

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Individuální kvalita života osob s věkem podmíněnou makulární
degenerací (VPMD)**

**The individual quality of life of persons with the age-related macular
degeneration (AMD)**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Marcel Kresta

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2012

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Individuální kvalita života osob s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD)“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění.

Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích.

Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem“

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval lékařům a sestrám v Gemini centru ve Zlíně a to hlavně prim. MUDr. Pavlu Čejkovi, dále bych chtěl poděkovat za spolupráci MUDr. Karlovi Pavelkovi a v neposlední řadě MUDr. Danielovi Němečkovi za pomoc a poskytnutí možnosti sběru dat a odborných konzultací. Dále bych rád poděkoval Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady.

Obsah

Úvod.....	5
1. Kvalita života.....	7
1.1 Historie.....	7
1.2 Vymezení pojmu „kvalita života“.....	8
1.3 Sociální pojetí kvality života.....	10
1.4 Psychologické pojetí kvality zdraví.....	11
1.5 Pojetí kvality života v medicíně.....	11
1.6 Dimenze kvality života.....	12
1.7 Měření kvality života.....	14
1.8 Přehled nástrojů měření kvality života.....	15
1.8.1 Objektivní metody.....	15
1.8.2 Subjektivní metody.....	16
1.8.3 Smíšené metody měření kvality života.....	17
1.9 Kvalita života u lidí s věkem podmíněnou makulární degenerací.....	17
2. Věkem podmíněná makulární degenerace – VPMD.....	19
2.1 Klasifikace zrakového postižení.....	19
2.2 Zrakový vjem.....	20
2.3 Anatomie sítnice.....	21
2.3.1 Žlutá skvrna (macula lutea).....	22
2.3.2 Výživa sítnice.....	22
2.4 Epidemiologie VPMD a rizikové faktory.....	22
2.4.1 Rizikové faktory.....	23
2.5 Klasifikace a klinický obraz VPMD.....	25
2.5.1 Klinické projevy přirozeného procesu stárnutí sítnice.....	25
2.5.2 Klasifikace VPMD.....	26
2.5.2.1 Suchá forma.....	26
2.5.2.2 Vlhká forma.....	27
2.6 Vyšetřovací metody.....	28
2.7 Terapie VPMD.....	29
2.7.1 Terapie suché formy.....	29
2.7.2 Terapie vlhké formy.....	29
3. Výzkumná část.....	30
3.1 Cíl výzkumu.....	30
3.2 Výzkumné studie zabývající se kvalitou života u pacientů s VPMD ve světě.....	30
3.3 Cílová skupina výzkumu.....	31
3.4 Metoda WHOQOL- BREF.....	31
3.5 Hypotézy.....	32
3.6 Výsledky a analýza výzkumu.....	33
3.6.1 Pohlaví respondentů.....	33
3.6.2 Věk respondentů.....	34
3.6.3 Vzdělání respondentů.....	35
3.6.4 Ověřování hypotéz.....	36
3.6.4.1 Hypotéza H1.....	36
3.6.4.2 Hypotéza H2.....	39
3.6.4.3 Hypotéza H3.....	40
3.6.4.4 Hypotéza H4.....	41
3.6.4.5 Zhodnocení platnosti hypotéz.....	44
3.7 Diskuse.....	45

Závěr	47
Souhrn	48
Seznam použité literatury	49
Seznam zkratk	51
Seznam tabulek, grafů a obrázků	52
Seznam příloh	53

Úvod

Motto:

„Život neznamená jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis

Zrak je jedním z pěti smyslů člověka, který pomáhá člověku přežít. Můžeme říct, že zrak je pro člověka nejcennějším a nejdokonalejším smyslem. Bohužel během stárnutí se většinou kvalita zraku zhoršuje. Zhoršená kvalita zraku znesnadňuje člověku jeho každodenní normální život. Starší lidé přicházejí o své oblíbené koníčky, jako je četba knih, časopisů, nemohou sledovat televizi, či divadelní představení, často nepoznávají své známé, sousedy, mohou si připadat dezorientovaně a obávat se vycházet ven. Dá se proto předpokládat, že zhoršení kvality zraku povede i ke snížení kvality života u těchto lidí a dosti často i u jejich rodinných příslušníků.

Naštěstí trendem moderní medicíny je léčba očních onemocnění, a tím napomáhat lepšímu zraku i u starších lidí. Jedno z onemocnění, které souvisí s věkem, je věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD). VPMD je onemocnění, které postihuje žlutou skvrnu a způsobuje tak postupnou ztrátu centrálního vidění.

VPMD je řazena mezi nejčastější příčiny legální slepoty ve stáří a ve vyspělých zemích postihuje 10 až 15 % populace starší 60 let. V České republice v současné době toto onemocnění ohrožuje na 515 tisíc lidí. Dá se říct, že každému dvacátému člověku hrozí praktická slepota, jejíž příčinou je makulární degenerace (Karel, Záhlava, 2004).

Jen málokdo z nás si toto nebezpečí uvědomuje a připouští. Informovanost české populace není na takové úrovni jako v jiných vyspělých zemích. Bohužel zdravotnická osvěta je přímo žalostná, a to vede k tomu, že naprostá většina nemocných přichází ke svému očnímu lékaři na vyšetření příliš pozdě, tedy už s pokročilým stádiem VPMD. Přichází v době, kdy již nelze aplikovat účinnou léčbu, neboť tato léčba přináší jen chabé výsledky v podobě pouhého zpomalení progresu choroby či jejího zastavení. Nemluvě o tom, že léčba pokročilých stavů je ekonomicky mnohem náročnější. Oproti tomu léčba časných stádií VPMD je úspěšná, méně nákladná a může vést i k návratu zrakové ostrosti (Ernest, Fišer, Kolář, 2007).

Cílem mé práce je analyzovat kvalitu života pacientů s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD) a srovnat výsledky této analýzy s výsledky analýzy u stejně

vyrovnaného vzorku (věk, pohlaví a vzdělání) z populace osob bez VPMD. Chci zjistit, do jaké míry se bude lišit kvalita života těchto nemocných, dále mne zajímá, jaký vliv má na kvalitu života dosažené vzdělání a věk pacientů.

Práce je rozdělena do dvou celků. V první, teoretické části rozebírám různé pohledy na kvalitu života a možnosti měření kvality života. Představím podrobněji onemocnění VPMD – věkem podmíněnou makulární degenerací. Druhá část se věnuje vlastnímu výzkumu. Jsou zde specifikovány výzkumné hypotézy, vlastní vyhodnocení testového dotazníku WHOQoL-BREF a závěrečné shrnutí.

1. Kvalita života

Výzkumy kvality života se během posledních desetiletí dostaly do popředí nejen psychologie, ale i mnoha dalších vědních oborů, jako jsou sociologie, politologie, kulturní antropologie, ekonomie a mnoho dalších (Mareš, 2006). „Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, v biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy“ (Mareš, 2006, s. 11). Kvalita života je hledání a poznávání faktorů, které jsou zodpovědné za prožití smysluplného a šťastného života (Hnilicová, 2005).

1.1 Historie

První zmínky o koncepci kvality života se objevují již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojena s osobnostmi Asklépia a Aeskulapa. Vlastní termín „kvalita života“ poprvé použil A. C. Pigou, ve své práci z roku 1920, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. V psychologii se setkáváme s pojmem ‚kvalita života‘ koncem 30. let 20. století, v této době stoupá zájem o nové přístupy v oblasti lidského myšlení. Pojem ‚kvalita života‘ byl do psychologie zaveden Edwardem Thorndikem (Payne, 2005).

Kvalita života je ideově zakořeněná již v osvícenském myšlení 18. století, kde se stává život smyslem existence. Klíčovými hodnotami se stávají štěstí a seberealizace, je kladen důraz hlavně na jedince. Společnost se bere jako prostředek k vytváření příznivých podmínek k životu. 19. století pak manifestuje toto přesvědčení v utilitaristické etice, která požaduje „co největší štěstí pro co nejvíce lidí“. 20. století bylo inspirováno těmito myšlenkami k pokusům o vymýcení sociálních neduhů a vedly ke vzniku sociálních států. Vznik nových sociálních států byl veden snahou zajistit každému dobrý materiální standard života (Payne, 2005).

V 60. letech 20. století se objevuje pojem kvalita života na politické scéně. Tehdejší americký prezident L. B. Johnson ho zmínil v jednom ze svých projevů ve smyslu zlepšování kvality života Američanů. Chtěl tím říci, že ukazatel společenského blaha není prostá kvalita spotřeby, ale skutečnost, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V Evropě tento pojem uvedl do svého programu Římský klub, což byla nevládní organizace založená 1968 ve Švýcarsku, kritizující negativní tendence kapitalistické společnosti. Měl za cíl zvyšování úrovně kvality života lidí. Určité myšlenky tohoto klubu jsou aktuální i dnes, např. utváření globálního společenství se projevuje v dnešní době jako proces globalizace (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Mezi další Evropany, kteří postavili svůj

politický program na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany, patřil v 70. letech německý sociální demokrat Willy Brant.

Jedna z prvních monografií o kvalitě života se objevuje u hodnocení života starých a chronicky nemocných pacientů. V 70. letech se mnoho publikací zabývá definováním kvality života. Jako hlavní problémem se ukázalo stanovení indikátorů skutečné kvality života. To vedlo až k vytvoření časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research), který od roku 1974 začal vycházet v USA a Nizozemí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Při zkoumání indikátorů existují tři hlavní přístupy ke konceptualizaci kvality života:

1. Skandinávský přístup - je zaměřen na zjišťování objektivních podmínek životní úrovně nebo podmínek života, které jsou pokládány za nezbytné pro kvalitní život.
2. Americký přístup – zkoumá subjektivní dimenze, tj. praxe kvalitního života jako takového.
3. Německý přístup – je pokusem o spojení předchozích dvou přístupů (Payne, 2005).

V České republice se kvalitou života zabývá od 80. let 20 století Jaro Křivohlavý, dále bývá tento pojem spojován s psychiatrickým centrem v Praze s Evou Dragomireclou, mezi další odborníky na kvalitu života patří Iva Šolcová a Vladimír Kebza. Ve Slovenské republice se kvalitou života zabývá Damián Kováč, který vytvořil vlastní tříúrovňový model kvality života.

V současné době se kvalita života včlenila jako nedílná součást do všech vědních oborů. „Jde o prolínající se, i když ne identické jevy, jimž věnují pozornost psychologové, sociologové a lékaři“ (Payne, 2005, s. 301).

1.2 Vymezení pojmu „kvalita života“

Pojem „kvalita života“ se skládá ze dvou slov „kvalita“ a „život“. Slovo kvalita pochází z latinského „qualitas“, což znamená jakost, hodnota – např. dobrá, prvotřídní či naopak špatná. Život je vyjádřen obecně, jako život určitého druhu jedinců, v tomto případě jde o život lidský.

Pod pojmem kvality života si můžeme představit žádoucí, cílovou představu, jak by měl náš život vypadat, jak bychom ho měli prožít. Kvalitou se rozumí charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka). Názory na kvalitu života jsou však rozdílné. I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí v něčem jiném (Křivohlavý, 2002).

Přestože byla vytvořena celá řada definic kvality života, žádná z nich se dosud nepovažuje za všeobecně přijatelnou. Lze však říct, že mají jedno společné a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince (Kebza, 2005).

Kvalitu života můžeme definovat také výčtem čtyř oblastí spokojenosti podle Bludena, je to fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti) a sociální pohoda, tj. sounáležitost ke společnosti (Dregomerická, Škoda, 1997).

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, kulturní zázemí, atd. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Pohlížíme-li na kvalitu života jako na život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Celá tato problematika se může mapovat ve třech hierarchicky odlišných rovinách: v makro – rovině, mezo – rovině a personální rovině (Křivohlavý, 2002):

- v makro – rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků, kterými mohou být země, kontinenty a podobně. Jde o zamyšlení nad problematikou smyslu života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí ve své definici respektovat tento záměr. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah.
- v mezo – rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, např. škol, nemocnic, domovů důchodců atd. Zde nejde jenom o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb člověka v dané sociální společnosti, existence sociální opory, sdílených hodnot atp.
- osobní rovina je definována nejjednoznačněji, jako život jednotlivce, individua. Týká se každého z nás jednotlivě. Jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí. Do hry tak vstupují individuální hodnoty – pacientovy představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života.

Definice kvality života se většinou formulují z hlediska možnosti realizace osobních plánů. Mnozí autoři se shodují na tom, že posuzování kvality života je velice subjektivní. Kvalita života se vyjadřuje určitou mírou nebo stupněm proměnné, kterou chceme sledovat (Payne, 2005).

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i celých společenství“ (Payne, 2005, s. 207).

Dá se říct, že kvalitou života může být vlastní pohled člověka na vnímání svého postavení ve společnosti a vliv podmínek a zdravotního stavu.

Podle Křivohlavého (2002) ke zkoumání kvality života můžeme v zásadě přistoupit třemi způsoby:

1. přístup a sledování kvality života v psychologii,
2. přístup a sledování kvality života v sociologii,
3. přístup a sledování kvality života v medicíně.

Pokud bychom se snažili postihnout kvalitu života v širším slova smyslu, můžeme uvést tři důležité aspekty kvality života, tzv. „tři pilíře štěstí“: „kompetence – pocit, že umím a jsem s to dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní; autonomie – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou; nalomenost – cítím se být svázán s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, to znamená, že si sám sebe vážím.“ (Payne, 2005, s. 210-211)

1.3 Sociální pojetí kvality života

V sociologii je termín kvality života používán pro odlišení podmínek života. Sociologie se zabývá atributy sociální úspěšnosti, kterými jsou například majetek, vzdělání, příjem, rodinný stav. Zkoumá jejich vztah ke kvalitě života jako k subjektivnímu pocitu. V sociologii se pohlíží na kvalitu života především jako na záležitost hodnot. Tyto hodnoty jsou do jisté míry ovlivňovány osobní volbou, ale vymezení toho, co je správné, a co je špatné, je většinou diktováno společností a danou kulturou (Vad'urová, Mühlpachr, 2005).

„Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s QoL přímo souvisejí, ale nemohou být ztotožňovány“ (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

Jako jednu z důležitých součástí kvality života vnímáme sociální vztahy, sociální jistotu a sociální zabezpečení. Nedostatečné a špatné socioekonomické podmínky mají nemalý význam na kvalitu života lidí a tím i na jejich zdraví.

1.4 Psychologické pojetí kvality zdraví

Psychologický přístup k hodnocení kvality života klade důraz na subjektivní prožívání a hodnocení daného jedince.

Psychologie vytváří konceptualizaci toho, co pojem „kvalita života“ nalézá:

- spokojenost se životem – hledá to, co činí člověka spokojeným, co vede ke spokojenosti, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí;
- prožívaná subjektivní pohoda – hodnotí emoce a nálad;
- štěstí – všeobecné hodnocení kvality života jako takové.

Psychologie uvažuje o kvalitě života v mezích afektů, nálad, osobnostních rysů a také postojů. Operacionalizována pak bývá jako prožitek, který trvá po určitou dobu, spíše delší dobu, než jsou okamžiky či dny. Avšak tento prožitek obsahuje i proměnlivější charakteristiky, které souvisejí s aktuálním psychickým stavem, s reakcemi na životní události, určitou proměnlivost a dynamiku nálad (Šolcová, Kebza, 2004).

1.5 Pojetí kvality života v medicíně

Pojem kvalita život se objevuje v medicíně od 70. let minulého století, upozorňuje, že je potřeba při rozhodování brát ohled i na to, jak a která léčba na pacienta působí, nakolik mu pomáhá a umožňuje zachovat nezávislost a vykonávání běžných životních rolí.

V medicíně a ve zdravotnictví se nejčastěji setkáváme s definicí, jež vychází z pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). WHO ve své definici uvádí, že kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Jedná se o velmi široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Ve zdravotnictví obecně a u jednotlivých medicínských oborů má pojem kvalita života své specifické označení – HRQL (Health-Related Quality of Life). V rámci HRQL se vymezuje a zohledňuje vztah ke zdraví. Však ani teoretické vymezování HRQL neudává jednotný směr, mnozí autoři se mu v rámci empirických studií nevěnují a pokud ano, tak pouze okrajově. Americké Centrum pro prevenci a léčbu nemocí definuje HRQL:

„HRQL zahrnuje ty aspekty kvality života, o niž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a

socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav“ (Centres, 2000, in Mareš, Marešová, 2006, s. 30.).

HRQL porovnává ze subjektivního hlediska, jak skutečně jedinec prožívá onemocnění jeho interními kritérii, jak zvládá sociální role vůči stavu, který považuje za ideální. (Vaňurová, Mühlbacher, 2005). Ale v současnosti se odborníci více přiklání k subjektivnímu měření kvality života, označovaného jako QoL – Quality of Life, která je pro život jednotlivce zásadní a určující (Křivohlavý, 2002).

1.6 Dimenze kvality života

Většina autorů rozděluje teorie kvality života na jednotlivé dimenze. Payne (2005) uvádí, že kvalita života je posouzení vlastního pocitu pohody ve dvou dimenzích a to subjektivní a objektivní. Kdy objektivní dimenze splňuje základní materiální a sociální podmínky pro život, sociální status a fyzické zdraví. Jedná se o souhrn sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince (Vaňurová, Mühlbacher, 2005).

Jánský (2001, in Vaňurová, Mühlbacher, 2005) uvádí, že kvalita života je tvořena rozsáhlou oblastí činitelů, kteří jsou rozděleni do dvou základních dimenzí, které nazývá vnitřní činitelé a vnější činitelé:

- *Vnitřní činitelé:* do této skupiny patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti jedince.
- *Vnější činitelé:* jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. „Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života.“ (Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s. 18)

WHO člení oblasti života dle vlastní definice, která vystihuje dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, národnost nebo postižení. Tyto dimenze jsou celkem čtyři:

- *první dimenze* – je fyzické zdraví, míra samostatnosti, spadá pod ni energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat, atd.
- *druhá dimenze* – obsahuje psychické zdraví a spiritualitu, zahrnuje sebepojetí, negativní pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, atd.
- *třetí dimenze* – obsahuje sociální vztahy: osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita, atd.

- *čtvrtá dimenze* – představuje prostředí: sem spadají finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost služeb (zdravotní a sociální služby), domácí prostředí atd. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Vymětal (2003) navíc ještě uvádí, že na kvalitu života může být nahlíženo jako na míru, v níž člověk využívá životní možnosti. Subjektivní kvalita života vychází ze všeobecné spokojenosti s vlastním životem, z kognitivního hodnocení a emočního prožívání. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Při posuzování subjektivní pohody se nejčastěji užívá pojetí, které má další dvě dimenze:

- *kognitivní* – kdy jde o racionální hodnocení kvality života, hodnotí se, jak je člověk celkově spokojený se svým životem;
- *emocionální* – jedná se zejména o citové prožívání, hodnotí se, zda převládají pozitivní či negativní emoce. (Payne, 2005)

Individuální kvalitu života nelze jednoznačně určit pouze posouzením objektivních ukazatelů, ale stále důležitým ukazatelem zůstává jedinec, který dává svému životu význam a on sám může posoudit subjektivní kvalitu života. „Subjektivní a objektivní hodnocení QoL poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

Další z autorů, který usiluje o komplexní pojetí kvality života, je slovenský psycholog Damian Kováč (2004) který ve svém tříúrovňovém modelu, vidí fenomén, který se projevuje v psychické reflexi člověka jako přetrvávající pocit spokojenosti, z dlouhodobého hlediska jako pohoda a chvíle štěstí. To vše podporuje kognitivní, emoční a motivační potenciál daného člověka. Kvalitu života utváří multifaktoriální komplex vlivů a determinantů, avšak psychickou regulaci ovlivňují jen některé, v souladu s uznávanými hodnotami ve vývoji. Podle Kováče (2004) je kvalita života navzájem propojena třemi úrovněmi:

- *bazální-všelidská* – somatický stav, fungování psychické, stav rodiny, materiálně – sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život;
- *mezo- úrovní* – civilizačně – individuální, jde o osobní rovinu kvality života;
- *meta-úrovní* – kulturně – spirituální, bývá tvořena novými kvalitami bazální a mezo úrovně.

Dá se říct, že člověk může prožívat kvalitní život, i když na bazální úrovni není zcela uspokojen (např. je nemocný), ale na vyšší úrovni (např. v rovině duchovní) je uspokojen. Zdrojem životní spokojenosti tak můžou být: sociální vztahy a péče o druhé (manželství, děti), intimní vztahy (sexualita), vztah k prostředí (bydlení, práce, koníčky), vztah k sobě samému (vlastní sebehodnocení, péče o sebe) nebo spiritualita, tj. víra, morální a osobnostní přesvědčení (Kováč, 2001).

1.7 Měření kvality života

V dnešní době se dá říct, že sjednocení měřících postupů je stejně obtížné jako vytvoření jednotné definice kvality života. Dnes je nabídka měřících nástrojů tak široká, že je jen velmi obtížné zvolit vhodný způsob odpovídající výzkumným záměrům. Pokusy o měření kvality života vycházejí z medicínského hlediska, kdy se snaží zachytit co nejobsáhlejší pohled na dopad určité nemoci a tak získat informace, které nám umožňují porovnávat různé způsoby léčby v rámci kontrolovaného sledování účinku. Metodám, jež sledují kvalitu života, předcházejí metody sledující zdravotní stav, mortalitu a morbiditu. Díky tomu máme možnost získat širší mínění na dopad onemocnění, blaho a pohodu jednotlivce. Díky měření kvality života ve zdravotnictví máme komplexnější pohled na dopad onemocnění. Sleduje, jak nemoc člověku mění život, které životní oblasti člověka zasahuje a hledá možnosti, jak možné následky zmírnit, či zda nejsou k dispozici jiné služby, než je zdravotní péče. Avšak toto měření se shledá také s kritikou, kritici upozorňují na teoretické nedostatky, na nejednotnost definic a používání psychometricky neproověřených nástrojů. Objevují se také omezení proti vyvozování nepodložených a nadměrně zobecňujících interpretací, poukazuje se také na etické a psychologické důsledky (Dregomerická, Škoda, 1997).

Také Kováč (2004) poukazuje na to, že uchopit kvalitu života metodologicky není možné pouze jednorázovým dotazníkovým měřením nebo pouhým zohledňováním tzv. subjektivních nebo objektivních činitelů, šanci zachytit kvalitu máme jen za pomoci integrace metod.

Hodnotit kvalitu života lze i z komplexního pohledu, kdy hodnotíme jednotlivé oblasti nebo konkrétní složky. Například Křivohlavý (2002) rozděluje metody měření podle hodnotitele v dané situaci:

- *Hodnotí ji druhá osoba* – je to ryze objektivní metoda, posuzuje např. zdravotní stav jedince z fyziologického hlediska.

- *Hodnotitelem je sama daná osoba* – je to ryze subjektivní metoda.
- *Metody smíšené* – jde o kombinaci obou již zmíněných metod

Rozdělení z pohledu metodologie, na kvantitativní (dotazníky a posuzovací škály), kvalitativní (rozhovor, kresba) a také na kombinaci těchto metod, nalézáme u Mareše (2006). Mareš (2006) je dělí z hlediska použitelnosti na:

- *generické* – použitelné bez ohledu na to, zda je člověk nemocen, či zdrav.
- *specifické* – použitelné jen v konkrétním kontextu
- *smíšené* – jde o kombinaci generických a specifických metod

Z jiného pohledu můžeme uvést dělení měření dle Kirby et al. (1994, cit. dle Dregomerická, Škoda, 1997):

- objektivní měření subjektivních ukazatelů
- subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- subjektivní odhad spokojenosti jednotlivých životních událostmi

V současnosti se více přikláníme k subjektivním ukazatelům kvality života, než k objektivním měřítkům. Subjektivně hodnocenou kvalitu života lze považovat za nejspokojivější prostředek k získání informací o dané problematice (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

1.8 Přehled nástrojů měření kvality života

Pokud se budeme držet dělení nástrojů měření kvality života dle Křivohlavého (2002) získáme tři skupiny.

- objektivní měření QoL;
- subjektivní měření QoL;
- smíšené metody měření QoL.

1.8.1 Objektivní metody

Mezi objektivní metody řadíme tyto:

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation systém)

Tato metoda se pokouší „vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 53).

- The Karnofsky Performance Scale

Tato škála pochází z roku 1949. Jejími autory jsou Krnofsky a Buchelnal. Klade velký důraz na tělesnou dimenzi života na úkor dimenze sociální a psychologické.

- Visual Analogue Scale (VAS)

Touto metodou posuzujeme celkový stav pacienta.

- Index kvality života (ILF)

„Výhodou této metody je, že výběr hodnotících kritérií kvality života již nezáleží pouze na hodnotiteli. Vzniká na základě konsensu mezi pacientem, zdravotnickým personálem, klinickým psychologem a podobně“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 55).

- Spitzer Quality of Life Index (QL)

Tato metoda se často využívá ke srovnání kvality života zdravotního stavu před a po léčbě.

1.8.2 Subjektivní metody

Mezi subjektivní metody patří:

- Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)

Jde o nejrozšířenější metodu měření kvality života. „Metoda SEIQoL se snaží v rozhovoru (interview) s určitou osobou zjistit aspekty života, které jsou pro daného člověka kriticky závažné. Nejde zcela o volný rozhovor, který by byl zřejmě ideálem, ale rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tématicky omezen jen na nejdůležitější aspekty kvality života. Nezahrnuje tak všechny aspekty, které by mohly přicházet v úvahu“ (Křivohlavý, 2009, s. 243).

- Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - direct Weighting (SEIQoL-DW)

Jde o zjednodušenou formu vyšetření. „Její podstatou je umožnit vyšetřovaným osobám sdělit vlastní představu nejen o tom, kterých pět aspektů (zaměření) života je pro ně významných, ale zároveň názorně rozdělit 100 % motivační kapacity mezi těchto pět aspektů“ (Křivohlavý, 2009, s. 248).

- Lancashire Quality of Life Profile-European Version (LQoLP-EU)

„Jedná se o strukturovaný sebesposuzující rozhovor, který má být zaznamenávaný školeným tazatelem“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 61).

- SQUALA

„Sebeposuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. SQUALA filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 63).

- WHOQoL-100

Jedná se o dotazník sestavený Světovou zdravotnickou organizací obsahující sto položek. Byl vytvořen na základě analýzy dat z dvaceti center celého světa pod záštitou právě Světové zdravotnické organizace. Je standardizován i v českém jazyce (Dregomerická, Bartoňová, 2006).

- WHOQoL – BREF

Zkrácená verze dotazníku obsahující 26 otázek, rozdělených do čtyř domén: fyzické zdraví (bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek, pohyblivost), psychické zdraví (pozitivní pocity, soustředění, sebedůvěra, vnímání těla a vzhledu, negativní pocity, spiritualita), sociální vztahy (osobnostní vztahy, sociální podpora, sexuální život) a prostředí (fyzické bezpečí a jistota, domácí prostředí, finanční situace, každodenní činnosti, pracovní výkonnost). K tomu jsou přiřazeny ještě dvě položky vztahující se k celkovému posouzení kvality života jedince a jeho zdraví (Dregomerická, Bartoňová, 2006). Tuto zkrácenou verzi jsem dále použil pro svůj výzkum.

1.8.3 Smíšené metody měření kvality života

Mezi smíšené metody řadíme:

- MANSA

Jedná se o vytvoření přesného obrazu kvality života určité osoby v určitý moment.

- Life Satisfactory Scale (LSS)

Jde o škálu životního uspokojení, která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i řadu dalších dimenzí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

1.9 Kvalita života u lidí s věkem podmíněnou makulární degenerací

Hovoříme-li o kvalitě života u lidí, kteří onemocněli věkem podmíněnou makulární degenerací, myslíme tím, jak se tito lidé cítí v rovině bio-psycho-sociálně-spirituální. Při

posuzování kvality života, musíme brát zřetel, jak sami tito lidé hodnotí své subjektivní vnímání života, který vedou.

Lidé postižení VPMD, dosti často mívají porušenou žlutou skvrnu, což vede k postupné ztrátě vizu. Jelikož tato ztráta vzniká většinou postupně, většina postižených se na ni dobře adaptuje natolik, že v praktickém životě dlouhou dobu toto zhoršování zraku nepozorují. Pokud dochází k postižení jednoho oka, hrozí, že postižený nemusí rozpoznat, že se něco děje, protože druhé zdravé oko je schopné zastoupit pokles zrakové ostrosti postiženého oka. V těchto případech nemusí docházet k výraznému snížení kvality života.

Bohužel se stává, že postižení vyhledají svého očního lékaře až v době, kdy jsou postiženy obě oči. V tomto případě již nelze zaručit úspěšnost léčby. Dosti často bývají nemocní fyzicky zdatní, ale tím, že je postižen nejdůležitější smyslový orgán, bývá výrazně snížena kvalita jejich života. Tito lidé mohou vnímat svůj život jako nehodnotný, často se mohou cítit, že jsou přítěží rodině i společnosti, jejich život postrádá smysl, mohou mít pocit méněcennosti. Přestávají být nezávislími, což může pro některé být to nejhorší životní zlo.

2. Věkem podmíněná makulární degenerace – VPMD

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je oční onemocnění postihující centrální část sítnice, nazývanou žlutá skvrna. V současné době patří mezi nejčastější onemocnění v civilizovaných zemích, vedoucí k výraznému poškození zrakových funkcí. Dosti často se jedná o poškození vedoucí až k hodnotám střední a těžké slabozrakosti, výjimkou není ani pokles zrakových funkcí na hodnoty praktické nebo absolutní slepoty. I přes značné pokroky v terapeutických přístupech v léčbě VPMD, zůstává toto onemocnění závažným problémem, snižující kvalitu života pacientů nejen ve stáří, ale i v produktivním věku. Zajištění optimální kvality života a integrace do společnosti je hlavním cílem péče o těžce zrakově postižené. Nezbytná je proto spolupráce očního lékaře s odborníky z oboru optiky a optometrie, psychology, zrakovými a sociálními pracovníky (Kolář, 2008).

2.1 Klasifikace zrakového postižení

Funkční postižení zraku se hodnotí za pomoci stanovení centrální zrakové ostrosti na dálku a vyšetření pole na perimetru. Stupně zdravotního postižení podle WHO jsou uvedeny v následující tabulce:

Tab. 1: Stupně zdravotního postižení podle WHO

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	Těžce slabý zrak a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	Praktická nevidomost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4

Položka	Druh zdravotního postižení
5.	Úplná nevidomost ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (Kolář, 2008)

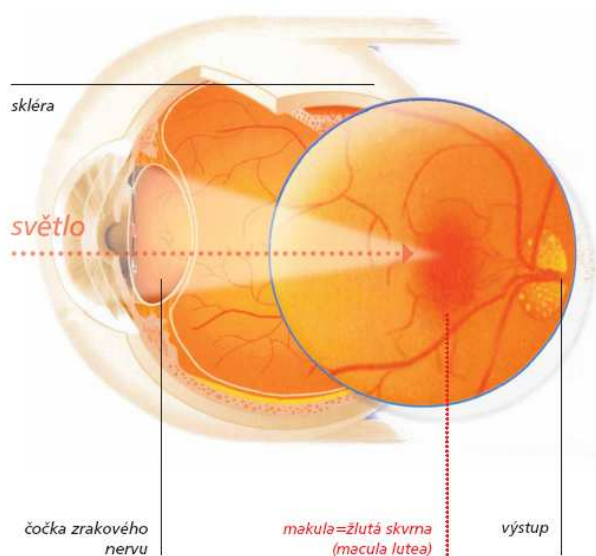
„Na rozdíl od obecných kritérií klasifikace zrakového postižení dle WHO, mají pacienti s VPMD sníženou zrakovou ostrost do dálky i do blízka. Dále vzhledem k predilekčnímu postižení centrální části sítnice je zasažena centrální část zorného pole, kdežto periferní část zůstává zachovalá. Tato okolnost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

2.2 Zrakový vjem

Zrakový orgán se skládá z několika funkčně odlišných částí. Oční koule (bulbus oculi) představuje nejdůležitější smyslový orgán pro vnímání obrazové informace. V zadní části bulbu se nachází zrakový nerv (nervus opticus), který přenáší zachycenou informaci do zrakové dráhy a centra, které se nachází v týlním laloku.

Zrakové vnímání je komplexní děj, při kterém světelné paprsky prochází do oka rohovkou, čočkou, sklivcem a dopadají na sítnici – vnitřní stranu oka. Sítnice se skládá z buněk, které jsou citlivé na světlo. Tyto buňky převádějí energii dopadajícího světla na nervové vzruchy, tyto vzruchy jsou poté vedeny zrakovým nervem do týlního laloku. Tím je umožněno vnímání obrazu (Rozsíval, 2006).

Obr. 1: Optický systém



Zdroj: Bausch & Lomb.,

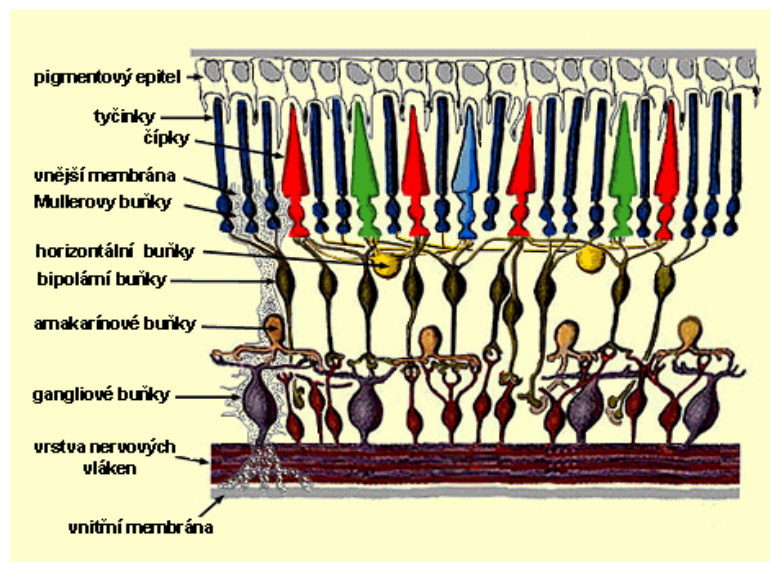
2.3 Anatomie sítnice

Sítnice (retina) je vnitřní, nejsložitější vrstva oční koule, která převádí energii dopadajícího světla na nervové impulzy. Je to průhledná, jemná, narůžovělá, blána skládající se ze dvou částí. Části optické (pars optica retina), která sahá od ora serrata¹ až k papile zrakového nervu. Tato část obsahuje světločivé buňky – fotoreceptory. Jsou to čípky pro vidění za světla a tyčinky pro vidění za šera a tmy. Druhou část, která tvoří sítnici, je slepou částí (pars coeca retina) pokrývající vnitřní stranu řasnatého tělesa (corpus ciliare) a zadní plochu duhovky (iris). Neobsahuje žádné fotoreceptory ani nervové částice. Tyto dvě části jsou oddělené obloukovitou linií. Sítnice je volně položená na cévnatku (choridea), jen v místě papily a ora errata je pevně spojena (Merklová, Orel, 2008).

Sítnice má za úkol přeměnit složitým chemickým procesem světelné paprsky vstupující do oka na elektrické impulzy, ty jsou poté vedeny očním nervem do zrakových center v mozku.

Samotná sítnice se skládá z 10 vrstev: pigmentový epitel, vrstvy zevních výběžků tyčinek a čípků, vnější hraniční membrány, vnější vrstvy jader světločivých buněk, vnější vrstvy vláken, vnitřní jádrové vrstvy, vnitřní vrstvy vláken, vrstvy gangliových buněk, vrstvy zrakových nervových vláken a vnitřní hraniční membrány (Kraus, 1997).

Obr. 2: Stavba sítnice



Zdroj: .Paladix, 1998

¹ ora serrata – lat. místo přechodu mezi světločivou částí sítnice pars optica retinae a částí sítnice pokrývající oblast řasnatého tělesa pars ciliaris retina (Kraus, 1997).

2.3.1 Žlutá skvrna (*macula lutea*)

Žlutá skvrna je 3-5 μm velká oblast nacházející se 4 μm temporálně od terče zrakového nervu. V její prohloubené jamce (*fovea centrális*) cca 1,5 μm velké, se nachází tzv. místo nejostřejšího vidění, ležící v jejím středu *foveola centrális*. *Foveola centrális* je ztenčená a obsahující pouze čípky, její velikost je 0,3 μm . Vnitřní vrstvy sítnice jsou v oblasti centrální jamky vytlačeny do okrajových oblastí makuly, proto je zde sítnice zesílená. Její žluté zabarvení je zapříčiněno pigmentem xantofylinem (Kraus, 1997).

2.3.2 Výživa sítnice

Sítnice je vyživována dvěma cévními systémy. Centrální sítnicová artérie (*arteria centrális retinae*), je větví oční tepny (*arteria ophtalmica*). Do bulbu se dostává přes zrakový nerv. Na papile se dělí na horní a dolní větev. Dále se rozvětjuje až na retinální cévy – arterioly. Retinální artérie vyživují první a druhý neuron, který je tvořen bipolárními a gangliovými buňkami. Druhý systém vyživující sítnici, jsou *choriocapilaris*, které tvoří nejvýznamnější vrstvu cévnatky (*chorioides*). Zásobují vrstvu pigmentového retinálního epitelu a fotoreceptory (Kraus, 1997).

2.4 Epidemiologie VPMD a rizikové faktory

VPMD velice úzce souvisí s věkem a jeho **prevalence**² s věkem roste. V České republice nebyla dosud publikována žádná data, která by dokumentovala výskyt VPMD dostatečně. Ze zahraničních studií můžeme zmínit ty nejznámější. Studie BOSS zahrnovala 2810 sledovaných ve věku 21-84 let, u kterých se vyskytovali jednotlivé známky VPMD. Prevalence onemocnění narůstala od 2,4% ve věkové skupině 21-34 let až k 9,8% ve skupině nad 65 let. Další studie Framinghamská zahrnovala 2631 pacientů ve věku 52 až 85 let výsledky ukázaly prevalenci ve skupině věkové do 65 let 1,2%, mezi 65 a 74 věku narůst o 6,4%, a ve věku nad 75 let až o 20%. Obdobnými závěry skončily i další studie zabývající se prevalencí VPMD. Např. americká národní studie NHANES, Beaver Dam Study, australská studie Blue Mountains, nebo evropské studie Rotterdam Study a Italy Study. „Ačkoliv se výsledky jednotlivých studií mírně liší v definici svých kritérií či v terminologii, všechny shodně poukazují na to, že prevalence VPMD s věkem narůstá a výskyt suché formy je výrazně vyšší (10 – 15krát) než formy nevaskulární.“ (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010, s. 29)

² **Prevalence** – udává počet nemocných na počet obyvatel v dané lokalitě za určité časové období. Označuje se procentuálně. (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010)

Incidence³ bývá preferovaným ukazatelem, ale však vyžaduje opakované vyšetřování. Incidencí se zatím zabývá poměrně málo studií. Nejvíce jsou citovaná cenná data Beaver Dam Study. Studie sledovala 3583 pacientů ve věku 43 až 86 let, u kterých dokumentovala data po dobu pěti let. Její výsledky ukázaly incidenci 4% u pacientů do 75 let a 18% nad 75 let, u časné formy VPMD. V případě pozdní formy byly výsledky 2,4% (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

Chesapeake Bay Watermen Study sledovala známky počínající VPMD. Zjistila, že výskyt velkých drúz koreluje významně s věkem. Ve věkové skupině 30-39 let se objevuje v 5% a ve skupině 60- 69 let to bylo již 17% (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

S údajů udávaných celosvětově se incidence vlhké formy VPMD vyskytuje 500 000 nových případů ročně, z toho lze odhadnout počet nově nakažených ročně v ČR asi na 1000 ročně. Celkový odhad incidence je více než 25 milionů onemocnění VPMD a to jak v Evropě, tak v USA a Japonsku. Předpokládá se, že vzhledem ke stárnutí populace bude prevalence i incidence tohoto onemocnění zvyšovat (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

2.4.1 Rizikové faktory

Spousta studií se zabývá výzkumem rizikových faktorů VPMD a z důvodů ne zcela shodných výsledků, jsou tyto faktory stále předmětem dalších nových výzkumů. Mezi důležité rizikové faktory, na které je nutno brát ohled, jsou rodinná anamnéza, genetické dispozice, oční rizikové faktory, systémové faktory a vlivy zevního prostředí. Mezi faktory spojované se vznikem VPMD řadíme:

- **Věk** – všechna studie se shodují, že riziko vzniku VPMD narůstá s věkem. Je prokázáno, že prevalence a incidence i progresse všech VPMD narůstá s věkem.
- **Genetika** – VPMD je multifaktoriální onemocnění, které je způsobeno kombinací vlivů zevního prostředí a predisponujících genů. V současné době probíhají studie na dvojčatech s cílem zjistit společné genetické vodítko rizika vzniku VPMD. U sourozenců pacientů s diagnózou VPMD je přibližně 4x vyšší riziko rozvoje onemocnění než u ostatní populace.
- **Pohlaví** – VPMD se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Studie NHANES dokládá nižší výskyt všech forem VPMD u mužů. Dále se hovoří o pozitivním účinku

³ **Incidence** – udává počet nově vzniklých onemocnění za dané časové období, obvykle 1 rok (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010)

hormonální substituční terapie na vznik VPMD. Zejména užívání estrogenu u žen po menopauze.

- **Rasa** – VPMD se vyskytuje ojediněle u černé rasy. Studie prokazují, že se časná VPMD vyskytuje ve srovnatelné frekvenci jako u bílé rasy, ale interval progresu do pozdních forem VPMD je u černé rasy daleko těžší. Baltimorská oční studie ukazuje, že v černošské populaci je výskyt bilaterální slepoty výjimečný, zatímco u obdobné skupiny bílé rasy se vyskytuje až v 30%.
- Systémové onemocnění:
 - **Kardiovaskulární systém** – Některé studie poukazují na možnost vlivu klinicky manifestovaných kardiovaskulárních onemocnění na vznik a rozvoj VPMD. Hovoří o vyšším riziku u pacientů se srdečním infarktem, přítomných sklerotických plátů krční tepny, okluze periferních cév horních i dolních končetin, atd.
 - **Hypertenze** – v některých studiích se podařilo prokázat, že hypertenze má vliv na vznik VPMD, dokonce byl prokázán vyšší výskyt VPMD u osob, které se léčily některými typy antihypertenziv.
 - **Diabetes mellitus** – je opět předmětem výzkumu mnoha studií. Výsledky jsou v současné době poměrně nekonzistentní, ale přesto se o možném riziku uvažuje.
 - **Cholesterol** – prokázalo se, že lidé s vyšší hladinou cholesterolu mají větší pravděpodobnost vzniku VPMD, převážně její vlhké formy.
 - **Hormonální faktory** – studie EDCCS prokázala nižší riziko vzniku VPMD u žen užívajících po menopauze estrogen. Stejná studie poukazuje na fakt, že vlhkou formou VPMD trpí častěji ženy vicerodičky, než ženy, které nebyly vůbec těhotné. Rotterdamská studie poukazuje na dvojnásobné riziko atrofické formy VPMD u žen, které měly menopauzu před 45 rokem věku.
- Zevní prostředí:
 - **Vliv kouření** – kouření je prokázáno jako vysoce rizikový faktor VPMD a zároveň hraje důležitou roli v prevenci onemocnění. Kouření má toxické účinky na sítnici, což má za následek 2x až 3x větší pravděpodobnost vzniku VPMD.
 - **Alkohol** – ze studií vyplývá, že zvýšená konzumace alkoholu má určitý, malý vliv na vznik VPMD
 - **Tuky** – celkově větší příjem tuků, zejména nenasycených mastných kyselin, v potravě přispívá k většímu riziku VPMD.

- **Sluneční záření** – sluneční záření patří k těm rizikovým faktorům, o kterých se vedou diskuze o jejich možném vlivu na vznik VPMD. Tomuto problému se věnuje celá řada výzkumných studií, ale zatím bez jasných závěrů.
- Oční vlivy:
 - **Barva duhovky a makulární pigment** – Melanin funguje jako scavenger („zhášeč“) volných radikálů, a proto má prokazatelný ochranný efekt před světlem indukovaným oxidačním poškozením. Úbytek denzity makulárního pigmentu koreluje s časem a zvyšuje riziko VPMD. Za další přirozenou ochranu se považuje barva duhovky. Tmavě zbarvená duhovka a její možný vliv však není opět prokázán.
 - **Katarakta** – data o spojitosti katarakty a VPMD nejsou přesvědčivá.
 - **Poruchy refrakce** – Část studií prokázala možnou asociaci mezi hypermetropií a VPMD (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010; Kolář, 2008).

2.5 Klasifikace a klinický obraz VPMD

2.5.1 Klinické projevy přirozeného procesu stárnutí sítnice

Všechny tělesné orgány a tkáně postihuje fyziologický proces stárnutí. Je to zcela normální přirozený stav. Každá buňka má daný cyklus probíhající od jejího vzniku po buněčnou smrt. Tělesné tkáně, u kterých nedochází k buněčné obnově (nervová tkáň, sítnice), mají větší manifestaci příznaků stárnutí, zejména po 75. roce života (Kolář, 2008).

Klinickým projevem stárnutí sítnice se projevují hlavně ztrátou foveolárního reflexu, většinou jsou přítomny malé tvrdé drúzy, které ale nejsou ještě projeven VPMD. Dále dochází k nepravidelné pigmentace způsobující zrnění v makule, ale na rozdíl od patologického procesu u VPMD zůstává fyziologická úroveň zrakové ostrosti. Dále klesá hustota fotoreceptorů a to zejména tyčinek v parafoveolární oblasti. Dochází ke snížení počtu gangliových buněk a zhoršují se funkce jako barvocit, kontrastní citlivost a adaptace na tmu (Kolář, 2008).

Předpokladem zachování zrakových funkcí během procesu stárnutí je neporušená funkčnost makulární struktury: neuroretinu, retinálního pigmentového epitelu RPE, Bruchovy membrány BM a choriokapilaris cévnatky. VPMD může postihovat všechny tyto makulární struktury. Podle klinického nálezu potom rozlišujeme typy VPMD a klasifikujeme ji (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

2.5.2 Klasifikace VPMD

VPMD rozdělujeme na dvě kategorie:

- **Suchá forma** – značně převažuje, postihuje 85-90% pacientů.
- **Vlhká forma** – postihuje zbylých 10-15%, co do závažnosti, ale v 85% způsobuje těžkou ztrátu zrakové ostrosti.

2.5.2.1 Suchá forma

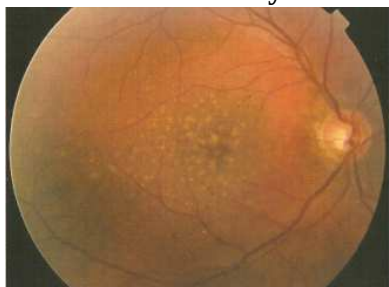
Klinické projevy, jimiž se vyznačuje suchá forma, zahrnují drúzy, změny pigmentace (ve vrstvě RPE) a určitý stupeň geografické atrofie RPE.

Drúzy – vznikají nahromaděním zbytků nepotřebných membránových struktur smyslových buněk a jsou ukládány ve formě „zrníček“ lipofuscinu mezi RPE a Bruchovou membránou⁴. Pokud je jejich akumulace excesivní, mohou vést k poruše Bruchovy membrány a tím obvykle dochází ke zvratu VPMD do vlhké formy.

Drúzy se podle vzhledu a velikosti dělí na dvě základní kategorie:

- **Tvrdé drúzy** jsou menší, než 63 μm při oftalmoskopickém vyšetření jsou diferencované jako malá dobře ohraničená depozita žluté barvy. U tohoto typu drúz hrozí jen malé riziko přechodu do pozdních forem VPMD, které se projevují vznikem geografické atrofie RPE. Výskyt více jak osmi tvrdých drúz hrozí možností přechodu v měkké drúzy.
- **Měkké drúzy** jsou větší než 63 μm , neostře ohraničená ložiska a hrozí u nich riziko vzniku vlhké formy VPMD. Mohou vzájemně splývat a způsobit tak nepravidelnou ablaci na RPE. Pokud postihují foveolární oblast, jsou spojovány s vznikem metamorfopsie neboli deformace předmětů.

Obr. 3: Tvrdé drúzy



Zdroj: Kolář, 2008

Obr. 4: Měkké drúzy



Zdroj: Kolář, 2008

⁴ **Bruchova membrána** – jedna z vrstev cévnatky oka (lamina vitrea) (Kraus, 1997).

- **Změny v retinálním pigmentovém epitelu** jsou charakteristické pro všechna stádia VPMD. Projevují se vznikem hyperpigmentace buněk RPE nebo dochází k migraci buněk do RPE subretinálního prostoru. V kombinaci s měkkými drúzami představuje riziko přechodu nemocí do vlhké formy VPMD.
- **Geografická atrofie RPE** je konečné stádium suché formy VPMD. Nejedná se pouze o atrofii RPE, ale také přilehlých částí choriokapiláris a neuroretiny a postupně dochází ke ztrátě buněk RPE, choriokapilaris a fotoreceptorů. Atrofie RPE způsobuje zhruba u 20% nemocných těžké snížení zrakové ostrosti a to v intervalu 9 let. Asi u 50% bývá postižené i druhé oko a toto postižení bývá o 20% menší (Kolář, 2008; Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

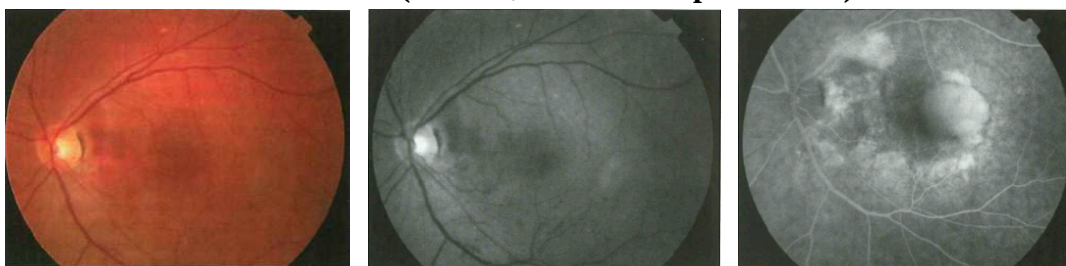
2.5.2.2 Vlhká forma

Klinické projevy, jimiž se projevuje vlhká forma, jsou vznik Chorioideální nevasculární membrány (CNV), ablace retinálního pigmentového epitelu a subretinálním krvácením v makulární oblasti. Terminálním stádiem vlhké formy je disciformní jizva.

- **Ablace RPE** se dělí do čtyř kategorií: drúzovou, serózní, hemoragickou a fibrovaskulární. Prognóza je obecně špatná, hlavně pokud je postiženo centrum fovey.
- **Ablace drúzová** se klinicky projevuje jako mnohočetná a v pozdějším stádiu splývající ložiska měkkých drúz, které zvedají vrstvu RPE od Bruchovi membrány. Prognóza je obecně špatná, pokud je postiženo centrum fovey.
- **Serózní ablace** je tvořena ostře ohraničenou oblastí elevace buněk RPE, které obsahují serózní tekutinu. Na fluorescenční angiografii (FA) je vidět v časně fázi hyperfluorescenci měkkých drúz, která se do pozdních částí neprohlubuje.
- **Hemoragická a vaskularizovaná ablace RPE** jsou si velmi blízké a obě obsahují chorioideální nevasculární membránu.
- **Chorioideální nevasculární membrána CNV** na fluorescenční angiografii se projevuje jako šedozelené ložisko s odchlípením RPE či překrytá krvácením. Způsobuje rychlý pokles zrakové ostrosti. Vzniká následkem poškození Bruchovy membrány. Nově vzniklé cévy z choriokapiláris se tlačí pod RPE do subretinálního prostoru, tím vzniká otok neuroretiny, který svědčí o přítomnosti CNV. Růst těchto cév podporuje VEGF neboli růstový faktor produkovaný buňkami RPE. V průběhu stárnutí dochází vlivem hypoxie k nadměrné produkci VEGF, což má za následek růst nových cév a tím vznik CNV. Dle lokalizace v RPE dělíme CNV na okultní a klasickou. CNV

postupem času pomalu vyzrává. Cévním pletením díky jejich křehkosti hrozí prasknutí. Následkem prasknutí je vznik subretinálních a retinálních hemoragií, které mohou způsobit rupturu retinálních vrstev a evakuaci do sklivce. V konečném stádiu vyzrání CNV vznikají tzv. **discioforní jizvy** způsobující poškození v makulární oblasti a těžké snížení zrakové ostrosti (Kolář, 2008), (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

Obr. 5: Vlhká forma VPMD (v barvě, časně fázi a pozdní fázi)



Zdroj: Kolář, 2008

2.6 Vyšetřovací metody

Vyšetřovací metody používané k vyšetření a diagnostice VPMD můžeme rozdělit na základní a speciální.

- Základní vyšetřovací metody:
 - Klasické vyšetření zrakové ostrosti do dálky i do blízka
 - Vyšetření kontrastní citlivosti
 - Vyšetření pomocí Amslerovy mřížky – samovyšetřovací metoda, provádí ji pacient sám podle instrukce lékaře. Slouží k detekci možné deformace obrazu a centrálního skotomu.
 - Biomikroskopické vyšetření šterbinovou lampou, zobrazující makulární oblasti sítnice
 - Vyšetření barvocitu a adaptace na tmu
- Speciální vyšetřovací metody:
 - Angiografie fluorescenční a indocyaninová jsou to vyšetření za pomoci kontrastní látky. Principem je intravenózní aplikace speciálního barviva a osvětlení fundus kamerou. Tímto světlem se aktivuje barvivo a vyzáří světlo o jiné vlnové délce. Po odfiltrování tohoto světla vznikne kontrastní zobrazení průtoku sítnicových cév.
 - Optická koherentní tomografie „biopsie bez operace“(Kolář, 2008).

2.7 Terapie VPMD

V současnosti zaznamenává terapie VPMD výrazný posun. Jsou vyvíjeny nové způsoby terapie, které umožňují pacientům zachování zrakové ostrosti v určité míře po zbytek jejich života. Přesto není zatím známá žádná kauzální léčba.

2.7.1 Terapie suché formy

I v dnešní moderní době stále chybí klinicky účinná léčba suché formy VPMD. To vede k hledání mnoha preventivních cest, které ovlivní samotný proces degenerace pigmentového epitelu, způsobený oxidativním stresem a oddálí nevratné poruchy vidění. Proto bylo sledováno několik živin, bohatých na antioxidanty, vitamíny, omega-3 mastné kyseliny a specifické karotenoidy.

Profylaktická farmakoterapie u začínajících stádií jistě kauzálně neřeší podstatu onemocnění, ale umožňuje alespoň oddálit progresi (drúzy a depozita lipofuscinu), ale taktéž pozastavuje rozvoj onemocnění k pozdním formám (subretinální neovaskulární membrána).

V současnosti je možné léčbu podpořit využitím podpůrných a preventivních prostředků ve formě vitamínových přípravků s antioxidanty, luteinem, zeaxantinem, atd. Důležitá je také prevence, ta by se měla týkat hlavně pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou po 40. roce věku (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

2.7.2 Terapie vlhké formy

Vlhká forma VPMD neměla přes vyspělost světové medicíny dlouhá léta žádnou účinnou léčbu. Léčba je dostupná teprve v posledních několika letech. V dnešní době se považuje za úspěšnou léčbu ta, která zastaví progresi onemocnění.

U vlhké formy je nejdůležitější včasná diagnostika nemoci a rychlé zahájení léčby. Pokud se toto podaří, lze díky léčbě dosáhnout i zlepšení zrakové ostrosti. Při pozdní diagnostice nemoci a vážně poškozené sítnici již nelze jednou ztracený zrak v plném rozsahu vrátit.

Nejpoužívanější a nejefektivnější metody léčby jsou fotodynamická terapie a intravitreální aplikace anti VEGF látek v závislosti na typu CNV (Ernest, Hejsek, Němec, Rejmont, 2010).

3. Výzkumná část

3.1 Cíl výzkumu

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je oční onemocnění, které může výrazně zhoršit pacientovu schopnost fungovat nezávisle a může mít i dramatický dopad na jeho zdraví a s tím i související kvalitu života. Cílem tohoto výzkumu je analyzovat a zhodnotit kvalitu života u pacientů s VPMD a srovnat tuto analýzu s analýzou od stejně vyrovnaného kontrolního vzorku (věk, pohlaví a vzdělání) „relativně zdravých“ respondentů, jde o skupinu respondentů bez příznaků VPMD. Chci zjistit, do jaké míry se bude lišit kvalita života těchto nemocných, zda má vliv na kvalitu života dosažené vzdělání a jaký vliv bude mít na kvalitu života věk pacientů.

3.2 Výzkumné studie zabývající se kvalitou života u pacientů s VPMD ve světě

V posledních letech proběhly obdobné studie po celém světě. Např. polská studie Kvalita života pacientů s VPMD – zdravotní a sociální problém; proběhla na oční klinice ve Wroclawi. Cílem této studie bylo zhodnotit kvalitu života u pacientů s exsudativní VPMD. Výzkum byl proveden na vzorku n100 pacientů a kontrolní vzorek n30 u respondentů očních poruch. Závěr výzkumu ukazuje, že kvalita života je výrazně snížena. Nízká kvalita života a obtíže při provádění každodenních činností poukazuje na potřebu formální psychologické a sociální péče (Muzyka-Woźniak, Misiuk-Hojło, Wesolowska, 2011).

Australská studie při Univerzitě v New South Wales v Sydney zkoumala depresivitu a kvalitu života u lidí s VPMD. Vzorek tvořilo n145 pacientů s VPMD a kontrolní vzorek n104 respondentů z populace. Výsledky této studie poukazují na zvýšený výskyt depresivních příznaků u pacientů s VPMD, což koreluje i se snížením kvality života (Mathew, Delbaere, Lord, Beaumont, Vaegan, Madigan, 2011).

British Journal of Ophthalmology v roce 2003 vydal mezinárodní studii Kvalita života s makulární degenerací: vnímání pacientů, klinickými lékaři a členy komunity. Studie se skládala ve vzorků n115 pacientů s VPMD, n142 zdravých dobrovolníků a n62 klinických lékařů. Cílem této studie bylo posoudit kvalitu života pacientů s VPMD a posoudit, zda lékaři a skupina zdravých dobrovolníků dovedou ocenit dopad VPMD na zdraví související s kvalitou života. Výsledky prokázaly sníženou kvalitu života u pacientů s VPMD a navíc se prokázalo, že lékaři i dobrovolníci podceňují dopad VPMD na zdraví a kvalitu života (Stein, Brown, Brown, Hollands, Sharma, 2003).

Jihoamerická studie z Univerzity Sao Paulo v Brazílii hodnotila kvalitu života u pacientů s VPMD s monokulární a binokulární slepotou. Vzorek tvořila skupina 1 n54 pacientů s monokulární slepotou, skupina 2 n54 pacientů s binokulární slepotou a kontrolní vzorek n40 respondentů. Studie došla k závěru, že kvalita života osob s binokulární slepotou byla více omezena ve vztahu k osobám s monokulární slepotou. Obě skupiny vykazaly významné poškození kvality života vůči kontrolní skupině (Marback, Maia Júnior, Morais, Takahashi, 2007).

3.3 Cílová skupina výzkumu

Cílovou skupinou jsou pacienti, u kterých byla diagnostikována VPMD a navštěvující soukromé oční ordinace ve Zlíně. Konkrétně oční ordinace MUDr. Daniela Němečka, MUDr. Karla Pavelky a soukromou oční kliniku GEMINI.

Základní soubor tvoří vzorek n51 pacientů s VPMD. Vzorek je tvořen pacienty, kteří byli v období od října 2011 do ledna 2012 na návštěvě ve výše uvedených ordinacích a byli ochotni vyplnit dotazník. Kontrolní vzorek tvoří n51 „relativně zdravých lidí“, jedná se o rodinné příslušníky a známé známých.

3.4 Metoda WHOQOL- BREF

WHOQOL-BREF dotazník je zkrácenou verzí WHOQOL-100, který byl vytvořen na základě analýzy dat z 20 výzkumných center WHO z celého světa. Výběr položek byl sestaven ze struktury se čtyřmi doménami: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro pokrytí širokých aspektů života byly zachovány všechny facety. Každá faceta je tvořena položkou, která s ní nejsilněji koreluje, dále byly položky posuzovány z hlediska koncepční reprezentativnosti a v šesti případech nahrazeny vhodnější položkou. Celý dotazník se skládá z 26 položek, z toho 24 položek zastupují facety, které jsou rozdělené do čtyř domén a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkového stavu kvality života a celkového zdravotního stavu. Znění položek a škál bylo převzato z dotazníku WHOQOL-100, konečná verze WHOQOL-BREF je součástí přílohy bakalářské práce (Dregomerická, Bartoňová, 2006).

Výsledky dotazníku se vyjadřují jako a) *doménové skóry*, jež představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 nebo od 0 do 100, b) *hodnoty odpovědí dvou samostatných položek*, jež hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Dregomerická, Bartoňová, 2006).

Tab. 2: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

Domény		Položky		Domény		Položky	
dom1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné	dom3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q4	závislost na lékařské péči			q21	sexuální život
		q10	energie a únava			q22	podpora přátel
		q15	pohyblivost			q8	osobní zabezpečení
		q16	spánek	dom4	prostředí	q9	životní prostředí
		q17	každodenní činnosti			q12	finanční situace
		q18	pracovní výkonnost			q13	přístup k informacím
dom2	prožívání	q5	potěšení ze života			q14	záliby
		q6	smysl života			q23	prostředí v okolí bydliště
		q7	soustředění			q24	dostupnost zdravotní péče
		q11	přijetí tělesného vzhledu			q25	doprava
		q19	spokojenost se sebou	2 samostatné položky		q1	kvalita života
		q26	negativní pocity			q2	spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecka, Bartoňová, 2006, s. 35.

3.5 Hypotézy

Pro účely výzkumu jsem stanovil následující hypotézy:

H1 – předpokládám, že ženy s VPMD⁵ budou dosahovat statisticky významně vyšší hodnoty kvality života než muži s VPMD.

H2 – předpokládám, že nemocní s VPMD s vyšším vzděláním⁶ budou dosahovat statisticky významných nižších hodnot než nemocní s VPMD s nižším vzděláním⁷.

H3 – předpokládám statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem nemocných s VPMD a jejich kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

H4 – předpokládám, že skupina pacientů s VPMD bude vykazovat statisticky významné nižší skóre kvality života než kontrolní skupina běžné populace.

⁵ VPMD – věkem podmíněná makulární degenerace

⁶ vyšší vzdělání – středoškolské + vysokoškolské

⁷ nižší vzdělání – základní + vyučen

3.6 Výsledky a analýza výzkumu

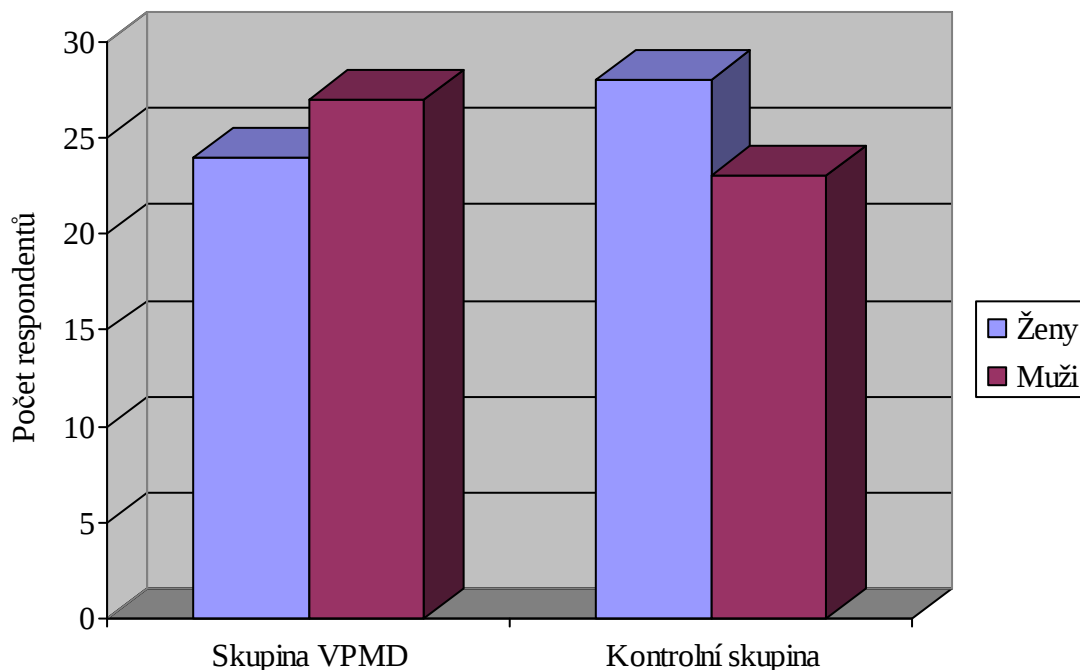
Výzkum je prováděn pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Data z dotazníku jsem překontroloval a přesvědčil se o úplnosti a správnosti vyplnění dotazníku. Údaje z dotazníku jsem převedl do četnostní tabulky a poté data byla převedena do jednoduchých tabulek a grafů. K vyhodnocení dat jsem použil program Microsoft Office Excel® 2003. Pro výzkum jsem měl dvě základní skupiny respondentů. První skupinu tvoří respondenti nemocní VPMD, druhou skupinu tvoří kontrolní vzorek z populace. Rozdělení skupin podle pohlaví, věku a vzdělání ukazují následující tabulky a grafy.

3.6.1 Pohlaví respondentů

Tab. 3: Struktura skupin respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Skupina s VPMD		Kontrolní skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Ženy	24	47	28	55
Muži	27	53	23	45
Celkem	51	100	51	100

Graf 1: Struktura skupin respondentů podle pohlaví



Skupina respondentů s VPMD je tvořena 51 probandy, z toho 24 (47 %) tvoří ženy a 27 (53 %) tvoří muži.

Kontrolní skupinu tvoří 51 lidí s běžné populace, z toho 28 (55 %) tvoří ženy a 23 (45 %) tvoří muži.

3.6.2 Věk respondentů

Respondenty jsem rozdělil do tří věkových skupin:

- 45-59 let;
- 60-74 let;
- 75 let a výše.

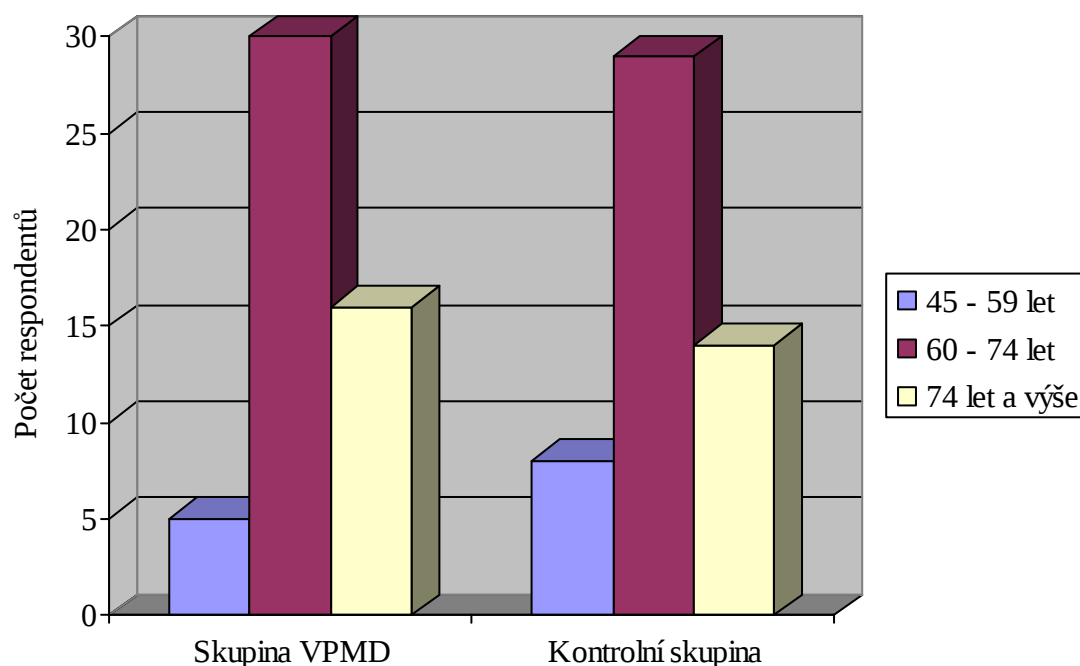
Ve skupině s VPMD ve věku 45-59 let se nachází 5 (10 %) respondentů. Ve věku 60-74 let je to 30 (59 %) respondentů, ve věkové skupině 75 a výš je to 16 (31 %) respondentů.

Kontrolní skupina se skládá ve věkové hranici 45-59 let z 8 (16 %) respondentů, ve věku 60-74 let z 29 (57 %) respondentů a ve věku 75 a výš 14 (27 %) respondentů.

Tab. 4: Struktura respondentů podle věku

Věk	Skupina s VPMD		Kontrolní skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
45 – 59 let	5	10	8	16
60 – 74 let	30	59	29	57
74 let a výše	16	31	14	27
Celkem	51	100	51	100

Graf 2: Struktura skupin respondentů podle věku



3.6.3 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů jsem rozdělil na čtyři základní okruhy: základní, vyučen, středoškolské, vysokoškolské. Tyto čtyři základní okruhy slučuji do dvou okruhů a to nižší vzdělání a vyšší vzdělání, které u skupiny pacientů s VPMD dále analyzuji.

- Nižší vzdělání = základní + vyučen
- Vyšší vzdělání = středoškolské + vysokoškolské

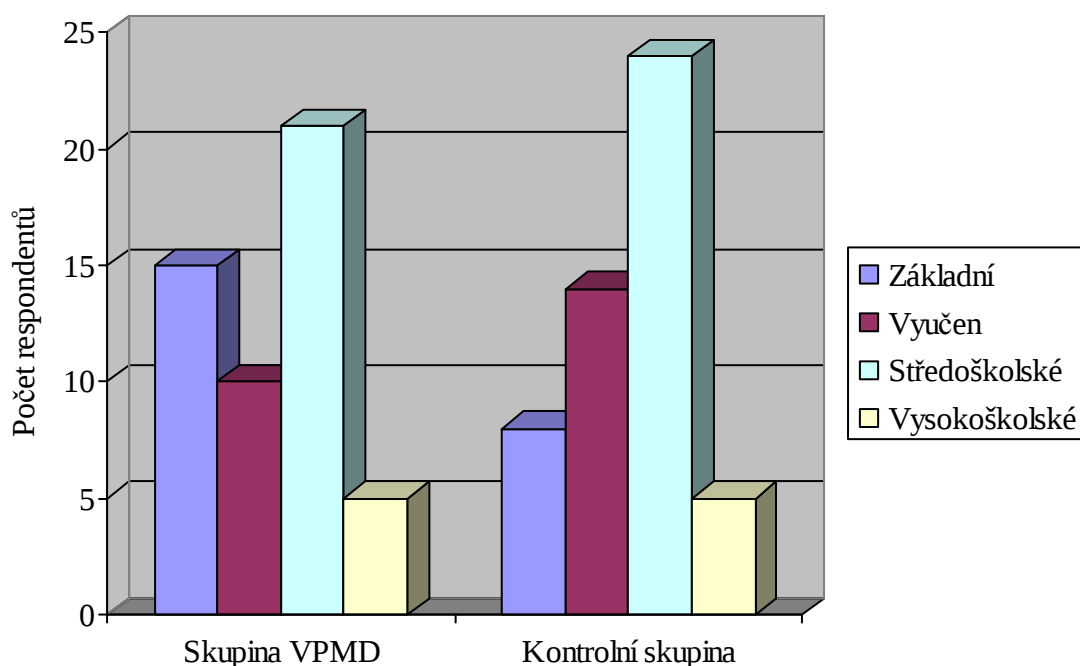
U skupiny s VPMD se nachází 25 (49 %) respondentů s nižším vzděláním. Z toho má 15 (29 %) respondentů základní vzdělání a 10 (20 %) je vyučeno. Respondentů s vyšším vzděláním je 26 (51 %), z toho je 21 (41 %) středoškolsky vzdělaných a 5 (10 %) vysokoškoláků.

Kontrolní vzorek tvoří 22 (43 %) lidí s nižším vzděláním, z toho 8 (16 %) má základní vzdělání a 14 (27 %) je vyučeno. Vyšší vzdělání má 29 (57 %) lidí, z toho 24 (47 %) je středoškoláků a 5 (10 %) je vysokoškoláků.

Tab. 5: Struktura skupin respondentů podle vzdělání

Vzdělání	Skupina s VPMD		Kontrolní skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Základní	15	29	8	16
Vyučen	10	20	14	27
Středoškolské	21	41	24	47
Vysokoškolské	5	10	5	10
Celkem	51	100	51	100

Graf 3: Struktura skupin respondentů podle vzdělání



3.6.4 Ověřování hypotéz

Před zahájením vlastního výzkumu jsem stanovil čtyři výzkumné hypotézy. Výsledky jejich ověření jsou shrnuty v následujících podkapitolách.

3.6.4.1 Hypotéza H1

Předpokládám, že ženy s VPMD budou dosahovat statisticky významně vyšší hodnoty kvality života než muži s VPMD.

Pro ověření této hypotézy jsem si v programu Excel vytvořil tabulku pro datový soubor, do kterého jsem zaznamenával hrubé skóry z dotazníku. Tabulku jsem si rozdělil na dvě matice o x řádcích. První řádek je řádek textový, který obsahuje položky q1-q26, v programu Excel jsou to

sloupce A-Z, dále obsahuje čtyři domény, které jsou ve sloupcích AA, AB, AC, AD a sloupky AE, AF a AG byly pro věk, pohlaví a vzdělání. Do takto nachystané tabulky jsem u každého respondenta zaznamenal hrubé skóry pro daný sloupec a zapsal do tabulky. Jakmile jsem měl tabulku vyplněnou, spočítal jsem hrubé skóry pro jednotlivé domény. Pro Doménu1 „Fyzické zdraví“ jsem spočítal hrubé skóry z otázek q3, q4, q10, q15, q16q, q17, q18. Pro výpočet jsem použil vzorec $=\text{PRŮMĚR}((6-C2);(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4$, který jsem zapsal do sloupce AA. Pro Doménu 2 „Prožívání“ jsem spočítal hrubé skóry z otázek q5, q6, q7, q11, q19 a q26, za pomoci vzorce $=\text{PRŮMĚR}(E2;F2;G2;K2;S2;(6-Z2))*4$ ve sloupci AB. Doména 3 „Sociální vztahy“ se počítají hrubé skóry z otázek, q20, q21, q22, q8, vzorcem $=\text{PRŮMĚR}(T2;U2;V2)*4$ ve sloupci AC. U domény 4 „Prostředí“ se počítají hrubé skóry z otázek q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25 vzorcem $=\text{PRŮMĚR}(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4$ ve sloupci AC. Otázky q1 „kvalita života“ a otázka q2 „spokojenost se zdravím“ se vyhodnocují každá zvlášť. Dále jsem si za pomoci operačního programu Excel vytvořil u všech domén a otázek popisnou statistiku, kde jsem zjistil průměrný skór a směrodatnou odchylku. Hrubé skóry je možné srovnávat mezi doménami a to tak, že rozpětí hrubého skóru se pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

K ověření hypotézy jsem použil hrubé skóry každé domény a otázek q1, q2. Rozdělil jsem je zvlášť pro ženy s VPMD a muže s VPMD. Udělal jsem si popisnou statistiku každého vzorku. K ověření hypotézy jsem použil jako první Fisherův F-test.

F-test je parametrický test významnosti, který testuje hypotézy o populačním rozptylu. Určuje signifikantní rozdíl mezi dvěma rozptyly (Reiterová, 2004). Za pomoci programu Excel jsem vypočítal za použití F-testu testové kritérium F pro každou doménu a otázku.

Tab. 6: F-test u porovnávání mužů a žen s VPMD

Domény		VPMD muži (N = 27) průměr ± STD *)	VPMD ženy (N = 24) průměr ± STD *)	test F	F _{0,05}
dom1	fyzické zdraví	14,074 ± 2,867	14,667 ± 2,7	1,128	1,988
dom2	duševní zdraví	14,667 ± 2,418	15,306 ± 2,130	1,288	1,988
dom3	sociální vztahy	15,185 ± 2,830	15,889 ± 2,221	1,624	1,988
dom4	životní podmínky	15,019 ± 1,729	15,146 ± 2,35	0,543	0,511
q1	kvalita života	3,630 ± 0,791	3,5 ± 0,722	1,201	1,988
q2	spokojenost se zdravím	3,334 ± 0,784	3,334 ± 0,701	1,249	1,988

*) STD = standardní odchylka

Výsledky F-testu ukazují, že vypočítané kritérium F pro doménu1, doménu2, doménu3, q1, q2, kdy kritická hodnota pro domény je $F_{0,05} = 1.988$ nevykazují statisticky signifikantní rozdíl mezi rozptyly.

$$F < F_{0,05}$$

U domény4 je kritérium $F \geq F_{0,05}$ což prokazuje statisticky signifikantní rozdíl mezi rozptyly.

Pro ověření jsem dále provedl výpočet Studentovým t-testem.

Studentův t-test testuje významnost dvou průměrů. Je vhodnější ke srovnávání výběrů o menším rozsahu, jinak se používá rozdělení Gaussovo (Raiterová, 2004).

Jelikož F-test prokázal nerovnost rozptylu u domény4, použil jsem dvouvýběrový t-test pro nerovnost rozptylu. Tento test se používá za podmínky, že F-test neprokáže rovnost mezi rozptyly ($\sigma^2 \neq \sigma^2$). Pro domény1,2,3 a q1, q2, kdy se potvrdila rovnost rozptylu, jsem zvolil dvouvýběrový t-test s rovností rozptylu. Tento test se používá nejčastěji při srovnávání dvou nezávislých výběrů za podmínky, že F-test prokáže rovnost rozptylu ($\sigma^2 = \sigma^2$).

Tab. 7: T-test porovnání mužů a žen s VPMD

Domény		VPMD muži (N = 27) průměr ± STD *)	VPMD ženy (N = 24) průměr ± STD *)	t-test	$t_{0,05}$
dom1	fyzické zdraví	14,074 ± 2,867	14,667 ± 2,7	-0,76	2,01
dom2	duševní zdraví	14,667 ± 2,418	15,306 ± 2,130	-1	2,01
dom3	sociální vztahy	15,185 ± 2,830	15,889 ± 2,221	-0,98	2,01
dom4	životní podmínky	15,019 ± 1,729	15,146 ± 2,35	-0,22	2,018 **)
q1	kvalita života	3,630 ± 0,791	3,5 ± 0,722	0,608	2,01
q2	spokojenost se zdravím	3,334 ± 0,784	3,334 ± 0,701	0	2,01

*) STD = standardní odchylka

**) Dvouvýběrový t-test pro nerovnost rozptylu

Výsledky t-testu ukazují, že testové kritérium t Studentova t-testu je menší než hodnota vyhledaná ve statistických tabulkách $t_{0,05}$.

$$t < t_{0,05}$$

Studentův t-test s rovností rozptylu prokázal u domén1,2,3 a otázek q1, q2, že není statisticky významný rozdíl ani mezi průměry skupin žen s VPMD a muži s VPMD.

Studentův t-test s nerovností rozptylu neprokázal u domény4 statisticky signifikantní rozdíl.

Výsledek obou testů (F-test, t-test) ukazuje že, hypotéza H1 – předpokládám, že ženy s VPMD budou dosahovat statisticky významně vyšší hodnoty kvality života než muži s VPMD, se zamítá a můžu říct, že není statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi muži a ženami s VPMD.

3.6.4.2 Hypotéza H2

Předpokládám, že nemocní s VPMD s vyšším vzděláním⁸ budou dosahovat statisticky významných nižších hodnot než nemocní s VPMD s nižším vzděláním⁹.

Při ověřování této hypotézy jsem postupoval obdobným postupem jako u hypotézy předcházející. V tabulce jsem si respondenty rozdělil na probandy s nižším vzděláním a vyšším vzděláním. Provedl jsem u každého souboru popisnou statistiku a poté jsem opět za pomoci F-testu vypočítal testové kritérium F pro každou doménu a otázku. Výsledky jsem sjednotil do tabulky.

Tab. 8: F-test porovnávání vzdělání u nemocných VPMD

Domény		nižší vzdělání (N = 25) průměr ± STD ^{*)}	vyšší vzdělání (N = 26) průměr ± STD ^{*)}	test F	$F_{0,05}$
dom1	fyzické zdraví	13,577 ± 2,476	15,099 ± 2,892	0,733	0,506
dom2	duševní zdraví	14,56 ± 1,356	15,359 ± 2,894	0,22	0,506
dom3	sociální vztahy	15,467 ± 2	15,564 ± 3,046	0,431	0,506
dom4	životní podmínky	14,78 ± 1,601	15,365 ± 2,356	0,461	0,506
q1	kvalita života	3,44 ± 0,711	3,692 ± 0,788	0,815	0,506
q2	spokojenost se zdravím	3,32 ± 0,627	3,346 ± 0,846	0,55	0,506

^{*)} STD = standardní odchylka

Výsledky F-testu ukazují, že u domény 1 a otázek q1, q2 je vypočítané F větší než kritická hodnota $F_{0,05}$. $F \geq F_{0,05}$, to potvrzuje nerovnost rozptylu a pro další ověření jsem proto pro doménu1 a otázky q1, q2 použil t-test s nerovností rozptylu. Pro domény 2, 3, 4 jsem použil t-test s rovností rozptylu. Výsledky jsem sjednotil do tabulky.

⁸ vyšší vzdělání – středoškolské + vysokoškolské

⁹ nižší vzdělání – základní + vyučen

Tab. 9: T-test pro porovnávání vzdělání u nemocných VPMD

Domény		VPMD muži (N = 27) průměr ± STD ^{*)}	VPMD ženy (N = 24) průměr ± STD ^{*)}	t-test	t _{0,05}
dom1	fyzické zdraví	13,577 ± 2,476	15,099 ± 2,892	-2,02	1,677*
dom2	duševní zdraví	14,56 ± 1,356	15,359 ± 2,894	-1,25	1,677
dom3	sociální vztahy	15,467 ± 2	15,564 ± 3,046	-0,14	1,677
dom4	životní podmínky	14,78 ± 1,601	15,365 ± 2,356	-0,03	1,667
q1	kvalita života	3,44 ± 0,711	3,692 ± 0,788	-1,2	1,677*
q2	spokojenost se zdravím	3,32 ± 0,627	3,346 ± 0,846	-0,13	1,677*

^{*)} STD = standardní odchylka

^{**)} Dvouvýběrový t-test pro nerovnost rozptylu

Výsledky obou t-testů ukazují, že testové kritérium t Studentova t-testu je menší než kritická hodnota vyhledaná ve statistických tabulkách t_{0,05}.

Jelikož je $t < t_{0,05}$ zamítl jsem svou hypotézu a můžu říct, že není statisticky významný rozdíl mezi nemocnými s VPMD a stupněm dosaženého vzdělání.

3.6.4.3 Hypotéza H3

Předpokládám statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem nemocných s VPMD a jejich kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

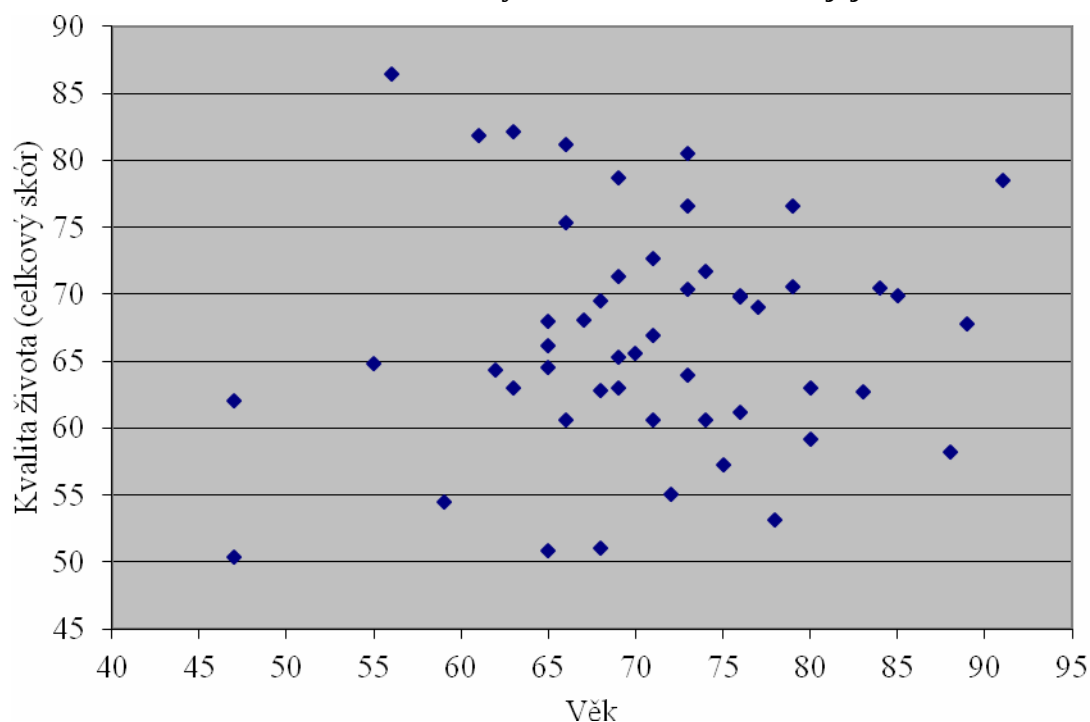
Pro ověření korelace mezi nemocnými s VPMD a jejich věkem, jsem si nejdříve spočítal celkový hrubý skór u každého respondenta. Celkový hrubý skór jsem získal sečtením hrubých skórů jednotlivých domén, ke kterým jsem ještě přičetl hrubé skóry otázek q1, q2. Poté jsem si vytvořil tabulku, do které jsem zaznamenal celkové hrubé skóry a věk respondentů. Pomoci programu Excel jsem provedl korelaci a vypočítal jsem korelační koeficient r . Korelační koeficient r určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými, v tomto případě věku nemocných s VPMD a kvalitou života. Korelační koeficient je vyjadřován hodnotou mezi 0 a 1 (-1), kdy žádný vztah znamená 0, úplná pozitivní závislost je značená 1, úplná negativní závislost je značená -1. S růstem hodnoty r od 0 k 1 nebo -1 se míra vztahu zvětšuje (Reiterová, 2004).

Výsledek korelace jsem zapsal do tabulky a grafu.

Tab. 10: Korelace mezi věkem nemocných s VPMD a kvalitou jejich života

	Věk	Kvalita života
Věk	1	
Kvalita života	0,070924	1

Graf 4: Korelace mezi věkem nemocných s VPMD a kvalitou jejich života



Výsledek korelace, kdy $r = 0,070924$ ukazuje na korelační nezávislost, v tomto případě neexistuje mezi věkem nemocných VPMD a jejich kvalitou života žádná souvislost.

Můžu říct, že hypotéza H3 - předpokládám statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem nemocných s VPMD a jejich kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF, se zamítá, jelikož věk nemocných VPMD a kvalita života měřena dotazníkem WHOQOL-BREF spolu nekorelují.

3.6.4.4 Hypotéza H4

Předpokládám, že skupina pacientů s VPMD bude vykazovat statisticky významné nižší skóre kvality života než kontrolní skupina běžné populace.

Při ověřování této hypotézy, jsem postupoval stejným postupem jako u hypotézy H1 a H2. Vytvořil jsem si tabulku pro celou skupinu nemocných VPMD (n51), a vypočítal hrubé skóre jednotlivých domén a otázek q1, q2. Stejnou tabulku jsem si udělal i pro

kontrolní skupinu lidí z běžné populace (n51). V programu Excel jsem nejdříve vypočítal popisnou statistiku a poté jsem pomocí F-testu vypočítal testové kritérium F pro každou doménu a otázku. Výsledky jsem zaznačil do tabulky.

Tab. 11: F-test pro skupinu nemocných VPMD a kontrolní skupinu

Domény		Sk. VPMD (N = 51) průměr ± STD ^{*)}	Kontrolní sk. (N = 51) průměr ± STD ^{*)}	test F	F _{0,05}
dom1	fyzické zdraví	14,353±2,778	15,339±2,644	0,906	0,625
dom2	duševní zdraví	14,967±2,287	15,386±2,15	0,882	0,625
dom3	sociální vztahy	15,516±2,561	15,112±3,185	1,939	1,599
dom4	životní podmínky	15,078±2,023	15,416±2,424	2,435	1,599
q1	kvalita života	3,568±0,755	3,922±0,688	0,831	0,625
q2	spokojenost se zdravím	3,334±0,739	3,627±0,848	1,314	1,599

^{*)} STD = standardní odchylka

Výsledky F-testu, prokázaly statisticky signifikantní rozdíl u všech domén a otázky q1. Otázka q2 vyšla jako statisticky nevýznamná.

Dále jsem použil k ověření hypotézy Studentův t-test. U domén 1, 2, 3, 4 a otázky q1, jsem provedl výpočet pomocí t-testu pro nerovnost rozptylu, otázku q2 jsem vypočítal za pomocí t-testu s rovností rozptylu. Výsledky jsem opět převedl do tabulky.

Tab. 12: T-test pro skupinu nemocných VPMD a kontrolní skupinu

Domény		Sk. VPMD (N = 51) průměr ± STD ^{*)}	Kontrolní sk. (N = 51) průměr ± STD ^{*)}	t-test	t _{0,05}
dom1	fyzické zdraví	14,353 ± 2,778	15,339 ± 2,644	1,836	1,66*
dom2	duševní zdraví	14,967 ± 2,287	15,386 ± 2,15	0,95	1,66*
dom3	sociální vztahy	15,516 ± 2,561	15,112 ± 3,185	0,708	1,66*
dom4	životní podmínky	15,078 ± 2,023	15,416 ± 2,424	0,763	1,66*
q1	kvalita života	3,568 ± 0,755	3,922 ± 0,688	2,466	1,66*
q2	spokojenost se zdravím	3,334 ± 0,739	3,627 ± 0,848	1,867	1,66

^{*)} STD = standardní odchylka

^{**) Dvouvýběrový t-test pro nerovnost rozptylu}

Výsledek t-testu prokázal statisticky významný signifikantní rozdíl u domény1 (fyzické zdraví) a u otázek q1 (kvalita života) a q2 (spokojenost se zdravím). U domény2 (duševní zdraví), domény3 (sociální vztahy) a domény4 (životní podmínky) se statisticky významný signifikantní rozdíl neprokázal.

Můžu říct, že hypotéza H4 – předpokládám, že skupina pacientů s VPMD bude vykazovat statisticky významné nižší skóre kvality života než kontrolní skupina běžné populace, je částečně platná. Nemocní VPMD prokazují nižší skóre kvality života ve všech měřených doménách ale pouze v doméně 1 a otázkách q1, q2 je toto skóre statisticky signifikantní. To znamená, že lidé nemocní s VPMD vykazují statisticky významný rozdíl v oblasti fyzického zdraví, spokojenosti se zdravím a s hodnocením celkové kvality života.

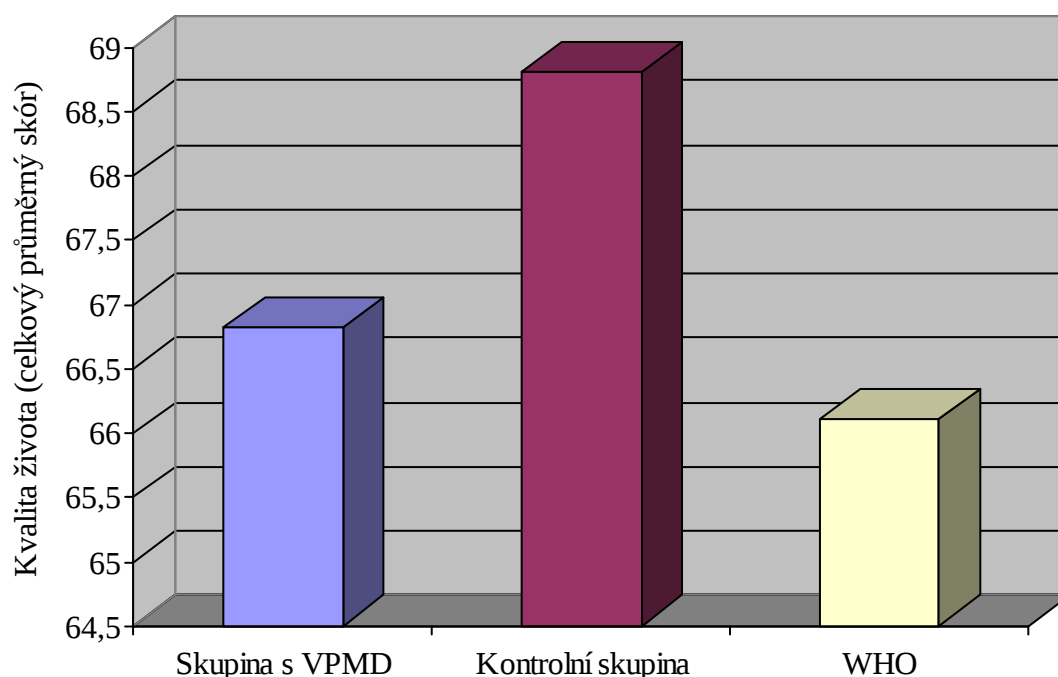
Pro zajímavost jsem provedl další ověření. Provedl jsem srovnání jednotlivých hrubých skóre domén a otázek q1, q2, mezi skupinou nemocných VPMD, kontrolní skupinou z běžné populace a populační normou stanovenou WHO. Výsledky jsem zaznamenal do tabulky, pro lepší přehled jsem vytvořil u každé skupiny celkový skór a zaznamenal jej do grafické podoby. Přičemž vyšší skór poukazuje na lepší kvalitu života.

Tab. 13: Srovnání průměrů jednotlivých skupin

Domény		Skupina VPMD (N = 51) průměr ± STD *)	Kontrolní skupina (N = 51) průměr ± STD *)	populační norma WHO (N = 310) průměr ± STD *)
dom1	fyzické zdraví	14,353 ± 2,778	15,339 ± 2,644	15,55 ± 2,55
dom2	duševní zdraví	14,967 ± 2,287	15,386 ± 2,15	14,78 ± 2,43
dom3	sociální vztahy	15,516 ± 2,561	15,112 ± 3,185	14,98 ± 2,89
dom4	životní podmínky	15,078 ± 2,023	15,416 ± 2,424	13,30 ± 2,08
q1	kvalita života	3,568 ± 0,755	3,922 ± 0,688	3,82 ± 0,72
q2	spokojenost se zdravím	3,334 ± 0,739	3,627 ± 0,848	3,68 ± 0,85

*) STD = standardní odchylka

Graf 5: Srovnání kvality života jednotlivých skupin



Pozn.: Vyšší skóre znamená lepší kvalitu života

Výsledek tohoto srovnání ukazuje, že zkoumaná skupina nemocných VPMD pro můj výzkum, vnímá lépe svou kvalitu života než populační norma WHO.

3.6.4.5 Zhodnocení platnosti hypotéz

Hypotéza – H1 – předpokládám, že ženy s VPMD¹⁰ budou dosahovat statisticky významně vyšší hodnoty kvality života než muži s VPMD.

Výsledek t-testů neprokázaly statisticky významný rozdíl, hypotéza H1 se zamítá a můžu říct, že není statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi muži a ženami s VPMD.

Hypotéza – H2 – předpokládám, že nemocní s VPMD s vyšším vzděláním¹¹ budou dosahovat statisticky významných nižších hodnot než nemocní s VPMD s nižším vzděláním¹².

Výsledek t-testů neprokázaly statisticky významný rozdíl, hypotéza H2 se zamítá a můžu říct, že není statisticky významný rozdíl mezi nemocnými s VPMD a stupněm dosaženého vzdělání.

¹⁰ VPMD – věkem podmíněná makulární degenerace

¹¹ vyšší vzdělání – středoškolské + vysokoškolské

¹² nižší vzdělání – základní + vyučen

Hypotéza – H3 – předpokládám statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem nemocných s VPMD a jejich kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

Výsledek korelace prokázal korelační nezávislost. Hypotéza H3 se zamítá, jelikož věk nemocných VPMD a kvalita života měřena dotazníkem WHOQOL-BREF spolu nekorelují.

Hypotéza – H4 – předpokládám, že skupina pacientů s VPMD bude vykazovat statisticky významné nižší skóre kvality života než kontrolní skupina běžné populace.

Hypotézu H4 můžu částečně přijmout. Nemocní VPMD prokazují nižší skóre kvality života ve všech měřených doménách ale pouze v doméně 1 a otázkách q1, q2 je toto skóre statisticky signifikantní. To znamená, že lidé nemocní s VPMD vykazují statisticky významný rozdíl v oblasti fyzického zdraví, spokojenosti se zdravím a s hodnocením celkové kvality života.

3.7 Diskuse

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života u lidí nemocných věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD). Jejím cílem bylo porovnat kvalitu života mezi nemocnými VPMD, kdy proměnné byly pohlaví, vzdělání a věk. Dále srovnávala celou skupinu nemocných VPMD se skupinou relativně zdravých lidí z populace. Metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření s pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Během práce s touto metodou jsem dospěl k závěru, že pro účely takto zaměřeného výzkumu není vhodné tuto metodu používat.. Tato metoda je sice zaměřená na srovnávání kvality života, ale pro srovnávání kvality života u lidí s očním onemocněním ji považuji za ne příliš vhodnou. Málo se zabývá problematikou související s poruchou očí. Přesto jsem ji ale využil pro svůj výzkum, jelikož se domnívám, i přes uvedené výhrady poskytne relevantní závěry.

První výzkumná hypotéza srovnávala kvalitu života u mužů s VPMD a žen s VPMD. Domníval jsem se, že ženy budou vykazovat statisticky vyšší kvalitu života než muži. Výsledné srovnání však ukázalo, že ženy i muži prokazují v tomto směru stejnou kvalitu života.

Druhá výzkumná hypotéza předpokládala rozdíl v kvalitě života mezi nemocnými VPMD s nižším vzděláním, sem jsem zařadil nemocné se základním vzděláním a vyučené,

a nemocnými s vyšším vzděláním, kde jsem zařadil středoškolské a vysokoškolské vzdělání. Předpokládal jsem, že nemocní VPMD s vyšším vzděláním, budou vykazovat horší kvalitu života než nemocní VPMD s nižším vzděláním. Vycházel jsem z toho, že nemocní s vyšším vzděláním budou více číst a častěji navštěvovat kulturní akce a nemoc VPMD jim v tom bude bránit. Výsledek srovnání však ukázal, že jsem se mýlil a mezi nemocnými VPMD s vyšším a nižším vzděláním se neprokázal žádný statisticky významný rozdíl.

Třetí hypotéza předpokládala negativní korelaci mezi věkem nemocných VPMD a jejich kvalitou života. I zde se prokázalo, že se mýlím. Výsledek korelace, prokázal korelační nezávislost, z toho vyplývá, že věk a kvalita života spolu nemají žádnou souvislost. Tento výsledek mě mile překvapil, jsem rád, že věk u nemocných VPMD nemusí zhoršovat kvalitu života.

Čtvrtá hypotéza srovnává celou skupinu nemocných VPMD s kontrolní skupinou lidí z běžné populace. Zde jsem předpokládal, že nemocní VPMD budou vykazovat nižší kvalitu života než kontrolní skupina. Zde se má hypotéza potvrdila ve všech měřených doménách a otázkách q1, q2 se prokázal rozdíl v hrubých skórech. U nemocných VPMD tyto skóry byly nižší, což poukazuje na nižší kvalitu života. U domény 1 fyzické zdraví a otázek q1 kvalita života a q2 spokojenost se zdravím, se prokázal statisticky signifikantní rozdíl na hladině významnosti 0,05.

Výsledek výzkumu ukazuje, že není statisticky signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, vzděláním u nemocných VPMD, ani věk neprokazuje rozdíl ve vnímání kvality života. Zatím co ve srovnání se skupinou lidí z populace se ukazuje, že nemocní VPMD hůře hodnotí kvalitu života, a to hlavně v oblasti fyzického zdraví a v hodnocení celkové kvality života. Snížení kvality života u nemocných VPMD poukazuje na možnou potřebu vyhledat pomoc odborníků ve formě psychologické nebo sociální péče.

Závěr

Cílem práce bylo analyzovat kvalitu života pacientů s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD) a srovnat výsledky této analýzy s výsledky analýzy u stejně vyrovnaného vzorku (věk, pohlaví a vzdělání) z populace osob bez VPMD. Chtěl jsem zjistit, do jaké míry se bude lišit kvalita života těchto nemocných, dále mne zajímalo, jaký vliv má na kvalitu života dosažené vzdělání a věk pacientů.

Výsledky práce ukazují, že není rozdíl ve vnímání kvality života měřenou standardizovaným dotazníkem mezi muži s VPMD a ženy s VPMD. Rozdíl se nepodařilo prokázat ani u lidí s VPMD nižšího vzdělání (základní vzdělání, vyučení) a vyššího vzdělání (středoškoláci vysokoškoláci). Korelační studie prokázala korelační nezávislost, což nepotvrzuje souvislost mezi věkem a měřenou kvalitou života. Naproti tomu výsledky měření kvality života měřené standardizovaným dotazníkem WHOQOL-BREF prokázaly rozdíl u průměrných hrubých skóre u všech čtyř domén a otázek q1, q2, mezi nemocnými VPMD a kontrolní skupiny z běžné populace. U domény1 fyzické zdraví a otázek q1 kvalita života a q2 spokojenost se zdravím byly tyto hodnoty statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05. Výsledky výzkumu ukazují, že nemocní s VPMD vnímají hůře své fyzické zdraví a celkovou kvalitu života.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá individuální kvalitou života u lidí s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD). Věkem podmíněná makulární degenerace je onemocnění, které bývá nejčastější příčinou vedoucí k zhoršení a někdy vede až k úplné ztrátě zraku u lidí nad 50 let.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsem se zabýval poznatky o kvalitě života. Shrnujím historii kvality života, nejznámější definice kvality života, uvedl jsem modely kvality života, dimenze a možnosti měření kvality života. Představil jsem onemocnění „věkem podmíněná makulární degenerace“. Uvedl jsem malý anatomicko-fyziologický přehled oka. Dále jsem se zabýval epidemiologií VPMD, rizikovými faktory VPMD, etiopatogenezí VPMD, diagnostikou VPMD a současnou léčbou VPMD.

Výzkumná část představuje kvantitativní výzkum za pomoci dotazníkového šetření standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100.

Cílem výzkumu bylo zhodnotit kvalitu života u lidí s onemocněním VPMD. Cílovou skupinu tvořilo 51 lidí s onemocněním VPMD, 53 % mužů a 47 % žen. Kontrolní skupinu tvořilo 51 lidí z běžné populace, 45 % mužů, 55 % žen. Vzorek nemocných VPMD, tvoří pacienti zlínských očních zařízení, konkrétně oční ambulance MUDr. Daniela Němečka, oční ambulance MUDr. Karla Pavelky a soukromého očního centra Gemini, za období říjen 2011 až leden 2012.

Celkem jsem si stanovil čtyři výzkumné hypotézy. K ověření těchto hypotéz jsem nejdříve vyhodnotil dotazníky dle instrukcí k vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, kdy jsem vyhodnotil čtyři domény, dom1 fyzické zdraví, dom2 duševní zdraví, dom3 sociální vztahy, dom4 životní podmínky, a dvě samostatné otázky q1 kvalita života a q2 spokojenost se zdravím. Stanovené dílčí hypotézy jsem poté ověřoval za pomoci F-testu, t-testu a korelace v programu Microsoft Office Excel. Při ověřování hypotéz se mi tři hypotézy nepotvrdily a jedna hypotéza byla potvrzená.

Výsledky práce ukazují, že lidé s onemocněním VPMD mají horší vnímání svého zdravotního stavu a celkové kvality života než lidé bez tohoto onemocnění.

Seznam použité literatury

1. Bausch & Lomb [online] [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <http://www.bausch.cz/products/ocuvite/yellowspot.htm>
2. Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*, Praha: Psychiatrické centrum Praha.
3. Dragomirecká, E., & Škoda, C. (1997). *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. In *Československá psychiatrie*, 93, č. 8, s. 423-432.
4. Ernest, J., Fišer, I., & Kolář, P. (2007). *Věkem podmíněná okulární degenerace*. Praha: Česká vitreoretinální společnost.
5. Ernest, J., Hejsek, L., Němec, P., & Rejmont, L. (2010). *Makulární degenerace* Praha: Nakladatelství Mladá fronta a.s.
6. Hnilicová, H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In J. Payne, a kol., *Kvalita života a zdraví* (pp. 205-217).
7. Mareš, J. (2006). *Kvalita života: u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 259 s.
8. Karel, I., & Záhlava, J. (2004) *Věkem podmíněná makulární degenerace a možnosti její léčby*. Sanguis, číslo 31/2004, s. 38.
9. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha: Sefira.
10. Kolář, P. a kol. (2008). *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Grada.
11. Kováč, D. (2004) *K pojmo-logike kvality života*. *Československá psychologie*, 48, 5, 460-464.
12. Kováč, D. (2001) *Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. *Československá psychologie*, 1, 34-44.,
13. Kraus, H. a kol.(1997). *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada.
14. Křivohlavý, J. (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
15. Křivohlavý, J. (2001) *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s.r.o.
16. Rozsival, P. a kol. (2006) *Oční lékařství*. Praha: Galén.
17. Mathew, RS., Delbaere K, Lord, SR., Beaumont, P., Vaegan, & Madigan, MC. (2011) *Depressive symptoms and quality of life in people with age- related macular*

- degeneration*. Ophthalmic Physiol Opt. 2011 Jul;31(4):375-80. Epub 2011 May 24. PubMed from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21679317>
18. Marback, R. F., Maia Júnior, O. O., Morais, F. B., Takahashi, W. Y., (2007). *Quality of life in patients with age-related macular degeneration with monocular and binocular legal blindness*. Clinics, 62(5), 573-578. Retrieved February 18, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180759322007000500007&lng=en&tlng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322007000500007>
 19. Mareš, J., & Marešová, J. (2006) *Kvalita života související se zdravím*. In J. Mareš a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících* (pp. 29-42). Brno: MSD.
 20. Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka* Praha: Grada.
 21. Muzyka-Woźniak, M., Misiuk-Hojło, M., & Wesolowska, A. (2011) *Quality of life in patients with age-related macular degeneration - medical and social problem*. Klin Oczna. 2011;113(4-6):161-4. Polish.
 22. Paladix [online] 1998 [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <http://www.paladix.cz/clanky/barevne-videni-druhy-pohled.html>
 23. Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
 24. Stein, JD., Brown, MM., Brown, G. C., Hollands, H., Sharma, S., (2003) *Quality of life with macular degeneration: perceptions of patients, clinicians, and community members* [Electronic version] British Journal of Ophthalmology 2003; 87:8-12
 25. Raiterová, E. (2004) *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: UPOL.
 26. Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a prediktory*. Sborník příspěvků z konference, Třeboň. 25.10.2004. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
 27. Vaďurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
 28. Vymětal, J. (2003) *Lékařská psychologie*. Praha: Portál

Seznam zkratek

AMD – age-related macular degeneration

APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém

BM – Bruchova membrána

CNV – chorioideální nevasculární membrány

FA – fluorescenční angiografie

HRQL – Health-Related Quality of Life

ILF – Index kvality života

LSS – Life Satisfactory Scale

LQoLP-EV – Lancashire Quality of Life Profile-European Version

MANSA – Manchester Short Assessment of Duality of Life

QL – Quality Life

QoL – Quality of Life

RPE – retinální pigmentový epitel

SQUALA – Subjektive Quality of Live Analysis

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individua Quality of Life

SEIQoL-DW – Schedule for the Evaluation of Individua Quality of Life - direkt Weighting

VAS – Visual Analogue Scale

VEGF – vascular endotelial growth factor

VPMD – Věkem Podmíněná Makulární Degenerace

WHO – World Health Organization

WHO-BREF – dotazník WHO zkrácená verze

WHO-100 – dotazník WHO

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulky:

Tab. 1	Stupně zdravotního postižení podle WHO	19
Tab. 2:	Přehled domén a položek WHOQOL-BREF.....	32
Tab. 3:	Struktura skupin respondentů dle pohlaví	33
Tab. 4:	Struktura respondentů podle věku	34
Tab. 5:	Struktura skupin respondentů podle vzdělání.....	36
Tab. 6:	F-test u porovnávání mužů a žen s VPMD.....	37
Tab. 7:	T-test porovnání mužů a žen s VPMD	38
Tab. 8:	F-test porovnávání vzdělání u nemocných VPMD.....	39
Tab. 9:	T-test pro porovnávání vzdělání u nemocných VPMD	40
Tab. 10:	Korelace mezi věkem nemocných s VPMD a kvalitou jejich života	41
Tab. 11:	F-test pro skupinu nemocných VPMD a kontrolní skupinu	42
Tab. 12:	T-test pro skupinu nemocných VPMD a kontrolní skupinu.....	42
Tab. 13:	Srovnání průměrů jednotlivých skupin.....	43

Grafy:

Graf 1:	Struktura skupin respondentů podle pohlaví	5
Graf 2:	Struktura skupin respondentů podle věku	5
Graf 3:	Struktura skupin respondentů podle vzdělání.....	5
Graf 4:	Korelace mezi věkem nemocných s VPMD a kvalitou jejich života	5
Graf 5:	Srovnání kvality života jednotlivých skupin	5

Obrázky:

Obr. 1:	Optický systém	5
Obr. 2:	Stavba sítnice	5
Obr. 4:	Měkké drúzy	5
Obr. 3:	Tvrdé drúzy.....	5
Obr. 5:	Vlhká forma VPMD (v barvě, časně fázi a pozdní fázi)	5

Seznam příloh

1. Podklad pro zadání diplomové práce
2. Abstrakt
3. Dotazník WHOQOL-BREF

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Studijní program: Psychologie
Akademický rok: 2010/2011

Podklad pro zadání diplomové práce

Předkládá: Marcel Kresta **Adresa:** Obeciny X/3621 76001 Zlín

Název tématu česky: Individuální kvalita života osob s věkem podmíněnou makulární degenerací

Název tématu anglicky: The individual quality of life of persons with the age conditional macular degeneration

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Zásady pro vypracování:

Speciální zaměření: Makulární degenerace je onemocnění, při kterém dochází k poruše žluté skvrny, což je oblast ve středu sítnice. Touto poruchou dochází k těžkému narušení zraku, kdy střed zorného pole je rozmazaný, šedý nebo vyplněný černou skvrnou. To postiženého z veliké části vyřazuje z běžného života. Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMĐ) se vyskytuje u lidí starších 60 let. V současné době ohrožuje na 515 tisíc obyvatel České republiky. V podstatě každému dvanáctému člověku v ČR hrozí prakticky slepota. Cíl práce: porovnání individuální kvality života, srovnávací vzorek 15-20 respondentů v počátku nemoci a v pozdějším stádiu nemoci. Metoda sběru dat strukturovaní rozhovor - dotazník SEIQoL metoda.

Seznam literatury:

Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví* 3.vydání, Praha: Portál 2009

Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví* 1.vydání, Praha: Academia 2005

Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J.: *Zdravotnická psychologie* Praha: Grada 2006

Časopisy: Marek Blatný, Katarína Millová, Martin Jelínek, Terezie Osecká (2010).

Životní smysluplnost: osobnostní souvislosti a antecedenty. *Československá psychologie*, 54, 3, 225-234. Blatný, Marek - Osecká, Lída (1998). **Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: Osobnost a strategie zvládání.** *Československá psychologie*, 42, 5, 385-394. Mareš, Jiří - Urbánek, Tomáš (2006). **Minimální věcně významné změny v diagnostikované kvalitě života.** *Československá psychologie*, 50, 6, 557-568. Hnilica, Karel (2009). **Reciproční účinky kvality života.** *Československá psychologie*, 53, 3, 224-240. Hnilica, Karel (2002). **Kvalita života onkologických pacientů.** *Československá psychologie*, 46, 1, 22-34. Kováč, Damián (2001). **Kvalita života - naléhavá výzva pro vědu nového století.** *Československá psychologie*, 45, 1, 34-44. Buchtová, Božena (2004). **Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných.** *Československá psychologie*, 48, 2, 121-135.

Internetové zdroje: www.degeneracemakuly.cz, MEDLINE, PsycIndex

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Individuální kvalita života osob s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD)

Autor práce: Marcel Kresta

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka PhD

Počet stran a znaků: 60/95492

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá individuální kvalitou života u lidí s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD). VPMD je nejčastější příčinou vedoucí k zhoršení a někdy vede až k úplné ztrátě zraku u lidí nad 50 let.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část je částí teoretickou, která se zabývá pojmem „kvalita života“ a onemocněním VPMD.

Druhá část je částí výzkumnou. Zde je popsán kvantitativní výzkum za pomoci dotazníku světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu života u lidí s onemocněním VPMD. Zkoumanou skupinu tvoří 51 lidí s onemocněním VPMD, kontrolní skupinu tvoří 51 lidí z běžné populace.

Výsledky práce ukazují, že lidé s onemocněním VPMD mají horší vnímání svého zdravotního stavu a celkové kvality života.

Klíčová slova:

Kvalita života, zdraví, nemoc, věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD), světová zdravotnická organizace (WHO), WHOQOL-BREF, dotazník.

ABSTRACT OF THESIS

Title: The individual quality of life of persons with the age-related macular degeneration(AMD)

Author: Marcel Kresta

Supervisor: Mgr. Martin Kupka PhD

Number of pages and characters: 60/95492

Number of appendices: 3

Number of references: 28

Abstract :

This bachelor's thesis focuses on the quality of life of the people with age-related macular degeneration (AMD). AMD is the most common cause of the vision deterioration, which in some cases leads to a total loss of vision in population above 50 years of age.

The thesis is divided into two parts. The first one represents a theoretical part, which deals with the term "quality of life" and the AMD disease. The second one is the research part. It describes a quantitative research based on the world health organization's WHOQOL-BREEF questionnaire. The aim of the survey is to value the quality of life of the AMD-affected people. The surveyed group consists of 51 persons with AMD disease and a control group of 51 persons from regular population.

The results of the thesis show that the people with ADM have worse perception of their health status and overall quality of life.

Key words:

Quality of life, health, disease, age-related macular degeneration (AMD), Word Health Organization (WHO), WHOQOL-BREEF, Questionnaire

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.