

Kvalita života jedinců s glaukomem

Nikola Terberová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Nikola Terberová
Osobní číslo:	H22175
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Kvalita života jedinců s glaukomem

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti života s glaukomem.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BENEŠ, Pavel; PANČOCHA, Karel a VRUBEL, Martin. *Přehled oftalmologie pro pomáhající profese*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2020. ISBN 978-80-7013-603-4.
PAŠKA, Jiří et al. *Základy očního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-2460-0.
RŮŽIČKOVÁ, Eva. *Glaukom: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-495-1.
SAMKOVÁ, Klára et al. *Sekundární glaukomy – Vybrané kapitoly*. 3. vyd. Praha: EEZY Publishing, 2024. ISBN 978-80-88506-29-4.
SHAW, Mary a LEE, Agnes. *Ophthalmic Nursing*. 5th ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2017. ISBN 978-1-4822-4877-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života u jedinců s glaukomem. Teoretická část shrnuje základní informace o glaukomu, ošetrovatelské péči a kvalitě života. Cílem praktické části práce bylo popsat, které oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participanté s onemocněním vyrovnávají. Informace byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, specificky sestavených pro tento výzkum u pěti participantů, které byly analyzovány prostřednictvím otevřeného kódování. Věříme, že námi zjištěné informace mohou být přínosné nejen pro odborníky z oblasti zdravotní péče, ale i pro jedince, kteří se s touto diagnózou potýkají a pro jejich blízké.

Klíčová slova: glaukom, kvalita života, zvládání nemoci, ošetrovatelská péče, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the issue of quality of life in people with glaucoma. The theoretical part summarizes basic information about glaucoma, nursing care, and quality of life. The aim of the practical part of the thesis was to describe which areas of life are most affected and how the participants cope with the disease. The information was obtained through semi-structured interviews specifically designed for this research with five participants and analyzed using open coding. We believe that the information we have gathered may be beneficial not only for healthcare professionals but also for people who are struggling with this diagnosis and their loved ones.

Keywords: glaucoma, quality of life, coping with illness, nursing care, qualitative research

Poděkování

Nejprve bych ráda poděkovala Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Mé upřímné díky patří také participantům, kteří mi věnovali svůj čas a otevřeně sdíleli své zkušenosti.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a povzbuzení v období zpracování práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S GLAUKOMEM.....	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
2 GLAUKOM	15
2.1 KLASIFIKACE GLAUKOMU	15
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	17
2.3 PŘÍZNAKY	18
2.4 DIAGNOSTIKA	18
2.5 TERAPIE	22
3 PÉČE O KLIENTA S GLAUKOMEM Z POHLEDU SESTRY.....	25
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTY S GLAUKOMEM.....	25
3.2 KOMUNIKACE S KLIENTEM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	26
3.3 INSTILACE KAPEK A APLIKACE MASTÍ DO OKA	27
4 KVALITA ŽIVOTA.....	29
4.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	29
4.2 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S GLAUKOMEM	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	34
5.1 CÍLE VÝZKUMU	34
5.1.1 Vymezení výzkumných otázek	34
5.2 POPIS VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	34
5.3 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	35
5.4 REALIZACE SBĚRU VÝZKUMNÝCH DAT	37
5.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	40
6.1 KATEGORIE Č. 1: PRŮBĚH DIAGNOSTIKY A FYZICKÝ STAV	40
6.2 KATEGORIE Č. 2: ZKUŠENOST SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ A PŘÍSTUP LÉKAŘŮ	41
6.3 KATEGORIE Č. 3: DOPAD NEMOCI NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	42
6.4 KATEGORIE Č. 4: PSYCHICKÝ DOPAD ONEMOCNĚNÍ	44
6.5 KATEGORIE Č. 5: SOCIÁLNÍ VZTAHY A OPORA	46
6.6 KATEGORIE Č. 6: ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A LÉČEBNÉHO REŽIMU	47
7 DISKUZE	50

7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR.....		56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		59
SEZNAM TABULEK.....		64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		65
SEZNAM PŘÍLOH.....		66

ÚVOD

Zrak patří mezi nejdůležitější lidské smysly a jeho ztráta nebo postupné zhoršování může výrazně zasáhnout do každodenního života. Jedním z onemocnění, které je označováno jako závažné a nenápadné a může vést až ke slepotě, je glaukom neboli zelený zákal. Glaukom bývá označován jako tichý zloděj zraku, protože v počátečních fázích nemusí jedinec pociťovat žádné příznaky. O to důležitější je nejen jeho včasné odhalení, ale i pochopení toho, jak toto onemocnění ovlivňuje běžný život lidí, kteří s ním žijí.

Téma bakalářské práce jsme si zvolili proto, že je glaukom vnímám jako významné chronické onemocnění, o kterém se sice odborně mluví, ale z pohledu každodenní reality jedinců se mu věnuje méně pozornosti. Zajímalo nás, jak se s touto diagnózou vyrovnávají různí lidé. Co pro ně onemocnění znamená v praxi, jak ovlivňuje jejich režim, aktivitu, psychiku nebo vztahy. Rádi bychom přispěli k lepšímu pochopení toho, co zažívají jedinci s glaukomem mimo lékařské ordinace.

V první kapitole bakalářské práce vymezujeme základní pojmy pro lepší porozumění problematice glaukomu. V druhé kapitole se věnujeme samotnému onemocnění. Popisujeme jeho klasifikaci, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a možnosti léčby, včetně role sestry při jednotlivých vyšetřeních. V třetí části práce se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči o klienty s glaukomem. Popisujeme předoperační a pooperační péči, edukaci klienta při propuštění do domácí péče, komunikaci se zrakově postiženými klienty i instilaci kapek a aplikaci mastí do oka. V závěru teoretické části se zabýváme kvalitou života a prožíváním glaukomového onemocnění.

V praktické části interpretujeme výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí kvalitativní metody. Konkrétně jsme využili polostrukturované rozhovory s pěti muži ve středním věku, kteří trpí různými typy glaukomu. Naším cílem bakalářské práce je zjistit, které oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se s onemocněním vyrovnávají. Na základě rozhovorů s participanty jsme zjišťovali, jak glaukom ovlivňuje jejich každodenní život, jak jedinci zvládají léčebný režim a jaké strategie používají ke zvládnutí nemoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S GLAUKOMEM

Pro porozumění glaukomovému onemocnění je z anatomického hlediska významná rohovka, řasnaté těleso, duhovko-rohovkový úhel, přední a zadní oční komora a terč zrakového nervu. Z pohledu fyziologie oka je nejpodstatnější nitrooční tekutina a stav cévního zásobení (Pašta et al., 2017, s. 193-194).

Dále byly vybrány pojmy, které jsou důležité pro správné pochopení dané problematiky.

1.1 Vymezení pojmů

Rohovka, cornea, je přední, hladká a průhledná část oční koule. Pokud nejsou přítomny patologické změny, je bezcévná a bohatě inervovaná. Její průměr se pohybuje mezi 10-12 mm a tloušťka je v centru nejtenčí (0,52 mm) a směrem k limbu narůstá (1 mm). Rohovka se skládá z několika vrstev: rohovkový epitel, Bowmanova membrána, vlastní rohovkové stroma, nově popsaná Duova vrstva (nebuněčná zesílená vrstva stromatu), Descemetova membrána a endotel. Chrání přední segment oka, má refrakční funkci a je jednou z nejcitlivějších tkání lidského těla (Pašta et al., 2017, s. 23-24; Heissigerová et al., 2023, s. 30).

Řasnaté těleso, corpus ciliare, má tvar mezikruží, na podélném řezu okem se tvar jeví jako trojúhelníkový. Tento tvar je dán přítomností hladkého svalu m. ciliaris, který tvoří větší část řasnatého tělesa. Při jeho smršťování a uvolňování dochází k procesu, který se nazývá akomodace. Ciliární výběžky, umístěné na vnitřní ploše řasnatého tělesa, vylučují nitrooční tekutinu, která má vliv na výši nitroočního tlaku a metabolismus nitroočních struktur. Řasnaté těleso se skládá ze dvou částí: pars plicata, která je spojena s duhovkou a pars plana, která přechází v cévnatku (Pašta et al., 2017, s. 25; Heissigerová et al., 2023, s. 31; Naňka a Elišková, 2019, s. 313).

Přední oční komora, camera oculi anterior, se nachází mezi zadní plochou rohovky a přední plochou duhovky. Zadní oční komora, camera oculi posterior, je prostor mezi zadní plochou duhovky, řasnatým tělesem až přední plochou sklivce a čočky. Nitrooční tekutinu, humor aquosus, obsahuje přední i zadní komora oka. Protože komory komunikují pomocí zornice, dostává se tak i nitrooční tekutina ze zadní komory do přední. V přední komoře se nachází duhovko-rohovkový úhel, který má díky trámčité struktuře a Schlemmovu kanálu významnou roli v odvodu nitrooční tekutiny. Trámčitá struktura resorbuje nitrooční tekutinu

a Schlemmův kanál ji odvádí do episklerálních žil (Heissigerová et al., 2023, s. 31; Pašta et al., 2017, s. 26).

Terč zrakového nervu, *discus nervi optici*, se nachází nasálně od fovei a je to ostře ohraničený, narůžovělý ovál s centrálním prohloubením. V tomto místě vystupují centrální retinální arterie a vena, které se následně větví na sítnici. Pro posouzení rozsahu glaukomových změn jsou klíčové velikost a tvar prohloubení a barva terče zrakového nervu (Pašta et al., 2017, s. 195; Beneš a Vrabel, 2017, s. 30).

Nitrooční tlak (NOT) se fyziologicky pohybuje v rozmezí 10-20 mm Hg. Hodnoty nad 21 mm Hg jsou považovány za rizikové pro poškození zrakového nervu. NOT během dne kolísá vlivem různých faktorů, jako je sport, stav hydratace, pití alkoholu, kouření, stres a denní doba. Kolísání hodnot může komplikovat včasné odhalení zvýšeného tlaku během screeningových vyšetření (Dietze et al., 2024; Růžicková, 2016, s. 18-19; Vlková et al., 2008, s. 328).

Zorné pole je část prostředí, které člověk vnímá, když soustředí zrak na jeden bod. Rozsah zorného pole je temporálně 95° a 65° nazálně. Vertikálně dosahuje rozsahu 130°, z toho 60° směrem nahoru, nad oči a 70° dolů. Pro vyšetření rozsahu a kvality zorného pole se v praxi využívá perimetrie (Heissigerová et al., 2023, s. 50).

2 GLAUKOM

Glaukom je chronické progredující onemocnění zrakového nervu, které způsobuje nezvratné poškození nervových vláken a morfologické změny na terči zrakového nervu. V pokročilých stádiích se objevují charakteristické změny v zorném poli, ireverzibilní poškození zrakových funkcí a může vést až ke ztrátě zraku. Tyto změny nejvýznamněji ovlivňuje zvýšený NOT nad fyziologickou hodnotu (Heissigerová et al., 2023, s. 254; Pašta et al., 2017, s. 193).

Glaukom představuje druhou nejčastější příčinu slepoty na světě. Postihuje 2,5-3 % populace nad 40 let a jeho prevalence s přibývajícím věkem stoupá (Heissigerová et al., 2023, s. 254).

2.1 Klasifikace glaukomu

Glaukomy můžeme dělit na tři základní skupiny: primární glaukomy, sekundární glaukomy a glaukomy v dětském věku. Dále rozlišujeme glaukomy s otevřeným komorovým úhlem a s uzavřeným komorovým úhlem.

Primární glaukom s otevřeným komorovým úhlem může být hypertenzní, normotenzní a suspektní. Dalším stavem je pak oční hypertenze, což je přítomnost vysokého NOT, ale ostatní oční nálezy jsou fyziologické (Heissigerová et al., 2023, s. 261).

Primární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem je ve většině případů způsoben pupilárním blokem. Dochází ke změnám na trámčině, k elevaci NOT a vniká glaukomová neuropatie. Akutní uzávěr úhlu, známý také jako akutní glaukomový záchvat se v oftalmologii řadí mezi urgentní stavy. Dochází k náhlému zvýšení NOT k hodnotám 60 až 80 mm Hg z důvodu pupilárního bloku duhovky – nitrooční tekutina tedy nemůže odtéct z trámčiny komorového úhlu. Tento stav představuje vysoké riziko nezvratného poškození zrakového nervu a následné slepoty. Glaukomový záchvat může být vyvolán různými faktory, jako je stres, rozšíření zornice (například při předchozím pobytu v šeru nebo po podání mydriatik) či dlouhodobý pobyt v předklonu. Před plně rozvinutým záchvatem často předchází prodromální stádium, kdy dochází jen k částečnému uzávěru rohovko-duhovkového úhlu. NOT v této fázi ještě nedosahuje kritických hodnot a subjektivní potíže bývají mírnější. Akutní záchvat provází kruté až nesnesitelné bolesti oka, které vyzařují do nadočnicového oblouku a poloviny hlavy. Dalšími příznaky jsou zarudnutí oka, zamlžené vidění až ztráta vidění, vidění barevných kruhů kolem světla, nevolnost a zvracení. Léčba by měla být zahájena co nejdříve, protože trvalé poškození

zraku může nastat již během několika hodin. Používají se všechny typy lokálních antiglaukomatik, intravenózně se podávají inhibitory karboanhydrázy a Mannitol (Khazaeni et al., 2023; Heissigerová et al., 2023, s. 262; Bagheriová et al., 2020, s. 166-168; Růžicková, 2016, s. 10-22).

Sekundární glaukomy s otevřeným komorovým úhlem tvoří různorodou skupinu onemocnění. V této části jsou představeny některé základní a klinicky zajímavé typy. Pseudoexfoliativní glaukom vzniká při pseudoexfoliativním syndromu, což je systémové onemocnění, u kterého se na čočce, duhovce, epitelu ciliárního tělesa a trávčiny komorového úhlu ukládá šedobílý materiál. Dalším typem je pigmentový glaukom, který vzniká v souvislosti se syndromem pigmentové dispenze, kdy pigmentová zrna ucpávají trávčinu komorového úhlu a způsobují v této oblasti blok. Tím se zvyšuje NOT a vede ke vzniku glaukomu. Specifickou skupinu představují čočkou vyvolané sekundární glaukomy s otevřeným úhlem. Patří sem fakolytický glaukom, glaukom vyvolaný zbytky čočkových hmot a glaukom při změnách polohy čočky. Fakolytický glaukom vzniká zánětlivým procesem. Skrze pouzdro čočky uniká materiál a vyvolává obstrukci trávčiny komorového úhlu. Glaukom vyvolaný zbytky čočkových hmot je způsoben operací nebo úrazem – pouzdro čočky je porušené. Čočková hmota je uvolňována do přední komory, brání odtoku komorové tekutiny a tím zvyšuje NOT. Glaukom při změnách polohy čočky vzniká při tupých úrazech, kdy dochází k subluxaci nebo luxaci čočky do přední komory oka. Také se může vyskytovat u Weill-Marchesani syndromu, Marfanova syndromu, sférokacie a dalších onemocnění. Dislokovaná čočka vede k pupilárnímu bloku a uzavěru komorového úhlu. Uveitický glaukom je komplikací uveitidy, která je třetí nejčastější příčina slepoty. Glaukom u uveitidy je definovaný zvýšeným NOT nad 21 mm Hg, při kterém nemusí být změny na papile zrakového nervu a v zorném poli. Glaukom po očních úrazech je spojen s poruchou rovnováhy mezi produkcí a odtokem nitrooční tekutiny, což vede k elevaci NOT. Tento stav se může rozvinout v časném nebo pozdním poúrazovém období. Steroidní glaukom vzniká při užívání kortikosteroidů jakoukoli cestou, nejčastěji při periokulární, intravitreální a lokální oční terapii. Dochází ke zvýšení NOT, které je však ve většině případů krátkodobé. Neovaskulární glaukom je způsoben neovaskularizací duhovky a komorového úhlu v souvislosti se základním onemocněním. Dochází ke vzniku ischemií a hypoxie sítnice, a tím k tvorbě nových cév, které jsou propustné pro tekutinu. V počátcích je neovaskulární glaukom s otevřeným úhlem, později se komorový úhel uzavírá fibrovaskulární membránou. Dále může být sekundární glaukom s otevřeným úhlem při

intraokulárním krvácení, při očních zánětech, u nitroočních nádorů, při odchlípení sítnice, po nitroočních operacích a při zvýšeném episklerálním venózním tlaku (Bagheriová et al., 2020, s. 172-177; Heissigerová et al., 2023, s. 266-269; Růžicková, 2016, s. 11-12; Samková et al., 2024, s. 34-209).

Sekundární glaukomy s uzavřeným komorovým úhlem mohou být s pupilárním blokem, bez pupilárního bloku a bez pupilárního bloku v důsledku misdirekce komorové tekutiny, který vzniká po nitrooční chirurgii. Maligní glaukom se řadí k sekundárním glaukomům s uzavřeným komorovým úhlem a je charakterizován změnami v přední komoře, která je mělká nebo vymizelá. Příčinou může být chirurgické řešení glaukomu, katarakty nebo laserové výkony, dále edém ciliárního tělesa a léčba miotiky (Růžicková 2016, s. 12, Pašta et al. 2017, s. 201-205; Heissigerová et al., 2023, s. 270).

Heissigerová et al. (2023, s. 270) dělí glaukomy dětského věku na primární kongenitální glaukom, juvenilní glaukom s otevřeným úhlem a sekundární glaukomy. Primární kongenitální glaukom se vyznačuje anomáliemi v komorovém úhlu a zvýšeným NOT. S vrozeným typem neboli novorozeneckým glaukomem se dítě buď narodí anebo se diagnostikuje do prvního měsíce života. Určujícím znakem je zvětšené oko nebo obě oči, přičemž k vzestupu NOT nejspíše dochází během vývoje plodu. Infantilní glaukom se projeví mezi 12. a 36. měsícem věku dítěte. Juvenilní glaukom se diagnostikuje u dětí od 3. roku života do dospělosti (Heissigerová et al., 2023, s. 270-271; Kaur et al., 2024).

2.2 Rizikové faktory

Glaukom je multifaktoriální onemocnění, jehož přesná příčina není doposud známa. Existují však rizikové faktory, které se na vzniku tohoto onemocnění podílejí (Dietze et al., 2024; Pašta et al., 2017, s. 193).

I přesto, že část glaukomatiků trpí normotenzním glaukomem, je stále zvýšený NOT nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rozvoj a progresi glaukomu. Velkou roli hrají výchylky hodnot NOT, které zvyšují riziko glaukomového poškození. I s věkem roste riziko vzniku glaukomového poškození. Dochází k degenerativním změnám trávčiny, které brání odtoku nitrooční tekutiny. Zároveň se ale snižuje produkce nitrooční tekutiny, což znamená, že změny NOT nemusí být tak výrazné. Věk 40-45 let je považován jako hraniční pro zvýšené riziko rozvoje optické neuropatie. Dalším rizikovým faktorem je genetická predispozice. U rodinné anamnézy zjišťujeme glaukomové onemocnění u primárního příbuzenstva. Výskyt glaukomu se liší mezi různými etnickými skupinami. Africká populace

má vyšší NOT a je nejvíce postižena glaukomem s otevřeným úhlem. Glaukom s uzavřeným úhlem je častější u Inuitů a Asiatů, kteří mají mělčí přední komoru. V japonských populacích je nejrozšířenější normotenzní glaukom, zatímco běloši častěji trpí pseudoexfoliativním typem glaukomu. Ženy jsou více náchylné k rozvoji glaukomového poškození, protože mají citlivější terč zřakového nervu. Důležitou roli také hrají pohlavní hormony. Během těhotenství obvykle NOT klesá, zatímco v menopauze se může zvyšovat (Dietze et al., 2024; Růžicková, 2016, s. 18-20). Nicméně, podle Schustera et al. (2020) jsou muži postiženi častěji než ženy. Refrakční vady, jako jsou krátkozrakost a dalekozrakost, mohou zvyšovat riziko vzniku glaukomu. Krátkozraké oči jsou citlivější na působení vyššího NOT a mají horší perfuzi. U dalekozrakých očí je vyšší pravděpodobnost vzniku pupilárního bloku, což zvyšuje riziko vzniku glaukomu s uzavřeným úhlem. Dalšími rizikovými faktory pro vznik glaukomu jsou oběhové poruchy, jako vaskulární dysregulace, hypotenze, hypertenze a vazospasmy. Mezi zdravotní stavy, které mohou zvýšit riziko, patří diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, poruchy krevní srážlivosti a viskozity krve a lipoproteinémie. Oční rizikové faktory zahrnují traumata oka, anatomické abnormality, oční nádory, záněty, krvácení při okrajích disku, peripapilární atrofii a podobně (Růžicková, 2016, s. 20-21; Dietze et al., 2024).

2.3 Příznaky

Příznaky některých typů glaukomu jsou již zahrnuty v jeho klasifikaci. Obecně bývají glaukomy dlouhou dobu asymptomatické. Glaukom narušuje zorné pole postupně, takže si na změny jedinec často zvykne a nevnímá žádné potíže. V počátečních stádiích si nemocný může všimnout zhoršení vidění při slabším osvětlení a potíží při čtení. V pokročilých fázích dochází k postupné ztrátě periferního vidění až k tubicovitému vidění. Výpadky zorného pole jsou obvykle bilaterální, ale v závislosti na typu glaukomu mohou být i unilaterální. Pokud se nejedná o normotenzní glaukom, je typické zvýšení NOT nad 20 mm Hg (Štrofová, 2019, s. 128; Růžicková, 2016, s. 22-24; Dietze et al., 2024; Schuster et al., 2020).

2.4 Diagnostika

Podrobná anamnéza je, stejně jako u jiných onemocnění, velice důležitá i u glaukomu. Měla by se zaměřit na rizikové faktory, především oční vady a onemocnění, úrazy oka, věk, rasu a prodělaná onemocnění v dětství. Dále je důležité zohlednit klinické údaje jako jsou neurologická, metabolická a endokrinologická onemocnění, onemocnění ledvin, diabetes

mellitus, krevní tlak, srdeční frekvence a v neposlední řadě i rodinnou anamnézu očních onemocnění (Růžičková, 2016, s. 29).

Ke stanovení centrální zrakové ostrosti, neboli vízu používáme optotypy a sady korekčních skel (Pašta et al., 2017, s. 197). Výsledek vyšetření „určuje kvalitu a stupeň schopnosti lidského oka rozlišovat detaily v předmětovém prostoru“ (Beneš, 2015, s. 30). Při počáteční formě glaukomu, bez přítomnosti jiných přidružených očních onemocnění, bývá vízus zpravidla nezměněn. Avšak v pokročilých formách glaukomu, kdy je dlouhodobě zvýšen NOT a začíná se projevovat atrofie zrakového nervu, bývá vízus výrazně zhoršen (Pašta et al., 2017, s. 197-198).

Štěrbínová lampa je nástroj, který se nachází v každé oftalmologické ordinaci. S její pomocí můžeme vyšetřit okolí oka, víčko, rohovku, přední komoru, duhovku a čočku, tedy přední segment oka. Díky některým přídatným zařízením, můžeme pomocí štěrbinové lampy vyšetřovat i zadní segment oka. Pro téma naší bakalářské práce je důležité, že se ke štěrbinové lampě může připojit tonometr k provádění aplanační kontaktní tonometrie a dynamické konturní tonometrie. Také se používá ke gonioskopii (Beneš et al., 2020, s. 85-86; Kolarčík et al., 2016, s. 80).

Měření NOT, tonometrie, úzce souvisí s diagnostikou glaukomu. NOT je výsledkem vyvážení mezi tvorbou, cirkulací a odtokem nitrooční tekutiny. Mezi metody měření NOT lze zařadit palpaci, Schiötzovu impresní tonometrii, Goldmannovu aplanační tonometrii, dynamickou konturní tonometrii a bezkontaktní tonometrii. Palpační metoda měření NOT je sice nejjednodušší metoda, ale je pouze orientační. Pomocí palců či ukazováčků, které jemně a rovnoměrně tlačí na obě oči, můžeme posoudit pevnost nebo retropulzaci. Jedná se o subjektivní hodnocení. Schiötzova impresní tonometrie je již starší metoda měření NOT. V současnosti se využívá zcela výjimečně, protože není tolik přesná, komfortní a trvá delší dobu než jiné, novější metody. Je to kontaktní mechanická metoda, ke které je potřeba Schiötzův tonometr, závaží, které má 5,5 g, 7,5 g nebo 10 g a tabulka na přepočty hodnoty na milimetry rtuťového sloupce. Dále je potřeba anestetikum a lehátko, protože se vyšetření provádí v leže a v topické anestezii. Měří se hloubka promáčknutí rohovky pod tlakem závaží. Goldmannův aplanační tonometr se upevňuje na štěrbinovou lampu a jeho klíčovou částí je dvojité prizma, které vyvíjí tlak na rohovku. Před začátkem vyšetření se do oka aplikuje anestetikum a fluorescein, díky kterému je vidět rohovka ve tvaru půlkruhů. Až se půlkruhy dotýkají, může se odečíst hodnota NOT ze stupnice. Naměřená hodnota může být zkrešlena tloušťkou rohovky, která je individuální a je třeba ji zohlednit. Samotné vyšetření

provádí lékař, ale všeobecná sestra mu vždy asistuje. Nejdříve klientovi vysvětlí postup, požádá ho o vyjmutí kontaktních čoček, pokud je má, připraví si anestetikum, fluorescein a čtverečky buničité vaty. Vydezinfikuje si ruce a dle ordinace lékaře instiluje topické anestetikum a 1-2 kapky fluoresceinu. Vyzve klienta, aby se usadil na křeslo ke šterbinové lampě a opřel bradu a čelo do opěrek. Sestra upraví výšku opěrek a křesla, aby se klientovi dobře sedělo a aby se lékaři dobře provádělo vyšetření. Lékař přiloží prizma na rohovku a provádí měření. Spolupráce ze strany klienta je nezbytná – musí mít zešíroka otevřené oči a nehýbat se. Po ukončení lékařské části sestra klientovi setře slzy s fluoresceinem a následně vydezinfikuje nástroje a veškeré vybavení, které bylo použito. Dynamická konturní tonometrie, DCT Pascal, je obdobná jako Goldmannova aplanační tonometrie, a také se připevňuje na šterbinovou lampu. K měření nepoužívá aplanaci, ale piezoelektrický tlakový senzor. Díky tomu není výsledek zkreslený tloušťkou rohovky. Je to opět kontaktní metoda měření, proto se musí použít anestetikum. Pracovní postup je velice podobný jako u Goldmannovy aplanační tonometrie s tím rozdílem, že se neaplikuje fluorescein. Bezkontaktní tonometrie funguje na principu pulzů vzduchu, které dopadají na rohovku, kde dojde k aplanaci. Pomocí infračerveného paprsku a vzniklé aplanační plošky přístroj stanoví NOT. Bezkontaktní tonometry již patří k běžnému vybavení oftalmologické ordinace. Jejich výhodou je rychlost, přesnost měření a nenáročná obsluha – některé přístroje jsou automatické. Postup měření je jednoduchý, sestra klienta vyzve, aby se posadil na židli k tonometru. Nastaví správnou výšku židle a opěrek brady a čela, poté se do nich klient může opřít. Při vyšetření se klient musí dívat na jeden bod v tonometru. Vyšetřující začne s pravým okem, musí nastavit tonometr do správné polohy podle displeje, některé se nastaví automaticky. Upozorní klienta, že to foukne a spustí měření. Každé oko by se mělo změřit minimálně třikrát, aby byl výsledek přesný. Nakonec vydezinfikuje kontaktní části přístroje a židli (Beneš, 2015, s. 153-158; Kolarčík et al., 2016, s. 92-99).

Gonioskopie, je vyšetření komorového úhlu oka, které umožňuje zjistit, zda je komorový úhel otevřený nebo uzavřený a zda má nitrooční tekutina možnost odtoku. Vyšetření provádí lékař pomocí šterbinové lampy a speciální goniočocky, kterou přikládá na rohovku po aplikaci umělých slz ve formě gelu. Rohovka je předtím znecitlivěna topickým anestetikem (Pašta et al., 2017, s. 199; Heissigerová et al., 2023, s. 48).

Perimetrie je vyšetřovací metoda, která hodnotí rozsah a kvalitu zorného pole. Cílem vyšetření je odhalit rozsah periferního vidění a případně i výpady vidění uvnitř zorného pole. V praxi se využívá kinetická a statická perimetrie. Kinetická perimetrie je metoda, která je

starší a většinou není automatická. Nejznámější zástupce této metody je Goldmannův perimetr. Vyšetřující osoba pohybuje značkou, která má určitou velikost, barvu a jas, směrem z periferie k centru. Vyšetřovaný pomocí bzučáku oznámí, když značku zaznamená. Jeho oznámení je pak označeno v grafu s přesnou lokalizací. V dnešní době se kinetická perimetrie tolik nevyužívá. Je méně spolehlivá než statická počítačová perimetrie a mladí lékaři s ní často neumí pracovat (Pašta et al., 2017, s. 199; Skorkovská, 2015, s. 51-53; Heissigerová et al., 2023, s. 50-51). „U glaukomu kinetická perimetrie obecně není vhodná, protože nezachytí drobné poklesy v senzitivitě. Výjimkou jsou pokročilé formy onemocnění s koncentrickým zúžením zorného pole.“ (Skorkovská, 2015, s. 53). Statická perimetrie je metoda, která nejčastěji využívá automatické, počítačem řízené přístroje. Jejím principem je promítání světelné značky různého jasu do bodů v zorném poli. Počítač pak vyhodnocuje prahovou citlivost a citlivost sítnice na světlo. Porovnává odchylky s normativní databází. Statická perimetrie se využívá především k diagnostice glaukomu a neurologických onemocnění. Automatický perimetr může po odborném zaškolení obsluhovat i nezdravotnický pracovník. Výběr testu a testovací strategie určuje lékař. Před vyšetřením je klient informován o průběhu testu, je mu vysvětleno, že některé body bude vidět lépe než jiné a některé nemusí vidět vůbec. Když zaznamená bod, zmáčkne tlačítko bzučáku. Pokud chce test z jakéhokoli důvodu přerušit, podrží tlačítko bzučáku a test se automaticky pozastaví. Vyšetření jednoho oka obvykle trvá 15 minut. Před samotným vyšetřením je důležité připravit klidné prostředí s minimálním osvětlením. Pokud má klient příliš zúžené (miotické) zorničky, které jsou menší, než předepisuje výrobce, je nutné je rozšířit pomocí mydriatických kapek, které se aplikují 20 minut před zahájením vyšetření. Vyšetřující osoba zadá do počítače informace o pacientovi (jméno, datum narození, refrakční hodnoty do blízka) a dle ordinace lékaře nastaví typ testu a testovací strategii. Při testu do 30° je nutné použít dioptrickou korekci do blízka. Klient se usadí do křesla bez koleček a vyšetřující osoba nastaví výšku stolu, židle, opěrek a požadovanou dioptrickou korekci. Klient by měl sedět vzpřímeně a pohodlně, s čelem a bradou opřenými o opěrky, a držet v ruce bzučák, který stiskne, když uvidí bod. Pokud bude perimetrické vyšetření prováděno na obou očích, začíná se pravým nebo méně postiženým okem, druhé oko je zakryté okluzorem. Vyšetřující klienta instruuje, aby se soustředil na fixaci bodu v perimetru a nemačkal náhodně tlačítko bzučáku. Po spuštění testu zůstane vyšetřující osoba po celou dobu s klientem, aby dohlédla na správný průběh. Po skončení testu prvního oka odstraní okluzor a umožní klientovi krátký odpočinek. Mezitím upraví dioptrickou korekci pro druhé oko a nastaví perimetr. Poté celý postup zopakuje s druhým okem. Po dokončení testu vytiskne výsledky, podepíše je a založí

do dokumentace klienta. Na závěr vydezinfikuje opěrky, židli, bzučák a okluzor (Beneš, 2015, s. 93-94; Pašta et al., 2017, s. 199; Kolarčík et al., 2016, s. 64-68).

Mezi další vyšetřovací metody patří ultrazvuková biomikroskopie, která funguje na principu vysokofrekvenčního ultrazvuku. Slouží k vyšetření předního segmentu oka, je tedy přínosná především pro diagnostiku glaukomu s uzavřeným úhlem a pigmentového glaukom. Pachymetrie se využívá k měření centrální tloušťky rohovky, která může ovlivnit výsledky tonometrie. Tenká rohovka je rizikovým faktorem pro vznik glaukomového onemocnění (Heissigerová et al., 2023, s. 47-48; Růžicková, 2016, s. 35).

Mezi zobrazovací techniky patří Heidelbergská retinální tomografie, která se využívá k zobrazení trojrozměrného obrazu zadního segmentu oka. Laserová skenovací polarimetrie hodnotí tloušťku vrstvy nervových vláken sítnice. Optická koherentní tomografie je neinvazivní metoda, která zobrazuje řezy předního i zadního segmentu oka. Využívá k tomu infračervené záření, které má vysokou rychlost šíření. V diagnostice glaukomu se pomocí optické koherentní tomografie vyšetřuje papila zrakového nervu, vrstvy nervových vláken a makula. Kvalitativně a kvantitativně analyzuje komplex gangliových buněk (Kolarčík et al., 2016, s. 106-109; Němec et al., 2022, s. 13).

2.5 Terapie

Léčba glaukomu může být konzervativní, laserová nebo chirurgická. Cílem všech tří typů léčby je neohrozit kvalitu vidění (udržet zrakové funkce) a minimalizovat vedlejší účinky, nejlépe je úplně vyloučit. Výběr terapie závisí na typu glaukomu. Například primární glaukom s otevřeným úhlem se obvykle léčí konzervativně, zatímco u primárního glaukomu s uzavřeným úhlem je často zvolena kombinace nejdříve konzervativní léčby s cílem snížit NOT a následně chirurgické intervence. Při výběru optimálního způsobu léčby se také zohledňuje stupeň postižení, předpokládaná délka života, schopnost dodržovat léčebný režim a vliv terapie na jeho každodenní život (Pašta et al., 2017; Růžicková, 2016, s. 37-38).

Glaukom se v současnosti nejčastěji léčí konzervativně (medikamentózně), a to formou očních kapek. U očních kapek se mohou objevit nežádoucí účinky jako je bolest hlavy, zarudnutí nebo podráždění očí, změna zabarvení duhovky, brnění v prstech nebo zažívací obtíže. K vážnějším reakcím patří zhoršené vidění, dušnost či bolest na hrudi. Druhou formou medikamentózní terapie je perorální aplikace, která však má více nežádoucích účinků. Lékům používaným při léčbě glaukomu se říká antiglaukomatika (Pašta et al., 2017, s. 207; Štrofová, 2019, s. 133; Výborný, 2019, s. 28). Podle Heissigerové et al. (2023, s. 272)

se antiglaukomatika dělí dle mechanismu účinku a farmakologického hlediska na tři skupiny:

- Látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny – betablokátory, inhibitory karboanhydrázy, selektivní sympatomimetika,
- látky ovlivňující odtok nitrooční tekutiny – analoga prostaglandinů a prostamidy, parasympatomimetika,
- osmotická léčiva – hyperosmotika.

Konzervativní léčbu glaukomu s otevřeným úhlem lékař obvykle zahajuje monoterapií, tedy aplikací jednoho léku. V případě netolerance léku nebo neefektivního snížení NOT lze zvolit jinou monoterapii, případně zvážit laserovou terapii. V případě výrazných změn zrakových funkcí a velmi vysokého NOT se využívají fixní kombinace antiglaukomatik, tedy léky, které obsahují více účinných látek v jednom přípravku. Při dlouhodobé léčbě antiglaukomatiky je snaha o užívání maximálně dvou preparátů, u fixních kombinací používání 3-4 účinných látek (Heissigerová et al., 2023, s. 273-274).

Laserová terapie se většinou soustředí na zlepšení odtoku nitrooční tekutiny. Mezi její výhody patří to, že se provádí ambulantně pouze s instilační anestezií oka. Je dobře tolerována a je bezpečnější než chirurgické výkony. Dle potřeby ji lze opakovat a v případě neúčinnosti lze následně využít standardní chirurgické výkony. Laserová iridotomie je indikována při léčbě glaukomu s uzavřeným úhlem a jako prevence uzavření komorového úhlu. Lékař pomocí laseru vytvoří otvor mezi přední a zadní komorou, čímž zlepší odtok NOT. U glaukomu s otevřeným komorovým úhlem se používá laserová trabekuloplastika. Indikací k jejímu provedení je nedostatečná účinnost konzervativní terapie. Tento výkon vede k rozšíření trabekulárního prostoru, což zlepšuje odtok nitrooční tekutiny a tím i účinnost již zavedené konzervativní terapie. Problémem laserové trabekuloplastiky je krátkodobá účinnost, přičemž lze výkon opakovat pouze v případě, že nedošlo ke změnám zrakových funkcí. Mezi další laserové výkony používané při léčbě glaukomu patří gonioplastika, která slouží k dočasnému rozšíření komorového úhlu a synechiolýza používaná u neefektivních antiglaukomatózních operací. Dále se využívá fotomydriáza pro rozšíření zornice, goniofotokoagulace, cyklofotokoagulace a pupiloplastika (Růžičková 2016, s. 69-71; Pašta et al., 2017, s. 209-210; Heissigerová et al., 2023, s. 274).

Chirurgická terapie je v současnosti nejúčinnějším způsobem snižování NOT a jeho výkyvů během dne. Indikuje se u pacientů, u kterých selhala monoterapie, fixní kombinace

antiglaukomatik nebo laserová intervence nebyla efektivní. Chirurgický zákrok je také indikován, pokud pacient nedodrží léčebný režim nebo byly již při diagnostice přítomny změny zrakových funkcí a NOT je příliš vysoký – v takových případech je předpoklad, že jiné terapeutické postupy by nevedly k požadovanému efektu. Před operací je však nutné zvážit věk pacienta, jeho zdravotní stav, stav druhého oka a riziko komplikací. Komplikace mohou být perioperační (například krvácení, maligní glaukom) a pooperační (makulární edém, ztráta zbytků zorného pole). Operační výkon také zvyšuje riziko předčasného vzniku katarakty (Heissigerová et al., 2023, s. 209; Růžicková, 2016, s. 72; Štrofová a Pešková, 2016, s. 24).

Heissigerová et al. (2023, s. 275) dělí techniky v glaukomové chirurgii na penetrující, nepenetrující, minimálně invazivní glaukomové operace a dále operace s filtrací do suprachoroidálního prostoru. Mezi penetrující operace patří trabekulektomie, která je indikována u všech typů glaukomu. Při tomto výkonu se vytvoří otvor mezi přední komorou a podspojivkovým prostorem, současně se provede bazální iridektomie. Další penetrující operace zahrnují zavedení drenážních implantátů a trabekulotomii. Mezi nepenetrující operace se řadí hluboká sklerektomie, viskokanalostomie a kanaloplastika. Miniinvazivní glaukomové operace nesnižují NOT v takové míře jako penetrující operace, ale mají nižší riziko komplikací. Mezi jiné operace patří cyklokryoterapie, což je výkon, který je doporučený u bolestivých forem glaukomů (Heissigerová et al., 2023, s. 275-276; Štrofová, 2019, s. 137; Růžicková, 2016, s. 73-75).

3 PÉČE O KLIENTA S GLAUKOMEM Z POHLEDU SESTRY

Klient s glaukomem je obvykle léčen ambulantně. V případě indikace chirurgického zákroku je přijímán k hospitalizaci na lůžkovou část očního oddělení, popřípadě může být výkon prováděn i ambulantně. Pokud k hospitalizaci dochází, pobyt v nemocnici je obvykle krátký a trvá pouze několik dní (Slezáková et al., 2014, s. 113).

3.1 Ošetrovatelská péče o klienty s glaukomem

Při přijetí klienta sestra zhodnotí jeho zrakové schopnosti, míru informovanosti o diagnóze a aktuální způsob léčby. Informuje ho o chodu oddělení a ověří, zda sděleným informacím porozuměl. Klienta seznámí s uspořádáním nábytku na pokoji i na chodbě. Jeho umístění již nemění bez upozornění. V případě potřeby nabídne klientovi kompenzační pomůcky a doprovází ho na vyšetření (Slezáková et al., 2014, s. 113-14).

Klient bývá obvykle hospitalizován den před plánovaným výkonem. Sestra ve spolupráci s lékařem poskytne klientovi vhodné informace o předoperační přípravě, pooperační péči i režimových opatřeních, zároveň zodpoví jeho případné dotazy. Sestra zajistí lačnění 6-8 hodin před výkonem a kontroluje osobní hygienu se zaměřením na oblast obličeje a vlasů. V bezprostřední předoperační přípravě, která probíhá 2 hodiny před výkonem, přikládá bandáže na dolní končetiny, měří fyziologické funkce a kontroluje operační pole, lačnění a stav chrupu. Nakonec podá premedikaci dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2014, s. 101-102).

Po převozu klienta z operačního sálu zajistí sestra obrácenou Trendelenburgovu polohu a upozorní klienta, že po dobu dvou hodin by neměl ležet na operované straně. Zajišťuje dostatečné zatemnění a klid na lůžku, který by měl trvat do večera. Následně je klientovi umožněn pohyb po ošetrovací jednotce. Měl by se ale vyvarovat rychlým pohybům hlavy, předklonům, tření očí a manipulaci s krytím. Sestra pravidelně sleduje fyziologické funkce, stav krytí, bolest, vyprazdňování, výsledky laboratorních vyšetření a hodnoty NOT. Sleduje také psychický stav klienta a plní ordinace lékaře. Oko zůstává překryté až do provedení převazu lékařem, obvykle do druhého dne. U hygieny asistuje dle potřeby, zvláště první dny po zákroku, připravuje hygienické pomůcky na dosah ruky a dbá na bezpečnost. Klienta edukuje ohledně šetrného mytí a snaží se zabránit vniknutí mýdla do operovaného oka. Příjem stravy je možný podle typu operace a aktuálního stavu. Po zákroku v celkové anestezii jsou tekutiny povoleny po dvou hodinách a jídlo obvykle po šesti hodinách. Při podávání stravy sestra klientovi dle potřeby pomáhá, připravuje pomůcky a sleduje případné projevy

nevolnosti a zvracení. Dbá také na prevenci zácpy, která by mohla způsobit tlak v operovaném oku. Klienta vede k soběstačnosti a aktivizuje ho. Během hospitalizace by se sestra měla věnovat také psychosociální pohodě klienta. Společně s lékařem mu poskytuje informace o diagnóze a prognóze, umožňuje kontakt s blízkými a vnímá verbální i neverbální projevy strachu či úzkosti. Tyto pocity se snaží zmírnit odpověďmi na dotazy či odvedením pozornosti (Slezáková et al., 2014, s. 114-116).

Mareš a Kebza (2024, s. 519) popisují edukaci takto: „Jde o komplexní proces, který má podobu pedagogických či poradenských postupů nebo edukačních intervencí. Cílem edukace je zlepšit zdravotní znalosti, zdravotní chování a v konečném důsledku i celkový zdravotní stav pacientů.“ Po propuštění do domácí péče sestra klienta edukuje o pooperačním režimu. Doporučuje dodržování pravidelného denního režimu, správnou životosprávu a pravidelné dispenzarizace. Připomíná nutnost správného užívání medikace včetně techniky instilace očních kapek. Klient by měl dbát zvýšené hygieny obličeje a operované oko omývat borovou vodou. Zároveň je informován o nutnosti vyvarovat se prudkým pohybům hlavy, předklonům a zvedání těžkých břemen. Při pobytu venku se doporučuje nosit tmavé sluneční brýle. Navíc by měl klient nosit stále u sebe průkaz pro nemocné s glaukomem (Slezáková et al., 2014, s. 116).

V případě výrazně zhoršeného vidění je vhodné seznámit klienta s pomůckami pro nevidomé, popřípadě ho odkázat na Tyfloservis. Tato společnost podporuje sociální začlenění osob se zrakovým postižením. Jejím cílem je podpořit klientovu samostatnost, sebevědomí, osobní rozvoj a schopnost říct si o pomoc. Naučit okolí dovednosti, které budou odstraňovat bariéry a podporovat schopnost poskytnout pomoc. Tyfloservis zároveň nabízí kurzy rehabilitace, pomoc s výběrem pomůcek, poradenství a možnost pobytu ve středisku (Slezáková et al., 2014, s. 116-118).

3.2 Komunikace s klientem se zrakovým postižením

Jedinec, jehož zraková ostrost i při nejlepší možné korekci do dálky klesá pod 6/18 (20/60), je označován jako zrakově postižený. Podle Světové zdravotnické organizace se zrakové postižení dělí do pěti základních kategorií: střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická slepota a úplná slepota. Z hlediska etiologie lze zraková postižení rozdělit na vrozená a získaná. Vrozené zrakové vady se vyskytují především u předčasně narozených dětí a mohou ovlivnit vývoj psychomotorických, kognitivních a sociálních schopností. Získaná postižení jsou způsobena úrazy nebo onemocněním oka a lze je do určité

míry kompenzovat či léčit (WHO, © 2025 cit. podle Beneš, 2019, s. 44; Beneš, 2019, s. 44; Beneš a Vrabel, 2017, s. 75).

S osobou se zrakovým postižením vždy jednáme jako s osobou sobě rovnou. Neprojevujeme přehnaný soucit, pomoc jí nenutíme, ale nabízíme. Pokud je to možné, zvolíme tichý a dobře osvětlený prostor. Komunikaci zahajujeme oslovením, představením se a potřesením rukou – to nahrazuje prvotní oční kontakt. Před podáním ruky je však třeba postiženého upozornit nebo se zeptat, zda mu ji můžeme podat. Pokud má osoba zachované zbylé zrakové funkce, přistupujeme k ní v jejím zorném poli. I když je zrakově postižený doprovázen, mluvíme a jsme otočení přímo k němu. Vždy se představíme, udržujeme oční kontakt, popisujeme, co děláme a při odchodu z místnosti postiženého upozorníme. Co se týče orientace v prostoru, nikdy bychom neměli měnit umístění nábytku ani předmětů denní potřeby. V novém prostředí oznamujeme vzdálenosti předmětů, aby si je postižený mohl lépe představit. Při doprovodu nevidomého jdeme o krok vpřed, upozorňujeme na schody, jejich směr (nahoru, dolů) a informujeme o prvním a posledním schodu. Také upozorňujeme na zábrany na chodníku, výkopy, díry a nerovnosti na cestě. Při usazování na židli položíme ruku postiženého na opěradlo a řekneme mu, že se ho dotýká, dále už se zorientuje a posadí sám. Pokud má nevidomý vodícího psa, má s ním přístup na úřady, do zdravotnických zařízení, obchodů a podobně. Lidé v okolí by vodícího psa neměli rozptylovat (mluvit na něj, mlaskat, nabízet jídlo), pokud o tom nevidomí neví a nepovolí to (Beneš, 2019, s. 50-52; Kopecká, 2015, s. 222-224, Shaw a Lee, 2017, s. 20).

3.3 Instilace kapek a aplikace mastí do oka

Léky do oka, označované jako oftalmika, lze aplikovat dvěma způsoby. První způsob je instilace, což je vpravování léku ve formě roztoků, kapek nebo mastí. Irigace je druhý způsob a je to aplikace léku výplachem spojivkového vaku (Pokorná et al., 2023, s. 29).

Při podávání kapek a mastí je nezbytné dodržovat několik zásad. Je nutné kontrolovat koncentraci přípravku, správnou dobu a intervaly, správné oko, místo podání (nejčastěji zevní třetina dolního fornixu, někdy rohovka, víčko nebo místo poranění) a také klienta. Oftalmika jsou individuální léky, smí je používat pouze jeden klient. Po otevření přípravku je třeba na obalu uvést datum otevření, datum expirace (obvykle 28 dní) a jméno pacienta. Každou aplikaci je nutné zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace (Pokorná et al., 2023, s. 29; Kolarčík et al., 2016, s. 30).

Před samotnou aplikací léčiva je nutné provést hygienickou dezinfekci rukou, přičemž je třeba nechat dezinfekci dobře zaschnout, aby nedošlo k podráždění oka. Následně zkontrolujeme čas podání, způsob aplikace a identifikujeme klienta. Pokud klient nosí kontaktní čočky, vyzveme ho, aby si je vyjmul. V případě přítomnosti sekretu v oku je nutné ho očistit čtvercem buničiny nebo tamponem. Upozorníme klienta, že kapky mohou štípat nebo zanechat nepříjemnou pachut' v ústech. Klient může sedět nebo ležet, přičemž hlava by měla být zakloněná, případně opřená a pohled upřený vzhůru. Pomocí čtverečku buničité vaty jemně stáhneme víčko směrem dolů, čímž odkryjeme dolní fornix. Kapky držíme v kolmé poloze a dbáme na to, abychom se nedotýkali oka ani řas (aby nedošlo k palpebrálnímu reflexu, korneálnímu reflexu nebo k znesterilnění kapek). Následně instilujeme správné množství kapek a požádáme klienta, aby zavřel oko (minimálně na 60 sekund). Přebytkovou tekutinu v okolí oka jemně osušíme. Pokud aplikujeme více léčiv, mezi jednotlivými aplikacemi dodržujeme časový odstup 3-5 minut. Při aplikaci masti nejprve vytlačíme malé množství na čtverec buničité vaty a poté nanese tenký pruh do spojivkového vaku od vnitřního koutku směrem k zevnímu. Chvilí podržíme dolní víčko, aby se mast rozpustila a poté vyzveme klienta, aby několikrát zamrkal nebo zavřel oko a pohyboval bulbem. Oční mast obvykle aplikujeme na noc nebo jako poslední krok při aplikaci léčiv do oka, protože inhibuje absorpci kapek, ovlivňuje vidění a může působit diskomfort. Podání léku zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace a uklidíme použité pomůcky (Pokorná et al., 2023, s. 29-31; Kolarčík et al., 2016, s. 30-32).

Je nutné dávat pozor při instilaci mydriatik u glaukomatiků. Mohou vyvolat zvýšení NOT až glaukomový záchvat (Pokorná et al., 2023, s. 30; Kolarčík et al., 2016, s. 32).

4 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života je interdisciplinární a multidimenzionální, kvalita nese význam jakosti a hodnoty. Jedná se o relativní kategorii, která může být zachycena pomocí kvalitativních a kvantitativních ukazatelů. V každodenní komunikaci bývá pojem kvalita života často spojována s něčím pozitivním. V odborné kontextu se tento termín používá k popisu jak příznivých, tak i nepříznivých stránek života a rozděluje se na objektivní a subjektivní kvality života. Pod pojmem objektivní kvalita života rozumíme konkrétní a měřitelné aspekty životních podmínek a dosaženou životní úroveň, tedy faktory, které ovlivňují životní šance. Subjektivní kvalita života hovoří o subjektivním prožívání života jedincem. Vliv na subjektivní vnímání mají sociodemografické charakteristiky participantů, například věk, životní zkušenosti, úroveň vzdělání a typ osobnosti. Vzhledem k tomu, že je pojem velmi komplexní, nemá dosud jasně vymezenou definici (Gurková, 2011, s. 21-23; Heřmanová, 2012, s. 9-48). „WHO definuje kvalitu života jako individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a zájmům“ (WHO, © 2025).

Kvalita života související se zdravím (HRQoL) se využívá převážně v medicínských oborech. Je chápána jako multidimenzionální koncept, který můžeme podle Gurkové (2011, s. 46) popsat jako schopnost jedince zvládat fyzické, psychické a sociální fungování při přítomnosti onemocnění, jako hodnocení vlivu zdraví či nemoci na různé oblasti života a vnímání pohody a spokojenosti ve vztahu ke zdraví. Kvalita života v ošetrovatelství se vyznačuje důrazem na kognitivní složku, na vnímání kvality života jako celkové životní spokojenosti a pohody. Příkladá se význam subjektivnímu prožívání a multidimenzionálnosti a nezdůrazňuje ovlivnění zdravím. V oblasti ošetrovatelství se kvalita života obvykle rozděluje do několika domén, mezi které patří tělesná a psychická pohoda, mezilidské vztahy, tělesné projevy spojené s onemocněním a léčbou a v některých případech spiritualita (Gurková, 2011, s. 46-73).

4.1 Měření kvality života

Nástroje pro měření kvality života můžeme rozdělit na generické a specifické. Generické nástroje umožňují porovnávat kvalitu života mezi zdravými a nemocnými jedinci, zatímco specifické se zaměřují na hodnocení kvality života u konkrétních skupin s určitým onemocněním (Gurková, 2011, s. 42-43).

Měřicí nástroj WHOQOL je generický dotazník k subjektivnímu hodnocení kvality života jedincem ve vztahu k jeho zdraví. Dotazník byl vytvořen ve dvou verzích a to WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, což je zkrácená verze, která obsahuje 26 položek a v praxi se využívá nejčastěji. Dalším častým generickým dotazníkem je SF-36, který hodnotí zdravotní stav chronicky nemocných jedinců. Obsahuje sadu snadno aplikovatelných ukazatelů rozdělených do oblasti fyzické, psychické, sociální a role. Kvalita života se hodnotí pomocí skóre v rozmezí od 0 do 100 %. Dotazník NEI VFQ-25 je specifický nástroj zaměřený na zrak. Obsahuje 26 až 39 položek v závislosti na doplňujících otázkách. Hodnotí celkové zdraví a zrak, potíže s aktivitami spojenými s viděním na dálku i na blízko, omezení sociálního fungování a vykonávání rolí, závislost na pomoci druhých, samostatnost a další oblasti. Výsledky jsou hodnoceny ve škále od 0 do 100 bodů a následně jsou zprůměrovány. Jeho upravená verze NEI VFQ-25C s 30 položkami se zaměřuje na vizuální funkce a socioemocionální funkce. Neobsahuje celkové zdraví a zrak. GQL-15 je specifický nástroj pro jedince s glaukomem. Obsahuje 15 položek rozdělených do čtyř domén, které hodnotí dopad zrakového postižení (Hand, 2016, s. 379; RAND, © 2025; Gurková et al., 2023, s. 36; Heřmanová, 2012, s. 139; Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133-135; Goldstein et al., 2022, s. 1-5; Aboulnasr et al., 2022, s. 26).

4.2 Kvalita života jedinců s glaukomem

Glaukom, jako chronické onemocnění, může být jednotlivci vnímán velmi odlišně. Je to určitá nepříjemnost, výrazná komplikace až závažná životní krize. Chronická onemocnění představují komplexní zátěž, protože jejich dopad se netýká pouze tělesných obtíží. Často zasahují také psychickou oblast, pracovní schopnost, mezilidské vztahy i ekonomickou situaci. Na rozdíl od akutních onemocnění, která mají jasně ohraničený začátek a konec, chronická onemocnění přetrvávají dlouhodobě a mohou ovlivnit kvalitu života jedince. Jednou z největších výzev, kterým čelí jedinci s chronickým onemocněním a jejich blízcí, je postupné vyrovnání se s diagnózou. Jde především o přijetí diagnózy a hledání způsobů, jak se přizpůsobit novým životním podmínkám a jak s nemocí dále fungovat. Chronické onemocnění bývá často spojeno s emoční nepohodou, zejména s pocity nejistoty, strachu a ohrožení. Nemocní netrpí pouze tělesnými příznaky, ale také psychickými důsledky jako je ohrožení životních plánů, strach z budoucnosti a ztráta nezávislosti. V popředí se objevuje potřeba bezpečí a jistoty, a také snaha hledat oporu. Významnou roli zde sehrává podpora ze strany rodiny a kvalita vztahu se zdravotníky (Mareš a Kebza, 2024, s. 456).

Po náhlé ztrátě zraku a zjištění, že je stav ireverzibilní, nastává šok, který slouží jako přirozený mechanismus organismu vůči silné psychické zátěži. Jedinec se může stáhnout do sebe a ztratit zájem o okolní dění. Po této úvodní fázi často následuje období intenzivního prožívání bolesti a smutku. Reakce mohou být různé od tichého smutku až po neklid, zlost, obviňování druhých nebo i přítomnost sebevražedných myšlenek. Pro zvládnutí této fáze je důležité, aby jedinec dostal prostor k vyjádření svých emocí. V některých případech je vhodné zapojit odbornou psychologickou pomoc. Teprve po odeznění těchto emočních reakcí, může začít proces přizpůsobování se nové situaci a učení se žít s handicapem. Postupné zhoršování zraku může probíhat v řádu týdnů, měsíců i let. Díky této časové prodlevě je možné jedince lépe připravit na situaci, kdy již nebude schopen svůj zrak plnohodnotně využívat, a zároveň ho naučit dovednostem, které pro něj později budou klíčové. Jedinec prochází obdobnými psychickými reakcemi jako v případě náhlé ztráty zraku. Počáteční šok a popření stavu bývá později vystřídáný postupným přijetím stavu. Dlouhodobý průběh však může zatěžovat psychiku. Nemocní často prožívají výkyvy mezi obdobími smutku, deprese a beznaděje s momenty kdy se cítí smíření a dokážou prožívat radost (Prévost a Beneš, 2015 cit. podle Beneš, 2019, s. 47-48; Hrůza, 2013 cit. podle Beneš, 2019, s. 47-48; Kolář, 2009 cit. podle Beneš, 2019 s. 47-48; Beneš, 2019, s. 48).

Zatímco počáteční reakce na ztrátu zraku bývají emočně velmi intenzivní, dlouhodobější zvládání nemoci se často opírá o různé copingové strategie. Coping označuje soubor průběžných kognitivních, behaviorálních a emočních reakcí, jejichž cílem je vyrovnat se s náročnými situacemi, ať už pocházejí z okolního prostředí nebo z vnitřního prožívání. Mezi základní typy copingových strategií patří přístup orientovaný na problém, zaměřený na emoční zvládání (například sebeobviňování nebo únik do přání), vyhledávání sociální opory a vyhýbání se stresujícím podnětům. Obecně platí, že strategie zaměřené na aktivní řešení problémů a vyhledávání pomoci bývají spojeny s pozitivnější adaptací na zátěž. Naopak orientace na emoce nebo tendence k úniku bývají méně účinné. Z hlediska pohlaví se ukazuje, že muži tíhnou ke konkrétnímu a aktivnímu zvládání, zatímco ženy volí strategie zaměřené na emoce. Je důležité odlišit copingové strategie od obranných mechanismů, jejichž základní funkcí je potlačit úzkost (Mareš a Kebza, 2024, s. 225-227).

Schopnost orientace v prostoru a běžném prostředí je u jedinců se zrakovým postižením výrazně ovlivněna rozsahem a kvalitou zorného pole (Beneš, 2019, s. 46). Pokud je postižena periferní část zorného pole, vnímá člověk pouze centrální část, která může být výrazně zúžena. Tato omezená schopnost vizuálního vnímání často vede k potížím s orientací,

zejména v neznámém prostředí, a ke zvýšenému riziku nárazů do nábytku. Kromě toho řada osob se zrakovým postižením trpí zvýšenou citlivostí na světlo, což je nutí nosit tmavé brýle i v běžných denních situacích (Vágnerová, 2012, s. 196). Tyto potíže pak mohou významně omezovat samostatnost jedince, jeho bezpečnost i schopnost vykonávat běžné činnosti, což se promítá do celkové kvality života.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část využívá kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s jedinci s glaukomem.

5.1 Cíle výzkumu

Výzkum se zaměřuje na kvalitu života jedinců s glaukomem. Naším **hlavním výzkumným cílem** bylo:

Zjistit a popsat, které oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participant s onemocněním vyrovnávají.

V návaznosti na hlavní výzkumný cíl, jsme si stanovili tyto **dílčí výzkumné cíle**:

1. Zjistit a popsat, jak glaukom ovlivňuje každodenní život participantů.
2. Zjistit a popsat, jakým způsobem jedinci zvládají léčebný režim.
3. Zjistit a popsat, jaké strategie participant používají ke zvládnání nemoci.

5.1.1 Vymezení výzkumných otázek

Výzkumné otázky představují stěžejní součást každého výzkumu. Pomáhají zaměřit pozornost na konkrétní oblasti zkoumaného problému a poskytují rámec, podle kterého je možné výzkum vést (Švaříček et al., 2007, s. 69).

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participant s onemocněním vyrovnávají?

Na základě hlavní výzkumné otázky jsme stanovili následující **dílčí výzkumné otázky**:

1. Jak glaukom ovlivňuje každodenní život participantů?
2. Jakým způsobem participant zvládají léčebný režim?
3. Jaké strategie participant používají ke zvládnání nemoci?

5.2 Popis výzkumné strategie

Cílem výzkumu je zjistit, jaké oblasti života jsou u jedinců s glaukomem nejvíce zasaženy a jak se s onemocněním vyrovnávají. Abychom získali hloubkový subjektivní pohled na danou problematiku, zvolili jsme kvalitativní výzkum (Švaříček et al., 2007, s. 24). Švaříček

et al. (2007, s. 24) říkají, že: „Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“ Hendl (2016, s. 46-47, 128) přirovnává roli výzkumníka v kvalitativním výzkumu k práci detektiva. Výzkumník shromažďuje a vyhodnocuje veškeré informace, které mohou pomoci k objasnění zkoumaného tématu. K tomu využívá induktivní a deduktivní přístup. Kvalitativní šetření probíhá v delším časovém horizontu a přímo v terénu. Mezi základní přístupy kvalitativního výzkumu patří zakotvená teorie, jejímž cílem je nastínění teorie z nasbíraných dat. Zaměřuje se především na jednání, interakce a procesy v konkrétním prostředí. V rámci výzkumu byla využita technika polostrukturovaných rozhovorů. Předem byl připraven seznam otevřených otázek, jejichž pořadí se v průběhu interview mohlo měnit dle situace.

Důležitou součástí kvalitativního výzkumu je dodržení etiky. Jedná se především o souhlas se zapojením se do výzkumného šetření, který může být nahrán na diktafon nebo potvrzený formou informovaného souhlasu. Participantů musí být poučeni o anonymitě a o svobodě kdykoli ukončit spolupráci a účast ve výzkumu. Účastníkům je nutné objasnit všechny okolnosti výzkumu a nezatajovat informace (Hendl, 2016, s. 157-158; Švaříček et al., 2007, s. 46).

5.3 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Před zahájením výběru a oslovování možných participantů jsme stanovili kritéria výběru. Zaměřili jsme se na muže ve věku od 40 do 55 let, tedy muže středního věku. Na typu glaukomu nezáleželo, avšak musel jim být diagnostikován před 3 až 13 lety. Z výběru jsme vyřadili jedince s kataraktou a jinými onemocněními, která ve větší míře ovlivňují vizus.

Kontakty na participanty, pro sestavení výzkumného souboru, jsme získávali metodou sněhové koule. Využili jsme Facebookovou skupinu se zaměřením na zdravotnictví, díky které nás oslovilo několik potenciálních participantů. Dle kritérií jsme tři z nich zařadili do výzkumného souboru. Ostatní participanty jsme získali díky známostem, ať už přes participanty či naše okolí.

Tabulka č. 1 Přehled základních údajů o participantech

Označení participantů	Věk	Doba od stanovení diagnózy	Typ glaukomu
Participant 1	42 let	3 roky	Sekundární glaukom s otevřeným komorovým úhlem – poúrazový
Participant 2	54 let	13 let	Primární glaukom s otevřeným úhlem
Participant 3	55 let	12 let	Primární glaukom s uzavřeným úhlem
Participant 4	54 let	5 let	Sekundární glaukom s otevřeným komorovým úhlem – poúrazový
Participant 5	55 let	5 let	Primární glaukom s otevřeným úhlem

(zdroj: vlastní)

Tabulka č. 2 Zrakový stav participantů

Označení participantů	Přidružená oční onemocnění	Postižené oko	Stav vidění
Participant 1	Žádná	Levé oko	Zhoršené periferní vidění, Celkově posunutý obraz
Participant 2	Myopie, Astigmatismus	Obě oči	Bez významných změn
Participant 3	Hypermetropie	Obě oči	Bez významných změn
Participant 4	Hypermetropie	Levé oko	Zhoršené periferní vidění
Participant 5	Presbyopie, St. p. centrální serózní chorioretinopatii	Obě oči	Bez významných změn

(zdroj: vlastní)

5.4 Realizace sběru výzkumných dat

S participanty, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru pro účely bakalářské práce, jsme se domluvili na osobní schůzce. Předem byli seznámeni s tématem bakalářské práce a hlavním výzkumným cílem. Před zahájením rozhovoru byli informováni o jeho průběhu, o zachování anonymity, o možnosti rozhovor kdykoli přerušit či ukončit a o jeho nahrávání. Přestože bylo participantům vysvětleno, že nahrávky slouží pouze k přepisu dat a nebudou poskytovány třetím osobám, jeden z nich s nahráváním nesouhlasil.

Samotné rozhovory probíhaly od druhé poloviny měsíce března do první poloviny měsíce dubna. Místa konání jsme volili individuálně podle preferencí participantů. Jeden rozhovor se uskutečnil v zasedací místnosti na pracovišti participanta, dva v jejich domácím prostředí a tři na neutrálních místech, jako je kavárna nebo restaurace. Tři rozhovory se konaly v Brně a jeho okolí a dva v okolí Kroměříže. Během rozhovorů byli participant dotazováni na předem připravené otázky a podotázky. Dále na doplňující otázky, které spontánně vznikly v průběhu rozhovoru. Žádný z dotazovaných nevyužil možnost otázku nezodpovědět, rozhovor přerušit či předčasně ukončit. V následující části jsme se rozhodli popsat průběh jednotlivých rozhovorů.

Participant 1

První rozhovor se uskutečnil 12. března 2025 v dopoledních hodinách. Participant se nabídl, že zarezervuje zasedací místnost v jeho zaměstnání, kde je minimum rušivých elementů, tudíž je to ideální místo pro rozhovor. Ze začátku byla z mé strany patrná nervozita, která se však postupem času vytratila a rozhovor se nesl v přátelském a veselém duchu. Participant byl velice otevřený a trpělivě odpovídal na všechny mé dotazy. Celý rozhovor trval 44 minut a přinesl nám nespočet užitečných informací.

Participant 2

Oslovení participanta 2 proběhlo v lednu roku 2025 díky Facebookové skupině. Po předchozí telefonické konzultaci jsme se domluvili na osobním setkání na neutrálním místě. Rozhovor se uskutečnil 12. března 2025 v odpoledních hodinách v prostorách restaurace. Na místě bylo více ruchu, který jsme ale po vstoupení do rozhovoru přestali vnímat. Interview bylo více formální a informant s odpověďmi nezacházel příliš do hloubky. I přes to rozhovor považujeme za přínosný, trval 31 minut čistého času.

Participant 3

Interview s participantem 3 se uskutečnilo 17. března 2025 v Brně v prostorách restaurace. Prostředí pro rozhovor nebylo příznivé, vzhledem k hluku. Participant je navíc po operaci karcinomu jazyka, takže mu bylo hůře rozumět. Bylo zřejmé, že onkologické onemocnění informanta ovlivňuje ve značně jiné míře, a i sám potvrdil, že glaukom příliš neřeší. Atmosféra však byla příjemná, participant komunikoval otevřeně a přinesl nám další pohled na životní situaci. Čas polostrukturovaného rozhovoru, při kterém byly získávány informace, byl 23 minut.

Participant 4

Participant 4 byl námi osloven v lednu roku 2025. Kontakt jsme získali díky našemu okolí. Schůzka proběhla 6. dubna 2025 u participanta doma. Před začátkem rozhovoru byl informován o jeho průběhu, nesouhlasil ovšem s jeho nahráváním. Interview tedy probíhalo stejně jako u ostatních participantů s tím rozdílem, že jsme si v jeho průběhu psali poznámky a další informace doplnili bezprostředně po jeho ukončení. Atmosféra byla příjemná, informant rozhovor prokládal vtipy a díky známému prostředí působil uvolněně. Odpovídal otevřeně a do hloubky. Polostrukturovaný rozhovor nám přinesl mnoho cenných a přínosných dat.

Participant 5

Na participanta 5 jsme dostali doporučení od participanta 2. Telefonicky jsme ho oslovili v měsíci březen a osobní schůzka se uskutečnila 13. dubna 2025 v jeho domácím prostředí. I přesto, že interview trvalo nejkratší dobu, participant odpověděl na všechny položené otázky.

5.5 Zpracování získaných dat

Po dokončení sběru polostrukturovaných rozhovorů jsme nahrávky doslovně přepsali do papírové formy. Následně jsme se podrobně seznámili s jednotlivými výpověďmi a připravili se na využití prvků zakotvené teorie. Po důkladném nastudování materiálů jsme přistoupili k otevřenému kódování, jehož cílem je podle Hendla (2016, s. 251) odhalit témata obsažená v textu. Výpovědi jsme rozdělili do významových jednotek různé délky, ke kterým jsme přiřadili výstižné názvy – kódy. Ty jsme v průběhu analýzy dále upravovali podle potřeby. Vzniklé kódy jsme následně rozřadili do kategorií podle jejich významu

a podobnosti (Švaříček et al., 2007, s. 211-221). Kategorizovaný seznam kódů následně využijeme v další části bakalářské práce, a to v interpretaci získaných dat.

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole se věnujeme interpretaci výpovědí participantů, které jsme získali pomocí kvalitativního výzkumu.

Pro analýzu jsme využili zakotvenou teorii. Po otevřeném kódování vznikly tematické kategorie, do kterých jsme rozřídili jednotlivé kódy. V následujících podkapitolách každou z kategorií postupně přiblížíme a doplníme je o vybrané doslovné výroky participantů. Výsledky interpretujeme pomocí slovního popisu. Interpretace vznikla postupným porovnáváním dat mezi participanty a hledáním společných i odlišných rysů v jejich výpovědích.

6.1 Kategorie č. 1: Průběh diagnostiky a fyzický stav

V první kategorii se věnujeme tomu, jak byl glaukom participantům diagnostikován a jak popisují svůj aktuální fyzický stav v souvislosti s onemocněním. Zajímají nás okolnosti stanovení diagnózy, vnímání prvních příznaků a subjektivní zkušenosti s fyzickými projevy nemoci. Ilustrativní kódy této kategorie jsou: náhodné zjištění glaukomu, úraz jako příčina glaukomu, první příznaky glaukomu, narušené vidění, subjektivní vnímání příznaků a zanedbání diagnostiky.

Diagnostika onemocnění byla u participantů 2 a 5 náhodná, ale v žádném z těchto případů neproběhla v rámci preventivní prohlídky. Přestože participant 2 na oční preventivní kontroly chodil pravidelně, uvádí, že mu NOT nikdo neměřil ani dále neřešil. Zvýšený NOT mu byl zjištěn až při plánované laserové operaci očí. Má primární glaukom s otevřeným úhlem oboustranně, zároveň trpí myopií a na pravém oku má astigmatismus. Participant 5 navštívil očního lékaře kvůli potřebě brýlí na čtení. Má presbyopii a glaukom s otevřeným úhlem na obou očích. Na levém oku má jizvu po centrální serózní chorioretinopatii, která však vizus ovlivňuje jen minimálně. Naopak participant 3 popisuje důvod návštěvy lékaře slovy: „...*jak bylo v noci světlo, tak kolem toho takovou duhu... A zamlžený okolo úplně.*“, což odpovídá příznakům akutního glaukomového záchvatu, jak jsme uvedli v teoretické části bakalářské práce. Má primární glaukom uzavřeného úhlu na obou očích a hypermetropii. U participantů 1 a 4 došlo k rozvoji glaukomu v důsledku úrazu oka. Oba mají poúrazový glaukom na levém oku, participant 4 má navíc hypermetropii. Participant 1 montoval půdní schody, kde byla napnutá pružina zakončená kovovou tyčí. Ta se uvolnila a uhodila ho do oka. Po sešití víčka byl propuštěn z nemocnice bez dalšího očního vyšetření. Po týdnu šel na vytažení stehů a stále se cítil dobře. Až zhruba po čtrnácti dnech se objevila

bolest oka, kterou popisuje jako: „...*taková tupá... nepříjemná bolest...*“. Kvůli tomu vyhledal lékaře, který ho následně odeslal do glaukomové poradny. Podobný průběh popisuje participant 4. Během hospitalizace mu lékaři sešili poraněné víčko a napravili zlomeniny očníce způsobené úrazem. Zvýšený NOT mu byl zjištěn již během pobytu v nemocnici, podle jeho slov však nebyl nijak řešen. Po třech dnech v domácím léčení začal vidět s modravým nádechem, a proto navštívil oční pohotovost. V současnosti mají participant 2, 3, 4 a 5 zdravotní stav stabilizovaný. U participanta 1 se však stále nedaří tlak dlouhodobě upravit a problém intenzivně řeší. Má za sebou už téměř všechny dostupné léčebné možnosti. Léčba začínala kombinací očních kapek a medikace per os, ale bez efektu. Následovala laserová terapie, která rovněž nepřinesla požadovaný výsledek. Poté absolvoval první operaci, která přinesla dočasné zlepšení zhruba na osm měsíců, než se NOT opět začal zvyšovat. Následovala druhá operace, která měla efekt ještě kratší, proto došlo k několika revizím. Ani ty ale ke stabilizaci nevedly, a tak lékaři přistoupili k cyklokryoterapii jako k jedné z posledních možností. V důsledku vysokých NOT již došlo u participanta 1 k poškození zřetelného nervu. Postup léčby koresponduje s praktickou částí. Participant 1 a 4, kteří mají poúrazový glaukom, zaznamenávají změny vidění. Participant 4 udává zhoršené periferní vidění, participant 1 jej doplňuje: „...*vidím tak, jak kdybych tady měl nějakou clonu* (ukazuje směrem k nosu). *A v podstatě, co se týká periferně, tak jako sem tam jako zaznamenám jako pohyb.*“ Dále uvádí, že obraz má celkově posunutý. Naprostou absenci změn vizu hlásí participant 2, 3 a 5, což odpovídá asymptomatickému stádiu onemocnění, jak jsme popsali v teoretické části práce. Přesto participant 2 vnímá bolest očí a tlak. Jeho zkušenost potvrzuje participant 1, který udává, že dokáže sám rozpoznat zvýšený NOT podle specifické tupé bolesti. Podobně participant 3 zmiňuje, že při zapomenutí instilace očních kapek vnímá duhové efekty kolem světla a mlhavé vidění. Participant 1 navíc popisuje zvýšenou citlivost oka, která se projevuje i při běžném vyšetření nebo drobném zásahu do oblasti oka.

6.2 Kategorie č. 2: Zkušenost se zdravotní péčí a přístup lékařů

V druhé kategorii se zaměřujeme na zkušenosti participantů se zdravotní péčí, kterou v souvislosti s glaukomem podstoupili. Sledujeme, jak hodnotí komunikaci s lékaři, dostupnost informací o diagnóze a léčbě, a zda od zdravotnického personálu vnímali dostatečnou podporu. Do této kategorie jsme zahrnuli následující demonstrační kódy: nedostatek informací od lékařů, dobrá komunikace s lékaři, neempatický přístup lékařů a nedostatečná podpora ze strany lékařů.

Přístup lékařů vnímal každý z participantů odlišně. Participant 1 popisuje svou zkušenost pozitivně. Oceňuje otevřenost a sdílnost své lékařky, která mu vše podrobně vysvětlila a nic nezatajovala. Přesto uvádí, že mu chvíli trvalo, než diagnózu pochopil a některé informace si dohledával sám. Podobně to měl i participant 5. I když mu lékařka vše vysvětlila a odpovídala na jeho dotazy, další informace si později dohledával v internetových zdrojích. V průběhu rozhovoru však vyšlo najevo, že mu nebyly sděleny všechny důležité informace. Při otázce, zda omezuje činnosti, které mohou zvyšovat NOT, překvapeně odpověděl: *„Ted' jste mě dostala. Protože paní doktorka neříkala nic, jakože všechno, všechno dělám.“* Stejnou zkušenost popsal i participant 3. U participanta 2 byla zdravotní péče velké téma, přístup lékařů vnímal kritičtěji. Stěžoval si na časté střídání lékařů, kdy každý přistupoval k léčbě jinak. Jeden lékař mu důrazně zakázal vykonávat jakékoli sportovní aktivity a vystrašil ho slovy, že přijde o zrak. Druhý mu řekl: *„...dělejte si, co chcete a jak chcete.“* Nejednotnost informací vnímal jako matoucí i při instilaci kapek do očí. Další nepříjemná zkušenost participanta 2 souvisela s laserovou operací očí, kterou chtěl podstoupit: *„Tak mi normálně řekli, no máte to vysoký, my Vám to dělat nebudem. A já říkám, proč mi to dělat tedy nebudete? A oni mi řekli, vždyť stejně oslepnete.“* Tuto komunikaci popisuje jako traumatizující. V rozhovoru dále zmiňuje, že mu lékaři nedůvěřovali při popisu subjektivních potíží a vedlejších účinků kapek. Participant 4 uvádí, že se mu ze strany lékařů nedostalo dostatečné opory. Podobně to shrnuje i participant 2, který dodává, že namísto podpory ho lékaři spíše vystrašili. Naopak participant 1 doplňuje, že díky častým kontrolám si s lékaři během let vybudoval bližší vztah. Během rozhovorů jsme se participantů dotazovali, zda byli informováni o glaukomovém záchvatu. Participant 5 uvedl, že o glaukomovém záchvatu informace nedostal a neví, co to je. Po chvíli přemýšlení si vzpomněl, že dostal leták, který ale nečetl. Také participant 1, 2 a 3 uvedli, že pojem glaukomový záchvat neznají. Přesto příznaky, které participant 3 popisoval při diagnóze, odpovídají právě tomuto stavu. Participant 1 zmínil, že mu NOT vzrostl až k 50 mm Hg. Participant 4 popisuje, že jednou navštívil oční pohotovost kvůli bolesti a tlaku v oku, zároveň se mu zhoršilo vidění. V nemocnici mu sdělili, že se jedná o glaukomový záchvat, ale do té doby o něm nikdy neslyšel. Léčba spočívala v intravenózní aplikaci léků a následném zintenzivnění lékařských kontrol.

6.3 Kategorie č. 3: Dopad nemoci na každodenní život

Ve třetí kategorii se zaměřujeme na to, jakým způsobem nemoc ovlivnila běžné denní fungování participantů. Sledujeme, jak se změnil jejich režim, aktivity, pracovní režim nebo

schopnost zvládat běžné činnosti. Všimáme si také toho, jak se jednotlivci přizpůsobili fyzickým omezením nebo doporučení lékařů. Příklady kódů v této kategorii jsou: zhoršené prostorové vnímání, minimální změna každodenního režimu, přizpůsobení řízení zrakového omezení, neovlivněné zaměstnání nebo přizpůsobení aktivit doporučením lékaře.

Participant 1 říká, že se jeho každodenní režim výrazně změnil. Popisuje, že se mu život otočil o sto osmdesát stupňů, s čímž souhlasí i participant 4, který říká, že ho nenapadá nic, co by zůstalo stejné. Participant 1 popisuje, že se celý jeho život začal přizpůsobovat nemoci: „...už to není tak, jako dřív, že se řeklo, jedeme, jedeme třeba na dovolenou... Už se dneska dívám na to, jestli v podstatě nejdu na další zákrok, jestli mě to letadlo ty tlaky nějakým způsobem třeba nerozhodí.“ Participant 1 a 4 udávají, že dříve vedli aktivní život. Po úrazu ale participant 4 ztratil chuť cokoli dělat a ani fyzicky nemohl. Přiznává, že po návratu z nemocnice měl období, kdy byl zcela pasivní a nepouštěl se do žádných činností, které dříve tvořily součást jeho života, což popisujeme v teoretické části. Naopak participant 2, 3 a 5 nevnímají žádnou výraznou změnu. I tak participant 2 a 3 říkají, že jim do života zasahují pravidelné lékařské kontroly. Participant 2 přidává i nutnost kapání kapek. Naproti tomu participant 4 a 5 udávají, že kapky jim běžný denní režim nijak nenarušují a zvládli je zařadit do denní rutiny. Participant 1 a 4 se shodují v tom, že museli omezit své koníčky. Participant 4 přestal s prací na soustruhu, jízdou na motorce nebo lyžováním, protože kvůli zhoršenému zraku neodhadne svah. Participant 1 zase omezil veškeré sportovní aktivity. Dřív hrával závodně nohejbal, běhal nebo cvičil v posilovně. Tyto aktivity začal postupně nahrazovat klidnějšími, třeba rybařením. Zatímco participant 4 s rybařením skončil, protože neuváže háček, participant 1 se mu začal věnovat víc a naučil se i odpočívat. Zároveň ale cítí úbytek fyzické kondice, více se zadýchává a fyzicky nevydrží tolik, co dříve. Participant 2 uvádí, že sport také dočasně omezil, ale nyní je opět aktivní. Participant 3 a 5 své aktivity nijak neupravovali. Participant 3 si pouze později vzpomněl, že kvůli zákazu lékaře už nemůže darovat krev. Ztrátu této možnosti vnímal s lítostí, ale jinak se jeho denní rytmus nezměnil. Pokyny od lékařů ovlivnily i běžné chování participantů 1 a 4. Participant 4 omezil práci v prašném prostředí a vyhýbá se větru. Participant 1 souhlasí a dodává, že se snaží dbát klidového režimu: „...zohledňuji i to, že bych neměl třeba dělat věci v předklonu...“ Oba uvádějí, že si své aktivity více promýšlejí a participant 1 říká, že má o sebe větší strach. Žádný z participantů nemusel přestat řídit auto. Participant 4 však říká, že je opatrnější a víc se rozhlíží. Ani participant 1 už si za volantem není tak jistý: „...je pravdou, že zvažuji, kdy vyrazit. Když se, když se, ee, zešerí, tak v podstatě už tam mám takový k tomu respekt.“

Dodává, že kvůli zvýšenému soustředění už z jízdy nemá takovou radost jako dřív. Prostorová orientace dělá problémy hlavně participantům 1 a 4. Participant 4 zmiňuje, že má problém odhadnout výšku schodu nebo zaparkovat auto. Často se netrefí do sklenice a vylívá vodu. Participant 1 s tím souhlasí, ale dodává, že i na parkování se s jedním okem dá zvyknout. I participant 4 popisuje, že si za pět let na spoustu věcí zvykl, ale zmiňuje, že i tak občas naráží levým ramenem do nábytku a nemá rád, když na něj někdo mluví z levé strany. S manuálními činnostmi mají participant 1 a 4 podobné potíže a často si musí říkat o pomoc. Participant 1 popisuje: „...*je pro mě třeba strašný problém, jako navléct nit, ee, trefit se klíčem do zámku.*“ Glaukom neovlivnil zaměstnání participanta 3, pracuje na směny, takže ani kontroly jeho práci neovlivňují. Participant 5 pracuje jako instruktor v autoškole, takže má strach o svoji budoucnost, ale zatím jeho diagnóza neměla vliv na zaměstnání. Participant 2 o práci mluvit nechtěl. Participant 4 je vedoucí v zajišťování staveb a musel přestat pracovat manuálně. Udává, že dlouho pracoval pouze z domu a vyřizoval telefony. Tím, že mu zůstala vedoucí pozice, jeho finanční situace nebyla nějakým způsobem ovlivněna. Náplň práce participanta 1 je ve velké míře jezdit po celé České republice za klienty. To kvůli glaukomu musel omezit a většinu věcí řešil, jako participant 4, formou online schůzek z domu. Zaměstnání tedy měnit nemusel, ale popisuje, že byly ovlivněny i jeho výsledky a nemá takový kariérní růst. Dodává, že jeho práci ovlivnily i zákroky, po kterých byl světloplachý a nedokázal se dívat do telefonu nebo počítače, což je součástí jeho práce. Venku musí nosit sluneční brýle, protože je mu nepříjemné i slunce. Participant 2, 3 a 5 nepovažují žádný aspekt svého života jako zvýšeně ovlivněný. Participant 1 vnímá největší změny v každodenních činnostech, participant 4 pak hlavně v osobním a pracovním životě. Přesto všichni participant 1 popisují svoji budoucnost optimisticky. Participant 1 doufá, že se alespoň částečně vrátí k dřívějšímu způsobu života. Rád by si znovu zašel zaběhat s přítelkyní a víc sportoval. Participant 2 svoji budoucnost popisuje slovy: „...*tak, jak to mám teď*‘kon. *Sportovní aktivity naplno, jednu furt. Všechno no.*“ Participant 3 a 5 předpokládají, že jejich život zůstane stejný. Participant 3 dodává, že bude dál chodit do práce. Participant 4 se těší, že si bude užívat klid na chalupě, starat se o zahradu a chovat zvířata.

6.4 Kategorie č. 4: Psychický dopad onemocnění

Ve čtvrté kategorii se soustředíme na to, jak participant 1 popisují psychické dopady onemocnění a jak nemoc ovlivnila jejich každodenní prožívání. Sledujeme, jak se glaukom promítá do jejich emocí, postojů a celkového vnímání sebe sama. Zajímalo nás také, zda se

jejich prožívání měnilo v čase. Například od oznámení diagnózy až po současné zvládání nemoci. Popisujeme, jak glaukom ovlivnil jejich vnímání života, identity i budoucnosti. Ukázkové kódy této kategorie jsou: snížené sebevědomí kvůli nemoci, optimistický přístup, zvýšená psychická zátěž v počátcích onemocnění nebo strach ze ztráty zraku.

Každý z participantů popisuje první reakce na diagnózu jinak. Participant 1 uvádí, že nad diagnózou ze začátku moc nepřemýšlel. Bral ji jako problém, který se dá vyřešit do té doby, než mu lékaři doporučili klidový režim, který trvá už tři roky. Participant 2 popisuje, že byl při oznámení diagnózy v šoku. Cítil se tragicky i kvůli neempatickému přístupu lékařů, kteří ho vyděsili ztrátou zraku. První rok vnímá jako velmi náročný. Podobně participant 5 popisuje první dva měsíce. Z diagnózy měl hrůzu a sám sebe označuje za hypochondra. Naopak participant 3 se nemocí nijak zvlášť neznepokojoval. Nevěděl sice, co glaukom znamená, ale neměl z něj obavy. Participant 4 označuje svou zkušenost jako diskomfortní. Nevěděl, co onemocnění obnáší a jaké může mít důsledky. Hrůzu měl hlavně z každodenního kapání kapek, o kterém si myslel, že ho nezvládne. Měl také strach z budoucnosti a nejistotu, zda mu zůstane zrak. Strach ze ztráty zraku se objevuje i u participantů 1, 2 a 5. Participant 5 se bojí, že by kvůli tomu mohl přijít o práci instruktora v autoškole. Říká: *„Představa, že bych přišel o zrak je pro mě nepředstavitelná.“* Participant 2 s tím souhlasí a dodává, že obdivuje lidi, kteří takovou situaci zvládnou. Participant 1 popisuje, že tuto možnost ztráty zraku vytěsnil z hlavy. Participant 3 odpovídá na otázku ohledně strachu slovy: *„Přijde to, přijde.“*, ale později dodává, že o zrak přijít nesmí. I přes to na svoji budoucnost pohlíží s lehkými pochybnostmi. Participant 1, 2, 4 i 5 se snaží na svoji budoucnost dívat pozitivně. Participant 4 věří, by jeho zdravotní stav za deset let mohl vypadat stejně jako nyní. Participant 1 doufá, že si vystačí pouze s kapkami, maximálně s perorální léčbou. Participant 5 říká, že udělá vše pro to, aby se jeho zdravotní stav nezhoršil, i když dodává: *„...ten čas nezastavíte.“* Psychické dopady onemocnění se promítají i do toho, jak participant 2 vnímají sami sebe. Participant 2 říká, že se kvůli nemoci cítí nepříjemně a nechce ukazovat své slabé stránky před lidmi, na kterých mu záleží. On i participant 5 popisují, že se kvůli kapání kapek cítí starší. Participant 3 svůj pohled na sebe sama nezměnil. Nemoc bere jako normální součást života a nechce si kvůli tomu dělat starosti. Naopak participant 1 a 4 se cítí nejistě kvůli svému vzhledu po úrazu. Participant 4 říká, že se cítí nesvůj, když se mu někdo dívá do očí. Participant 1 dodává: *„Jednou bych se chtěl zase usmát na nějakou holku, která mně řekne, ty máš pěkný oči.“* Participant 4 také přiznává, že se cítí špatně a neschopně, když si musí říct o pomoc. Participant 1 mluví

o psychickém vyčerpání a ztrátě motivace. Přestože se snaží mít optimistický pohled, přiznává, že jsou chvíle, kdy onemocnění vnímá těžce. Musel přejít z aktivního života do režimu, kdy nemůže nic dělat. Vyjadřuje to slovy: „...nemám teď ten filtr, že by člověk trošku za pomoci adrenalinu nebo jiných věcí vyčistil hlavu...“ Má pocit, že sám se sebou bojoval a kvůli nemoci ztratil tři roky života. Nevědomost o svém budoucím zdravotním stavu ho přibrzdila i v osobním rozvoji. Zároveň ho trápí, že svůj zdravotní stav nedokáže sám nijak zásadně ovlivnit, což v něm vyvolává pocit ztráty kontroly. Podobný pocit bezmoci popisuje i participant 2. Vyjadřuje zklamání z toho, že glaukom nelze zcela vyléčit a vnímá ho jako zákeřné onemocnění: „No, mrzí mě, že tady, že to vlastně, že je to takový onemocnění, který se nedá nějak jako... Doléčit pořádně, nebo operovat nebo něco, že když ten zrak se poškodí, ten oční nerv, tak už je to... A ještě je to tak zákeřný, že o tom třeba ani nevíte.“ Dodává, že mě štěstí, že se na nemoc přišlo náhodou. Participant 4 popisuje, že se uzavřel do sebe, což popisujeme v teoretické části. Má na sebe vztek, že si za nemoc může sám a že se jeho stav nemůže zlepšit. Přesto říká, že se s diagnózou smířil a bere ji jako součást života. Podobně to vnímá i participant 5, který přiznává, že kdyby ho telefon neupozornil na kontrolu, ani by nevnímал, že glaukom má. Oproti tomu, participant 1 říká, že kdyby mohl vrátit čas, tak by to udělal. Na druhou stranu je rád, že úraz nedopadl hůř. Uvědomuje si, že stál vysoko na štaflích a jeho zdravotní stav mohl skončit fatálně. Frustruje ho, když se po zákroku nedostaví očekávaný výsledek: „Stále čekám, čekám a čekám, a stále to není úplně jako optimální.“ Přesto pořád věří a vidí světlo na konci tunelu. Snaží se situaci zlehčovat a dělá si ze svého zhoršeného zraku legraci. Dříve o nemoci hodně přemýšlel, hlavně v období neúspěšných operací. Dnes už ji aktivně neřeší, spíše ji zohledňuje v běžném životě. Participant 3 a 4 na glaukom myslí pouze v souvislosti s léčbou. Participant 1 zároveň popisuje, že mu úraz nastavil zrcadlo. Rád věci dotahuje do konce, ale v tomto případě ho kolega upozornil, že by v práci neměl pokračovat. Má výčitky, že kdyby byl trpělivější a doporučení kolegy poslechl, nic z toho se stát nemuselo. Jeho poučení je, že do budoucna bude své kroky více zvažovat.

6.5 Kategorie č. 5: Sociální vztahy a opora

V páté kategorii porovnáváme výpovědi participantů týkající se mezilidských vztahů a míry podpory, kterou zažívají ve svém okolí. Sledujeme, jak onemocnění ovlivnilo jejich rodinné a sociální vazby a jakou roli hraje blízké okolí při zvládání nemoci. Zaměříme se také na to, zda a jakým způsobem participant 1 o své diagnóze komunikují s druhými. Ukázkové kódy

této kategorie jsou: ztráta sociálních kontaktů, selektivní sdílení nemoci, nezměněné postavení v rodině a rodina jako opora.

Změny v mezilidských vztazích v souvislosti s nemocí popisují participantů různě. Participant 1 uvádí, že nemoc narušila jeho roli v rodině. I přes své omezení se snaží být oporou pro rodiče: „...*furt jako dát najevo, že jsem tu i pro Vás, tak i když mám problémy...*“ Zároveň ale vnímá, že nemoc ovlivnila i jeho vztahy v rodině. Blízcí o něj mají obavy a často se vyptávají na jeho zdravotní stav, což ho unavuje: „...*nechcete na to zrovna už dvakrát odpovídat. Kolikrát jsou situace, že člověk může být i podrážděný a může reagovat špatně no.*“ Na druhou stranu říká, že díky nemoci prohloubil jeho vztah s bratrem, který mu začal více pomáhat v domácnosti. Podobnou zkušenost popisuje participant 4, který vnímal zlepšení vztahů s rodinou díky tomu, že trávil více času doma. Zároveň se ale začal vyhýbat širšímu sociálnímu kontaktu a postupně ztratil i některé přátele: „*Rád jsem chodil do hospody pokecat a kvůli zranění jsem přestal a asi i přetrhal trochu kamarádské vztahy.*“ Participant 3 si není jistý, jestli rodině o diagnóze vůbec řekl. Participant 2 a 5 udávají, že glaukom jejich postavení v rodině nijak neovlivnil. Participant 2 poukazuje na to, že o své nemoci nerad mluví. Sdílí ji pouze s lidmi, které dobře zná. Participant 5 zase vyjádřil zklamání ze své rodiny kvůli tomu, že mu zamlčeli genetickou zátěž glaukomu: „*Mohlo se to podchytit ještě, ještě dřív.*“ Svým synům onemocnění oznámil, aby mohli být včas sledováni. Stejně postupoval i participant 2, který měl obavy o své děti a chtěl je včas poučit. Rodina představuje pro participanty zásadní zdroj psychické opory při zvládání onemocnění. Participant 2 zmiňuje především své rodiče, kteří ho podporovali zejména v období bezprostředně po diagnóze. Participant 4 uvádí jako největší oporu manželku, která mu pomáhala jak s praktickými věcmi, tak i emocionálně. Participant 5 zmiňuje své syny, se kterými je teď víc v kontaktu než dřív. Participant 1 se zmiňuje nejen o partnerce a blízkých, ale také o svých třech kočkách, které mu zlepšují náladu. Zmínil i zaměstnavatele, kteří mu dodávají oporu tím, že projevují pochopení pro jeho zdravotní stav a neúspěchy s ním spojené omlouvají.

6.6 Kategorie č. 6: Zvládání nemoci a léčebného režimu

V šesté kategorii se zaměřujeme na to, jak se participantů vyrovnávají s diagnózou glaukomu a jak zvládají léčebný režim. Sledujeme jejich postoje k nemoci, každodenní dodržování léčby i konkrétní strategie, které jim pomáhají situaci zvládat. Zajímá nás nejen technický aspekt dodržování režimu, ale i to, co jim pomáhá po psychické stránce a jak nemoc zapojují

do běžného života. Ilustrující kódy této kategorie jsou: koníčky jako coping, postupné přijetí léčby, aktivní přístup k léčbě, dodržování léčebného režimu a nežádoucí účinky očních kapek.

Participant 1, 2, 3, 4 i 5 se shodují, že se snaží dodržovat léčebný režim. Participant 1 říká, že se snaží řídit všemi doporučeními, a i když mu na začátku dělalo kapání očních kapek problém, nyní kape ráno a večer a zapomíná jen výjimečně. Obvykle pouze, když opravdu nestíhá. Podobně to uvádějí i participant 2, 3, 4 a 5. Berou léčbu jako součást každodenní rutiny. Participant 5, který kape jedenkrát denně, přiznává občasné zapomínání, ale dodává: „...*bojím se té nemoci, takže se snažím dodržovat. Všechno, no.*“ Participant 3 přistupuje k léčbě volněji. Zmíní, že si při dovolené zapomněl vzít kapky a situace se opakovala i později, kdy je dva dny nemohl najít v kufru. Kape dvakrát denně a pokud ráno zapomene, kápne si alespoň večer. I participant 4 zmiňuje, že na oční kapky, které instiluje ráno a večer výjimečně zapomene, ale snaží se být zodpovědný: „*Jde přece o mé zdraví.*“ Participant 2 má čerstvě upravenou léčbu a kapky instiluje dvakrát denně. Ze začátku se tomu bránil a kapky nechtěl používat, protože měl dříve zkušenosti s nežádoucími účinky, ale nakonec si zvykl. Tehdy se u něj objevovalo bušení srdce a pocity na omdlení, které popisoval jako: „...*vypadalo to jako, když mám nějakou silnější chřipku, nebo když mi je nějak špatně jo.*“ Tyto příznaky vymizely po změně kapek. I přesto by uvítal jednodušší léčebný režim a vyjádřil přání, aby existovaly kombinované kapky, s obsahem všech potřebných účinných látek, které by se instilovaly pouze jednou denně. V současnosti ho trápí pouze občasné štipání a zarudnutí očí, které popisuje jako snesitelné. Participant 1 doplňuje, že kromě kapek užívá třikrát denně i perorální medikaci, po které pociťuje brnění končetin. Dále si všiml, že po instilaci zůstávají kolem očí zbytky kapek, ty podle jeho slov vypadají jako ospalky a je mu to nepříjemné. Stejný participant popisuje fyzické potíže také po operaci, konkrétně silné migrény, nevolnost a zvracení. Po jiném zákroku nebyl schopen používat telefon ani pracovat na počítači. Participant 2 a 5 uvedli, že se zdraví očí snaží podpořit i jinak. Participant 5 užívá Lutein a umělé slzy. Participant 2 se snaží dodržovat zdravý životní styl v podobě dostatečného spánku, sportu a nepřetěžováním se. Zároveň navštěvuje dva oční lékaře, aby měl léčbu co nejvíce pod kontrolou. I participant 1, 3, 4 a 5 docházejí na kontroly pravidelně. Participant 5 dispenzarizaci vnímá jako uklidnění, stejně tak ho ujišťuje i stabilizovaný zdravotní stav. Podobně to vnímá i participant 2. V otázce zvládání nemoci se u respondentů objevují různé strategie. Participant 5 říká, že mu pomáhá změnit prostředí. Jezdí na chalupu, kde pracuje na zahradě a nemusí na nic myslet.

Participant 4 to vnímá podobně a dodává strategie jako jsou lehké činnosti, jako je opravování, vyrábění věcí ze dřeva, popřípadě sledování televize. I participant 1 se snaží zaměstnat lehkými činnostmi. Například jde pouklízet do garáže, postavit nábytek nebo pomáhá rodině. Participant 1, 4 i 5 zároveň zmiňují, že jim radost přináší kontakt s rodinou. Participant 5 doplňuje, že ho jeho vnuci vždy ožíví a nabijí energií. Participant 1 a 4 ještě dodávají domácí zvířata, která jim vždy zvednou náladu. Participant 1 říká, že mu pomáhá i dobrá nálada. Rád se směje a těší ho, když jsou lidé kolem něj šťastní a spokojení. Participant 2 jako účinný způsob zvládnutí uvádí činnosti, u kterých nemusí na nic myslet. V jeho případě je to sport a koníčky, konkrétně třeba stolní tenis, který hraje závodně. Participant 1 ještě doplňuje, že mu pomáhá změna domácího chodu a výlety do přírody: *„Z nějaké té domácnosti, když člověk vyjde, vyjde ven a zkusí to zaplnit něčím jiným, tak tam mu to dodává nějakým způsobem tu naděj a chuť do života.“* Naopak participant 3 uvádí, že je pro něj zvládnutí nemoci především to, že se snaží nic neměnit. Neomezovat se, žít tak, jak byl zvyklý před diagnózou.

7 DISKUZE

Pro realizaci výzkumu jsme zvolili kvalitativní přístup, konkrétně metodu zakotvené teorie, která umožnila nahlédnout do individuálního prožívání nemoci přímo očima samotných participantů. Tento přístup poskytl hlubší a podrobnější vhled do každodenní reality lidí s glaukomem, než by bylo možné dosáhnout pomocí standardizovaných dotazníků. Data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty. V českém prostředí byly podobné výzkumy zaměřené na kvalitu života realizovány převážně kvantitativně (Hašková, 2016; Šišková, 2016). Výjimkou je například bakalářská práce Čejkové (2014), která využila kvalitativní metodu, konkrétně vytvořila krátké případové studie žen, které se výzkumu zúčastnily.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit a popsat, které oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participant s onemocněním vyrovnávají. Z tohoto cíle vychází i hlavní výzkumná otázka: Jaké oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participant s onemocněním vyrovnávají? Pro její zodpovězení jsme formulovali tři dílčí výzkumné otázky. V následující části se zaměříme na jejich shrnutí a diskuzi.

Dílčí otázka č. 1: **Jak glaukom ovlivňuje každodenní život participantů?**

První dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na dopad glaukomu na běžné denní fungování, pracovní schopnosti a celkový režim participantů. Z rozhovorů vyplynulo, že míra ovlivnění každodenního života je velmi individuální a souvisí především s typem glaukomu, přítomností příznaků, doby od diagnostikování nemoci a osobnosti jedince. Největší změny zaznamenali participant s poúrazovým glaukomem, kteří popisovali zásadní změny běžného režimu, nutnost omezit fyzickou aktivitu a zvýšenou opatrnost při každodenních činnostech. Museli přehodnotit své pracovní návyky, začali více pracovat z domova a jeden z nich změnil svoji pracovní náplň. Objevily se obtíže s prostorovým vnímáním, s manuálními činnostmi a potřeba častější pomoci od okolí. I Glen a Crabb (2015) popisují obavy participantů z důvodu přítěže pro rodinu a přátele. Dále participant z tohoto výzkumného šetření popisovali problémy s nalíváním vody do sklenice a odhadem výšky schodů. Přesně tyto problémy popisoval jeden z našich participantů. Dva participant popisovali také zvýšenou opatrnost při řízení auta. Musejí se více rozhlížet a za šera raději nevyražení. Toto tvrzení opět potvrzují Glen a Crabb (2015), kteří popisují při řízení auta kompenzaci nedostatečného vidění právě zvýšenými pohyby hlavy a očí. Participant z jejich výzkumného šetření také nevyraží za tmy. V našem výzkumu popisují někteří participant,

že se při plánování běžných aktivit musejí řídit doporučením lékaře a aktuální zdravotním stavem. Jeden z participantů popisuje, že se musí přizpůsobovat zákrokům a lékařským kontrolám, což ovlivňuje jeho spontánnost a pocit svobody. Naopak participanti s primárním glaukomem popisují, že se jejich denní režim příliš nezměnil. I přesto dva z nich uvádějí, že jim do života zasahují pravidelné kontroly, nutnost každodenní instilace kapek a občasné nepohodlí. Tito participanti jsou schopni i nadále vykonávat své zaměstnání a věnovat se běžným činnostem. Z výzkumu Inayat et al. (2024) vyplynulo, že má glaukom významný dopad na fungování na pracovišti. Zaměstnanci s glaukomem mají vyšší míru absence a nejsou tolik produktivní. Kromě dvou participantů s poúrazovým glaukomem naši participanti neudávají zvýšený dopad glaukomu na jejich zaměstnání. To může být spojeno s tím, že nemají vidění zhoršené v takové míře, jako respondenti z výzkumu Inayat et al. (2024). S každodenním fungováním úzce souvisí i změny v oblasti sociálních vztahů. Někteří participanti popisovali, že kvůli onemocnění ztratili kontakt s přáteli nebo se záměrně vyhýbali větší společnosti. Naopak blízké vztahy se u některých participantů prohloubily. Jeden participant popisoval napjatou rodinnou komunikaci kvůli strachu ze strany rodiny. Psychický dopad onemocnění měl u některých participantů vliv na jejich každodenní fungování. Jeden z participantů kvůli klidovému režimu pociťoval frustraci a psychické vyčerpání. Pokud jde o volnočasové aktivity a životní styl, změny byly patrné v různé míře u všech participantů. Někteří uvedli, že se museli vzdát svých koníčků jako je sport, práce na soustruhu nebo jízda na motorce. Jiní naopak popisují, že si našli nové, klidnější zájmy jako je rybaření. Z výzkumu vyplynulo, že nemoc může ovlivnit i způsob, jakým jedinec přemýšlí o budoucnosti. Přestože všichni respondenti popisovali svůj výhled optimisticky, objevoval se i určitý respekt k budoucímu vývoji zdravotního stavu. Právě nejistota spojená s progresí glaukomu se jeví jako jeden z faktorů, který může zvyšovat psychickou zátěž i v běžném fungování. Celkově lze říct, že glaukom představuje pro některé jedince zásah do denního života, zatímco pro jiné znamená spíše drobnou úpravu návyků.

Dílčí otázka č. 2: Jakým způsobem participanti zvládají léčebný režim?

Tato dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na to, jakým způsobem jednotliví participanti zvládají léčebný režim a jak přistupují k pravidelné instilaci očních kapek. Z rozhovorů vyplynulo, že většina z nich bere léčbu vážně a snaží se být důslední, i když se objevují individuální rozdíly v míře dodržování léčebného režimu i v celkovém postoji k léčbě. Většina participantů popisovala instilaci kapek jako součást každodenní rutiny,

která se po určité době stala běžnou součástí dne. Jeden z participantů vzpomíná, že na začátku na kapky častěji zapomínal, v současnosti k tomu ale dochází jen výjimečně. Zapomínání se aktuálně více objevovalo ve výpovědích participantů 3 a 5, kteří přesto popisovali, že se snaží být zodpovědní. V případě participanta 5 zejména proto, že má z nemoci strach. Tento postoj se ukazuje, jako důležitý motivační prvek pro dodržování léčebného režimu. Obdobný problém popisuje i kvalitativní studie Lacey et al. (2009), kde účastníci udávali potíže s aplikací zejména v počátcích léčby, často kvůli nejistotě ohledně správné techniky instilace. Tato nejistota souvisí i s nedostatkem informací, na které si stěžovali i participanti v našem výzkumu. Blažková (2012) ve svém kvantitativním výzkumném šetření zjistila, že 100 % respondentů je dostatečně informováno. Toto tvrzení ale nebere jako objektivní a myslí si, že si účastníci informace dohledávali z internetových zdrojů. Důležitým aspektem, který může vztah k léčbě ovlivnit, jsou také vedlejší účinky. Jeden z participantů vzpomínal na nežádoucí účinky po dřívější léčbě, kvůli kterým později nechtěl upravovat svůj léčebný režim. Nyní se u něj objevuje občasné štípání a zarudnutí očí. Jiný participant si všímá zbytků kapek kolem očí, které popisoval jako obtěžující. Byly u něj popsány i výrazné vedlejší účinky po operacích, které měly dopad i na jeho pracovní výkon. Navíc u perorální medikace zaznamenává brnění končetin. Ostatní participanti vedlejší účinky léčby nezmiňovali, což naznačuje, že se vyskytují spíše ojediněle. Zajímavým zjištěním bylo, že někteří participanti mají specifická přání ohledně zjednodušení režimu. Konkrétně participant 2 by uvítal kombinované kapky, které by obsahovaly více účinných látek a aplikovaly by se pouze jednou denně. Tento požadavek odpovídá Heissigerové et al. (2023), která popisuje fixní kombinaci antiglaukomatik. Podobně Cvenkel a Kolko (2023) upozorňují, že jednoduchost léčebného režimu, snížení počtu aplikací a s tím spojený menší diskomfort mohou výrazně zlepšit dodržování léčby klienty s glaukomem. Celkově zle říct, že pokud se nevyskytnou výraznější vedlejší účinky, nepovažují participanti léčbu za významně zatěžující. Klíčové faktory, které podporují dlouhodobé dodržování režimu, jsou vnitřní motivace, snaha o udržení stabilního zdravotního stavu a zařazení léčby do každodenní rutiny. Přesto se u většiny participantů objevuje subjektivní zátěž spojená s častými lékařskými kontrolami nebo s kombinací více přípravků.

Dílčí otázka č. 3: **Jaké strategie participanti používají ke zvládnutí nemoci?**

Poslední dílčí výzkumná otázka zkoumá, jakými způsoby se jedinci s glaukomem snaží vyrovnat s diagnózou a dlouhodobým průběhem onemocnění. Výsledky ukázaly, že se

strategie zvládání liší v závislosti na osobnosti, aktuálním zdravotním stavu a délce trvání nemoci. U participantů se objevují jak aktivní způsoby zvládání, tak i pasivnější přístupy, včetně vytěšňování nemoci. Mezi nejčastěji zmiňované strategie patřilo vyhledávání klidných a příjemných činností, které pomáhají odvést pozornost od nemoci. Někteří participanté vyhledávali manuální práci, pobyt na zahradě nebo sledování televize. Jiní popisovali potřebu fyzické aktivity či zaměstnání se lehkými úkoly, jako je úklid v garáži nebo pomoc s domácností. Část participantů rovněž zmiňovala pobyt v přírodě jako prostředek k udržení psychické rovnováhy. Dva participanté konkrétně uvedli, že jim pomáhá změna prostředí a změna každodenního rytmu. Jeden z participantů naopak poukazoval na to, že se snaží dělat to co před diagnostikou a neomezuje se. Významným podpůrným faktorem se ukázaly být i mezilidské vztahy. Většina participantů vnímala jako výraznou oporu svoji rodinu nebo blízké. S tím souhlasí i studie Eni et al. (2020), která zjistila, že nigerijská populace s glaukomem nejčastěji využívá strategie jako je rodinná podpora, náboženství a aktivní zvládání nemoci. Dva participanté z našeho výzkumu také zmiňovali pozitivní vliv domácích zvířat na jejich psychiku. Emoční stabilitu napomáhalo udržovat i pozitivní naladění a humor, což bylo patrné především u jednoho z participantů, který se snažil situaci zlehčovat, což mohlo zároveň plnit i funkci obranného mechanismu. I přesto, že všichni participanté uvedli, že se s diagnózou do určité míry smířili, u jednoho z nich se objevovala přetrvávající frustrace spojená s nestabilním zdravotním stavem a neúspěšnými zákroky. V některých situacích se cítil vyčerpaný a ztrácel motivaci. Z toho důvodu si myslíme, že by byla vhodná odborná psychická podpora nebo podpůrné skupiny, které by participantovi pomáhaly situaci lépe zvládat. I studie Glen a Crabb (2015) popisuje, že by participanté uvítali možnost mluvit s někým, kdo prožívá podobnou situaci. V jejich výzkumu participanté často popisovali jako alternativu rozhovory s přítelem a rodinou, což souhlasí s naším výzkumem. Někteří participanté v našem výzkumu uváděli v počátcích onemocnění výrazné obavy a nejistotu. Popisují toto období jako velmi náročné. Tyto pocity se později často zmírnil, což odpovídá Glen a Crabb (2015), kteří poukazují na to, že doba od diagnostiky glaukomu mohla ovlivnit prožívání situace. Až poté, co s glaukomem skutečně žili, tak svůj postoj změnili. Z výpovědí participantů tedy vyplývá, že copingové strategie jsou velmi individuální. Často kombinují aktivní přístup s emočním zpracováním a opírají se o dostupné zdroje podpory. Klíčovým prvkem se jeví schopnost přizpůsobit se nové situaci a najít vlastní způsob, jak se s nemocí vyrovnat.

Shrnutí

Výzkumné šetření poskytlo hlubší pohled do toho, jak jedinci s glaukomem vnímají svůj život a jak se s tímto onemocněním vyrovnávají. Z rozhovorů vychází, že dopady onemocnění jsou individuální a souvisejí s typem glaukomu, aktuálním zdravotním stavem, délkou trvání nemoci a osobností participantů. Nejvýrazněji ovlivněné oblasti byly každodenní fungování a psychické prožívání nemoci. Někteří participanté museli přizpůsobit pracovní režim, řízení auta či běžné činnosti, zatímco jiní nepocítovali téměř žádné změny. Důležitou roli ve zvládání onemocnění hrály rodinné vztahy, aktivní přístup k léčbě a schopnost najít si copingové strategie.

Uvědomujeme si i několik omezení výzkumu. Výzkumný soubor byl tvořen pouze pěti muži ve středním věku. Z toho důvodu není možné výsledky zobecnit na širší populaci. Zejména ženy nebo starší osoby mohou situaci vnímat odlišně. Omezením může být i to, že se jednalo o výpovědi participantů s různě dlouho diagnostikovaným onemocněním a s různým typem glaukomu. I přes tato omezení věříme, že výzkumné šetření přineslo důležité poznatky, kterou mohou být přínosné nejen pro zdravotníky, ale i pro jedince, kteří se s touto diagnózou potýkají.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištění z kvalitativního výzkumu lze formulovat několik doporučení, která mohou přispět ke zlepšení péče o jedince s glaukomem a podpořit jejich kvalitu života. Tato doporučení vycházejí z výpovědí participantů a reflektují oblasti, které se v jejich zkušenostech ukázaly jako problematické.

Z rozhovorů vyplynulo, že ne všichni participanté dostávají dostatečné informace o své diagnóze, léčbě a rizicích, které s sebou glaukom nese. Z toho důvodu doporučujeme, aby lékaři věnovali větší pozornost edukaci nejen při stanovení diagnózy, ale také v průběhu další léčby. Důležitou součástí edukace by mělo být také ověření, zda jedinec daným informacím správně porozuměl. Dalším významným tématem je kvalita komunikace mezi lékařem a klientem. Participanté oceňovali, když se jim lékař věnoval, srozumitelně jim vysvětloval situaci a jednal s empatií. Naopak časté střídání lékařů, rozdílné informace a nedůvěra vůči klientovu prožívání nemoci byly vnímány negativně. Z těchto důvodů doporučujeme, aby zdravotnická zařízení minimalizovala rotaci ošetřujících lékařů a zajistila kontinuitu péče. Dále doporučujeme proškolení zdravotnického personálu v oblasti komunikace s klienty a podporu individuálního přístupu. Někteří účastníci

výzkumu popisovali i psychické dopady onemocnění, jako je strach ze ztráty zraku, nejistota ohledně budoucnosti nebo ztráta motivace. Lékaři by se měli aktivně zajímat i o psychický stav klienta a v případě potřeby nabídnout kontakt na psychologa nebo poradenské služby. Důležitá je také empatie a ujištění, že tyto obavy jsou běžné a pochopitelné. Z hlediska prevence považujeme za důležité zaměřit se na včasnou diagnostiku glaukomu. Vzhledem k tomu, že se informanti o své diagnóze dozvěděli náhodně, doporučujeme podporovat preventivní měření NOT. Především u rizikových skupin, jako jsou osoby nad 40 let či jedinci s pozitivní rodinnou anamnézou glaukomu. V neposlední řadě je třeba si uvědomit, že kvalita života není ovlivněna pouze zdravotním stavem, ale také tím, jak se s nemocí dokáže jedinec vyrovnat. Proto doporučujeme, aby součástí péče byla i podpora aktivního životního stylu a hledání vhodných volnočasových aktivit. Patří sem například doporučení vhodných sportů s nižším rizikem, pobyt v přírodě či lehké manuální práce, které mohou mít pozitivní vliv na psychickou pohodu. Zdravotníci by měli klienty aktivně podporovat v udržování denních návyků a hledání rovnováhy mezi omezeními a osobní pohodou.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, které oblasti života participantů jsou nejvíce zasaženy a jak se participanté s glaukomovým onemocněním vyrovnávají. V teoretické části jsme si přiblížili základní informace o glaukomu, možnostech léčby a o ošetrovatelské péči. V závěru této části jsme se zaměřili na problematiku kvality života a prožívání nemoci. V praktické části jsme interpretovali data získaná kvalitativní výzkumnou metodou. Data jsme sbírali pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty, kteří byli osloveni metodou sněhové koule. Výzkumný soubor tvořilo pět mužů ve středním věku s různými typy glaukomu, který měli diagnostikovaný v rozmezí do 3 do 13 let trvání. Rozhovory jsme doslovně přepsali a následně analyzovali prostřednictvím otevřeného kódování. V práci jsme stanovili jednu hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky, na které bylo možné odpovědět na základě rozhovorů. Výsledky rozhovorů a dílčí výzkumné otázky byly následně v další kapitole praktické části diskutovány.

V první dílčí výzkumné otázce jsme se věnovali tomu, jak glaukom ovlivňuje každodenní život participantů. Výsledky ukázaly, že míra ovlivnění každodenního fungování je individuální a souvisí především s typem glaukomu, délkou trvání onemocnění a mírou poškození zraku. Některým participantům nemoc zasahovala pouze mírně do běžného režimu, jiným způsobila výraznější změny. Nejvýraznější dopad na každodenní fungování popsali participanté s poúrazovým glaukomem, kteří uváděli omezení fyzické aktivity, potřebu větší opatrnosti při běžných činnostech a zvýšenou závislost na okolí. Přesto se většina participantů snažila nemoc nevnímat jako překážku, ale spíše se jí přizpůsobit.

V dílčí výzkumné otázce č. 2 jsme se zaměřovali na to, jakým způsobem participanté zvládají léčebný režim. Z interpretace dat jsme zjistili, že většina participantů léčebný režim vnímá jako rutinu a součást běžného dne. Přesto se ukázala i časová a organizační náročnost léčby, zejména kvůli častým kontrolám. Navíc se každý z participantů přiznal, že na oční kapky občas zapomene. Jako důležitý motivační prvek se ukázala snaha udržet stabilní zdravotní stav a s tím související důvěra v účinnost předepsaného léčebného režimu. Z výpovědí je zřejmé, že pokud se nevyskytly výrazné nežádoucí účinky, léčbu většina participantů zvládala bez obtíží.

V poslední dílčí výzkumné otázce jsme se soustředili na strategie, které participanté používají ke zvládání nemoci. Výpovědi ukázaly, že nejčastěji šlo o aktivní přístup k životu,

pobyt v přírodě, manuální činnosti nebo pozitivní naladění. Významnou roli hrála i podpora ze strany rodiny a blízkého okolí. Obecně lze říct, že každý z participantů si našel vlastní copingové strategie, které mu pomáhají odvést myšlenky od onemocnění. Období bezprostředně po stanovení diagnózy bývalo psychicky náročnější, provázené obavami a pocity nejistoty. Postupem času však docházelo k postupnému přijetí onemocnění.

Do budoucna by bylo možné navázat dalším výzkumem, který by zahrnoval širší spektrum participantů, včetně žen, zástupců různých věkových skupin nebo osoby s těžšími zrakovými obtížemi. Zajímavým směrem by mohlo být i zkoumání dopadu glaukomu na život osamělých jedinců či těch, kteří mají ztížený přístup ke zdravotní péči. Výsledky podobných výzkumů by mohly přispět ke zlepšení individuální podpory, edukace a celkové péče o jedince s glaukomem.

Věříme, že tato práce může být malým krokem směrem k lepší péči, větší empatii a celkovému pochopení každodenní reality těch, kteří se s touto diagnózou potýkají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABOULNASR, Tarek; SAEED, Ahmed a BEHERY, Mohamed, 2022. Glaucoma Quality of Life-15 Questionnaire to Assess the Functional Disability in Egyptian Glaucomatous Patients. Online. *BMFJ*. Vol. 39, no. Special issue, s. 24-37. Dostupné z: <https://doi.org/10.21608/bmfj.2021.24031.1214>. [cit. 2025-05-07].
- BAGHERIOVÁ, Nika; WAJDOVÁ, Brynn; FRIEDBERG, Mark a RAPUANO, Christopher, 2020. *Willsův oční manuál: Diagnostika a léčba očních chorob v praxi*. 7. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-808-6.
- BENEŠ, Pavel a VRUBEL, Martin, 2017. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 978-80-6315-264-2.
- BENEŠ, Pavel, 2015. *Přístroje pro optometrii a oftalmologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-577-8.
- BENEŠ, Pavel, 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2110-6.
- BENEŠ, Pavel; PANČOCHA, Karel a VRUBEL, Martin, 2020. *Přehled oftalmologie pro pomáhající profese*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-603-4.
- BLAŽKOVÁ, Jana, 2012. *Problematika informovanosti pacientů s glaukomem*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19947/bla%20c5%20bekov%20c3%a1_2012_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2025-05-18].
- CVENKEL, Barbara a KOLKO, Miriam, 2023. Devices and Treatments to Address Low Adherence in Glaucoma Patients: A Narrative Review. Online. *Journal of Clinical Medicine*. Vol. 12, no. 1, s. 1-20. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm12010151>. [cit. 2025-05-17].
- ČEJKOVÁ, Tereza, 2014. *GLAUKOM A JEHO VLIV NA KVALITU ŽIVOTA V ZÁVISLOSTI NA VĚKU JEDINCE*. Online, bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/dveuc/Bakalarska_prace.pdf. [cit. 2025-05-18].
- DIETZE, Jamie; BLAIR, Kyle; ZEPPIERI, Marco; HAVENS, Shane a ADAMS, Melissa, 2024. *Glaucoma (Nursing)*. Online. In: StatPearls. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568748/>. [cit. 2025-02-03].

ENI, Egbula Nkanu; EDET, Bassey Eyo; IBANGA, Affiong Andem a DUKE, Roseline Ekanem, 2020. Cross-Sectional Study on the Coping Strategies Among Glaucoma Patients Attending a Secondary Eye Clinic in Calabar, Nigeria. Online. *Clinical Ophthalmology*. Vol. 14, s. 1307-1313. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/OPTH.S242443>. [cit. 2025-05-17].

GLEN, Fiona a CRABB, David, 2015. Living with glaucoma: a qualitative study of functional implications and patients' coping behaviours. Online. *BMC Ophthalmology*. Vol. 15, no. 128, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12886-015-0119-7>. [cit. 2025-05-17].

GOLDSTEIN, Judith; BRADLEY, Chris; GROSS, Alden; JACKSON, Marylou; BRESSLER, Neil et al., 2022. The NEI VFQ-25C: Calibrating Items in the National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25 to Enable Comparison of Outcome Measures. Online. *Translational Vision Science & Technology*. Vol. 11, no. 5, s. 1-11. Dostupné z: <https://doi.org/10.1167/tvst.11.5.10>. [cit. 2025-05-07].

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

GURKOVÁ, Eva; ŠAŇÁK, Daniel; BARTONÍČKOVÁ, Dagmar; ŠAŇÁKOVÁ, Šárka a ŠTUREKOVÁ, Lenka, 2023. Specifické nástroje pro hodnocení kvality života související se zdravím u mladých pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě. Online. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Roč. 1, č. 83, s. 31-38. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccsnn202331>. [cit. 2025-05-07].

HAND, Carri, 2016. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings: Critical review of concepts and 3 tools. Online. *Canadian Family Physician*. Vol. 62, no. 7, s. 375-383. Dostupné z: <https://www.cfp.ca/content/cfp/62/7/e375.full.pdf>. [cit. 2025-05-07].

HAŠKOVÁ, Martina, 2016. *Kvalita života pacienta se zeleným zákalem*. Online, bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/76847/BPTX_2014_2_11130_0_404297_0_167974.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2025-05-18].

HEISSIGEROVÁ, Jarmila; BRICHOVÁ, Michaela; BYDŽOVKSÝ, Jan; DIBLÍK, Pavel; DUBSKÁ, Zora et al., 2023. *Oftalmologie pro pregraduální i postgraduální přípravu*. 3. akt. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-769-3.

- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.
- INAYAT, Hamza; ABDUL-NABI, Mura; LEUNG, Bernice; JIANG, Jason; ROBERTSON, Sara et al., 2024. Detrimental impact on work productivity in patients with glaucoma: a systematic review. Online. *JFO Open Ophthalmology*. Vol. 8, no. 100142, s. 1-29. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jfop.2024.100142>. [cit. 2025-05-17].
- KAUR, Kirandeep; ZEPPIERI, Marko a GURNANI, Bharat, 2024. *Primary Congenital Glaucoma*. Online. In: StatPearls. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574553/>. [cit. 2025-02-01].
- KHAZAENI, Babak; ZEPPIERI, Marco a KHAZAENI, Leila, 2023. *Acute Angle-Closure Glaucoma*. Online. In: StatPearls. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430857/>. [cit. 2025-01-31].
- KOLARČÍK, Lukáš; DEDEK, Václav a PTÁČEK, Michal, 2016. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5458-1.
- KOPECKÁ, Ilona, 2015. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
- LACEY, Jenny; CATE, Helen a BROADWAY, David, 2009. Barriers to adherence with glaucoma medications: a qualitative research study. Online. *Eye*. Vol. 23, no. 4, s. 924-932. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/eye.2008.103>. [cit. 2025-05-17].
- MAREŠ, Jiří a KEBZA, Vladimír, 2024. *PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-7430-0.
- NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava, 2019. *Přehled anatomie*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-450-7.
- NĚMEC, Pavel; KOUSAL, Bohdan a LÖFFLEROVÁ, Veronika, 2022. *Optická koherenční tomografie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-713-6.
- PAŠTA, Jiří; ANGROVÁ, Marika; BENEŠOVÁ, Žaneta; DOHNALOVÁ, Pavla; ERNEST, Jan et al., 2017. *Základy očního lékařství*. Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-2460-0.

POKORNÁ, Andrea; KOMÍNKOVÁ, Alena a SIKOROVÁ, Nikola, 2023. *OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH 2. díl*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.

RAND. *36-Item Short Form Survey (SF-36)*. Online. © 2025. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-05-07].

RŮŽIČKOVÁ, Eva, 2016. *Glaukom: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. akt. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-473-9.

SAMKOVÁ, Klára; FRICHTL, Marek; KARHANOVÁ, Marta; KOLOVRATOVÁ, Šárka; MAREŠOVÁ, Klára et al., 2024. *Sekundární glaukomy: Vybrané kapitoly*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EEZY. ISBN 978-80-88506-29-4.

SHAW, Mary a LEE, Agnes, 2017. *Ophthalmic Nursing*. Fifth edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. ISBN 978-1-4822-4977-4.

SCHUSTER, Alexander; ERB, Carl; HOFFMANN, Esther; DIETLEIN, Thomas a PFEIFFER, Norbert, 2020. The Diagnosis and Treatment of Glaucoma. Online. *Dtsch Arztebl Int*. Vol. 13, no. 117, s. 225-234. Dostupné z: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0225>. [cit. 2025-02-03].

SKORKOVSKÁ, Karolína, 2015. *Perimetrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5282-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka; PŘIKRYLOVÁ, Lucie; RÁŽKOVÁ, Ludmila a SEDLÁŘOVÁ, Jarmila, 2014. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4342-4.

ŠIŠKOVÁ, Anna, 2016. *Kvalita života pacientů s glaukomem s ohledem na úroveň informovanosti*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37699/%c5%a1i%c5%a1kov%c3%a1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2025-05-18].

ŠTROFOVÁ, Helena a PEŠKOVÁ, Hana, 2016. Nové pokroky v léčbě glaukomu. Online. *Praktické lékařství*. Roč. 12, č. 1, s. 18-25. Dostupné z: <https://doi.org/DOI:10.36290/lek.2016.005>. [cit. 2025-05-17].

ŠTROFOVÁ, Helena, 2019. *Praktický průvodce očními chorobami*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5278-8.

ŠVARŘÍČEK, Roman; ŠEDOVÁ, Klára; JANÍK, Tomáš; KAŠČÁK, Ondrej; MIKOVÁ, Marcela et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VAŇÁSKOVÁ, Eva a BEDNÁŘ, Michal, 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 14, č. 3, s. 133-135. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>. [cit. 2025-05-07].

VLKOVÁ, Eva; PITROVÁ, Šárka a VLK, František, 2008. *Lexikon očního lékařství: Výkladový ilustrovaný slovník*. Brno: František Vlk. ISBN 978-80-239-8906-9.

VÝBORNÝ, Petr, 2019. Nežádoucí účinky antiglaukomatik na oko. Online. *Klinická farmakologie a farmacie*. Roč. 33, č. 1, s. 28-31. Dostupné z: <https://doi.org/DOI:10.36290/far.2019.004>. [cit. 2025-05-17].

World Health Organization. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Online. © 2025. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>. [cit. 2025-04-16].

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Přehled základních údajů o participantech.....	36
Tabulka č. 2 Zrakový stav participantů.....	36

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DCT	Dynamic Contour Tonometer
g	Gram
GQL-15	Glaucoma Quality of Life-15
HRQoL	Health Related Quality of Life
m.	Musculus
mm Hg	Milimetr rtuťového sloupce
NEI VFQ-25	National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25
NEI VFQ-25C	Calibrating Items in the National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25
NOT	Nitrooční tlak
SF-36	36-Item Short Form Health Survey
WHO	World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Kolik Vám je let?
2. V kolika letech Vám diagnostikovali glaukom?
3. Jakým typem glaukomu trpíte?
4. Máte jiná přidružená oční onemocnění?
5. Máte glaukomové onemocnění v rodině?
6. Za jakých okolností Vám glaukom diagnostikovali?
7. Jak jste prožíval oznámení této diagnózy?
8. Jak nyní vidíte?
9. Můžete srovnat život před a po diagnóze glaukomu?
 - a. Co se změnilo?
 - b. Co zůstalo stejné?
10. Jak se s diagnózou vyrovnáváte?
 - a. Co Vám nejvíce pomohlo?
 - b. Kdo Vám byl největší oporou?
11. Jak o Vaší diagnóze smýšlíte?
 - a. Přemýšlíte o nemoci často?
 - b. Co prožíváte v souvislosti s Vaší diagnózou?
 - c. Jaké jsou Vaše obavy spojené s glaukomem a jeho možnými důsledky?
12. Jak glaukom ovlivňuje Váš osobní život?
13. Jak glaukom ovlivňuje Vaše zaměstnání?
14. Jak glaukom ovlivňuje Vaše každodenní aktivity?
15. Jak glaukom ovlivňuje Vaše zájmy, koníčky?
16. Existují nějaké konkrétní činnosti, které jste musel omezit nebo přestat dělat?
17. Jakým způsobem Vám léčba ovlivňuje každodenní život?
 - a. Máte problém s dodržováním léčebného režimu?
18. Jaké má glaukom dopady na Vaše postavení v rodině?
19. Jak glaukom ovlivňuje Vaše vnímání sám sebe?
20. Které aspekty svého života považujete za nejvíce ovlivněné tímto onemocněním?
21. Jaké kroky podnikáte, abyste se vyrovnal s možným zhoršením zraku?
22. Co Vám pomáhá zlepšit kvalitu života?
 - a. Co Vás těší, baví, co Vám vždy zvedne náladu?
23. Byl jste informován o akutním glaukomovém záchvatu?

- a. Setkal jste se s akutním glaukomovým záchvatem osobně?
- 24. Jaký předpokládáte, že by mohl být Váš zdravotní stav za deset let?
- 25. Jak by mohl vypadat Váš život za deset let?
- 26. Chcete ještě něco doplnit?