny sestupně, v horní řádce je nevětší písmeno a ve spodní nejmenší. Výsledek zapisujeme do zlomku, který uvádí vzdálenost, ze které nemocný četl, lomeno přečtenou řádkou. Pokud pacient nevidí horní řadu symbolů, přistoupí blíže k optotypu a zastaví se, až rozezná první symboly. Pokud nemocný nepřečte žádný symbol, přistupuje se ke čtení prstů ruky před okem. Čtení do blízka se vyšetřuje pod lampou, ze vzdálenosti 30 cm, na Jägrových tabulkách, kde se nachází odstavce plynulého textu s různou velikostí písma. Vyšetření provádí sestra (Hornová, 2011).

4.3 Měření nitroočního tlaku

Běžná hodnota nitroočního tlaku (NOT) je 16 ± 2 δ mm Hg. Pro orientační zjištění NOT lze využít palpačního vyšetření, při kterém se pacient dívá dolů a sestra přes víčko pod horním okrajem očnice dvěma ukazováky zkouší fluktuaci skléry. Toto vyšetření je založeno na dotyku. Další používanou metodou je Schiotzův tonometr, který se využívá k impresnímu měření NOT. Tonometr je přiložen na anestezovanou rohovku konkávní ploškou. Skrz otvor v této plošce vede tyčinka spojená se stupnicí. Tyčinka svojí tíhou tlačí na rohovku, čímž způsobí impresi (prohnutí) rohovky. Velikost NOT určí průhyb rohovky přenesený na výchylku na stupnici. Aktuální metodou využívanou v dnešní době je vyšetření Pneumotonometrem. Jedná se o velice rychlou bezkontaktní metodu, při které nemusí být oko anestezováno. Výši NOT vyhodnocuje fotobuňka sledující zploštění rohovky pod nárazem vzduchu. Vyšetření provádí sestra (Hornová, 2011).

4.4 Amslerova mřížka

K orientačnímu nebo domácímu vyšetření makulárních patologií slouží Amslerova mřížka. Vyšetření je klíčové pro včasný záchyt VPMD. Amslerova mřížka je vyobrazena jako tištěná čtverečkovaná tabulka se svislými a vodorovnými čárami, kde uprostřed najdeme tmavý fixační bod viz. (příloha A - Obrázek 2). Pacient se posadí s nasazenou korekcí do blízka, zakryje si jedno oko a ze vzdálenosti 30 cm fixuje svůj pohled na tento zmíněný bod a popisuje, jak vnímá tuto čtverečkovanou síť. Stejný postup se opakuje i pro druhé oko. Známkou patologie jsou deformity a vlnění čar, či úplné vypadávání čtverců. Lze spolehlivě detekovat metamorfopsie, skotomy a sledovat jejich postupný vývoj. Vyšetření je velmi snadné a rychlé, proto se doporučuje opakovat alespoň jedenkrát týdně s korekcí do blízka. Vyšetření provádí sestra (Šofrová, 2011).

4.5 Biomikroskopie

Provádí se v oblasti arteficiální mydriáza – rozšířená zornice pomocí kapek. Vyšetření umožní odhalení změn v neuroretině a RPE vrstvě. Provádí se na štěrbinové lampě pomocí různých čoček nebo klasickou Goldmanovou čočkou. Výhodou tohoto vyšetření je možnost binokulární vyšetření (vidění oběma očima), při použití indirektního oftalmoskopu, což poskytne prostorový vjem vyšetřujícímu lékaři. Pro detailní vyšetření je používáno direktní oftalmoskopie, která přináší 16x zvětšený obraz pouze z jednoho oka. Vyšetření provádí lékař (Kolář, 2008).

4.6 Vyšetření kontrastní senzitivity

Snížení kontrastní citlivosti vzniká během VPMD. Provádí se na Pelliho-Robsonově tabuli, která má osm řad po třech písmenech. Každá řada má nižší kontrast s pozadím od maximálního v horní řádce po minimální ve spodní řadě. Využití hlavně pro pacienty s VPMD, jelikož je zaměřeno na nejmenší rozpoznaný kontrast uvnitř prostorových frekvencí. Ve srovnání s vyšetřením zrakové ostrosti zjišťuje rozpoznání drobných detailů s vysokým kontrastem (Kolář, 2008).

4.7 Barevné fotografie sítnice

Pro zobrazování patologie sítnice jsou použity barevné snímky, na jejichž základě je možno identifikovat barevné resistence a rozdíly od fyziologické žlutooranžové barvy žluté skvrny. Pořizování snímku je zajištěno speciální sítnicovou kamerou, která dokáže pořídit dva snímky v jednom okamžiku a zároveň za pomoci dvou objektivů se pravoúhle posouvat. Výsledkem je stereo obrazu (Ernest, 2014).

V praxi je však více používán dvojitý retinální snímek, vytvořený fundus kamerou. Tento snímek se skládá ze snímků, které jsou vůči sobě lehce posunuty vlevo a vpravo. Na získaném prostorovém obraze je makulární edém snadno diagnostikovatelný. Touto kamerou lze zaznamenávat také angiografii a autofluorescenci fundu (Ernest, 2014).

4.8 Fluorescenční angiografie sítnice

Fluorescenční angiografie sítnice (FAG) využívá fyzikálního jevu fluorescence – schopnost pohlcovat elektromagnetické záření a následně ji vyzářit. Nejdříve se použijí mydriatické kapky, pro rozšíření pacientových zornic, poté dojde ke vstříknutí fluorescentní látky přes žilní kanylu do cévního řečiště. Průtok barviva je zaznamenán sérií fotografií. Lékař z fotografií vyhodnocuje průsak barviva cévami. Jestliže jsou cévy na sítnici poškozeny, je na fotografiích vidět prosakování barviva a přítomnost novotvořených cév. Fluorescentní látka se dostává postupně do sítnice a cévnatky přibližně po 10 sekundách (Ernest, 2014).

Nežádoucím jevem u pacientů bývá žloutnutí kůže a moči přibližně na 3-6 hodin, také se může vyskytnout alergická reakce, až anafylaktický šok, nevolnost či kolaps. Po vyšetření nemocný zůstává půl hodiny na pozorování, poté následuje kontrola fyziologických funkcí (Ernest, 2014).

U vyšetření pacienta se suchou formou VPMD nedochází k průsaku barviva, což je základní rozlišovací znak suché formy od vlhké formy VPMD. Dále se u suché formy vyskytuje hyperfluorescence v místě drúz jak u tvrdých, tak u měkkých. V případě vlhké formy VPMD je zdrojem průsaku CNV, přičemž k průsaku barviva dochází skrze poškozenou zevní, nebo vnitřní hematoretinální bariéru. Novotvořené cévy postižené vlhkou formou VPMD mají velké proděravění, skrze které může fluorescentní kapalina volně procházet do extracelulárního prostoru (Ernest, 2014).

4.9 Indocyaniová angiografie sítnice

Indocyaniová angiografie (ICGA) je principiálně stejná jako FAG. Rozdíl je v použité látce. ICGA ve vodě rozpustnou krystalickou látku – Indocyaninová zeleň. Látka se pacientovi podává formou roztoku se sterilní vodou intravenózně. Poté se sítnice snímkuje za použití infračerveného barevného filtru. Metoda dovede zobrazit chorioideální cirkulaci. Indocyaninová zeleň se váže na bílkoviny, díky čemuž neproniká stěnou sítnicových a chorioideálních cév. Pro snímkování používáme infračerveného spektra, které výborně proniká vrstvami melaninu a dovolí tak zobrazení případných patologií nebo chorioideálních vaskularizací. ICGA a FAG jsou kombinovatelné a dají se provádět zároveň (Kolář, 2008).

4.10 Optická koherenční tomografie

Optická koherenční tomografie (OCT) je jednou z hlavních diagnostických metod používána od roku 1991. Od té doby přístroj prodělal výrazný vývoj. Jedná se o neinvazivní metodu, díky které je možné sledovat struktury v reálném čase. Zařízení produkuje výkonnou svítivou diodou laserový paprsek, který využívá principu interference vlnění, tudíž vyhodnocuje změnu vlnové délky odrážených paprsků. Na základě informací vzešlých z tohoto vyšetření, může oftalmolog vyhodnotit sílu jednotlivých vrstev deformace křivky sítnice nebo reflektivitu pojišťovna (Ernest, 2014).

Starší přístroje time – domain OCT pracovaly s osovým rozlišením 10 mikrometrů. Dnešní spectral – domein OCT dosahují rozlišení 1, až 6 mikrometrů. Vyšším rozlišením můžeme zobrazit subretinální akumulaci tekutiny, drúzy, choroidální polypy nebo retinální angiomatózní prolyferaci. Obrázky lze pořizovat monochromatické i barevné. Snímky z OCT slouží pro stanovení další léčby. Jedná se o vyšetření, které hradí zdravotní pojišťovna (Ernest, 2014).

4.11 Mikroperimetrie

Mikroperimetrie (fundus perimetrie) je diagnostickou metodou soustředící se na zorné pole na malé ploše sítnice (10-20 %). Testuje schopnosti pacienta vnímat světelné body o různé intenzitě a velikosti v přesně daných místech. Využívá spojení perimetru a digitální fundus kamery, jedná se tedy o dvě vyšetření v jednom. Vyšetřením získáme přímé zobrazení makulární oblasti sítnice a data o funkci sítnice, čilosti fotoreceptorů, citlivost sítnice nebo přítomnost skotomů. Metoda je neinvazivní pacienta nijak nezatěžuje, ale vyžaduje jeho spolupráci a soustředění (Sokolová Šildová, 2014).

5 LÉČBA VPMD

Léčba VPMD se posledních letech výrazně posunula od invazivních a stabilizačních metod k stávajícím metodám, které nemocnému pomohou zachovat zbytky zrakové ostrosti do konce života. Smyslem terapie je zpomalit tempo progrese nebo úplné zastavení vývoje onemocnění. Úspěchu terapie vždy předchází včasné odhalení onemocnění, proto se klade důraz na preventivní prohlídky u očního lékaře. Dosud stále neexistuje přesná léčebná metoda k úplnému zastavení onemocnění a to hlavně u suché formy (Kolář, 2008; Šofrová, 2011).

5.1 Terapie suché formy VPMD

V případě suché formy zatím neexistuje prevence vzniku drúz a pigmentových změn. Některé klinické studie potvrdily, že výrazný vliv na terapii suché formy mají tzv. antioxidační látky na podkladě vitaminu A, C, E, betakarotenu, selenu nebo zinku. Na vrstvy sítnice má velký vliv i příjem omega-3 nenasycených mastných kyselin. Jedinou, tedy podpůrnou léčbou, jsou potravinové doplňky s vyššími dávkami antioxidantů a zinku. Antioxidanty se vyskytují nejčastěji v čerstvém ovoci a zelenině. Jejich užitkem je zadržování volných kyslíkových radikálů a tudíž snižování oxidačního stresu (Dubská, 2010).

Dalšími doporučenými kroky je zaměřit se na prevenci, zdravý životní styl, kompenzaci celkových onemocnění, chránit oči před slunečním zářením kvalitními slunečními brýlemi a v neposlední řadě omezení kouření (Dubská, 2010).

5.2 Terapie vlhké formy VPMD

Hlavní cílem léčby vlhké VPMD je cílené odstranění CVN. Současnou léčebnou metodou je biologická léčba s použitím anti-VEGF terapie, tj. protilátek růstového faktoru, aplikovaných injekční stříkačkou do sklivcového prostoru. Dalšími méně používanými metodami jsou laserová fotokoagulace, fotodynamická terapie s verteporfinem. Existují ještě další léčebné metody, které jsou již zahrnuty mezi historické. Patří sem transpupilární terapie, radioterapie, chirurgickému odstranění znovustvořených cév, extrakce nevaskulárních membrán nebo přemisťování makuly, což patří mezi složité operační výkony, které mají přísná zařazovací kritéria a provádějí se vzácně (Šofrová, 2011; Ernest, 2014).

5.2.1 Terapie Anti – VEGF

Aplikací těchto anti-VEGF protilátek dochází k blokování novotvořených cév a současně působí proti otoku sítnice. Tento specializovaný operační výkon provádí jen několik specializovaných center v České republice, realizuje ho jen zkušený lékař v lokální anestezii na operačním sále. Za pomoci tenké injekce se aplikuje malé množství látky. Jde o látky anti růstového faktoru: Avastinu, Lucentisu a Eyleu. Před výkonem se okolí oka a aspojivkový vak dezinfikuje roztokem Betadine, oči se znecitliví lokálním anestetikem, nakapou se speciální kapky, které oko umrtví. Do oka lékař pronikne tenkou jehlou a aplikuje látku asi (0,1 ml). Po 30 minutách sestra nemocnému změří nitrooční tlak. Tento proces se opakuje asi 3 krát po 4-5 týdnech a dále v prodlouženém intervalu podle druhu použitého přípravku, případně terapeutické odpovědi na sítnici. Při pokročilém onemocnění je nutné tento zákrok po čase opakovat. Po operaci pacient může odcházet domů. Jde tedy o ambulantní výkon, po kterém následuje kontrola. Již po týdnu vidíme zlepšení, a to zmenšení otoku (Šofrová, 2011).

Mezi rizikové faktory po operaci patří lokální bolest oka, zvýšený nitrooční tlak, riziko infekce, krvácení nebo v krajním případě odchlípnutí sítnice. Přípravek nemocný vstřebává i do krevního řečiště, proto zde hrozí riziko např. trombolytické nemoci, infarktu myokardu, či mozkové příhody. Z tohoto důvodu, je vyžadováno interní vyšetření ke snížení kardiovaskulárních rizik. Léčba anti – VEGF i přes různá rizika patří mezi nejúspěšnější metody v boji s vlhkou formou. Bohužel asi u 10% nemocných tato léčba nefunguje a jsou odkázání na jiné možnosti léčby (Šofrová, 2011).

5.2.2 Fotodynamická terapie s verteporfinem

Tato léčebná metoda se dnes využívá jen mimořádně, a to za pomocí laseru a látky verteporfinu. Tato látka se na cca 10 minut aplikuje infuzní pumpou do cévního řečiště. K této metodě se přistupuje u nemocných, kteří nemohou podstoupit anti – VEGF léčbu nebo u nich tato léčba nezabrala. Obvykle se po 3 měsících tato metoda musí několikrát zopakovat. Bohužel k léčbě vlhké formy VPMD hraje vyšší účinnost anti – VEGF terapie. Po výkonu následně nemocný odchází domů se speciálními brýlemi proti slunci, nebo výraznějšímu osvětlení, které je nucen nosit 24 hodin. Přibližná cena jednoho preparátu se pohybuje kolem 25 000 korun a hradí ji zdravotní pojišťovna při splnění určitých kritérií (Šofrová, 2011).

5.2.3 Laserová fotokoagulace

Klasická laserová fotokoagulace se také využívá zcela výjmečně, protože jen malé procento pacientů splňuje podmínky k její účinnosti. Využívá se laser s různým typem světla, který ničí poškozené tkáně. V laserované oblasti dochází ke vzniku jizvy a následnému výpadku zorného pole. U poloviny všech pacientů však dochází ke vzplanutí a vzniku nových cév (Ernest, 2014).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O POSTIŽENÉ S VPMD

Úloha sestry v oční sítnicové ambulanci spočívá zejména v komunikaci s pacienty, provádění vyšetřovacích úkonů, před vyšetřovací a po vyšetřovací péči. Nejprve sestra přijímá pacienta s obtížemi značícími začínající stádium VPMD do ordinace očního lékaře. Pacient je požádán sestrou k podání průkazu zdravotní pojišťovny, poté je vyzván k příchodu do ambulance. Sestra pacienta posadí před ETDRS optotyp a dotazuje se, jestli pacient používá brýlovou korekci na dálku a do blízka. Následně provede vyšetření zrakové ostrosti s vyhodnocením pomocí číselného zlomku. Po sdělení výsledků lékaři provede sestra s pacientem test pomocí Amslerovy mřížky na každé oko zvlášť. Používá-li pacient brýlovou korekci je vyzván k jejímu užití. Dále provede sestra u pacienta měření nitroočního tlaku bezkontaktním tonometrem. Po odečtení hodnot NOT předá naměřené hodnoty lékaři a asistuje mu během dalšího vyšetření pacienta. Veškeré naměřené hodnoty a podané léky jsou sestrou zaznamenávány do zdravotní dokumentace. V klatovské nemocnici je používána kapací karta. Jde o záznam počtu podání očních kapek s údaji o visu, NOT a výsledku z testu Amslerovy mřížky (Suchá, 2014).

Rozhodne-li lékař o podání mydriatických očních kapek, sestra tento úkon provede. Jedná se o oční kapky: Hematropin 4% gtt,. Mydrum gtt., Unitropitc gtt. nebo Neosynephrine. Vyžádá-li si lékař vyšetření Goldmanovou čočkou, sestra pacientovi umrtví oko pomocí očních kapek Benoxi gtt. či Tetracine gtt. Po podání kapek doprovodí sestra pacienta do čekárny, kde pacient vyčká 20 minut, během kterých se mu rozšíří zornice. Sestra chodí pacienta do čekárny kontrolovat v pravidelných časových intervalech. V případě pomalého procesu rozšíření zornice podá sestra pacientovi další dávku očních kapek (Suchá, 2014).

Je-li lékařem stanoveno FAG, vytiskne sestra informovaný souhlas s vyšetřením, který předá lékaři. Po proškolení pacienta lékařem, změří sestra pacientovi krevní a nitrooční tlak. Dále podá mydriatické oční kapky a Antihistaminika (Dithiaden tbl.) per os. Antihistaminika používáme jako prevenci k nežádoucí alergické reakci (Suchá, 2014).

Vše je sestrou řádně zapsáno do zdravotní dokumentace. Po dostatečném roztažení zornic je u pacienta zaveden periferní žilní katetr. Sestra doprovodí pacienta před fundus kameru, kde je podána dávka 5 ml 10 % fluoresceinu sodného roztoku do žilní kanyly během krátké doby. Po vyšetření, které je provedeno lékařem, změří sestra krevní tlak, odstraní permanentní žilní katetr a ránu ošetří. Následuje odvedení pacienta do čekárny, kde je po dobu 1 hodiny průběžně kontrolován sestrou z důvodu hrozby anafylaktického šoku, nevolnosti nebo zvracení v důsledku nežádoucí reakce na daný lék. Sestra pacienta upozorní na specifické zbarvení moči a nutnost zvýšeného příjmu tekutin během dne (Suchá, 2014).

6.1 Klasifikace zrakového postižení

Vyhodnocování a klasifikace zrakového postižení, je provedena na základě vyšetření centrální zrakové ostrosti. Jednotlivé stupně zdravotního postižení jsou stanoveny světovou organizací (WHO) a to do pěti kategorií, označených stupni jedna až pět. Číslo jedna udává střední slabozrakost a číslo pět úplnou nevidomost. Úplný přehled zrakového postižení dle WHO je uveden na obrázku číslo 4 v příloze B. (Kolář, 2008).

„Na rozdíl od obecných kritérií klasifikace zrakového postižení dle WHO, mají pacienti s VPMD sníženou zrakovou ostrost do dálky i do blízka. Dále vzhledem k predilekčnímu postižení centrální části sítnice je zasažena centrální část zorného pole, kdežto periferní část zůstává zachována. Tato okolnost je tím více limitujícím faktorem pro čtení a práci do blízka“ (Kolář, 2008, s. 139).

6.2 Péče o pacienty s poruchou zraku a kontakt s těmito lidmi

Největší část ošetřovatelské péče o pacienta s VPMD je věnována pacientům, kteří prožívají poslední stádium tohoto onemocnění, které je možno srovnat s praktickou slepotou. Takto postižení lidé potřebují ošetřovatelskou péči nebo kompenzační pomůcky v různých aspektech jejich života. Proto zde uvádíme pouze postupy pro kontakt s takto postiženým pacientem (Mertlíková, 2015).

6.2.1 Kontakt a komunikace se zrakově postiženým člověkem

Při styku s nevidomými je třeba dbát o dodržení určitých pravidel. Například při prvním kontaktu s nevidomým člověkem a je jedno jestli ve zdravotnickém zařízení nebo kdekoliv jinde, je potřeba nejprve nevidomého oslovit a poté mu položit ruku na rameno. Díky ruce na rameni nevidomý pochopí, že se komunikace týká přímo jeho. Dále je nutné ujistit se, zda nevidomý pomoc potřebuje, nebo o ni opravdu stojí. Je potřeba pochopit, že pomoc nevidomému nikdy nevnucujeme. Když nevíme jak člověku pomoci, je na místě přímá otázka: „ Jak Vám mohu pomoci?“ (Mertlíková, 2015).

V případě, že nevidomý potřebuje někam doprovodit, je vhodné postupovat tímto způsobem. Nevidomému nabídneme svou paži a vyčkáme, až ji sám chytí. Během přesunu je dobré, aby nevidomý, šel půl kroku za vámi. Rychlost přesunu přizpůsobíme nevidomému a na překážky na trase vždy upozorníme nevidomého včas. Volíme umírněný tón hlasu, protože nechceme, aby nevidomý reagoval poplašeně. Například nevidomému ohlásíme, že je před námi ve vzdálenosti 15 kroků obrubník, na který budeme vstupovat, proto před zmíněným obrubníkem zpomalíme. Vždy je potřeba dobře popsat prostor kde se překážka, nebo nějaké omezení na cestě nachází. V případě schodů vždy uvedeme, kterým směrem vedou a zda mají zábradlí. Vždy upozorníme na první nebo poslední schod. Nikdy nevidomého netaháme ani netlačíme požadovaným směrem (Mertlíková, 2015).

Při průchodu dveřmi je dobré nevidomého směrovat na stranu pantů, tak aby se mohl rukou dotýkat zárubní a dveří. Dveře vždy otevírá vodič. Při průchodu zúžením prochází první vždy člověk, který vidí a nevidomý se ho drží za loket a druhou ruku mu pokládá do středu zad. Nikdy neztrácíme s nevidomým kontakt.

V situaci, kdy si chce nevidomý někam sednout, je nutné ho k místu dovést a ruku, kterou se Vás drží mu položit na sedák židle (Mertlíková, 2015).

Během doprovodu do sanitního vozu přendáme ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří vozu a necháme nástup na něm, je na místě se domluvit, kdo zavře dveře. Během komunikace se zrakově postiženou osobou není potřeba projevovat soucit, zvyšovat hlas nebo bát se popisu okolí. Také není potřeba neustálého slovního kontaktu. Jednáme přirozeně ale ohleduplně. Je třeba mít neustále na mysli, že je potřeba nevidomému předat co nejvíce informací o jeho okolí, například při příchodu do čekárny informujeme nevidomého o tom, kolik je tam lidí a jak je zhruba místnost nábytkově situována (Mertlíková, 2015).

6.2.2 Základní postup při příjmu zrakově postiženého pacienta na oddělení zdravotnického zařízení

Základem je především slušné chování a profesionální komunikace. Nejprve se představíme a uvedeme své pracovní zařazení, a to z důvodu, aby pacient věděl, jestli hovoří se sestrou nebo s lékařem. Jedná-li se o pacienta bez pohybového omezení, projdeme s ním celé oddělení a podrobně mu ho popíšeme, aby měl pacient představu, jak daleko je od jeho pokoje například toaleta nebo inspekční pokoj. V případě, že má nevidomý pacient doprovod, může tento úkon vykonat on. V tomto případě je předpoklad, že doprovod ví, jak nejlépe pacientovi předat potřebné informace. Pro pacienty, kteří nejsou nevidomí, ale mají zrakové postižení, je důležité nastavení správného osvětlení, a to zejména kontrastu. Například světlé zdi a černé vypínače. Dále je potřeba dohlédnout na to, aby na chodbách oddělení nebyly žádné překážky a vše bylo jasně označeno tak, aby pacienti nebloudili a byl zajištěn jejich bezpečný pohyb po oddělení. Při příchodu na pokoj se držíme zásad z předchozí kapitoly, tedy oznámíme pacientovi kolik je v pokoji lidí a jak je pokoj uspořádaný. Veškeré důležité instrukce předáme pacientovi ústně nebo mu je předáme formou hlasového záznamu tak, aby mu byly vždy k dispozici. V případě předčítání je třeba se vyhnout vlastním názorům a komentářům, protože vaše oči slouží v tomto případě pouze jako náhrada očí nevidomého. V případě odchodu od nevidomého tuto skutečnost nevidomému vždy sdělíme. Nikdy pacientovi nepřemisťujeme osobní věci. V případě, že je to nutné vždy ho s touto skutečností seznámíme a ukážeme mu novou pozici této věci. Při provádění jakéhokoli úkonu u nevidomého zdravotník vždy pacienta nejprve osloví a teprve poté se ho dotkne. Veškeré úkony, které bude zdravotník vykonávat, nevidomému nejdříve popíše (Mertlíková, 2015).

6.3 Zásady péče o zrakově postižené pacienty ve specifických situacích

Lidi s těžkou poruchou zraku nelze srovnat s běžným pacientem. Při telefonické objednávce do zdravotnického zařízení je pro takového pacienta stěžejní získání dostatku informací. Velice důležité jsou pro něj i internetové stránky daného zařízení, kde se spoléhá na to, že mají vytvořený takzvaný Blind Friedly web, to je speciální web s hlasovým výstupem určený pro nevidomé. Bohužel většina našich nemocnic tento web nemá (Mertlíková, 2015).

Orientace v areálu nemocnice

Pro pohyb po areálu zdravotnických zařízení je pro zrakově postižené velice důležité správné uzpůsobení vodících a jiných informačních prvků, stejně jako proškolení zaměstnanců. V případě, že zařízení nemá blind Friedly web, je nutné se připravit na množství otázek ze strany nevidomého pacienta a obrnit se trpělivostí. V případě, že pacient přijde bez doprovodu, musí se spoléhat pouze na bílou hůl a je odkázán na takzvané vodící linie. Jedná se o vystouplé drážky v podlaze nebo vodorovné výstupky, podle kterých se nevidomý orientuje. V některých budovách jsou i takzvané orientační majáky (většinou u vchodů). Maják signalizuje průchod a je spuštěn speciálním vysílačem přímo pacientem. Dalšími běžnými orientačními pomůckami jsou hmatové tabule či hmatové mapky a nápisy s Braillovým písmem. Je nutné myslet na veškeré překážky či nezabezpečené díry, které je nutné zabezpečit tak, aby nebyly nebezpečným prvkem pro nevidomé. První kontaktní osobou v nemocnici je recepční, která by měla být proškolena pro práci s nevidomým a měla by být schopna takového pacienta doprovodit na požadované oddělení nemocnice (Mertlíková, 2015).

Ambulantní zařízení, ordinace

V první řadě by se měl personál představit, poté upozornit pacienta na podání ruky a nakonec ruku podat. Tento postup nahrazuje u nevidomého oční kontakt. Pro psychický stav nevidomého pacienta je důležité, aby byl objednán na určitý čas a tento čas byl dodržen. Jakékoli prostoje v čekárně jsou pro nevidomého stresující. V případě nenadálé komplikace, která způsobí čekání, je potřeba o této situaci nevidomého neprodleně informovat. V případě doprovodu nevidomého pacienta je čistě na pacientovi, zda půjde doprovod s ním do ordinace nebo počká v čekárně. V situaci, kdy nevidomého doprovází vodící pes, je běžné, že vstupuje do ordinace s ním (Mertlíková, 2015).

V případě, že není možné vzít vodícího psa sebou do ordinace, je nutné o této skutečnosti nevidomého informovat již při objednávacím telefonátu. Je krajně neslušné, když zdravotník komunikuje pouze s doprovodem a nevidomého přehlíží. Z hlediska slušného chování je nutné se takovému jednání vyvarovat. Po vstupu pacienta bez doprovodu do ordinace by měl zdravotník převzít úlohu doprovodu a pomoci nevidomému při vstupu a popisu, kam se má posadit, kde si může odložit oblečení nebo kolik je v místnosti lidí. Pro nevidomého pacienta je komunikace velice důležitá, protože nahrazuje jeho zrak, proto je nutné, aby zdravotní personál pacienta vždy upozornil na připravovaný výkon a oznámil mu, že výkon je u konce (Mertlíková, 2015).

Dlouhodobá hospitalizace

Pro každého pacienta je dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení stresující situaci a pro zrakově postiženého pacienta to platí dvojnásob. Většina zrakově postižených je schopna pohybu bez cizí pomoci, což je spojeno pouze se známým prostředím. Pohyb v neznámém prostředí je pro takové pacienty nekonformní a velice stresující. Proto je žádoucí, aby byl pacient dobře informován o situování nábytku a překážkách v pokoji nebo na oddělení. Při popisu pokoje pacientovi je nejlépe postupovat jako popis celku (členění místností, dveře okna atd.), potom přejít od pozice největších předmětů k těm nejmenším. Po popisu pokoje je důležité celý pokoj s pacientem projít a znovu ho postupně popsat. Takový systematický postup pacientovi velice usnadní orientaci. Například pokud jsou v místnosti dveře, je potřeba říct kam vedou. Pokud je na zdi okno, je nutné říci, jak vysoko a jak velké je. Zdravotník by měl pacientovi vysvětlit a ukázat, jak se přivolává zdravotnický personál. Pokud nevidomý požaduje samostatný pokoj, je dobré mu ho zajistit, jelikož to výrazně usnadní jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení. V případě pobytu na pokoji s ostatními pacienty je nutné se s nimi domluvit a pokoj pro nevidomého uzpůsobit (Mertlíková, 2015).

Při vyšetření nevidomého pacienta na jiném oddělení je potřeba zajistit doprovod zdravotnickým personálem přímo na místo vyšetření. Během vyšetření zdravotník na pacienta počká a odvede ho zpět. V případě, že zdravotník nemůže na pacienta počkat, upozorní ho na tuto skutečnost, poté mu sdělí, že po vyšetření bude usazen například do čekárny, kde vyčká na příchod zdravotníka, který ho doprovodí zpět na výchozí oddělení (Mertlíková, 2015).

Další odlišný přístup při péči o nevidomé je během podávání léků a potravy. Příjem potravy je pro nevidomého pacienta velice stresující záležitostí, jelikož má často strach, aby se neumazal nebo že si nezvládne jídlo nakrájet a dát do úst. Proto je dobré si rozmyslet, kde bude pacientovi jídlo podáváno, jestli potřebuje jíst z hlubokého talíře nebo je potřeba mu jídlo nakrájet. Zde je nutné, aby byl personál ochotný a vstřícný. Během podávání jídla pacientovi je na místě mu sdělit, co bude jíst, jaké je rozložení jídla na talíři nebo jaké je rozložení jídla a pití na stole. Pro popis pozice jídla je vhodný hodinový systém. Například od 3 do 6 hodin máte maso a od 6 do 12 hodin kaši. Pokud má pacient alespoň nějaké zbytky zraku je vhodné vytvořit kontrastní prostředí, například bílý ubrus a na něm tmavý tablet s jídlem (Mertlíková, 2015).

Během podávání léků, které pacient bere běžně, je vhodné, aby sestra upozornila pacienta, že odkládá léky na stůl, na kterém je opět vhodné vytvořit kontrastní prostředí. Pokud je pacientovi změněna medikace upozorníme a necháme léky ohmatat. V tomto případě je dobré podávat pacientovi nové léky přímo z ruky (Mertlíková, 2015).

6.4 Kompenzační pomůcky pro pacienty s VPMD

Tyto pomůcky slouží k vyrovnání postižení pacienta, kdy je hlavním kritériem pro správnou volbu pomůcky charakter a stupeň zrakové vady. Dále je nutné brát ohledy na fyzické i duševní schopnosti pacienta, který musí být schopen pomůcku správně využívat. Dalším kritériem pro volbu pomůcky, ke kterému je nutné přihlédnout, je časové využití. Protože existuje obrovské množství kompenzačních pomůcek pro uživatele se zrakovým postižením, uvedu zde jen některé vybrané (Bubeníčková, 2012).

Lupa

Jedná se o běžnou pomůcku pro pacienty léčené i neléčené, kteří se snaží usnadnit si čtení. Typů lup je nepřeberné množství, mohou být osvětlené, neosvětlené, se stojánkem, bez stojánku, hlavové či závěsné, v různých tvarových provedeních (Bubeníčková, 2012).

Optoelektronické pomůcky

Tyto přístroje využívají snímání objektu pomocí kamer, což umožnují přiblížení do blízka i do dálky. V novém tisíciletí dochází k čím dál větší minimalizaci, což umožnuje velkou flexibilitu a mobilitu zařízení. Zde je opět nepřeberné množství různých přístrojů např.: Clearviev systém, TVi Color Mouse a další (Bubeníčková, 2012).

Výpočetní technika

Využitím speciálního softwarového a hardwarového vybavení stolního nebo přenosného počítače, umožní uživateli snadno přijímat a vytvářet informace. S rozvojem výpočetní techniky a s vývojem moderních operačních systémů, lze pro tyto účely využívat např.: mobilní telefony. Uvedu jen některé vybrané zástupce např.: software hlasové syntézy, odečítače obrazovky, softwarové lupy, Braillský řádek (Bubeníčková, 2012).

Mobilní telefony

Mobilní technologie přinášejí prokazatelné zvýšení samostatnosti osob se zrakovým postižením. Postižení si mohou snadno přečíst nebo poslat zprávu, což výrazně zvyšuje komfort jejich života. Jedná se o oblast s velmi dynamickým rozvojem, objevují se nové a nové aplikace zvyšující užitnost mobilních zařízení pro zrakově postižené. Např.: ozvučené telefony, telefony pro seniory, aplikace pro rozeznávání textu a převodu textu na hlasový formát (Bubeníčková, 2012).

Pomůcky pro usnadnění mobility

Tato skupina pomůcek se dá označit za základní, jelikož různé pomůcky pro zrakově postižené jsou využívány již odedávna. Jde např. orientační hole, povelové vysílače, orientační majáčky pro nevidomé, ultrazvukové vyhledávače překážek a vodící psy (Bubeníčková, 2012).

Pomůcky pro zápis Braillova písma

Všechny tyto pomůcky využívají Braillovo písmo. Jde o psací stroje pro nevidomé, tabulky na psaní Braillova písma a různé další pomůcky k výuce Braillova písma (Bubeníčková, 2012).

Drobné pomůcky denní potřeby

Do této skupiny patří všechny pomůcky, které se nám zdají jako běžné, ale pro nevidomého člověka musí být upraveny. Např.: kuchyňská váha ovládaná hlasem, indikátory hladiny světla či barev, hmatové oznamovače, rozlišovače podobných předmětů, nebo zásobníky na léky či peníze (Bubeníčková, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

Postupná ztráta zraku představuje pro pacienta velkou změnu v jeho dosavadním životě. Věkem podmíněná makulární degenerace je těžké onemocnění, které je nejčastější příčinou ztráty zraku u lidí ve vyšším věku. Diagnostika tohoto onemocnění znamená pro pacienta velkou změnu v jeho dosavadním způsobu života, vytváří zraková omezení a v některých případech vede i ke ztrátě zraku. Postižení zraku omezuje člověka při výkonu běžných denních úkonů a také silně ovlivňuje psychickou stránku nemocného. Pacient se často cítí méněcenným a má pocit, že jeho život je v koncích.

Člověk si začne uvědomovat důležitost zraku a potřebuje silnou psychickou podporu od svých blízkých a zdravotnického týmu, který má za úkol u nemocného vybudovat základy důvěry a tím mu dokázat, že jeho osud není jeho blízkým ani zdravotnímu personálu lhostejný. Dobrým proškolením a převzetím nových návyků spojených se zrakovým omezením dokáže pacient, i s plnou slepotou, žít samostatně, maximálně s podporou speciálně vycvičených psů.

Otázka, kterou se v praktické části bakalářské práce věnujeme, zní: Jaké mají zkušenosti pacienti s VPMD s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních?

7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

7.1 Hlavní cíl

Jaké mají zkušenosti pacienti s VPMD s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních?

7.2 Dílčí cíle

1. Zpracovat a analyzovat polostrukturovaný rozhovor.
2. Jaká ošetřovatelská opatření chyběla pacientům s VPMD ve zdravotnickém zařízení.
3. Zpracovat doporučení pro sestry, jakým způsobem pečovat o klienty zrakově postižených pacientů s VPMD.

8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Je personál v Klatovské nemocnici a.s., dostatečně proškolen v práci se zrakově postiženými pacienty?
2. Jaká konkrétní opatření mají v Klatovské nemocnici a.s., pro zrakově postižené pacienty?

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro sběr dat byly použity zkušenosti a prožitky pacientů postižených onemocněním VPMD, kteří zápolí se ztrátou zraku a jsou zařazeni v kategorii zrakového postižení 3-5, mají bohaté zkušenosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Záměrně byli vybráni muž a žena, aby byla zastoupena obě pohlaví. Dalším požadavkem bylo, aby oba respondenti byli podobného věku, a to z důvodu pokročilého stádia VPMD. V tomto stadiu trpí praktickou slepotou. Posledním a nejdůležitějším kritériem výběru byla ochota komunikovat. Oba respondenti jsou pacienty oční ambulance Klatovské nemocnice a.s. Oběma byl vysvětlen záměr výzkumu a byli ujištěni o anonymitě. Oba nám dobrovolně podepsali informovaný souhlas viz.(příloha C – souhlas č. 1 a č. 2).

Dále označujeme respondenty pouze jako muže a ženu. První je muž ve věku 68 let s diagnostikovanou vlhkou formou VPMD obou očí. Stav vidění je roven praktické slepotě. Druhá je žena ve věku 66 let, diagnostikována vlhká forma VPMD obou očí, jež progredovala do stavu praktické slepoty.

10 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování daného tématu byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, který umožní pomocí jednoduchých metod odpovědět na stanovené výzkumné otázky (Hendl, 2008).

Pro zodpovězení výzkumných otázek byl vybrán soubor dvou vzorků respondentů, se kterými byl veden polostrukturovaný rozhovor obsahující souhrn zkoumaných témat. Takto připravený rozhovor tazateli umožňuje lépe udržet zaměření na dané téma a zároveň přizpůsobovat otázky dané situaci. Soubor otázek polostrukturovaného rozhovoru je uveden v příloze D (Hendl, 2008).

Informace o klientech byly získány ze zdravotní dokumentace očního oddělení Klatovské nemocnice a.s., kde jsou vedeni oba respondenti. Náhled do zdravotní dokumentace byl učiněn se souhlasem Klatovské nemocnice a.s. (viz příloha C, souhlas č. 3) a se souhlasy pacientů (viz příloha C, souhlas č. 1 a č. 2).

Záznam polostrukturovaného rozhovoru byl zpracován formou shrnujícího protokolu a nachází se v přílohách E a F. Shrnující protokol zachovává klíčové úseky a zestručňuje ostatní. Takto upravené rozhovory byly dále zpracovány formou kódování a kategorizovány do příslušných skupin. Pomocí těchto nestatistických technik je nám umožněno proniknout hlouběji do zkoumaných faktorů.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Po nalezení vhodných respondentů z řad pacientu Klatovské nemocnice a.s. bylo nejprve nutné zažádat o potřebný souhlas. Výzkumné šetření probíhalo v červenci 2019 a v lednu 2020. Oba respondenti byli v minulosti hospitalizováni na odlišných odděleních nemocnic. Po prostudování zdravotní dokumentace došlo na polostrukturovaný rozhovor s respondenty. Setkání s respondenty probíhalo na oční ambulanci v odpoledních hodinách, a otázky v rozhovoru byly směřovány na anamnézu a zkušenosti s pobytem ve zdravotnických zařízeních. Cílem rozhovoru bylo získání informací o pocitech a názorech na pobyt ve zdravotnických zařízeních. Formulace otázek směřovala na zodpovězení výzkumných otázek. Struktura rozhovoru byla předem připravena (viz. Příloha D).

První rozhovor proběhl s mužem v červenci 2019 na očním oddělení Klatovské nemocnice a.s. a trval 60 minut. Z důvodu dosažení dostatečného komfortu a soukromí byl respondent usazen v prostoru kanceláře vrchní sestry. Muž byl mírně nervózní a vzhledem k časté zapomnětlivosti bylo potřeba několikrát mu objasnit celý průběh rozhovoru. Rovněž byl seznámen s textem informovaného souhlasu (viz. příloha C, souhlas č. 1). Po rozhovoru odcházel muž za doprovodu manželky domů.

V pořadí druhý rozhovor se ženou proběhl v lednu 2020 a trval 90 minut, jelikož žena byla hovornější než muž. Rozhovor byl situován na stejné místo jako předchozí. Ženě byla předložena stejná struktura rozhovoru jako u muže. Žena se chovala sebejistě a byla velice vstřícná a sdílná. Odpovídala v dlouhých souvětích a často se odklonila od tématu. Jak sama řekla, byla ráda, že si může s někým popovídat. Žena odešla v doprovodu pečovatele z domova péče o seniory.

Nejprve se stručně věnujeme anamnéze jednotlivých respondentů. Po rozhovorech následoval přepis záznamu rozhovorů do shrnujících protokolů. Dále bylo provedeno kódování shrnujících protokolů a kategorizaci kódů. Důraz byl kladen na pozitivní i negativní prožitky pacientů spojeních s pobytem stráveným ve zdravotnickém zařízení a styku se zdravotnickým personálem. Během výzkumu byly využity konzultace s předními odborníky očního oddělení Klatovské nemocnice a.s.

12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Zde je vyhrazen prostor na interpretaci výsledků vzešlých z průzkumu zdravotní dokumentace obou respondentů.

12.1 Respondent muž se zrakovým postižením

Prvním dotázaným je muž 68 let, důchodce, dříve pracoval jako svářeč v podniku Škoda Klatovy. Doma žije s manželkou, která o něj pečuje. V produktivním věku očního lékaře téměř vůbec nenavštěvoval. Na ošetření docházel jen při potížích, nejčastěji se šponou v rohovce. Počátek onemocnění se objevil v 62 roku života, kdy si muž začal všímat prvních příznaků, a proto navštívil oční ambulanci Klatovské nemocnice. Zde podstoupil řadu odborných vyšetření – vyšetření CZO do dálky a do blízka, změření nitroočního tlaku, biomikroskopické vyšetření, vyšetření OCT a FAG. Následně byl odeslán do Fakultní nemocnice Plzeň-Lochotín na oční kliniku s doporučením na anti - VEGF léčbu. Po této léčbě v Plzni se jeho stav stabilizoval. Další pravidelné kontroly, už probíhaly na oční ambulanci v Klatovské nemocnici a.s. se závěrem beze změn. Po 64 roku života dochází k progresi onemocnění. Subjektivně pacient popisuje zhoršené vidění do dálky i na blízko. Vyšetření na Amslerově mřížce nelze provést. Pravým okem vidí 1/60 a levým okem vidí prsty před okem. Objektivní shrnutí CZO do dálky: pravé oko vidí 40 % normy, levé oko 10 %. CZO do blízka - nelze provést. Nitrooční tlak je v normě. Po opětovném vyšetření je zaznamenána vlhká forma VPMD obou očí. Během posledních dvou návštěv se objevuje několik drúz v centrální oblasti sítnice a krvácení do sklivce. Pacient je odeslán na oční kliniku Plzeň k aplikaci anti - VEGF léčby. Celkem bylo aplikováno 12 IVT injekcí. Poslední IVT injekce se aplikovala v dubnu 2019. Od této doby je pacient pravidelně sledován. Poslední kontrola proběhla v červenci 2019. Pacientův stav lze popsat jako praktickou slepotu. Schopnost orientace v prostoru je výrazně omezená, proto se pacient nedokáže pohybovat po svém bytě bez pomoci. Nákupy a vaření obstarává manželka. V případě nutnosti pohybu mimo byt je pacient odkázán na pomoc blízkých. Fyzická kondice je excelentní, nutnost léčby a medikace je konzultována s pacientem a s jeho manželkou, která ho doprovází na vyšetření a kontroly. Před 28 lety mu byl odoperován šedý zákal v důsledku dětského úrazu. Pozdějším lékařským zákrokem byl bypass srdce a operace břišní kýly. Mezi další přidružené onemocnění patří chronická ischemická choroba srdeční a primární hypertenze.

12.2 Respondentka žena se zrakovým postižením

Druhou dotázanou respondentkou je žena ve věku 66 let, důchodkyně, dříve pracovala jako švadlena ve firmě Kozak, Klatovy. V současnosti žije v domově důchodců v Klatovech. Očního lékaře navštěvuje již od dětství. Levé oko je od malička tupozraké. V padesátém osmém roku života diagnostikován šedý zákal a v témže roce provedena operace katarakty s implantací očních čoček. Počátek onemocnění VPMD se objevil v šedesátém druhém roku života, kdy si žena začala stěžovat na zhoršující se zrak. Při návštěvě oční ambulance Klatovské nemocnice nalezeny příznaky počátku progresivní formy VPMD obou očí. Dále žena podstoupila řadu odborných vyšetření – vyšetření CZO do dálky a do blízka, změření nitroočního tlaku, biomikroskopické vyšetření, vyšetření OCT a FAG. Pacientka byla odeslána na oční kliniky Plzeň k aplikaci anti-VEGF léčby, kde jí bylo během jednoho roku aplikováno 9 injekcí. Výsledkem bylo zpomalení průběhu onemocnění. Během následujícího roku pacientka upadla na schodech a udeřila se hlavou o schod, následovala několika měsíční léčba (Fakultní nemocnice Lochotín) a následná rehabilitace (Rehabilitační centrum Horažďovice). Pád přinesl luxaci levého ramene a krvácení do malé pánve. Při navracení ramene zpět došlo k pohmoždění svalu a byla doporučena rehabilitace, bohužel ani při pravidelném cvičení se nepodařilo navrácení funkce levé končetiny. V průběhu léčby pacientka nenavštěvuje aplikační centrum a zanedbává anti-VEGF léčbu. Několik měsíců po ukončení léčby přichází pacientka s velkými zrakovými obtížemi, nemoc VPMD je již v poslední fázi praktické slepoty obou očí. Praktická slepota u pacientky trvá přibližně dva a půl roku. Klientka nese svůj stav těžce a má předepsána antidepresiva. Ve svém pokoji je schopna se pohybovat sama, všude jinde je doprovázena personálem domova důchodců. Děti ani jiné příbuzné nemá. Další přidružená onemocnění jsou diabetes melitus 2. stupně na insulinoterapii.

12.3 Kódování dat a kategorizace kvalitativního výzkumu

„Kódování znamená stálé srovnávání fenoménů, případů, pojmů atd. a formulaci otázek ohledně textu (proces nepřetržitého srovnávání). Přitom, se k částem empirického materiálu přiřazují označení neboli kódy, které jsou nejdříve pojmově velmi blízké textu a později, se stávají stále abstraktnější.“ (Hendl, 2008, str.195). Dle této poučky jsme analyzovali pomocí metody otevřeného kódování shrnující protokoly obou rozhovorů. Použitá metoda kódování je v literatuře popisována jako rozebrání údajů na samostatné celky, jejichž porovnáním získáme podrobnosti a rozdíly reprezentovaných údajů. Po kódování následuje kategorizace vycházející z témat daných otázek v rozhovoru. Pro rychlejší kódování jsme využili program pro analýzu dat ATLAS.ti.

12.3.1 Kódování dat kvalitativního výzkumu

Kód: Ano, snažili se ukázat, kde co je.

Rozhovor muž: *„Když jsem ležel s kýlou v Klatovech, tak se o to pokoušeli, ale já po operaci stejně jenom ležel a dost mě to bolelo, takže jsem do druhého dne stejně zapomněl, kde co je. V Plzni při bypassu to bylo podobné.“*

Kód: Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.

Rozhovor muž: *„O vyvíjení nějaké činnosti nad rámec jejich běžné rutiny nemůže být řeč. Neříkám, že je to přímo chyba samotných sester, protože když je na oddělení 20 lidí a dvě sestry, které jsou tam 12 hodin, tak můžete být rádi, že vás ráno vůbec pozdraví.“*

Rozhovor žena: *„sester je málo a pacientů mnoho tak na takové věci nemají čas a ani chuť.“*

Kód: Bohatá zkušenost se zdravotnickým personálem.

Rozhovor muž: *„Já už byl v nemocnici, nebo u doktora tolikrát, že to už ani neumím spočítat.“*

Rozhovor žena: *„Ano byla jsem hospitalizována na očním, neurologickém, ortopedickém a rehabilitačním oddělení a posledních 6 let žiji v pečovatelském domě.“*

Kód: Brát si vlastní věci sebou je umožněno.

Rozhovor muž: *„Možné to je, ale já to moc nevyužívám.“*

Rozhovor žena: *„To samozřejmě možné je, nikdy mi to nikdo nezakazoval.“*

Kód: Diagnóza šedý zákal.

Rozhovor muž: *„diagnózou šedý zákal obou očí.“*

Rozhovor žena: *„Tenkrát se objevil šedý zákal a já viděla jenom mlhu.“*

Kód: Dioptrie si určoval sám.

Rozhovor muž: *„počet dioptrií si určoval sám.“*

Kód: Elektronicky ne, neumím to.

Rozhovor muž: *„Ne nebylo, já stejně ten email, nebo jak tomu mladý říkají, nemám, stejně jako počítač.“*

Rozhovor žena: *„já vždy odmítnu, protože s tou moderní technologií neumím pracovat.“*

Kód: Empatie je různá, záleží na člověku.

Rozhovor muž: *„člověk od člověka, protože chovat se ke mně slušně a brát ohledy.“*

Kód: Hmatové písmo a mapy pomáhají.

Rozhovor muž: *„Braillovým písmem a hmatové mapky.“*

Kód: Hygiena v nemocnici je nepříjemná.

Rozhovor muž: *„To nebylo vůbec příjemné, protože když jsem nahmatal mýdlo, samozřejmě jsem ho shodil na zem a to byl hned velký problém. Od sestřičky, když jsem si jí zavolal, aby mi ho podala. Taky po bypassu mě sestřička omývala a to mi taky nebylo moc příjemné, ale to si myslím, že tak to má každý.“*

Rozhovor žena: *„Vždycky jsem si pak volala o pomoc. Mám také obavy, abych jim něco nerozbila.“*

Kód: Informace jsou podány ústně.

Rozhovor muž: *„Většinou mi je někdo přeříkal.“*

Rozhovor žena: *„Teď mi to vždy musí přečíst pan doktor, sestřička nebo můj doprovod.“*

Kód: jakoby přelepené oči.

Rozhovor muž: *„ jako kdyby mi někdo přelepil oči dvěma kolečky.“*

Rozhovor žena: *„je to jako kdybych měla obě oči zalepené a jenom po okrajích trochu něco viděla.“*

Kód: Kontrastní prostředí pomáhá.

Rozhovor muž: *„ pomáhá to kontrastní prostředí.“*

„ V Plzni na očním mají barevné zdi, to trochu pomáhá.“

„ Občas podávali jídlo na barevném tabletu, to je pak bílý talíř hned lepší vidět.“

Rozhovor žena: *„ A to kontrastní prostředí a to zejména na chodbách.“*

„ dělá mi na ty oči dobře, když je místnost světlá a jasná a nábytek tmavý.“

Kód: Léky položeny na stole, zvládnete to sama.

Rozhovor muž: *„ položí mi je v lékovce na stolek a zeptají se, jestli to zvládnu.“*

Rozhovor žena: *„ Léky mi přinášely sestry na stolek a to ráno nebo v poledne, vždycky čekaly, až je sním a pak zase spěchaly pryč.“*

Kód: Léky, bez informací na co jsou.

Rozhovor žena: *„ Nikdo mi neřekl, na co konkrétně jsou, či co mi to dávají, vždycky se člověk musel zeptat.“*

Kód: Lidé jsou někdy bezohlední.

Rozhovor muž: *„Také se stává, že do někoho nechtěně vrazím, lidi se kolikrát chovají bezohledně.“*

Kód: Lidé neví co je vodící linie.

Rozhovor muž: *„ Lidé totiž ani kolikrát neví, že je to vodící linie pro zrakově postižené.“*

Kód: Mám doprovod a sanitku využívám.

Rozhovor muž: *„ Jezdím s manželkou a většinou využívám sanitní služby.“*

Rozhovor žena: *„ Ano, využívám jedině sanitku vždy s doprovodem.“*

Kód: Nedostávám dostatek informací a to je stresující.

Rozhovor muž: *„ Já tam pak seděl, a nevěděl jsem co kde je, a kde vůbec jsem nebo jestli tam se mnou je ještě někdo další. To bylo hrozně stresující, navíc ani neřekl, že odchází, tak jsem na něj ještě chvíli mluvil, když už byl pryč.“*

Kód: Někdy si mě pletou s hluchým.

Rozhovor žena: *„ Nepamatuji si, že by mi někdo vodil po oddělení a ukazoval mi.“*

Kód: Nová nemocnice je lepší.

Rozhovor muž: *„ Kvalita péče mi přijde lepší pouze, co se vybavení týče.“*

Rozhovor žena: *„ Dnes je to mnohem lepší.“*

Kód: Občas mě přehlíží.

Rozhovor muž: „ občas mě přehlíží.“

Kód: Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.

Rozhovor muž: *„ Neříkám, že je to přímo chyba samotných sester, protože když je na oddělení 20 lidí a dvě sestry, které jsou tam 12 hodin, tak můžete být rádi, že vás ráno vůbec pozdraví.“*

Rozhovor žena: *„ sester je málo a pacientů mnoho.“*

Kód: Odlišná výmalba dle oddělení pomáhá.

Rozhovor muž: *„ V Plzni na očním mají barevné zdi.“*

Rozhovor žena: *„ Matně si vzpomínám, že v některých nemocnicích mají odlišeny jednotlivá oddělení jinou barvou na zdech.“*

Kód: Odstraněny venkovní přechody.

Rozhovor muž: *„ Ve staré nemocnici bylo každý oddělení ve své vlastní budově a přechody mezi nimi byly venkem.“*

Rozhovor žena: *„ přechody mezi odděleními venkem.“*

Kód: Orientuji se tam, kde to znám.

Rozhovor muž: *„ schopný orientovat se tam, kde to dobře znám.“*

Rozhovor žena: *„ Pochopitelně lépe se orientuji tam, kde už to člověk zná léta.“*

Kód: Pohled zblízka, rozezná obrys.

Rozhovor muž: *„schopný orientovat se tam, kde to dobře znám.“*

Rozhovor žena: *„ Když si dám ruku před oči tak vidím její obrys.“*

Kód: Pohyb jedině s doprovodem.

Rozhovor žena: *„ bez doprovodu bych neměla šanci se vůbec někam dostat.“*

Kód: Pomáhá popis polohy jídla pomocí hodin..

Rozhovor muž: *„ Dost mi pomáhalo v Plzni, když mi řekli, kde je co na talíři a používali při tom směrování, jako na hodinovém ciferníku.“*

Kód: Překážky v cestě jsou běžné.

Rozhovor muž: *„ Takže překážky v cestě jsou běžná věc.“*

Rozhovor žena: *„ Pokaždé mně na nějakou překážku upozornil a lamentoval, že by tam neměla být, protože zasahuje do vodící linie.“*

Kód: Přístup, najez se sám.

Rozhovor muž: *„ Většinou sestřičky vytáhnou stolek a dají na něj jídlo a pak běží pryč, ale já to chápu, musí více pomoc těm, kteří leží a sami se nenají.“*

Rozhovor žena: *„ V tom případě je moje první zkušenost taková, že mě nechaly sedět na posteli a do klína mi dali tác s talířem, kde byli rozvřené brambory s plátkem masa nějaké omáčce.*

Kód: Sám sním pouze některé jídlo.

Rozhovor *muž*: *„ Jenomže já sám sním jenom něco, například chleba s máslem, když ho nahmatám na talíři, tak je to pak dobré, ale když mi sestra pod nos dá talíř s kaší a masem, tak už je to problém.“*

Rozhovor žena: *„ To bylo celé. Nezbylo mi nic jiného než si jídlo na talíři nahmatat, přičemž jsem se samozřejmě ušpinila a něco mi spadlo i na zem a do postele.“*

Kód: Tahal mě za sebou a spěchal.

Rozhovor muž: *„ Například když mě vedl před operací zřízenec na pokoj, tahal mě za sebou, jak nějakou kozu na provázku a neustále chvátal.“*

Kód: Umyj se sám.

Rozhovor žena: *„Dál mě nechaly, ať se myju sama a když budu chtít pomoc tak, ať si zazvoním.“*

Kód: Úraz to vše začal.

Rozhovor muž: *„ hřebík skončil v mém pravém oku.“*

Rozhovor žena: *„ na zrak už nezbýval čas a tak jsem o něj nakonec přišla, svojí vinou musím uznat.“*

Kód: V Horažďovicích neumí pracovat se zrakově postiženými.

Rozhovor žena: *„ Horší to bylo v Horažďovicích, kde jsem po úraze byla delší dobu a začal se mi tam hodně zhoršovat zrak.“*

Kód: V Horažďovicích vyvíjejí činnost s pacienty.

Rozhovor žena: *„ I když, vlastně v Horažďovicích, chodily specializované sestry na pokoj a ty nám ukazovaly cviky.“*

Kód: V Klatovech jsou ochotní k pacientům.

Rozhovor žena: *„ v Klatovech a tam mně znají a vědí.“*

Kód: V Klatovech nejsou ochotní k pacientům.

Rozhovor muž: *„ V Klatovech, to když mě vzala kýla a musel jsem pod kudlu, tam to byli, takříkajíc hulváti.“*

Kód: V Plzni jsou ochotní k pacientům.

Rozhovor muž: *„ V Plzni se srdcem tak byli všichni velice ochotní.“*

Kód: Vodící linie využívám pro chůzi s bílou holí.

Rozhovor muž: *„ vodící linie, jelikož chodím s bílou orientační holí.“*

Kód: Vše na jednom místě

Rozhovor muž: *„ Je parádní, jak je v nové nemocnici všechno na jednom místě.“*

Rozhovor žena: *„ Konečně je všechno uskupené na jednom místě.“*

12.3.2 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu

Vzniklé kódy jsme rozřadili do pěti kategorií, které se vzájemně prolínají. Jednotlivé kategorie jsou Pacient, Nemocnice, Personál, co pomáhá, co nepomáhá.

Kategorie Pacient:

Zahrnuje kódy týkající se přímo pacienta, jsou spojeny s jeho pocity a schopnostmi. Kategorie se prolíná s jinou kategorií (Co pomáhá). Tato kategorie je třetí, co do počtu kódů, celkem 11.

Tabulka 1 Výčet kódů kategorie Pacient.

Bohatá zkušenost se zdravotnickým personálem.	Diagnóza šedý zákal.	Dioptrie si určoval sám.
Elektronicky ne, neumím to.	Jakoby přelepené oči.	Mám doprovod a sanitku využívám.
Orientuji se tam kde to znám.	Pohled zblízka, rozezná obrys.	Pohyb jedině s doprovodem.
Sám sním pouze některé jídlo.	Úraz to vše začal.	

Zdroj: vlastní

Kategorie Nemocnice:

Pod tuto kategorii spadají kódy spojené s chodem a s klady či zápory Klatovské nemocnice. Stejně jako předchozí kategorie se i tato prolíná s dalšími dvěma kategoriemi (Co pomáhá, Co nepomáhá). Do této kategorie spadá nejmenší počet počtu kódů, celkem 6.

Tabulka 2 Výčet kódů kategorie Nemocnice.

Brát si vlastní věci sebou je umožněno.	Nová nemocnice je lepší.	Odlišná výmalba dle oddělení pomáhá.
Odstraněny venkovní přechody.	Překážky v cestě jsou běžné.	Vše na jednom místě.

Zdroj: vlastní

Kategorie Personál:

Shrnuje kódy spojené se zkušenostmi respondentů se zdravotnickým personálem. Kategorie se prolíná s dalšími dvěma kategoriemi (Co pomáhá, Co nepomáhá). Tato kategorie má největší počet kódu (celkem16).

Tabulka 3 Výčet kódů kategorie Personál.

Ano, snažili se ukázat kde co je.	Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.	Empatie je různá, záleží na člověku.
Hygiena v nemocnici je nepříjemná.	Informace jsou podány ústně.	Léky položeny na stole, zvládnete to sama.
Léky, bez informací na co jsou.	Lidé jsou někdy bezohlední.	Lidé neví co je vodící linie.
Nedostávám dostatek informaci a to je stresující.	Někdy si mně pletou s hluchým.	Nikdy mi neukazovali oddělení.
Občas mě přehlíží.	Přístup, najez se sám.	Tahal mně za sebou a spěchal.
Umyj se sám.		

Zdroj: vlastní

Kategorie Co pomáhá:

Zahrnuje kódy spojené s kladnou zkušeností respondentů. Poukazuje na to, co pomáhá zrakově postiženým při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Kategorie se prolíná s předchozími (Pacient, Nemocnice, Personál). Tato kategorie je druhá nejpočetnější (celkem 14).

Tabulka 4 Výčet kódů kategorie Co pomáhá.

Ano, snažili se ukázat kde co je.	Brát si vlastní věci sebou je umožněno.	Hmatové písmo a mapy pomáhají.
Informace jsou podány ústně.	Kontrastní prostředí pomáhá.	Mám doprovod a sanitku využívám.
Odlišná výmalba dle oddělení pomáhá.	Pohyb jedině s doprovodem.	Pomáhá popis polohy jídla pomocí hodin.
V Horažďovicích vyvíjeli činnost s pacienty.	V Klatovech jsou ochotní k pacientům.	V Plzni jsou ochotní k pacientům.
Vodící linie využívám pro chůzi s bílou holí.	Vše na jednom místě.	

Zdroj: vlastní

Kategorie Co nepomáhá:

Spadají sem kódy související s negativní zkušeností respondentů. Shrnuje to, co nepomáhá zrakově postiženým při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Kategorie se prolíná s předchozími (Pacient, Nemocnice, Personál). Tato kategorie je nejpočetnější (celkem 16).

Tabulka 5 Výčet kódů kategorie Co nepomáhá.

Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.	Hygiena v nemocnici je nepříjemná.	Léky položeny na stole, zvládne to sama.
Léky, bez informací na co jsou.	Lidé jsou někdy bezohlední.	Lidé neví co je vodící linie.
Nedostávám dostatek informaci a to je stresující.	Někdy si mně pletou s hluchým.	Nikdy mi neukazovali oddělení.
Občas mě přehlíží.	Překážky v cestě jsou běžné.	Přístup, najez se sám.
Tahal mně za sebou a spěchal.	Umyj se sám.	V Horažďovicích neumí pracovat se zrakově postiženými.
V Klatovech nejsou ochotní k pacientům.		

Zdroj: vlastní

12.4 Interpretace získaných údajů

Zde shrneme údaje získané jednotlivými metodami kvalitativního výzkumu. Pro vyhodnocení bylo využito program pro analýzu dat ATLAS.ti.

12.4.1 Vyhodnocení četnosti kódů

Uvedeme zde soupis kódů (celkem 43) a četnost jejich výskytu. V tabulce budou zvýrazněny kódy s vyšší četností, které jsou relevantní pro vyhodnocení našeho výzkumu.

Tabulka 6 Seznam kódů a jejich četnosti. Č-četnost.

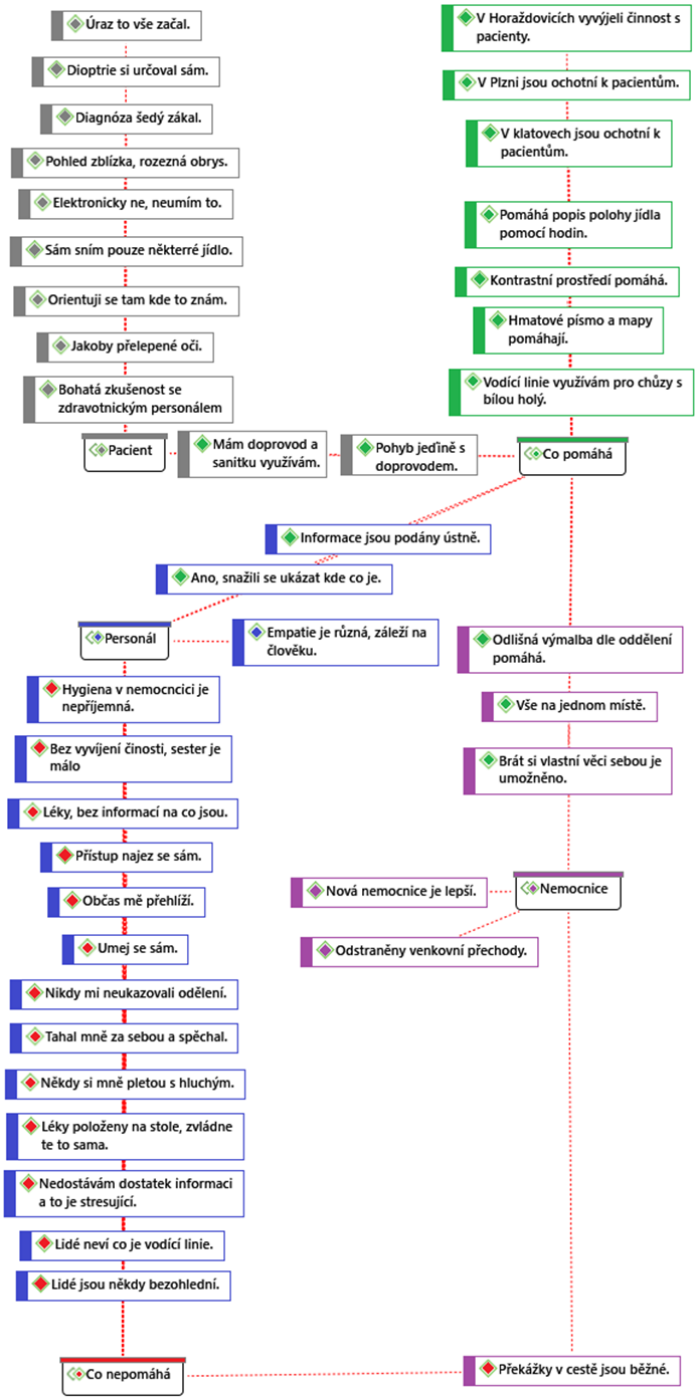
Č.	Kód:	Č.	Kód:	Č.	Kód:
5	**Kontrastní prostředí pomáhá.**	**2**	**Orientuji se tam kde to znám.**	1	Empatie záleží na člověku.
2	Bohatá zkušenost se zdrav. personálem.	**2**	**Úraz to vše začal.**	1	Hmatové písmo a mapy pomáhají.
2	**Odlišná výmalba dle oddělení pomáhá.**	**2**	**Překážky v cestě jsou běžné.**	1	Pomáhá popis polohy jídla pomocí hodin.
2	**Někdy si mně pletou s hluchým.**	**2**	**Diagnóza šedý zákal.**	1	Lidé neví co je vodící linie.
2	**Elektronicky ne, neumím to.**	**2**	**Pohled zblízka, rozezná obrys.**	1	Lidé jsou někdy bezohlední.
2	**Informace jsou podány ústně.**	**2**	**Vše na jednom místě.**	1	V Horažďovicích vyvíjeli činnost s pacienty.
2	**Brát si vlastní věci sebou je umožněno.**	**2**	**Jakoby přelepené oči.**	1	Nedostávám dostatek informací a to je stresující.
2	**Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.**	1	Léky bez informací.	1	Tahal mě za sebou a spěchal.
2	**Léky jsou položeny na stole, zvládnete to sama.**	1	Umyj se sám.	1	V Kt. nejsou ochotní k pacientům.
2	**Hygiena v nemocnici je nepříjemná.**	1	Nikdy mi neukazovaly oddělení.	1	V Plzni jsou ochotní k pacientům.
2	**Mám doprovod a sanitku využívám.**	1	V Horažďovicích neumí pracovat se zrak. postiženými.	1	Vodící linie využívám pro chůzi s bílou holí.
2	**Přístup, najez se sám.**	1	V Klatovech jsou ochotní k pacientům.	1	Ano, snažili se ukázat kde co je.
2	**Sám sním pouze některé jídlo.**	1	Dioptrie si určoval sám.	1	Občas mě přehlíží.
2	**Odstraněny venkovní přechody.**	1	Pohyb jedině s doprovodem.	**2**	**Nová nemocnice je lepší.**

Legenda: Č-četnost. *Zdroj: vlastní*

12.4.2 Schéma otevřeného kódování

Toto schéma nám umožní, vidět vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Označení kategorií je pomocí barev a vztah mezi nimi symbolizuje barva kosočtverečku. Schéma bylo vytvořeno pomocí programu pro analýzu dat ATLAS.ti.

Obrázek 1 Schéma otevřeného kódování a kategorizace.



Zdroj: vlastní

12.4.3 Data pro vyhodnocení odpovědi na hlavní cíl/otázku

Z dat v tabulce číslo sedm, lze říci, že oba respondenti mluvili o kladech (řádek 1, sloupec 4) i záporech (řádek 4, sloupec 4) ve stejné míře, na základě srovnatelné míře četnosti. Při zohlednění prolnutí s dalšími kategoriemi Personál a Nemocnice je ale jasně vidět vyšší četnost kódu v kategorii nepomáhá – personál (řádek 6, sloupec 4).

Tabulka 7 Vyhodnocení kategorií co ne/pomáhá.

Číslo řádku	Kategorie	Překrytí s jinou kategorií	počet kódů	Σ četnosti kódů
1	Co pomáhá		14	23
2		Nemocnice	3	6
3		Personál	3	3
4	Co nepomáhá		16	22
5		Nemocnice	1	2
6		Personál	15	20
Číslo sloupce	1	2	3	4

Zdroj: vlastní

12.4.4 Data pro vyhodnocení druhého dílčího cíle

Pro zodpovězení druhého dílčího cíle bylo využito dat z kategorie, Co Nepomáhá, která jsou shrnuta v tabulce 8. Z těchto dat vypustíme kódy (řádek 11,16) týkající se přímo konkrétních nemocnic, a tudíž nejsou pro zodpovědění otázky relevantní.

Odpověď byla rozdělena na dvě kategorie a to Nemocnice a Personál. V oblasti Nemocnice oba respondenti zmínili nedostatečně zvýrazněnou vodící linii, která je často zatarasena překážkou (řádek 5). V oblasti přístupu personálu respondenti zmínili dojem, že sester je ve zdravotnických zařízení málo (řádek 1) a jednají se zrakově postiženým jako s hluchým (řádek 4), poté nedostatečnou empatii a ohleduplnost v oblastech podávání léků, stravy, hygieny, pohybu (řádek 2, 3, 6, 10, 15) a nedostatek sdělených informací (řádek 7, 8). Také se objevily informace o bezohlednosti a nedostatečném proškolení (řádek 12,13) a neochota provést zrakově postiženého po oddělení (řádek14). Respondent měl v jednom případě pocit, že ho personál přehlíží (9). Na základě ostatních kódů z jiných kategorií lze říci, že respondentům chyběla práce s kontrasty a popis pozice jídla na talíři pomocí hodinového ciferníku.

Tabulka 8 Vyhodnocení kategorie Co nepomáhá

Kategorie Co nepomáhá			
Číslo řádku	četnost	Názvy kódů	Překrytí s jinou kategorií
1	2	Bez vyvíjení činnosti, sester je málo.	Personál
2	2	Hygiena v nemocnici je nepříjemná.	Personál
3	2	Léky položeny na stole, zvládne to sama.	Personál
4	2	Někdy si mně pletou s hluchým.	Personál
5	2	Překážky v cestě jsou běžné.	Nemocnice
6	2	Přístup, najez se sám.	Personál
7	1	Léky, bez informací na co jsou.	Personál
8	1	Nedostávám dostatek informaci a to je stresující.	Personál
9	1	Občas mě přehlíží.	Personál
10	1	Tahal mně za sebou a spěchal.	Personál
11	**1**	**V Klatovech nejsou ochotní k pacientům.**	**Nemocnice**
12	1	Lidé jsou někdy bezohlední.	Personál
13	1	Lidé neví co je vodící linie.	Personál
14	1	Nikdy mi neukazovali oddělení.	Personál
15	1	Umyj se sám.	Personál
16	**1**	**V Horažďovicích neumí pracovat se zrakově postiženými.**	**Nemocnice**

Legenda: tučně dále neuvažované kódy. Zdroj: vlastní

12.4.5 Data pro vyhodnocení výzkumných otázek

Odpověď na výzkumnou otázku číslo jedna, zdali je zdravotnický personál Klatovské nemocnici a.s., dostatečně proškolen v práci se zrakově postiženými pacienty nalezneme v porovnání četnosti kódů kategorie, Co pomáhá a Nepomáhá, s konkrétním prolnutím s kategorií personál. Toto porovnání je shrnuto v tabulce číslo devět, ze které je jasně vidět, že respondenti zmínili špatnou zkušenost daleko častěji, než zkušenost kladnou. Dále v kategorii Co pomáhá a Nepomáhá, je kód zmiňující ochotnou i neochotnou zkušenost s personálem Klatovské nemocnice. Jde tedy o dva protichůdné názory, tudíž jsou brány jako nerelevantní a ve vyhodnocení nejsou zohledněny. Na základě těchto dat vzešla domněnka, že v Klatovech není zdravotnický personál dostatečně proškolen.

Tabulka 9 Vyhodnocení kategorií co ne/pomáhá - Personál

Číslo řádku	Kategorie	Překrytí s jinou kategorií	počet kódů	Σ četnosti kódů
1	Co pomáhá	Personál	3	3
4	Co nepomáhá	Personál	15	20
Číslo sloupce	1	2	3	4

Zdroj: vlastní

Výzkumná otázka číslo dvě míří na konkrétní opatření pro zrakově postižené pacienty v Klatovské nemocnice a.s. Podkladem pro odpověď na otázku jsou standardy Klatovské nemocnice a.s. s názvem *„Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče“. O*bsah tohoto vnitřního nařízení je přiložen do přílohy D. Jsou v něm uvedena konkrétní opatření, která jsou vypsána níže. Nařízení také obsahuje podrobný návod, jak se chovat a přistupovat k pacientům se zrakovým postižením.

Opatření pro zrakově postižené v Klatovské nemocnice a.s.

Zásobníky léků jsou označeny Braillovým písmem.
Mluvící přístroje (Teploměr, tlakoměr, glukometr, osobní váha).
Indikátor hladiny pro nalévání nápojů.
Vysílačka sloužící k aktivaci navigačního majáčku.
Diktafon (pacienti si mohou vyžádat nahrávku rozhovoru s lékařem).
Mluvící telefony a počítače.
Bezbariérové přístupy.
Výtahy s hlasovými výstupy.
Ovládání a označení výtahu Braillovým písmem.
Veškeré prostory pro pohyb pacientů jsou bez překážek stojících v cestě.
Vnitřní směrnice.
(Klatovská nemocnice, 2018).

DISKUZE

V praktické části bakalářské práce se zabýváme výzkumem péče o nemocné klienty s VPMD, kteří mají pouze zbytkový zrak na úrovni praktické slepoty. K výzkumnému šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozvor byl zvolený z toho důvodu, že nejlépe vystihuje dialog dvou lidí a rozvíjí tak problematiku do hloubky a zároveň ponechá dotyčnému volnost se svobodně vyjádřit. Osnova otázek byla stanovena předem zaměřením se na problematiku ošetřovatelské péče o takto postižené pacienty ve zdravotnickém zařízení. Záznamy obou rozhovorů byly přepsány do shrnujícího protokolu, který byl následně podroben kódování. Vzniklé kódy prošly kategorizací. Pro potřeby výzkumu došlo k rozčlenění kódů dle jejich četnosti a kategorií, což pomohlo zodpovědět všechny hlavní i dílčí cíle a výzkumné otázky. Pro rozhovor byli vybráni dva respondenty, kteří splňovali požadavky na pokročilé stádium nemoci VPMD ve stavu praktické slepoty. Respondenti byli nalezeni mezi pacienty docházejícími na oční ambulanci Klatovské nemocnice a.s. Podařilo se nalézt celkem dva respondenty rozdílného pohlaví, podobného věku a anamnézy, přičemž nejdůležitější byla ochota těchto pacientů spolupracovat na výzkumu. Kategorizací a kódováním byl splněn dílčí cíl jedna, který zahrnoval analýzu a zpracování polostrukturovaného rozhovoru.

Ze získaných dat v kapitole věnující se z rozhovoru lze zodpovědět druhý dílčí cíl - Jaká ošetřovatelská opatření chyběla pacientům s VPMD ve zdravotnickém zařízení. Na základě dat z kategorie, Co nepomáhá se zaměřením na prolnutí s dalšími kategoriemi Nemocnice a Personál byla sestavena tabulka číslo osm v kapitole 12.4.4, ve které jsou názvy kódů s jejich četností. Zjednodušeně lze říci, že tabulka vypisuje špatné zkušenosti respondentů s nemocnicí a personálem, přičemž četnost značí, kolikrát se kód v rozhovoru objevil. Lze tedy brát tyto kódy jako ty, které respondentům chyběly. Mezi kódy kategorie Co nepomáhá v překrytí s kategorií Nemocnice se objevily dva kódy, které značí subjektivní názor a dohromady se vylučují (v tabulce číslo osm jsou vyznačeny tučně). Z vyhodnocení druhého dílčího cíle je tedy vylučujeme jako nerelevantní. Ze zbylých kódů vyplývá, že respondentům chybělo dostatečné označení vodících linií tak, aby nedocházelo k jejich zatarasení. Perfektní proškolení zdravotnického personálu o tom, jak se chovat a pracovat se zrakově postiženým pacientem. Nutnost vždy provést zrakově postiženého po oddělení a pokoji, ukázat mu, kde co je a být při tom dostatečně trpělivý.

Dbát na to, aby se se zrakově postiženým mluvilo vždy přímo, pokaždé ho upozornit na to, že je konverzace ukončena nebo na odchod z pokoje. Dát vetší prostor práci s kontrasty a popisovat pozici jídla pomocí hodinového ciferníku. V několika případech se respondenti shodli na tom, že nedostávali dostatek informací. Přístup personálu při hygieně jim nebyl příjemný ani dostatečně ohleduplný. Je třeba podotknout, že všechna opatření, která respondentům chyběla, obsahuje vnitřní směrnice Klatovské nemocnice a.s., s názvem Bariéry a jejich odstranění. Všechny informace o tom jaké opatření jsou potřeba a jak správně pracovat se zrakově postiženým lze nalézt v odborné literatuře, například Váš nevidomí pacient (Michálek, 2010), nebo na webových stránkách tyfloservis.cz. V knize Váš nevidomí pacient (Michálek, 2010) je přehledně uvedeno, jak přesně provést pacienta po pokoji při jeho první hospitalizaci, nebo jak pacienta instruovat během podávání jídla. Respondentům chyběl především ohleduplnější přístup zdravotníků a zmiňovali neznalost zásad s práce se zrakově postiženými. Neznalost do budoucna vyřeší dostatečná edukace zdravotního personálu.

Třetím dílčím cílem je vytvoření doporučení pro sestry, které je splněno formou informační brožury. Brožura je vložena v příloze H. V této brožuře jsou popsána doporučení, jak jednat a pracovat se zrakově postiženým pacientem, který například může trpět VPDM onemocněním. Obsah brožury koresponduje s doporučeními uvedenými v odborné literatuře, konkrétně s publikací Ministerstva zdravotnictví ČR s názvem Váš nevidomý pacient (Michálek, 2010). Shrnuje základní poučky a rady do několika dílčích bloků, které jsou komunikace, pohyb, hospitalizace – Ambulance, stravování, sedání na židli – ulehání na lůžko. Tato brožura by mohla být předložena vedení Klatovské nemocnice a.s., se žádostí, o rozdání na všechna oddělení, aby měl zdravotnický personál k dispozici rychle dostupnou pomůcku při kontaktu se zrakově postižením pacientem na oddělení. Dosavadní interní směrnice je velice obsáhlá a dostupná pouze v internetové formě, na vnitřní síti Klatovské nemocnice a.s. Personálu tak zabere hodně času, ji vytisknout a poté v ní najít požadované informace. Brožura by tedy byla dalším opatřením, které by fungovalo jako takzvaný tahák v případě nějaké nejasnosti v práci se zrakově postiženým pacientem.

Odpovědi na výzkumné problémy/otázky číslo jedna a dvě vzešly z dat získaných v rozhovorech a výtahu z interního předpisu Klatovské nemocnice a.s. Otázkou číslo jedna bylo, zda je zdravotnický personál v Klatovské nemocnici a.s. dostatečně proškolen

pro práci se zrakově postiženými pacienty. Odpověď byla skryta ve výzkumných datech konkrétně v porovnání četnosti kódů dvou kategorií, Co pomáhá a Nepomáhá. Přičemž bylo hledáno prolnutí s další kategorií Personál. Pro přehlednost jsou kategorie, počty a četnost kódů shrnuty do tabulky číslo devět uvedené v kapitole 1.4.5. Laicky řečeno data v tabulce ve sloupci počet kódů udávají počty kladných a záporných hodnocení personálu respondenty. Četnost kódů je číslo udávající, kolikrát se respondent o kódu zmínil. Z tabulky lze vyčíst, že patnáct kódů s četností dvacet je v kategorii, Co nepomáhá a týká se personálu. Proti tomu stojí pouze tři kódy s četností tři z kategorie, Co pomáhá s prolnutím kategorie Personál. Z vyššího počtu negativních kódů z kategorie Co nepomáhá se lze domnívat, že personál, jež se s našimi respondenty setkal, byl nedostatečně proškolen. Během vyhodnocování bylo zohledněno, že ve výpovědích jednoho z respondentů zaznělo kladné hodnocení personálu v Klatovech, kdežto druhý respondent hodnotil tento personál záporně. Tyto dva protichůdné názory se označili jako subjektivní a dále s nimi nebylo pracováno. Dále zde musíme zmínit, že Klatovská nemocnice a.s. má sice vypracovanou vnitřní směrnici, která se týká práce se zrakově postiženými, ale není v moci vedení nemocnice striktně vymáhat dodržování tohoto dokumentu, a to z důvodu, že zdravotnický personál jsou pouze lidé a je pochopitelné, že nemohou umět tuto směrnici nazpaměť.

Výzkumný problém/otázka číslo dvě je zaměřena na stávající opatření v Klatovské nemocnice a.s., pro zrakově postižené pacienty. Výchozím dokumentem pro získání informací byla zmiňovaná interní směrnice Klatovské nemocnice s názvem Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče. Tento dokument obsahuje mnoho informací a postupů, jak přistupovat k práci se zrakově postiženými včetně výpisu opatření, jimiž je Klatovská nemocnice a.s. vybavena. Zde bychom chtěli podotknout, že se jedná o moderní novou nemocnici a její vybavení je v souladu s dosavadní legislativou. V Nemocnici nalezneme ve výtazích popisky Braillovo písmem doprovozené hlasovými signály. Oddělení jsou vybavena mluvící telefony a počítači nebo diktafonem pro umožnění nahrávky rozhovoru s lékařem a její následovné předání pacientovy. Dále jsou v nemocnici bezbariérové přístupy a veškeré prostory pro pohyb pacientů jsou bez překážek. Je na místě poukázat na zkušenosti respondentů s tím, že vodící linie není vždy bez překážek. Všechna tato opatření splňují požadavky uvedené v odborné liteře, konkrétně v knize Váš nevidomí pacient (Michálek, 2010). Z výsledků polostrukturovaných rozhovorů vyplývá, že oba respondenti mluvili ve

srovnatelné míře o tom, že je potřeba především kvalitního personálu namísto technického vybavení. Ke stejnému názoru dospěla ve svém výzkumu s cílem zjistit specifika péče o zrakově postižené i Vojtíšková (Vojtíšková, 2010), která ve své práci vytknula strach sester z komunikace se zrakově postiženými a dospěla k názoru, že zdravotnický personál není dostatečné proškolen v přístupu ke zrakově postiženým. Tento závěr stanovila i přesto, že ve zdravotnických zařízeních mají často kvalitně zpracovány směrnice nebo brožury, bohužel v praxi je v kontaktu se zrakově postiženími problém. Tento výzkum došel ke stejnému závětu.

Odpověď na hlavní cíl/otázku, ve znění jaké mají pacienti zkušenosti s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních, byla získána z kategorizace kódů vzešlých z rozhovorů s respondenty. Data byla shrnuta do přehledné tabulky číslo sedm v kapitole 12.4.3. Tabulka se zaměřila na četnost kódů dvou kategorií, Co pomáhá versus Co nepomáhá v kombinaci s prolnutím s dalšími kategoriemi Nemocnice a Personál. Počet kódu je číslo udávající kolik jednotlivých záporů a kladů bylo v rozhovoru zmíněno, kdežto suma četnost kódů je údaj kolikrát v součtu byl zápor nebo klad respondentem zmíněn. Zjednodušeně řečeno tabulka ukazuje kladné a záporné výpovědi obou respondentů týkající se nemocnice a personálu. Na základě celkové četnosti kódů obou kategorií (Co pomáhá 23, Co nepomáhá 22) by se mohlo zdát, že respondenti mluvili o kladech a záporech ve stejné míře, ale při bližším průzkumu počtu kódů prolnutých s kategorií personál je jasně vidět převažující počet kódů i četnost kódů v kategorii Co nepomáhá v kombinaci s kategorií Personál. To značí vetší počet záporných zkušeností respondentů se zdravotnickým personálem. Na základě těchto dat lze stanovit odpověď, že respondenti, s VPMD, mají vesměs negativní zkušenosti s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních. Z rozhovorů lze konkrétně vytknout, s čím přesně byli pacienti nespokojeni. Oba respondenti zmínili několik společných špatných zkušeností. První je se stravováním, kde jim nebyla popsána poloha jídla na talíři. Druhá s hygienou, která nebyla v nemocnici prováděna dostatečně ohleduplně. Třetí bylo jednání s respondentem jako s hluchým.

Jako neúspěch výzkumu lze označit nedostatečný počet respondentů a tím i nižší vypovídající hodnota dat. Bohužel se nám nepodařilo zajistit více respondentů, jelikož v Klatovské nemocnici nebyl dostatek pacientů splňujících požadavky výzkumu a také ochotných dělit se o své prožitky.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na téma ošetřovatelství a práce s klienty s VPMD. Teoretická část je věnována nemoci VPMD, její podstatě, průběhu, příznakům a léčbě. Zabývá se kvalitativním výzkumem zaměřeným na pacienty s VPMD v pokročilém stádiu, se zrakem srovnatelným s praktickou slepotou. Výzkum zaměřený na tyto pacienty byl zvolen především proto, že zde je přínos ošetřovatelství největší.

Tvorba práce nás obohatila o mnoho poznatků o jedné z nejrozšířenějších degenerativních nemocí a o nespočet vědomostí důležitých pro práci se zrakově postiženými pacienty. Výsledky práce zodpověděly veškeré otázky a cíle s tím, že výsledkem bylo zpracování brožury, zahrnující formou jednoduchých poznatků informace pro zdravotnický personál, se zaměřením na práci se zrakově postiženými pacienty. Tato brožura je především pro účely jednotlivých oddělení, aby personál měl možnost co nejrychleji reagovat při setkání se zrakově postiženým pacientem s onemocněním VPDM. Výsledky výzkumu, poukazují na nedostatečnou pro školenost zdravotnického personálu, jak obecně tak i v případě Klatovské nemocnice a.s. a to i přesto, že nemocnice má kvalitně zpracovanou směrnici, která se zabývá přímo prací se zrakově postiženými. Z informací od respondentů vyplívá, že rekonstrukce Klatovské nemocnice proběhla kvalitně, ale respondenti poukazovali na to, že jim nebylo podáváno dostatek informací a komunikace se zdravotnickým personálem probíhala špatně.

Všechna tato zjištění poukazují na rozdíl teorie versus praxe. V teorii jsou často kvalitně zpracované a dostatečné informace, poučky, ale v praxi se najde určitý počet zdravotníků, kteří teorii neovládají, nebo ji nerespektují. Je třeba však podotknout, že takováto možnost vzniká v každém statistickém souboru dat, kde jsou zastoupeni, jak zdravotníci, kteří jsou seznámeny s teorií a dokáží ji použít i v praxi tak i ti zdravotníci, kteří to neumí.

Jako další postup vidíme vytvoření dalšího kvalitativního výzkumu směřovaného na větší počet respondentů z různých krajů, kde jsou nemocnice s očním oddělením. Poté by bylo možné vyhodnotit sledované téma napříč celou republikou.

SEZNAM LITERATURY

BUBENÍČKOVÁ, Hana a kol. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením.* Brno : Tiskárna Helbich, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.

ERNEST, Jan a kol. *Makulární edémy.* Praha : Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3472-2.

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

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha : Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

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

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

KUCHYNKA, Pavek a kol. *Oční lékařství.* Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5079-8.

MICHÁLEK, Miroslav a kol. *Váš nevidomý pacient*. Praha: Okamžik, 2010. ISBN 978-80-86932-26-2

ROZSÍVAL, Pavel a kol. *Oční lékařství.* Praha : Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-316-6.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4342-4.

WHO, World health organization. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2019. ISBN: 978-80-7472-168-7.

Internetové zdroje:

BOYD, Kierstan. What is Macular Degeneration. *aaa.org* [online]. American academy of ophthalmology, ©2020, 21.1.2020. [Citace: 21. 1. 2020.] https://www.aao.org/eye-health/diseases/amd-macular-degeneration.

DUBSKÁ, Zora. Věkem podmíněná makulární degenerace, léčba se zaměřením na biologickou terapii. *Internimedicina.cz.* [Online] UK v Praze, ©2009, 1. 5 2010. [Citace: 11. 12. 2019.] https://internimedicina.cz/pdfs/int/2009/12/10.pdf.

KLATOVSKÁ NEMOCNICE [Online]. *Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče.* 2018. [Citace: 20. 2. 2020.] Dostupné z: vnitřní intranet.

MATULOVÁ, Petra. *Kvalita života pacientů s makulární degenerací podmíněnou věkem* [online]. Praha, 2017 [Citace: 20. 9. 2019]. Bakalářská práce. Univerzita karlova v Praze, lékařská fakulta v Hradci Králové, ústav sociálního lékařství oddělení ošetřovatelství. Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zki47e/>.

MERTLÍKOVÁ, Petra. *Péče o nevidomé a zrakově postižené* [online]. Pardubice, 2015 [Citace: 19. 9. 2019]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jitka Rusová, DiS.. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/181031//>.

MUSIOLOVÁ, Ivana. *Věkem podmíněná makulární degenerace* [online]. Olomouc, 2018 [Citace: 16. 9. 2019]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce MUDr. Juraj Šimičák. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ppho9i/>.

SUCHÁ, Veronika. *Oční vyšetření na oddělení z pohledu sestry* [online]. České Budějovice, 2014 [Citace: 8. 9. 2019]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Bc. Jitka Tamáš Otásková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ec6xp0/>.

SOKOLOVÁ ŠIDLOVÁ, Jana. *Mikroperimetrie u vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace* [online]. Brno, 2014 [Citace: 18. 10. 2019]. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Svatopluk Synek, CSc.. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ixbyx5/>.

ŠOFROVÁ, Helena a kol. Stárnutí oka a věkem podmíněná makulární degenerace. *Internimedicina.cz.* [Online] UK v Praze, ©2011, 1. 6 2011. [Citace: 11. 12. 2019] https://internimedicina.cz/pdfs/int/2011/05/07.pdf.

VOJTÍŠKOVÁ, Aneta. *Ošetřovatelská problematika pacientů s poruchou zraku* [online]. České Budějovice, 2012 [Citace: 12. 12. 2019]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavel Scholz. Dostupné z: <https://theses.cz/id/tv9ug3/>.

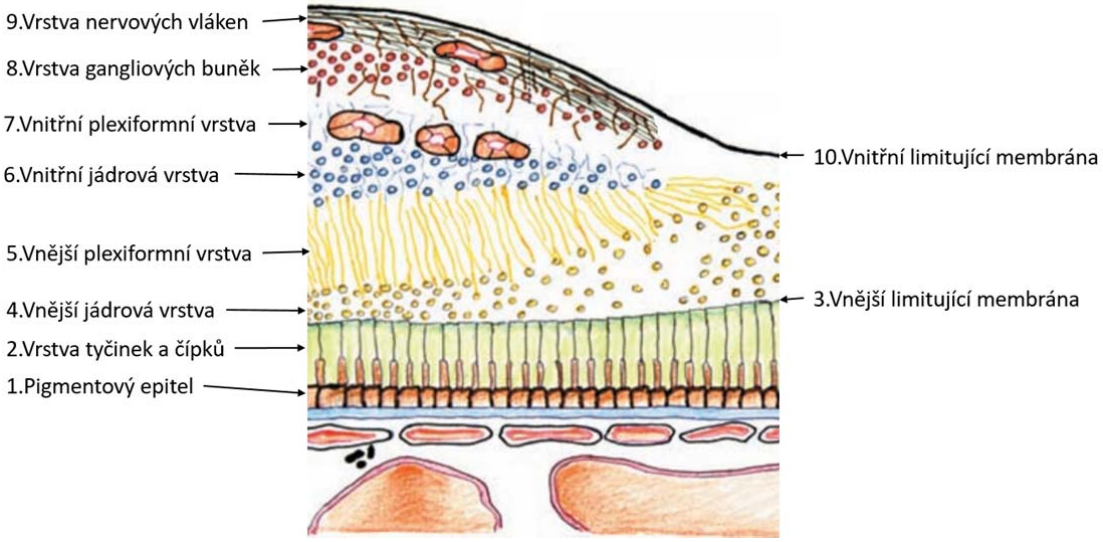
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Obrázky 1
- Příloha B – Obrázky 2
- Příloha C – Informované souhlasy
- Příloha D – Otázky k rozhovoru
- Příloha E – Shrnující protokol rozhovoru s mužem
- Příloha F – Shrnující protokol rozhovoru se ženou
- Příloha G – První strana interní směrnice Klatovské nemocnice a.s.
- Příloha H – Návrh informační brožury pro všeobecné sestry

PŘÍLOHY

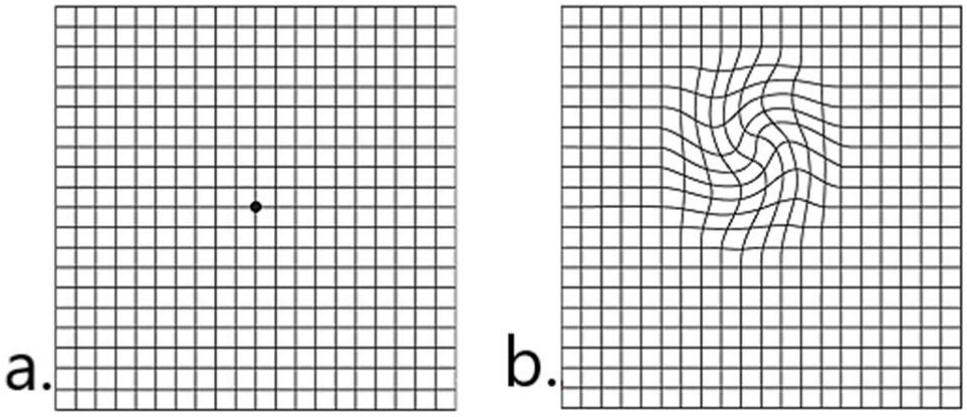
Příloha A – Obrázky 1

Obrázek 2. Stavba sítnice



Zdroj: (Kolář, 2008)

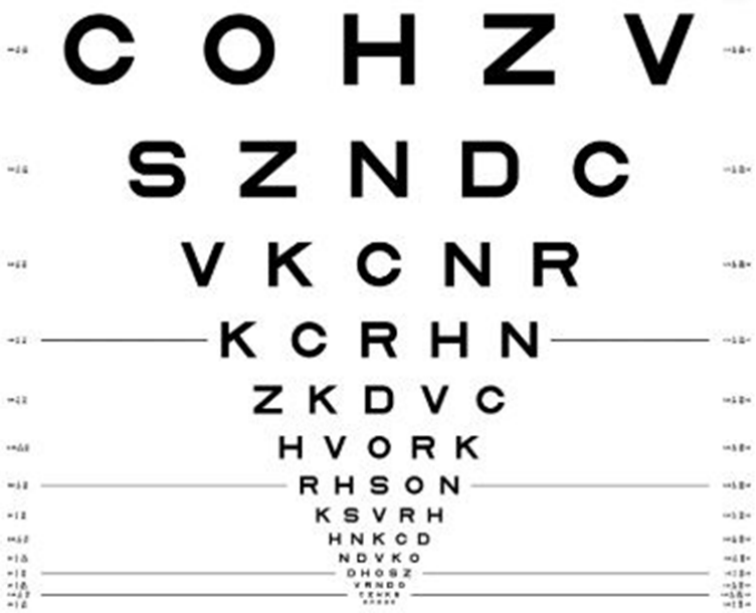
Obrázek 3. Test Amslerovou mřížkou. a. – negativní nález, b. - pozitvní nález



Zdroj: (Dubská, 2010)

Příloha B – Obrázky 2

Obrázek 4. ETDRS optotyp



Zdroj: (Dubská, 2010)

Obrázek 5.Kategorie zrakových vad dle WHO

Kategorie zrakové vady	Uváděný rozdíl zrakové ostrosti	
	horší než	stejné nebo lepší než
Mírná nebo žádná zraková vada 0		6/18 3/10 (0.3) 20/70
Středně těžká zraková vada 1	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.01) 20/200
Těžká zraková vada 2	6/60 1/10 (0.01) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
Slepota 3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
Slepota 4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Vnímání světla
Slepota 5	Žádné vnímání světla	
9	Nezjištěna nebo nespecifikována	

* Nebo počítání prstů na vzdálenost 1 metru

Zdroj: (World health organization, 2019)

Příloha C – INFORMOVANÉ SOUHLASY

INFORMOVANÝ SOUHLAS č.1

K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI NA TÉMA:

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S VĚKEM PODMÍNĚNOU MAKULÁRNÍ DEGENERACÍ

AUTOR BP:

Simona Tomanová DiS.
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: siminkatomanova@email.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: krivkova@kos.zcu.cz

CÍL BP:

Zjistit, jaké mají zkušenosti pacienti s VPMD s ošetřovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních?

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, na jehož základě bude zpracován mnou textový záznam psaný v ruce. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie skartovány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie a v bakalářské práci, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete

sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum: 5.07.2019

Podpis studenta:.....Datum: 5.07.2019

INFORMOVANÝ SOUHLAS č.2

K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI NA TÉMA:

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S VĚKEM PODMÍNĚNOU MAKULÁRNÍ DEGENERACÍ

AUTOR BP:

Simona Tomanová DiS.
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: siminkatomanova@email.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: krivkova@kos.zcu.cz

CÍL BP:

Analyzovat v jakých oblastech života lze ošetřovatelskou péčí zlepšit kvalitu života pacienta s VPMD?

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, na jehož základě bude zpracován mnou textový záznam psaný v ruce. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie skartovány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie a v bakalářské práci, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum: 2.01.2020

Podpis studenta:.....Datum: 2.01.2020

INFORMOVANÝ SOUHLAS č.3 – stana 1/2

KLATOVSKÁ NEMOCNICE, a. s.

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – KLATOVSKÁ NEMOCNICE, A. S.

Jméno a příjmení studentky: Tomanová Simona

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita Plzeň

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra / 3. ročník

Název bakalářské práce: Ošetřovatelská péče o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací

Vedoucí práce: Veselá Barbora, Mgr.
Západočeská univerzita v Plzni / Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Kontakt na vedoucího práce : veselalab@fnplzen.cz / 723 027 335

Jsem zaměstnancem Klatovské nemocnice a.s. : ano

Pracovní pozice: všeobecná sestra

Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb: ne

Název poskytovatele zdr. služeb:

Pracoviště:

INFORMOVANÝ SOUHLAS č.3 – stana 2/2

Pracovní pozice:

Nejsem v pracovním poměru.

Cíl mé bakalářské práce: vytvoření kazuistiky u dospělého klienta, edukační materiál

Termín přípravy v Klatovské nemocnici a.s. pro empirickou část práce: 13.9. - 31.10. 2019

Kontaktní pracoviště Klatovské nemocnice a.s. pro empirickou část: Oční ambulance, sítnicová poradna

---

Metoda empirické části práce

1. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- **léčebných metodách**
- **ošetřovatelských postupech**
- **zobrazovacích metodách**
- **laboratorních metodách / analýzách / výsledcích v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.**
- **Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník Klatovské nemocnice a.s., kterým je:** SCHÁNILCOVÁ LIBUŠE, VRCHNÍ SESTRA OČNÍHO ODD.
  s. Schánilcová Libuše RS
- **Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka Klatovské nemocnice a.s. :**
  376335 404
  libuse.schanilcova@klatovy.nemocnicepk.cz
  Klatovské nemocnice, a.s.
  oční oddělení
  prim. MUDr. Markéta Löhelmannová

Žádost podává student: Tomanová Simona, 720 185 817, SiminkaTomanova@email.cz

V Klatovech dne: 13.9. 2019

Příloha D – OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Byl/a jste už, někdy hospitalizován ve zdravotnickém zařízení?
2. Popište zrakové vjemy při příchodu do neznámého prostředí?
3. Které prvky Vám nejvíce pomáhají v orientaci v neznámém zdravotnickém zařízení?
4. Setkal/a jste se už s tím, že zdravotnické zařízení nebylo uzpůsobeno pro pohyb zrakově postiženého, tím myslím například překážky ve vodící linii?
5. Můžete porovnat kvalitu péče vzhledem k modernizaci Klatovské nemocnice a.s., vůči starému komplexu nemocnice?
6. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu vzhledem k vašemu postižení?
7. Během pobytu na jiném, než očním oddělením, věděl personál, jak k Vám přistupovat s ohledem k Vašemu postižení?
8. Při čase stráveném na jiném oddělení, nabídl Vám někdo z personálu, že vám ukáže kde co je a jak to tam vypadá?
9. Jak probíhalo stravování během hospitalizace?
10. Zažil jste někde na oddělení práci s kontrasty, například barevné zdi, kontrastní tablety, kontrastní nápisy?
11. Jak probíhá hygiena během pobytu ve zdravotnickém zařízení?
12. Jak probíhá podávání léků během pobytu ve zdravotnickém zařízení?
13. Zaměstnával Vás během dne personál nějakou činností?
14. Je možné vzít si do zdravotnického zařízení vlastní běžně používané pomůcky?
15. Jakou formou Vám byly podávány informace, jež jsou běžně v tištěné formě?
16. Bylo Vám někdy nabídnuto zaslání informací elektronickou formou?
17. Při odchodu do domácího prostředí využil jste sanitku, nebo vlastní doprovod?

Příloha E – Shrnující protokol rozhovoru s mužem

Pohlaví: muž

Věk: 68

Dosažené vzdělání: vyučen

Stav: ženatý

Byl jste už, někdy hospitalizován ve zdravotnickém zařízení?

„Já už byl v nemocnici, nebo u doktora tolikrát, že to už ani neumím spočítat. Vlastně ve zdravotnickém zařízení se nacházím i teď, tady s Vámi. Ale jestli se ptáte, jestli už jsem ležel někdy v nemocnici delší dobu? Tak jo, ležel jsem prvně měsíc v nemocnici s úrazem oka v 12 letech. Hráli jsme si tenkrát s kamarádem s pistolkami, které vystřelovali takové šipky, jejž měli gumový konec. Ani nevím, jestli to napadlo mě, nebo kamaráda, ale každopádně založil jsem do pistolky místo šipky hřebík, a když jsem ho domáčkl do koncové polohy, nechtěně jsem zmáčknul spoušť a hřebík skončil v mém pravém oku. Tím vlastně začali problémy s mým zrakem. Během další dekády jsem se očnímu lékaři vyhýbal a počet dioptrií si určoval sám. To vyústilo v mou další dlouhodobější hospitalizaci v roce 1992, s diagnózou šedý zákal obou očí. S dobou před, i po operaci, jsem byl v nemocnici cca. týden. Moje poslední hospitalizace byla čtrnáctidenní, ve Fakultní nemocnici v Plzni na kardiochirurgii, kde mi byl proveden bypass. V té době jsem trpěl posledním stádiem praktické slepoty obou očí následkem pokročilého stádia VPMD.“

Popište zrakové vjemy při příchodu do neznámého prostředí?

„Vzhledem k tomu, že prakticky nic nevidím, moc toho není. Vlastně je to, jako kdyby mi někdo přelepil oči dvěma kolečky. Zdá se mi, že na jedno oko vidím lépe, ale stejně je to pouze černý střed a světlé okraje, takže jsem schopný orientovat se tam, kde to dobře znám. V cizích prostorech se necítím dobře. A jak jsem řekl, na jedno oko je to o něco lepší a když koukám hodně zblízka, a je tam kontrastní nápis rozeznám ho, ale nepřečtu jej. Stejně jako rozeznám bílý talíř na černém ubrusu, ale to je asi vrchol mých schopností.“

Které prvky Vám nejvíce pomáhají v orientaci v neznámém zdravotnickém zařízení?

„Jak už jsem zmínil, docela pomáhá to kontrastní prostředí, i když není to nic moc, protože se musím koukat velice z blízka, abych nápis, či předmět rozeznal. Taky je dobrý, když jsou v nemocnici, nebo kdekoliv jinde vodící linie, jelikož chodím s bílou orientační holí. Taky je super ten orientační maják, to mám takový tlačítko, který mi otevře dveře, akorát ten maják jsem si otevřel jen v nemocnici v Praze. Šikovný jsou ještě nápisy Braillovým písmem a hmatové mapky, jenže já Braillovo písmo neumím, tak mi je to k ničemu, ale říkala mi o tom moje doktorka, že by bylo dobý se to naučit.“

Setkal jste se už s tím, že zdravotnické zařízení nebylo uzpůsobeno pro pohyb zrakově postiženého, tím myslím například překážky ve vodící linii?

„To je na denním pořádku, že vodící linie blokuje nějaká překážka. Lidé totiž ani kolikrát neví, že je to vodící linie pro zrakově postižené. Takže překážky v cestě jsou běžná věc. Kolikrát do něčeho narazím, protože to svojí holí minu. Párkrát jsem narazil i na živou překážku, ve vodící linii byla postavena lavička, na které seděli pacienti. Samozřejmě jsem je nechtěně přetáhl holí po nohách a hned byl problém. Také se stává, že do někoho nechtěně vrazím, lidi se kolikrát chovají bezohledně, ale když zjistí, že jsem zrakově postižený většinou se omluví.“

Můžete porovnat kvalitu péče vzhledem k modernizaci Klatovské nemocnice a.s., vůči starému komplexu nemocnice?

„Je parádní, jak je v nové nemocnici všechno na jednom místě. I když vlastně nevím, jak pořádně vypadá, protože dostavba proběhla v době, kdy už jsem téměř neviděl. Ve staré nemocnici bylo každý oddělení ve své vlastní budově a přechody mezi nimi byly venkem. Takže pro starého člověka nic moc. Teď to mají, ty mladý, v tomto ohledu o dost snazší. Kvalita péče mi přijde lepší pouze, co se vybavení týče. Personálu je méně než dřív a podle toho to taky vypadá. Ale nechci si stěžovat, všude to tak špatný nebylo, přece jenom jsem skoro slepý a to v lidech vyvolává soucit a potřebu mi pomáhat.“

Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu vzhledem k vašemu postižení?

,,To je záludná otázka, ale situace je různá podle toho, na koho zrovna narazíte. Někteří doktoři na mě zbytečně křičí, jiní neříkají zase vůbec nic, ale ve většině případů si myslím, že na mé postižení neberou moc zřetel, přeci jen ještě nějaký zbytkový zrak mi zůstal. Snažím se i tak na to moc neupozorňovat. Nohy a ruce mám zdravé a raději si přeci jenom všechno dělám sám. Ale abych odpověděl na Vaši otázku, řekl bych, že je to člověk od člověka, protože chovat se ke mně slušně a brát ohledy, to zmůže kdokoliv, kdo má alespoň trochu soucitu a empatie v sobě.“

Během pobytu na jiném, než očním oddělením, věděl personál, jak k Vám přistupovat s ohledem k Vašemu postižení?

,,Když jsem ležel v Plzni se srdcem tak byli všichni velice ochotní a řekl bych, že i proškolení. Vždy mě ochotně doprovodili, kam jsem potřeboval a vždy mi popisovali, co kde je, a kolik kde je lidí, tak jak to má být. Oproti tomu při hospitalizaci v Klatovech, to když mě vzala kýla a musel jsem pod kudlu, tam to byli, takříkajíc hulváti. Například, když mě vedl před operací zřízenec na pokoj, tahal mě za sebou, jak nějakou kozu na provázku a neustále chvátal. Když mě usadil do postele řekl, ať počkám na sestru a to je všechno. Já tam pak seděl, a nevěděl jsem co kde je, a kde vůbec jsem nebo jestli tam se mnou je ještě někdo další. To bylo hrozně stresující, navíc ani neřekl, že odchází, tak jsem na něj ještě chvíli mluvil, když už byl pryč. Sestřičky na oddělení nebyly v chování o moc lepší, například když jsem chtěl pomoct s jídlem, moc ochotné nebyly. Takže abych to shrnul, mám špatné i dobé zkušenosti.“

Při čase stráveném na jiném oddělení, nabídl Vám někdo z personálu, že vám ukáže kde co je a jak to tam vypadá?

,,Když jsem ležel s kýlou v Klatovech, tak se o to pokoušeli, ale já po operaci stejně jenom ležel a dost mě to bolelo, takže jsem do druhého dne stejně zapomněl, kde co je. V Plzni při bypassu to bylo podobné, tam jsem ležel delší dobu. Většinou se snažili mi popsat pokoj a kde je toaleta. Procházení po oddělení mi bylo k ničemu, protože se snažili mě poslat, co nejdříve domů.“

Jak probíhalo stravování během hospitalizace?

,,Většinou sestřičky vytáhnou stolek a dají na něj jídlo a pak běží pryč, ale já to chápu, musí více pomoc těm, kteří leží a sami se nenají. Potom to někdo vždycky projde, zeptá se Vás, jestli to může odnést a jde zase pryč. Když jsem v Klatovech chtěl, aby mi s jídlem pomohli tak mě odbyli s tím, že to zvládnu sám. Jenomže já sám sním jenom něco, například chleba s máslem, když ho nahmatám na talíři, tak je to pak dobré, ale když mi sestra pod nos dá talíř s kaší a masem, tak už je to problém. Většinou musím sáhnout do talíře a pak jsem hned umazaný od jídla. Dost mi pomáhalo v Plzni, když mi řekli, kde je co na talíři a používali při tom směrování, jako na hodinovém ciferníku. Jinak většinou nemocniční jídlo není nic moc, jednou mi dali k hlavnímu chodu lžíci. Chtěli mi to ulehčit, ale já mám i se lžící problém, i když musím uznat, že většinou jsem se snažil najíst sám, ale skončil jsem celý ušpiněný.“

Zažil jste někde na oddělení práci s kontrasty, například barevné zdi, kontrastní tablety, kontrastní nápisy?

,,Ale jó, v Plzni na očním mají barevné zdi, to trochu pomáhá ale ve většině zdravotnických zařízení je všude jenom bílá a to je špatný, to pak nic nevidím. Občas podávali jídlo na barevném tabletu, to je pak bílý talíř hned lepší vidět, ale i tak jsem se s tím nikde nesetkal.“

Jak probíhá hygiena během pobytu ve zdravotnickém zařízení?

,,Když jsem ležel na chirurgii po kýle, hned nás druhý den vyhnali do koupelny na mytí a to tak, že mě posadili před umyvadlo a řekli, umyjte se. To nebylo vůbec příjemné, protože když jsem nahmatal mýdlo, samozřejmě jsem ho shodil na zem a to byl hned velký problém. Od sestřičky, když jsem si jí zavolal, aby mi ho podala. Taky po bypassu mě sestřička omývala a to mi taky nebylo moc příjemné, ale to si myslím, že tak to má každý.“

Jak probíhá podávání léků během pobytu ve zdravotnickém zařízení?

,,Normálně, položí mi je v lékovce na stolek a zeptají se, jestli to zvládnu. Já moc léků stejně neberu, jen ráno na tlak a ten, už poznám podle tvaru.“

Zaměstnával Vás během dne personál nějakou činností?

„Tak teď jste mě opravdu rozesmála, i když k smíchu to vlastně není. Ne nezažil a opravdu si myslím, že se to nikde nedělá. Možná v nějakém drahém pečovatelském domě. V nemocnici jsem zažil jen to, že si sestry plní svoje pracovní povinnosti, buzení, podávání léků a jídla, píchání injekcí, hygiena, nebo různá měření. O vyvíjení nějaké činnosti nad rámec jejich běžné rutiny nemůže být řeč. Neříkám, že je to přímo chyba samotných sester, protože když je na oddělení 20 lidí a dvě sestry, které jsou tam 12 hodin, tak můžete být rádi, že vás ráno vůbec pozdraví.“

Je možné vzít si do zdravotnického zařízení vlastní běžně používané pomůcky?

„Možné to je, ale já to moc nevyužívám. Nikdy si sebou neberu zbytečně moc věcí, ale teď mi mladý koupili k Vánocům mp3 přehrávač a dali mi tam hodně mluveného slova. To pak můžu poslouchat oblíbené knížky, když už si je nemohou sám přečíst. Také si beru telefon, mám ho na krku, ale moc ho nepoužívám, spíš čekám, až mi děti zavolají a já to jenom zvednu.“

Jakou formou Vám byly podávány informace, jež jsou běžně v tištěné formě?

„Většinou mi je někdo přeříkal. Já jim věřím, že by mi nepodstrčili nic jiného. Spíše mi vadí, že se víc ptají ženy, občas mě přehlíží, jako bych tam nebyl přítomen. Několikrát se stalo, že sestřička se mnou vyplňovala papíry a vůbec se na mě nedívala. Celou dobu se vyptávala manželky.“

Bylo Vám někdy nabídnuto zaslání elektronické formy informací?

„Ne nebylo, já stejně ten email, nebo jak tomu mladý říkají, nemám, stejně jako počítač. Dřív jsem všechno dostal na papíře a žádné elektronické čertoviny nebyly. Ano teďka by mi byl i ten papír k ničemu, ale vždycky by se někdo našel, kdo by mi to doma přečetl. Takhle si musím vždy všechno pamatovat nebo se na všechno znovu ptát, a pak si personál myslí, že nejsem jenom slepý, ale i hloupý.“

Při odchodu do domácího prostředí využil jste sanitku, nebo vlastní doprovod?

„Jezdím s manželkou a většinou využívám sanitní služby. Manželka není řidič a bydlíme v části Klatov nad Teskem, což je od nemocnice dost daleko a městská hromadná doprava k nám nezajíždí. Nemocnici už celkem znám a žena také, takže v pohybu po areálu není problém. Navíc sanita je zadarmo tak proč toho nevyužít.“

Příloha F – Shrnující protokol rozhovoru s ženou

Pohlaví: žena

Věk: 66

Dosažené vzdělání: vyučena

Stav: vdova

Byla jste již, někdy hospitalizována ve zdravotnickém zařízení?

,,Ano byla jsem byla hospitalizována na očním, neurologickém, ortopedickém, rehabilitačním oddělení a posledních 6 let žiji v pečovatelském domě. Na očním oddělení jsem strávila hodně času, to když se objevily první potíže se zrakem. Tenkrát se objevil šedý zákal a já viděla jenom mlhu. Po operaci se zrak rozjasnil, ale bohužel ne na dlouho. Do pravého oka se mi dostala infekce a prodloužila se mi doba hojení, a tak jsem musela být hospitalizována. Další hospitalizace byla po tom, co se objevila ta degenerativní nemoc. To jsem dojížděla do Plzně, kde mi aplikovali jednou měsíčně injekci. Na nějaký čas to pomohlo, ale pak jsem upadla na schodech.. Dávala jsem se dohromady, pěkně dlouho a strávila, tak hodně času po nemocnicích a na rehabilitacích. Rehabilitace mi částečně pomohla, ale na zrak už nezbýval čas a tak jsem o něj nakonec přišla, svojí vinou musím uznat.“

Popište zrakové vjemy při příchodu do neznámého prostředí?

,,Někdy se mi zdá, že vidím alespoň obrysy, ale je to jako kdybych měla obě oči zalepené a jenom po okrajích trochu něco viděla. Když si dám ruku před oči tak vidím její obrys, ale to je asi tak všechno. Na oči, už se nemohu moc spolehnout.“

Které prvky Vám nejvíce pomáhají v orientaci v neznámém zdravotnickém zařízení?

,,Tak když jsem ještě viděla tak pomáhaly popisy a mapky v nemocnici. Teď je to, ale úplně něco jiného, dříve se člověk všude vyznal. Dnes, jsou ty velké nemocnice spíše bludiště. Sama bych se vůbec nevyznala. Vlastně se nejvíc spoléhám na ochotu a pomoc druhých. Pochopitelně lépe se orientuji tam, kde už to člověk zná léta. I když musím vytknout jeden prvek, který mi velice pomáhá. A to kontrastní prostředí a to zejména na chodbách. Když jsou stěny pouze bílé, vše mi splývá. V Klatovech mají vymalované každé oddělení jinak a to mi velice pomáhá v orientaci.“

Setkala jste se už s tím, že zdravotnické zařízení nebylo uzpůsobeno pro pohyb zrakově postiženého, tím myslím například překážky ve vodící linii?

,,Ano, to je naprosto běžné, že se v cestě vyskytují překážky. Já nejsem ještě tak zběhlá v pohybu se slepeckou holí, takže mně doposud vždy někdo doprovázel. Pokaždé mně na nějakou překážku upozornil a lamentoval, že by tam neměla být, protože zasahuje do vodící linie. Jednalo se hlavně o starší nemocnice, na mysli mi přišla ta v Horažďovicích, kde bych bez doprovodu neměla šanci se vůbec někam dostat. Je mi z toho smutno, že se nemohou v pohybu spoléhat jen sama na sebe, jako tomu bylo dříve. Teď raději nikam nechodím, když musím, tak jedině s doprovodem.“

Můžete porovnat kvalitu péče vzhledem k modernizaci Klatovské nemocnice a.s., vůči starému komplexu nemocnice?

,,Myslím si, že v porovnáním co bylo dříve a dnes je situace mnohem lepší. Konečně je všechno uskupené na jednom místě. A to hlavně oceníme my, co chodíme pořád k doktoru. Když si vybavím ve staré nemocnici ty dlouhé neosvětlené tmavé chodby, pacienti ležící po pěti lidech na pokoji, přechody mezi odděleními venkem. Žádné soukromí, společné koupelny. Staré oční bylo ještě v poliklinice. Dnes je to mnohem lepší.“

Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu vzhledem k vašemu postižení?

,,Z mojí zkušenosti se ke mně nijak zvláště jinak, než k ostatním pacientům, nechovají. Čekárny jsou většinou plné lidí a zdravotnický personál spěchá. Ani se nedivím, když vidím jednoho pacienta přes druhého. Prostě nevšimla jsem si nějakého rozdílu, někdy na mně zbytečně zvyšují hlas, jako by si mně pletly s neslyšícím.“

Během pobytu na jiném než očním oddělením, věděl personál, jak k Vám přistupovat s ohledem na vaše postižení?

,,Ale jo, nemůžu si stěžovat, jsem ráda, že mi pomohou. Slepota mi netrápí tak dlouho, takže jsem ležela pouze po kataraktě v Klatovech a tam mně znají a vědí, jak se ke mně chovat. Horší to bylo v Horažďovicích, kde jsem po úraze byla delší dobu a začal se mi tam hodně zhoršovat zrak. Tam nevěděli vůbec co se mnou, a se vším byl problém, jelikož jsem potřebovala neustále asistenci. Personál na to nebyl zvyklý, vše dělají honem, rychle a najednou se museli více starat, a hned byl problém.“

Při čase stráveném na jiném oddělení, nabídl Vám někdo z personálu, že Vám ukáže kde co je a jak to tam vypadá?

,,Ne, to nikdy. Nepamatuji si, že by mi někdo vodil po oddělení a ukazoval mi, kde co je. A to ani, když jsem měla zrak v pořádku. Nabyla jsem dojmu, že sester je málo a pacientů mnoho tak na takové věci nemají čas a ani chuť.“

Jak probíhalo stravování během hospitalizace?

,,Myslíte nejspíš podávání stravy v poslední době, kdy už vlastně nic nevidím. V tom případě je moje první zkušenost taková, že mě nechaly sedět na posteli a do klína mi dali tác s talířem, kde byli rozvážené brambory s plátkem masa nějaké omáčce. Dle chuti bych řekla, že to byla univerzální hnědá omáčka. To bylo celé. Nezbylo mi nic jiného než si jídlo na talíři nahmatat, přičemž jsem se samozřejmě ušpinila a něco mi spadlo i na zem a do postele. Poté přišla sestra a vynadala mi, že jsem to ještě nesnědla a proč jsem si neřekla o pomoc. Nevěděla jsem co pořádně říci, protože nechci ostatní se svým hendikepem obtěžovat, tak jsem začala plakat. Sestra se mi snažila utěšit a pak mi řekla, já vám s tím ráda pomůžu, ukažte spolu to určitě zvládneme. Během celé hospitalizace se neptali a rovnou mi pomohli.“

Zažila jste někde na oddělení práci s kontrasty, například barevné zdi, kontrastní tablety, kontrastní nápisy?

,,Ted nevím, dělá mi na ty oči dobře, když je místnost světlá a jasná a nábytek tmavý. To člověk hned něco lépe vidí. No, snažím se z toho zraku dostat, co nejvíce, ale co si pořád nalhávám, já vlastně, už skoro nic nevidím. Tohle nedokážu moc posoudit. Když jsem ještě něco viděla, tak jsem si nějakých kontrastů moc nevšímala, a teď je na to už pozdě. Matně si vzpomínám, že v některých nemocnicích mají odlišeny jednotlivá oddělení jinou barvou na zdech.“

Jak probíhá hygiena během pobytu ve zdravotnickém zařízení?

,,Ráno mně sestry daly umyvadlo na noční stolek k lůžku. Zeptaly se vždycky, kde mám mýdlo a kartáček s pastou na zuby, a ten mi položily k lavoru. Dál mě nechaly, ať se myju sama a když budu chtít pomoc tak, ať si zazvoním. Mně to všechno déle trvá hlavně, než si osahám, kde co mám. Koupelnu a záchod bych potřebovala popsat detailněji, přeci člověk si úplně není jistý. Hlavně, kde se splachuje, dělalo mi i potíže dostat mýdlo nebo papír z dávkovače. Vždycky jsem si pak volala o pomoc. Mám také obavy, abych jim něco nerozbila.“

Jak probíhá podávání léků během pobytu ve zdravotnickém zařízení?

„Léky mi přinášely sestry na stolek a to ráno nebo v poledne, vždycky čekaly, až je sním a pak zase spěchaly pryč. Nikdo mi neřekl, na co konkrétně jsou, či co mi to dávají, vždycky se člověk musel zeptat.“

Zaměstnával Vás během dne personál nějakou činností?

„Ne to si vůbec nevzpomínám, to někde dělají? I když, vlastně v Horažďovicích, chodili specializované sestry na pokoj a ty nám ukazovali cviky, které jsme museli ve volnu cvičit.“

Je možné vzít si do zdravotnického zařízení vlastní běžně používané pomůcky?

„To samozřejmě možné je, nikdy mi to nikdo nezakazoval. V nemocnici v Klatovech mi byl nabídnut i trezor na cennosti, ale já si nic cenného neberu. Obecně si na své věci dávám pozor, dostaly jsme klíček jak od nočního stolku, tak od skříně. Takže o věci se člověk moc bát nemusel. Když jsem odcházela na jiné vyšetření, tak mi byla nabídnuta úschova klíčku na sesternu. Takže za to moc chválím.“

Jakou formou Vám byly podávány informace, jež jsou běžně v tištěné formě?

„Nějaké papíry jsem dřív v rámci nemocnice vždycky dostala, to jsem si je mohla ještě přečíst sama. Teď mi to vždy musí předčíst pan doktor, sestřička nebo můj doprovod. V případě podpisu mi dají ruku na potřebné místo a podepsat se ještě zvládnu. Jinou formu si zatím ani nedokážu představit.“

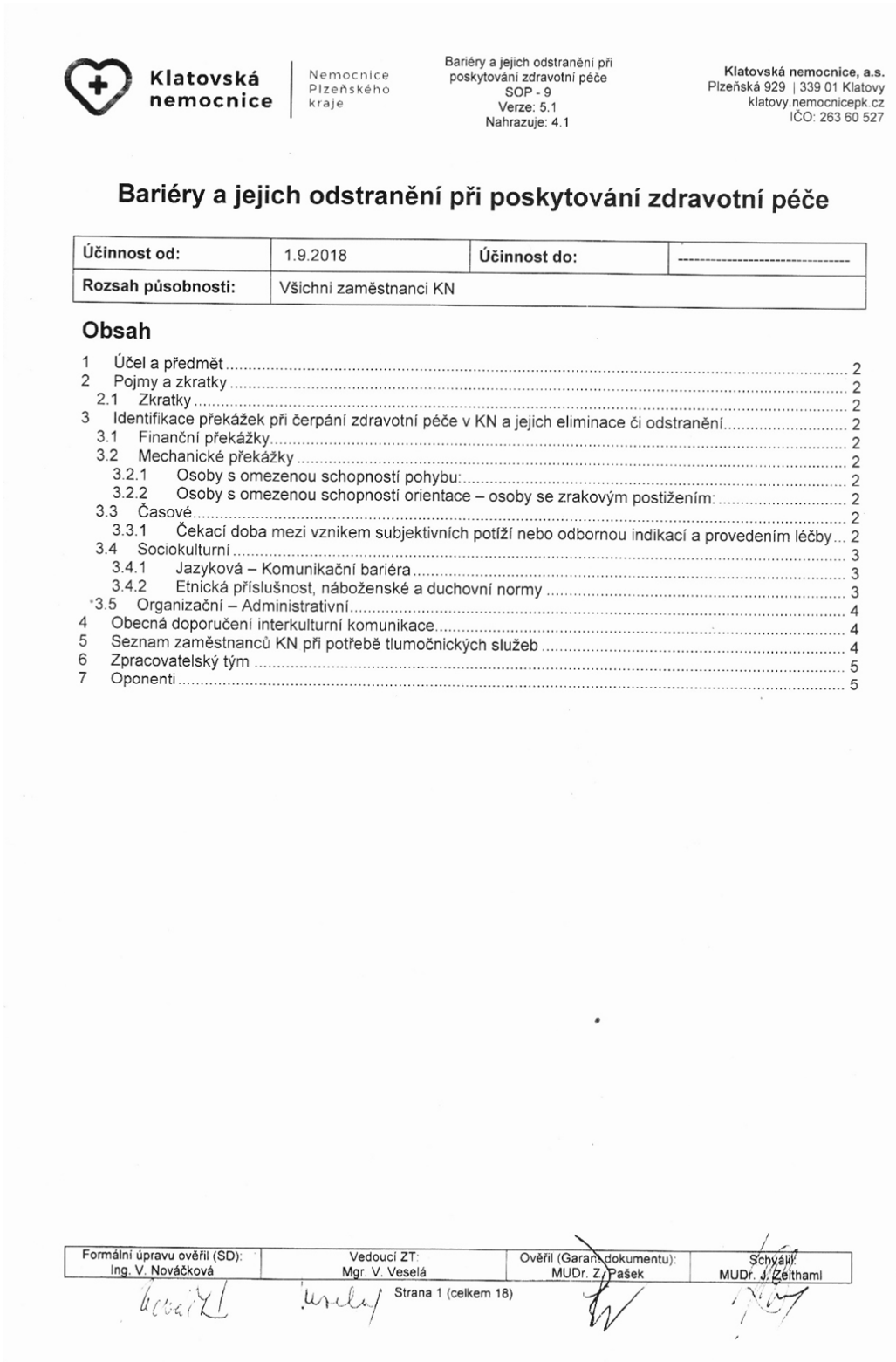
Bylo Vám někdy nabídnuto zaslání informací elektronickou formou?

„Ano. Několikrát se ptali, jestli mi to mohou zaslat emailem, ale to já vždy odmítnu, protože s tou moderní technologií neumím pracovat. Já, neuměla ani psát moc dobře na stroji. Teď, když o tom přemýšlím, mohla bych říct, ať to zašlou na ten email do domova důchodců, tam je Mařenka a ta je mladá a ochotná, ta by mi to určitě ráda přečetla.“

Při odchodu do domácího prostředí využil jste sanitku nebo vlastní doprovod?

„Ano, využívám jedině sanitku vždy s doprovodem jedné ze sester z našeho domova důchodců. Možná bych to z nemocnice s doprovodem došla, ale raději se člověk nechá odvézt. Za mlada jsem toho něco nachodila, třeba do školy a do práce. Dřív se chodilo všude pěšky. Ale dnes, když potřebuju, aby mně někdo, doprovodil, nemám na to ani chuť, někam chodit, když to nezvládnu sama. Pokud vím, tak sestřičky u nás nám, vždy nějakou tu sanitku seženou, takže se o nic nemusím starat“.

Příloha G – První strana interní směrnice Klatovské nemocnice a.s.



Klatovská nemocnice | Nemocnice Plzeňského kraje

Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče
SOP - 9
Verze: 5.1
Nahrazuje: 4.1

Klatovská nemocnice, a.s.
Plzeňská 929 | 339 01 Klatovy
klatovy.nemocnicepk.cz
IČO: 263 60 527

Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče

Účinnost od:	1.9.2018	**Účinnost do:**	----------
Rozsah působnosti:	Všichni zaměstnanci KN		

Obsah

1 Účel a předmět ... 2
2 Pojmy a zkratky ... 2
2.1 Zkratky ... 2
3 Identifikace překážek při čerpání zdravotní péče v KN a jejich eliminace či odstranění ... 2
3.1 Finanční překážky ... 2
3.2 Mechanické překážky ... 2
3.2.1 Osoby s omezenou schopností pohybu: ... 2
3.2.2 Osoby s omezenou schopností orientace – osoby se zrakovým postižením: ... 2
3.3 Časové ... 2
3.3.1 Čekací doba mezi vznikem subjektivních potíží nebo odbornou indikací a provedením léčby ... 2
3.4 Sociokulturní ... 3
3.4.1 Jazyková – Komunikační bariéra ... 3
3.4.2 Etnická příslušnost, náboženské a duchovní normy ... 3
3.5 Organizační – Administrativní ... 4
4 Obecná doporučení interkulturní komunikace ... 4
5 Seznam zaměstnanců KN při potřebě tlumočnických služeb ... 4
6 Zpracovatelský tým ... 5
7 Oponenti ... 5

Formální úpravu ověřil (SD): Ing. V. Nováčková	Vedoucí ZT: Mgr. V. Veselá	Ověřil (Garant dokumentu): MUDr. Z. Pašek	Schválil: MUDr. J. Zeithaml

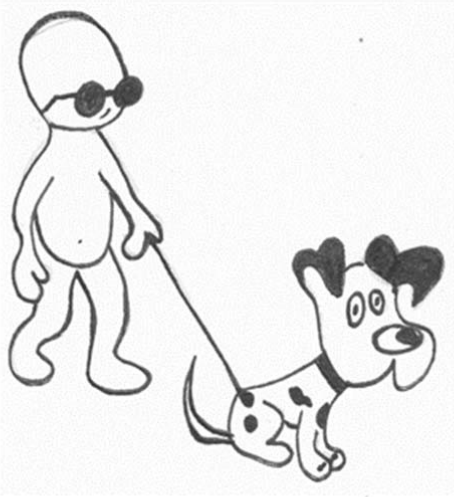
Zdroj: (Klatovská nemocnice, 2018)

Příloha H – Návrh informační brožury pro všeobecné sestry

FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

PÉČE O ZRAKOVĚ POSTIŽENÉHO PACIENTA S VPMD

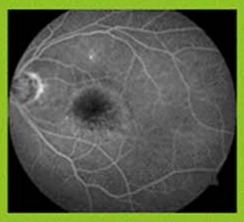
Brožura je určena pro všeobecné sestry



Zdroj: Vlastní

Co je VPMD?

- Jedná se o onemocnění degenerativního rázu postihující sítnici.
- Zrak je deformován nebo zastíněn neprůhlednými skvrnami.
- Orientace v prostoru zůstává zachována.
- Vyskytuje se zejména u pacientů ve výším věku 60+.
- Poslední stadium onemocnění je rovno praktické slepotě.



Zdroj: Vlastni

Komunikace

- K pacientovy se chováme přirozeně, nelitujeme ho a pomoc mu nevnucujeme.
- Vždy mluvíme přímo s pacientem nikoliv s jeho doprovodem.
- Představte se a seznamte pacienta se svou funkcí.
- Mluvte jasně a klidně.
- Pacienta vždy oslovujte jménem aby bylo jasné že mluvíte k němu.
- Informujte ho o všech úkonech.
- Vždy pacienta upozorněte, že odcházíte.

Pohyb

Zdroj: Vlastni

- Pacienta oslovíme a nabídneme mu pomoc.
- Poté mu nabídneme svoji paži nebo rámě.
- Rychlost chůze určuje pomalejší z dvojice.
- Jdeme vždy o krok před pacientem.
- Před překážkou na cestě zastavte a podrobně ji popište.
- Nenechte pacienta nikde dlouze čekat.
- Vždy informujte pacienta o tom komu ho předáváte a kdy ho vyzvednete.
- Nezapomínejte mluvit.
- Při průchodu dveřmi je pacient na straně pantů dveří.
- Pacienta nikdy netlačíme nebo nenutíme do rychlejšího pohybu.

Hospitalizace - Ambulance

- Dodržujte časově přesný objednávací termín.
- Přečtěte pacientovi veškeré informace v tiskopisech.
- Při hospitalizaci nezapomínejte na podrobný popis pokoje a sociálního zařízení.
- Umisťujte pacienta blízko sociálního zařízení.
- Při hygieně se domluvte na pomoci.
- Pomůcky připravte na dosah.
- Při podání stravy podrobně popište podle hodinových ručiček, co se, kde nachází na talíři.
- Tekutiny nalévejte jen do poloviny nádoby.
- Informujte pacienta, kde najde své léky.
- Nepřendávejte osobní věci pacienta.

Stravování

- Pacienta usadit a sdělit mu co se bude podávat.
- Jídlo podávat na kontrastním (tmavý) tabletu.
- Jídlo i příbor položit přímo před pacienta.
- Popsat rozložená jídla na talíři pomocí hodinového ciferníku.
- Vždy se zeptat zda se pacient dokáže najíst sám.

Obrázek zdroj: (Klatovská nemocnice, 2019)

Sedání na židli, ulehání na lůžko

- Vyhledáme místo a informujeme pacienta o jaký typ sedačky se jedná.
- Doprovodíme k židli, svojí rukou uchopíme opěradlo a pacienta necháme sjet jeho rukou po našem lokti na opěradlo, pacient si sedá sám.
- Nikdy židli pacientovy nepřisouváme.
- Při navádění na předměty možno nabídnout přidržení vaší paže.
- Při ulehání na lůžko necháme nevidomého aby si lůžko ohmatal - nespěcháme.

Tento edukační materiál je výstupem bakalářské práce s názvem:

Ošetřovatelská péče o pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací

Edukační brožura vznikla v rámci:

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY V PLZNI

Zdroje:

KLATOVSKÁ NEMOCNICE [Online]. *Bariéry a jejich odstranění při poskytování zdravotní péče*. 2018. [Citace: 20. 2. 2020.] Dostupné z: vnitřní intranet.

Fotografie: zdroj vlastní

Autor: Simona Tomanová, DiS. © 2020