

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ZÁVAŽNÝCH ÚRAZŮ OKA

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF SEVERE EYE INJURIES

Josef LÁTKA, Karel PAULÍK

Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava, ČR
jozef.latka@fnspo.cz
Katedra Psychologie a Sociální práce
Filozofická fakulta Ostravské univerzity
Reální 5, 701 03 Ostrava, ČR
karel.paulik@osu.cz

Abstrakt

Poranění oka je jednou z hlavních příčin vážného poškození zraku, zejména u mužů v produktivním věku, u nichž nepříznivě ovlivňuje další pracovní schopnost a kvalitu jejich života. Oční trauma je velmi dramatickou a náhlou příčinou ztráty zraku. Proto je tolik obávané a mnohdy pro pacienty doslova šokující. Článek se zabývá poraněním oka v obecné rovině. Chce upozornit zejména na některé psychosociální aspekty, které se vztahují k této traumatické události. Předkládá výsledky získaných sledování a dotazování 29 respondentů se závažným úrazem oka, kteří byli léčeni v období od 1. 9. 2007 do 31. 8. 2009.

Klíčová slova: úraz oka, biopsychosociální model nemoci, psychosociální intervence

Abstract

Eye injuries are one of the main causes of serious visual impairment, especially in men of productive age, whose ability to work and quality of life are thus negatively affected. Eye trauma is a very dramatic and sudden cause of loss of sight, which is why it is so feared and – for many patients – literally shocking. This paper focuses on eye injuries on a general level. It points out several psychosocial aspects related to this traumatic event. It presents the results of monitoring and a questionnaire-based survey of 29 respondents with severe eye injuries treated between 1. 9. 2007 and 31. 8. 2009.

Key words: eye injury, biopsychosocial model of illness, psychosocial intervention

ÚVOD

Zrakem přijímáme zhruba osmdesát procent všech podnětů z okolí. Závažná oční vada či těžký úraz oka tedy mohou výrazně omezit u postiženého možnosti přijímat informace. Ostatní smysly jsou schopny kompenzovat ztrátu zraku jen z menší části. Důvody, proč lidé přicházejí o zrak, jsou různé. Specifickou příčinou, která ve svém důsledku může vést ke ztrátě zraku (částečné nebo úplné) jsou závažné úrazy oka. Traumatická poškození oka byla a jsou také v současnosti poměrně častým jevem a stále častěji postihují mladší věkové vrstvy, tzn. děti a osoby v produktivním věku. I když jsou malá rozsahem, ve svém důsledku mohou pacienta vážně poškodit, a způsobit mu tak trvalý handicap. Dá se říci, že této proble-

matice je na oftalmologických pracovištích po odborné, tzn. medicínské a ošetrovateľské stránce vñnována odpovídající pozornost. Je však otázkou do jaké míry si lékaři a ostatní pracovníci z řad nelékařských profesí, kteří se na léčebném procesu podílejí, uvědomují nutnost zvažovat dopad těchto úrazů v celé jejich šíři včetně jejich vlivu na psychiku klienta a na jeho další sociální fungování. V důsledku úrazu oka velmi často dochází k jeho funkčnímu omezení nebo k úplné ztrátě vidění. V některých případech se přistupuje k enukleaci, jež je považována za mutilující výkon s následnými kosmetickými změnami v obličeji poraněného.

Předkládaný příspěvek si klade za cíl upozornit odbornou veřejnost na změny v oblasti subjektivního prožívání, které u pacientů vyvolávají závažné úrazy oka, resp. očí. Jedná se zejména o zachycení prožitků nemocných bezprostředně po traumatu, dále pak během pobytu v nemocničním zařízení a v době následné péče. Všimá si také významných změn v kvalitě jejich života.

ÚRAZY OKA V OBECNÉ ROVINĚ

Úrazy oka představují vážný zdravotní, sociální i finanční problém na celém světě. Ve vysoce rozvinutých zemích světa tvoří jednu z nejčastějších příčin ztráty zrakových funkcí (Palacz, Oszczyk, 1986). Jen v USA je každým rokem registrováno kolem 2,4 miliónů úrazu očí. Často způsobují invaliditu zraněného a ve svém důsledku se podílejí na jeho závažných těžkostech (Gierada, Biskup, 2007). V rámci všech úrazů představují úrazy oka podle starších statistických údajů Z. Oláha (1996) 6–10 %.

Poranění oka může postihnout kteroukoliv jeho část, a přestože díky mikrochirurgii již nemusí mít toto poranění tak fatální následky, ani sebemenší úraz nelze podceňovat. Nejčastěji dochází ke zranění v dětském věku nebo v dospělosti při nedodržení bezpečnosti práce (M. Sachsenweger, R. Sachsenweger, 1998). Jedná se o poranění povrchová nebo hloubková. Podle příčiny je lze rozlišit úrazy tupým (míč, pěst, zátka apod.) či ostrým předmětem (penetrující), poškození chemickou látkou, zářením a také tepelné úrazy. Léčba závisí na závažnosti a rozsahu poranění. Drobná poranění lze po konzultaci s lékařem zvládnout i v domácím prostředí, závažnější úrazy vyžadují hospitalizaci (Synek, 2006).

Prognózu poranění určuje především jeho rozsah. Při poškození čočky je možno provést implantaci umělé náhrady, stejně jako se provádí například u šedého zákalu. Nejzávažnějším bývá poranění centra sítnice, v takovém případě je poškození nevratné. Prognóza poranění závisí nejen na rozsahu, ale i na materiálu, kterým k poranění došlo. Mezi nejzávažnější komplikace patří těžká infekce, která přináší nejen riziko pro vidění samotné, ale může pacienta ohrozit i na životě (Fišer, 2007).

ZÁVAŽNÝ ÚRAZ OKA JAKO AKUTNÍ TRAUMATIZUJÍCÍ UDÁLOST

Úraz oka (S05, poranění oka a očnice v MKN-10, 2008) představuje významný zásah do integrity organismu zraněného jedince a vede, mimo jiné, také k výrazné psychické reakci. Konkrétní podoba psychické reakce na úraz je výsledkem interakce somatického poškození s osobností nemocného. V rámci tohoto problémového okruhu je třeba zvažovat řadu dalších faktorů, které ovlivní konkrétní reakci pacienta na nemoc, resp. na úraz: věk, životní zkušenost a konkrétní situace nemocného, očekávání od terapie, informovanost nemocného, chování zdravotníků, vliv rodiny a další (Hoskocová, 2009). Výsledkem interakce těchto faktorů je určitá emocionální reakce na trauma (Baštecká, Goldmann, 2001; Heszen, Šek, 2007). Úraz oka může být součástí rozsáhlejších traumat. Pacienti s polytraumaty

hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče (JIP) mívají také řadu psychických problémů. K nim se velmi často přidružují chronické bolesti a sociální krize (viz např. B. Šestáková et al., 2003). Tělesné strádání, obavy z vážných následků a farmakologické tlumení mohou u nich vyvolat takové nadlimitní protrahované emoční zatížení, které odpovídá posttraumatické stresové poruše (PTSD). Zátěžový faktor zranění je posilován nepříznivým působením hospitalizace na pacienta, který je ošetřován na JIP nebo také na standardních klinických jednotkách daného zdravotnického zařízení. K psychologickým aspektům zdravotní péče v průběhu hospitalizace se blíže vyjadřují např. I. Heszen a H. Sęk (2007a).

Podle J. Krivohlavého (2002) můžeme na úraz či nepříznivě změněný zdravotní stav také pohlížet jako na určitou překážku na cestě zraněného člověka k jeho dříve vytyčenému cíli. Tato skutečnost se pak nutně projeví v ukazatelích jeho kvality života. Ze subjektivního pohledu je kvalita života člověka daná mírou spokojenosti s tím, jak se uskutečňují, předem stanovené životní cíle. V praxi je dosud běžné posuzovat zdravotní stav pacienta po úrazu oka a úspěšnost léčby zúžené pouze v jedné, tj. medicínské rovině. Trendem soudobé medicíny je však posuzování celkového stavu pacienta komplexněji, za pomoci i dalších aspektů (Hnilica, 2000, 2006). Přitom se uplatňuje biopsychosociální model nemoci, který Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala již v roce 1977 (Janáčková, 2008) a který bere v úvahu jak faktory biologické, tak faktory psychologické, sociální a behaviorální. Rovněž standardy JCI (Joint Commission International, 2008) požadují od zdravotnického pracoviště, které se uchází o akreditaci JCI, aby se v rámci poskytování zdravotní péče na odpovídající kvalitativní úrovni zabývalo, také psychosociální problematikou pacientů.

Biopsychosociální model nemoci je charakterizován orientací na cílový dopad (finální orientace), zajištění podmínek pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby (pacienta/klienta). Z tohoto modelu vychází multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps) (Kalová, Petr, Soukupová, Vondrouš, 2005). V současné podobě po revizi tento klasifikační systém umožňuje analyzovat a dokumentovat zdravotní stav cílové osoby ve třech základních dimenzích:

1. strukturu a funkci orgánů a orgánových systémů (fyzický stav),
2. schopnosti, aktivity a výkonnost osoby (role),
3. dopady zdravotního stavu osoby do jejich sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce).

V těchto intencích se např. sleduje, jaký postoj pacient ke své nemoci zaujal a jakým způsobem nemoc/úraz změnila jeho život. Toto vícedimenzionální hledisko se odráží v konstruktu kvalita života, resp. kvalita života ovlivněná zdravotním stavem (Slováček et al., 2004). K posuzování kvality života nemocných jsou k dispozici různé dotazníky (specifické, generické) a jejich modifikace. Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u různých skupin populace (Slováček et al., 2004; King, Roberts, 2002; Zittourn, Achard, Ruzniewski, 1999; Dragomirecká, Bartoňová, 2006; Dragomirecká, 2006a; Dragomirecká, 2006b).

Získané informace doplňují poznání lékaře a ošetřovatelského personálu o potřebách nemocného. Mohou významně přispět ke zkvalitnění péče o jeho osobu. V některých případech mohou také odhalit mechanismy, které modifikují terapeutický průběh onemocnění a konečný efekt léčby (Hnilicová, 2005; Hnilicová, Bencko, 2005).

VÝZKUM

Náš výzkum probíhal v době od 1. 9. 2007 do 31. 8. 2009 u pacientů léčených ve specializovaném zdravotním zařízení. Postoje oslovených respondentů k výzkumu byly pozitivní, prakticky jsme se nesetkali s odmítnutím spolupráce. Pacienti kladně hodnotili zájem o své

těžkosti. V rámci dotazování byl respondentům sdělen cíl šetření a základní tematické okruhy, na které budou dotazováni.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumu se zúčastnilo 29 pacientů s úrazem oka, resp. očí, kteří byli ve sledovaném období s tímto traumatem hospitalizováni a následně léčeni. Z toho bylo 27 mužů a 2 ženy. Průměrná doba hospitalizace pacientů byla 7,6 dní. Průměrný věk dotazovaných byl 37,55 let v rozpětí od patnácti do devadesáti dvou let. V lateralizaci zranění převažovalo pravé oko (OD – oculus dexter), celkem 17 pacientů (58,6 %). Levé oko (OS – oculus sinister) bylo zraněno u 10 dotazovaných (34,5 %) a 2 respondenti měli poraněné obě oči (OU – oculi utriusque), 6,9 %.

METODY

Pro sběr dat jsme ve výzkumu použili metodu semistrukturovaného rozhovoru a analýzu lékařské i ošetrovatelské dokumentace. Otázky vycházely z položek dotazníku WHOQoL-Bref (Dragomirecká, Bartoňová, 2006), který sleduje čtyři domény kvality života: fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky a dvě samostatné položky, tzn. celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Další otázky se opíraly o škálu sociální opory (Perceived *Social Support Scale*) PSSS (Blumenthal et al., 1987), zachycující oporu od blíže neurčené osoby, oporu od členů rodiny a oporu od přátel.

Dotazy v interview byly zaměřeny na prožívání úrazu zraněným jedincem ve třech obdobích. První dvě období zahrnovala situaci (1) bezprostředně po traumatické události a (2) při přijetí do zdravotnického zařízení a v průběhu hospitalizace. Během rozhovoru byly sledovány rovněž reakce nemocného na další vyšetření, jeho spokojenost s kvalitou a rozsahem informací o jejich zdravotním stavu. Třetí sledované období představovala (3) následná, resp. domácí péče s časovým odstupem tří měsíců od úrazu. V jeho průběhu jsme se zaměřovali zejména na kvalitu života a sociální oporu. Naší snahou bylo kromě zachycení případných psychických těžkostí respondentů a jejich postojů k psychologické intervenci zaznamenat změny v kvalitě jejich života, ke kterým u nich došlo v souvislosti s traumatem, a význam přičítaný sociální opoře.

VÝSLEDKY

Výpovědi o prožitkové reakci respondentů na utrpěný úraz oka (očí) získané semistrukturovanými rozhovory a ze zdravotnické dokumentace ve všech sledovaných obdobích jsme po analýze rozčlenili podle shodných znaků do několika skupin. Jejich přehled přináší tabulky 1 až 3.

Bezprostředně po úrazu, jak naznačují výsledky v následující tabulce 1, pociťovala většina respondentů bolest, údiv, bezmocnost, strach, že přestanou vidět. Více než čtyřicet procent z nich bylo šokováno, reagovali apaticky strnulostí, nebyli schopni zaměřit pozornost na něco jiného. Dalších třicet procent naopak reagovalo agitovaností, bezúčelovou pohybovou aktivitou, netrpělivostí. V tomto období všichni dotázaní považovali za velmi důležitý kontakt a komunikaci s ošetřujícím personálem (získání odpovídajících odpovědí na opakované dotazy na charakter a rozsah zranění i na další perspektivu). Přitom většina (86 %) uváděla zvýšenou vnímavost na podněty ze strany zdravotnického personálu a kritické tendence se sklonem k obviňování z nekompetentnosti až agresivnímu chování.

Tabulka 1

Bezprostřední reakce na úraz oka

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Zdůrazňování důležitosti kontaktu a komunikace ošetřujícího personálu se zraněným; důležitosti poskytování odpovědí na opakované dotazy na lékaře a zdravotní sestry týkající se charakteru a rozsahu zranění a perspektivy pacienta („co se mnou bude?“)	29	100 %
Hypersenzitivita k podnětům ze strany zdravotnického personálu, kritické připomínky, agresivní chování, obviňování z nekompetentnosti zdravotníků zvládnou jejich stav	25	86,2 %
Údiv a překvapení, prožitek bezmocnosti	21	72,4 %
Bolest	19	65,5 %
Strach o oči a vidění	16	55,1 %
Apatie, ustrnutí, zúžení vědomí a pozornosti, psychický šok	13	44,7 %
Agitovanost, neklid, bezúčelné pobíhání spojené s únikovou reakcí („když mne hned neošetříte, tak odejdu“ atp.)	9	31,0 %

Tabulka 2

Reakce a pocity zraněných respondentů, zaznamenané během hospitalizace

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Pozitivní hodnocení přístupu všeobecných sester v rámci edukace pacientů před vyšetřením, edukace o dodržování léčebného režimu v době hospitalizace a v následné péči	25	86,2 %
Nízké hodnocení tzv. informovaných souhlasů. Jejich obsah byl pro respondenty málo srozumitelný, rozsáhlý a nejasnosti jim nebyly vysvětleny	24	82,7 %
Pocit psychické nepohody a stresu v době čekání na diagnostické a terapeutické výkony, které byly u nich prováděny a po dobu čekání na sdělení výsledků doplňujících diagnostických vyšetření a vlastní terapie	21	72,4 %
Pocit osamění, nepříjemné pocity z cizího prostředí, potřeba kontaktů s blízkými osobami, hledání opory a empatie	20	68,9 %
Pocitu submisivity ve vztahu k ošetřujícímu personálu v souvislosti s hospitalizací a rolí pacienta, v níž se nenadále octli	19	65,5 %
Pocit, že lékařem poskytované informace jsou neúplné a nedostatečné, málo konkrétní, málo srozumitelné pro užívání odborné terminologie	17	58,6 %
Pocit formálního a chladného profesionálního jednání ze strany ošetřujícího personálu	15	51,7 %
Pocit, že nedostali validní informace o důsledcích úrazu	15	51,7 %

Z tabulky 2 je patrné, že si respondenti poměrně často stěžovali na to, že během hospitalizace nedostali dostatečné, validní a úplné informace, konkrétní a srozumitelné o svém poškození i jeho důsledcích, na to, že nerozumí užívané odborné terminologii i na to, že zdravotnický personál s nimi jedná spíše formálně a s profesionálním odstupem a oni se cítí být vůči personálu v submisivním postavení. Zřetelnou nespokojenost bylo možno zaznamenat s nutností dlouho čekat na diagnostické a terapeutické výkony a oznámení jejich výsledků i s prostředím celkově působícím cizí a vyvolávajícím pocity osamění. U velké části respondentů byl také zaznamenán kritický postoj k nadměrnému rozsahu, nízké srozumitelnosti a nejasnosti informovaných souhlasů, jejichž obsah jim nebyl dostatečně vysvětlen. Naopak pozitivní dojem vyvolával u většiny dotázaných pacientů přístup všeobecných sester

při objasňování vyšetřovacích postupů a léčebného režimu a u více než třetiny také možnost kontaktu se sociální pracovnící.

Tabulka 3

Prožívání pacientů s úrazem oka po třech měsících

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Změny při zvládnání některých činností v souvislosti se změnou prostorového vidění: nepřesné odhadování vzdáleností v běžných činnostech (jídlo, osobní hygiena), chůze ze schodů, vrážení do překážek atd.	29	100 %
Pocit respondenta, že v souvislosti se zraněním oka (očí) mu osoby blízké a přátelé v různém stupni poskytují sociální oporu	24	82,7 %
Nespokojenost se zdravotním stavem a s adaptací na změny v souvislosti s úrazem	23	79,3 %
Obavy o vidoucí oko a pocit ohrožení z úplné ztráty zraku do budoucna	22	75,8 %
Existenční starosti o sebe a rodinu, obavy z budoucnosti	21	72,4 %
Pocit respondentů, že poskytovaná sociální opora a jiná pomoc mu výrazně pomáhá v adaptaci na změny způsobené zraněním oka (očí)	20	68,9 %
Změny ve volnočasových a sportovních aktivitách	18	62,0 %
Obavy ze změny v zaměstnání, ztráty zaměstnání, rekvalifikace na jinou práci, resp. profesi, obavy z invalidizace	17	58,6 %
Obavy, že v budoucnu nezvládne řízení motorového vozidla	16	55,1 %
Změny v sociálních vztazích, sociální izolace	11	37,9 %
Depresivní ladění, stavy úzkosti, rozmrzelosti a beznaděje, poruchy spánku	10	34,4 %
Pocit psychického diskomfortu, obavy ze stigmatizace v případě, že budou o svých psychických těžkostech hovořit, nedostatek informací o psychologických službách	10	34,4 %
Poruchy spánku	6	20,6 %

Z rozhovorů při kontrolním vyšetření po třech měsících od hospitalizace na ambulanci Oční kliniky FNO je patrné, že pacienti v důsledku zranění oka pociťovali různé těžkosti. Ty se dají vztáhnout ke čtyřem doménám kvality života: fyzickému zdraví, duševnímu zdraví, sociálním vztahům a životním podmínkám. O negativní změně v těchto oblastech kvality života hovořilo celkem 27 respondentů, tj. 93 % dotazovaných pacientů s úrazem oka. Pouze dva respondenti (osmnáctiletý muž a sedmnáctiletá žena), u kterých byla prognóza zachování vizu na zraněném oku (s jistou opatrností) příznivá, významné změny v kvalitě života neuváděli. Ke změnám došlo rovněž v oblasti jejich sociálního fungování. Přes 80 % respondentů konstatovalo, že jim blízcí lidé poskytují sociální oporu právě v souvislosti s jejich zraněním, což jim (téměř v 70%) výrazně pomáhá adaptovat se na změny spojené s úrazem.

U deseti respondentů (34,4 %) s těžším poraněním oka (obou očí) se vyskytly po úrazu psychické problémy. Jednalo se zejména o anxiету, deprese a poruchy spánku, které se dají po úrazu hodnotit v rámci MKN-10 (2008) jako symptomy postraumatické stresové poruchy.

Respondenti poukazovali na to, že když se pokusili své nepříjemné pocity lékaři sdělit, bylo jim zpravidla řečeno, že „při vašem zranění je to obvyklé, psychické potíže se časem upraví“.

DISKUSE

Výzkum potvrdil zátěžový charakter traumatu oka (očí) pro zraněného, širší dopad na psychiku pacientů a výrazný vliv na změny v jejich kvalitě života. Naše výsledky v tomto smyslu v podstatě odpovídají tomu, o čem se k psychickým následkům úrazů a k hodnocení ztížení společenského uplatnění blíže vyjadřují např. P. Pavlovský a L. Šrutová (2009). Významným faktorem pro nemocného je stálý kontakt pacienta se zdravotnickým personálem, dostatečná, srozumitelná a komplexní informovanost nemocného o jeho těžkostech. Šetřením bylo zjištěno, že psychické nepohodě spojené u většiny pacientů se zraněním oka (očí) nebyla ze strany ošetřujícího personálu – alespoň podle názoru pacientů – vždy věnována odpovídající pozornost. Naopak byla tato nepohoda nezdědka ještě zesilována podmínkami v léčebném zařízení. Pacienti postrádali komplexní přístup k řešení svých obtíží a dostatek informací. Úzkost, emoční napětí či deprese jsou zpravidla lékaři považovány za soukromou věc pacienta, které není nutné věnovat pozornost, pokud jim ovšem již nelze přiřadit některou z psychiatrických diagnóz. Jakoby stále panovalo všeobecné přesvědčení, že tělesné stonání je nepříjemné, vyžadující úlevy a ohledy, zatímco na psychické poruchy je stále pohlíženo s jistým ostychem či despektem. Někteří pacienti proto raději svoje psychické obtíže neuvádějí, i když mohou působit i poměrně dlouho po prodělaném traumatu jako symptomy postratumatické stresové poruchy (srovnej Backhaus, Riemann, 2003; Kosová, Praško, 2002; Praško, Vyskočilová, Šlepecký, 2007 a další).

Sledované úrazy jsou spojeny u většiny respondentů se zhoršením kvality života i se změnami v oblasti jejich sociálního fungování. Výzkum potvrdil význam sociální opory pro úspěšné zvládnutí traumatu a změn, které pro zraněného jedince trauma přináší, resp. představuje.

Lze říci, že v poslední době sledujeme jak v lékařské, tak i v psychologické literatuře zvyšující se důraz na požadavek intervence nejenom ve prospěch života, ale také ve prospěch jeho kvality (Hnilicová, 2005). V těchto intencích by měla působit i psychosociální intervence. Její snahou je zaměřit se na fyzické a psychické fungování strádajícího jedince. Zraněnému má napomoci ve vytváření dobrých sociálních vztahů tak, aby po vhodných úpravách a adaptaci, mohl vykonávat svoje původní povolání nebo se na nějakou práci, resp. činnosti, rekvatifikoval. Svým působením má zmírnit nepříznivé následky, které jsou spojeny s úrazem a změnou zdravotního stavu. Za jeden z nezbytných předpokladů úspěšné léčby lze považovat názorovou shodu mezi lékařem a pacientem nejen o příčinách a důsledcích zranění, ale i o způsobech jejich léčení.

Poznatky získané analýzou dat z našeho výzkumu do jisté míry naznačují, že při léčbě pacientů s úrazem oka dosud nelze považovat alespoň v podmínkách sledovaného zařízení poskytování psychosociální intervence za zcela uspokojivé. Z výpovědi dotázaných pacientů lze soudit na existenci nedostatků, které neodpovídají biopsychosociálnímu modelu nemoci, jak ze strany lékařů, tak i ze strany pracovníků nelékařských oborů.

ZÁVĚR

Naše výsledky získané na jednom pracovišti a u poměrně malého souboru respondentů nelze zobecňovat. Zjištění, že respondenti v důsledku traumatu oka mají v různém stupni identifikovatelné psychické těžkosti, změny v sociálním fungování a i změny v dosavadní kvalitě života, v podstatě odpovídají klinickým zkušenostem a výsledkům dalších autorů. Pozornost budí spíše to, že naši respondenti mají pocit, že jejich problémy nejsou lékaři a pracovníci nelékařských oborů řešeny komplexně, tzn. v souladu s biopsychosociálním modelem nemoci. Proto je třeba více prosazovat odpovídající formy psychosociální intervence a dále

s nimi seznamovat odbornou a pacientskou veřejnost. Předložené výsledky považujeme jen za malou sondu do medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky spojené s traumatem oka a očí. Získané poznatky by mohly být využity v rámci snahy o zkvalitňování komplexní péče o pacienty, kteří v důsledku zranění oka či očí, mají nevratné změny v oblasti zrakových funkcí a vnímání zrakem.

POUŽITÁ LITERATURA

- BACKHAUS, J., RIEMAN, D. *Poruchy spánku*. Trenčín : Pokroky v psychoterapii, Vydavatelství F, 2003, s. 8-9.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha : Portál, 2001, s. 239-296.
- BLUMENTHAL, J. A. et al. Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 1987, 49, s. 331 - 340.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006, 92 s.
- DRAGOMIRECKÁ, E. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 2006a, 10, 2, s. 68-73.
- DRAGOMIRECKÁ, E. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-Bref. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie* 2006b, 10, 3, s. 144-149.
- FIŠER, I. Úrazy zadního segmentu. In *Oční lékařství*. Praha : Grada, 2007, s. 358-369.
- GIERADA, M., BISKUP, M. Epidemiologia i klasyfikacja urazów mechanicznych gałki ocznej. *Studia Medyczna Akademii Świętokrzyskiej, Kielce*, 2007, č. 6, s. 43-51.
- HESZEN, I., SEK, H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa : Wydawnictwo naukowe PWN 2007, s. 210-224.
- HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Čs. Psychologie*, 2000, roč. 44, 5, s. 385-403.
- HNILICA, K. Vliv socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Čs. psychologie*, 2006, roč. 50, č. 1, s. 16-35.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005, s. 205-216.
- HNILICOVÁ H., BENCKO V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 2005, roč. 85, č. 11, s. 656-660.
- HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. Praha : Karolinum, 2009, s. 20-21.
- JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha : Triton, 2008, 100 s.
- JOIN COMMISSION INTERNATIONAL: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, překlad 3. vydání. Praha : Grada, 2008, 312 s.
- KALOVÁ, H., PETR, P., SOUKUPOVÁ, A., VONDROUŠ, P. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle nejnovějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2005, č. 19, s. 165-168.
- KING, J. T., ROBERTS, M. S. Validity and reliability of the Short Form-36 in cervical spondylotic myelopathy. *Journal Neurosurg.*, 2002, roč. 97, č. 2, Suppl., s. 180–185.
- KOSOVÁ, J., PRAŠKO, J. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. In *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002, s. 501- 506.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002, s. 96-109.
- KUCHYNKA, P. et al. *Oční lékařství*. Praha : Grada, 2007, s. 386.

- MACIEJEWICZ, P., KĘCIK, T., KOPACZ, D. Najczęściej spotykane urazy oczu. *Terapia*, 2000, s. 11.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize (MKN-10). Aktualizovaná druhá verze. Praha : BOMTON agency, 2008, 860 s.
- OLÁH, Z. *Zrak v životě člověka*. Bratislava : LITERA, 1996, s. 133-142.
- PALACZ, O., OSZCZYK, U. Analiza urazów oczu chorych leczonych w latach 1975-1984. *Klinika Oczna*, 1987, č. 77, s. 363-365.
- PAVLOVSKÝ, P., ŠRUTOVÁ, L. Psychické následky úrazů a hodnocení ztížení společenského uplatnění. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2009, roč. 105, č. 2, s. 68-70.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., ŠLEPECKÝ, M. Reakce na stres a posttraumatická stresová porucha. In *Konziliární psychiatrie*. Praha, MEDICAL TRIBUNE CZ a Galén, s. 114-124.
- SACHSENWEGER, M., SACHSENWEGER, R. *Náhlé stavy v oftalmologii*. Martin : Osveta, 1998, s. 99-131.
- SLOVÁČEK, L. et al. Kvalita života nemocných – jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. 73, č.1, s. 6-9.
- SYNEK, S. Úrazy oka. In: *Oční lékařství*. Praha : Galén Karolinum, 2006, s. 299 – 309.
- ŠESTÁKOVÁ, B. et al. Specifická posttraumatická stresová porucha v intenzivní péči. In: *Psychologické dny 2002 „Kořeny a vykořenění“*. Olomouc : Psychologický ústav AVČR, 2003, s. 457-459.
- ZITTOURN, R., ACHARD, S., RUSZNIEWSKI, M. Assesment of quality of life during intensive hemothepary bone marrow transplantation. *Psychooncology*, 1999, roč. 8, č. 1, s. 64–73.