

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Uspokojování psychosociálních potřeb u pacientů na očním oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Jitka Otásková R.N.

Miroslava Kalábová

2007

Satisfaction of patients psychosocial needs at ophthalmology department

The aim of my bachelor work was to find out the psychosocial needs and their satisfying by the patients at the ophthalmology department. Before the very research we picked two hypotheses out. The first hypothesis referred to a question whether the patients at the ophthalmology department have problems with the three-dimensional orientation. The other one focused on a question whether the patients at the ophthalmology department have problems to arrange contacts with the co-patients during the hospitalization.

The bachelor work consists of the theoretical and the practical part. In the theoretical part I targeted to give in sufficient information about the needs and their satiation. To mark out problems of the patients at the ophthalmology department before and also after the operation. To describe nursing care of the visual ill in hospital and also home care. There are also problems which the patients can battle with by release and follow- on socialization gathered here. The applied part was conducted by a quantitative search where the methodology of work made a non-standardized anonymous questionnaire. The questionnaire was made of 30 questions, which were focused on satisfying of the biopsychosocial needs. The research group made the patients at the ophthalmology department in Jihlava. In all 60 questionnaires were handed out, 50 of them were used for a research. The results of the research were elaborated in the graphs and the charts completed some of them. In a discussion there were particular results discussed and the hypotheses were evaluated. The first hypothesis concerning the three-dimensional orientation of the ophthalmology department patients was rebutted and the other one, which was related to the arrangement of contacts between the patients, was also not confirmed.

Thanks to this research work I faced difficulties with considerable lack of special literature. It was mainly related to the satisfying of the needs and nursing care of the visual ill. These sick people occur not only at the ophthalmology department but they can also be hospitalized at other specialized nursing centers. I would be glad if there was some specialized literature produced by means of this work, which could help

not only the students but also the nurses working at the ophthalmology department and outside of it, too.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. 5. 2007

Miroslava Kalábová

Děkuji paní Mgr. Jitce Otáskové za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a materiálových podkladů. Dále bych poděkovala vrchní sestře paní Lee Zábranské i zdravotním sestřičkám za pomoc při výzkumné činnosti na očním oddělení v Jihlavské nemocnici.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Definice a pojem potřeba	5
1.2 Klasifikace potřeb	6
1.2.1 Biogenní a viscerogenní potřeby podle Murraye	6
1.2.2 Psychogenní potřeby podle E.R.Hilgarda	7
1.2.3 Hierarchie potřeb podle Maslowa	7
1.3 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka	8
1.4 Nemocní se zrakovým onemocněním a jejich životní situace	9
1.4.1 Psychické důsledky ztráty zraku	9
1.4.2 Pojem životní situace a kvalita života	10
1.4.3 Problémy pacientů a jejich schopnost zvládat	10
1.4.3.1 Očekávání okolí	11
1.4.3.2 Podpora rodiny	12
1.5 Charakteristika práce sestry na očním oddělení	13
1.5.1 Potřeby pacientů v souvislosti s vyšetřováním oka na očním oddělení	14
1.5.2 Potřeby pacientů v souvislosti konzervativní léčbou na očním oddělení	14
1.5.3 Potřeby pacientů v souvislosti s chirurgickou léčbou na očním oddělení	15
1.5.3.1 Potřeby pacientů před operací na očním oddělení	15
1.5.3.2 Potřeby pacientů po operaci na očním oddělení	16
1.6 Příprava pacienta na život ve společnosti	17
1.6.1 Sebeobsluha a prostorová orientace nevidomých a slabozrakých	17
1.6.2 Tyflokabinet	18
1.6.3 Tyfloservis	19
1.6.4 Úprava domácího prostředí	20
1.6.5 Prevence pádů a úrazů	20
1.6.6 Problémy v komunikaci a zařazení se do společnosti	21
1.6.7 Zrakově postižený a zaměstnání	21

2. Cíl práce a hypotézy práce	22
2.1 Cíl práce	22
2.2 Hypotézy práce	22
3. Metodika	23
3.1 Použité metody	23
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	23
4. Výsledky výzkumu	24
5. Diskuse	45
5.1 Diskuse s literaturou	45
5.2 Diskuse s výsledky	48
6. Závěr	52
7. Seznam použité literatury	54
8. Klíčová slova	57
9. Přílohy	58

Úvod

Na celém světě žije více než 40 milionů lidí, kteří trpí slepotou, z toho 80 % jich žije v rozvojových zemích. Mezi slepými na celém světě je 1 a půl milionů dětí mladších 6 let. Za nejčastější příčinu slepoty se uvádějí katarakty, které nesou odpovědnost za 50 % všech případů ztráty zraku. K dalším významným příčinám slepoty patří trachom, glaukom, diabetes, říční slepota, lepra a ostatní infekční choroby. Přibližně 75 % případů se dá léčit konzervativně a zbývající se řeší operativně. Problém je v tom, že pacienti často vyhledají lékaře až když je příliš pozdě, kdy už se u nich objevili nezvratné změny. WHO se snaží napravit tuto situaci a ustanovila mezinárodní program Vision 2020 „The right to sight“ (právo vidět). Cílem tohoto programu je boj proti hlavním příčinám ztráty zraku. Hlavní důraz je kladen na profesionální školení zdravotníků, zejména oftalmologů, poskytnutí přístrojů a finančních prostředků (6).

V České republice trpí zrakovým postižením přibližně 100 tisíc lidí. Kromě lidí nevidomých, kteří nevidí vůbec nic nebo téměř nic, je tu velká skupina slabozrakých, těch, kteří ani s optimální brýlovou korekcí nevidí moc dobře. Vzhledem k tomuto postižení mají potíže s orientací a pohybem v neznámém prostředí, se čtením, s rozpoznáním detailů, vnímáním barev a vykonáváním mnoha dalších činností (14).

Život lidí se zrakovým postižením je v mnoha směrech složitý, týká se to také uspokojování jejich biopsychosociálních potřeb. Se svým onemocněním jsou často hospitalizováni v nemocnici, kde se potýkají s různými problémy. Dříve jsem pracovala na interním oddělení v nemocnici v Jihlavě, kde jsem se často setkávala s lidmi, kteří měli problémy se zrakem. Ze zkušenosti vím, že s těmito pacienty je nelehká a časově náročná práce, kde je zapotřebí dostatek profesionality, odbornosti i trpělivosti. Já sama jsem měla nemalé rezervy, co se týče ošetřování, komunikace a chování k těmto nemocným. Nyní pracuji ve stejné nemocnici na anesteziologicko resuscitačním oddělení jako anesteziologická sestra, kde se poměrně často dostávám do styku se zrakově nemocnými. Docházím na oční sál, kde jsem přítomna různým očním operacím. Nejčastějším výkonem je operace katarakty, která se provádí v analgosedaci. Což znamená, že po celou dobu výkonu udržuji s nemocným kontakt. Čas od času jsou

akutní případy i v oftalmologii, například perforace oka. Někteří pacienti bývají v šoku, nebo jsou neklidní. Jako anesteziologická sestra mám za úkol zvládnout jejich psychický stav, než přijde lékař. Mé zkušenosti i nedostatek vědomostí mě vedli, abych si vybrala bakalářskou práci na toto téma.

Základním cílem bakalářské práce je odpovědět na otázku: Zjistit jaké jsou psychosociální potřeby nemocných na očním oddělení a jak jsou tyto potřeby uspokojovány?

V první části této práce jsou na základě dostupné literatury vymezeny používané pojmy, z jejichž struktury byly odvozeny dílčí výzkumné otázky. Dalším krokem je konkretizace metodického postupu, výběr výzkumných jednotek a operacionalizace, na něž navazuje vlastní kvantitativní výzkum provedený převážně mezi pacienty na očním oddělení nemocnice v Jihlavě.

Cílem aplikovaným pro oblast uspokojování psychosociálních potřeb u pacientů s očním onemocněním je zjistit, jestli mají pacienti na očním oddělení problémy s orientací v prostoru a problémy s navazováním kontaktu se spolupacienty. Práce by mohla sloužit ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o pacienty na očním oddělení, tak, aby odpovídala jejich skutečným požadavkům a potřebám.

1. Současný stav

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb nemocného i zdravého člověka. Uspokojování lidských potřeb nemocného se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systém kroků a postupů při ošetrování nemocného i zdravého člověka (27).

Filozofií moderního ošetrovatelství je holistický přístup. Aby mohli sestry kvalitně pečovat o celou lidskou bytost, je zapotřebí pochopit, co znamená holistický neboli celostní přístup ke zdraví a k péči o člověka. Protože psychika zaujímá ve své složitosti oblast kognitivní, emocionální i duchovní a soma jako biologický a fyziologický stav, je citlivá na různé druhy stresu, zdůrazňujeme mezi nimi vzájemný psychosomatický vztah (16).

Psychická nerovnováha vytváří nerovnováhu somatickou a somatická nerovnováha vytváří nerovnováhu psychickou. Koncepce holismu zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát lidskou bytost jako celek v její psychosociální jednotě. Lidský organismus je v pojetí holismu integrovaná, organizovaná jednotka. Porucha jedné části celku vede k poruše jiné části popřípadě celého systému. Holistický pohled na člověka z hlediska vzájemné interakce jeho jednotlivých složek nám vyjadřuje bio-psycho-sociální model nemoci (16, 27).

1.1 Definice a pojem potřeba

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určitého faktoru nezbytného k životu, nebo může vést k vyhýbání se určité skutečnosti, která je pro život nepříznivá. Je něčím co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj vývoj a růst. Každý jedinec uspokojuje své potřeby svým způsobem a každý určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. Jednotlivé potřeby jedince se mění během života z hlediska kvantity i kvality. Lidé s danou kulturou mívají podobné potřeby.

Biologický význam potřeb vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy. Některé biologické potřeby jako nedostatek vitamínu nemají psychickou odezvu.

Ekonomický význam potřeb obvykle vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt. Například rádio, oblečení, dům, atd. Takovými potřebami je spíše míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.

Psychologický význam potřeb je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nedostatek. Bývá spojen s významem sociálním, vyjadřující nedostatky v sociálním životě jedince.

Známe kultury, u jejichž příslušníků nejsou vyvinuty vlastnické potřeby a naopak, takové, u jejichž příslušníků vyvinuty jsou. U příslušníků všech kultur existují stejné biologické potřeby jako spánek, či potrava, ale jsou různým způsobem uspokojovány. Velkou roli hraje také sociální prostředí rodiny, způsob výchovy, hierarchie hodnot-ty jsou určující pro motivaci u jednotlivce, ale určují také jeho potřeby, způsob jich vyjádření a uspokojování (27).

1.2 Klasifikace potřeb

V psychologii se třídí potřeby na biogenní, fyziologické a na psychogenní, sociogenní, psychologické.

1.2.1 Biogenní a viscerogenní potřeby podle Murraye

Dle Murraye je celek tvořený potřebou a tlakem. Potřeba je vše, co jedinec chce, o co se snaží, lze ji identifikovat pomocí vzorců chování, selektivního vnímání, citů a manifestovaného uspokojení. Tlak je vše, co prostředí vyžaduje splnit od jedince. Alfa tlak představuje objektivní okolnosti vyvolávající tlak a beta tlak nám udává subjektivní zpracování alfa tlaku, který je podstatný pro jednání. Ve své tématické jednotě se potřeby a tlaky vzájemně ovlivňují, fungují zpětnovazebné mechanismy. Murray vytvořil index viscerogenních a biogenních potřeb (viz příloha 1).

Murray dále klasifikuje potřeby na manifestní a latentní. Manifestní potřeby zahrnují veškerou činnost, která je skutečná, objektivizovaná a většinou ji předchází

vědomý záměr. Latentní potřeby jsou částečně objektivizované a subjektivizované formy činností. Mohou mít formu tužeb a přání individua (18, 27).

1.2.2 Psychogenní potřeby dle E. R. Hildgarda

E. R. Hildgard sestavil index psychogenních potřeb. Tento index zahrnuje, potřeby spojené s neživými předměty, potřeby, které vyjadřují moc, ambice. Dále potřeby jedince v projevování síly a získávání obdivu, potřeby poškozování jiných i sebe sama a potřeby, které se vztahují k citům lidí a v neposlední řadě i sociální potřeby v užším slova smyslu (27), (viz příloha 2).

E. R. Hildgard také charakterizoval i morální chování. V případě místního nebezpečí bývá chování spojeno s pozorovatelnými pohyby, ale ve skutečnosti může znamenat i útlum pohybů, které se projeví nic neděláním v určité situaci (18).

1.2.3 Hierarchie potřeb podle podle A.H.Maslowa

A. H. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchie potřeb. Zdůrazňuje tělesné propojení filozofie a psychologie a dále navrhuje, aby se předmětem zájmu stala také filozofie hodnot. Nejvýraznější rozdíl člověka od ostatních živočišných druhů tvoří unikátní potřeba seberealizace. Čím se člověk může stát, tím se také stát musí, musí být věrný své povaze stávání se. Jedinec jako osoba není statická, ale vždy stávající se a vždy nová, usilující o naplnění svých možností. Člověk je potřebujícím organismem. Absence potřeby něčeho, pokud vůbec existuje, je krátká, uspokojí se jedna potřeba a vynoří se druhá, uspokojená potřeba nemotivuje. Lidské chování je motivováno potřebami.

A. H. Maslow uspořádal hierarchii potřeb, čímž poukazuje na to, že před vystoupením vyšší potřeby musí být uspokojeny potřeby nižší. Znamená to tedy, že pokud nejsou určené potřeby dostatečně naplněny, nelze postoupit dále.

Hierarchie potřeb je členěna:

- Potřeby fyziologické jsou nejzákladnějšími a nejmocnějšími potřebami, protože zajišťují biologické přežití člověka jako organismu. Řadíme sem potřebu dýchání, výživy, spánku, atd.

- Potřeba bezpečí a jistoty začíná se silně projevovat už v raném věku, patří mezi potřeby dlouhodobého přežití, vznikají a vyvíjejí se v případě ohrožení či náhlé životní změně. Patří sem potřeby jako svoboda od strachu, úzkosti, atd.
- Potřeba náležitosti a lásky-znamená touhu někam patřit, mít utvořený citový vztah, být milován a někoho milovat.
- Potřeba úcty, sebeúcty-souvisí s vlastní zdatností, je důležité znát svoji hodnotu a schopnosti mít úctu u druhých, dosáhnout výkonu, prestiže, být vážen a ceněn a sám sebou kladně hodnocen (viz příloha 3).

Potřeba sebeaktualizace znamená riskovat, rozbít staré zvyky a otevřít se novému, člověk touží se stát vším, čím se může stát a čím může být, tím také musí být. Celý tento systém je hierarchický, je-li potřeba uspokojit nižší potřebu, zatímco vyšší je odsunuta do pozadí, jakmile je nižší uspokojena, objeví se specifický neklid a nespokojenost, mění se chování, hodnoty a zájmy. Pokud se uspokojí další potřeby, celý proces se posouvá na vyšší úroveň až po nejvyšší úroveň nespokojení. Do doby dokud není tím, čím být může, a tedy musí A. H. Maslow řadí k vyšším potřebám metapotřeby, nebo také potřeby růstu. Řadíme sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti (18, 27).

1.3 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka

Existuje mnoho faktorů, které znesnadňují, znemožňují, narušují uspokojování potřeb. Jedním z těchto faktorů je nemoc, která brání v uspokojování základních i vyšších potřeb. Dalším faktorem, který ovlivňuje uspokojování potřeb je vlastní individualita člověka. Zde hraje velkou roli osobnost člověka, osobnostní vlastnosti, typologie člověka, emocionální labilita nebo stabilita a odolnost proti zátěži. Důležité jsou i mezilidské vztahy, zejména vztahy k příbuzným a blízkým. Dalším faktorem je věk jedince. Každý z nás se v průběhu života vyvíjí a potřebuje tak individuální přístup a specifické uspokojení potřeb. Vliv na uspokojování potřeb mají také okolnosti, za kterých onemocnění vznikla. Ovlivňuje jak uspokojení potřeb, tak psychickou odezvu (27).

1.4 Nemocní se zrakovým onemocněním a jejich životní situace

Každý typ zrakového postižení nese s sebou svá specifika. Odlišné nároky klade zvládání každodenních běžných životních situací na člověka slabozrakého, jiné na někoho, kdo má zbytky zraku a odlišné na nevidomého. Zvládání těchto situací je u lidí se zrakovým postižením do jisté míry ztíženo. Mezi lidmi rozšířený a nepravdivý názor, že slabozrací lidé nic nemohou nebo toho mohou jen málo, pramení z neznalosti možností a způsobů zvládání těchto situací jiným způsobem, než na který je vidící člověk zvyklý. S podivem lze však říci, že vidící lidé, laici, ale i někteří odborníci často očekávají, že nevidomý člověk bude ve většině běžných činností závislý na druhých, jako kdyby ztrátou zraku nebo jeho oslabením ztratil také schopnost se samostatně rozhodovat a konat. Lidé s různou mírou poruchy zraku dokáží dělat mnohé z toho, co lidé vidící. Je mnoho lidí, kteří přišli o svůj zrak během svého života, a přesto dělají některé věci stejně tak jako předtím, když byli vidící. Už pro ně samotné však bývá fáze adaptace na změněnou životní situaci obtížně přijatelným faktem, že některé věci musí vykonávat jiným způsobem, než byli zvyklí. Lidé, kteří nemají poruchu zraku, si nedovedou představit, že k mnoha lidským činnostem zrak není tolik potřebný. To, že neznají odlišné a přesto efektivní a bezpečné způsoby alternativního provádění činností, vede vidící pochopitelně k pocitu neradostných vyhlídek, těch na druhém břehu 10, 21).

1.4.1 Psychické důsledky ztráty zraku

Dopad zrakového postižení na člověka lze rozdělit do několika rovin. Jednak se jedná o průběžné vyrovnávání se s vrozeným nebo v raném dětství získaným handicapem, jednak o vyrovnání se s postižením v dospělosti, například v situaci oslepnutí nebo postupné ztráty zrakových kvalit při progresivní oční diagnóze. Všechny tyto situace ohrožují v obecné rovině saturaci základních psychických potřeb. Zejména potřeby otevřené budoucnosti v souvislosti s naplněním života formou rodiny, kterou se mnohdy nedaří založit. Jde tady zejména o vybudování plnohodnotného partnerského vztahu a následné splnění rodičovské funkce. Tyto základní sociální role, prostřednictvím kterých dochází k naplnění základních psychických funkcí, se obtížněji

saturují vzhledem k sociální izolaci, která přispívá k zúženému výběru životního partnera, což zrakově postižení kompenzují tím, že si vytváří naopak prestiž a následné sebeuspokojení z přiblížení se skupině nehandicapovaných svých životním stylem.

Dojde-li ke ztrátě zraku v dospělosti, kdy postižený má již rodinu a děti, dochází u něj ke změně sociálního statutu v rodině a stává se mnohdy závislým a tím také „méně hodnotným“ členem rodiny (13).

1.4.2 Pojmy životní situace a kvalita života

Termínem životní situace bývá dle Musila a Navrátila označována individuální konfigurace bariér a předpokladů sociálního fungování jednotlivého klienta nebo specifické skupiny klientů. Pojem sociální fungování používá Bartlettová pro označení interakcí, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi (2).

Mezi charakteristiky sociální situace klienta podle autorky patří:

- Problém klienta a jeho odpovědi v souvislosti s problémem schopnosti zvládat;
- Očekávání (požadavky) okolí;
- Podpora prostředí;
- Interakce mezi schopnostmi klienta zvládat a očekáváním prostředí;

Výsledkem vzájemných interakcí, interakce mezi schopnostmi klienta zvládat a očekáváním okolí může být rovnováha nebo nerovnováha (2).

Nerovnováha vzniká buď na straně klienta nedostatkem jeho dovedností nebo ze strany okolí při nepřiměřených požadavcích vůči klientovi nebo při nedostatečné podpoře prostředí vzhledem k očekávání (17).

Kvalita života je subjektivní vyjádření míry spokojenosti člověka s jeho vlastním životem. Kvalitu života zrakově nemocného můžeme zvýšit odbouráním informačního deficitu, správnou komunikací a etickým přístupem (26).

1.4.3 Problémy pacientů a jejich schopnost zvládat

Jedním s hlavních problémů s kterým se pacienti potýkají, bývá stres. Za stres můžeme považovat jakoukoli zátěž, přičemž se již většinou nerozlišuje a je prospěšná či škodlivá. Životní situace, události, příhody a jejich prožití vedou člověka k nutnosti

na ně reagovat na úrovni fyziologické, psychologické, behaviorální i sociální. Potvrdilo se, že je velice důležité rozlišovat závažnost dopadu těchto situací, událostí na lidskou psychiku a zvládající schopnosti organismu. Velice časté bývají sociální problémy, především sociální integrace. Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společností je jedinci přístupná sociální opora, jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby. Díky němu se člověku dostává pomoci při snaze dostat jeho nárokům a dosáhnout svých cílů (10).

Sociální opora je jedním z faktorů, který byl identifikován jako faktor modelující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Sociální opora zahrnuje emocionální oporu, která poskytuje důležité emoce jako je láska, víra, empatie. Dále hodnotící oporu, hodnocení komunikace, jež je relevantní pro sebehodnocení. Informační oporu, díky níž zprostředkováváme informace nebo rady, jež nám pomáhají vyrovnat se s osobními problémy.

Instrumentální oporu představují praktické druhy pomoci nebo sem lze zahrnout hmotnou či materiální pomoc jako například poskytnutí půjčky v obtížné finanční situaci. Síť neboli zdroje sociální podpory obsahují šest hlavních komponent, mezi, které patří rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové (10, 21).

1.4.3.1 Očekávání okolí

Zrak je jeden z nejdůležitějších ze smyslů pro získávání informací o okolním světě. Zrakové postižení může být dobře kompenzováno brýlemi a tehdy zrakové postižení u člověka nevnímáme. Je patrné až tehdy, když nemá k dispozici brýle. Pro okolí jsou nejvíce vnímanou skupinou lidé s těžkým zrakovým postižením, u kterých nelze toto postižení korigovat pomocí brýlí. Většinou se tato skupina lidí liší od ostatních tím, že nosí např. bílou hůl, černé brýle, má vodícího psa, někdy to může být zvláštní chůze nebo držení těla. Okolí se často domnívá, že s postupnou ztrátou zraku bude mít pacient problém s orientací v prostoru, s vykonáváním sebeobslužných činností, že je ohrožen úrazem častěji než pacienti, kteří vidí (21, 28).

Představují si, že poznávací schopnosti pacienta s těžkým zrakovým postižením jsou natolik omezené, že není schopen žít plnohodnotný život, nemá dostatek informací a bude spíše uzavřený. Okolí počítá s tím, že nemocný nebude moci i nadále plnit své úkoly v rodině, v zaměstnání, mezi přáteli. Vidoucí lidé si většinou nedovedou představit, že k mnoha lidským činnostem není zrak nezbytně nutný. Je důležité rozlišit, o jakou poruchu zraku se jedná, zda pacient přišel o zrak v souvislosti s úrazem, vleklým onemocněním s postupnou ztrátou zraku nebo se narodil jako nevidomý. Na základě zrakového postižení je důležité zvolit vhodné způsoby ke zvládnutí situací v běžném životě. Vhodnou odbornou pomocí můžeme pacientovi pomoci opět žít plnohodnotný život, plnit jeho role v rodině, ve styku s přáteli dokonce si najít i zaměstnání, které odpovídá jeho možnostem (21, 28).

1.4.3.2 Podpora rodiny

Rodinná a partnerské vztahy se ve velké míře odvíjejí od toho, nakolik rodina akceptovala vadu u svého blízkého. Velkou roli hraje zkušenost rodiny, blízkých, jejich charakterové vlastnosti, zdravotní stav členů rodiny, věk, kvalita partnerských vztahů, počet členů rodiny a hlavně druh a příčina postižení. Po sdělení rozsahu postižení se u členů rodiny dostávají reakce v určité posloupnosti. Prvotní reakcí je šok a popření stavu, dále akceptace reality a vyrovnávání se s ní. Ideálním případem je dojít k racionálnímu zpracování informací. Mnohdy tomu brání emoční stav rodiny a blízkých a proto lze očekávat útok, agresivitu, únik do fantazie, regresi a rezignaci, atd.. Důležité jsou partnerské vztahy. Výběr partnera může být obtížný vlivem nedostatku příležitostí, nedostatku zkušeností, jako jsou komunikační dovednosti, sociální naivita, nerozeznání signálu zájmu, osobnostní rysy. Partnera si velice často vybírají mezi obdobně postiženými, s kterými jsou zvyklí komunikovat. Nalezení partnera velice často inklinuje k rychlému uzavření sňatku (28).

1.5 Charakteristika práce sestry na očním oddělení

Zdravotní sestra na očním oddělení by měla být specialistkou v oboru. Měla by mít dostatečné odborné znalosti a dovednosti v diagnostice, léčbě, ošetřování klientů s onemocněním zrakového ústrojí. Pomáhá při vyšetřování a ošetřování nemocných, asistuje lékaři při drobných zákrocích, musí umět poskytnout první pomoc při úrazech oka. Kromě běžných činností musí sestra zvládat i některé specifické úkony jako aplikace léků do oka, everzi očních víček, měření nitroočního tlaku, atd. Sestra by měla mít dostatečné komunikační dovednosti a znalosti z psychologie ve vztahu k nemocným se zrakovými chorobami. Velice důležitá je přesnost a spolehlivost, jelikož nedbalost či pochybení může ohrozit nezvratně zrak pacienta (9, 19).

Na očním oddělení se vyskytují pacienti, kteří trpí rozostřeným viděním nebo mají sníženou zrakovou ostrost či snížení vizu. V případě těchto projevů je pro nemocného každý předmět nejasně viditelný a jeho obrysy nezřetelné. Pozvolné klesání zrakové ostrosti provází celou řadu nemocí jako katarakta, chronický zelený zákal, záněty sítnice a cévnatky nebo atrofii očního nervu. Mezi další typický projev zrakových vad patří porucha zorného pole. Zorné pole je část prostoru, kterou postřehneme upřeným pohledem bez pohybu očí a hlavy. Jedna nebo více částí celého obrazu jsou rozostřené, deformované anebo zcela chybí. Tomuto výpadku části zorného pole se říká skotom. Tito lidé mívají značné obtíže při čtení, rozpoznávání obličejů a při vnímání detailů a barev. Naopak při výpadcích okrajové části zorného pole mají potíže při pohybu a orientaci v prostoru. Je-li oblast periferie zasažena pouze částečně, vidí obraz se skvrnami anebo jen část zorného pole. Pokud je zasažena celá periferie, bývá důsledkem trubicovité vidění, kdy pacient vidí pouze tak, jako by se díval přes úzkou trubičku. Mnoho zrakových vad nese s sebou komplikace v souvislosti s množstvím, intenzitou světla. Zvýšené nároky na intenzitu osvětlení zpravidla udávají lidé s glaukomem, záněty sítnice, dědičnou degenerací sítnice, degenerací terče zrakového nervu, těžkou myopií, věkem podmíněnou makulární degenerací, dědičnou retinopatií. Naopak snížené nároky na světlo mají lidé s onemocněním jako je barvoslepost, albinismus, někdy šedý zákal. Další problémy způsobuje zhoršená schopnost přizpůsobování se zraku na různou hladinu osvětlení.

Zhoršená adaptace na světlo a tmu. Obzvláště příliš náhlé a ostré přechody mezi světlem a stínem. Mohou dokonce při pohybu v neznámém prostředí být příčinou úrazu. Každý z nás vnímá barvy vysoce individuálně což bývá umocněno u pacientů, kteří mají nějaké zrakové obtíže. Nejedná se pouze o specifické poruchy barvocitu, jako jsou úplná ztráta barevného vidění, kdy pacient vidí okolní svět v různých odstínech šedi nebo porucha vnímání určitého barevného tónu. Mnoho slabozrakých ztrácí schopnost přesného rozlišení jednotlivých jemných odstínů barev. Schopnost rozlišovat barvy ubývá, a to postupně pro barvu zelenou, červenou a modrou. Některé zrakové vady s sebou obvykle přináší i zhoršené vnímání hloubky prostoru. To může při orientaci v prostoru činit obtíže s odhadováním vzdálenosti a polohy předmětů (14, 30).

1.5.1 Potřeby pacienta v souvislosti s vyšetřováním oka na očním oddělení

Při vyšetřování očního ústrojí je velice důležitá spolupráce nemocného. Každý nemocný by měl být informován o všech vyšetřeních, která bude absolvovat v průběhu hospitalizace. Lékař informuje pacienta o průběhu vyšetření a možných komplikacích, které se mohou objevit v průběhu nebo po výkonu. Sestra provede psychickou a tělesnou přípravu před daným vyšetřením, případně doplní některé informace (9, 24).

1.5.2 Potřeby pacienta v souvislosti s konzervativní léčbou na očním oddělení

Při aplikaci očních léků klient sedí nebo leží s mírně zakloněnou hlavou. Nemocného vyzveme, aby se díval nahoru. Pomocí čtverečku odtáhneme dolní víčko a vkápneme účinnou látku z výšky asi jednoho centimetru. Při vkapávání se nesmíme dotknout řas ani spojivky. Na každé oko musíme použít nový čtvereček. Pro zlepšení absorpce léku můžeme stlačit prstem vnitřní koutek, aby se zamezilo odtoku kapek do slzných cest, oči ponecháme nejméně dvě minuty zavřené. Při aplikaci více kapek je nutné dodržet mezi jednotlivým vkapáváním minimálně 6 minut, jinak hrozí, že nové kapky vyplaví předchozí. Při aplikaci očních mastí a gelů je důležité vytlačit ½ centimetru masti z tuby a otřeme ji do sterilního čtverce. Klient má taktéž mírně zakloněnou hlavu, sedí nebo leží. Pomocí čtverečku oddálíme víčko. Poučíme nemocného, aby se díval směrem nahoru. Mast aplikujeme od vnitřního koutku

k zevnímu, na každé oko použijeme nový čtverec. Masti lze nanést do oka pomocí speciální tyčinky, která má na svém konci tupou, kulatou plošku. Nikdy nedržíme tubu ani tyčinku proti oku. Masti a gely mají vysokou viskozitu, které po aplikaci do oka zkapalní a účinkují stejně jako kapky (7, 9, 19, 24).

1.5.3 Potřeby pacienta v souvislosti s chirurgickou léčbou na očním oddělení

Operační zákrok nese sebou u většiny pacientů mnoho problémů, které se mohou vyskytnout už před operací, a nebo po operaci. Jednotlivé problémy můžeme definovat v podobě ošetrovatelských diagnóz podle NANDA II. Nejčastěji možné ošetrovatelské diagnózy před i po operaci na očním oddělení viz (příloha 11).

1.5.3.1 Potřeby pacientů před operací na očním oddělení

U každého pacienta se provádí předoperační příprava, kterou můžeme rozdělit na všeobecnou a speciální. Do všeobecné přípravy patří interní vyšetření a vyšetření očního lékaře, které není starší víc jak 14 dnů. U plánovaných výkonů jsou přijímání na oddělení den předem. Sestra je povinna seznámit pacienta s provozem na oddělení. Dále je povinna ho uložit na lůžko a zjistit informovanost pacienta co se týče operačního zákroku či onemocnění. Důležité je poučit nemocného, že před výkonem by měl mít umytý obličej, vlasy, dutinu ústní, čistý nos a oholené tváře u mužů. Důležité je předcházet u nemocných zácpě. Informovat nemocného o lačnění před operací. Speciální příprava spočívá v podání důležitých informací o průběhu předoperační přípravy a pooperační péči. Při příjmu se u pacienta provádí stěr ze spojivkového vaku, kdy odebraný vzorek se posílá na mikrobiologické vyšetření. Dále se v předoperačním období může měřit oko pomocí ultrazvuku, což je dobré pro výpočet správné optické síly implantované čočky u operace šedého zákalu. Často se měří výška nitroočního tlaku. Mohou se profylakticky aplikovat oční kapky s protizánětlivým či antibakteriálním účinkem. V případě operace se indikuje vysadit několik dnů před operací miotika. Dále musíme poskytnout informace o nutných pooperačních návycích a nutnosti dodržet léčebný režim. Důležité je s nemocným nacvičit otevírání oka a jeho zavírání bez křečovitého zavření nebo otevření.

Upozornit ho, aby nedělal prudké pohyby hlavy, aby nemrkal a nepohyboval očními bulby různým směrem. Poučit ho a zakázat mu sahat a mnout si rukou, kapesníkem či jiným předmětem oko, před i po operaci. Informujeme nemocného jak zabránit kýchnutí. Například tlakem palců na nosní přepážku, tlak jazykem nebo palcem na patro těsně za zuby na horní čelisti. Co se týče operačního pole, musí se být čisté, bez řas. Řasy se stříhají sterilními nůžkami, důležité je aby řasy při stříhání nepadaly do očí. Po ostříhání řas se provádí výplach oka. Provádí se průplach slzných cest, slzné cesty musí být vždy průchodné. V některých případech se provádí stěr ze spojivek, měří se nitrooční tlak. Den před a v den operace se aplikují oční kapky s protizánětlivým nebo antibakteriálním účinkem. Mohou se aplikovat mydriatika v přesně stanovených intervalech. Do tělesné přípravy se provádí bandáž dolních končetin, poučíme a zkontrolujeme nemocnému umělý chrup a oční protézu, kterou musí sundat. Po anestézii oka se provádí okuloprese z důvodu snížení nitroočního tlaku a vyvoláním hypotonie oka. Měříme nitrooční tlak před i po okulopresi. V průběhu operace se běžně používají antibiotika, mydriatika a anestetika, která se přidávají do irigačního roztoku. K zabránění vzniku peroperační miózy se do irigačního roztoku přidává epinefrin (9, 24, 25).

1.5.3.2 Potřeby pacientů po operaci na očním oddělení

Bezprostřední pooperační péče je zaměřená na monitorování fyziologických funkcí, bolesti, kontrola správného krytí operační rány, chování nemocného, vyprazdňování. Záleží na individualitě nemocného, ale je potřeba uspokojit jeho potřeby. Pacient po operaci v lokální anestézii bývá uložen ve zvýšené poloze případně dle ordinace lékaře. Pokud byl pacient operován v celkové anestézii jeho poloha je vodorovná na zádech. Informujeme nemocného, aby si nelehal na operovanou stranu. Vždy když navštívíme nemocného na pokoji měli bychom na sebe upozornit, všechny činnosti, které provádíme vždy komentujeme, informujeme o změnách okolí i o všem co se v blízkosti nemocného odehrává a co se očekává. Komunikace je pro nemocného, který nevidí nezbytná. Operační rána je kryta krycím obvazem, na noc se přikládá tzv. mušle, která brání nežádoucímu pohybu. Zdůrazníme nemocnému, aby si na oko

v žádném případě nesahal, nestrhával si obvaz. První pooperační den je proveden převaz s aplikací léků. V dalších dnech se také monitoruje nitrooční tlak. U některých lidí místo obvazu dáváme tmavé brýle. V prvních dnech po operaci musí nemocný zvýšeně dbát o hygienu obličeje. Obličej si může zlehounka omývat, muži by se neměli holit, nemocný si nesmí mýt operované oko. Strava záleží na volené anestézii. U lokální anestézie si může nemocný dát lehký oběd a měl by mít dostatek tekutin. Velkou pozornost věnujeme vyprazdňování stolice. Pacient by neměl namáhavě defekovat. Zamezíme tomu úpravou stravy případným podáním laxativ. Rovněž je důležitá hygienická péče, hlavně obličeje, muži by se neměli holit a operované oko by se nemělo umývat. Nemocného upozorníme, aby nezvedal těžká břemena a vyvaroval se práci v předklonu. Po operačním období se všem pacientům aplikují antibiotické kapky. Někdy se mohou k profylaxi pooperačního neinfekčního zánětlivého nitroočního procesu podávat kortikosteroidy (7, 9, 24, 25).

1.6 Příprava pacienta na život ve společnosti se zaměřením na domácí prostředí

1.6.1 Sebeobsluha a prostorová orientace nevidomých a slabozrakých

Sebeobsluhou je vše, co jsme schopni kolem sebe a pro sebe udělat sami bez cizí pomoci případně s určitou mírou pomoci druhé osoby. Řadí se sem každodenní běžné úkony od ranního vstávání, hygieny, přípravy stravy, péče o oděvy až po péči o domácnost, drobné ruční práce, údržbářské práce apod. V životě lidí se zrakovým postižením je úspěšné zvládnutí právě těchto každodenních úkonů vysokou školou adaptace na náročnější podmínky samostatného bydlení, zaměstnání, navazování přátelských i partnerských vztahů, na život v rodině. Nevidomí či slabozraký člověk musí mnohdy o těchto samozřejmých věcech přemýšlet, uspořádat si čas a prostor, zvolit optimální postup řešení, použít pomůcky. Sebeobsluha a prostorová orientace a samostatný pohyb spolu úzce souvisí. Dá se říci, že sebeobsluha je dovednost prostorové orientace a samostatného pohybu. Obě dovednosti nesou s sebou společné prvky. Proto úspěšným zvládnutím obou se stává člověk jistějším, více si důvěřuje a rozšiřují se tak možnosti jeho aktivit a činností. Jednou z nejdůležitějších potřeb

člověka je svobodná potřeba pohybu. Pohyblivost je předpokladem k samostatnosti i prevenci závislosti na druhých, prostředkem k uspokojování osobních i profesních cílů. Má vliv na celkový stav pohody nemocného, je důležitá při seberealizaci a společenském uplatnění. Pokud jsme pohybliví, navazujeme snáze kontakty, vytváříme vztahy, přátelství a lásku. Jsme schopni pracovat, bavit se, cestovat a poznávat. Lidé s poruchou zraku mají omezeno vnímání v prostoru a tedy i orientaci v něm. Lidé, kteří vidí, používají při orientaci a pohybu v prostoru neuvědomované série fixací na určité body. Naproti tomu lidé slabozrací, nevidomí musí vnímat, analyzovat a vyhodnocovat i jiné druhy informací. Zásadně jinou roli má pro nevidomého informace typu světlo-stín, slunce-vítr, vůně-zápach, sklon a povrch terénu, zvuky různých prostředí apod. Pro slabozrakého hrají pro změnu určující roli barevné a světelné kontrasty prostředí, intenzita osvětlení, velikost a provedení nápisů. Každý z těchto lidí musí při doslovném vykročení zvládnout řadu vnitřních překážek jako je strach, obava, nejistota, případně stud, ale i vnějších překážek, což jsou přirozené překážky mající charakter orientačních bodů na trase nebo nežádoucí bariéry prostředí (13, 28, 30).

1.6.2 Tyflokabinet

Tyflokabinet je odborně technické pracoviště pro slabozraké a nevidomé spoluobčany. Na tyflokabinet se mohou obrátit i jiné subjekty jako škola, firmy, úřady apod. Zabývá se celým spektrem problematiky kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené. Jedná se základní pomůcky ke každodenní potřebě, které přispívají ke zmírnění negativních důsledků oslabení či ztráty zraku. Má k dispozici i velmi složité elektronické pomůcky, které mohou významným způsobem zmírnit jednu z největších bariér v jejich životě, a tou je bariéra informační. Tyflokabinet poskytuje komplexní informace, co se týče kompenzačních pomůcek, a to o možnostech jejich získání, informovanosti, jejich technických parametrech, cenách i obsluze. Dává podněty pro vylepšení pomůcek a inicializaci nových pomůcek, a to ve spolupráci s výrobními a distribučními firmami. Testují se zde dovážené i nově zaváděné pomůcky. Dále se zde demonstrují a posuzují náročné elektronické pomůcky.

Umožňují zaškolení v používání elektronických pomůcek. Spolupracují s odbory sociální péče, úřady práce, zdravotními pojišťovnami, speciálními školami, ostatními institucemi, které se zabývají problematikou těžce zrakově postiženými. Propagují náročné kompenzační pomůcky mezi těžce zrakově postiženými i laickou i odbornou veřejností, formou výstav, prezentací, odborných seminářů. Škála kompenzačních pomůcek pro nevidomé a slabozraké je velmi široká (3, 4, 5).

Kompenzační pomůcky rozdělujeme na:

- Pomůcky usnadňující orientaci a samostatný pohyb (bílé hole, akustické systémy pro snadnou orientaci, časoměrné pomůcky, indikátory a měřicí přístroje s hlasovým výstupem, atd.), (viz příloha 4).
- Pomůcky umožňující zápis nebo záznam (Pichtovy psací stroje, magnetofony a diktafony, atd.), (viz příloha 5).
- Pomůcky pro domácnost (audiokazety, čočkové baterie, bodová baterka na přisvětlení, dávkovač na kečup, hrnky, jehly pro nevidomé na šití, atd.), (viz příloha 6).
- Pomůcky pro odstraňování jazykových bariér (šablona na rozlišování eur, B Kostka, budík česky mluvící, digitální záznamník, atd.), (viz příloha 7).
- Pomůcky k usnadnění orientace a komunikace (blikající segment do bílé hole, hůl bílá opěrná dvoudílná, hůl bílá orientační, atd.), (viz příloha 8).
- Pomůcky pro výuku a propagaci (Braillova abeceda a latinka, reliéfní pohlednice, atd.), (viz příloha 9).
- Pomůcky pro zábavu a poučení (hra cestovní šachy, hlavolamy, bludiště pro nejmenší, atd.), (3), (viz příloha 10).

1.6.3 Tyfloservis

Tyfloservis se zabývá terénní a sociální rehabilitací nevidomých a slabozrakých. Tyfloservis se snaží a podporuje integraci nevidomých a slabozrakých lidí do společnosti prostřednictvím intervencí zaměřených na samotné nevidomé a slabozraké, osoby jim blízké a laickou veřejnost. Tyfloservis se snaží vybavit zrakově postiženého člověka

staršího patnácti let takovými dovednostmi a informacemi, aby byl schopen ve své maximální možné míře samostatně naplňovat své životní potřeby. Získal tak přiměřené sebevědomí a zaměřil se na možnosti svého dalšího rozvoje. Důležité je, aby rozpoznal své možné hranice a dokázal si říci o pomoc. Dále u svých klientů podporovat převzetí odpovědnosti za vlastní život, samostatnost a aktivitu. A zejména celospolečensky podporovat zájem o druhé, toleranci a pomoc (5).

1.6.4 Úprava domácího prostředí

Pro bezpečné bydlení nevidomého, slabozrakého nebo pacienta s jiným zrakovým postižením, je nezbytně důležité bezpečné domácí prostředí. Vzhledem k tomu nemocnému pomáháme už v nemocnici. Je vhodné, aby se na přípravě domácího prostředí podílela rodina, popřípadě sociální pracovníce. V bytě je potřebné provést úpravy tak, aby se odstranili bariery a bylo zajištěno dostatečné osvětlení. Zaměříme se na osvětlení jednotlivých místností a chodeb v bytě. Důležitou podmínkou bezpečného bytu je protiskluzová podlaha, vyřadíme tzv.“ klouzající koberečky „ a snažíme se zajistit bezbarierový přístup do všech místností. Dále dáme pozor na elektrické šňůry na zemi a shrnuté koberce. Další místností, kterou nemocný často navštěvuje je koupelna a toaleta, kde se zaměříme na protiskluzové podložky do vany, na podlahu, na bezbarierový přístup, umístění madel i vodivého zábradlí a zajistíme dostatečné osvětlení, taktéž i na toaletě. V neposlední řadě hodnotíme osobní bezpečnost nemocného, co se týče lokalizace bydlení, dopravního provozu, osvětlení chodeb a ulice, označení přechodů a schodů v bytovce (23).

1.6.5 Prevence pádů a úrazů

Nejdůležitější prevencí pádů a úrazů je edukace pacienta i rodiny. Pro nemocného musíme zajistit vhodné kompenzační pomůcky a naučit ho používat je. Musíme vzít v úvahu i celkový stav pacienta, jeho pohyblivost, zjistit jaké užívá léky, případně nacvičit chůzi po schodech, chůzi v terénu a nacvičit zvládání základních denních činností než bude propuštěn do domácího ošetřování (11).

1.6.6 Problémy v komunikaci a zařazení se do společnosti

Lidé se zrakovým postižením mohou mít problém se zvládnutím běžné denní aktivity a základní sebeobsluhou. Převážná většina těchto lidí jsou senioři, kteří následkem degenerativních změn ve stáří mají problémy s pohyblivostí a drobnou motorikou. Díky tomu mívají často narušené partnerské a přátelské vztahy, v mnoha případech ztrácí člověk zaměstnání, a je tak vyčleněn ze všech sociálních kontaktů. Dostává se tak do sociální izolace. Takto postižení lidé se obtížně vyrovnávají s dalšími onemocněními a není u nich výjimkou, že trpí depresemi a pocity beznaděje. Důležité při práci s takto postiženými lidmi je naslouchání, snažit se mu splnit jeho přání a udělat vše co je v našich silách. U nemocného se snažíme vzbudit důvěru, umožnit mu dostatek prostoru, aby mohl mluvit o svých pocitech i problémech. Klademe důraz na neverbální projevy, používáme haptiku i gesta, mluvíme klidným hlasem (20).

1.6.7 Zrakově postižený a zaměstnání

Jestliže nemocný během svého onemocnění či úrazu přijde o své zaměstnání, je potřeba ho stimulovat, to znamená zajistit mu dostatek podnětů, snažit se ho vyprostit ze zaběhlého stereotypu. Další potřebou je smysluplná aktivita, nemocný by měl mít nějaké povinnosti, jinak hrozí, že bude upadat do apatie a nečinnosti. Velice důležitá je potřeba sociálního kontaktu. Za normálních okolností profesní role obohacuje o osobní zkušenosti, přináší nové podněty, umožňuje různé kontakty s lidmi i možnost dosáhnout žádoucího sociálního postavení. V zaměstnání si člověk vytváří neformální vztahy, které mohou přesahovat roli spolupracovníka. Při propuštění ze zaměstnání se tyto kontakty ruší, eliminuje se možnost sdílet společné zážitky a chybí společné zájmy. Mezi další nenaplněné potřeby patří potřeba smysluplného učení, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace. Nezaměstnaný se může cítit méněcenný a zbytečný, reakcí na ztrátu zaměstnání může být pocit prázdnoty a ztráty smyslu života (29).

2 Cíl práce a hypotézy práce

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit u pacientů na očním oddělení psychosociální potřeby a jejich uspokojování.

2.2 Hypotézy práce

H1: Pacienti na očním oddělení mají problémy s orientací v prostoru.

H2: Pacienti na očním oddělení při hospitalizaci mají problémy s navázáním kontaktu se spolupacienty.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

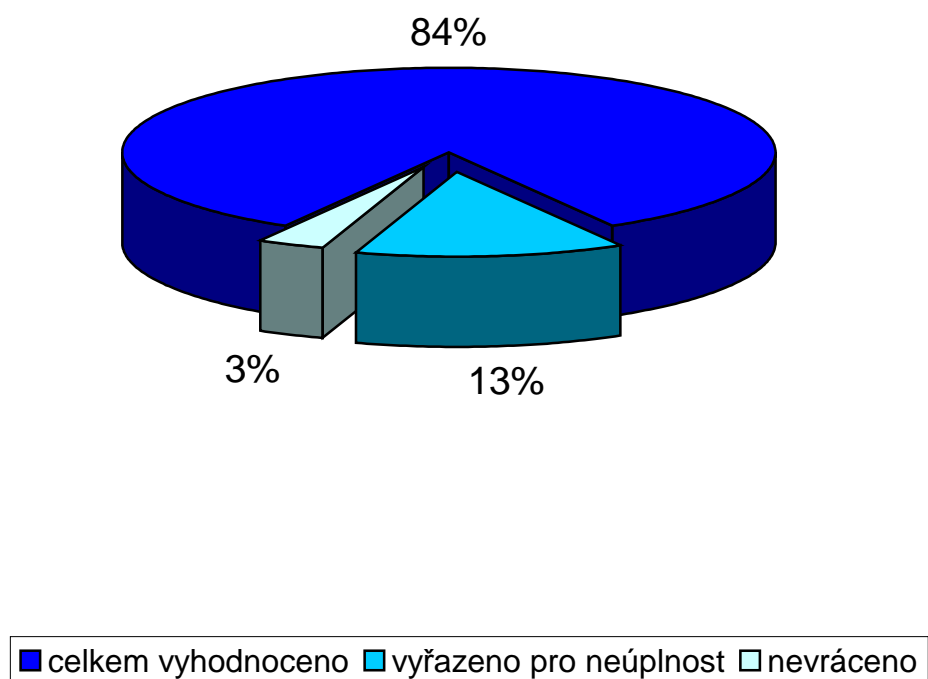
Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou. Sběr dat probíhal v průběhu 9 týdnů od měsíce března do konce dubna v roce 2007. Nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný dotazník ve kterém bylo použito převážně uzavřených a méně polootevřených otázek, kde byla možnost výběru odpovědi a pacienti měli možnost také doplnit vlastní názor. Vyplňování dotazníku probíhalo anonymně do předtištěných formulářů. Celkem bylo použito 60 formulářů dotazníků, z nichž bylo použito 50 formulářů (84 %). Z toho se 2 formuláře nevrátily a 8 formulářů bylo pro neúplnost nebo chybné vyplnění vyřazeno. Nestandardizovaný dotazník, který byl použit ve výzkumné části je součástí přílohy 12. Pro pacienty byl však použit formulář tištěný písmem Times New Roman, velikost písma byla 14 a jednotlivé otázky byly zvýrazněny tučně.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na očním oddělení Nemocnice Jihlava. Celkem bylo rozdáno 60 (100 %) dotazníků na očním oddělení. K vyhodnocení bylo vybráno 58 dotazníků, z toho bylo pro výzkum použito 50 dotazníků (84 %), návratnost dotazníků tudíž byla (97 %). (viz graf I.). Výsledky šetření byly zpracovány do dvou typů grafů a některé grafy byli doplněny o tabulky.

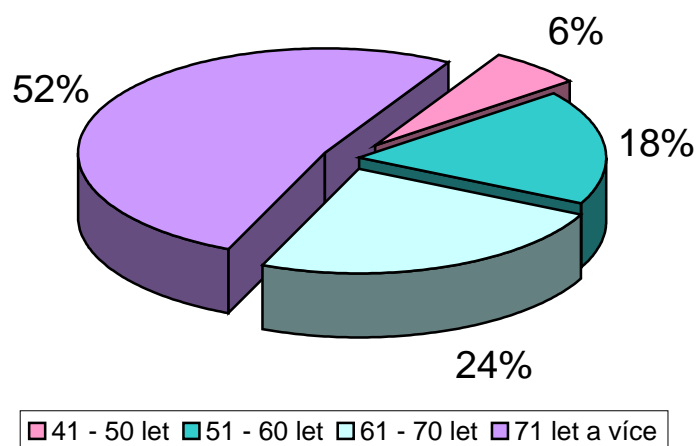
4. Výsledky výzkumu

Graf celkové návratnosti dotazníků I.



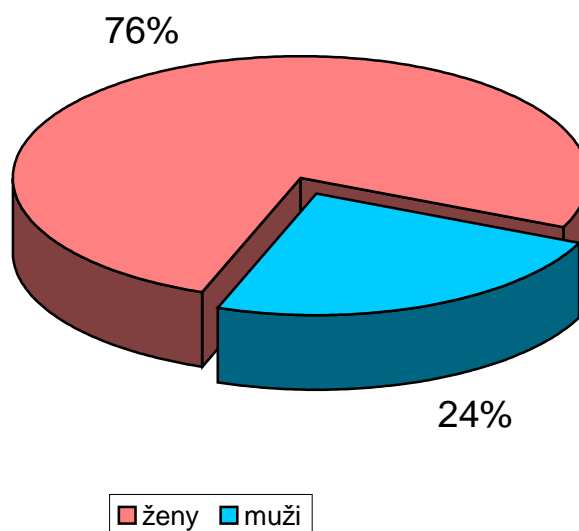
Celkem bylo zahrnuto do výzkumného vzorku 50 (100 %) dotazníků (84 %), vyřazeno pro neúplnost nebo chybné vyplnění bylo 8 dotazníků (13 %) a 2 dotazníky (3 %) se nevrátili.

Graf 1 Věk respondentů



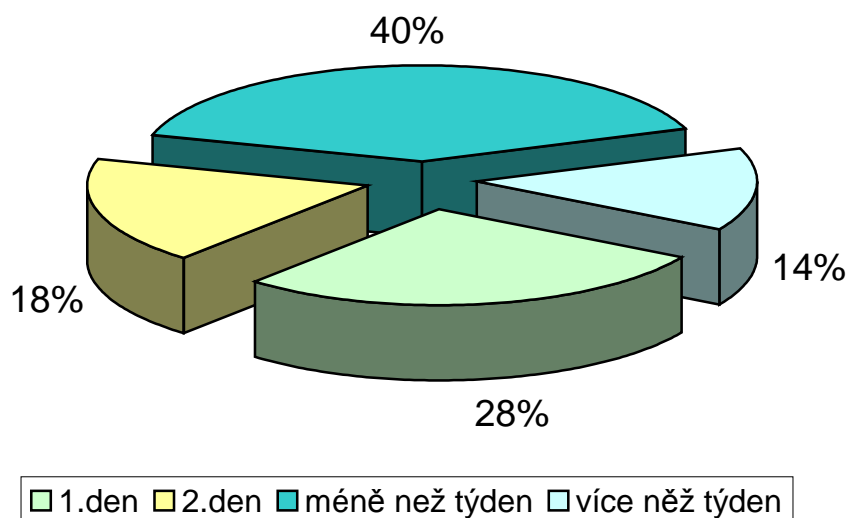
Ve věku 70 let a více bylo 26 respondentů (52 %). Ve věku 61-70 let bylo 12 respondentů (24 %), ve věku 51-60 let bylo 9 respondentů (18 %). Ve věku 41-50 let byli 3 respondentů (6 %).

Graf 2 Pohlaví respondentů



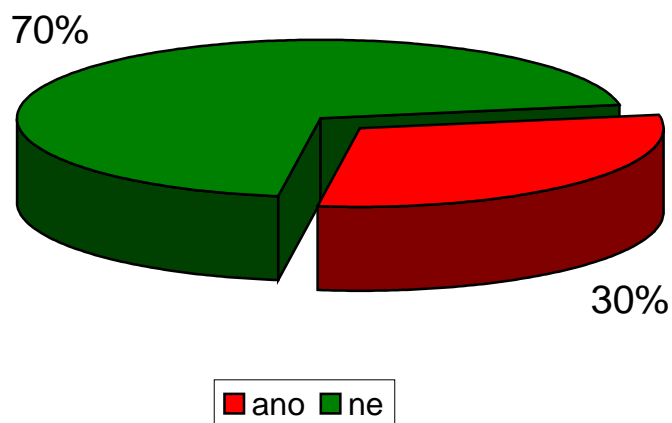
Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) bylo 38 žen (76 %) a 12 mužů (24 %).

Graf 3 Délka hospitalizace respondentů na očním oddělení



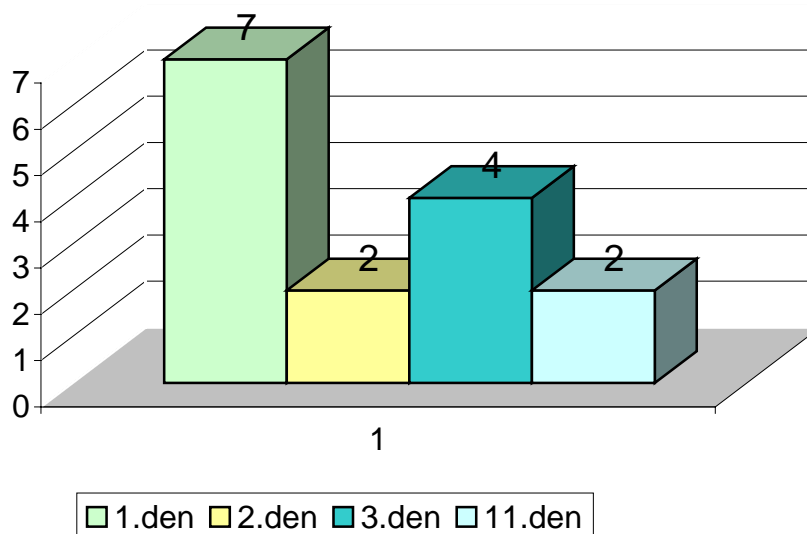
První den bylo hospitalizováno 14 respondentů (28 %). Hospitalizováno druhý den bylo 9 respondentů (18 %), méně jak týden bylo hospitalizováno 20 respondentů (40 %) a 7 respondentů (14 %) bylo hospitalizováno déle jak týden.

Graf 4 Celkový počet respondentů po operaci oka



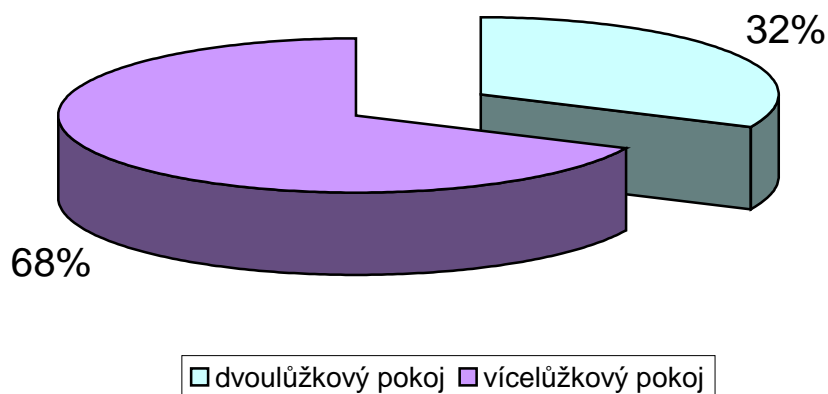
Z celkového počtu dotazovaných bylo po operaci 35 respondentů (70 %) a 15 respondentů (30 %) nebylo operováno.

Graf 4 A Počet dnů po operaci u hospitalizovaných respondentů



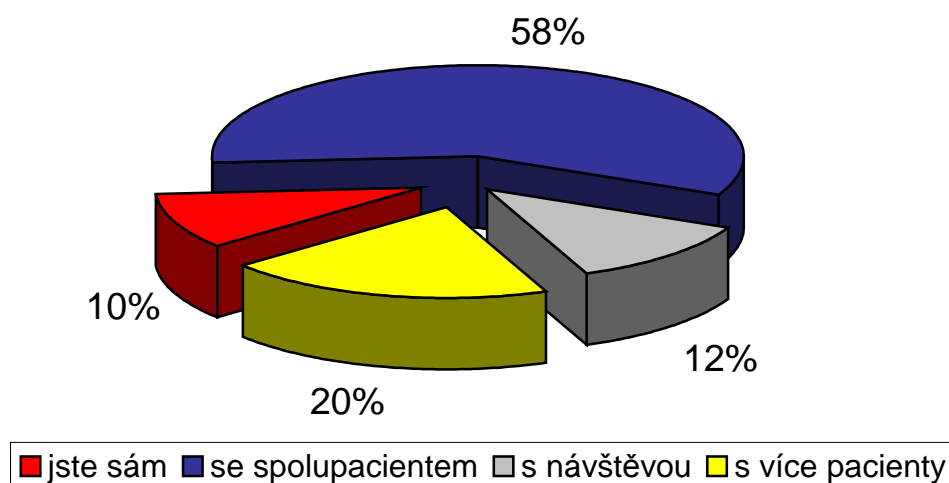
Z celkového počtu dotázaných bylo první den po operaci 7 respondentů, druhý den po operaci 2 respondenti, třetí den po operaci byli 4 respondenti, a také jedenáctý den byli hospitalizováni 2 respondenti.

Graf 5 Umístění respondentů na pokoji podle počtu lůžek



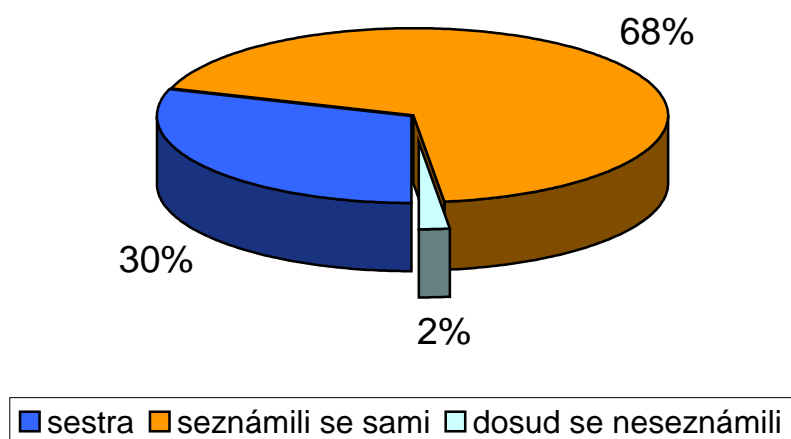
Na více lůžkovém pokoji leželo 34 respondentů (68 %) a na dvoulůžkovém pokoji leželo 16 respondentů (32 %).

Graf 6 Hodnocení respondentů přítomnost společnosti na pokoji



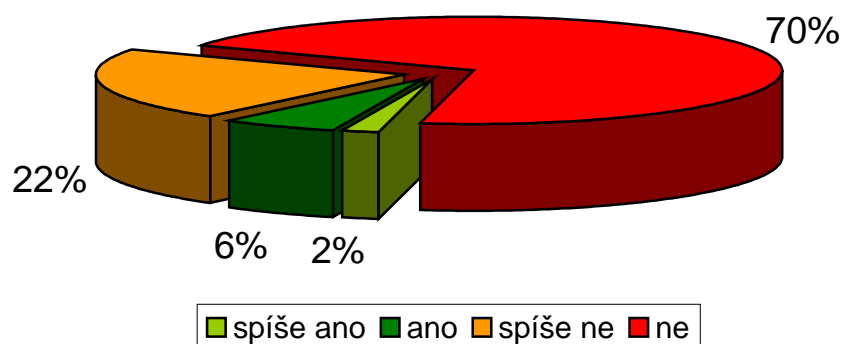
Z celkového počtu dotázaných vyhovovalo 5 respondentům (10 %) být na pokoji sami. Nejvíce 29 respondentům (58 %) vyhovovalo být na pokoji s jedním pacientem, 6 respondentům (12 %) se nejlépe cítilo s návštěvami a 10 respondentů (20 %) upřednostňovalo více pacientů na pokoji.

Graf 7 Seznámení respondentů se spolupacienty na pokoji



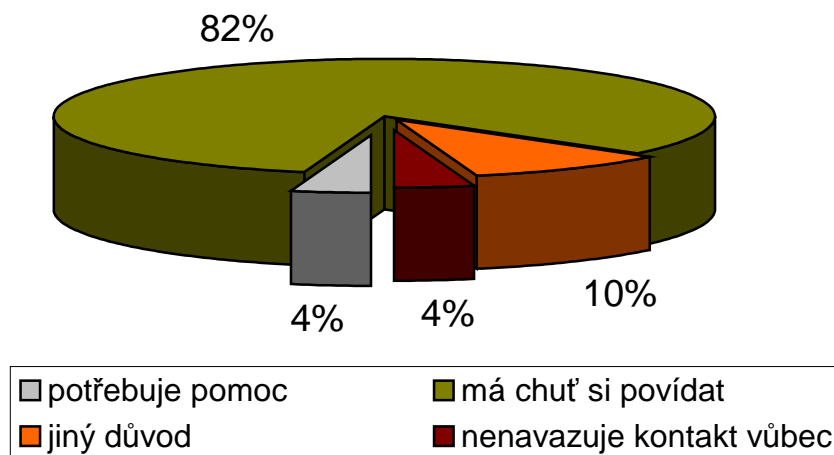
Z celkového počtu dotazovaných bylo 15 respondentů (30 %) seznámeno se spolupacienty na pokoji sestrou, 34 respondentů (68 %) se seznámilo se spolupacienty na pokoji sami a jeden respondent (2 %) se dosud neseznámil.

Graf 8 Navazování kontaktu respondenta se spolupacienty



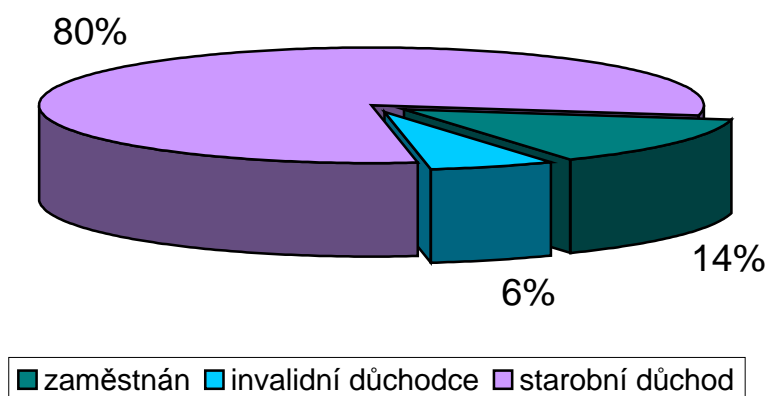
Z celkového počtu dotázaných 1 respondent (2 %) odpověděl spíše ano, 3 respondenti (6 %) odpověděli ano, 11 respondentů (22 %) spíše nemá problém a 35 respondentů (70 %) nemá problém s navazováním kontaktu.

Graf 9 Důvody navazování kontaktu se spolupacienty



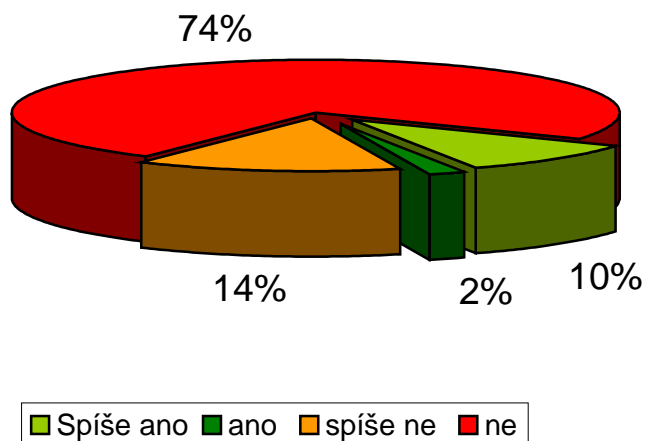
Z celkového počtu dotazovaných 2 respondenti (4 %) odpověděli, když potřebují pomoc 41 respondentů (82 %) odpovědělo, když mají chuť si povídat, 5 respondentů (10 %) označilo jiný důvod, a 2 respondenti (4 %) nenavazují kontakt se spolupacienty.

Graf 10 Zaměstnanost respondenta



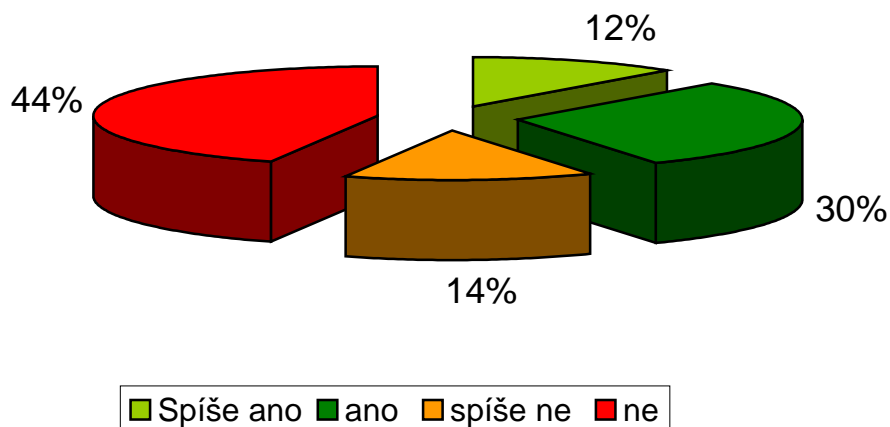
Z celkového počtu dotázaných 7 respondentů (14 %) bylo zaměstnaných, 3 respondenti (6 %) byli v invalidní důchodu a nejvíce 40 respondentů (80 %) bylo ve starobním důchodu.

Graf 11 Změny v oblasti zaměstnání respondenta od sdělení oční diagnózy



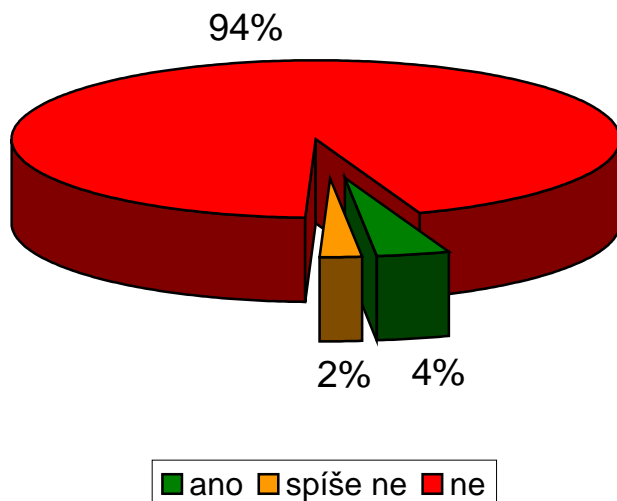
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo spíše ano 5 respondentů (10 %), jeden respondent (2 %) uvedl, že ano, 7 respondentů (14 %) odpovědělo spíše ne a 37 respondentů (74 %) odpovědělo, že jejich zaměstnání nebude ovlivněno.

Graf 12 Negativní vliv očního onemocnění respondenta na koníčky a zájmy



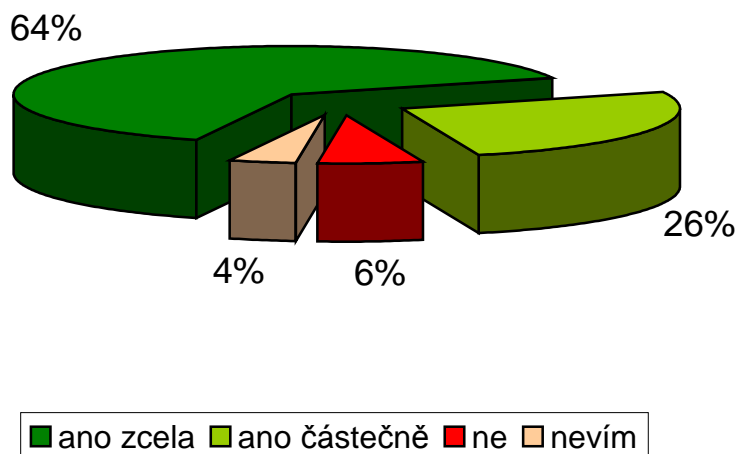
Z celkového počtu dotazovaných 6 respondentů (12 %) odpovědělo spíše ano, 15 respondentů (30 %) uvedlo, že ano, 7 respondentů (14 %) odpovědělo, že spíše ne a 22 respondentů (44 %) odpovědělo, že jejich koníčky a zájmy nebudou ovlivněny.

Graf 13 Negativní vliv očního onemocnění respondenta na vztahy v rodině a s přáteli



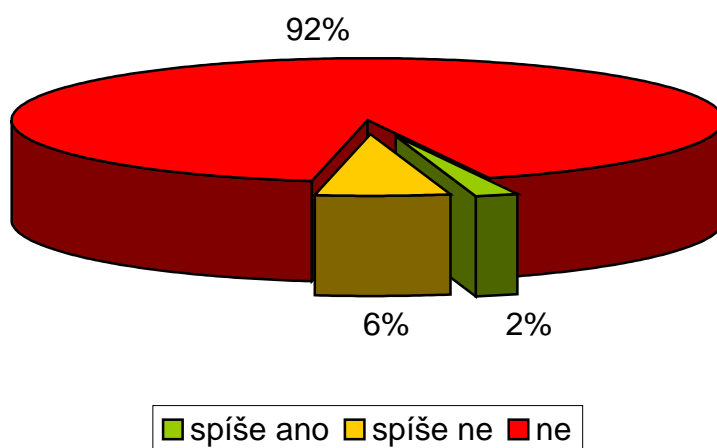
Z celkového počtu dotazovaných uvedli 2 respondenti (4 %) možnost ano, a 1 respondent (2 %) uvedl spíše ne, 47 respondentů (94 %) uvedlo, že oční onemocnění negativně vztahy v rodině a vztahy s přáteli neovlivní,

Graf 14 Seznámení respondentů s prostory očního oddělení při příjmu



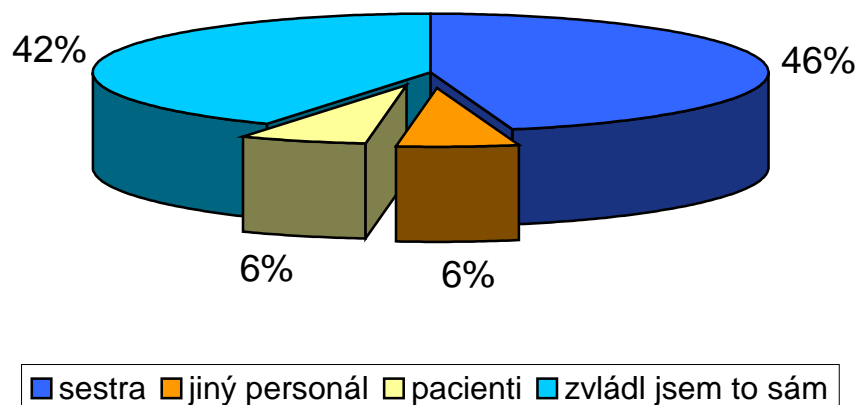
Z celkového počtu dotázaných odpovědělo 32 respondentů (64 %) ano zcela, 13 respondentů (26 %) ano částečně, 3 respondenti (6 %) odpověděli ne a 2 respondenti (4 %) neví.

Graf 15 Problém respondenta najít svůj pokoj po jeho opuštění



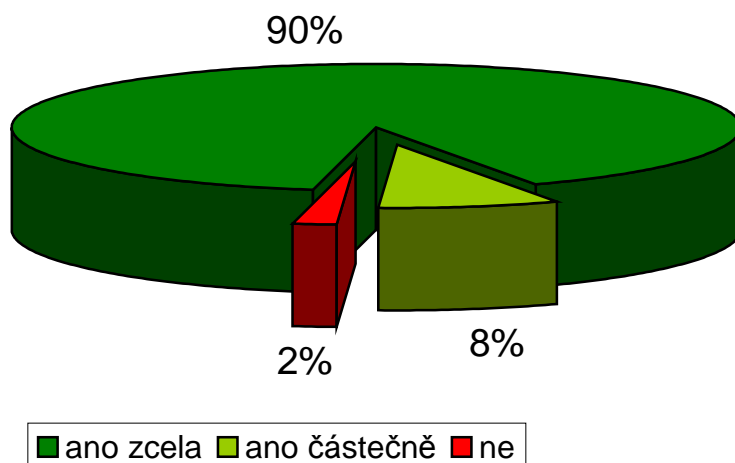
Z celkového počtu dotázaných jeden respondent (2 %) uvedl spíše ano, 3 respondenti (6 %) uvedli spíše ne a 46 respondentů (92 %) uvedlo, že nemělo problém najít svůj pokoj po jeho opuštění.

Graf 16 Kdo pomohl respondentovi v orientaci na oddělení



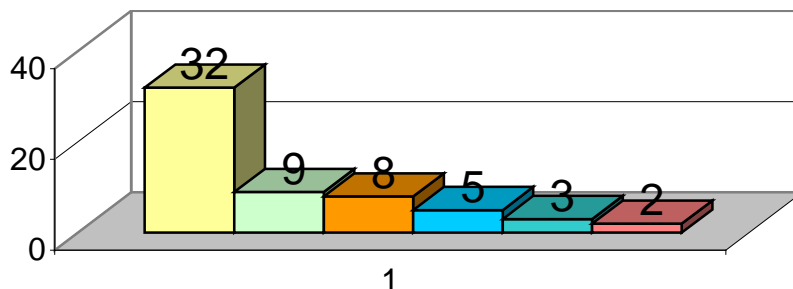
Z celkového počtu 23 respondentů (46%) pomohla sestra, 3 respondenti (6%) označili pomoc jiného personálu, 3 respondentům (6%) pomohli pacienti a 21 respondentů (42%) uvedlo, že orientaci na oddělení zvládli sami.

Graf 17 Dostatečnost označení pokojů a ostatních místností z pohledu respondenta



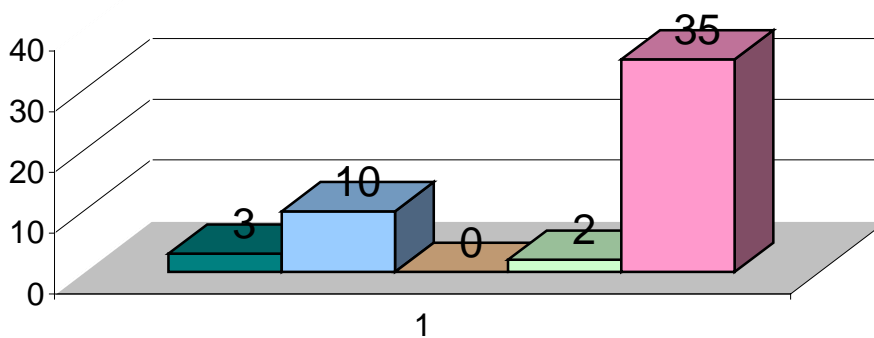
Z celkového počtu dotázaných 45 respondentů (90%) uvedlo ano zcela, 4 respondenti (8%) uvedli ano částečně a jeden respondent (2%) odpověděl, že označení pokojů není dostatečné.

Graf 18 Co využívá respondent při orientaci na očním oddělení



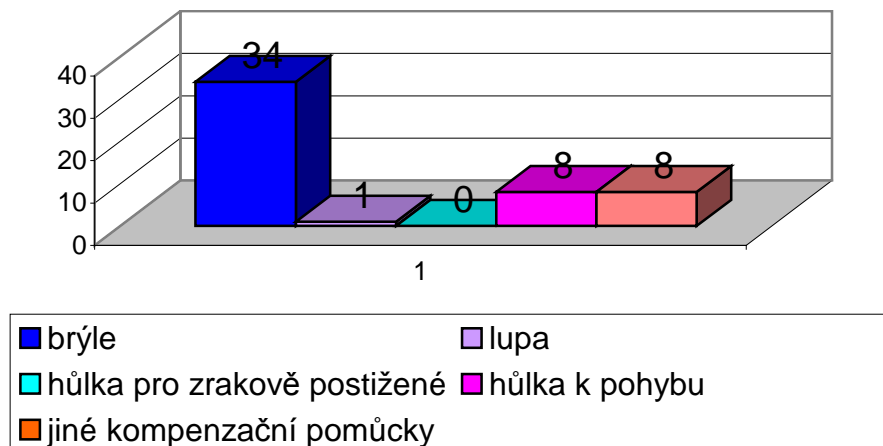
Nejvíce 32 respondentů ke své orientaci využívalo světlo, 9 respondentů využívalo vodivé zábradlí, 8 respondentů uvedlo jiné možnosti, 5 respondentů uvedlo pomoc zdravotnického personálu, 3 respondenti uvedli pestré barevné pruhy na zdech a nejméně 2 respondentům pomáhalo v orientaci barevné rozlišení podlahy.

Graf 19 Problémy respondentů s orientací v prostoru na očním oddělení



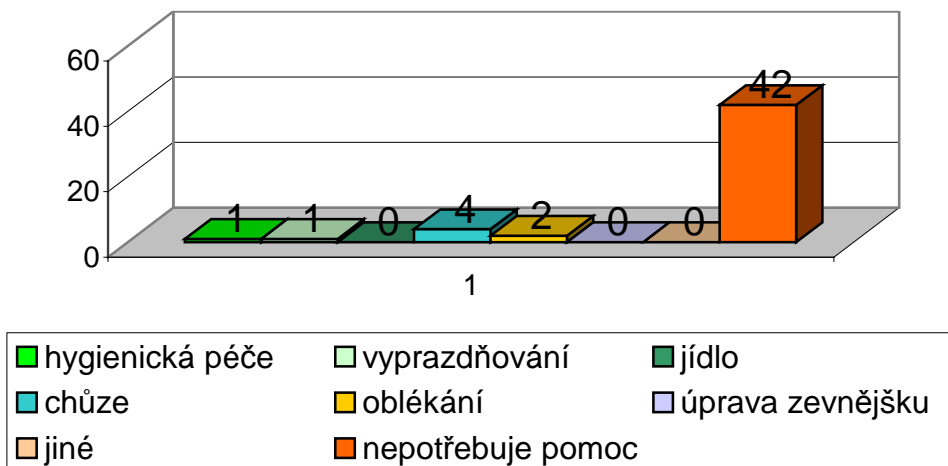
Z celkového počtu dotazovaných, 35 respondentů nemělo problémy s orientací na oddělení, 10 respondentů mělo problémy s chůzí po schodech, 3 respondenti měli problém při chůzi po dlouhé chodbě a 2 respondenti měli problémy s orientací po opuštění pokoje, žádný respondent neměl problém s orientací na pokoji.

Graf 20 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky respondenty na oddělení



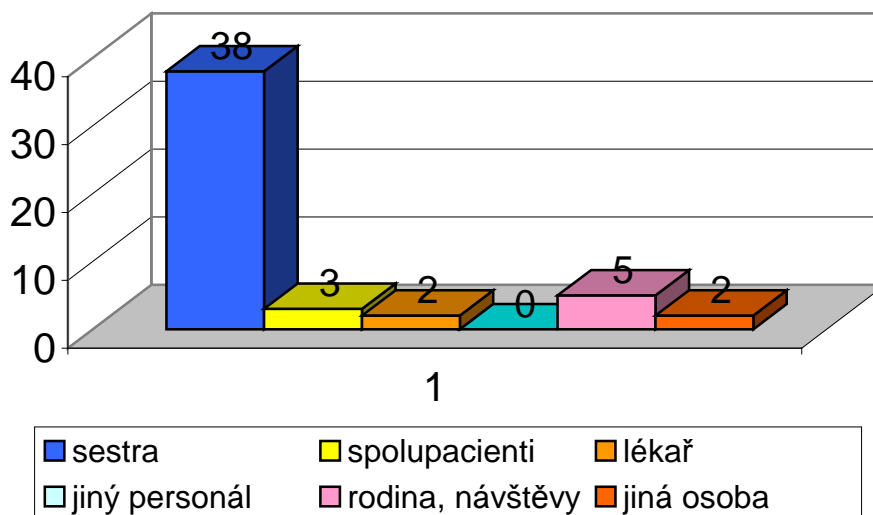
Z celkového počtu dotázaných nejvíce respondentů 34 používá brýle, žádný respondent nepoužívá hůlku pro zrakově postižené, 8 respondentů používá jiné druhy kompenzačních pomůcek. Jeden respondent používá lupu a 8 respondentů používá pomůcky k pohybu (hůlku, berle),

Graf 21 Potřeba respondentovi pomoci v základních denních činnostech



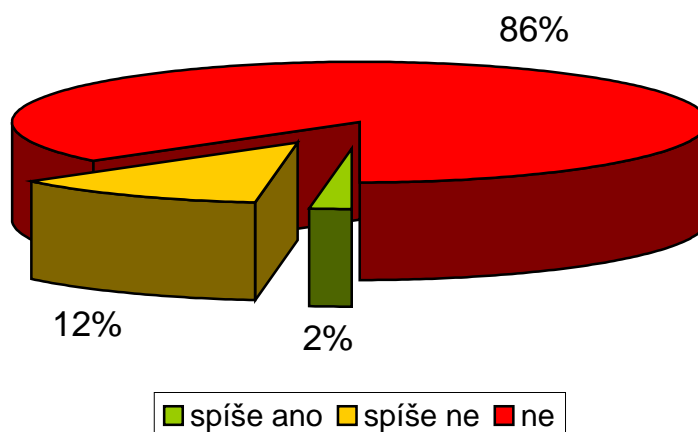
Jeden respondent potřeboval pomoc s hygienickou péčí, 4 respondenti uvedli, že potřebují pomoc při chůzi. Jiná pomoc v základních denních činnostech nebyla uvedena. Jeden respondent potřeboval pomoc při vyprazdňování, 2 respondenti potřebují pomoc při oblékání, 42 respondentů uvedlo, že nepotřebují pomoc v běžných denních činnostech, a nikdo nepotřeboval pomoc při jídle.

Graf 22 Osoby, které by respondenti požádali o pomoc při běžných denních činnostech



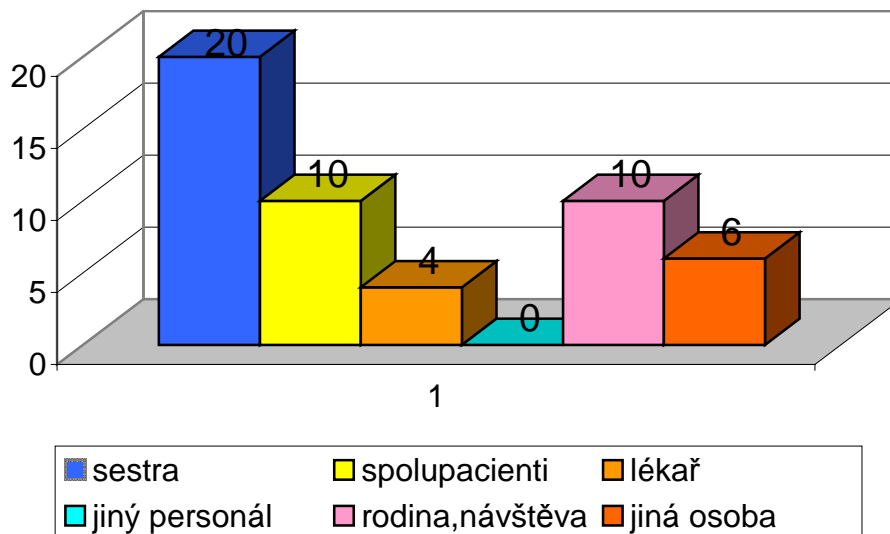
Z celkového počtu dotázaných v případě potřeby pomoci v běžných denních činnostech by se obrátilo 38 respondentů na sestry, 3 respondenti by se obrátili na spolupacienty, 2 respondenti by se obrátili na lékaře, 5 respondentů by se obrátilo na rodinu, 2 respondenti uvedli jinou osobu. Na jiný personál se neobrátil nikdo s dotázaných.

Graf 23 Problémy respondentů se strachem a pocitem úzkosti na oddělení



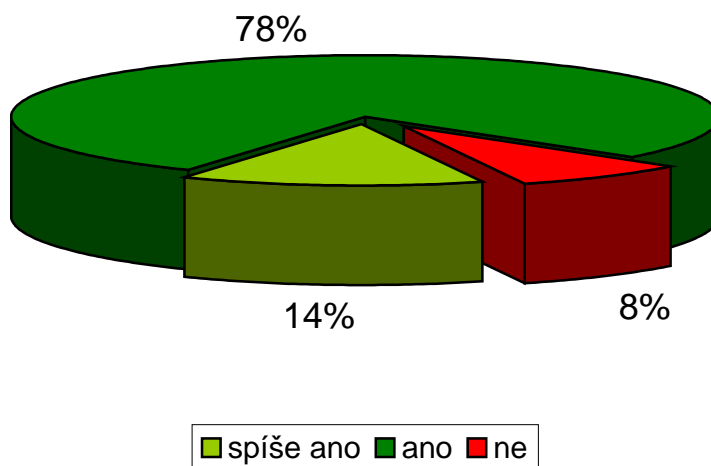
Z celkového počtu dotázaných jeden respondent (2 %) označil možnost spíše ano, 6 respondentů (12 %) označilo možnost spíše ne a 43 respondentů (86 %) označilo možnost ne.

Graf 24 Osoby, které byly oporou pro respondenta při pocitu úzkosti nebo strachu



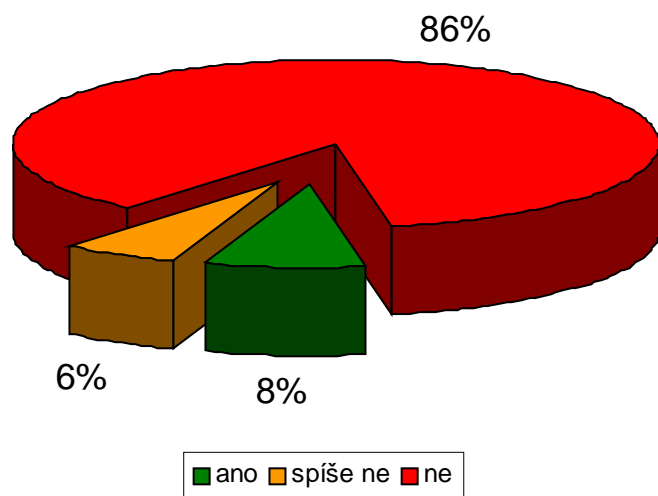
Z celkového počtu dotázaných se v případě strachu a úzkosti obrátilo 20 respondentů na sestru, 10 respondentů uvedlo na spolupacienta a 4 respondenti na lékaře. Oporu v jiném personálu nehledal žádný s respondentů, 10 respondentů uvedlo oporu v rodině, návštěvě a 6 respondentů uvedlo oporu v jiné osobě.

Graf 25 Pocit jistoty a bezpečí na očním oddělení



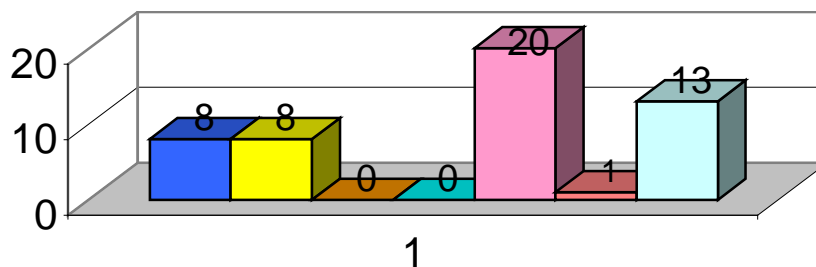
Z celkového počtu dotázaných 7 respondentů (14 %) uvedlo možnost spíše ano, 39 respondentů (78 %) uvedlo možnost ano, 4 respondenti (8 %) uvedli možnost ne.

Graf 26 Obavy respondentů z nárazu na nějakou překážku



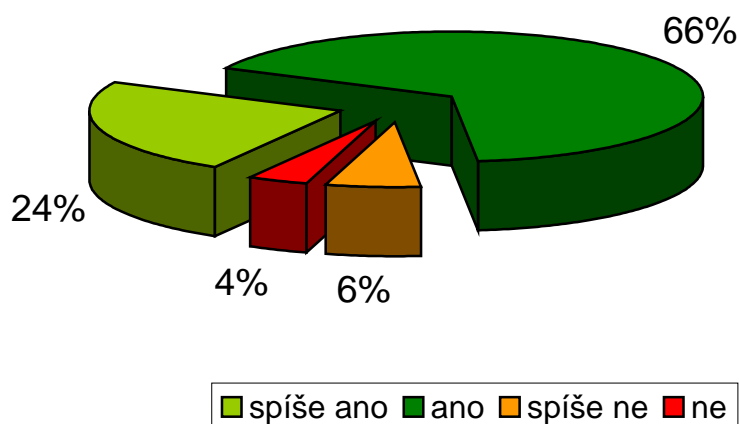
Z celkového počtu dotázaných uvedli možnost ano 4 respondenti (8 %), 3 respondenti (6 %) uvedli spíše ne a 43 respondentů (86 %) uvedlo, že nemají obavy.

Graf 27 Opora pro respondenta v případě osamělosti nebo smutku



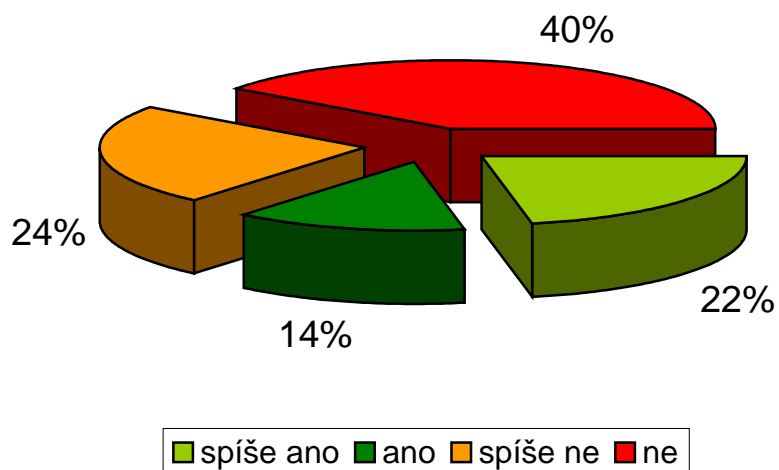
Z celkového počtu dotázaných pro 8 respondentů byla oporou sestra a jiný personál nevedl nikdo. Pro 8 respondentů byl oporou spolupacient, 20 respondentů mělo největší oporu v rodině, Žádný z respondentů nevedl lékaře. Jeden respondent uvedl jinou osobu a 13 respondentů nemělo pocit osamělosti ani smutku.

Graf 28 Seberealizace respondentů na očním oddělení



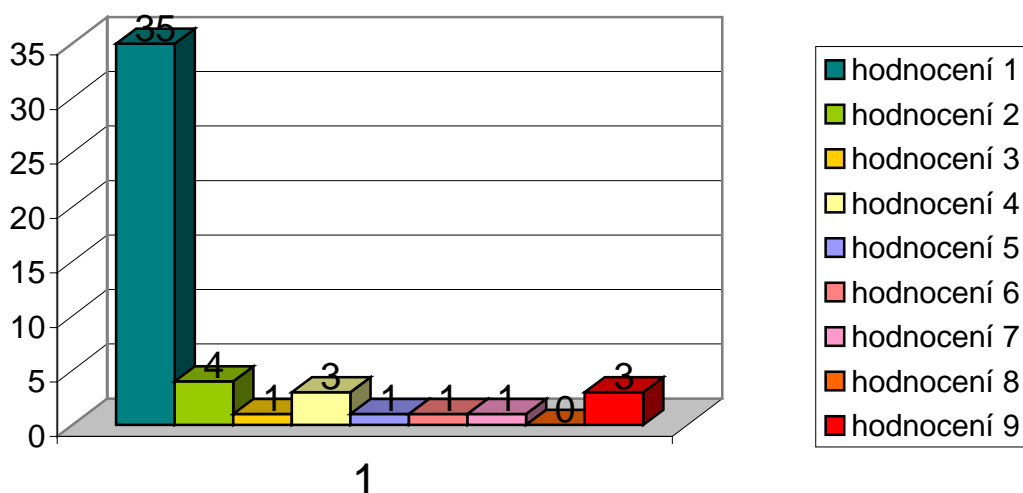
Z celkového počtu dotázaných uvedlo 12 respondentů (24 %) spíše ano, 33 respondentů (66 %) odpovědělo ano, 3 respondenti (6 %) uvedli spíše ne, 2 respondenti (4 %) odpověděli, že nemají možnost se seberealizovat.

Graf 29 Pocit nudy respondenta na očním oddělení



Z celkového počtu dotázaných označilo odpověď spíše ano 11 respondentů (22 %), odpověď ano označilo 7 respondentů (14 %), odpověď spíše ne označilo 12 respondentů (24 %) a odpověď ne označilo 20 respondentů (40 %).

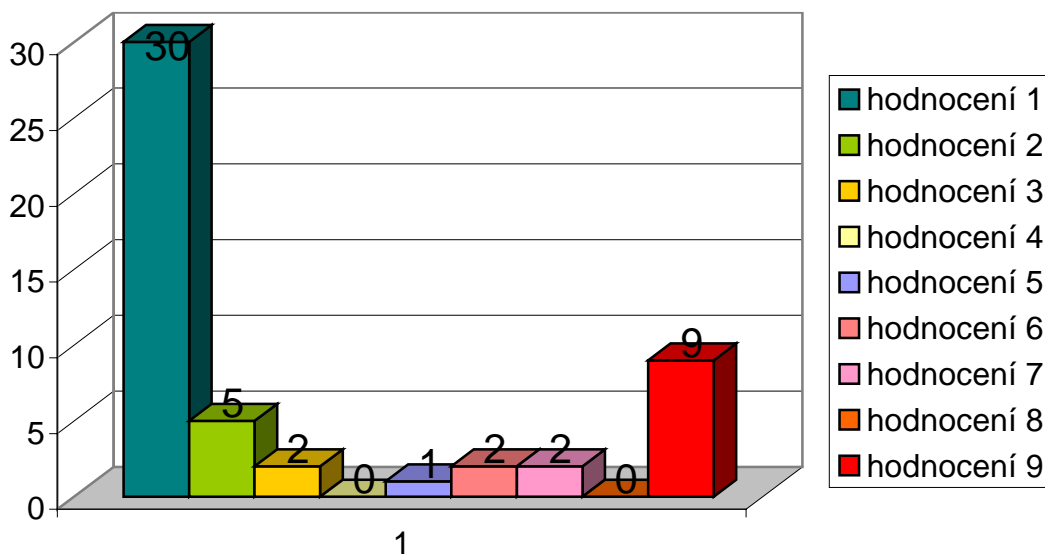
Graf 30 A Potřeba soběstačnosti respondentů v běžných denních činnostech



Tabulka A Hodnocení 1= nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	35	4	1	3	1	1	1	0	3

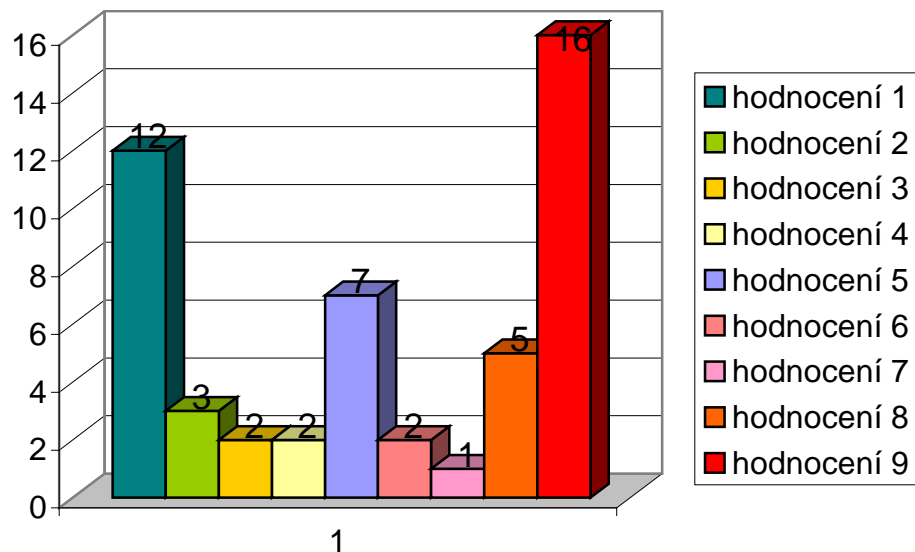
Graf 30 B Potřeba respondentů mít dostatek informací z domova



Tabulka B Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	30	5	2	0	1	2	2	0	9

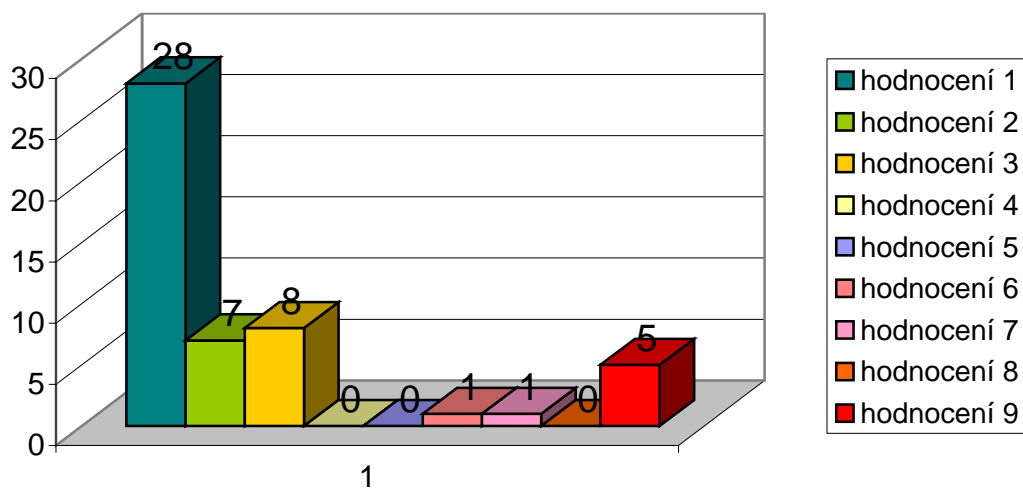
Graf 30 C Potřeba respondentů vědět co se děje ve světě



Tabulka C Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	12	3	2	2	7	2	1	5	16

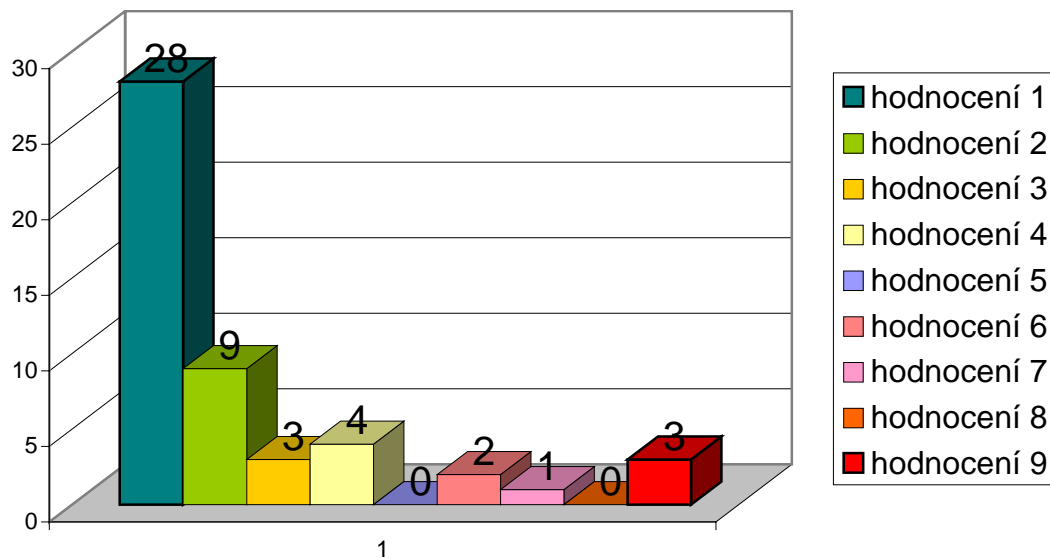
Graf 30 D Potřeba respondentů být kontaktu s rodinou



Tabulka D Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	28	7	8	0	0	1	1	0	5

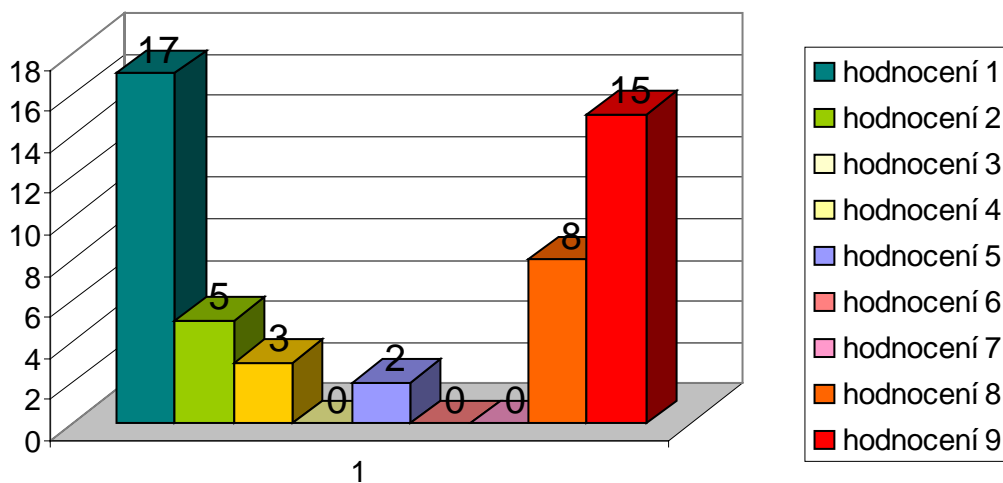
Graf 30 E Potřeba respondentů mít kontakt se zdravotnickým personálem



Tabulka E Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	28	9	3	4	0	2	1	0	3

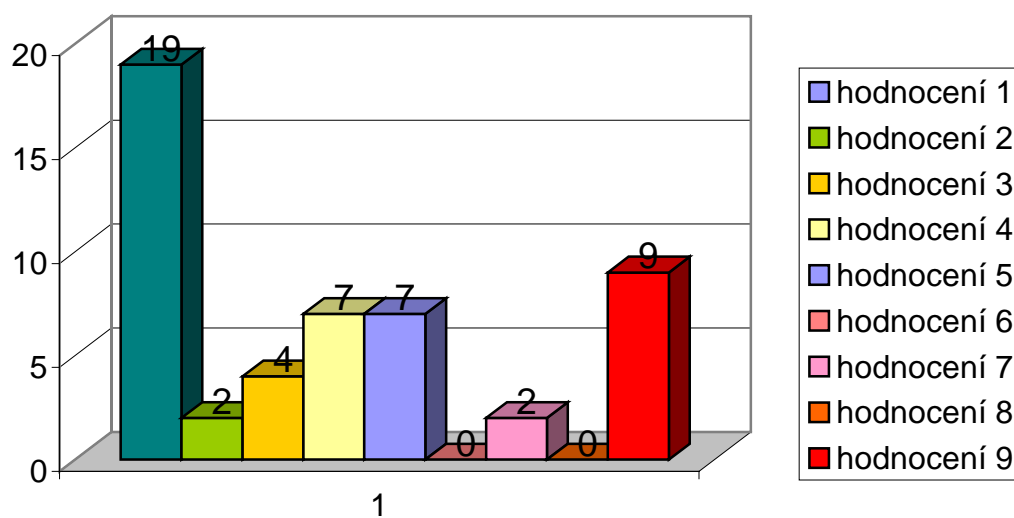
Graf F Potřeba respondentů být v kontaktu s návštěvami



Tabulka F Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	17	5	3	0	2	0	0	8	15

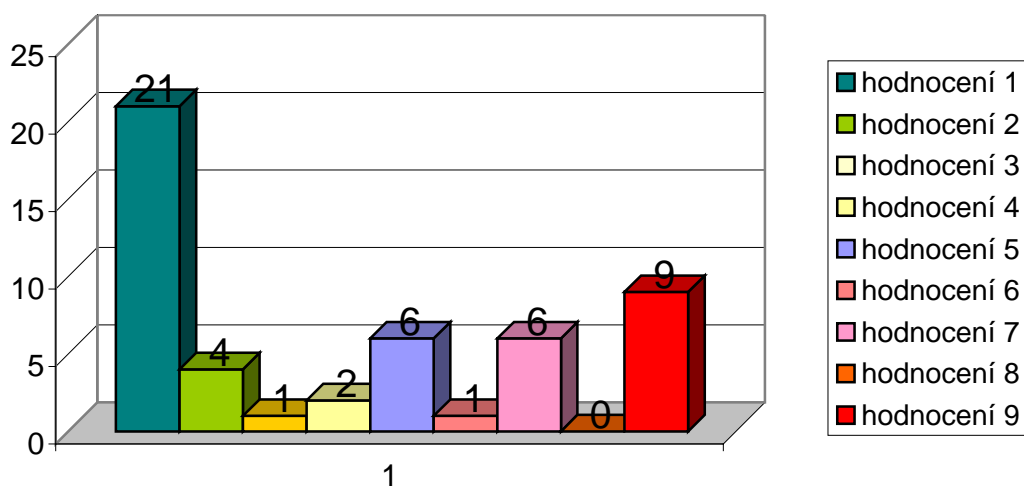
Graf 30 G Potřeba respondentů být v kontaktu se spolupacienty



Tabulka G **Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje** **Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje**

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	19	2	4	7	7	0	2	0	9

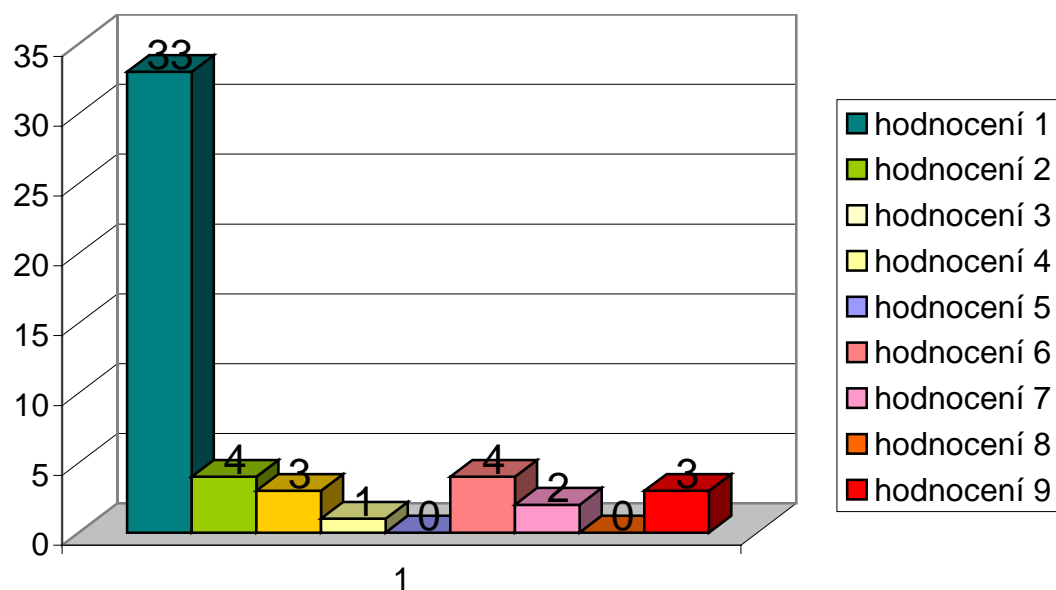
Graf 30 H Potřeba respondentů být orientování v prostoru očního oddělení



Tabulka H **Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje** **Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje**

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	21	4	1	2	6	1	6	0	9

Graf 30 CH Potřeba respondentů být v čistém a příjemném prostředí



Tabulka CH Hodnocení 1 = nejvíce uspokojuje Hodnocení 9 = nejméně uspokojuje

Hodnocení	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respondenti	33	4	3	1	0	4	2	0	3

5. Diskuse

Pro výzkum této bakalářské práce bylo rozdáno 60 formulářů dotazníků, které byly vypracovány pro hospitalizované pacienty na očním oddělení. Dotazníky byly rozdány po domluvě s vrchní sestrou očního oddělení Nemocnice Jihlava. Ze 60 dotazníků se 2 dotazníky (3 %) nevrátily. Z očního oddělení bylo k vyhodnocení vráceno 58 dotazníků (97 %) z toho jich bylo pro výzkum použito 50 (84%). Zbývajících 8 (13%) dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné nebo špatné vyplnění (viz graf I.). Při rozdávání a sběru dotazníků se nevyskytly větší problémy, kromě prvních sebraných dotazníků, které byly neúplně vyplněné. Tyto dotazníky byly také z tohoto důvodu vyřazeny. Po zjištění tohoto problému jsem požádala o spolupráci směnové sestry, které pomohly pacientům při vyplňování dotazníků. Jednalo se o pacienty vyššího věku nebo se závažným očním onemocněním. Několik dotazníků jsem musela vyplnit společně s pacienty, aby výzkumný vzorek tvořil nejméně 50 respondentů. Dotazníky byly zaměřeny na potřeby, hlavně na uspokojování psychosociálních potřeb, na orientaci pacientů v prostoru a navazování kontaktu se spolupacienty na očním oddělení. Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů. Posledních devět grafů bylo pro přehlednost doplněno o tabulky. Použila jsem graf výsečový a sloupcový-ve tvaru krychle pro lepší viditelnost výsledků.

5.1 Diskuse s literaturou

V dotazníkovém šetření najdeme věk respondentů v souhrnném grafu 1. Kde je zřejmé, že většina dotazovaných 26 respondentů (52 %) byla ve věku 71 a více let, a 12 respondentů (24 %) bylo ve věku 61-70 let. Z toho plyne, že většina 40 respondentů (80%) byla v starobním důchodu, což také potvrzují svým šetřením (viz graf 10). Krylová, S. potvrdila svým šetřením, že v zemích EU se projevuje stárnutí populace, charakterizované poklesem podílu osob mladších 15 let a nárůstem podílu osob starších 65 let (12). Domnívala jsem se, že většina respondentů bude nad věkovou hranicí 71 let, což potvrzují i svým šetřením, (viz graf 1).

Z grafu 2 vyplynulo, že většina respondentů hospitalizovaných na očním oddělení v Jihlavě jsou ženy. Ženy se dožívají podle statistik vyššího věku, mají více

onemocnění, která vedou kromě jiného i k problémům se zrakem. Tento předpoklad se mi při šetření potvrdil. Krylová, S. ve svém demografickém šetření prokázala vyšší úmrtnost mužů než žen v zemích EU (12).

Součástí této práce bylo stanovení dvou předpokládaných hypotéz.

První hypotéza: Pacienti na očním oddělení mají problémy s orientací v prostoru. K této hypotéze byly vytvořeny otázky s číslem 14, 15, 16, 17, 18, (viz příloha 12).

Na otázku číslo 14 převážná většina 32 respondentů (64 %) uvedla, že byla zcela seznámena s prostory očního oddělení již při příjmu. Pouze 3 respondenti (6 %) uvedli, že s prostory očního oddělení nebyli seznámeni vůbec, (viz graf 14). Význam této informace pro pacienty uvádí ve své publikaci i Juřeníková . Která klade důraz na seznámení hospitalizovaných pacientů s prostory očního oddělení, už při příjmu (9).

Na otázku číslo 17 odpovědělo 45 respondentů (90 %), že označení jejich pokoje a ostatních místností bylo zcela dostatečné, pouze jeden respondent (2 %) nepovažoval označení svého pokoje a ostatních místností za dostatečně viditelné (viz graf 17).

Na otázku číslo 16 odpovědělo 23 dotázaných (46 %), že v případě potřeby pomoci s orientací na oddělení se obrátili na sestru, 21 respondentů (42 %) uvedlo, že orientaci na oddělení zvládli sami bez cizí pomoci (viz graf 16). Z tohoto šetření vyplývá, že respondentům významně přispíval ke zvládnutí orientace i zdravotnický personál.

Na otázku číslo 18 většina respondentů 32 uvedla, že ke své orientaci používali světlo a 9 respondentů využívalo ke své orientaci, také vodivého zábradlí. Pouze 3 z respondentů uvedli, že ke své orientaci na oddělení využívají pestrobarevné pruhy na zdech. Z jiných možností 8 respondentů (16 %) uvedlo orientaci podle označení pokoje. Nejméně 1 respondent (2 %) uvedl, že se orientoval pomocí barevného rozlišení podlahy (viz graf 18). Toto zajímavé zjištění potvrzuje i Macháček, který se zabýval ve své publikaci významem osvětlení, kontrastu, intenzity světla u lidí se zrakovým onemocněním. Kde také popisuje význam a důležitost osvětlení pro nevidomé a slabozraké, ve vztahu k orientaci v prostoru (14).

Na otázku číslo 20 odpovědělo nejvíce respondentů 34, že využívalo brýle ke kompenzaci svého zrakového postižení, při orientaci v prostoru. Autrapa uvedl ve své literatuře, že mezi nejběžnější zlepšovací pomůcky určené pro zrakově postižené patří především brýle. Které využívají, ne jen ke kompenzaci své oční vady, ale také k orientaci v prostoru (14). Toto zjištění se potvrdilo i při mém šetření (viz graf 20).

Nejedlá uvádí, stejně tak i Juřeníková viz výše, že je nutné seznámit pacienty už při příjmu s jejich pokojem a s prostory na oddělení co nejdříve. Je to základní informace, která umožňuje nemocným orientovat se v neznámém prostředí (19). Myslím si, že seznámení pacienta s oddělením už při příjmu je velice důležité, snáze tak navážeme kontakt s nemocným, zamezíme tak dezorientaci a podpoříme tak pocit bezpečí a jistoty. Z mého šetření je zřejmé, že nemocní byli na očním oddělení v převážné míře dobře informováni a seznámeni s prostory očního oddělení. Z výsledků mého průzkumu se zjistilo, že pacienti na očním oddělení nemají problém s orientací v prostoru. Na základě těchto výsledků vyplývá, že se má *hypotéza 1 nepotvrdila*.

Druhá hypotéza: Pacienti na očním oddělení při hospitalizaci mají problémy s navázáním kontaktu se spolupacienty. Pro tuto hypotézu byly použity otázky číslo 5, 6, 7, 8 a 9, (viz příloha 12).

Graf 5 zobrazuje, že nejvíce 34 respondentů (68 %) leželo na více lůžkovém pokoji a na dvoulůžkovém pokoji leželo 16 respondentů (32 %). Na základě těchto výsledků mohu konstatovat, že pravděpodobnost navázání kontaktu se spolupacienty byla větší než, kdyby respondenti leželi na jednolůžkovém pokoji.

Z grafu 6 vyplývá, že pouze 5-ti respondentům (10 %) by vyhovoval samostatný pokoj, 29 respondentů (58 %) uvedlo, že jim vyhovovalo být na pokoji s jedním pacientem a 10 respondentů (20 %) upřednostňovalo více pacientů na pokoji. Z toho šetření vyplývá, že většina dotázaných chtěla mít na pokoji spolupacienty.

Graf 7 ukazuje, že 34 respondentů (68 %) se na pokoji seznámili se spolupacienty sami. Pouze 15 dotázaných (30 %) uvedlo, že byli se spolupacientem seznámeni sestrou, pouze 1 respondent (2 %) uvedl, že se dosud s nikým neseznámil, (viz graf 7). Tento výsledek mě překvapil, předpokládala jsem větší aktivitu od sester v seznamování se spolupacienty. Myslím si, že seznamování se spolupacienty by mělo

být přirozené. Je to dobré pro samotného nemocného, mohou se tak prolomit bariéry, které by mohly nastat mezi pacienty. Usnadní tak nemocnému komunikaci se spolupacienty, která je ztížená novým prostředím a neznámými lidmi.

Graf 8 ukazuje, že 35 respondentů (70 %) nemělo problémy s navazováním kontaktu se spolupacienty. Pouze 3 respondent (6 %) odpověděli, že měli potíže při navazování kontaktu se spolupacienty. Toto zjištění mě mile překvapilo, ze zkušeností vím, že je celkem obtížné navázat kontakt a hlavně důvěru se zrakově nemocným.

Na otázku číslo 9 odpovědělo 41 respondentů (82 %), že navazovali kontakt se spolupacienty, když si měli chuť povídat, 5 respondentů (10 %) označilo jiný důvod k navazování kontaktu, například „ ze slušnosti, podle nálady, podle sympatie, z odbourání neosobního prostředí „. Pouze 2 z dotázaných (4%) nenavazují kontakt se spolupacienty (viz graf 9). Nakonečně uvedl ve své publikaci, že člověk je chápan jako společenská bytost. Jeho přirozeností, je navazování kontaktu s lidmi. Tento názor byl souhlasný s odpovědí většiny respondentů na otázky zaměřené na potřebu být mezi lidmi a navazování kontaktu. Respondenti navazovali kontakt se spolupacienty bez větších problémů, čímž se má *hypotéza 2* vyvrátila.

5.2 Diskuse s výsledky

Nedílnou součástí cíle, v této práci bylo také zjistit uspokojování psychosociálních potřeb u pacientů na očním oddělení. Uspokojování psychosociálních potřeb se týkali zbývající otázky zařazené do dotazníku (viz příloha 12). V těchto otázkách byly zjišťovány psychosociální i některé fyziologické potřeby. Z fyziologických potřeb jsem se zaměřila u pacientů na zvládnání základních denních činností. Z tohoto šetření bylo zjištěno, že 42 respondentů při běžných denních činnostech nepotřebovalo pomoc. Pouze 4 respondenti odpověděli, že potřebovali pomoc při chůzi, 2 respondenti potřebovali pomoc při oblékání a 1 respondent vyžadoval pomoc při vyprazdňování a hygienické péči. Z toho šetření plyne, že většina respondentů byla soběstačná v základních denních činnostech (viz graf 21).

Z Grafu 22 je zřejmé, že 38 respondentů se v případě potřeby pomoci při vykonávání běžných denních činností obrátilo na sestru, pouze 5 dotázaných by se obrátilo na rodinu a návštěvy. Z toho šetření je patrné, že sestra má významnou roli při zajišťování pomoci v běžných denních činnostech respondenta.

Další otázky se týkaly uspokojování psychosociálních potřeb. Z mého šetření vyplynulo, že většina 43 respondentů (86 %) neměla pocit úzkosti ani strachu na oddělení a žádný z respondentů neuvedl, že by měl tyto problémy (viz graf 23). V případě pocitu strachu nebo úzkosti by se velká část respondentů 20 obrátila na sestru, 10 respondentů na spolupacienta, 10 dotazovaných uvedlo, že by hledalo oporu v rodině. Na lékaře by se obrátili 4 respondenti a 6 respondentů uvedlo, že se strachem a úzkostí vyrovnají sami, (viz graf 24). Z posouzení těchto výsledků plyne, že sestra plní významnou roli při řešení pacientových problémů se strachem a pocitem úzkosti, což potvrzuje i graf 26, kde většina 39 respondentů uvedla, že má na oddělení pocit bezpečí a jistoty. Toto stanovisko zaujímá i Trachtová, která uvedla ve své odborné publikaci, že neuspokojená potřeba jistoty a bezpečí se u nemocného manifestuje strachem a úzkostí. Většina 43 respondentů (86 %) neměla obavy, že na oddělení narazí na nějakou překážku (graf 26).

Graf 27 zobrazuje, kdo je největší oporou pro respondenty v případě pocitu smutku a osamělosti. Výsledky šetření prokázaly, že nejvíce dotázaných 20 respondentů hledalo oporu v rodině a návštěvách, 13 respondentů uvedlo, že neměli pocit osamělosti ani smutku a pro 8 respondentů byla oporou sestra a pro 8 respondentů také spolupacienti. Zajímavé zjištění bylo, že pro jednoho respondenta byly oporou vzpomínky na psa.

Graf 28 nám zobrazuje, že většina 33 respondentů což činí (66 %), odpověděla, že se měla na oddělení možnost seberealizovat v různých činnostech. Pouze 3 respondenti (6 %) uvedli, že se seberealizovat spíše nemohli a 2 respondenti (4 %) uvedli, že nemají vůbec možnost seberealizace na očním oddělení.

Graf 29 poukazuje na to, že 11 respondentů (22 %) se na oddělení spíše nudilo, 7 respondentů (14 %) se na oddělení nudilo, 12 respondentů (24 %) se spíše nenudilo a 20 respondentů (40 %) se nenudilo vůbec. Z toho průzkumu sice vyplývá, že

dotazovaní se na očním oddělení nenudí, přesto poměrně dost respondentů se na oddělení spíše nudilo nebo nudilo. Většina uvedla v předchozí otázce, že měli možnost se seberealizovat na oddělení. Respondenti měli možnost na pokoji poslouchat rádio, číst knížku nebo se dívat na televizi. Myslím si, že z hlediska zrakového postižení pacientů jsou tyto způsoby aktivity rutinní a ne příliš vhodné. Bylo by dobré, aby se sestřičky více věnovaly pacientům a vyvíjely více aktivity v jejich zaměstnávání. Většina respondentů je ve starobním důchodu, což ukazuje graf 10, vzhledem k tomu zjištění usuzuji, že jich většina uvedla, že jejich zaměstnání (viz graf 11), jejich koníčky a zájmy (viz graf 12) nebudou onemocněním nebo operací negativně ovlivněny. Z odpovědí na otázku číslo 13 vyplynulo, že onemocnění ani operace u většiny 47 respondentů (94%) vztahy v rodině a s přáteli neovlivní (viz graf 13).

V závěru dotazníku bych se ráda zmínila o uspokojování navržených potřeb, které jsou zahrnuty v poslední 30 otázce dotazníku. V této otázce měli respondenti navržené potřeby jednotlivě ohodnotit pomocí číselné škály od 1 do 9, kdy hodnocení 9 nejméně uspokojuje a hodnocení 1 nejvíce uspokojuje danou potřebu (viz příloha 12).

Potřebu být soběstačný v základních denních činnostech za nejvíce uspokojenou považovalo 35 respondentů, pouze 3 respondenti uvedli nejnižší bodové ohodnocení (viz graf 30 A + tabulka A).

Potřebu být v čistém a příjemném prostředí považovalo za nejvíce uspokojenou 33 respondentů a pouze 3 respondenti uvedli nejmenší pocit uspokojení, (viz graf 30 CH + tabulka CH).

Potřebu být v kontaktu s rodinou považovalo za nejvíce uspokojenou 28 respondentů a za nejméně uspokojenou ji označilo 5 respondentů (viz graf 30 D + tabulka D).

Stejný počet respondentů 28 uvedl hodnocení 1 při uspokojování potřeby být v kontaktu se zdravotnickým personálem, 3 respondenti ohodnotili tuto potřebu za nejméně uspokojenou 9 (viz graf E + tabulka E).

Potřebu být orientován na očním oddělení považovalo za nejvíce uspokojenou 21 respondentů a 9 respondentů uvedlo nejmenší pocit uspokojení (viz graf 30 H + tabulka H).

Potřebu být v kontaktu s návštěvami označilo 17 respondentů za nejvíce uspokojenou a zajímavé zjištění bylo, že 15 respondentů ohodnotilo tuto potřebu jako nejméně uspokojenou (viz graf 30 F + tabulka F).

Potřebu vědět co se děje ve světě ohodnotilo jako nejvíce uspokojenou 12 respondentů a zajímavé zjištění bylo, že více respondentů 16 ohodnotilo tuto potřebu za nejméně uspokojovanou (viz graf 30 C + tabulka C).

Z tohoto průzkumu plyne, že za nejvíce uspokojenou potřebu na očním oddělení ohodnotili respondenti potřebu uspokojování běžných denních činností a potřebu být v čistém a příjemném prostředí. Za nejméně uspokojenou potřebu ohodnotili potřebu být informování o tom, co se děje ve světě. Z tohoto šetření usuzuji, že sestřičky věnují více pozornosti fyziologickým potřebám a psychosociální potřeby jsou bohužel opomíjeny.

Na základě získaných údajů mohu říci, že ze všech oslovených byl pouze jeden pacient, který byl slabozraký. Já sama jsem navázala kontakt s tímto nemocným při vyplňování dotazníku. Nebylo to pro mě snadné. Ale přesto jsem s pacientkou překvapivě rychle navázala kontakt a společnými silami jsme zvládli vyplnit můj dotazník. Při této příležitosti jsme si i pěkně popovídali.

Bakalářská práce mapuje úroveň uspokojování psychosociálních potřeb na očním oddělení. Současně jsem hodnotila i uspokojování některých biologických potřeb, které jsou z hlediska ošetrovatelské péče pro pacienty nezbytné.

Obě dvě stanovené hypotézy jsem nepotvrdila. Z mého šetření plyne, že pacienti neměli problémy v orientaci v prostoru na očním oddělení a ani neměli problémy při hospitalizaci s navazováním kontaktu se spolupacienty.

6. Závěr

Bakalářská práce, byla zaměřena na uspokojování psychosociálních potřeb u pacientů na očním oddělení. Cílem bylo zjistit psychosociálních potřeby a jejich uspokojování. Cíl byl splněn. Výsledky této práce prokázali, že více jak polovině respondentům vyhovovalo být na pokoji se spolupacientem. Většina respondentů neměla problémy se spolupacienty při navazování kontaktu. Převážná většina respondentů navazovala spolu kontakt, když měli potřebu si povídat. Téměř většina respondentů nemělo pocit úzkosti ani strachu. Stejně tak převážná většina měla na oddělení pocit bezpečí a jistoty. Obavy respondentů z nárazu na nějakou překážku při pohybu po oddělení byli minimální. Více jak polovina respondentů odpověděla, že se měla možnost seberealizovat na oddělení. Přestože z mého šetření vyplynulo, že se celkem dost respondentů na oddělení nudilo. Z mého průzkumu, které se týkalo uspokojování potřeb, byla nejlépe uspokojenou potřebou, potřeba být soběstačný v běžných denních činnostech, druhou nejlépe uspokojenou potřebou byla potřeba, být v čistém a příjemném prostředí. Nejhůře uspokojenou potřebou byla potřeba mít dostatek informací o tom co se děje ve světě. Některé pojmenované potřeby, které jsem použila v otázkách dotazníku, nemají sice přesné znění, jak uvádí literatura, ale dají se zařadit do hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa. V otázkách zahrnutých do dotazníku nebyli zahrnuti všechny psychosociální a fyziologické potřeby. Z časového hlediska by to bylo velice náročné i nákladné.

První hypotéza zněla, že pacienti na očním oddělení mají problémy s orientací v prostoru. *Hypotéza 1 se mi nepotvrdila.* Pacienti neměli problémy s orientací v prostoru na očním oddělení. V druhé hypotéze jsem předpokládala, že pacienti na očním oddělení při hospitalizaci mají problémy s navázáním kontaktu se spolupacienty. *Hypotéza 2 se také nepotvrdila.* Pacienti na očním oddělení neměli problémy s navazováním kontaktu se spolupacienty.

V průběhu psaní bakalářské práce jsem narazila na problém s odbornou literaturou, které byl značný nedostatek. Převážně se týkal, uspokojování potřeb a ošetrovatelské péče o nemocné se zrakovým onemocněním na očním oddělení. Tito nemocní se vyskytují ne jen na očním oddělení, ale mohou být hospitalizováni

i na jiných specializovaných ošetrovacích jednotkách. Potěšilo by mě, kdyby prostřednictvím této práce byla napsána odborná literatura, která by vztahovala k tomuto tématu a problematice. Domnívám se, že by pomohla ne jen studentům, ale také sestřičkám pracujícím na očním oddělení i mimo něj. Tato práce mi pomohla získat užitečné informace a další zkušenosti v péči o pacienty se zrakovým onemocněním, které určitě využiji ve své praxi. Poznatky a výsledky z tohoto šetření by mohli využít studentky a zdravotní sestry studující na Zdravotně sociální fakultě, ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o tyto pacienty nebo o pacienty hospitalizované na očním oddělení.

7. Seznam použité literatury

1. AUTRATA, R., VANČUROVÁ, J. *Nauka o zraku*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 226 s. ISBN 80-7013-362-7.
2. BARLETT, H. M. *The Common Base of Social Work Practice*. Washington: NASW, 1970. 148 – 151 s.
3. BUBENÍČKOVÁ, H. *Definice kompenzačních pomůcek pro těžce zrakově postižené uživatele* [online]. [cit. 2007–5-4]. Dostupné z WWW: <<http://is.brailnet.cz/pocitace.php>>.
4. BUBENÍČKOVÁ, H. *Tyflokabinet*. [online]. [cit. 2007–5-4]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyfloservis.cz>>.
5. BUBENÍČKOVÁ, H. *Tyfloservis*. [online]. [cit. 2007–5-4]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyfloservis.cz>>.
6. FLAMMER, J. *Glaukom*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 420 s. ISBN 80-7254-3312.
7. HORÉNOVSKÁ, L. *Racionální aplikace očních kapek a mastí*. Sestra Praha: Sanoma Magazines s.r.o., 2002., č.10. ISSN 1212-0404.
8. JANOCHOVÁ, J. *Zdravotně-sociální aspekty u pacientů po implantaci umělé nitrooční čočky*. České Budějovice, JU ZSF, 2006. 74 s.
9. JUŘENÍKOVÁ, P. *Ošetřovatelství*. 1.vyd. Uherské Hradiště: středisko služeb školám, 2000. 154 s.
10. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdrav.* 1.vyd. Praha: vydala Academia, nakladatelských věd ČR, 2005. 264 s. ISBN 80-200-1307-5.

11. KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E. *Pádům a úrazům lze ve stáří předejít*. Sociální péče. Brno:Ikaria cz a.s., 2006., č.1.ISSN 1213-2330.
- 12.KRYSLOVÁ, S. A KOLEKTIV. *Standardizovaná úmrtnost, věkové složení obyvatelstva*. [online]. [cit. 2007–3-3]. Dostupné z WWW:<http://www.szu.cz/chzp/zpravy/Sub_0306/h_01.htm>
13. KVĚTOŇOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
14. MACHÁČEK, P. *Osvětlení a slabozrakost: jak správně svítit a vytvořit vhodné podmínky pro slabozrakého člověka*. 1.vyd. Praha: Tyfloservis, 2002. 48 s. ISBN 80-38-9231.
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
17. MUSIL, L., NAVRÁTIL, P. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. Sociální studia 5, 2000. Sborník prací FSS Brněnské univerzity, s. 127 – 161.
18. NÁKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: vydala Academia, 1998., dotisk 2002. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
19. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství IV/2*. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2005. 136 s. ISBN 80-7333-034-2.
20. NEUBAUEROVÁ, E. *Problémy komunikace nemocných a starých*. Sociální péče. Brno: Ikaria cz a.s., 2006., č.2.ISSN 1213-2330.

21. NIKODÍMOVÁ, S. *Oční onemocnění a jejich sociální dopady*. České Budějovice, JU ZSF, 2000. 23s.
22. *Pomůcky pro zrakově postižené*, [online]. [cit. 2007–3-3]. Dostupné z WWW: <http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php>
23. PŘIKRYLOVÁ, B. *Každému služby podle jeho potřeb*. Sociální péče. Brno: Ikaria a.s., 2006., č. 2. ISSN 1213-2330.
24. RHEE, D.J., PYFER, M.F., FRIEDBERG, M.A., RAPUANO, CH.J. *Diagnostika a léčba očních chorob v praxi*. Překlad P. Diblík et al. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 618 s. ISBN 80-7254-536-1.
25. ROZSÍVAL, P. et.al. *Trendy soudobé oftalmologie*. Galen, 2005. 286 s. ISBN 80-7262-326-5.
26. TÓTHOVÁ, V., et kol., *Nové trendy v ošetřovatelství V.*, České Budějovice: Jihočeský inzerť Express, s.r.o., 2006. 465 s., ISBN 80-7040-884 –7.
27. TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: I IDVPZ , 1999.186 s. ISBN 80 – 7013-285 – X.
28. *Tyflopedie*. [online]. [cit. 2007–5-10]. Dostupné z WWW: <<http://webpark.cz/sarka/DOWNLOAD/ftvs/tyflo.rtf>>
29. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené přepracované vydání, Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80- 178–802-3.
30. WIERER, P., *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*, 1.vyd., Praha: Avicenum, 1986, 108 s.

8. Klíčová slova

Psychosociální potřeby

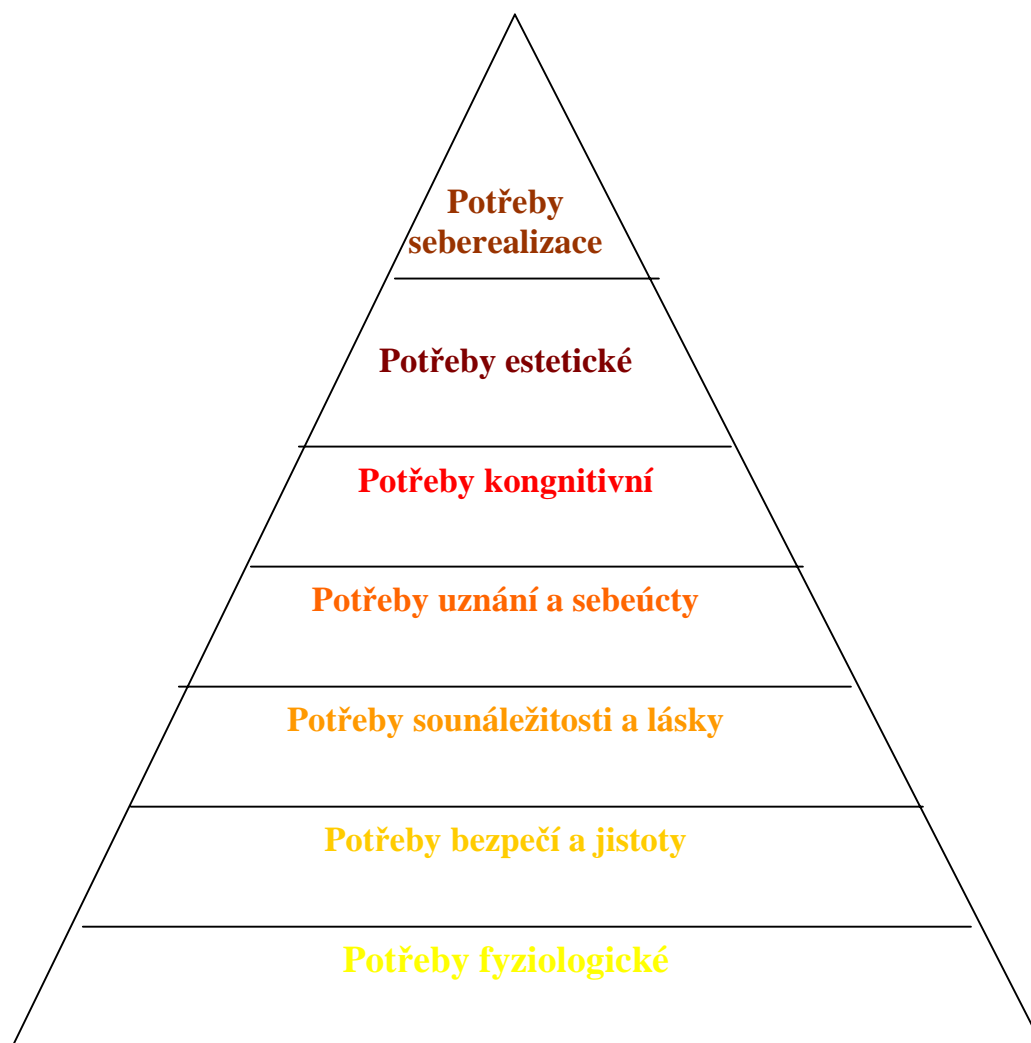
Pacient se zrakovým onemocněním

Oční oddělení

Orientace v prostoru

9. Přílohy

Maslowova hierarchie potřeb.



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 1.vyd. Brno: I IDVPZ, 1999.186 s. ISBN 80 – 7013-285 – X.

Příloha 4

Kompenzační pomůcky k orientaci a pohybu.



Bílé hole k orientaci a pohybu

Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
3.3.2007.

Příloha 6

Kompenzační pomůcky pro domácnost



Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.

3.3.2007

Příloha 5

Kompenzační pomůcky ,které umožňují zápis či záznam .



Pichtův psací stroj



Pichtův psací stroj

Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.

3.3.200

Příloha 7

Kompenzační pomůcky pro odstraňování jazykových bariér.



šablona na Eura



Budík česky mluvící

Zdroj: Pomůcky pro zrakově postižené, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
10.5.2007

Příloha 8

Kompenzační pomůcky k usnadnění orientace a komunikace.



Pro pohyb i komunikaci nevidomých

Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
3.3.2007

Příloha 9
Kompenzační pomůcky pro vyuku a propagaci.



Braillova abeceda



Reliévní pohlednice



Hledej hmatej

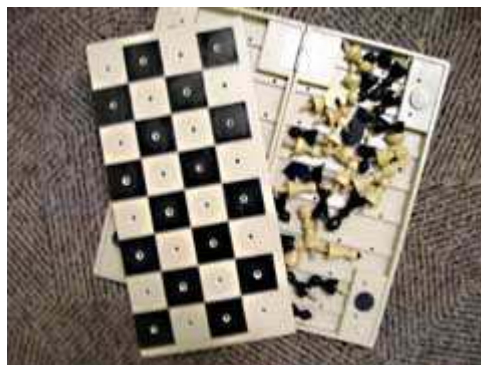


Pohlednice

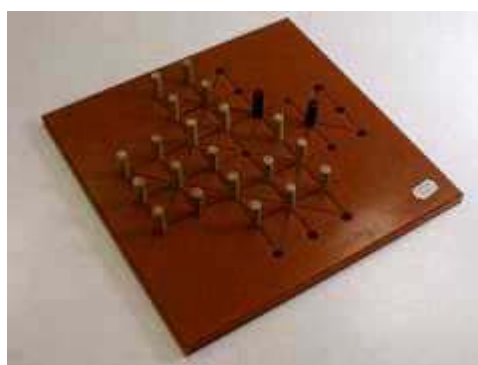
Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
3.3.2007

Příloha 10

Pomůcky pro zábavu a poučení



Šachy



Člověče nezlob se



Člověče nezlob se

Reliéfní omalovánky

Zdroj: *Pomůcky pro zrakově postižené*, http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php.
3.3.2007

Příloha 11

Ošetřovatelské diagnózy na očním oddělení (15).

00095 *Porušený spánek*
00090 *Zhoršená schopnost se přemístit*
00097 *Nedostatek zájmových aktivit*
00109 *Deficit sebeděče při oblékání a úpravy zevnějšku*
00108 *Deficit sebeděče při koupání a hygieně*
00102 *Deficit sebeděče při jídle*
000110 *Deficit sebeděče při vyprazdňování*
00122 *Porucha smyslového (zrakového)*
00127 *Porušená interpretace okolí*
00126 *Deficit vědomostí*
00125 *Bezmocnost*
00124 *Beznaděj*
00054 *Riziko osamělosti*
00120 *Situačně snížená sebeúcta*
00118 *Porušený tělesný obraz*
00146 *Úzkost*
00135 *Dysfunkční smutek*
00070 *Oslabená schopnost se přizpůsobit*
00004 *Riziko infekce*
00155 *Riziko pádu*
00038 *Riziko traumatu*
00087 *Riziko perioperativního zranění*
00037 *Riziko intoxikace*
00132 *Akutní bolest*
000134 *Nauzea*
00053 *Sociální izolace*

Zdroj: MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.

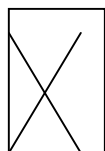
Příloha 12

Dobrý den, jmenuji se Miroslava Kalábová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí pro vypracování mé bakalářské práce na téma „Uspokojování psychosociálních potřeb na očním oddělení.“ Předkládám Vám anonymní dotazník, jehož výsledky budou sloužit pouze ke zpracování pro bakalářskou práci. Předem děkuji za čas, který jste věnoval/a při vyplnění tohoto dotazníku.

Miroslava Kalábová

Návod na vyplnění dotazníku :

Při vyplňování dotazníku označte křížkem správnou odpověď:



1. Kolik je Vám let?

- Méně než 30 let
- 31 - 40let
- 41 - 50let
- 51 - 60let
- 61 - 70let
- 71 let a více

2. Jste muž nebo žena ?

- Muž
- Žena

3. Jak dlouho jste hospitalizován/a ?(pobýváte na očním oddělení):

- První den
- druhý den
- Méně než týden
- Déle než týden

4. Jste po operaci oka?

- Ne
- Ano – prosím napište kolik dnů.....

5. Na jakém pokoji ležíte?

- jednolůžkovém

- dvojlůžkovém
- vícelůžkovém

6. Na pokoji se cítíte nejlépe když:

- jste sám
- se spolupacientem
- s návštěvou
- s více osobami (spolupacienty)

7. Kdo Vás při příjmu seznámil se spolupacienty na pokoji?

- sestra
- jiný personál
- seznámili jsme se sami
- dosud jsme se neseznámili
- Nevím

8. Máte potíže při navazování kontaktu s Vašimi spolupacienty na pokoji nebo na oddělení (v jídelně, ...)

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

9. Kdy navazujete kontakt se spolupacienty?

- Potřebujete pomoc
- Máte chuť si povídat
- Jiný důvod, uveďte.....
- Nenavazuji kontakt vůbec

10. Jste zaměstnán/a?

- Zaměstnán
- Nezaměstnán
- Invalidní důchod
- Starobní důchodce
- Student
- Osoba samostatně výdělečně činná

11. Myslíte, že vaše nynější onemocnění či operace NEGATIVNĚ ovlivní Vaše zaměstnání?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

12. Myslíte, že vaše nynější onemocnění či operace NEGATIVNĚ ovlivní Vaše koníčky a zájmy?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

13. Myslíte, že vaše nynější onemocnění či operace NEGATIVNĚ ovlivní nebo ovlivnila Vaše vztahy v rodině a s přáteli?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

14. Byl/a jste při příjmu seznámen/a s prostory na očním oddělení?

- Ano zcela
- Ano částečně
- Ne
- Nevím

15. Stává se Vám, že po opuštění pokoje na očním oddělení máte problém ho najít?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

16. Kdo Vám pomohl, pokud jste potřeboval /a poradit v orientaci na očním oddělení i mimo něj:

- Sestra
- Jiný personál
- Pacienti
- Zvládl jsem to sám
- Netroufám si požádat o pomoc
- někdo jiný.....

17. Myslíte si, že označení Vašeho pokoje a ostatních místností na očním oddělení je dostatečně viditelné?

- Ano zcela

- Ano částečně
- Ne
- Nevím

18. Ke své orientaci využíváte na očním oddělení: můžete označit více odpovědí

- Světlo
- Pestrobarevné pruhy na zdech
- Barevné rozlišení podlahy
- Vodivé zábradlí
- Ošetřující personál
- Jiné, prosím napište.....

19. Co Vám činí problémy vzhledem k Vašemu zraku? Můžete označit více odpovědí:

- chůze po dlouhé chodbě
- chůze po schodech
- orientace na pokoji
- orientace mimo pokoj na oddělení
- nemám problémy

20. Uveďte, které kompenzační pomůcky používáte na očním oddělení - můžete označit více odpovědí:

- Brýle
- Lupu
- Hůlku pro zrakově postižené
- Hůlku, berle nebo chodítko k chůzi – mám problém při pohybu
- Jiné - napište prosím, které používáte.....

21. Vyberte ve kterých základních denních činnostech potřebujete pomoc: Můžete označit více odpovědí.

- S hygienickou péčí
- S vyprazdňováním
- Při jídle
- Při chůzi
- Při oblékání
- Při úpravě zevnějšku
- Jiné, uveďte.....
- nepotřebuji pomoc

22. V případě, že potřebujete pomoc v běžných denních činnostech na koho se obrátíte?

- Na sestry
- Na spolupacienty

- Na lékaře
- Na jiný personál
- na rodinu (návštěvu)
- na někoho jiného, prosím uveďte.....

23. Máte na očním oddělení strach nebo pocit úzkosti?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

24. Kdo je Vaší oporou na očním oddělení v případě, že máte strach, pocit úzkosti nebo obavy.

- Sestra
- Lékař
- jiný personál
- spolupacient
- Návštěva (rodina, přátelé)
- někdo jiný, prosím uveďte.....

25. Máte na očním oddělení pocit jistoty a bezpečí?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

26. Obáváte se, že při pohybu po očním oddělení narazíte na nějakou překážku?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

27. Kdo je Vaší oporou na očním oddělení v případě, že máte pocit osamělosti nebo smutku?

- Lékař
- jiný personál
- Spolupacient
- Návštěva (rodina, přátelé)
- někdo jiný, prosím uveďte.....
- nemám pocit osamělosti a smutku

28. Máte možnost se na očním oddělení seberealizovat (vykonávat činnost, která je pro Vás důležitá, která Vás, uspokojuje, například (čtení, poslech hudby, sledování televise)?

- Spíše ano

- Ano
- Spíše ne
- Ne

29. Máte na očním oddělení pocit, že se nudíte?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**30. Napište, co nebo kdo Vás uspokojuje na očním oddělení. Jednotlivé možnosti ohodnoťte od 1 do 9 1 = nejvíce uspokojuje
9 = nejméně uspokojuje**

- Být soběstačný v běžných denních činnostech
- Mít dostatek informací z domova
- Vědět co se děje ve světě
- Být v kontaktu s rodinou
- Být v kontaktu s personálem
- Být orientován v prostoru na očním oddělení
- Být v kontaktu s návštěvami
- Být v kontaktu se spolupacienty
- Být v čistém a příjemném prostředí

Chcete nám něco sdělit?

.....

.....

.....

Přeji pěkný den

Dotazníky, které byly rozdány na oční oddělení, měli písmo typu Time new Roman, velikost písma byla 14 u otázek (tučně) a možnosti podotázek byly psány 14.