

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Soňa Chimiaková

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Potřeby pacienta po vitrektomii na očním oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce
Mgr. Jitka Otásková R.N.

Autor
Soňa Chimiaková

2008

Needs of a patient after vitrectomy in ophthalmologist unit

The principle of a quality nursing care is a detection and satisfaction of biological, mental, social and spiritual needs which are altered by the illness. The mission of nurses is to help individuals, families and groups meet their current needs and achieve their maximum physical, mental and social satisfaction in accordance with the environment they live and work in.

The objective of the thesis was to find out what kind of needs the patients after vitrectomy in ophthalmologist unit have and how are these needs satisfied. Another objective was to find out in which ways are the patients educated by the nurses. Before the research itself the questions were selected. The first question was to identify needs of patients after surgery in the ophthalmologist unit in hospital in Kyjov and the second question was enquiry about meeting these needs. Third question raised was about education of patients after vitrectomy. The fourth question was to find out if the nurse can, by suitable education, prevent the patient from fear of returning home. The last fifth question was to find out if the nurses recommend cooperation with multidisciplinary team.

The thesis consists of a theoretical and a practical part. The objective of the theoretical part was to give sufficient information on the patient's needs. I also summarize problems which the patients may encounter when they are discharged from hospital and during subsequent socialization.

In the practical part I used qualitative research using the method of case studies and in depth interviews with the use of dictaphone. The research sample consisted of patients in the ophthalmologic unit in hospital in Kyjov. Altogether, 10 patients were interviewed. The second part of research sample consisted of 5 nurses from the ophthalmologist unit who were being observed while educating patients.

In the discussion individual findings were discussed and research questions were evaluated. With regard to qualitative research the resulting hypotheses are stated in the last part of the thesis.

The results show that the most frequent needs indicated by the patients were:

absence of pain, security and safety, sleep and rest, food and drink and defecation. Furthermore, the needs of patients are being satisfied by suitable interventions.

The nurse does help patients by suitable education to reduce the fear of returning home and the nurses do recommend cooperation with multidisciplinary team.

The objective of the thesis was accomplished. The findings of the thesis can be used for training of nurses and medical staff who may encounter people with visual impairment also in other hospital units. They can contribute to improved care for these patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeby pacienta po vitrektomii na očním oddělení vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 9.5.2007

.....

Soňa Chimiaková

Poděkování:

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Jitce Tamáš Otáskové, R.N. za trvalý zájem při psaní mé bakalářské práce, cenné rady a odborné vedení.

OBSAH

ÚVOD	4
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Současný stav dané problematiky	6
1.1.1 Moderní ošetřovatelství	6
1.1.2 Ošetřovatelský proces	8
1.2 Potřeby.....	9
1.2.1 Fyziologické potřeby	10
1.2.2 Psychické potřeby	10
1.2.3 Sociální potřeby	11
1.2.4 Spirituální potřeby	11
1.2.5 Potřeby v nemoci.....	12
1.2.6 Potřeby, které se nemocí nemění.....	12
1.2.7 Potřeby modifikované.....	13
1.2.8 Potřeby nemocí vzniklé	13
1.3 Nemoc.....	14
1.4 Oftalmologie	15
1.4.1 Vyšetřovací metody	15
1.4.2 Anatomie oka.....	17
1.4.3 Sítnice a sklivce	17
1.5 Odchlípení sítnice.....	18
1.5.1 Terapie	19
1.5.2 Pars plana vitrektomie	19
1.6 Hospitalizace	21
1.6.1 Pooperační péče.....	21
1.6.2 Uspokojování potřeb	23
1.6.3 Význam komunikace	24
1.6.4 Psychoterapeutický přístup	25
1.6.5 Bioekopsychosociální přístup.....	25
1.6 Edukace	26
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3. METODIKA	29

<i>3.1 Metodika práce</i>	29
<i>3.2 Použité metody</i>	29
<i>3.2. Charakteristika zkoumaného souboru</i>	29
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	31
5. DISKUSE	47
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	65
8. KLÍČOVÁ SLOVA	69

Úvod

Život lidí se zrakovým postižením je v mnoha směrech složitý, týká se to také uspokojování jejich biopsychosociálních potřeb. Mají problémy, které si zdravý člověk vůbec neuvědomuje. Jsou to například potíže s orientací a pohybem v neznámém prostředí, se čtením, rozpoznáním detailů, vnímáním barev a vykonáváním mnoha dalších činností a aktivit denního života.

Na očním oddělení pracuji asi 12 let. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že práce je to velmi zajímavá. Je náročná pro sestry nejen z psychické a fyzické stránky, ale je náročná i z hlediska uspokojování potřeb nemocných.

Svoji práci mám velmi ráda, baví mne a proto mne napadlo zmapovat, jak jsou na našem oddělení uspokojovány potřeby u nemocných po operaci oka, hlavně po vitrektomii, která se provádí v lokální i celkové anestézii.

Cílem práce bylo zjistit, jaké potřeby mají pacienti po vitrektomii na očním oddělení a jak jsou tyto potřeby uspokojovány. Dalším cílem bylo zjistit jakým způsobem je prováděna edukace pacientů sestrami.

Před samotným výzkumem byli zvoleny výzkumné otázky. První otázkou bylo zjistit potřeby pacientů po operaci na očním oddělení Nemocnice Kyjov p.o., druhou otázkou bylo uspokojování těchto potřeb. Třetí hledala odpověď na otázku, jak je prováděna edukace pacientů po vitrektomii. Čtvrtou otázkou bylo, zda může sestra vhodnou edukací zabránit strachu pacienta z návratu do domácího prostředí. Poslední pátou otázkou bylo zjistit, zda sestry doporučují spolupráci s multidisciplinárním týmem.

Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části. V teoretické části bylo cílem práce podat dostatečné informace o potřebách pacientů. Jsou zde shrnuty i problémy, s kterými se mohou pacienti potýkat při propuštění domů i následné socializaci.

Podstatu práce sestry tvoří tři složky:
rozum, srdce a její ruka.

Rozum ruku vede, srdce jí dává jemnost.
Žádná z těchto složek nesmí přerůst,
žádná nesmí mizeti.”

Prof. MUDr. Arnold Jiránek (1887-1966)

1. Současný stav

V současné době žije v České republice podle SZO asi 150 000 - 200 000 zrakově postižených občanů. Ztráta zraku je velice závažná okolnost a lidé se jí obávají od nejranější historie. Je psychickou zátěží a znamená velkou změnu v životě takto postiženého. Někteří zvládají situaci s nadhledem, jiní mohou být emočně labilní, pasivní, apatičtí (23, 26). Mohou se cítit handicapovaní, mají řadu negativních pocitů. Ty potom výrazně ovlivňují nejen kvalitu jejich života, ale celou psychosociální oblast jejich osobnosti (5).

Problém ztráty zrakového vnímání nebo těžkého postižení zraku ovlivňuje výrazným způsobem samostatnost a soběstačnost člověka a vyžaduje nové přístupy nejen v moderní medicíně, ale i při řešení situací v běžném životě. Pokroky v oční mikrochirurgii zvýšily bezpečnost a efektivitu operací. Zkvalitnily řešení úrazů oka a zlepšily jejich prognózu.

Protože při krvácení do sítnice či sklivce může dojít k akutní ztrátě zraku, je nutné toto krvácení odstranit. V dnešní době se již ve větší míře provádí odstranění tohoto krvácení metodou vitrektomie.

Jedná se o mikrochirurgický zákrok ve sklivci a na sítnici nazývaný Pars plana vitrektomie. Principem operace je odstranění zkaleného sklivce, preparace a odstranění membrán na sítnici, její opětovné přiložení a náhrada sklivce silikonovým olejem nebo plynem (26).

1.1 Současný stav dané problematiky

Na očním oddělení nemocnice v Kyjově pracuji již více než 12 let a problematika oftalmologie mne velmi zajímá.

Zrak a sluch jsou pro většinu lidí nejdůležitější cestou ke získávání informací z okolí. Jsou nezbytným předpokladem verbální i neverbální komunikace. Pro zdravého člověka je mnohdy nepředstavitelné, jak odlišný je způsob orientace v okolním světě pro osoby se smyslovým a zvláště pak zrakovým postižením (12).

Více než 80% pacientů k nám přichází na oční operace. V roce 2007 bylo operováno přes 1058 klientů s kataraktou, 74 pro zelený zákal. Bylo provedeno 72 vitrektomií, 4 keratoplastiky a řada dalších očních operací. Na našem oddělení jsou hospitalizováni převážně senioři. Většina z nich je polymorbidních, mají problémy s pohyblivostí a drobnou motorikou. Jsou zde i klienti, jejichž zdravotní stav jim neumožňuje, aby se postarali sami o sebe a mohli tak uspokojit svoje potřeby, mnohdy i ty nejzákladnější. Jsou nejistí, nerozhodní, mají strach. Mohou trpět depresí a pocity beznaděje.

Právě uspokojování potřeb nemocných je jednou z nejdůležitějších činností ošetřujícího personálu, hlavně zdravotních sester. Je součástí zdravotní péče stejně tak, jako další výkony ordinované lékaři, které provádí sestra společně s ošetřovatelským týmem.

Naším úkolem je tyto klienty povzbudit, uklidnit je a pomoci jim v uspokojení jejich potřeb, ať už v oblasti bio-psycho-sociální či spirituální. Nemělo by dojít k tomu, aby tito lidé rezignovali a oddali se pasivitě, která by jejich stav nadále zhoršovala. Je důležité je aktivně zapojit do péče o sebe sama, povzbudit je, a dodat jim chuť do života právě uspokojením jejich potřeb (12, 13).

1.1.1 Moderní ošetřovatelství

Ošetřovatelství a medicína jsou disciplíny, která jedna bez druhé nemohou

existovat. Medicína je zaměřena na léčbu chorob, ošetřovatelství na odstraňování nebo prevenci problémů v oblasti lidských potřeb. I když pro ošetřovatelství platí různé definice, jeho základem zůstává péče o lidi jako holistické bytosti v otázkách spojených s upevňováním, udržováním a navrácením zdraví.

Zakladatelkou moderního ošetřovatelství se stala Florence Nightingaleová. Mnohé z jejich myšlenek zůstaly normami péče dodnes a díky ní se z ošetřovatelství stalo uznávané povolání (16).

Jako samostatná disciplína se dynamicky rozvíjí. Obor je postaven na vědeckých základech a je nejen vědou, ale i uměním založeným na porozumění nemocnému, praktických dovednostech, týmové práci, vědeckých principech a na kontinuálním zlepšování kvality práce. Vychází z aktivního zájmu sestry o tělesné pohodlí, psychickou i duševní pohodu pacienta (16, 20, 34).

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu nemoci či umírání. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát zřetel na osobu jako celek a snažit se pochopit vztah celku k jeho částem. Jednotlivé složky není možné od sebe navzájem oddělit. Porucha jedné části je poruchou celého systému. Důležitá je osobnost člověka, kterou je také nutné posuzovat jako psychologický celek.

To znamená, že se staráme nejen o nemoc pacienta, ale i vše okolo něho, co ho ovlivňuje, včetně jeho rodiny a jejich problémů. Jedná se v tomto pohledu o komplexní péči, která respektuje potřeby těla, mysli a ducha. S rozvojem moderního ošetřovatelství a jeho zaměřením se mění i role sestry. Stává se rovnocenným členem ošetřovatelského týmu. Je schopná pracovat s klientem samostatně a ve spolupráci s ním vytvářet plán k jeho zapojení a k aktivní spolupráci na zlepšení zdravotního stavu. Jejím posláním je pomáhat jednotlivcům i jejich rodinám. Jelikož je s klientem v častějším a užším kontaktu, dokáže lépe identifikovat jeho potřeby a to jí i celému týmu umožňuje tyto potřeby uspokojit a tak urychlit terapeutický efekt i průběh ošetřování. Zároveň pomáhá klientovi vyrovnat se situacemi, které jsou pro něj hůře zvládnutelné. Důvěra klienta

v ošetřujícího lékaře a ošetřující personál vyplývá hlavně z jejich chování. Nevhodné jednání může klienta naopak poškodit a zkomplikovat ošetrovatelskou péči (16, 20, 31).

Hlavní práce sestry na lůžkovém oddělení spočívá v přípravě pacientů k operaci a v pooperační péči. Ta se diferencuje podle druhu operačního výkonu a stavu nemocného. Kromě toho zajišťuje a účastní se celé řady diagnostických výkonů. Musí tedy alespoň rámcově znát typy operací prováděných na příslušném oddělení a musí znát principy vyšetřovacích metod (13, 36).

1.1.2 Ošetrovatelský proces

Tímto termínem se označuje problémově orientovaný a plánovaný přístup k uspokojení potřeb nemocného. Je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy v péči o zdraví, stanovit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Teoretickým podkladem pro ošetrovatelský proces jsou vědomosti o potřebách a jejich aplikace v nemocniční a domácí péči.

Individualizuje přístup ke každému pacientovi. Jeho úspěch závisí na otevřené a smysluplné komunikaci a na rozvoji vztahu mezi sestrou a daným pacientem. Charakteristika procesu spočívá v otevřenosti, dynamičnosti a přizpůsobivosti. Celý proces sestává z pěti kroků, kterými jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a zhodnocení. Vyžaduje přímou a důslednou komunikaci a zdůrazňuje zpětnou vazbu. Ta je důležitá k posuzování nebo revizi plánu péče. Výhodou je zapojení klienta do péče o sebe sama, zapojení rodiny i přátel.

Nezáleží na tom, který ošetrovatelský model se v klinickém oboru používá. V ideálním případě by měl být vybrán tak, aby reagoval na individuální potřeby nemocného (16, 35).

1.2 Potřeby

Potřeba je projevem nedostatku, chybění něčeho co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Vyjadřuje stav organismu.

Lidské chování není náhodné. Vychází z určité aktualizované potřeby, která vytváří v organismu člověka napětí. Pokud se toto napětí stane nepříjemným, začíná člověk jednat s cílem toto napětí odstranit tak, že jeho zdroj, to je neuspokojenou potřebu v dostatečné míře uspokojí.

Lidské potřeby je možné třídit z mnoha hledisek. Maslow vypracoval originální teorii, ve které rozdělil potřeby a s nimi korelující motivy jednání na nedostatkové a růstové. Nedostatkové potřeby slouží k zachování jedince a druhu se hlásí tehdy, jestliže organismus postrádá něco, co je podmínkou k přežití a k životu. Jsou-li tyto potřeby uspokojeny, nastupují růstové a kvalitativně vyšší potřeby - tvořivost, vztah ke krásě Ošetřovatelství rozděljuje potřeby na biologické, psychosociální a duchovní (31, 34).

Hierarchie potřeb podle Maslowa má tvar pyramidy (příloha 1). Je modelem vzestupně uspořádaných lidských potřeb, uspokojovaných postupně od nezbytných potřeb fyziologických, po vyšší, tzv. metapotřeby (potřeby seberealizace, poznávání a porozumění – kognitivní potřeby, potřeby krásy, spravedlnosti, cti, estetických prožitků. I když se Maslowovi potřeby předkládají v jisté hierarchii, musí být někdy seřazeny do priorit, protože lidé se neustále mění a vyvíjí a stejně tak i jejich potřeby. Člověk může pociťovat tlak několika potřeb současně. V důsledku dlouhodobějšího strádání se intenzita příslušné potřeby zvyšuje (31). Jednotlivé biologické potřeby není možné od společenských izolovat. Vždy na sebe navazují, hranice mezi nimi jsou plynulé a záleží na osobnosti, jaký stupeň naléhavosti které potřebě přikládá. Promítají se do osobnosti pacienta v potřebě navrácení zdraví a plnění své sociální role, v potřebě zbavit se nebo snížit bolest (1).

Procesem, který vyvolává určité, byť složité jednání člověka, udržuje je a po uspokojení dané potřeby ukončuje je motivace. Po uspokojení dané potřeby končí. Čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro přežití. Pocit potřeby se liší podle stupně

vzdělání a kulturní úrovně.

Nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti (31).

1.2.1 Fyziologické potřeby

Vznikají při porušení homeostázy. Slouží k přežití organismu. Jestliže jsou aktuální, stávají se dominantní a ovlivňují celkové chování člověka. Patří sem i potřeba určité kvality prostředí (teplo, potřeba pohybu, čistoty, výživy, hydratace, vyprazdňování, spánku, čerstvého vzduchu, bdění, činnosti, tepla, polohy, bezpečnosti, sexuality, informací, absence bolesti). Přímě ovlivňují psychickou stránku člověka.

Lidé si mohou, ale nemusí být vědomi svých individuálních potřeb. Pokud jsou nemocní, určité návyky se často stanou druhotnými, protože jim chybí energie a potřebují pomoc i na uskutečnění drobných činností (16, 31, 34).

1.2.2 Psychické potřeby

Objevují se, ztratíme-li pocit životní jistoty. Na významu nabývají až tehdy, jsou-li do určité míry uspokojeny potřeby předchozí. Je to potřeba vyhnout se ohrožení a nebezpečí, touha po důvěře, stabilitě, spolehlivosti, osvobození se od strachu, úzkosti, touha mít pocit soukromí, být akceptován. Potřeba orientace, pochopení, aktivity a pohybu, potřeba sdružování, opatrování, pomoci, afilinace, uzavírání přátelství, dominance, společenské prestiže, sebeúcty, vlastní identity, poznávání, tvorby, zábavy, lásky a štěstí. Opakem je nejistota, strach, úzkost. Projevuje se vyhýbáním se tomu, co je neznámé a vyhledáváním bezpečí.

Potřeba sebeúcty je potřebou sebehodnocení, nezávislosti na mínění druhých, ale zároveň touha po respektu ze strany druhých lidí, potřeba statusu, prestiže. Vyvstává v situaci ztráty uznání.

Jsou-li všechny předchozí oblasti potřeb uspokojeny, nastupují potřeby

rozvívající osobnost. Sebezáchovné potřeby představují silnou a stále působící motivaci. Jejich úkolem je uchovat jedince zdravého a při životě (27, 31).

1.2.3 Sociální potřeby

Jsou naplňovány aktivitou a prožitky (27). Překrývají se s psychickými. Nastávají v situacích osamocení, opuštění. Je to potřeba lásky a sounáležitosti tzv. afiliační, potřeba milovat, být milován, potřeba náklonnosti, potřeba být sociálně integrovaný, která vede k prožitku blízkosti, sounáležitosti, dále potřeby rodičovské - péče o potomky a předávání zkušeností a sexualita. Potřeba tvořivosti a zájmů z duchovní oblasti s touhou po pravdě, kráse a dobru. Potřeba realizace vlastní individuality, schopností a záměrů a náboženství. Je snahou realizovat své schopnosti a záměry, nacházet uspokojení z práce a být přesvědčen, že ji dělám správně (31, 34). Snaha o to, stát se takovým, jakým v pozitivním smyslu mohu a mám. Ze sociálního hlediska je zvlášť významná potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce (1).

Kulturní potřeby jsou zaměřené na umožnění sledování společenského a kulturního dění pomocí novin, televize, rozhlasu a na estetiku prostředí (7).

1.2.4 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby by neměly být odsouvány. Spiritualita neznámá jen víru v Boha. Nemusí souviset s příslušností k církvi. Je to potřeba najít odpovědi na otázky týkající se smyslu života, utrpení a smrti. Potřeba transcendence, potřeba milovat a být milován, potřeba naděje, víry, mít čisté svědomí, odpouštět druhým. Pro jiné potřeba modlitby a meditace, symbolů a obrazů, respektování náboženské svobody, praktikování náboženství – účast na obřadech, přijímání svátostí. Potřeba víry může v životě mnoha lidí ovlivnit postoj vůči nemoci a smrti a pomoci překonat překážky. Poskytuje sílu. Tyto potřeby by měly být uspokojovány stejně tak jako ostatní.

Duševní stránka nemocného, to jak prožívá vlastní chorobu a jeho psychické

reakce jsou důležitou součástí léčby a ošetřování, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění. V dnešní době již spiritualita přestává být tabuizována. Zdravotnické zařízení by mělo nemocnému umožnit vykonávat zvláštní kulturní zvyky i v době nemoci (12, 35).

1.2.5 Potřeby v nemoci

Potřebou většinou chápe nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy. V době nemoci je doporučeno členit potřeby na ty, které se nemocí nemění, dále potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Jsou určeny životní nutností a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdravotním stavu a pocitu dobré pohody. Specifická podoba potřeb u pacientů závisí hlavně na charakteru nemoci, zároveň i na pacientovi samotném a také na sociálních poměrech, ve kterých žije (1). Pokud nejsou potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, je tato situace označována jako deprivace. Tedy objektivní nedostatek něčeho, co je nezbytné k uspokojení potřeby (12).

1.2.6 Potřeby, které se nemocí nemění

Tyto potřeby nesouvisí s nemocí a každý si uspokojuje sám nebo za účasti rodiny, ale v případě hospitalizace musí být pokryty, protože vytržením ze svého sociálního prostředí si je uvědomuje intenzivněji a ztratil schopnost si je sám pokrýt. V průběhu nemoci si člověk uvědomuje potřeby intenzivněji. Může docházet k posunu ve vzniku potřeby i v pořadí důležitosti jejich uspokojování.

Je třeba respektovat pacientovi priority, ale také jeho názor regulovat a v jeho vlastním zájmu stanovit takové pořadí, které nejvíce odpovídá jeho primární potřebě-zachování života, získání nebo obnovení zdraví (1).

1.2.7 Potřeby modifikované

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou nejsložitější skupinou, jelikož změny potřeb jsou velmi variabilní a individuální. Je třeba jim věnovat značnou pozornost. V průběhu nemoci se nejprve redukuje a postupně se opět vracejí. Někdy se může vedle redukce projevit i deformace dřívějších potřeb. Patří sem potřeba tvořivé práce, kde člověk projevuje svoji aktivitu. V době nemoci se potřeba aktivity zaměřuje na boj s nemocí. Fyzická aktivizace umožňuje navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty, podporuje snahu o soběstačnost, odvádí pozornost pacienta od potíží. Vystupuje do popředí v době rekonvalescence.

Dále potřeba poznání světa a sebe samého je zaměřena na pochopení toho, do jaké situace se v důsledku nemoci pacient dostal. Je to potřeba informací nejen týkajících se onemocnění, ale i režimu života v nemocnici, aby byl schopen psychicky zvládnout situaci, do které se dostal. Nedostatek informací vyvolává obavy a může narušit průběh a výsledky léčby. Strach z neúspěchu může pobízet k výkonu, ale na druhé straně může u některých vyvolávat napětí, narušovat náladu i vlastní výkon a může někdy vést k neúspěchu.

Potřeba sociálních styků. Pro hospitalizovaného pacienta jsou to vztahy ke spolupacientům, sestřám a lékařům. Potřeba porozumění a vzájemné pomoci, hlavně potřeba komunikace. Proto je třeba komunikaci záměrně rozvíjet a ovlivňovat v souladu s cíli léčebného a diagnostického procesu. Nemocný si uvědomuje, že je závislý na společnosti zdravých lidí a ve styku s nimi se ocitá v postavení psychicky a společensky podřízeného člověka. Tím si narušuje vžitou představu o sobě. V nemoci a hlavně po dobu hospitalizace se značně zužuje prostor, který má nemocný k dispozici. Denní režim může být pro něj jednotvárný, přichází málo podnětů k činnosti, nemocný může mít pocit nudy, může být rozmrzelý, zvyšuje se jeho tendence kriticky hodnotit prostředí, stravu, práci ošetrovatelského personálu, někdy může vyvolávat konflikty, ať už s personálem nebo spolupacienty.

Potřeba vytváření kulturního prostředí. V různých fázích onemocnění se mění kulturní nároky. Péče, by měla odpovídat takovému standardu, na jaký jsou zvyklí.

Zahrnuje úroveň péče lékařské a ošetrovatelské, techniku, ale i estetiku prostředí, čistotu, upravenost personálu. Mezi nejčastější potřebu tohoto směru patří kniha, televize, rádio. Uspokojování všech forem potřeb patří mezi důležité aktivity pacienta, protože ho odvrací od negativních důsledků přehnaného sebezpozorování (1, 5).

1.2.8 Potřeby nemocí vzniklé

Jejich vznik závisí na řadě okolností jako charakter, závažnost, průběh a stupeň onemocnění, stav pacienta v závislosti na nemoci, jeho osobnost, předešlá zkušenost s nemocí, interpretace nemoci, informacích, náhledu na chorobu a na identifikaci s ní. Také na chování okolí, vztazích mezi rodinnými příslušníky a pacientem a hlavně na vztahu lékař – pacient, sestra – pacient. Problémové situace jsou spojeny s potřebou orientovat se v neobvyklých a pro člověka dosud neznámých situacích. Tyto situace si mohou vynutit v řadě případů změnu navyklého způsobu života a chování člověka i změnu hodnotového systému. Pokud nejsou potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, je tato situace označována jako deprivace. Tedy objektivní nedostatek něčeho, co je nezbytné k uspokojení potřeby (1, 12).

1.3 Nemoc

Lidské zdraví i nemoc mají složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby. Proto je nutné se v péči o nemocného člověka zabývat aspekty biologickými, psychologickými, i sociálními. Zdravotní nepohoda se projevuje nejen v lokalizovatelných bolestech a celkové náladě, ale i v duševní bolesti – to je v pocitech různých životních strastí a těžkostí, i tím nejzávažnějším negativním emocionálním stavem-zážitkem utrpení (3).

Nemoc je jedna z nejnáročnějších životních situací, subjektivně prožívaná se strachem, nejistotou, utrpením a bolestí. Znamená ztrátu dosavadních jistot, ohrožuje dosavadní zvyklosti a hodnoty, ztěžuje dosahování životních cílů a vyvolává obavy z budoucnosti. Znamená vždy negativní zásah do života člověka, zásah týkající se jeho

nejbližších sociálních vztahů tedy jeho psychické stránky. Pacient jej hodnotí a prožívá tím hůře, čím nepříjemnější a subjektivnější má dopad, čím je on sám bezmocnější a závislejší na okolí, čím je onemocnění závažnější a čím menší je perspektiva brzké změny k lepšímu. Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné. Je nutné k nemocnému přistupovat individuálně. Nemoc a tělesný handicap ovlivňují a mění způsob uspokojování biologických i psychosociálních potřeb. Mění jeho somatický i psychický stav. Člověk nemůže plnit své role a může dojít i ke změně sociálního zařazení. Někdy může nemoc narušit partnerské vztahy i vztah k dětem. Závažná situace nastává v případě, že se jedná o nemoc s trvalými následky nebo nemoc chronickou. Ta vyvolává potřebu jistoty a bezpečí a psychického zázemí. Deprivuje a frustruje mnoho potřeb člověka, frustruje pacienta i rodinu, ale na druhé straně může i pomoci diferencovat, co je pro něj v životě důležité a co ne. Modifikuje způsob vyjádření potřeb a často brání v jejich uspokojování (1,5, 31, 34).

1.4 Oftalmologie

Chirurgie je základním lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a operační léčbou chorob, poranění a vrozených nebo získaných vad. Stále nové vědecké poznatky si vyžádaly dílčí specializaci. Oftalmologie se jako první obor oddělila od všeobecné chirurgie. V posledních dvou desetiletích došlo k velkému pokroku v oční mikrochirurgii (36). Dříve těžko představitelné zákroky jsou dnes díky technickému pokroku naprosto běžnými záležitostmi. Byly zavedeny převratné operační postupy, které umožňují léčit stavy do té doby neřešitelné.

Vitreoretinální chirurgie je jednou ze subspecializací oční chirurgie. Je zaměřená na léčbu onemocnění sklivce a sítnice.

Nejčastěji používanou metodou při řešení těchto onemocnění je operace pars plana vitrektomie (zkratka PPV) (26).

1.4.1 Vyšetřovací metody

K vyšetření zrakové ostrosti se používají tzv. optotypy. Při normální zrakové ostrosti je třeba vidět základní znak ze vzdálenosti 5 nebo 6 metrů. Pokud pacient nevidí ani největší řádek, zkouší se vidění ze vzdálenosti 1 metru pomocí prstů proti černé podložce. Pokud zaznamená pouze pohyb, uvádí se do dokumentace pohyb. K testování visu do blízka se používají nejčastěji tzv. Jaegrovovy tabulky. Barevné vidění se vyšetřuje nejčastěji pomocí pseudoizochromatických tabulek.

Dále se vyšetřuje světlocit, průchodnost odvodných slzných cest průplachem slzných kanálků fyziologickým roztokem. Pomocí štěrbinové lampy se vyšetřuje rohovka, přední komora, čočka a sklivec.

Nitrooční tlak se měří buďto Schietzovým tonometrem, Goldmannovým aplanačním tonometrem, tonopenem nebo bezkontaktním tonometrem.

Ultrazvukové vyšetření se provádí sondou, která se přikládá na víčko zavřeného oka. Zjišťuje se tak např. přítomnost amoce.

Oftalmoskopie je metoda, kterou se vyšetřuje oční pozadí (sítnice, cévnatka, výstup očního nervu). Provádí se pomocí elektrického oftalmoskopu.

Vyšetření Amslerovou mřížkou k testování správné funkce oka – makuly. Vyšetřovaný si zakryje jedno oko a fixuje pohled do bodu ve středu mřížky ze vzdálenosti na čtení. Zjišťují se případné nepravidelnosti např. deformace, přerušení čar nebo vlnité čáry či změny velikosti čtverců.

Perimetrické vyšetření je důležitou diagnostickou pomůckou u poruch zorného pole. Použité metody jsou kinetické a statické. Z dalších vyšetřovacích metod jsou to fluorescenční angiografie, RTG metody, CT tomografie, magnetická rezonance, elektroretinografie a elektrookulografie (13, 26).

Při přijetí pacienta sestra vyšetří a zapíše visus pacienta, změří nitrooční tenzi bezkontaktním tonometrem a změří refrakci. Poté předává pacienta lékaři. Připraví pomůcky k průplachu slzných cest a asistuje při ultrazvukovém vyšetření. Poté vykonává ordinace lékaře. Aplikuje kapky a masti, edukuje a připravuje pacienta k výkonu.

1.4.2 Anatomie oka

Oko je nejdůležitějším smyslovým orgánem. Je uloženo v orbitě. Je tvořeno oční koulí (bulbus oculi). Jeho zadní povrch tvoří bělima (sclera). Udržuje tvar bulbu a poskytuje mu i mechanickou ochranu. Průhledný přední oddíl tvoří rohovka (cornea). V zadní části je perforovaná v místě vstupu zrakového nervu.

Střední vrstva bulbu je tvořena živnatkou (uvea). Část živnatky od výstupu zrakového nervu k oblasti ora serrata se označuje jako cévnatka (choroidea). Přední část živnatky je přeměněna v řasnaté těleso (corpus ciliare) a duhovku (iris).

Ve vnitřní vrstvě bulbu se rozprostírá sítnice (retina). Její přední část kryje řasnaté těleso. Oblast sítnice, která leží v zorné ose oka a zajišťuje nejostřejší vidění je žlutá skvrna (macula lutea). V ní se nachází drobná prohlubeň (fovea centralis maculae). Fovea obsahuje čípky, které zprostředkovávají barevné vidění a tyčinky, umožňující vidění za šera.

Slepá skvrna je místem, kde se sbíhají nervová vlákna a vytvářejí zrakový nerv (nervus opticus). K přídatným orgánům oka patří víčko (palpebra superior et inferior), slzná žláza (glandula lacrimalis), obočí (supercilium) a okohybné svaly (čtyři přímé a dva šikmé kosterní) (26).

1.4.3 Sítnice a sklivec

Sítnice je vysoce specializovaná nervová tkáň, která v tenké vrstvě vystýlá vnitřní povrch oční koule a tvoří tzv. oční pozadí. Zadní část sítnice, tzv. optická část, obsahuje světločivé buňky – tyčinky a čípky, přední část sítnice, tzv. slepá část sítnice pokrývá vnitřní stranu řasnatého tělíska a zadní plochu duhovky. Obě části jsou odděleny pilovitou linií ora serrata. Sítnice vlastní orgán zraku zachycuje obraz a zrakovým nervem jej posílá do zrakových center v mozku. Její výživu zajišťují centrální sítnicová tepna, která vstupuje do sítnice ze zrakového nervu a cévní síť cévnatky. V zadní části sítnice je uložena tzv. žlutá skvrna - macula lutea. Je místem nejostřejšího a barevného vidění. Tvoří tzv. oční pozadí. Periferní sítnice slouží

k perifernímu vidění. Zásobení sítnice kyslíkem poskytují sítnicové cévy, tepny a žíly. Jejich poruchy (uzávěry nebo krvácení) vedou k závažným poruchám zraku (příloha 2).

Sklivec je čirý gel, který vyplňuje oční dutinu. Zaujímá 80% nitroočního obsahu. Je tvořen z 98% vodou. Anatomicky je uložen za oční čočkou a jejím závěsným aparátem.

Poruchy sklivce často vedou ke vzniku chorob sítnice a k různým poruchám vidění. S postupujícím věkem dochází ke zkapalnění sklivce, k jeho kolapsu a odtržení od sítnice, přičemž sítnice může být poraněna či roztržena. Po vzniku trhliny v sítnici hrozí její odchlípení, které je již velmi závažné, neboť může skončit slepotou. Odchlípující se sítnice bývá pozorována jako rostoucí tmavá clona v zorném poli. Přitom vznikají různé zrakové vjemy (11).

1.5 Odchlípení sítnice

Odchlípení sítnice je chorobný stav, kdy se od sebe oddělí světločivá a pigmentová vrstva sítnice. Pigmentová vrstva zůstává ve své původní poloze, ale světločivná vrstva se uvolní a někdy vlaje v prostoru uprostřed oční koule. Většinou je odchlípena jen část sítnice, méně často choroba postoupí natolik, že se odchlípí celá sítnice (příloha 3). Odchlípení sítnice zhoršuje její výživu a funkci. Čím je větší jeho rozsah, tím je menší naděje na zlepšení vidění. Pokud se odchlípí i místo nejostřejšího vidění, většinou se zrak ani po operaci nevrátí úplně do původního stavu.

Nejčastějším důvodem odchlípení sítnice je trhlina v sítnici. Jde o takzvané rhegmatogenní odchlípení sítnice. Trhliny v sítnici vznikají v místě chorobného ztenčení nebo v místě, kde se chorobně upíná k sítnici sklivce, a tahem tohoto sklivcového úponu se vytrhne v sítnici otvůrek. Příčinou trhliny může být také těžký tupý úraz oka.

Druhou příčinou odchlípení sítnice je tah vazivových pruhů za sítnici. Jde o takzvané trakční odchlípení sítnice. Vzniká hlavně u pacientů s těžkým očním postižením při diabetu, po očních cévních uzávěrech a u jiných závažných sítnicových chorob.

Třetím důvodem odchlípení sítnice může být vznik tekutiny pod sítnicí například při zánětu hlubokých vrstev oka. Jde o exsudativní odchlípení sítnice. Příznakem postupujícího odchlípení sítnice je clona, která se objeví při okraji zorného pole, nejčastěji dole u nosu. Ta postupuje pomalu během hodin až dnů, až zastíní centrální vidění. Centrální vidění je postiženo v okamžiku, kdy odchlípení již dostoupilo k místu nejostřejšího vidění. Postižením místa nejostřejšího vidění se zhoršuje prognóza vidění (11).

1.5.1 Terapie

Onemocnění oka po úrazu s následným odchlípením sítnice nebo krvácením do sklivce nebo v důsledku jiné choroby je možné v dnešní době operativně řešit. Protože při krvácení do sítnice či sklivce může dojít k akutní ztrátě zraku, je nutné toto krvácení odstranit. V dnešní době se již ve větší míře provádí odstranění tohoto krvácení metodou vitrektomie.

Jedná se o mikrochirurgický zákrok ve sklivci a na sítnici nazývaný Pars plana vitrektomie. Operace se provádí v narkóze při několikadenní hospitalizaci nebo v místním umrtvení. Výkon trvá třičtvrtě hodiny, komplikované výkony však mohou trvat i několik hodin.

Principem operace je odstranění zkaleného sklivce, preparace a odstranění membrán na sítnici a její opětovné přiložení a náhrada sklivce silikonovým olejem nebo plynem (26).

Prioritním úkolem sestry v péči o klienty po operacích je ošetřování, sledování stavu a jeho vývoje (35).

1.5.2 Pars plana vitrektomie

Název operace je odvozen podle místa, přes které chirurg vstupuje do nitra sklivcové dutiny oka – pars plana corporis ciliaris. PPV poprvé prezentoval Machemer v roce 1970. Společně s Parem zkonstruoval první vitrektom a v roce 1971 provedl

Machemer první pars plana vitrektomií.

PPV je indikována pro neprůhlednost očních medií, pro neresorbující se hemoragie, zkalený sklivec a pro neovaskularizace předního segmentu v kombinaci se kalením v oblasti zadního segmentu, trakční odchlípení sítnice, sklivcové krvácení, sklivcové zákaly, k odstranění vitreálních pruhů a epiretinálních i subretinálních membrán, makulární díry, při úrazech oka k odstranění cizích nitroočních těles, při těžkých nitroočních zánětech, luxovaných nitroočních čočkách a při složitých pouřazových stavech. Má zásadní a nezastupitelný význam v léčbě těžkých komplikací diabetické retinopatie. V současné době se indikace k PPV přesunují do časnějších fází progresu DR a cílem operace je zachovat upotřebitelné vidění ke zlepšení kvality života těžce postižených. Ve zvláštních případech je PPV indikovaná u stavů, které následují po již jednou provedené PPV.

Opakované krvácení po PPV bývá spojeno s proliferací změnami (příloha 4) či vznikem nových trhlin sítnice. V těchto případech nestačí prostá laváž sklivcové dutiny a přistupuje se k doplnění PPV a eventuálně i k vnitřní tamponádě sklivcového prostoru silikonovým olejem, který trvale podpoří znovu přiložení sítnice a pomáhá zabránit dalším trakčním a reprolieračním změnám (11).

Mikrochirurgický výkon, kterým PPV je, se provádí na specializovaných pracovištích a vyžaduje speciální instrumentarium, přístroje i kvalifikovaný personál. K zobrazení operačního pole je používán operační mikroskop. Chirurg vstupuje do oka přes skléru třemi otvory (příloha 5). Během operace je odstraněn sklivec speciálním přístrojem, který nazýváme vitrektom. Je to rychle oscilující mikrochirurgický nůž. Odpreparovaná a odsátá tkáň je permanentně nahrazována intravitreální infuzí vyváženého solného roztoku, který udržuje správný nitrooční tlak. Otvory jsou zašity vstřebatelným stehem. PPV může být kombinována s dalšími výkony, např. s operací katarakty a implantací nitrooční čočky. Na konci operace zůstane ve sklivcovém prostoru náhradní roztok, plyn či silikonový olej. Plyn se spontánně vstřebá během 2-6 týdnů a je nahrazen vlastní nitrooční tekutinou. Silikonový olej je v oku ponechán minimálně 3 měsíce. Vypuštění je indikováno pouze při zcela stabilizovaném nálezu nebo pokud dojde k emulzifikaci silikonového oleje a to další operací. Náročný výkon

mohou však komplikovat těžké peroperační a pooperační komplikace(11, 26).

Špičkovou a šetrnou operační technikou je bezstehová pars plana vitrektomie. Operace trvá obvykle 30-40 minut. Velikost řezů nevyžaduje uzávěr operačních vstupů stehy. Vykazuje výrazný pooperační komfort (11, 26).a rychlé hojení (11, 26).

1.6 Hospitalizace

Nachází-li se člověk v nemocnici, stává se více či méně závislým na svém okolí, které ho ošetřuje. Mnohé v jeho životě se mění jak ve vztahu k sobě, tak ve vztahu k jiným lidem (35). Hospitalizace je pro některé novým zážitkem a je spojována se strachem a obavami. Jedinec je postaven do jiné situace, než na kterou byl zvyklý. Kontakt se známými lidmi je značně omezen i okruh jeho zájmů s ohledem na zdravotní stav je omezen. Nerozumí svému fyzickému ani psychickému stavu, mnohdy nechápe co se s ním děje. Setkává se s novým prostředím, novými lidmi, nemůže dělat to, co by sám chtěl. Očekává se od něho, že bude spolupracovat. Má strach, obavy, trápí jej nejistota, nervozita (3). První dojem z prostředí, do kterého se pacient dostane má velký vliv na jeho psychickou pohodu. Ten je rozhodující pro získání důvěry a k navázání spolupráce pacienta. Dostatek času na jeho osobu, profesionální chování, přístup, porozumění, způsob komunikace, projevovaná úcta a respekt k nemocnému, organizace práce, to vše působí současně s dalšími faktory, které mohou naopak narušovat klid a duševní pohodu. S pacienty se zrakovým postižením musíme jednat přirozeně, s ohledem na jejich handicap, aby nedocházelo ke zbytečné subdeprivaci lidských potřeb tělesných, psychických i sociálních (13, 31, 34).

1.6.1 Pooperační péče

Operace je krizí v životě člověka, zvláště pokud se jedná o náročný chirurgický výkon. Je to střet s překážkou, kterou vlastními silami navyklym způsobem v přijatelném čase sám nezvládne. Mnohdy dochází k narušení či ke ztrátě rovnováhy. Reakce na ni mohou být různé. Někdo snáší pooperační průběh bez problémů, jiní, hlavně ti starší se těžce vyrovnávají se stavem po narkóze. Proběhla-li operace na

jediném vidoucím oku, jsou naprosto odkázáni na pomoc okolí, protože operační rána je sterilně krytá a oni jsou teoreticky i prakticky slepí. (12, 13).

Pooperační péče je dána rozsahem a charakterem operačního výkonu, peroperačním průběhem a přidruženými onemocněními (8).

Prioritním úkolem sestry v péči o klienty po operacích je ošetřování, sledování stavu a jeho vývoje. Respirační a oběhové komplikace jsou po výkonech v nitrooční chirurgii při správně vedené anestézii s moderními prostředky méně časté. Místní komplikace se mohou projevit v oblasti operačního pole jako příznaky aseptického zánětu.

Někdy se vyskytnou příznaky adaptačního syndromu na operační zátěž - především stres. Může se projevit zvýšenou teplotou, únavou, tachykardií, změnami vodního a iontového hospodářství. V tomto případě je nutné plnit ordinace lékaře, které vycházejí z pozorného sledování stavu pacienta sestrou a hlášení změn stavu.

Většinou se jedná o komplikace psychického rázu, kdy nemocný neví, co se s ním dál bude dít, nemá dostatek informací, sociální jistotu. Proto pomáháme pacientovi se zorientovat, kontrolujeme jeho psychický stav a jsme připraveni pohovořit si s ním o všem, co ho zatěžuje. Podáváme informace a připravujeme jej na to, co bude následovat. Mohou se vyskytnout somatické komplikace, kdy špatný tělesný stav komplikuje pooperační proces (26,36).

Velmi důležitou součástí terapie je léčba bolesti. Patří mezi základní lidská práva. Povinností všech zdravotníků je ulevit pacientovi od bolesti nebo ji úplně odstranit a zamezit vzniku další bolesti (14). I zde hraje důležitou roli důvěra klienta v ošetřujícího lékaře a ošetřující personál. Hlavním záměrem v léčbě bolesti musí být úcta k jedinci a ochota zmírnit jeho utrpení. Nedostatečně léčená akutní pooperační bolest vede k řadě komplikací. Pro kvalitní a bezpečnou léčbu pooperační bolesti má klíčovou roli sestra (36). Pooperační péče o oko spočívá v pravidelné hygienické péči, měření nitrooční tenze, aplikaci kapek a mastí, sterilním krytí oka. Je nutné dbát o bezpečí pacienta, protože prostorová orientace pacienta je narušená, vyloučit riziko pádu a úrazu.

1.6.2 Uspokojování potřeb

Uspokojování potřeb pacienta chápeme jako dynamický proces, měnící se s rozvojem společnosti. Jeho součástí je i vytváření a utváření potřeb. Jejich specifická podoba závisí hlavně na charakteru nemoci, zároveň i na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Nedílnou součástí uspokojování potřeb je správná informovanost. Pro naplnění potřeb nemocného je důležité najít vhodné pojmenování pro jeho potřebu, respektovat jeho autonomii, ponechat jej tím, kým chce být, dát mu možnost podílet se na plánování své léčby, možnost přijmout nebo odmítnout terapeutický nebo ošetrovatelský výkon. Naplnění potřeb je ovlivňováno objektivními a subjektivními faktory. Těmi objektivními jsou nemoc, vývojové stádium jedince, pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí a společenské postavení. Subjektivním faktorem je kladná sebekoncepce. Pokud člověk zná sám sebe a má k sobě kladný vztah, pozná snadněji své potřeby, dokáže se lépe vyrovnat a přizpůsobit změnám v hierarchii osobních hodnot.

Pokud nejsou potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, je tato situace označována jako deprivace. Tedy objektivní nedostatek něčeho, co je nezbytné k uspokojení potřeby. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou většinou schopni samostatně uspokojovat své potřeby a vyžadují mnohem více pozornosti a péče.

Uspokojování potřeb může probíhat zdravým nebo nezdravým způsobem. Zdravé uspokojení potřeb je takové, který neškodí jedinci ani jiným lidem, je ve shodě se sociálními a kulturními hodnotami jedince a metody k němu vedoucí jsou v souladu se zákonem. Nezdravé uspokojování potřeb je takové, které může škodit dané osobě nebo jiným, není ve shodě se sociálně kulturními hodnotami nebo přesahuje meze zákona a přináší jedinci neklid (1, 27).

Pomáháme-li nemocnému s uspokojením jeho potřeb, musíme vycházet z jeho schopnosti sebezpečí. Je nutná jeho aktivní účast (16). Důležitou součástí kvality pacientova života je, aby se alespoň částečně dokázal obsloužit a pohybovat a dosáhl určité úrovně samostatnosti a soběstačnosti. Záleží na stavu fyzické a psychické pohody na úrovni sebeobsluhy, pohyblivosti, na tom, zda je sociálně zapojen a dostává pozitivní

citovou odezvu. Také to, zda se podílí na spolurozhodování, jak prožívá a hodnotí svůj život včetně pobytu v nemocnici. Při uspokojování psychických potřeb se zaměřujeme na zmírnění a odstranění bolesti, jelikož ta se odráží ve všech složkách osobnosti. To vyžaduje od sestry respektování citlivosti na bolest a vytvoření klidného prostředí. Vždy však musí respektovat práva klienta (1, 7, 16, 31).

1.6.3 Význam komunikace

Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka a sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese, ať už jde o lékaře nebo sestry. Bez ní je kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná. Protože komunikační schopnosti handicapovaných jsou typicky narušené, vyžadují kromě základních zásad i specifické přístupy, které vychází z potřeb klientů (32).

Pacient by neměl být pouze pasivním subjektem léčby. Naopak žádoucí je jeho aktivní zapojení do indikačních a rozhodovacích procesů. To, jak bude pacient spolupracovat, záleží hlavně na vzájemném vztahu a vzájemné komunikaci, protože komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou.

Počátkem komunikace je naslouchání. Abychom porozuměli druhému, je potřeba porozumět především jeho záměru (12). Lékař ani sestra nesmí zapomenout projevit, že je ochoten naslouchat, vyjádřit empatii a vytvořit v pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Problémové chování pacienta může být zjevným nebo skrytým vyjádřením problémů (30). Při komunikaci je důležité mluvit pomalu, hlasitěji, ale nekřičet, mluvit srozumitelně, zřetelně, pečlivě artikulovat a tvořit krátké věty. Je nutné dát pacientovi dostatek času, protože mnohdy není schopen identifikovat své problémy nebo se je naopak snaží zatajit. Při komunikaci s hluchoslepými je vhodné použít i haptiku, jelikož nemusí tušit, že mluvíme právě k nim. Je nutné mluvit na ně víc nahlas, zřetelně artikulovat, mluvit pomalu a do ucha na které lépe slyší. Někteří umí odezírat, proto je nutné stát k nim čelem a ne proti světlu nebo slunci. Rovněž dohlédnout na to, aby tito lidé pokud mají naslouchadlo je používali. Zrakové postižení přináší celou řadu dalších problémů, pacienti mohou trpět depresemi, úzkostí, nervozitou, může dojít ke stavu

rezignace, ublíženosti, obviňování, hněvu a agrese nebo nemluvnosti (23, 32). Úkolem sester i lékařů je poskytnout v tomto stavu pacientům dostatečnou a účinnou podporu a zvolit takový způsob komunikace, který tyto skutečnosti zohlední.

1.6.4 Psychoterapeutický přístup

Psychoterapeutický přístup je takové chování zdravotníků, které psychologickými prostředky přispívá k dosažení záměrů léčby. Jeho cílem vrátit nemocnému jeho důstojnost, sebeúctu a respekt a zlepšit spolupráci s pacientem tak aby se sám aktivně na léčbě podílel. Spočívá ve vytvoření pro pacienta spolehlivého vztahu, ve kterém cítí oporu a bezpečí. Je to vztah založený na zájmu, respektu a spolupráci, v němž podporujeme a rozvíjíme v člověku jeho lidskou důstojnost respektováním jeho fyzické a psychické intimity a úcty k samotnému člověku (12, 34).

Racionální působení se děje prostřednictvím rozhovoru. Informace jsou pro pacienta velmi důležité, protože čím lépe je informován o svém zdravotním stavu, tím lépe může spolupracovat. Někteří potřebují komplexnější vedení. Vždy je ale třeba zvážit, jestli je pacient připraven přijmout objasnění nebo je lépe mu napřed pomoci zvládnout emoce, nejistotu, úzkost. Spolu s nemocným je třeba hledat tvorbu konkrétního životního plánu a s ním zvažovat zdroje, překážky a schopnosti pro to, jak zvládat daný druh těžkosti. Je důležité podporovat snahy nemocného o získání co největší nezávislosti a soběstačnosti a napomáhat rozvoji aktivit, které mu dávají možnost nového sebepojetí a smyslu života (1, 12, 34).

1.6.5 Bioekopsychosociální přístup

Bioekopsychosociální přístup je takový přístup, který do prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace zahrnuje i pacientovu rodinu, protože má v léčebném procesu nezastupitelnou úlohu. Její účast na péči o nemocného člena rodiny nemůže nahradit žádné zdravotnické zařízení. Ona ovlivňuje jednání nemocného, poskytuje mu širší podmínky způsobu života, podporu, souhlas nebo nesouhlas, ocenění. Umožňuje

nemocnému sociální integraci, dokáže mu poskytnout podporu a tím změnit a učinit snesitelným určitý stav a životní období. Proto úspěch terapie závisí i na ní.

Nemocný důvěřuje léčbě a lékaři jedině tehdy, jestliže lékaři důvěřují nejbližší příbuzní. V případě hospitalizace jsou styky s rodinou sice na čas přerušeny, ale psychické vazby přetrvávají. Každá vážnější újma na zdraví některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy. Je nutné, aby ji rodina akceptovala, uvědomila si její dopad a rozsah, včetně toho, co sama může a má udělat. Neakceptace vede k nespolupráci. Nejen nemocného, ale i nejbližší členy rodiny je nutné pro spolupráci průběžně získávat. Rodinné zázemí dodává jistotu, že zde má a bude mít své místo. Nemocný musí vědět, že je přijímán se vším všudy a že nebude opuštěn. Musíme proto mluvit nejen s pacientem, ale i s jeho nejbližšími a získávat tak důvěru rodinných příslušníků, která je důležitou podmínkou jejich i pacientovi spolupráce. Je nutné zabezpečit dostatečnou informovanost. Ti nejbližší by měli vědět o možnostech a omezeních ne proto, aby na něj dohlíželi, ale proto, aby mu byli nápomocni. Rodina může hledat řešení nastávajících problémů, vytvořit optimální podmínky a alespoň zčásti vyrovnat současnou situaci postiženého člena (uvolnit místnost, uspořádat bydlení). Osamělí lidé bez domova a rodiny snášejí zdravotní újmu daleko hůře. U nich tyto vztahy do určité míry nahrazují zdravotníci (1, 34).

1.6 Edukace

Pacient je příjemce léčebné a ošetrovatelské péče a po propuštění na něj přechází zodpovědnost za sebekpěči. Proto je nutné získat ve spolupráci s lékařem nebo sestrou potřebné dovednosti, nutnou sebedůvěru a schopnost rozhodování už za hospitalizace (26). Obavy, se kterými se pacient může vracet zpět domů pramení z nedostatečné či omezené soběstačnosti a sebeobslužnosti, ale i z obav z vlastního selhání, bezmoci a samoty. Zde je velmi významná edukace ze strany sestry k pacientovi. Poučený a informovaný pacient, který je dobře seznámen s průvodními příznaky své nemoci a umí eliminovat či snižovat rizika a má vhodným a srozumitelným způsobem předány základní informace si povede mnohem lépe a dovede si kvalifikovaněji rozhodnout

o svých potřebách. Tyto poznatky mu mohou dodat pozbytou sebedůvěru a sebezpečí (9).

Účinné plánování propuštění začíná už při příjmu a pokračuje průběžným posuzováním potřeb pacienta a jeho nejbližší rodiny až do propuštění. Posuzují se nejen tělesné potřeby, ale i podpora rodiny a přátel, domácí prostředí, finanční prostředky pacienta a jeho rodiny, protože do systému zdravotní péče pronikají i otázky ekonomické. Ty musí být řešeny tak, aby se nestaly zdrojem konfliktů mezi nemocným a zdravotnickými pracovníky (26).

Pro praxi je nezbytně nutné, aby pacient před propuštěním zvládal sebeobsahu, naučil se správně aplikovat oční kapky a masti nebo měl někoho, kdo se o něho postará, protože i nadále by měla být zajištěna péče, která mu umožní co nejkomfortnější pobyt v přirozeném prostředí domova. Stejně důležité je zajištění kontrol na ambulanci. V péči o příbuzné nemůže funkci rodiny nahradit žádná instituce. Spolupráce s ní by měla být součástí komplexní péče. Je důležité umožnit rodině, aby se mohla podílet na plánování jednotlivých kroků jak v oblasti léčby, tak i dalších postupů (18). Po domluvě ji do péče zapojit a probrat s ní všechny otázky týkající se bezprostřední i vzdálenější budoucnosti. Měla by zajistit a provést potřebné úpravy v bytě, odstranit bariéry, zajistit dostatečné osvětlení, zabránit úrazům a pádům. Rovněž by pacient i rodina měli vědět, kam se mohou obrátit, kde sehnat radu v případě potřeby, kde pořídit kompenzační pomůcky a jak je používat. Proto je velmi důležité poskytnout kontakt na sociální sestru a Tyfloservis. Je-li to reálné, zprostředkujeme kontakt se svépomocnou skupinou. Také pracovníci sociálních služeb poskytují zdarma informace pro pacienty před propuštěním ze zdravotnického zařízení, zajišťují sociálně právní servis v otázce sociálního zabezpečení, domácí péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací služby i domácí hospicovou péči (9).

Je dobré vědět, jestli nemocnému před přijetím do nemocnice pomáhaly nějaké dobrovolné nebo sociální organizace, protože pokud by potřeboval pomoc i po propuštění, bylo by snazší takové služby zajistit. Pracovníci těchto organizací by měli být informováni o tom, že jejich klient je hospitalizován a ve kterém zdravotnickém zařízení, aby po něm zbytečně nepátrali (35).

Pro osoby se zrakovým postižením existuje řada pomůcek, které pomáhají při kompenzaci zrakové vady a pomůcky usnadňující sebeobsluhu. Jejich výběr je individuální a pomáhají při něm zkušení pracovníci Tyflosevisů a rehabilitačních center. Pracovníci těchto center se zabývají terénní a sociální rehabilitací nevidomých a slabozrakých lidí a podporují jejich integraci do společnosti prostřednictvím intervencí zaměřených na ně samotné nebo na osoby jim blízké. Snaží se vybavit osoby zrakově postižené, aby byly schopné v pro ně maximální možné míře naplňovat své životní potřeby. Aby dokázaly rozpoznat své možné hranice, dokázaly si říct o pomoc a převzaly odpovědnost za vlastní život, samostatnost a aktivitu (4).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1 : Zjistit jaké potřeby mají pacienti po vitrektomii na očním oddělení a jak jsou tyto potřeby uspokojovány.

Cíl 2 : Zjistit jakým způsobem je prováděna edukace pacientů sestrami

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké potřeby mají pacienti po vitrektomii na očním oddělení?
2. Jak jsou tyto potřeby uspokojovány?
3. Jak je prováděna edukace pacientů po vitrektomii?
4. Může sestra pomoci pacientům vhodnou edukací a vhodnými intervencemi snížit jejich strach z návratu do domácího prostředí?
5. Doporučují sestry spolupráci s multidisciplinárním týmem, se sociální sestrou, pomůcky...

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce října 2007 do konce února 2008.

3.2 Použité metody

Ke zpracování problematiky bylo použito případových studií, hloubkových rozhovorů a zúčastněného pozorování sester.

Nástrojem sběru dat byl hloubkový rozhovor, ve kterém byly použity předem připravené okruhy otázek, ve kterých měli pacienti možnost doplnit vlastní názor. Rozhovory byly individuální a anonymní. Bylo použito diktafonu. Pacienti byli seznámeni s účelem výzkumu a jeho anonymitou. Souhlasili i s použitím diktafonu. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů.

Druhá část výzkumu probíhala sledováním sester při edukaci pacientů. Bylo sledováno 5 sester. Pro následné zpracování dat jsem zvolila metodu záznamového archu.

Analýza shromážděných dat v rámci výzkumu umožnila stanovení hypotéz. Ty jsou prezentovány v kapitole výsledky.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

První soubor tvořilo 10 respondentů ze skupiny pacientů očního oddělení Nemocnice Kyjov, kteří byli hospitalizováni na očním oddělení za účelem operace zadního očního segmentu metodou vitrektomie. Výzkum probíhal v průběhu měsíce října 2007 do konce února 2008. Jednotlivé zkoumané osoby byly s účelem výzkumu seznámeny a souhlasily se zveřejněním anonymních údajů pro výzkumné účely.

Druhý soubor tvořilo 5 sester očního oddělení, které byly pozorovány při

edukaci pacientů. Jejich věkové rozložení bylo od 35 do 48 let.

Výsledky byly porovnány na základě tabulek a znázorněny v grafu.

4. Výsledky výzkumu

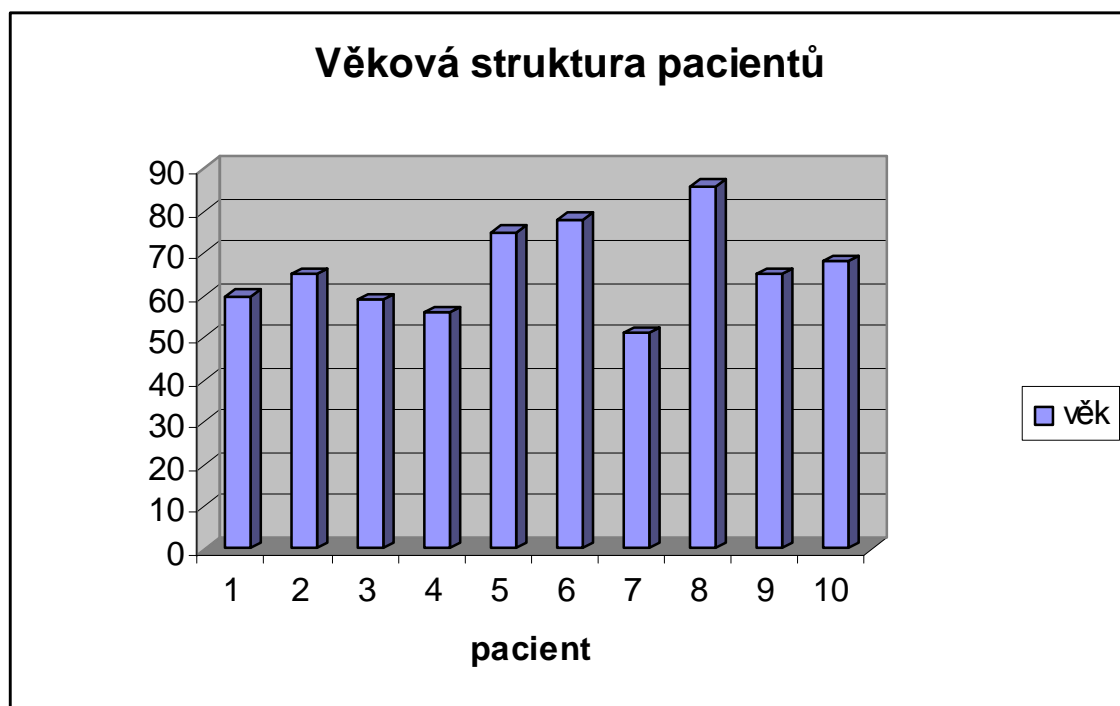
Ve sledovaném období bylo metodou vitrektomie operováno 26 osob. 10 z nich bylo ochotných zúčastnit se výzkumu a poskytnout rozhovor. Souhlasili i uveřejněním anonymních dat.

Tabulka 1. Struktura sledovaných hospitalizovaných pacientů

Pacient	věk	pohlaví	rodinný status	sociální status	délka hospitalizace	druh anestézie	visus
P1	60	ž	vdaná	Důchodce	12	celková	stejný
P2	65	ž	vdaná	Důchodce	15	lokální	horší
P3	59	m	svobodný	Inv.důchodce	21	celková	horší
P4	56	m	rozvedený	Inv.důchodce	8	celková	stejný
P5	75	ž	vdova	Důchodce	23	NLA	lepší
P6	78	ž	vdaná	Důchodce	10	lokální	horší
P7	51	m	ženatý	Zaměstnaný	8	celková	stejný
P8	86	ž	vdaná	Důchodce	10	celková	lepší
P9	65	ž	vdaná	Důchodce	3	lokální	lepší
P10	68	m	ženatý	Důchodce	11	celková	lepší

Z deseti vybraných sledovaných pacientů bylo 6 žen a čtyři muži. Pouze jeden pacient z celkového počtu byl v dané době zaměstnaný, dva invalidní důchodci z nichž jeden měl právě nastupovat do zaměstnání. Ostatní pacienti byli již v důchodu.

Graf 1. Věková struktura pacientů



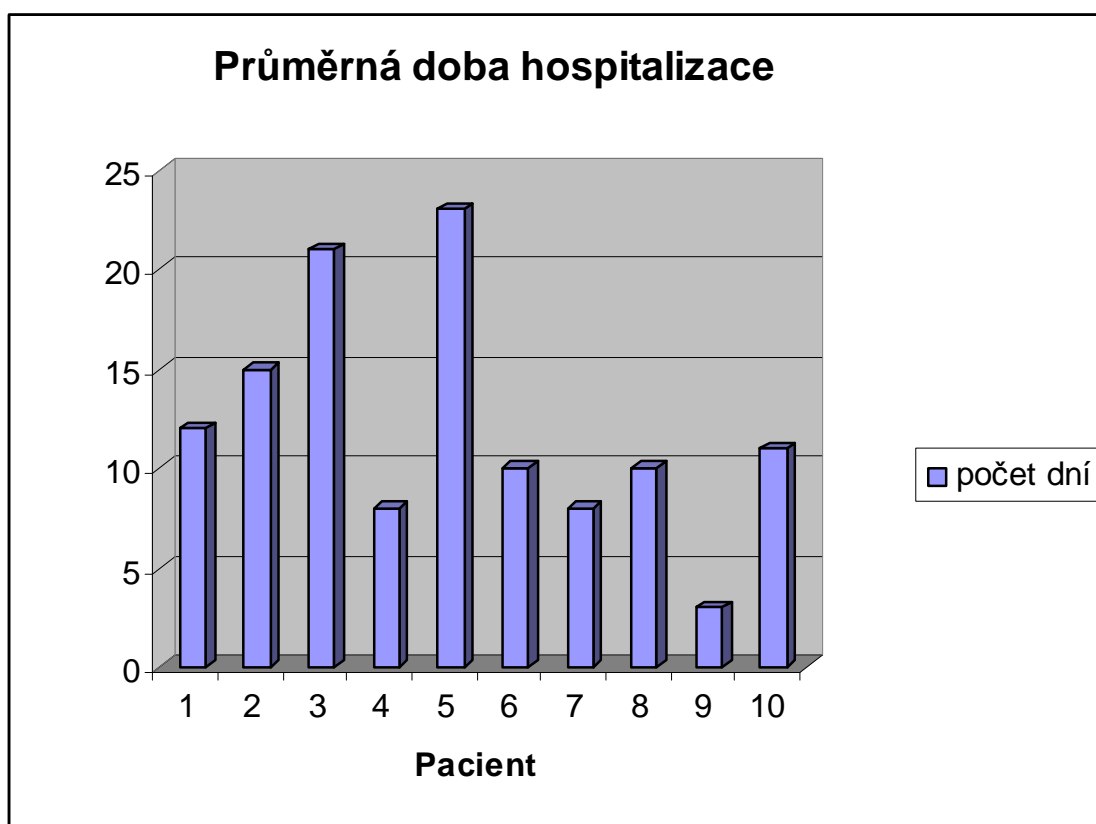
Ve věkové skupině 50-59 let byli 3 pacienti, všichni muži.

Ve věkové skupině 60-69 let byli 4 pacienti z toho 3 ženy a 1 muž.

Ve věkové skupině 70-79 let byly 2 ženy.

Ve věkové skupině 80 a více byla 1 žena.

Graf 2. Průměrná doba hospitalizace

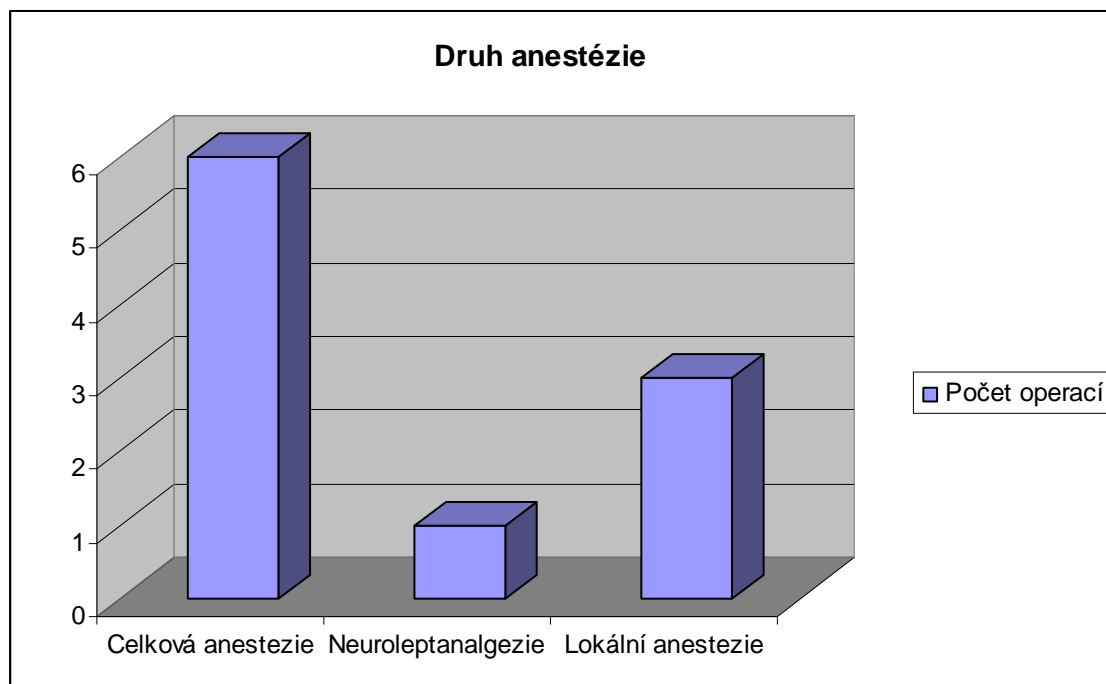


Nejdelší doba hospitalizace činila 23 dní.

Nejkratší doba hospitalizace byla 3 dny.

Průměrná doba hospitalizace byla 12,1 dne.

Graf 3. Druh použité anestézie



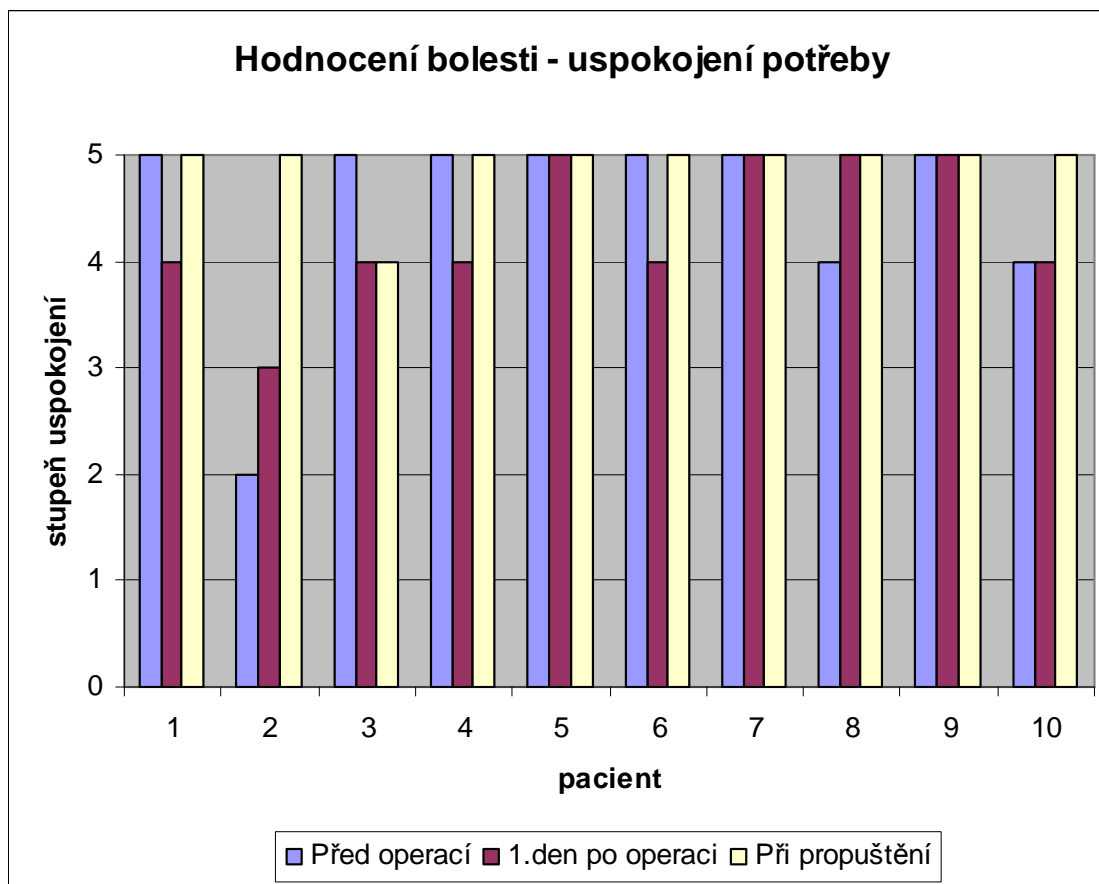
6 pacientů bylo operováno v celkové anestézii, 3 v lokální anestézii a 1 pacientka v neuroleptanalgézii.

U 3 pacientů zůstalo vidění po operaci stejné.

U 4 pacientů se vidění po operaci zlepšilo.

U 3 pacientů došlo po operaci ke zhoršení visu.

Graf 4. Hodnocení bolesti pacienty



V předoperační době 7 pacientů (70%) udávalo při uspokojení potřeby stupeň 5.

2 pacienti (20%) udávali stupeň 4.

1 pacient (10%) udával stupeň 2.

Průměrná známka uspokojení potřeby před operací byla 4,5. Výsledek lze považovat za velmi dobrý.

V pooperačním období 4 pacienti (40%) udávali stupeň 5.

5 pacientů (50%) označilo stupeň 4.

1 pacient (10%) označil stupeň 3.

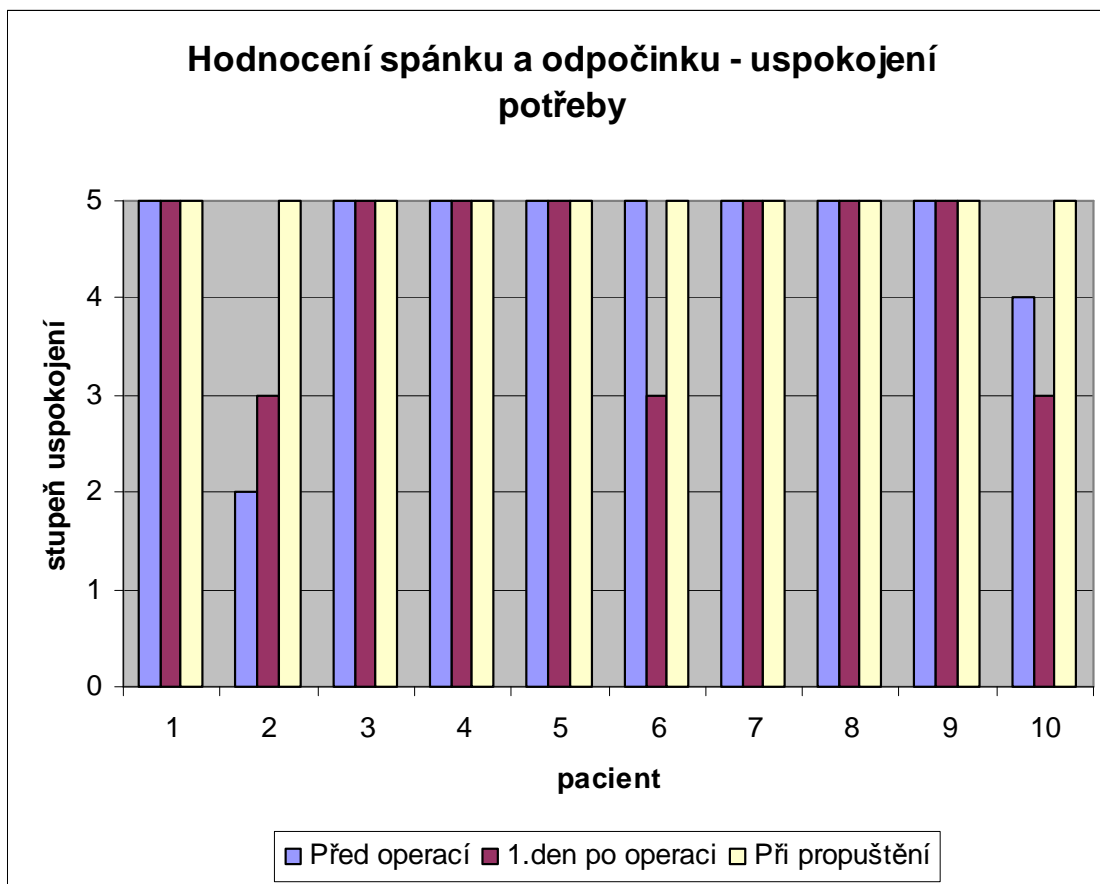
Průměrná známka uspokojení potřeby po operaci byla 4,3. Výsledek je dobrý.

Při propuštění 9 pacientů (90%) udává stupeň 5.

1 pacient (10%) udával stupeň 4.

Průměrná známka uspokojení potřeby při propuštění byla 4,9. Výsledek je velmi dobrý

Graf 5. Hodnocení potřeby spánku a odpočinku pacienty



Při přijetí hodnotí 8 pacientů (80%) uspokojení potřeby stupněm 5.

1 pacient (10%) hodnotí stupeň 4.

1 pacient (10%) hodnotí stupeň 2.

Průměrná známka uspokojení potřeby před operací byla 4,6. Výsledek je velmi dobrý.

Po operaci udává 7 pacientů (70%) stupeň 5.

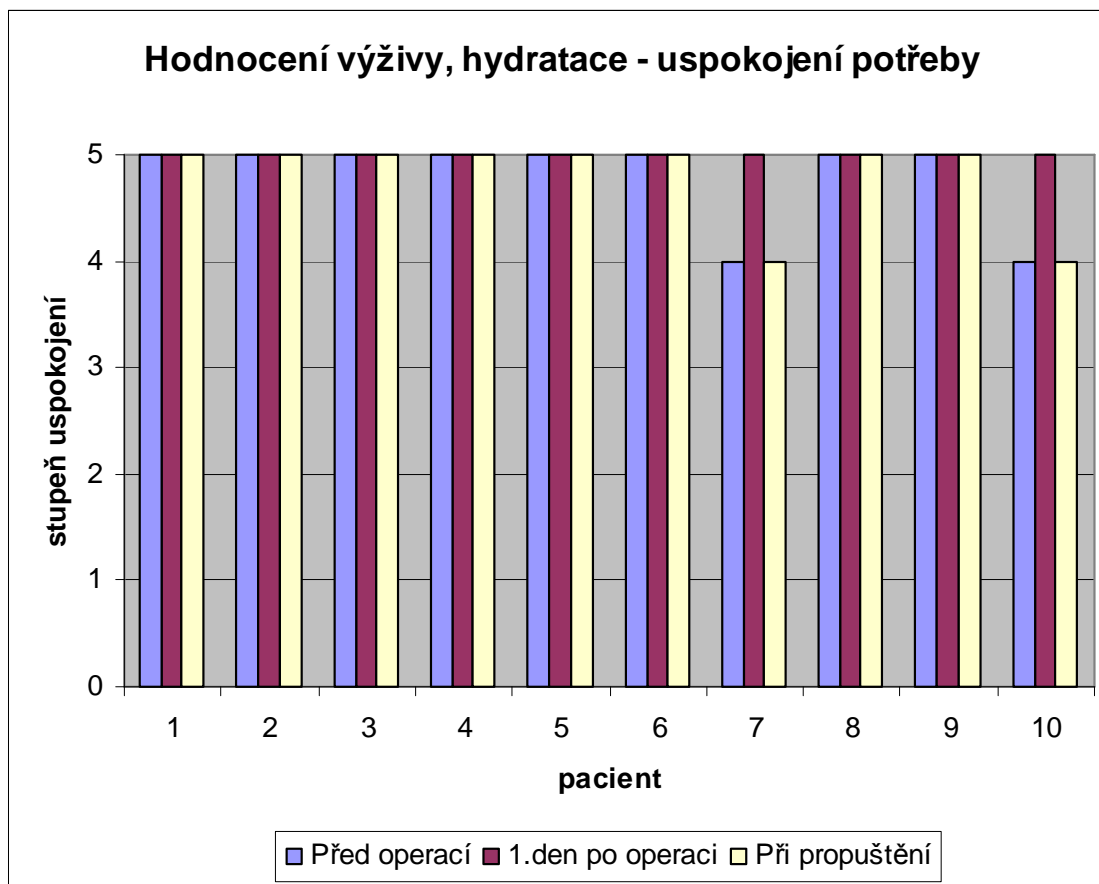
3 pacienti (30%) udávají stupeň 3.

Průměrná známka uspokojení potřeby po operaci byla 4,4. Výsledek pokládám za celkem dobrý.

Při propuštění 10 pacientů (100%) udává stupeň 5.

Průměrná známka uspokojení potřeby při propuštění byla 5,0. Výsledek je velmi dobrý.

Graf 6. Hodnocení výživy a hydratace pacienty



Při přijetí hodnotí 8 pacientů (80%) uspokojení potřeby výživy a hydratace stupněm 5. 2 pacienti (20%) hodnotí stupeň 4.

Průměrná známka uspokojení potřeby před operací byla 4,8 což je velmi dobrý výsledek.

První den po operaci bylo uspokojení potřeby výživy a hydratace hodnoceno všemi pacienty (100%) stupněm 5.

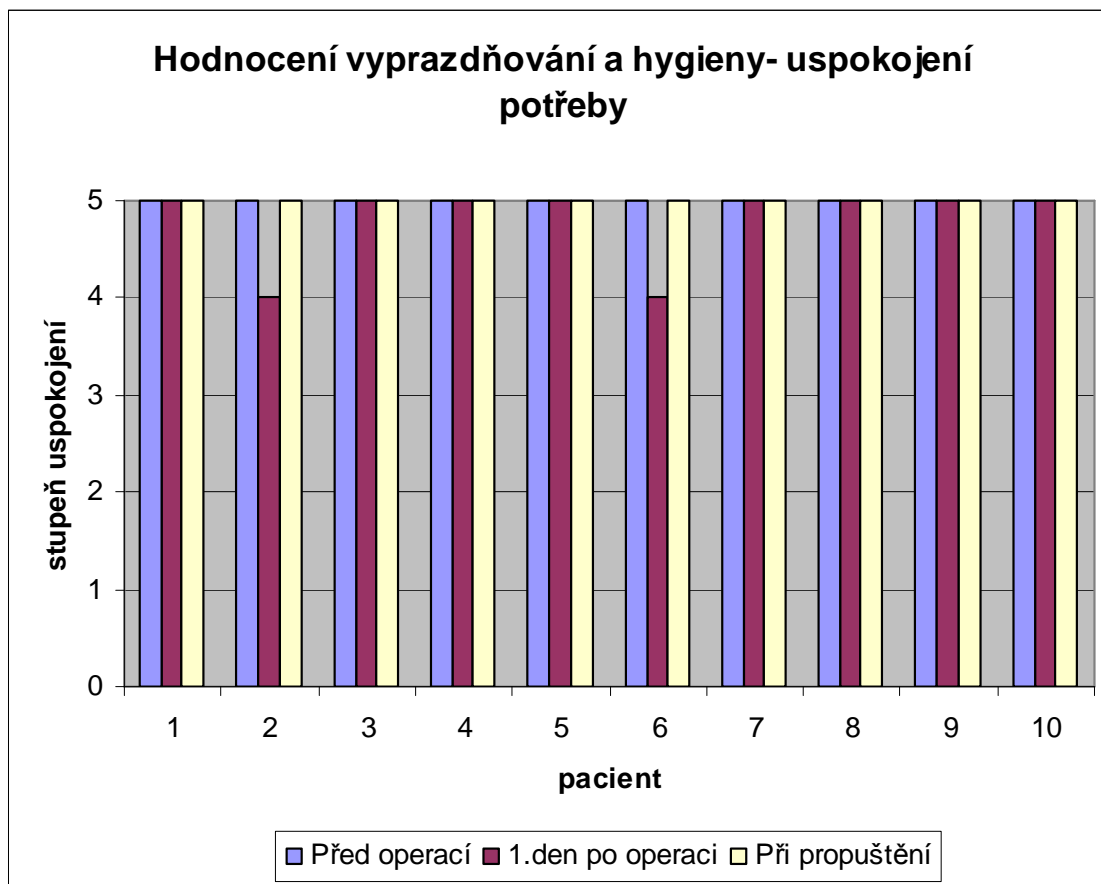
Průměrná známka uspokojení potřeby po operaci byla 5,0. Výsledek lze považovat za velmi dobrý.

Při propuštění 8 pacientů (80%) udává stupeň 5.

2 pacienti (20%) udávali stupeň 4.

Průměrná známka uspokojení potřeby při propuštění 4,8. Výsledek je rovněž velmi dobrý.

Graf 7. Hodnocení vyprazdňování a hygieny pacienty



Při přijetí byla potřeba vyprazdňování a hygieny u všech 10 pacientů (100%) uspokojena. Všichni udávali stupeň 5.

Průměrná známka uspokojení potřeby před operací byla 5,0 což je velmi dobrý výsledek

První den po operaci udává 8 pacientů (80%) stupeň 5.

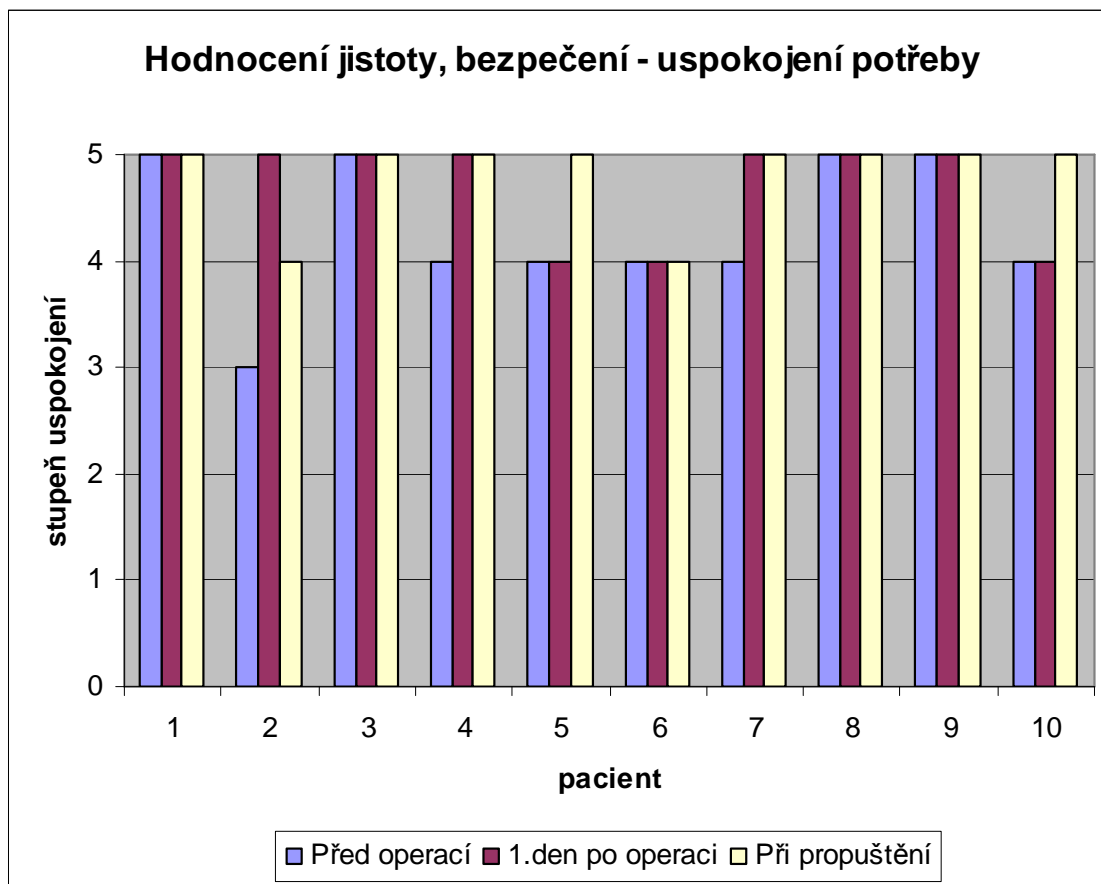
2 pacientky(20%) udávaly stupeň 4.

Průměrná známka uspokojení potřeby po operaci byla 4,8. Výsledek je velmi dobrý .

Při propuštění bylo uspokojení potřeby hodnoceno všemi pacienty (100%) stupněm 5.

Průměrná známka uspokojení potřeby při propuštění byla 5,0. Rovněž velmi dobrý výsledek.

Graf 8. Hodnocení jistoty a bezpečí pacienty



Uspokojení potřeby jistoty a bezpečí před operací hodnotí 4 pacienti (40%) stupněm 5. 5 pacientů (50%) hodnotí stupněm 4 a 1 pacient (10%) ohodnotil stupněm 3.

Průměrná známka uspokojení potřeby před operací byla 4,3. Výsledek lze považovat za dobrý.

První den po operaci hodnotí 7 pacientů (70%) číslem 5.

3 pacienti (30%) udávali stupeň 4.

Průměrná známka uspokojení potřeby po operaci byla 4,7. Tento výsledek je velmi dobrý.

Při propuštění 8 pacientů (80%) hodnotí č. stupněm 5.

2 pacientů (20%) hodnotí stupněm 4.

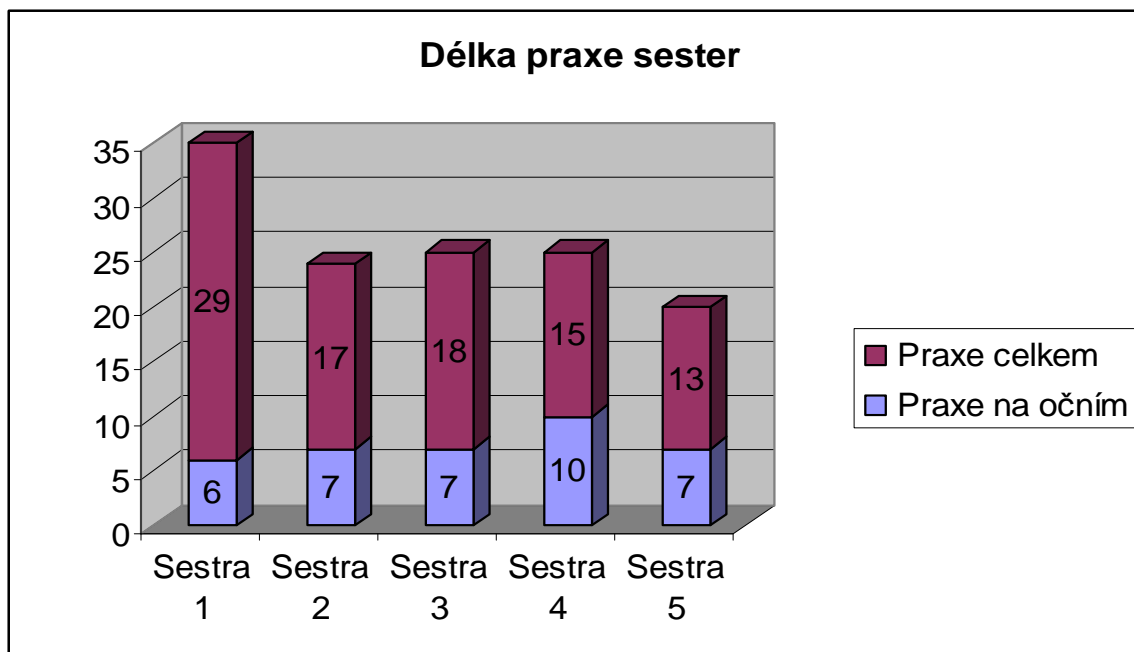
Průměrná známka uspokojení potřeby při propuštění byla 4,8. Výsledek je rovněž velmi dobrý.

V druhé části výzkumu bylo sledováno celkem 5 sester ve věku 32, 35, 36, 37 a 48 let.

Tabulka 2. Délka praxe

	Praxe na očním	Praxe celkem
Sestra 1	7	13
Sestra 2	10	15
Sestra 3	7	17
Sestra 4	7	18
Sestra 5	6	29

Graf 9. Délka praxe jednotlivých sester



Nejdelší praxe u sestry činila 29 let, z toho praxe na očním oddělení 6 let.

1 sestra má 15 let praxe toho 10 let na očním.

1 sestra má 17 let praxe z toho 7 let praxe na očním.

1 sestra má 18 let praxe z toho 7 let praxe na očním.

Nejkratší doba praxe je 13 let z toho praxe na očním oddělení 7 let.

Tabulka 3. Základní edukace při příjmu

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Představení	ne	ne	ne	ne	ano
Seznámení s oddělením	ano	ano	ano	ano	ano
Seznámení s chodem oddělení	ano	ano	ano	ano	ano
Seznámení s domácím řádem	ano	ano	ano	ano	ano
Seznámení s právy pacientů.	ano	ano	ano	ano	ano
Vysvětlení aplikace kapek	ano	ano	ano	ano	ano
Nácvik aplikace	ano	ano	ano	ano	ano

Při přijetí se 4 sestry (80%) nepředstavují. Všechny sestry seznamují pacienty s oddělením, jeho chodem, s domácím řádem a právy pacientů. Vysvětlují a názorně předvádí aplikaci kapek. Vysvětlují pacientům, jak aplikovat oční kapky a masti a nacvičují jejich aplikaci.

Tabulka 4. Prostředí a způsob komunikace při edukaci

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Místnost	pracovna sester	prázdný pokoj, jídelna	pracovna sester	prázdný pokoj jídelna	prázdný pokoj jídelna
Prostředí	hluk	klid	hluk	klid	klid
Komunikace s pacientem	hlasitá vyslechne nevhodná	klidná, vyslechne	hlasitá vyslechne	klidná vyslechne	hlasitá, vyslechne
Komunikace s rodinou	ano informuje vyslechne	ano informuje vyslechne	ano informuje vyslechne	ano informuje vyslechne	ano informuje vyslechne
Haptika	ne	ano	ne	ano	ano
Mimika	ne	ano	ano	ne	ano
Zpětná vazba	ne	ano	ano	ano	ano

3 sestry (60%) volí pro komunikaci s pacientem klidné, tiché prostředí prázdného pokoje nebo prázdnou jídelnu.

2 sestry (40%) komunikují s pacientem v pracovně sester, kde je poměrně velký ruch, zvoní telefony, pracují počítače, tiskárny, komunikují další pracovníci a není zajištěno soukromí pacienta.

Všechny sestry pacienta vyslechnou, u 3 sester (60%) je komunikace hlasitá. Mimiku a haptiku používají 3 sestry (60%).

1 sestra nepoužívá zpětnou vazbu.

Všechny nacvičují s pacienty aplikaci kapek a mastí. Lékař seznamuje pacienty s onemocněním, jeho příčinou, možnostmi účinné léčby, vysvětluje nutnost zákroku a jeho průběh a možné komplikace.

Tabulka 5. Doplnující informace

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Informace o možnosti návštěv	ne	ne	ne	ne	ne
Telefonování	ano	ano	ano	ano	ano
Sledování TV	ano	ano	ne	ano	ne

Žádná z 5 sester (0%) nedává informace o možnosti návštěv.

Všechny sestry (100%) podávají informace o možnosti použití telefonu.

Na možnost sledování televize upozorňují 3 sestry (60%).

Tabulka 6. Základní edukace před operací

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Vysvětlení situace před operací	ano	ano	ano	ano	ano
Informovaný souhlas	ano	ano	ano	ano	ano
Upozornění na nutnost lačnění	ano	ano	ano	ano	ano
Nutnost hygieny	ano	ano	ano	ano	ano
Nekouřit	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o medikaci	ano	ano	ano	ano	ano
Odložení šperků	ano	ano	ano	ano	ano
Nutnost převléknutí	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o poloze	ano	ano	ano	ano	ano
Vysvětlení použití zvonku	ano	ano	ano	ano	ano
Nabídnutí pomoci	ano	ano	ano	ano	ano
Zodpovězení dotazů	ano	ano	ano	ano	ano

Všechny sestry (100%) před operací vysvětlí pacientovi co se s ním bude dít a co se od něj očekává. Upozorňují na nutnost lačnění, nekouření, rovněž na nutnost hygieny před operací i po operaci.

V případě celkové anestézie informují všechny sestry pacienta i ohledně medikace. U diabetiků poučí o nutnosti infuzí v případě lačnění. Vysvětlují nutnost bandáží dolních končetin, nutnost odložení zubních protéz, naslouchadel, hodinek, šperků, podávají informace, jak používat signalizaci v případě potřeby. Vysvětlí nutnost odložení osobního oblečení a převléknutí do operační košile. Pacient si smí ponechat pouze spodní díl prádla. Poučí o poloze, kterou musí zaujmout po operaci. Nabízí pomoc v případě, že by pacient cokoliv potřeboval a zodpovídají jeho případné dotazy.

Tabulka 7. Základní edukace po operaci dle stavu pacienta.

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Zopakování informací o poloze	ano	ano	ano	ano	ano
Nevstávat sám z lůžka	ano	ano	ano	ano	ano
Klidový režim	ano	ano	ano	ano	ano
Zopakování informací o signalizaci	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o možnosti vyžádat si medikaci na bolest	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o možnosti vyžádat si jinou pomoc	ano	ano	ano	ano	ano
Kdy pít	ano	ano	ano	ano	ano
Kdy jíst	ano	ano	ano	ano	ano
Podání informací rodině v rámci kompetencí	ano	ano	ano	ano	ano

Po převzetí pacienta na oddělení všechny sestry (100%) opět informují pacienta o nutnosti zaujmutí správné polohy.

Všechny sestry (100%) upozorňují na nutnost přivolání sestry při každém vstávání z lůžka po celkové anestézii nebo v případě jiné anestézie podle potřeby.

Všechny sestry (100%) upozorňují na nutnost dodržovat klidový režim. Zopakují poučení jak a kdy signalizaci použít. Upozorní, že v případě bolesti si může pacient vyžádat léky na bolest.

Všechny sestry (100%) informují o možnosti vyžádat si pomoc podle aktuální potřeby. Informují pacienta, kdy může po operaci pít a jíst.

Pokud je přítomna rodina, podává sestra informace jen v rámci svých kompetencí.

Tabulka 8. Základní edukace 1. den po operaci

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3 J	Sestra 4	Sestra 5
Zopakování hygienických zásad	ano	ano	ano	ano	ano
Měření NT	ano	ano	ano	ano	ano
Visus	ano	ano	ano	ano	ano
Převazy	ano	ano	ano	ano	ano
Časné vstávání	ano	ano	ano	ano	ano
Klidový režim u celkové anestézie	ano	ano	ano	ano	ano
Medikace na bolest	ano	ano	ano	ano	ano
Průběžné informace	ano	ano	ano	ano	ano

Všechny sestry (100%) opakují pacientům nutnost dodržování hygienických zásad.

Všechny sestry (100%) vysvětlují pacientům jaká měření a vyšetření se budou provádět a kdy se budou provádět.

Všechny sestry (100%) vysvětlují nutnost časného vstávání po operaci v celkové

anestézii, zopakují nutnost klidového režimu. Informují o možnost vyžádat si medikaci na bolest.

Všechny sestry (100%) průběžně edukují pacienty podle potřeby.

Tabulka 9. Základní edukace při propuštění

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Informace o příští kontrole na oční ambulanci	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o kontrole u obvod. lékaře	ano	ano	ano	ano	ano
Informace kam se obrátit při zhoršení zdrav. stavu	ano	ano	ano	ano	ano
O nutnosti pravidelné medikace	ano	ano	ano	ano	ano
Poskytnutí informačních letáků	ano	ano	ano	ano	ano
Informace rodině	ano	ano	ano	ano	ano
Informace o oční optice	ano	ano	ano	ano	ano
Kontakt na ambulantní sestru	ano	ano	ano	ano	ano
Kontakt na sociální pracovníci	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby
Úpravy v bytě	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby
Kontakt na Tyfloservis	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby	V případě potřeby

Všechny sestry (100%) při propuštění podávají pacientovi informace o tom, kdy a kam se má dostavit na kontrolu k očnímu lékaři.

Všechny sestry informují o nutnosti návštěvy obvodního lékaře.

Všechny sestry informují, kam se má pacient obrátit při potížích nebo zhoršení zdravotního stavu.

Všechny sestry informují o nutnosti pravidelné aplikace kapek, jejich nutné

zásobě (hlavně u glaukomatiků).

Všechny sestry poskytují informace a informační letáky.

Všechny sestry poskytují kontakt na ambulantní sestru, na oční optiku. Podle stavu pacienta doporučují všechny sestry po domluvě s lékařem úpravy v bytě pacienta.

Všechny sestry podle závažnosti stavu a po domluvě s lékařem poskytují kontakt na Tyfloservis.

Všechny sestry v případě, že se pacient nemůže o sebe sám postarat a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral, kontaktují samy nebo prostřednictvím vrchní sestry sociální pracovníci.

5. Diskuse

Péče o zrakově postižené osoby není nikdy zaměřena pouze na dané onemocnění. Většina pacientů má různé další zdravotní komplikace. Hodnotový systém je individuální a mění se u každého člověka vlivem prožívaných změn.

Z tabulky 1 je zřejmé, že většina pacientů byla v důchodovém věku, ať už ve starobním nebo invalidním. Pouze 1 pacient byl v době hospitalizace v pracovním poměru a úraz se mu stal při výkonu povolání. Tabulka rovněž ukazuje, jaký druh anestézie byl použit a jaký vliv měla provedená operace na visus pacienta.

Graf 2 ukazuje počet dní, které pacienti strávili na oddělení, přičemž nejdelší doba hospitalizace byla 23 dní, nejkratší doba hospitalizace 3 dny a průměrná doba hospitalizace činila 12,1 dne.

Z grafu 4 vyplývá jak byla uspokojena u pacientů potřeba být bez bolesti. Intenzita bolesti byla hodnocena na Melzackově škále bolesti a podle ní byly také voleny prostředky k tišení bolesti. Byl zaznamenáván časový průběh a sledován analgetický účinek léků. V době před operací udávali tři pacienti různý stupeň uspokojení této potřeby. Sedm pacientů udává stupeň číslo 5. V kazustice 2 byla pacientka přijata s akutním glaukomovým záchvatem, který již doma probíhal 2 dny. Na Melzackově škále bolesti udávala při přijetí stupeň 4. Přes zavedenou antiglaukotozní terapii, kdy byly po 10 minutách aplikovány Pilocarpinové kapky, byly podány tablety Diluranu, analgetika, vykapaly infuze Manitolu a byly přikládány

studené obklady, se bolest podařilo pouze částečně utlumit. Na škále bolesti udává stupeň 2, a proto uspokojení této potřeby ohodnotila také stupněm 2. I v kazuistice 8 udává pacientka tuto potřebu uspokojenou stupněm 4. U ní se jednalo o chronickou bolest obou kolen. Po podání medikace se bolest zmírnila.

Také v kazuistice 10 byl pacient přijat s úrazem oka a byla provedena sutura spojivky, která jako zákrok při dostatečné lokální anestézii bolestivá není. Ale v důsledku kontuze bulbu a po odeznění anestézie udával na škále bolest 3. Po podání medikace došlo ke snížení bolesti. Na škále označil stupeň 1 – mírnou a uspokojení potřeby označil stupněm 4.

V pooperačním období byla čtyř u pěti pacientů potřeba uspokojena stupněm 4. Na škále udávali stupeň 1 a potřebu hodnotili stupněm 4. Pacientka v kazuistice 2 po operaci již bolesti neměla, začaly ale v noci. Zvracela při nich a přes veškeré intervence, které byly stejné jako minulý den, byla bolest snížena pouze na stupeň 2, proto uspokojení potřeby hodnotila stupněm 3. Pacientka ocenila snahu a chování sestry, která se snažila její bolest a zvracení mírnit. Moc jí pomáhalo, že u ní byl někdo, kdo se jí snažil pomoci. Tady se potvrdilo to co uvádí Trachtová, že každý snáší bolest jinak a tolerance závisí na mnoha faktorech. Vnímání bolesti a odpověď na ni ovlivňuje i okolí, prostředí a mezilidské vztahy. Déle trvající bolest přináší depresi, beznaděj, zhoršenou kvalitu života a zhoršenou spolupráci. Při uspokojování této potřeby záleží na individualitě nemocného, na jeho předchozích zkušenostech, věku, charakteru bolesti, jejím trvání a porozměnění jejímu významu. Záleží i na tom, jaký význam pacient své bolesti přikládá. Vnímání bolesti a odpověď na ni ovlivňuje i okolí, prostředí a mezilidské vztahy. Každý snáší bolest jinak a tolerance závisí na mnoha faktorech. Déle trvající bolest přináší depresi, beznaděj, zhoršenou kvalitu života a zhoršenou spolupráci (31).

Při propuštění bylo devět pacientů bez bolesti, pouze jeden udával mírnou bolest.

Graf 5 hodnotí potřebu spánku a odpočinku. Trachtová uvádí, že někdy může být spánek narušen negativními emocemi, strachem a obavami před zákrokem i změnou prostředí (31). I když je to celkem nelogické, hodnotili uspokojení této potřeby všichni

pacienti před operací stupněm 5. Dva požádali o tabletu na spaní, jelikož na ni byli zvyklí z domova, ostatní spali. Myslíme si, že při uspokojení této potřeby hodně záleží na dostatečném množství informací, které pacient má nejen o onemocnění, ale i o zákroku a následující léčbě. To mu dopomůže k tomu, aby se zorientoval v nastalé situaci. S dostatkem informací souvisí i důvěra. Pokud se podaří podat pacientovi informace tak, aby jich měl dostatek a rozuměl jim a dokáže se lépe připravit, má větší pocit důvěry, jistoty a bezpečí a s ním i klidný spánek. Tady se potvrdilo, co uvádí Podstatová, že důsledná edukace může vést ke snížení strachu pacienta nejen při přijetí nebo před návratem do domácího prostředí, ale i kdykoliv v průběhu hospitalizace (24).

Při přijetí pacientka v kazuistice 2, pro bolesti nemohla spát, další noc měla opět bolesti, zvracela a usnula až nad ránem. Další dny byla unavená a pospávala i přes den. Také pacienti v kazuistice 2, 6, a 10 měli po operaci silné bolesti, které se sice podařilo tlumit injekcemi, ale mírná bolest přetrvávala a oni usínali až v pozních hodinách a ráno se cítili unavení. Tady se také potvrdilo co uvádí Trachtová, že s trváním bolesti se zvyšuje potřeba spánku a odpočinku a s postupující rekonvalescencí se zvyšuje potřeba aktivity (31).

Potřebu aktivity pacienti uspokojovali například tak, že hráli společenské hry, četli, chdili na procházky po areálu nemocnice, mohli si zajít do stánku pro denní tisk nebo do kantýny. Při uspokojení této potřeby vidím určité nedostatky. Sestry nemají na pacienty dostatek času a i když pacienti uvádí, že se nenudili, nebyl dostatek vhodných činností, které by tito lidé mohli vykonávat. Mnozí nabízeli pomoc například s přípravou obvazového materiálu, pomoc při úklidu tabletů po jídle a podobně. Při propuštění všech deset pacientů mělo uspokojenou potřebu spánku a odpočinku

Graf 6 znázorňuje skutečnost, že při přijetí udávali dva pacienti uspokojenou potřebu výživy a hydratace stupněm 4.

První den po operaci byla uspokojena u všech pacientů a při propuštění byla stejně jako při přijetí u dvou stejných pacientů uspokojena opět stupněm 4.

Výživa ovlivňuje duševní pohodu a zdraví. Lidé v různých problémových situacích, nemocní a lidé ve stresu často ztrácejí chuť k jídlu. V kazuistice 7 se pacientovi při přijetí zdály porce jídla malé a potřeba výživy jím byla hodnocena

stupněm 4. Po operaci hlad neměl, ale v dalších dnech si nechával nosit jídlo z domu, občas si zašel do kantýny. I pacient v kazuistice 10 uváděl, že porce jídla by mohly být větší. Oba sice chápali, že při nižší aktivitě není nutný takový přísun potravy, přesto pacienti v kazuistice 7 a 3 chodili nakupovat jídlo do kantýny. V obou případech šlo o pacienty, kteří spadali do mladší věkové kategorie. Trachtová uvádí, že starším lidem vlivem snížené tělesné aktivity a sníženého metabolismu stačí menší porce jídla a to se také potvrdilo (31).

Graf 7 ukazuje, jak byla uspokojena potřeba vyprazdňování a hygieny. Při přijetí byla tato potřeba u všech pacientů uspokojena, hodnocena byla stupněm 5. První den po operaci udávaly dvě pacientky uspokojení potřeby stupněm 4 a to z toho důvodu, že po celkové anestézii musely trávit určitou dobu na lůžku a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se musely vyprazdňovat na lůžku. Jedna byla zvyklá se vyprazdňovat na lůžku z předchozí hospitalizace na interním oddělení, ale druhá měla problémy, nemohla se vymočít a byla nervózní. Měla strach, co se bude dít, když se nevymočí. Vše se podařilo zvládnout, pacientka byla na podložní mísu posazena a vymočila se. Zde zase potvrzení Trachtové. Psychická odezva neuspokojené potřeby se může projevit širokou škálou negativních emocí – nervozitou, špatnou náladou, napětím, strachem a podobně (31). Ostatní pacienti si na toaletu buď zašli sami nebo je sestra posadila na vozík a odvezla. Pomohla jim při vstávání z vozíku a po vyprázdnění pomohla pacientovi s hygienou, která s potřebou vyprazdňování souvisí. Ta je po operaci prováděna pod dohledem a mnohdy s dopomocí sestry ve sprše na židli. U některých pacientů musela být provedena večerní hygiena na lůžku. Při ní bylo nutné respektovat soukromí a stud pacienta, protože jak zase uvádí Trachtová, nerespektování soukromí a stud vedou k nepříznivým psychickým reakcím a mohou vést k poruchám v oblasti sebekoncepcce a snížení sebeúcty (31).

Při propuštění byla potřeba uspokojena u všech pacientů.

Graf 8 hodnotí uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. Bártlová i Trachtová ve svých publikacích uvádějí, že potřeba bezpečí a jistoty zahrnuje vše, co nemocnému pomáhá, umožňuje a přečkat zátěžové situace. Je to potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Představuje potřebu důvěry, spolehlivosti, stability, osvobození od strachu,

zachování zdraví, soběstačnosti, ekonomického zajištění, klidu, míru, naděje a víry. Uspokojení této potřeby je nutné, aby pacient zvládl zátěžové situace (1, 31). Ve většině případů byla tato potřeba uspokojována podáním informací ve vhodné a pro pacienta přijatelné formě, v pravý čas a se zpětnou vazbou. Její uspokojení vycházelo i z důvěry v lékaře a ošetrovatelský tým, z možnosti telefonického, či přímého kontaktu s rodinou nebo blízkými. Uspokojení této potřeby stupněm 5 hodnotí před operací čtyři pacienti, 5 jich hodnotí stupněm 4, jeden pacient stupněm 3. Ti pacienti, kteří udávali tuto potřebu uspokojenou stupněm 4 a 5, měli strach z operace nebo z jejího výsledku. Jiní v kazuistice 1, 2, 5, a měli obavy z budoucnosti a ztráty soběstačnosti. Uspokojení potřeby spočívalo také v nabídce pomoci. Tuto pomoc nabízí sestry již při počáteční edukaci.

Potvrdilo se také to, co píše ve své publikaci Juřeníková. Pro uspokojení potřeby bezpečí a jistoty je nutné již při přijetí je seznámit pacienty s jejich pokojem a prostorami oddělení a podpořit tak pocit bezpečí a jistoty (13). Pokud pacient nezná své nejbližší okolí, má strach z každého pohybu, bojí se pádu a úrazu. Může mít pocit, že někoho oběžuje tím, že sám nic nedokáže. Opět se prokázalo tvrzení Trachtové, že neuspokojená potřeba jistoty a bezpečí se manifestuje strachem a úzkostí.

Záleží na jednotlivci, jak se dokáže s danou situací vypořádat, na schopnosti adaptace, podpoře rodiny a předchozích zkušenostech(31). V některých případech není možné tuto potřebu zcela uspokojit.

V kazuistice č.1 uvádí pacientka 10 let trvající potíže, pro které je v nemocnici víc než doma. Špatně snáší, že se o ni a o všechno doma musí starat manžel. Doma si sama aplikovala inzulín, v nemocnici odmítá. Neměla zájem o televizi ani o dění kolem sebe. Neměla zájem se informovat pokud něčemu nerozuměla. Čekala jak vše dopadne.

Podle Vágnerové je nemoc sama o sobě je náročnou životní situací a většina lidí čelí více náročným situacím současně. Dlouhodobé onemocnění s častými hospitalizacemi neumožňuje očekávané plnění rolí, narušuje sebekoncepci pacientky a vede ke snížení sebeúcty (33). To se rovněž potvrdilo. Změny v oblasti sebekoncepcí, sebeúcty se u pacientky projeví ve výrazu obličeje, v pomalém váhavém mluvení, vyhýbání se očnímu kontaktu a v neschopnosti řešit problémy.

Totéž uvádí i pacientka v kazuistice č. 8 : nevyzná se, nemůže všemu rozumět, nechce se podílet na rozhodování o dalším postupu léčby. Obě měly problém s pochopením a zpracováním informací, většinu času trávily o samotě, pookřály jediné po návštěvě nejbližších. Dokázaly naslouchat druhým, ale do rozhovoru se nezapojovaly. Šlo o pacientky, u nichž se projevovaly poruchy kognitivních funkcí, paměti a vstřípivosti. Pokud byly upozorněny na nutnost hygieny, osprchovaly se, pokud nebyly upozorněny, necítily potřebu. Zase potvrzení Trachtové, že nemoc mění nároky člověka na hygienickou péči a mění způsob jejího uspokojování (31).

Kozierová uvádí, že pacient by se měl sám snažit o zkvalitnění svého života a zapojit se aktivně do léčebného procesu (16). Zde se ale potvrdilo to, co uvádí Vágnerová, že vyčerpaní klienti s poruchou soběstačnosti nemají potřebu změny nebo nových podnětů, preferují stereotyp, protože je pro ně šetrnější a nevyžaduje tolik energie, které mají už tak málo. Jejich potřeby odrážejí proměnu jejich fyzického i psychického stavu, úbytek soběstačnosti i sociálních kontaktů. Tito klienti obvykle snaží udržet stávající fyzické i psychické funkce, ale na další rozvoj už v naprosté většině rezignují (33). Potřeba sociálního kontaktu a citové vazby má pro ně velký význam. V kazuistice 8 žije bezdětná pacientka sama s manželem. Jsou připoutáni jeden k druhému pevnou a trvalou sociální vazbou a ze sociálního hlediska lpí jeden na druhém. Šelcová uvádí ve své publikaci, že období stáří je charakteristické egocentrickým zaměřením osobnosti, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace(28). Mezi nejdůležitější sociální potřeby člověka, ať už s poruchou soběstačnosti nebo bez ní, patří potřeba afiliace - sociálního kontaktu, styku s jinými lidmi, potřeba mít někoho, komu je možno důvěřovat, ke komu je možné se citově připoutat a potřeba vzájemnosti - být v něčí péči a o někoho pečovat, potřeba zajištění sociálního bezpečí ve vztahu k druhým, potřeba uznání, ocenění a lásky (28). To se také potvrdilo.

V kazuistice č. 3 pacient udával, že jídlo i porce mu dostačují, ale denně chodil do kantýny a nosil si zásoby jídla. Několikrát byl upozorňován, ale nebral to na vědomí. Byl svéhlavý, vše se mu muselo říkat víckrát, nebylo dobré se s ním dohadovat, vše se muselo řešit diplomaticky s odkazem na autority. Podle Trachtové vzniká motivační

jednání z potřeb a je reakcí na nějaký nedostatek. Například jídla, pohybu, odpočinku nebo nedostatky v sociálním životě (31). V jeho případě se zřejmě jednalo o substituci motivů, kdy si kompenzoval např. potřebu sociálního kontaktu, společnosti nebo aktivity a prožitků. V rozhovoru uváděl, že se nenudil, na druhé straně doma nevydrží s rukama v klíně. Proto asi rád chodil na procházky, kde byl sám sebou, nikdo jej nekontroloval, mohl si dát v kantýně zákusek, kávu nebo pivo. Naplňoval tak jinou potřebu. Potřebu sebepojetí, seberealizace. Obešel si celý areál, potkal známé a když se cítil dostatečně spokojený a unavený, vrátil se na oddělení i kusem salámu ke svačině. Vzhledem k tomu, že měl diabetes na dietě to moc vhodné nebylo, ale on potřeboval prosadit svůj názor, dělat to, co uzná za vhodné. Bártlová ve své publikaci uvádí, že je třeba respektovat pacientovi priority, ale také regulovat jeho názor a v jeho vlastním zájmu stanovit takové pořadí, které nejvíce odpovídá jeho primární potřebě - zachování života, získání nebo obnovení zdraví (1).

Stejně tak uváděl, že necítí omezení v době hospitalizace. Doma neustále něco kutil, pracoval na zahradě, tady mu ale práce chyběla. To je možná také jeden z důvodů, i když uvádí, že se nenudil. Mohlo jít rovněž o potřebu autonomie-zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel, zůstat pánem vlastního způsobu života. Tady se mohlo jednat o chybu ze strany sester nebo lékařů, kteří nerespektovali potřebu identity, tzn. ponechat pacienta tím kým je a kým chce být, nenechat se pohltit patientskou rolí. Potvrdilo se to, co uvádí Bártlová, že jedinec vyvíjí aktivitu podle síly motivace, hledá cesty k naplnění potřeb a buď dojde k uspokojení potřeby nebo dochází k naplnění náhradního cíle (1). Tím se možná vysvětluje jeho jednání. Došlo u něj ke změně v pracovním vytížení. Pacient si zhodnotil subjektivní i objektivní podmínky pro naplnění potřeby (prostředí, dostupné prostředky, svoje schopnosti, odvahu) a naplnil náhradní cíl. Uvádí také, že denní režim může být pro pacienta jednotvárný, přichází málo podnětů k činnosti, nemocný může mít pocit nudy, může být rozmrzelý, zvyšuje se jeho tendence kriticky hodnotit prostředí, stravu, práci ošetřovatelského personálu, někdy může vyvolávat konflikty ať už s personálem nebo spolupacienty (1). Což se také potvrdilo. Pokud jej ošetřovatelky nebo sestry upozornily, aby na pokoji udržoval pořádek, okamžitě došlo ke konfliktu. Ke konci pobytu ale sám uznal, že spory byly

zbytečné a že znepríjemňoval život nejen sobě, ale i ostatním.

V kazuistice č. 4 měl pacient v době hospitalizace nastupovat do nového zaměstnání. V rozhovoru uváděl, že jej sice mrzí, že bude dál bez práce, ale že vidění je přednější. Proto se k hospitalizaci dostavil. V jeho případě nebyla uspokojena potřeba seberealizace, ale převládla tendence uspokojit jinou potřebu – potřebu obnovy a zachování zdraví. On sám sebe vidí jako přizpůsobivého, tolerantního a houževnatého. Jeho potřeba sebekoncepcie, nebyla rovněž uspokojena. Nepotřeboval jít do práce jen proto, aby si vydělal peníze. Finanční situaci doma s matkou zvládali. Potřeboval dokázat sám sobě, že i po několika letech, kdy byl v invalidním důchodu po infarktu, se dokáže postavit k práci, že není tak neschopný, jak o něm tvrdila jeho bývalá manželka.

V kazuistice č. 5 pacientka s amaurozou a hemoftalmem na druhém oku. Paní s nejtěžším zrakovým postižením ze všech sledovaných pacientů. Byla po nedávno prodělané cévní mozkové příhodě, po které se jí zhoršil sluch na obě uši. Měla strach z dalšího vývoje onemocnění, byla smutná, plačtivá. Zprvu působila nepřístupným dojmem. Neměla zájem o komunikaci. Problémy byly hlavně v noci, kdy sestry nechtěly při komunikaci mluvit hlasitě a budit ostatní spolupacienty. Klidným a trpělivým přístupem sester a lékařů se tato paní dokázala i při svém postižení adaptovat. Tady opět potvrzujeme Trachtovou, že záleží na jedinci, na jeho schopnostech, jak se dokáže s danou situací vypořádat (31). Paní pochopila, že hlasitým hovorem s ní sestry ruší ostatní pacienty, a proto pokud něco potřebovala, zazvonila si na sestru a společně odešly do pracovny sester, kde problém vyřešily aniž by rušily ostatní. Paní dokázala odezírat a pokud sestra artikulovala dostatečně zřetelně, nebyl s komunikací problém. Tento druh komunikace pomohl k navázání důvěry pacientky. S postupující rekonvalescencí se sblížila nejen se sestrami, ale i s ostatními pacienty. Zajímala se o problémy jiných pacientek, dokázala je i povzbudit svým přístupem. Zvládla sama denní aktivity, byl nutný doprovod při chůzi mimo oddělení a po schodech. Její psychický stav se zlepšil.

Bártlová uvádí, že nemoc někdy může pomoci diferencovat co je v životě důležité (1). To se potvrdilo ve dvou kazuistikách.

V kazuistice č.7 byl pacient jediný, který byl v době úrazu zaměstnán, lépe

řečeno, pracoval jako osoba samostatně výdělečně činná. Na otázku jak nemoc změnila jeho priority odpověděl, že jej nikdy nenapadlo, že by se něco takového mohlo stát. Rodina a zdraví patřili k jeho prioritám, ale nikdy si to tak neuvědomoval jako po úrazu, kdy měl strach, že na oko nebude vidět. Dřív se honil, aby zabezpečil rodinu a splatil dluhy. Teď ví, že jsou mnohem cennější věci. Pacient pochopil do jaké situace se v důsledku nemoci dostal a přehodnotil pořadí životních priorit.

I v kazuistice č. 10 pacient si pacient až v průběhu hospitalizace uvědomil, že není nutné jen pracovat, ale že člověk potřebuje i odpočívat. Špatné na tom je to, že si uvědomí až pozdě. Odpočinek si vychutnával s odůvodněním, že práce neuteče a pokud chce vidět musí dodržovat klid. V tomto případě také nemoc pomohla pacientovi diferencovat, co je v životě důležité (1). Na otázku co pacient postrádal na oddělení nebo co by zlepšil, odpověděl, že by televize měla být na každém pokoji. Vzhledem k tomu, že většina klientů je ve vysokém věku, špatně slyší a vidí, nemají ani o televizi zájem a potřebují ve večerních hodinách spíše klid a odpočinek, postačuje pro potřeby některých pacientů televize v jídelně. Další televize je ve vestibulu v prvním poschodí, kde jsou umístěny další pokoje. Je třeba hodnotit potřeby všech klientů a uspokojovat je v souladu s léčebnými postupy. Televize, která běží téměř na maximální hlasitost nemůže uspokojit potřebu klidu u pacientů po operaci a nedodá klid ani sestřám, které se musí na oddělení pohybovat a pracovat.

Graf 9 znázorňuje délku odborné praxe jednotlivých sester. Nejdelší délka praxe je 29 let, z toho 6 let na očním, nejkratší doba praxe je 13 let, z toho 7 let na očním oddělení. Z tabulek a grafů vyplývá, že základní a již prvotní chybou při edukaci pacientů je to, že se většina sester nepředstavuje, což je dosti závažný problém. Pokud se sestra představí, pomůže tak pacientovi, aby si vytvořil vlastní úsudek který může dopomoci k navození pocitu důvěry a jistoty. Další problém vidím v tom, že některé sestry edukují v nevhodném prostředí a průběh edukace je narušován. Automaticky pak zvyšují hlas, aniž by si to uvědomovaly. Jedna ze sester volí nevhodný druh komunikace, což je asi zapříčiněno její dlouholetou praxí na dětském oddělení. S pacienty komunikuje jako s malými dětmi a to mnohým nevyhovuje. Nepoužívá ani zpětnou vazbu, která je nutná při další práci s nemocným.

Že sestry neinformují o možnosti návštěv bych jako vážnější nedostatek nepovažovala, protože pokud se pacient nebo příbuzní zeptají, je jim tato informace poskytnuta. Pokud přijde návštěva v době, která nenarušuje chod oddělení a soukromí ostatních pacientů, je umožněna kdykoliv během dne nebo i ve večerních hodinách. Pokud příbuzní svému blízkému telefonují, přinese sestra přenosný telefon pacientovi na pokoj. I sám pacient si může z tohoto telefonu zavolat, nedovoluje –li mu jeho zdravotní stav dojít k telefonu ve vestibulu.

Všechny sestry vysvětlují pacientovi co se s ním bude dít a co se od něj očekává. Podepisují s ním informovaný souhlas po předchozí edukaci lékařem, upozorňují na nutnost lačnění, nekouření, hygieny před i po operaci. Pacient je vždy lačný. V případě lokální anestézie se může po operaci najíst. Je – li pacient warfarinizován dochází ke změnám v medikaci. Jinak se změny v celkové medikaci se obvykle neprovádí. V případě diabetiků jsou před celkovou anestézií aplikovány infuze. Na uklidnění je podáván Diazepam per os. Do oka se aplikují mydriatika. Sestry informují pacienta, které léky dostal nebo nedostal a vysvětlují důvod. Vysvětlují nutnost zavedení flexily, bandáží dolních končetin, nutnost odložení zubních protéz, naslouchadel, hodinek a šperků. Rovněž informují o nutnosti odložení osobního prádla a převléknutí do prádla operačního. Pacient si smí ponechat jen spodní díl prádla. Poučí o poloze, kterou musí po operaci zaujmout, nabízí pomoc v případě potřeby a zodpovídají dotazy. Po převzetí pacienta na oddělení po operaci znova informují o zaujmutí správné polohy. Pokud je pacient operován v lokální anestézii, může si dojít na toaletu, do jídelny a není téměř v ničem omezován. Pouze se nesmí sklánět hlavou dolů. Pacientům, kteří mají poruchu vidění i na druhém oku, pohybové či jiné potíže doporučují přivolání sestry při každém vstávání z lůžka. Po celkové anestézii upozorňují na nutnost klidového režimu. Zopakují pokyny o použití signalizace. Nabízí možnost vyžádat si medikaci na bolest. Tu určuje anesteziolog nebo lékař z oddělení. Obvyčejně je aplikován Tramal i.m nebo analgetikum neopiátového typu. V případě, že pacient po operaci zvrací, je aplikován Torecan i.m nebo i.v. Informují, kdy může pacient po operaci pít a jíst. Pokud se potřebuje vyprázdnit, je podkládána podložní mísa nebo močová láhev. Jelikož oddělení je malé, sprchy a toalety nejsou na pokojích, musí pacienti na WC i do sprchy přes

celou chodbu. Podle momentálního zdravotního stavu je možné již v podvečerních hodinách pacienta doprovodit. Nemá-li pacient pocit jistoty je přivezen na vozíku na WC. Poté se může sám nebo s pomocí sestry osprchovat. U některých je nutné provést hygienu na lůžku.

Informace rodině podávají sestry jen v rámci svých kompetencí.

Všichni pacienti jsou první pooperační den odvedeni do vyšetřovny k vizitě. Pokud se necítí dobře, jsou opět dovezeni na vozíku. Všechny sestry informují o nutnosti dodržování hygienických zásad, tzn. nesahat si na oko, nedávat na ně žádný kapesník, že převazy a toaletu oka provádí pouze sestra. Pacientům je měřena nitrooční tenze, proto je nutné vysvětlit kdy a proč se měří, je zjišťován visus a aplikovány kapky a masti. Opakují nutnost dodržování klidového režimu. Pacient si může dojít na toaletu, do jídelny nebo si pochodit po oddělení. Průběžně edukují dle potřeby. Jsou-li ordinovány injekce pod spojivku, vysvětluje jejich důvod lékař. Pacient dostává místo obvazu tmavé brýle, které sestry zajišťují v oční optice, která je v téže budově, jako oddělení. Tyto brýle umožňují pacientům, kteří mají zhoršené vidění i na druhém oku lepší prostorovou orientaci a rovněž chrání operované oko před nežádoucím množstvím světla. Brýle si potom pacient odnáší domů.

Při propuštění podávají všechny sestry informace o tom, kam se má pacient dostavit na kontrolu k očnímu i obvodnímu lékaři, kam se obrátit při potížích nebo zhoršení stavu. Informují o nutnosti pravidelné aplikace kapek a mastí a jejich nutné zásobě (u glaukomatiků). Informace jsou poskytnuty jak ústně, tak písemně ve formě letáku. Jsou poskytnuty i příbuzným, pokud jsou přítomni. V letáku je uvedeno, jaké činnosti smí a nesmí vykonávat, jak má o sebe nadále pečovat. Je poskytnut kontakt na ambulantní sestru i na oční optiku, kde si mohou vyzvednout předepsané brýle. Podle stavu pacienta a po domluvě s lékařem, poskytují informace o možných úpravách v bytě. Rovněž tak podle jeho stavu je poskytován kontakt na Tyfloservis. V případě, že se pacient nemůže sám o sebe postarat a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral, je kontaktována sociální pracovnice, která vyřídí potřebné náležitosti k přeložení pacienta do jiného zařízení. Pomáhá i při vyřizování žádostí na sociální zabezpečení a finanční výpomoc při úpravách bytu.

Na základě výzkumu můžeme vyslovit hypotézu: Pacienti po operaci potřebují pomoc při uspokojování fyziologických potřeb, tj. být bez bolesti, spánku, výživy a hydratace, vyprazdňování a potřeby jistoty a bezpečí. V dalších dnech potřeba pomoci klesá. Netýká se to jen pacientů, kteří byli operováni v celkové anestézii. I pacienti, kteří byli operováni v lokální anestézii nebo neuroleptanalgezii, měli bolesti, zvraceli, museli zaujmout určitou polohu, která jim nevyhovovala, cítili se unavení a bylo nutné odstranit nebo zmírnit bolest, zajistit výživu a hydrataci, odstranit únavu a navodit spánek. Někteří potřebovali pomoc při vyprazdňování, protože po celkové anestézii museli trávit určitou dobu na lůžku nebo jejich momentální stav vyžadoval, aby se vyprazdňovali na lůžku. S tím souvisí i potřeba hygieny, intimity, bezpečí.

Při uspokojování potřeby být bez bolesti můžeme opět potvrdit Bártlovou, že při uspokojování bolesti záleží na individualitě nemocného, na jeho předchozích zkušenostech, osobnostních vlastnostech, věku, charakteru bolesti, jejím trvání a porozumění jejímu významu. Je nezbytný dobrý vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Stejně tak je důležitá vzájemná důvěra a vcítění (1). Intenzita bolesti byla určována na Melzackově škále bolesti a podle ní byly voleny prostředky k jejímu tišení. Byl zaznamenáván časový průběh a sledován analgetický účinek léků. Byl sledován i vliv změny terapie.

Někdy bolest přetrvávala, narušovala spánek a v té souvislosti byl pacient unavený, měl zvýšenou potřebu odpočinku a sníženou potřebu aktivity. I zde byly nutné intervence sestry. Trachtová uvádí, že potřeba aktivity se zvyšuje s postupující rekonvalescencí (31). To se potvrdilo. Pacienti tuto potřebu uspokojovali například tak, že hráli společenské hry, luštili křížovky, četli, mohli si zajít do stánku pro denní tisk, do kantýny nebo jen tak na procházku po areálu nemocnice.

Strach a úzkost, které hrají hlavní roli v prožívání a toleranci bolesti, a z něj vyplývající potřeba bezpečí a jistoty byla uspokojována podáním informací ve vhodné a pro pacienta srozumitelné formě, klidným empatickým přístupem jednotlivých lékařů a sester, v pravý čas a se zpětnou vazbou. Byla dána důvěrou v lékaře a ošetrovatelský tým. Všechny potřeby byly uspokojovány individuálně.

Na základě výše popsaných případových studií a rozhovorů lze konstatovat, že v době před operací převažuje potřeba informací, komunikace a s ní spojený sociální kontakt, potřeba poznání a porozumění svému stavu a situaci, důvěra v ošetrovatelský tým a s ní i jistota a bezpečí. Juřínková uvádí, že pokud má pacient dostatek informací, je seznámen s prostorami, chodem oddělení, svým onemocněním, předoperační a pooperační a následnou péčí, může lépe spolupracovat a podílet se na rozhodování a postupu léčby. Navozuje to u něj pocit důvěry a jistoty(13). To se potvrdilo.

V časně pooperační době potřebují pacienti pomoc při uspokojení fyziologických potřeb, při zmírnění nebo odstranění bolesti a potřebují spánek a odpočinek, dostatek informací a co nejrychlejší obnovu nebo udržení schopností.

Opět potvrzení Trachtové, že s postupující rekonvalescencí se zvyšuje potřeba aktivity, soběstačnosti, nezávislosti, sebeúcty a seberealizace (31).

U některých pacientů mohou vyvstat problémy s prostorovou orientací, jestliže se po operaci vidění nezlepší. K aktivizaci nemocného přispívá například i nácvik chůze po schodech. Při poruchách zraku, kdy je narušené prostorové vidění a mnoho seniorů používá jednu, někdy i dvě hole, je dost velkým problémem vyjít třeba jen tři schody. Ve své publikaci uvádí Klán a Topinková, že nejdůležitější prevencí pádů a úrazů je edukace pacienta a rodiny. Musíme brát ohled na celkový stav pacienta. Je nutné zajistit vhodné kompenzační pomůcky a naučit je používat, než bude propuštěn do domácího ošetřování (15). V některých případech je vhodná spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, který má lepší znalosti a dovednosti při nácviku. Při orientaci na oddělení neměli pacienti problémy. Dostatek informací a aktivizace s respektováním individuálních možností a motivace pro vytváření krátkodobých i dlouhodobých cílů vede rovněž k uspokojení potřeby sebeúcty. Vždy je však nutné vycházet i z konkrétního fyzického i psychického stavu daného jedince. Znova se potvrdilo co uvádí Trachytová (31.).

Dále z výzkumu vyplývá, že nejen pro seniory je rodina a komunikace s ní je velmi důležitou sociální potřebou. Na návštěvy se těší, mají dobrý pocit, že na ně příbuzní nezapomněli, že je má někdo rád, že nejsou zbyteční. Zvyšuje se tak jejich

sebedůvěra, společenská prestiž, sebeúcta a sebehodnocení. Je tak uspokojena i potřeba lásky, sounáležitosti, sociálního kontaktu i pomoci.

K uspokojení kulturních potřeb a estetiky prostředí přispívá čistota a výzdoba oddělení, upravenost personálu, možnost sledování televize, poslouchání rádia či četba (na oddělení je i malá knihovnička).

Při přijetí, v předoperačním i pooperačním období měli pacienti dostatek informací, byli poučeni v dostatečné míře o veškerých činnostech.

Jako nedostatek při podávání informací jsem zjistila, že žádná ze sester nedává informace o možnosti bohoslužeb, které se konají jednou za 14 dnů, ale mnozí z pacientů ani tak dlouhou dobu na oddělení hospitalizováni nejsou. Spirituální potřeby a jejich uspokojování je problém, který mnozí pacienti řeší tak, že si s sebou k hospitalizaci přináší modlitební knížky, různé náboženské předměty a symboly (křížky, růžence a jiné). Někteří se modlí sami na pokojí. Pokud se sejde více takových lidí na oddělení, scházejí se večer na některém z pokojů nebo v jídelně a společně se modlí. Jiní praktikování náboženství nevyžadují, asi po zkušenostech z dob předchozích nebo tuto potřebu odloží na pozdější dobu.

Potřeba bezpečí a jistoty byla ve většině případů uspokojována podáním informací ve vhodné a pro pacienty srozumitelné formě, v pravý čas a ze zpětnou vazbou. Vycházela i z důvěry v lékaře a ošetrovatelský tým, možnosti telefonického či přímého kontaktu s rodinou nebo blízkými.

Můžeme tedy konstatovat, že potřeby pacientů jsou upokojujány s ohledem na individualitu nemocného.

Výsledky výzkumu ukazují, že většina pacientů odchází domů vybavena informacemi v dostatečné míře. Vědí o tom, jak se mají chovat v pooperačním období i během následné léčby. Informace považují za dostatečné a vyhovuje jim i způsob poskytování informací. Přesto z výzkumu vyplynulo, že je dost věcí, které by se daly zlepšit. Problém vidím v tom, že sestry nemají na edukaci dostatek času a prostor. Nemají možnost dostatečně komunikovat s rodinou, protože pokud pacient přijde k přijetí sám, a to je ve většině případů, má sestra prakticky omezené možnosti i čas se s příbuznými kontaktovat. Pokud příbuzní mají zájem, jsou jim poskytnuty žádané nebo

potřebné informace. Kontakt na sociální pracovníci je dáván jen v opodstatněných případech, stejně tak možnost úprav v bytě. Otázkou dalšího výzkumu je, jestli pacienti tyto možnosti využívají.

Podle názoru Onderkové (22) představuje edukace mezeru mezi informací, kterou jedinec má, a informací, která je potřebná proto, aby dokázal zvládnout určité činnosti nebo se sám o sebe postaral. Pacient se stává aktivním článkem edukačního procesu, rovnocenným partnerem a přijímá zodpovědnost za vlastní rozhodnutí a za důsledky svého chování. Hegyi uvádí, že edukace jako výchovný a vzdělávací proces, by měla vycházet ze skutečnosti, že i ve vyšším věku je člověk schopný osvojit si nové vědomosti. Uvádí také, že tempo výuky má být pomalejší a individuálně přizpůsobené věku, zdravotnímu stavu, schopnostem a dosavadním vědomostem. Má probíhat od počátku hospitalizace až do jejího ukončení, a to podle potřeby (10). Během této doby se snažíme předat co nejvíce informací, jak teoretických, tak praktických. Pacient má možnost se ptát, opakovaně si všechno vyzkoušet. Pokud nemá jistotu, že vše zvládne, může se edukace účastnit rodinný příslušník.

Podle Podstatové je důležitým pravidlem podávat vždy jednoduchou informaci, odhadnout emocionální stav pacienta. Edukátor by měl citlivě reagovat na každou situaci a podle ní zvolit vhodnou metodu (24). Všechny tyto skutečnosti se potvrdily.

Při přijetí, v předoperačním i pooperačním období měli pacienti dostatek informací, byli poučeni v dostatečné míře o veškerých činnostech.

Při propuštění byli vybaveni informačními letáky, kompenzačními pomůckami (tmavé brýle) nebo byli odkázáni na oční optiku, byli vybaveni recepty na kapky a masti, které si mohli vyzvednout v nemocniční lékárně, měli dostatek informací, kam se obrátit v případě zhoršení stavu, věděli kdy a kam přijít na kontrolu. V případě potřeby byl zajištěn odvoz sanitkou po předchozí domluvě s příbuznými.

Přikrylová ve své publikaci uvádí, že pro bezpečné bydlení zrakově postižených je nezbytně důležité zajistit bezpečné domácí prostředí a vyloučit tak riziko úrazu (25). Pacientům se snažíme již v nemocnici vhodným vybavením sociálních zařízení, kompenzačními pomůckami, bezbariérovým prostředím a dostatečným osvětlením zajistit bezpečné prostředí. Totéž je nutné provést i v bytě. Je vhodné informovat

rodinu, aby se na úpravách podílela a případně poskytnout kontakt na i sociální pracovníci. Pacientům i rodinným příslušníkům jsou tyto informace poskytnuty.

Čeho si pacienti cenili nejvíc, bylo podání informací písemně, formou informačních letáku.

Nalezené odlišnosti v edukaci sester vyplývající z tabulek, vycházejí jen z přístupu a chování jednotlivých sester. Ze sledování sester při edukaci bylo zjištěno, že pacienti jsou dostatečně informovaní. Vyslovujeme tedy hypotézu: Edukace je dostatečná.

Určité rezervy jsou podle výzkumu v oblasti edukace rodinných příslušníků.

Další hypotéza vyplývající z výzkumu: Sestra pomáhá vhodnou edukací a vhodnými intervencemi snížit strach z návratu pacienta do domácího prostředí.

Můžeme vyslovit i další hypotézu. Sestry doporučují spolupráci s multidisciplinárním týmem, sociální sestrou.

Při propuštění nebo již za hospitalizace odkazují pacienty na oční optiku, která je v budově při východu z oddělení. Zde si pacienti vyzvednou tmavé brýle, které používají již při pobytu na oddělení nebo si je vyzvednou při propuštění. Pokud tak nemohou z jakýchkoliv příčin učinit, vyzvedne je sestra z oddělení a pacientovi přinese. Pacientům jsou při propuštění předepisovány kapky a masti. Většina z nich odjíždí domů sanitkou. Právě těmto lidem je vyzvedne a předává řidič sanitky, po domluvě se sestrou. U pacientů, kteří potřebují jiné optické pomůcky, dávají sestry kontakt na Tyfloservis, spádového očního lékaře, je jim dán telefonický kontakt na příjmovou ambulanci i oddělení, kam se mohou obrátit o radu. V potřebných případech je dán kontakt na sociální sestru.

Cíle práce byly splněny.

6. Závěr

Lidé všech věkových kategorií chtějí žít plnohodnotný život, být nezávislí a věnovat se svým zájmům a koníčkům. K tomu by měla přispět kvalitní péče, poskytovaná multidisciplinárním týmem.

Bakalářská práce byla zaměřena na potřeby pacientů po vitrektomii na očním oddělení a na edukaci prováděnou sestrami.

Byly stanoveny dva cíle práce. Zjistit, jaké potřeby mají pacienti po vitrektomii na očním oddělení a jak jsou tyto potřeby uspokojovány. Dále zjistit, jakým způsobem je prováděna edukace pacientů sestrami.

Na základě výzkumných otázek vplynuly následující hypotézy:

H 1: Pacienti po operaci potřebují pomoc při uspokojování fyziologických potřeb – být bez bolesti, potřeby spánku, výživy a hydratace, vyprazdňování a potřeby jistoty a bezpečí.

H 2 : Potřeby pacientů jsou upokojovány.

H 3 : Edukace je plnohodnotná.

H 4 : Sestra pomáhá vhodnou edukací a vhodnými intervencemi snížit strach z návratu pacienta do domácího prostředí.

H 5 : Sestry doporučují spolupráci s multidisciplinárním týmem.

Výsledky výzkumu ukazují, že na očním oddělení nemocnice v Kyjově je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, která vychází z potřeb a přání pacientů. Sestry jsou si vědomy, že uspokojování potřeb klientů je důležitou součástí jejich práce a má vliv na spokojenost klienta a konečný výsledek ozdravného procesu.

Dále výsledky potvrdily, že sesterská edukace je dostatečná i když jisté rezervy pro zlepšení zde jistě jsou a je třeba jim věnovat pozornost.

Doporučení vyplývající z výzkumu: Bylo by vhodné vyčlenit některou z menších místností, kde by bylo možné v příjemném a ničím nerušeném prostředí s pacientem hovořit. Tato místnost by mohla být využita i ke komunikaci s rodinnými příslušníky nebo při návštěvách.

Co se týká informovanosti o bohoslužbách, navrhovala bych na pokojích informační nástěnky, na kterých by kromě domácího řádu a práv pacientů byly vyvěšeny informace o datu a místu konání bohoslužby.

Cíle práce byly splněny

Tato práce mi pomohla získat další zkušenosti při uspokojování potřeb pacientů

po oční operaci, které určitě využiji ve své praxi. Poznatky a výsledky tohoto šetření by mohli využít nejen studentky zdravotnických škol, ale i ostatní zdravotní sestry, které přijdou do kontaktu se zrakově postiženými lidmi.

Doufám, že výsledky mé práce přispějí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.Přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.,2005. 188s. ISBN 80-247-1197- 4.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TOTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství* Brno: NCO a NZO 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, *Psychosomatická medicína*. Praha:Grada 1993 364s. ISBN 80-7169-031-7.
4. BUBENÍČKOVÁ, H. *Tyfloservis*. [online]. [cit. 2007–5-4]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyfloservis.cz>>.
5. ČECHOVÁ,V. MELLANOVÁ, A. ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie* Brno: NCO a NZO 2003. 173s. ISBN 80-7013-386-4.
6. *Diabetic Retinopathy Independently Predicts New Heart Failure*. [online]. [citováno 2007-10-5]. <<http://www.medscape.com/ophthalmology>>
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo - teoria* . Martin: Osveta 134s. ISBN 80-8063-086-0.
8. FERKO, A. et. al *Chirurgie v kostce*. Praha : Grada 2002. 1. vydání 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
9. HORÁKOVÁ, J., BEDNÁŘOVÁ, J. Chronicky nemocný v domácí péči. In : *Sestra*. Praha Mladá fronta a.s., 2007, č.7 -8 , s. 57, 58. ISSN 1210-0404.
10. HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnavská

univerzita 2001. SAP, s.r.o. 128s. ISBN 8089908-80-9.

11. HYCL,J., VALEŠOVÁ,L. *Diabetická retinopatie* Praha : Trinitron 2002. 1.vydání 146 s. ISBN 80-7254-230-3.
12. JOBÁNKOVÁ, M.a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.nezměněné vydání NCONZO v Brně 2003. 225s. ISBN 80-7013-390-2.
13. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D., *Ošetrovatelství pro IV.ročník středních zdravotnických škol*. 1.část 1. vydání Uherské Hradiště 2000. 154 s. ISBN-není udané.
14. JUŘICOVÁ,R. BÍLKOVÁ, A. *Ambulance pro léčbu bolesti. Diagnóza v ošetrovatelství*. Ročník III č.1. 2007. Praha: 2007, s.4 Promediamotion s.r.o. ISSN 1801- 1349.
15. KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E. *Pádům a úrazům lze ve stáří předejít. Sociální péče*. Brno : Ikaria cz a.s., 2006., č.1. ISSN 1213-2330.
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ,R. *Ošetrovatelstvo I Prvé slovenské vydanie* Osveta Martin 1995. 836s. ISBN 80-217-0528-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání Praha : Grada 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
18. MALÁ, A. *Rodina a hospitalizace. Sestra*. Praha : *Mladá fronta a.s., 2007, č.2, s. 20* . ISSN 1210-0404.
19. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

20. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví* Vydavatelství IDPVPZ Brno 1999. 161s. ISBN 80-7013-277-9.
21. MICHÁLEK, M. *Nebojte se nevidomých!* Vydalo sdružení pro podporu nevidomých Okamžik, rok vydání 2004, ISBN 80-903247-3-8.
22. ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha : Mladá fronta a.s., 2007, č.12, s. 17-18 . ISSN 1210-04042007.
23. OTÁSKOVÁ, J. Komunikace se smyslově postiženým klientem. IN: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: Jihočeský Inzert Expres, s.r.o., 2004, s.230-235. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. III. jihočeské ošetrovatelské dny 23.-24. září 2004 ISBN 80-7040-0.
24. PODSTATOVÁ, R. SOVOVÁ, E. ŘEHOŘOVÁ, J. a kol. Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení. 1.vyd. Grada Praha 2007. 144s. ISBN 978-80-247-1997-9
25. PŘIKRYLOVÁ, B. Každému služby podle jeho potřeb. *Sociální péče*. Brno : Ikaria cz a.s., 2006., č.1. ISSN 1213-2330.
26. ROZSÍVAL, P. et al. *Oční lékařství*. Galén Karolinum Praha a Univerzita Karlova v Praze 2006. 1.vydání 373s. ISBN 80-7262-404.
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství* Univerzita Karlova v Praze Nakladatelství Karolinum Praha 2006 1.vydání 353s. ISBN 80-246-1091-4.
28. ŠELCOVÁ, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s.

2004, s.376. ISBN 80-247-0932-518

29. ŠKRLA,P, *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči* NCO a NZO Brno Mikadapres Adamov, 1.vydání 162s. Brno 2005. ISBN 80-7013-419-4.
30. ŠKRLA, P. Posouvá se fokus globálního ošetrovatelství?: *Sestra*,. Mladá fronta a.s. Praha 2008, č.2, s.7 ISSN 1210-0404.
31. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání. Brno: IDVPZ , 2001. 186 s. ISBN 80 – 7013-324 – 8.
32. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry pacient. *Sestra*. Praha:2007, roč. 17, č. 1, s. 22 – 23. ISSN 1210–0404.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál 2004, s. 870. ISBN 80-7178-802-3
34. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. nakladatelství Portál. 3. aktualizované vydání 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X.
35. WORKMANN, B.A., BENNET.C, *Klíčové dovednosti sester*. Praha : Grada Publishing 2006. Vydání 1.české 260s. ISBN 80-247-1714-X. Přeloženo z angl.originálu Key Nursing Skills, 1.vyd 2003.
36. ZEMAN, M. et. al *Chirurgická propedeutika* Praha : Grada Publishing 2000. 2.vydání 524s. ISBN 80-246-1091-4.

8. Klíčová slova

Pacient s onemocněním zraku

Pars plana vitrektomie

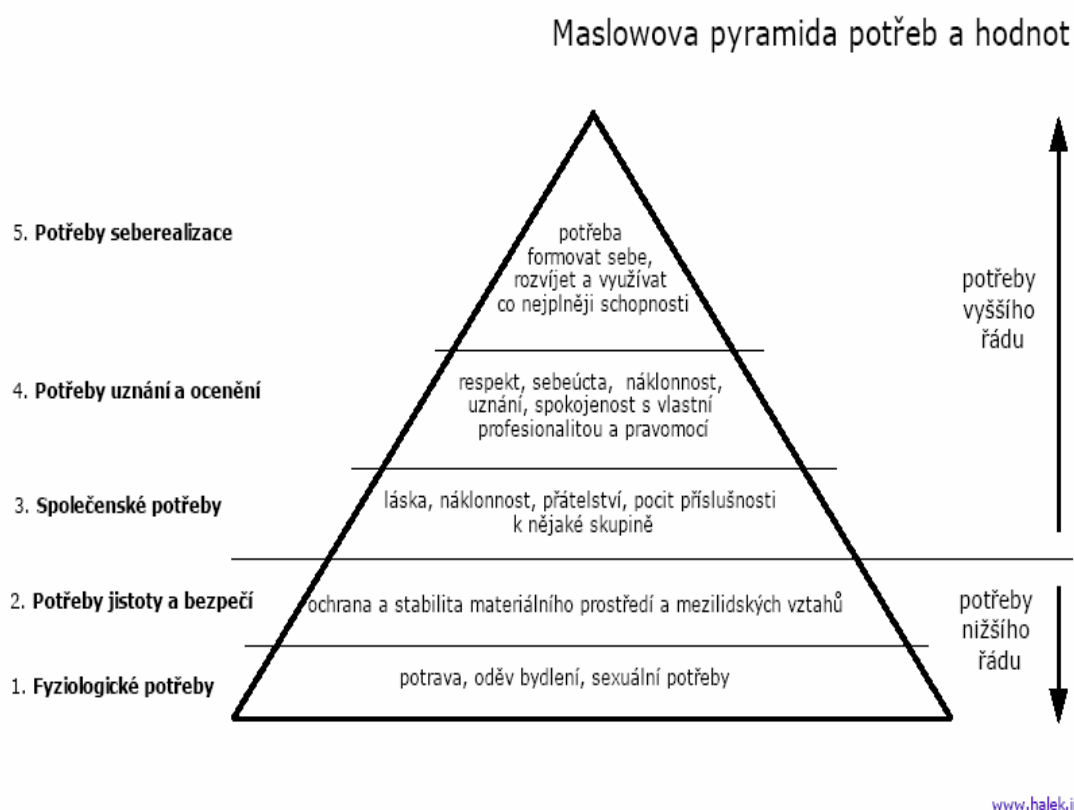
Potřeby

Edukace

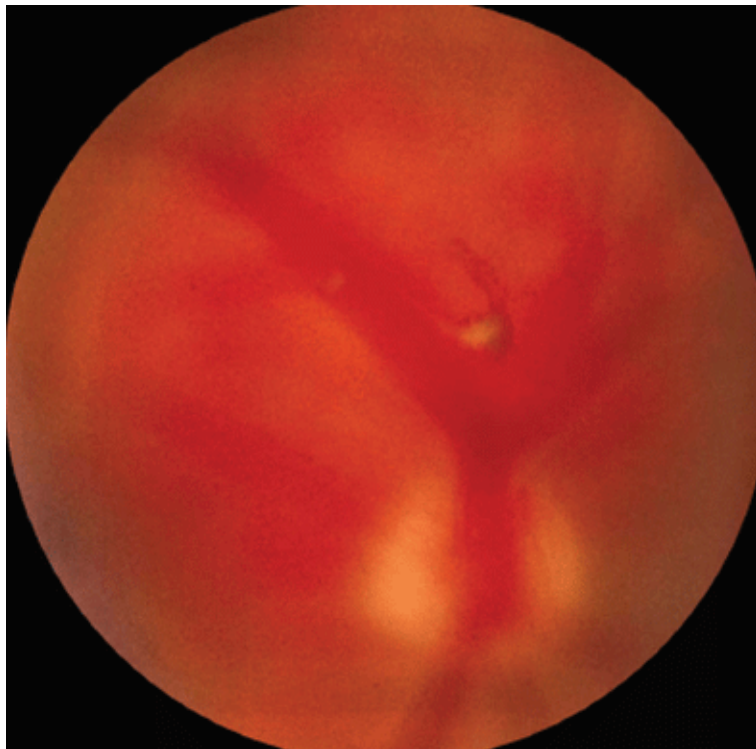
9. Přílohy

1. Maslowova pyramida potřeb a hodnot
2. Hemoftalmus
3. Amoce, amoce s dírou
4. Krvácení, proliferace
5. Pars plana vitrektomie
6. Kazuistiky
7. Edukace sester
6. Informační leták
7. Zásady komunikace a pomoci nevidomým
8. Ošetřovatelské diagnózy
9. Historie očního oddělení nemocnice v Kyjově

Maslowova pyramida

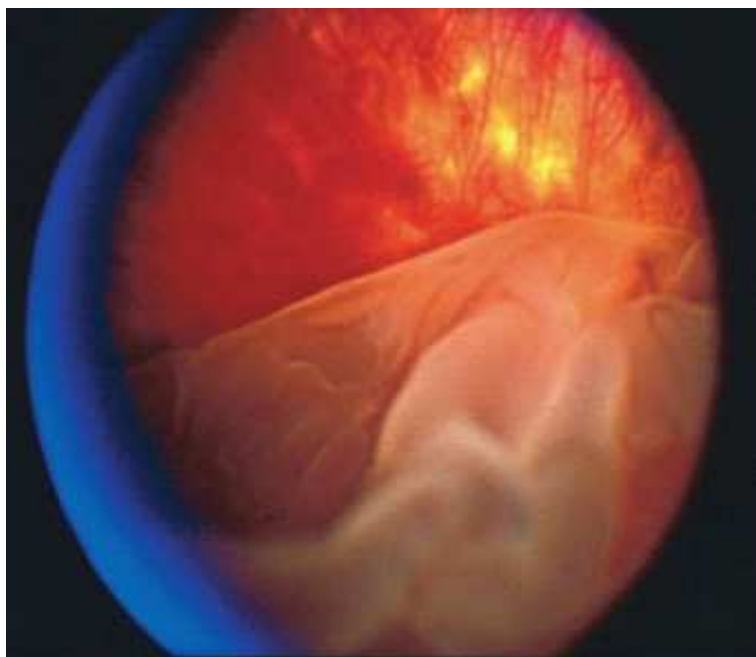


Zdroj: HÁLEK V., *Maslowova pyramida potřeb a hodnot*.



Hemofthalmus

Zdroj: <http://www.medscape.com/ophthalmology>



Amoce

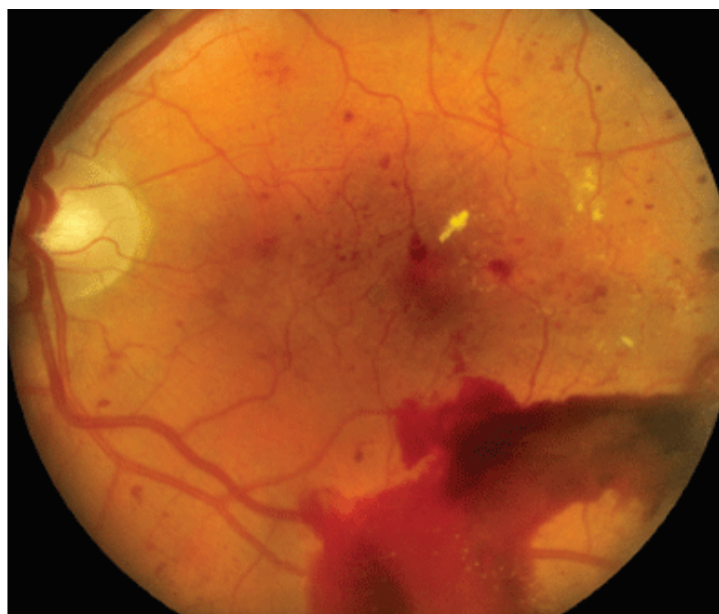


Amoce s dírou

Zdroj: <http://www.medscape.com/ophthalmology>

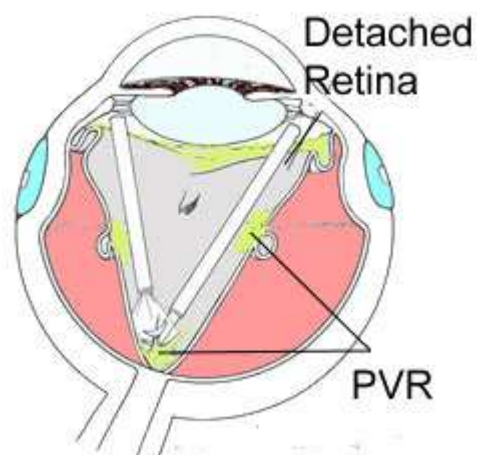


Krvácení

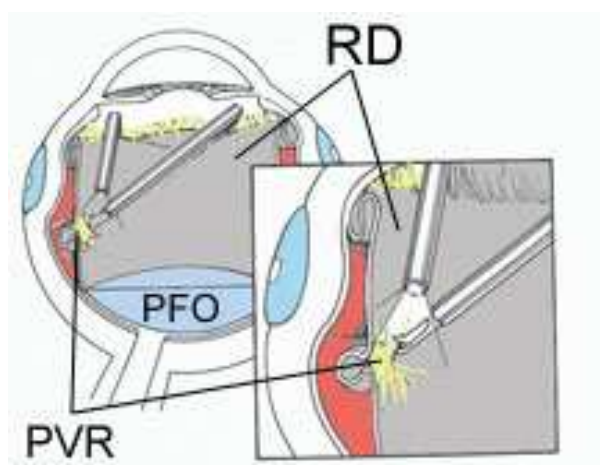


Proliferace

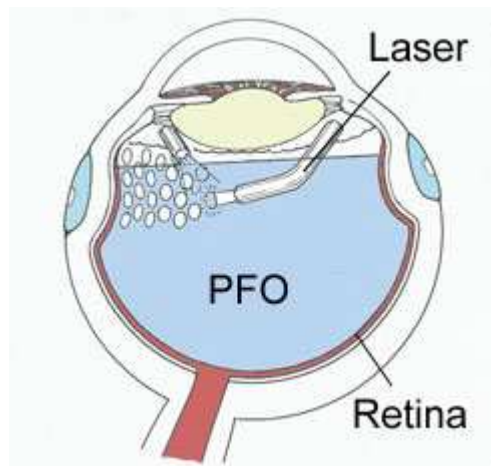
Zdroj: <http://www.medscape.com/ophthalmology>



Proliferace (PVR-proliferativní vitreoretinopatie) na povrchu sítnice kontrahují a odchlípují sítnici. Vitrektomie je používána k odstranění proliferací a ke znovu přiložení sítnice speciálními plyny či tekutinou.



Nejdříve jsou odstraněny proliferace, následně perfluoron (těžká voda) přitlačí sítnici zpět.



Sítnice je nyní znovu přiložena perfluoronem, laserová fotokoagulace je použita k definitivnímu přiložení sítnice. Perfluoron je poté odstraněn a nahrazen plynem či silikonovým olejem.

Zdroj: http://www.retinatexas.com/images/PVR_PFO_laser_titles.jpg

Kazuistiky

Případová studie 1

Pacientka X. A., žena, vdaná, narozena 1948, 60 let

Důchodce, dříve pracovala v zemědělství.

RA: matka i teta se léčily s diabetem a šedým zákalem. Teta později oslepla. Matka zemřela v 70 letech po amputaci dolní končetiny pro gangrénu, otec zemřel v 60 letech na CMP.

4 sourozenci : 1 bratr zemřel ve 40 letech na rakovinu plic, diabetes neměl, 2 sestry se léčily s diabetem, obě aplikují inzulín.

OA: Diabetes druhého typu na inzulínu s diabetickou retinopatií, hypertenze II. stupně, vertebrogenní potíže, recidivující bronchitidy, depresivní porucha, glaukom, hemoftalmus OU, se srdcem se neléčí, v mládí viděla dobře operace a úrazy nebyly.

GA: 2 porody.

Alergická není, nekuřačka, alkohol nepije.

Odeslána spádovým očním lékařem pro hemoftalmus.

Nynější onemocnění: pacientka byla hospitalizována již v prosinci minulého roku, kdy byla přijata pro dekompenzovaný diabetes a čerstvý hemoftalmus vpravo a hemoftalmus staršího data vlevo. Nyní odeslána spádovým očním lékařem pro hemoftalmus. Úraz nebo pád vylučuje. Bylo provedeno ultrazvukové vyšetření obou očí. Vpravo diagnostikována amoce v dolní části. Pacientka byla přijata k operačnímu řešení v celkové anestézii. Byla provedena fakoemulzifikace, implantace nitrooční čočky, pars plana vitrektomie a vnitřní tamponáda. Dále transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice erbokryosondou a laserová fotokoagulace sítnice. V dalším průběhu v zornici fibrin, proto aplikovány injekce Dexony pod spojivku a hospitalizace pokračuje. Doba hospitalizace celkem 12 dní.

Visus při přijetí : OD: 50 cm prsty BNT 17 mmHg

OS: 1/50 s korekcí NT 14 mmHg slzné cesty bilaterálně průchodné

Váha : 80kg

Výška 164 cm

BMI 29,674 nadváha

Pacientka je v důchodu. Bydlí s manželem a rodinou dcery v rodinném domku u lesa. Mají dvě dcery, obě jsou zdravé. S manželem žijí v klidu a pohodě, je pro ni oporou. Oba jsou věřící, chodí pravidelně do kostela.

Vztahy s dětmi i vnuky jsou velmi dobré. Dřív jí hodně bavily ruční práce, zahrada a domácnost. Teď už ale nedělá nic, špatně vidí. Posledních deset let ji neustále trápí nějaké zdravotní potíže. V nemocnici je údajně víc než doma. O všechno se doma stará manžel, i o ní. Dojde jí nakoupit, donese obědy, chodí s ní na kontroly do nemocnice. Ona to špatně psychicky snáší. Byla zvyklá si vše dělat sama a teď je odkázaná na manžela a dceru, která jim pere a vyřizuje nutné věci. Mají králíky a slepice, o ty se stará manžel.

Léčí se 15 let s cukrovkou a 12 let se zeleným zákalem. Dřív žádnou dietu nedržela, ale co má inzulin, tak se trochu snaží. Cítí se celkem dobře. Tekutin vypije hodně, má žízeň, nejraději má čistou vodu. Bolesti nemá.

S vyprazdňování problémy nejsou. Poslední menstruaci si nepamatuje. Chodí na pravidelné kontroly na cukrovku. Očkováná proti chřipce není. Samovyšetření prsů neprovádí. K zubaři nechodí. Věří, že se brzy uzdraví a bude se moci vrátit k manželovi a vnoučatům. Za nejvyšší hodnotou považuje peníze a zdraví.

Při příjmu pacientka čistá, upravená. Nepočítala s tím, že zůstane v nemocnici, nic s sebou nemá. Přestože hospitalizace byla opakovaná, musela být znova seznamována s oddělením. Poté se již dokáže orientovat, je soběstačná, schopna sebeobsluhy v aktivitách denního života, ale v souvislosti s užíváním antidepresiv je zpomalená, vše jí trvá delší dobu. Je nutné dát jí dostatek času na vykonání každé aktivity. Slyší dobře, schopnost dorozumění je dobrá. Komunikuje pomalu, opatrně, očnímu kontaktu se vyhýbá. Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů, končetiny bez otoků.

Tělesné aktivitě brání špatný zrak. Má s sebou francouzskou hůl, ale nepoužívá ji. Se spánkem nemá problémy. Je uložena na pokoji společně s paní přibližně stejného stáří, která byla přijata k operaci. v CA. Na pokoji se seznámily samy.

Je vyšetřena, seznámena s výsledky vyšetření a operačním zákrokem a podepisuje

souhlas k operaci.

Inzulín si doma aplikovala sama pomocí pera, ale nepočítala s tím, že zůstane v nemocnici, tak si je nevzala. Proto první den aplikován inzulín sestrou a kontrolovány hladiny glykémie. Z operace strach nemá, ale bojí se že ji už nepomůže a že už neuvidí. Částečně ji uklidnila paní doktorka a sestřička, ale stejně se ještě bojí. Byla jí vysvětlena nutnost lačnění, dostala potřebné informace, bylo jí vysvětleno použití signalizace den před operací i v den operace.

Před i po operací dostala infuze, protože nesměla jíst, byly prováděny pravidelné kontroly stavu a vědomí, glykémie, polohy, aplikovány infuze. Protože měla bolesti, dostala injekci Tramalu, po které se jí ulevilo. Několikrát zvracela, proto jí byl aplikován Torecan i.v. U ruky měla buničinu a emitní misku. Sestru přivolávat nemusela, byla u ní a paní na vedlejší posteli téměř nepřetržitě. Byla nucená vyprazdňovat se na lůžku, protože by sama na WC nedošla a navíc nesměla vstávat z postele. Jestli byl respektován stud si neuvědomuje. Na pokoji byly jen dvě pacientky, oběma bylo zle, obě zvracely, takže neví. Bylo jí hodně zle a stejně by jí to bylo jedno. Bolesti po injekci ustoupily, ale zvracela až do pozdních hodin. Hygienu provedla sestra na pokoji na lůžku. Dostala další infuzi s Torecanem, pak teprve se jí ulevilo a už nezvracela. Napít dostala po malých dávkách až v pozdních hodinách, poté co přestala zvracet. V noci spala. Ráno ještě mírné pobolívání oka, ale analgetika odmítá s tím, že nejsou potřeba.

Další dny byla již pacientka bez bolestí, veškeré sebeobslužné činnosti provádí sama. Po týdnu byla v lokální anestézii provedena extrakce rohovkových stehů. Probíhají měření nitrooční tenze, glykémie a kontroly oka. Jelikož manžel přinesl inzulínové pero, byla v dalších dnech pacientce ponechána možnost, aby si inzulín aplikovala sama za kontroly sestrou, ale odmítá. Proto i nadále jsou aplikace prováděny sestrami.

Na oddělení byl v noci klid. Spolupacienti ji nerušili, ale první dva dny se cítila unavená a pospávala i přes den. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji jí vyhovovala.

Zvláštní úpravu stravy neměla, byla dodržována dieta, porce i teplota jídla jí vyhovovaly i doba podávání jídla. K pití jí nemusely sestry pobízet. Čaje byl vždy na stole v konvici dostatek. Problémy ani neshody se spolupacienty ani sestrami nebyly.

Vše co se kolem jejího stavu odehrávalo jí bylo vysvětleno a pokud něčemu nerozuměla, mohla se kdykoliv zeptat. Ale neptala se. Čekala jak vše dopadne. Měla možnost každý den při vizitě i mimo ní. Informace podala lékařka dceři i manželovi, ti jim lépe porozumí. Ona se v takových věcech nevyzná. Nemůže všemu rozumět. Proto se nechce ani podílet na rozhodování o dalším postupu léčby. Mobilní telefon s sebou neměla, ale měla možnost si kdykoliv zavolat z automatu ve vestibulu před oddělením. Využila ho jen jednou. Když dcera chtěla, tak jí zavolala a sestry jí přinesly přenosný telefon. Lékařka se jí představila, ale stejně si nepamatuje, jak se jmenovala. Jestli se jí představily sestry si už nepamatuje. Měly vizitky, ale na ty neviděla. Staraly se o ni dobře, byly na ni moc hodné. Po operaci už strach neměla. I když byly nějaké komplikace a musela dostávat injekce do oka, důvěřovala sestrám i lékařům, s jejich chováním i s poskytovanou péčí byla velmi spokojená.

Se spolupacientkou na pokoji i ostatními na oddělení vycházela celkem dobře, lépe řečeno nesnažila se nijak moc zapojovat. Na dotazy odpovídala, ale sama se hovor navázat nesnažila. Byla uzavřená, ale pokud se jí někdo věnoval, dokázala se zapojit. O televizi neměla zájem, Někdy si sice zašla poslechnout zprávy nebo dopoledne dechovku, ale pokud nebyla zapnutá televize, neřekla si, že by chtěla poslouchat. Do kantýny ani jen tak se s ostatními projít nešla. Pochodila si jen po vestibulu a oddělení.

Navštěvovaly ji dcery a manžel. Po každé jejich návštěvě pookřála. Nikdo je nijak neomezoval. Příbuzní měli možnost kdykoliv se setkat se sestrou, zeptat se na co potřebovali, ale nezeptali se. Každý den se modlila na pokoji tak jako doma, víra jí pomáhá překonávat všechny překážky. Spolupacientka se k ní připojila. O možnosti bohoslužeb nevěděla, ale i kdyby věděla, sama by tam nešla. O svém zdravotním stavu byla informována denně při vizitě, informace byly poskytnuty i rodině.

Žádné finanční problémy nemá. Během hospitalizace jí nic nechybělo. Po dobu vleklých zdravotních potíží nedělala dohromady nic, protože nezvládala různé činnosti a tak si zvykla, že za ni všechno dělali druzí. Ví, že manžel a děti se o ní postarají. Neměla pocit, že by na oddělení byl nepořádek. Nenapadlo by jí dělat nějaké úpravy v bytě, ale po informacích, které jí i manželovi navrhly lékařka i sestra asi manžel něco

udělá. Finanční problémy nemá, přesto na žebříčku hodnot uvedla jako první peníze a až na druhém zdraví. Ona sama hodnotí svůj stav po operaci jako lepší, ale objektivně vidí teď stejně jako před operací. Byla hospitalizovaná 12 dní.

Při propuštění byla poučena, bylo jí i manželovi vysvětleno jak a kolikrát si má do operovaného oka kapat, aby měla vždy kapky v zásobě tak, aby jí nedošly a nezůstala bez nich. Dostala informační leták, byla upozorněna, aby nevykonávala fyzicky náročnou práci. Ví kdy a kam má přijít na kontrolu i kdy má jít k praktickému lékaři. Byl jim poskytnut kontakt na sociální pracovníci a Tyfloservis.

Na otázku co by si přála změnit na oddělení odpovídá že by nic neměnila.

Případová studie 2

Pacientka X. B., žena, vdaná, narozená 1942, 65 let

Důchodce, dříve pracovala jako servírka.

Byla přijata neplánovaně s akutním glaukomovým záchvatem pravého oka.

RA: Matka zemřela ve věku 24 let na tuberkulózu –za půl roku po porodu jediné dcery.

Otec prodělal cévní mozkovou příhodu, také se léčil s očima. Zemřel ve věku 60 let na cirhózu jater.

OA: Prodělala běžné dětské nemoci a černý kašel. Léčí se pro varixy a astma bronchiale.

V mládí viděla dobře, úrazy oka nebyly. V červnu 2005 měla glaukomový záchvat pravého oka, proto byla provedena laserová iridotomie. Pak již byla bez problémů.

GA: 4 porody, 1 samovolný potrat.

Alergická je na vosí bodnutí, z léků na Codein a Dolsin, po nich zvrací.

Nekouří, nepije.

Byla přijata ke snížení nitrooční tenze.

Při přijetí visus :	OD 5/50 OS 5/7,5	BNT 60,0	15mmHg
Váha : 70 kg	Výška 151cm	BMI 30,7	obezita 1.stupně

Pacientka je milá, usměvavá žena. Má optimistický náhled na život. Bydlí s manželem

a svobodným synem v družstevním bytě. Manžel je od 50 ti let v invalidním důchodu. Má cévní onemocnění, pro které byl operován. O svém manželství tvrdí, že je pohodové i když nějaká ta bouřka někdy přiletí, ale je nutná, aby se vyčistil vzduch. Má ještě další 3 děti. Všichni jsou zdraví.

Sama se léčí již hodně roků s astmatem, ráno dost kašle, ale jinak problémy nemá. O zdraví se vždy snažila pečovat, protože pracovala v zakouřeném prostředí. Dušná se necítí, jen někdy při velké námaze. Je po operaci slepého střeva a žlučníku. Má křečové žíly, často jí bolí hlava, myslela si že od páteře. Závratě nemá.

Dietu nedrží žádnou. Tekutin pije málo, musí se nutit, ale ví, že musí pít po malých dávkách, protože má glaukom. Proto si musí nalévat do skleniček po bytě a popíjet. Někdy ale zapomene.

Špatně spává, proto jí obvodní lékař předepsal Stilnox, ale bere ho jen někdy.

Na preventivní prohlídky nechodí, jen na pravidelné kontroly k obvodnímu a očnímu lékaři. U zubaře nebyla ani nepamatuje. Zuby má ještě celkem v pořádku. Na gynekologii byla až letos po patnácti letech. Samovyšetření prsů neprovádí. Očkovaná je proti chřipce před dvěma lety.

Je věřící, do kostela dřív chodili s manželem, teď už nechodí. Nejvyšší hodnotou je pro ni rodina a zdraví. To by si přála nejvíc pro manžela. Finanční problémy nemají. Určité omezení cítí v tom, že se nemůže věnovat vnoučatům a manželovi, ale na druhé straně potřebuje být sama v pořádku, aby se o ně mohla starat.

O možnosti bohoslužeb v nemocnici ví z letáku v jídelně, ale nemá zájem. Věří, že jí bolesti hlavy zmírní a že bude moci brzy vrátit k manželovi a vnoučatům.

Po maximální glaukomové léčbě Manitolem i.v a lokální terapii se stav nelepší, proto přistoupeno k PPV k uvolnění tahu sklivce a současně provedena iridektomie vitrektomem v subtenonské a topické anestézii. Poté i přesto přetrvává vysoký nitrooční tlak i když pacientka už bolesti neuvádí. Proto byla indikována trabekulotomie pravého oka. Pacientka podepisuje souhlas k operaci. Hospitalizovaná byla 15 dní.

Při přijetí je pacientka je čistá, upravená, má nový účes s melírem. Je orientovaná, hovorná, není proto problém se s ní domluvit a informovat ji. Zná

domácí řád i práva pacienta, seznamovat s nimi nechce. Problémy s orientací nemá, je schopna sebeobsluhy v aktivitách denního života.

Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů. Končetiny bez otoků, s varixy. S vyprazdňováním problémy nemá. Tělesné aktivitě brání jen bolesti hlavy, někdy při moc velké námaze dušnost. Používá brýle na čtení. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Se spánkem má problémy, špatně usíná, je zvyklá z domu na Stilnox. Je uložena na pokoji společně s paní přibližně stejného stáří, která je přijata k operaci v celkové anestézii. Na pokoji se seznámily samy. Je vyšetřena, seznámena s výsledky vyšetření a připravena k operaci v lokální anestézii.

Po operaci bolesti neměla, nezvracela. Zvonek k přivolání sestry měla na nočním stolku, byla poučená jak s ním zacházet, emitní misku a buničinu měla u ruky, o poloze, ve které má ležet, byla poučena sestrou i lékařkou.

Večerní hygiena proběhla bez problémů, sama se osprchovala na pokoji. V dalších dnech již zvládá denní aktivity, probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka.

Druhý den ji v noci začala bolet hlava a oko. Zvracela, cítila se doslova mizerně. Sestra ji převlekla lůžko a pomáhala s hygienou. Dostala injekci od bolesti a sestra k ní chodila každou chvíli, ptala se jí jestli injekce zabírá, dávala jí studené obklady na čelo. Když bolesti neustupovaly, změřila jí oční tlak. Protože byl hodně vysoký byly ordinovány kapky Pilocarpinu po deseti minutách, Diluran tablety a infuze Manitolu do zavedené flexily ke snížení NT. Teprve poté se bolesti zmírnily. Odpoledne byla nucena se vyprázdnit na mísu. Měla potíže, nemohla se vleže vymočit. Proto měla obavy, co se bude dít, pokud se nevymočí. Byla nervózní, několikrát to znova zkoušela, ale bezvýsledně. Aby nemusela být pacientka cévkovaná, zkusila ji sestra na míse posadit a pacientka se vyprázdnila. Neměla pocit, že by nebyl respektován stud a intimita. První tři dny se cítila hodně unavená, pospávala i přes den, pokud ustoupily bolesti. Stav se upravoval velmi pomalu. Bolesti přetrvávaly dost dlouhou dobu. Cítila se dost špatně. Měla strach jak všechno dopadne. Domluvila se sestrami a lékařkou a dostávala analgetika podle potřeby. Neměla chuť na jídlo. Musela se nutit, aby něco snědla. Někdy bolesti polevily až po infuzi Manitolu.

Na oddělení byl v noci klid. Spolupacienti ji nerušili. Na dobu buzení si nestěžuje. Na

pokoji bylo vždy vyvětráno, má ráda čerstvý vzduch, teplota na pokoji jí vyhovovala.

Zvláštní úpravu stravy nevyžadovala, porce i teplota jídla jí vyhovovaly. K pití jí musely sestry pobízet, protože neměla pocit žízně. Čaje byl vždy dostatek. Při zvracení dostala infuze.

Veškeré činnosti a terapeutické postupy jí byly vysvětleny, měla možnost každý den při vizitě hovořit s lékaři i primářem, informace které dostala byly srozumitelné, rozuměla jim a měla možnost se účastnit na rozhodování při dalším postupu léčby. Měla s sebou mobilní telefon a mohla si kdykoliv zavolat, poradit se nebo si jen tak povyprávět s rodinou a zjistit, co je doma nového. Telefon byl i ve vestibulu před oddělením. Lékaře i sestry z oddělení znala již z dřívějšíka, na chodbě na nástěnce visel denně seznam sester, které měly ten den službu. Navíc každá sestra i lékař měli vizitku se jménem. Pokud měla strach nebo obavy, obracela se na ně a důvěřovala jim.

Pacientka je společenská, byla vždy zvyklá s lidmi dobře vycházet, proto i se spolupacientkou na pokoji i ostatními na oddělení vycházela velmi dobře a snadno navazovala rozhovor. Spolu s ostatními v jídelně sledovala televizi, zajímaly jí zprávy a seriály, které sleduje s manželem doma. Luštila sudoku, četla, chodila na procházky, pokud bylo hezky. Na nudu si nestěžuje.

Navštěvovaly ji dcery s vnuky, manžel a syn. Vždycky je ráda viděla. Nikdo je neomezoval v délce ani v četnosti návštěv. Pokud měli příbuzní nějaké dotazy na sestru, sestra poradila nebo v rámci svých kompetencí odpověděla. Pokud se vyskytly dotazy, na které odpovědět nemohla nebo neznala odpověď, odkázala je na lékaře. Po večerních kapkách a ordinacích si ráda povyprávěla se sestrami. Zajímala se novinky z okolí. Ale dávala si pozor, aby je nebavila, pokud měly práci.

S péčí lékařů i sester byla spokojená. Nemůže si vůbec na nic stěžovat i kdyby chtěla. Věnovali se nejen jí, ale i ostatním pacientům. Prostředí se jí moc líbilo, připadalo jí takové domácí. Všude bylo čisto, uklizeno. Určitě by oddělení doporučila známým. O svém zdravotním stavu byla informována denně při vizitě, informace byly poskytnuty i rodině. Žádné finanční problémy nemá. Úpravy v bytě nebudou nutné. Visus při propuštění 5/50 5/10.

Při propuštění jí byla vysvětlena nutnost pravidelné aplikace kapek a byla poučená

o případných komplikacích, také o tom že kapky musí mít v zásobě tak, aby jí nedošly a nezůstala bez kapání. Ví kdy a kam má přijít na kontrolu i kdy má jít k praktickému lékaři.

Na otázku co nejvíc potřebovala nebo postrádala v době hospitalizace odpovídá, že nejvíc potřebovala informace, aby rozuměla tomu, co se s ní děje. Potřebu označila za uspokojenou. Na otázku co by si přála změnit na oddělení odpovídá „sprcha a WC na každém pokoji. I když jsou tyto nedostatky všeobecně známe, vzhledem k tomu, že oddělení je malé a zastaralé a nemá prostory ani finance na tyto úpravy, není možné úpravy realizovat.

Případová studie 3

Pacient X.C., muž, svobodný, narozen 1948, 59 let

Invalidní důchodce, dříve pracoval jako závozník v zemědělství a 16 let jako hrobař.

RA: Rodiče zemřeli v poměrně vysokém věku. Otec ve věku 89 let, nikdy se s ničím neléčil. Matka zemřela v 90 letech. Léčila se s TBC plic.

Má pět 5 sourozenců, všichni dosud žijí. Jedna sestra se léčí s cukrovkou, píchá si inzulin, druhá prodělala revmatickou horečku. Třetí se léčí s plicním onemocněním, ale neví s jakým. Bratři jsou zdraví.

OA: Svoje dětské nemoci si nepamatuje, léčí se pro diabetes II. typu na PAD, stav po pneumonii v roce 1982, plicní embolii v r. 1985, Sarkoidoza -hilově uzlinová forma, hypertenze, VAS, Bronchitis, Emphysem, Epilepsie, Etylismus, Stav po meningitis, Varixy.

Úrazy- amputace části ukazováku při práci na cirkulárce.

Je alergický na protitetanové injekce.

Nekouří, alkohol příležitostně

Nynější onemocnění: léčí se dva roky s cukrovkou, inzulin si nepíchá, má jen tablety a dietu. Ví že by neměl tak moc jíst, ale má pořád chuť k jídlu. Užívá tablety na vysoký tlak, prodělal plicní embolii. Je po operaci kýly. Lékaři tvrdí, že má epilepsii, ale on žádné záchvaty nemá, tak neví.

Přichází k plánované operaci katarakty levého oka a centraci nitrooční čočky pravého oka, která byla implantována před dvěma lety.

Váha : 105 kg Výška 170 cm BMI 36,33 – obezita
Při přijetí visus pravého oka 5/15 levé oko 1/50 BNT 22 a 23 mm Hg.

Při operaci katarakty levého oka došlo k uvolnění závěsného aparátu při fakoemulzifikaci čočky, proto byla otevřena přední komora a provedena extrakce čočky kličkou, po ní byla implantována nitrooční čočka.

O dva dny později byla odstraněna dislokovaná čočka z pravého oka a implantovaná nová flexibilní čočka.

Po patnácti dnech byla v celkové anestézii pacienta provedena na levém oku částečná PPV v oblasti závěsného aparátu a v oblasti zornice a transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Délka hospitalizace 21 dní.

Pacient je svobodný, bydlí s rozvedeným bratrem na vesnici v malém domku se zahradou, kterou společně obdělávají, chovají slepice, kachny a mají dva psy. Bratr dobře vaří, stravují se společně. Dříve měl přítelkyni, ale s tou se rozešel. Je kutil, baví jej všechno možné. Nevydrží dlouho sedět s rukama v klíně.

K jeho koníčkům patří příroda, zvířata, hlavně koně a psi. Dřív kouřil až 40 cigaret denně, teď už 7 roků nekouří, alkohol si dá příležitostně, hlavně pivo a s kamarády ve sklípku víno.

Na žádné preventivní prohlídky nechodí, jen na pravidelné kontroly na plicní, oční a diabetické - ale tam chodí nerad, pořád mu něco vytýkají. U zubaře nebyl ani nepamatuje. Zuby má ještě svoje i když špatné.

Rád luští křížovky, hraje karty a chodí se psy ven. Se sourozenci se navštěvují. Je věřící, jako dítě ministroval v kostele. Doma chodí do kostela pravidelně. Nejvyšší hodnotou je pro něj víra a zdraví.

Při přijetí působí zanedbaným dojmem. Oblečení sice čisté, ale vlasy neupravené, dlouhé masné. Ruce nečisté, za nehty špína. Je orientovaný osobou, místem i časem.

Řeč je plynulá, schopnost dorozumění je dobrá. Sestra ho uložila na pokoj , kde byl první den sám. Problémy s orientací nemá, oddělení zná z předchozí hospitalizace, práva nemocných, domácí řád taky, nepotřebuje je opakovat. Strach nemá. Věří že všechno dobře dopadne.

Kůže je nečistá, bez defektů a dekubitů. Končetiny s varixy a otoky v oblasti kotníků. Na pravé ruce amputovaná část ukazováku. Při námaze se zadýchává, bolesti na hrudi nemá, závratěmi netrpí. Je soběstačný.

Na čtení používá brýle, jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Zvláštní úpravu stravy nevyžaduje, udává, že porce i teplota jídla mu vyhovují. Tekutiny přijímá v dostatečném množství. Pobízet k pití ho nikdo nemusí. S vyprazdňováním problémy nemá. Denně si žádá tabletu na spaní, je na ně zvyklý z domu. Předepisuje mu je praktický lékař. Na oddělení je v noci klid, jen někdy je slyšet zvonek z pohotovostní ambulance. Teplota na pokoji mu vyhovuje, je na pokoji sám, tak si může větrat jak chce a nikoho tím neomezuje. Doba buzení mu taky vyhovuje.

Lékařka mu vysvětlila podstatu jeho onemocnění. Souhlasil a podepsal souhlas k operaci. Při první operaci nebyl uspaný. Měl bolesti, sestra mu dala tabletu, ale nepomohla, potom dostal injekci a ta už pomohla.

Při operaci druhého oka také nebyl uspaný. Bolesti neměl, až po dvou dnech začaly, ale byly dostatečně tlumeny injekcemi a léky. Při třetí operaci byl uspaný. Zvonek k přivolání sestry měl na nočním stolku i emitní misku a buničinu. Byl poučený jak se zvonkem zachází i o poloze, ve které má ležet. Po operaci měl bolesti, dostal injekci a po ní se mu ulevilo. Nezvracel, ale protože byl z operačního sálu přivezen až v odpoledních hodinách, večeři nedostal, jen infuze zavedenou flexilou a čaj večer a v noci. V den operace měl u postele močovou láhev, na stolicu nemusel. Pocit studu neměl. Několikrát za noc ho byla sestra kontrolovat a dávala mu napít.

Večerní hygiena provedena jen částečná, protože pacient odmítá s tím, že se osprchuje až ráno, teď chce klid. Ráno nevolnost, údajně z hladu. Po jídle se cítí lépe, nezvrací, udává pobolívání a řezání oka. Bylo mu vysvětleno, že řezání je způsobeny stehy v oku. Dostal tabletu a masti a pak se mu ulevilo. V dalších dnech již bez problémů, zvládá denní aktivity, mírné bolesti přetrvávají. Probíhají měření nitrooční tenze a kontroly

oka.

Pokud potřeboval pomoc obracel se na sestru nebo lékaře, se kterým měl možnost hovořit denně při vizitě. Svoji ošetřující lékařku znal, ale střídaly se dvě, tak neví která se jak jmenovala. Obě byly milé, o všem ho pravidelně informovaly, ptaly se ho na jeho názor a vysvětlovaly další postup. Měl možnost hovořit denně i s primářem oddělení. Informace byly podány vždy v soukromí a rozuměl jim. Nikdy se mu nestalo, že by dostal protichůdné informace. Pocit strachu nebo úzkosti neměl. S některými sestrami měl potíže, nerozuměl si s nimi. Rozmlouvaly mu návštěvy kantýny, protože si nakupoval jídlo, a pak byly problémy s glykémii. Měl problém i se sanitárkami. Pořád se jim zdálo, že na nočním stolku i na pokoji je nepořádek, pořád musel něco uklízet. Jinak byly ale ochotné, mohl se na ně obrátit kdykoliv, vždy pomohly. Důvěřoval jim i lékařům. Na oddělení si zvykl dokonce se naučil jako na vojně udržovat pořádek, vrátil se tak do mladých let. Zpočátku byl sice rozladěný, ale uvědomil si, že i sestry mají své povinnosti. Ví že mnohé neshody nemusely být. Mrzí ho že nadělal zbytečné problémy jim i sobě. Chyběla mu práce a zvířata. Je zvyklý byt s nimi v neustálém kontaktu. Denně se v jídelně mohl dívat na televizi, chodil na procházky, do kantýny nebo pro noviny a jedenkrát byl i na bohoslužbě v areálu nemocnice. Při odchodu visus 1/50 s korekcí 5/50.

Veškeré činnosti a terapeutické postupy mu byly vysvětleny, měl možnost si kdykoliv zatelefonovat buď z automatu na chodbě nebo z mobilního telefonu a vyřídit si co bylo potřeba. S čistotou na oddělení byl spokojený. Žádné finanční problémy nemá, stačí mu to co má, ale kdyby to lepší, nestěžoval by si. Na návštěvu za ním chodil většinou bratr, synovec s rodinou a kamarád. Při návštěvách je nikdo neomezoval, mohli se posadit v jídelně nebo na pokoji, ale většinou odešli do kantýny. S péčí lékařů i sester byl spokojený, ale nepředpokládal, že bude po operaci vidět hůř než před ní. Známkou jako ve škole určitě by nehodnotil. Doufá, že se vidění po uklidnění očí upraví. Pokud ne, tak by oddělení nikomu nedoporučil. Problémy, které by způsobily odklad propuštění byly komplikace při operaci, jinak o žádných neví. Byl informovaný, jak má o sebe dál pečovat, kdy chodit na kontroly, kolikrát a jak si kapat. Ví co má dělat, kdyby byly nějaké komplikace. Strach z návratu domů nemá, už se moc těší. Žádné úpravy v bytě

se dít nebudou, zná to tam dobře a nic měnit nebude. Na oddělení by nic nezlepšoval.

Případová studie 4

Pacient X. D., muž, rozvedený, narozen 1952, 56 let

Invalidní důchodce, dříve pracoval jako valcář v železárnách.

RA: otec zemřel na IM, léčil se s DM., matka je zdravá.

Má 8 sourozenců: Dva bratři-nejstarší a nemladší utonuli v mládí při epileptickém záchvatu. Ostatní sourozenci bez epilepsie.

Sestra se léčí s vysokým tlakem, bratr je po operaci cév na nohou.

OA: stp. IM 1997, stp. operaci obou uší a pravé lícni kosti po úrazu, léčí se s vysokým tlakem, ischemickou chorobou srdeční a ischemickou chorobou dolních končetin.

Vždy viděl dobře, s očima se neléčil.

V 18 letech zasažen odraženým brokem do pravého oka. Hospitalizace na očním oddělení v Mostě, odkud odeslán do Ústí nad Labem k extrakci tělesa. Extrakce neúspěšná.

4/80 operace traumatické katarakty OD v Kyjově, od té doby hůře vidí na pravé oko.

Nynější onemocnění: Od vánoc má zhoršené vidění na pravém oku, nyní již nevidí vůbec. Od 3.1. se začala zatahovat roleta před okem

V: OD pohyb+, světelná projekce incetra, OS 5/5, BNT 29 18mmHg.

Výška : 169 cm

Váha : 70kg

BMI - 24,51

Po provedeném ultrazvuku bulbu, při kterém byla zjištěna amoce, byl přijat k neodkladné operaci totální amoce sítnice pravého oka s diagnózou H 33.0 Amotio retinae cum fenestr oculi dextri.

Bylo provedeno nativní CT orbit: v pravém očním bulbu stín kovového tělíska průměru 6 mm, ve stěně bulbu ventrálně drobné bublinky plynu. Jiné změny nejsou.

Byla odebrána krev na vyšetření, Rtg srdce a plic. Po interním konziliu přistoupeno k operaci s nutností prevence TEN.

Operace byla provedena v celkové anestézii: PPV a vnitřní tamponáda, laserová

koagulace sítnice, transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice, plombáž, cerkláž a implantace nitrooční čočky. Byl aplikován SO v oblasti trhliny.

Po operaci aplikovány injekce Tramalu i.m.

Za 6 dní byl na operačním sále odstraněn silikonový olej z přední komory, průběžně byly prováděny kontrolní odběry krve.

Pacient přichází pro asi 14 dní zhoršující se vidění, udává postupné zatahování clony před pravým okem a nyní již nevidí vůbec. Po vyšetření mu lékař vysvětlil podstatu jeho onemocnění a seznámil jej s nutností operačního řešení. Pacient souhlasil a podepsal souhlas k operaci.

Příjem je neplánovaný, ale věci si s sebou raději vzal. Při přijetí je čistý, upravený. Má strach z dalšího vývoje onemocnění, je málomluvný. Při rozhovoru se sestrou vypadá klidně, ale je na něm vidět, že má obavy. Je orientovaný osobou, místem i časem. Řeč je plynulá, schopnost dorozumění je dobrá.

Pacient je rozvedený. Manželka odešla od něj i od dvou dětí s jiným mužem. Děti byly v té době už dospělé. Navštěvují jej. On bydlí s osmdesátiletou matkou v rodinném domku se zahrádkou. Má tři vnuky. Dříve pracoval jako valeč v železárnách, potom jako ošetřovatel dobytka, později asi 6 let jako montér. V 18 letech jej u střílnice komediantů zasáhl odražený brok do pravého oka. Byl odvezen do Ústí nad Labem k operaci, ale brok se jím vytáhnout nepodařilo. Za deset let byl na operaci se šedým zákalem na našem oddělení, ale stejně na oko viděl špatně, musel mít 12 dioptrií.

Je po infarktu myokardu, po operaci cév na nohách, protože se mu ucpávaly. Nekouří, alkohol nepije, jen jednou za týden si dá pivo s kamarádem. Dietu žádnou nedrží.

Dřív dost sportoval, hrával kopanou, ale po infarktu si musel najít jiný koníček a tím se stalo rybaření.

Na preventivní prohlídky i na kontroly chodí, ví že je to nutné. Je věřící, do kostela chodí ale jen proto, aby doprovodil matku, protože hůř chodí a on má o ní strach.

Sestra jej seznámila s domácím řádem i právy pacienta a uložila na pokoj s pacientem se kterým se seznámil už v čekárně. Problémy s orientací nemá, protože na levé oko vidí dobře, je schopen sebeobsluhy v aktivitách denního života. Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů. Končetiny bez otoků. S vyprazdňováním problémy nemá. Při námaze se

zadýchává, bolesti na hrudi nemá.

Dřív nosil brýle, ale teď už ani s nimi nevidí. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Zvláštní úpravu stravy nevyžaduje, porce i teplota jídla jí vyhovují. Tekutin vypije asi dva litry, hlavně čaj.

Se spánkem problémy nemá. Na oddělení je v noci klid. Spolupacient sice chrápe, ale neruší ho. Ve dne spolu chodí do kantýny na kávu a na zákusek. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji mu vyhovuje, může si ji sám regulovat. Dušný není. Závratěmi netrpí.

Problémy ani neshody se sestrami ani spolupacienty nebyly. Sestry ho při rozhovorech dokázaly uklidnit, dodat mu odvalu. Bolesti po operaci měl, ale byly dostatečně tlumeny injekcemi a léky. Zvonek k přivolání sestry měl. Byl poučený jak se s ním zachází i o poloze, ve které má ležet. Po operaci zvracel, proto nevečeřel, měl infuze zavedenou flexilou. V den operace měl u postele močovou láhev, na stolicí nemusel. Neměl pocit, že by nebyl respektován stud a intimita.

Večerní hygienu provedl až v pozdějších večerních hodinách na pokoji s pomocí sestry. Ráno opět nevolnost, údajně z hladu. Po jídle se cítí lépe, nezvrací, udává pobolívání oka. Tabletů ani injekcí nechce. V dalších dnech již bez problémů, zvládá denní aktivity, bolesti jen mírné. Tablety nechce. Probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka. Pacient byl hospitalizován 11 dnů.

Nejvíce potřeboval pomoc sestry v den operace, kdy večer zvracel a bylo mu moc špatně. Sestra jej umyla a převlekla. Pokud potřeboval pomoc obracel se na sestru nebo lékaře, se kterým měl možnost hovořit denně při vizitě. Svoji ošetřující lékařku znal, ale nevzpomene si na jméno. Ví, že byla milá, o všem ho pravidelně informovala, ptala se ho na jeho názor a vysvětlovala další postup. Měl možnost hovořit denně i s primářem oddělení. Informace byly podány vždy diskrétně a neměl problém jim porozumět. Pokud by měly děti zájem, měly možnost s lékaři hovořit, ale tuto možnost nevyužily. Nikdy se mu nestalo, že by dostal protichůdné informace nebo že by o něm někdo mluvil jako o nepřítomném. Naopak se mu líbilo férové jednání. Pocit strachu a úzkosti měl při příjmu. Byl vyplašený, nevěděl co se bude dít. Nejvíce mu pomohly sestry. Mohl se na ně obrátit kdykoliv, rády pomohly. Důvěřoval jim. Než odešel, znal všechny

jménem a rád si chodil po večerech, kdy měli chvilku čas povyprávět. Nikdy se nestalo, že by ho někdo odbyl nebo na něj neměl čas. Pokud bylo moc práce, domluvili se a přišel později. V době kdy byl hospitalizovaný měl právě nastupovat do nového zaměstnání a díky hospitalizaci o toto místo přišel. Byl zpočátku rozladěný. Na jedné straně ho to mrzí, ale na druhé straně si říká, že vidět je důležitější. S matkou situaci co se týká financí zvládají. Za nejvyšší hodnotu považuje zdraví.

Veškeré činnosti a terapeutické postupy mu byly vysvětleny, měl možnost si kdykoliv zatelefonovat buď z automatu na chodbě nebo z mobilního telefonu a vyřídit si co bylo potřeba. Sociální izolaci nepociťoval. Nenudil se. Během hospitalizace měl možnost sledovat televizi, zajít si do kantýny nebo pro noviny anebo se projít po areálu nemocnice. Na pokoji hráli karty. Jídla měl dost, úprava, teplota i množství vyhovovalo, ale zákusek po obědě si zašel koupit. Je mlsný. K pití měl na pokoji čaj, kterého bylo dost a pokud došel, sestry přinesly další. Pobízet k pití ho nikdo nemusel. S čistotou na oddělení byl spokojený. Určité omezení cítil, alespoň co se týká hospitalizace, měl starost o matku.

Návštěv měl za těch 8 dnů asi pět. Většinou děti s vnoučaty a kamarádi. Při návštěvách je nikdo neomezoval, mohli se posadit v jídelně nebo na pokoji, mohli spolu odejít i mimo oddělení. Visus při odchodu: vpravo pohyb, vlevo 5/5 Délka hospitalizace 8 dní.

S péčí lékařů i sester byl spokojený. Žádné problémy, které by způsobily odklad propuštění nebyly. Byl informovaný, jak má o sebe dál pečovat, kdy chodit na kontroly, kolikrát a jak si kapat. Dostal informační leták i telefonní číslo na ambulanci. Byl odkázán na oční optiku, kde si vyzvedl tmavé brýle. Ví kam se má obrátit v případě potíží i o tom, že je možné udělat nějaké úpravy v bytě, ale zatím nic dělat nebude. Počká, co bude dál.

Případová studie 5

Pacientka X. E., žena, vdova, narozena 1933, 75 let

Důchodce, dříve prodavačka.

RA: otec zemřel v 65 letech na CMP, matka zemřela v 69 letech na IM , léčila se

s diabetem.

OA: Hypertenze III. stupně, DM na inzulínu s diabetickou retinopatií, stp. CMP-TIA, recidivující fibrilace a flutter síní, stp. IM, žilní insuficience, stp. strumektomií, uzlinový syndrom na krku, tinitus(nedoslýchavost na pravé ucho).

Pacientka má zavedenu trvalou antikoagulační terapii.

GA: 1 porod, jeden potrat

Alergická není, nekuřačka, alkohol nepije.

2 sourozenci. Sestra zemřela v pěti letech na infekci, bratr se léčí také s vysokým tlakem a diabetem.

V mládí viděla dobře, úrazy oka nebyly. Operace katarakty v r. 1999 vlevo, v roce 2002 vpravo.

Od září 2006 jí byl zjištěn vyšší NT, od té doby sledována v naší glaukomové poradně. V říjnu 2006 provedena trabekulotomie OD, výplach přední komory pravého oka. Aplikován alkohol retrobulbárně pro palčivé bolesti, vysokou nitrooční tenzi při amauroze OD pro absolutní glaukom.

Nynější onemocnění: Z pátku na sobotu přestala vidět i na levé oko, kde diagnostikován haemofthalmus.

Visus: OD: amauroza OS: 30cm prsty před BNT 42 33mmHg

Výška : 170 cm Váha 75 kg BMI – 25,95 normální váha

Byla přijata na oddělení a naplánovaná operace v CA vzhledem k recidivě hyfaemy a hemoftalmu.

Vzhledem k neuspokojivé kompenzaci diabetu byla operace v CA možná jen v akutním případě. Proto byla provedena změna terapie a po 4 dnech, po zlepšení stavu přistoupeno k operaci v neuroleptanalgézi.

Byla provedena pars plana vitrektomie s aplikací silikonového oleje s laserovou fotokoagulací sítnice. Pooperační průběh byl bez komplikací. Přetrvává zvýšený nitrooční tlak i přes zavedenou antiglaukomatozní terapii.

Pacientka je vdova. Žije sama v panelovém bytě na sídlišti. Má jednu dceru , se kterou

se nepohodla, nestýkají se. Bratr žije v USA, naposledy se viděli před třemi lety.

Stará se o ni vnučka a dle mínění pacientky velmi dobře. Obstarává jí nákupy, pere, vozí jí na všechny kontroly a vyšetření, dohlíží na inzulín i léky, zajistila dovoz jídla přes agenturu domácí péče.

Má hodně kamarádek, které ji navštěvují a s kterými si ráda povídá. Chodí s nimi i na procházky po městě. Dřív ráda cvičila, chodila do Sokola. Teď sleduje televizní seriály, ale spíš poslouchá protože vidění se hodně zhoršilo. Je věřící, římskokatolického vyznání. Do kostela chodila dosud každou neděli s kamarádkami.

Vše bere tak jak přichází, ale teď má strach z toho, co bude dál, nechce být odkázána na pomoc jiných Za nejvyšší hodnotu považuje zdraví.

Pacientka přichází v doprovodu vnučky. Má strach z dalšího vývoje onemocnění, je smutná, plačtivá, nejeví zájem o komunikaci. Nestačila se ještě vzpamatovat z prodělané mozkové příhody, kterou prodělala před třemi měsíci. Po ní se jí zhoršil sluch hlavně na pravém uchu. Proto jí vnučka zařídila vyšetření a nyní čeká už jen na naslouchadlo. Zná domácí řád i práva pacienta, seznamovat s nimi nechce, nemá dobrou náladu. Jelikož zná oddělení z předchozích hospitalizací, ukládá ji sestra na pokoj i lůžko jako při minulé hospitalizaci, se dvěma dalšími pacientkami. Problémy s orientací nemá, sama si pomalu dojde na WC, nutný dohled. Je schopna sebeobsluhy v aktivitách denního života, potřebuje jen částečnou dopomocí při pohybu mimo oddělení a při chůzi po schodech.

Je vyšetřena lékařem, který jí seznamuje s výsledky vyšetření a vysvětluje nutnost operačního zákroku. Pacientka podepisuje souhlas k operaci.

Při přijetí je čistá, upravená. Paní je orientovaná osobou, místem i časem. Řeč je plynulá, schopnost dorozumění je dobrá, pokud sestra stojí tak, aby pacientka mohla odezírat. Pokud je možné přes den při komunikaci mluvit hlasitěji, problémy nejsou. V noci pacientka spí a problémy nejsou. Na toaletu si dojde sama, doprovod nepotřebuje.

Doma i za hospitalizace dodržuje diabetickou dietu, zvláštní úpravu stravy nevyžaduje, používá zubní protézy, porce i teplota jídla jí vyhovují. Doma si jídlo sama ohřívá v mikrovlnné troubě, nají se sama. Tekutin přijímá asi 2litry, hlavně neslazený čaj

a minerálky.

Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů. Končetiny bez otoků. S vyprazdňováním problémy nemá. Dříve používala brýle, ale teď už jí nepomáhají. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Faktorem bránícím tělesné aktivitě je zhoršený zrak a srdeční onemocnění.

Se spánkem problémy nemá, usíná ihned po aplikaci nočního inzulínu, někdy i před ním a je nutné dohlédnout na to, aby se najedla. Na oddělení je v noci klid. Spolupacienti ji neruší. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji jí vyhovuje. Dušná není. Závratěmi netrpí.

Inzulín si doma aplikovala sama pomocí inzulínového pera, proto jí bylo ponecháno a byla kontrolována každá jeho aplikace. Na nočním stolku měla zvonek k přivolání sestry. Byla poučena jak se zvonkem zachází.

Vzhledem k tomu, že pacientka je diabetička a po operaci zvracela, byla výživa a hydratace zajištěna intravenózně zavedenou flexilou. V den operace se vyprazdňovala na mísu, neměla pocit, že by nebyl respektován stud a intimita. Večerní hygiena byla provedena až v pozdějších hodinách na pokoji s pomocí sestry. Bolesti po operaci měla, ale byly dostatečně tlumeny injekcemi.

V dalších dnech již zvládá denní aktivity, je nutný dohled nad hladinami glykémie a aplikací inzulínu, dále probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka. Jelikož přetrvává zvýšená tenze, jsou ordinovány infuze Manitolu do zavedené flexily a kapky ke snížení NT. Stav se pomalu upravuje. Bolesti nemá.

Po nedávno prodělané CMP byla pacientka psychicky labilní, při zhoršeném sluchu nejevila zájem o komunikaci ani o okolí. V souvislosti s postižením zraku její stav ještě zhoršil. Byl nutný trpělivý a vstřícný přístup lékařů i sester. Veškeré činnosti a terapeutické postupy jí byly vysvětleny, měla možnost si kdykoliv zatelefonovat, poradit se s vnučkou a rozhodnout spolu s lékaři o dalším postupu léčby. Všechny lékaře i sestry znala již z dřívějšíka, proto pokud měla strach nebo obavy, obracela se na ně a důvěřovala jim.

Během hospitalizace se její psychický stav zlepšil. Hodně pomáhaly návštěvy. Sama navazovala rozhovor, vyhledávala přítomnost spolupacientek. V jídelně spolu

s ostatními poslouchala televizi, zajímaly jí zprávy a hudební pořady.

Zvládala sama běžné denní aktivity. Zajímala se o dění kolem sebe i o novinky z okolí. I přes svůj vážný stav dokázala zajímat o problémy spolupacientek povzbudit je a podpořit.

V nemocnici jí chyběly bohoslužby, ale pomodlila se i sama. Ví, že je možné zařídit návštěvu duchovního u lůžka, ale nechce nikoho zatěžovat. Visus vlevo při propuštění 4/50 s korekcí. Byla hospitalizována 23 dní.

S péčí lékařů i sester byla spokojená. Věnovali se jí hodně, je jim moc vděčná. O svém zdravotním stavu byla informována denně při vizitě, informace byly poskytnuty i vnučce nemocné. Největším problémem pro ni bylo vyrovnat se současným stavem, nepodlehnout panice a nepřidělavat vnučce další starosti. Žádné finanční problémy nemá. Úpravy v bytě nebudou nutné, provedly je asi před rokem, kdy se začal horšit zrak.

Co se týká doporučení a edukace byla jí vysvětlena nutnost pravidelné aplikace kapek a byla poučená o případných komplikacích, také o tom že kapky musí mít v zásobě tak, aby jí nedošly a nezůstala bez kapání. Ví o nutnosti pravidelných kontrol. Byl jim dán kontakt na Tyfloservis, sociální sestru i na ambulantní sestru.

Pokud by měla oddělení doporučit někomu z rodiny nebo známému, určitě by to ráda udělala.

Případová studie 6

Pacientka X. F., žena, vdaná, narozená 1929, 78 let

Důchodce, dříve úřednice ve spořitelně.

Přichází k plánované operaci levého oka pro kataraktu.

RA: otec zahynul za války v koncentračním táboře, matka zemřela ve věku 76 let. Také měla šedý zákal

1 bratr po operaci katarakty obou očí na našem oddělení

OA: Prodělala běžné dětské nemoci, s očima se nikdy neléčila, stp. TBC plic, operaci levého kolene, léčí se s gonartrozou, osteoporozou, má endoprotézu, asi 10 let se léčí s vysokým krevním tlakem

NO : Cataracta senilis corticalis oculi utriusque

Angiopathia retinae hypertonica 1.st. oculi utriusque

GA : Porody 3. Samovyšetření prsů neprovádí

Nekouří, alkohol nepije

Alergická není.

Přichází k plánované operaci levého oka pro kataraktu.

Váha : 70kg

Výška 162 cm

BMI 26,67 nadváha

Při přijetí visus: OD 5/15

OS 5/30

BNT 19

18 mmHg

Při operaci došlo při fakoemulzifikaci ke spontánní ruptuře zadního pouzdra a k vniknutí části čočkových hmot do sklivce. Ty byly odstraněny přední vitrektomií a byl proveden výplach přední komory a sutura rohovky. Poté provedena vitrektomie v oblasti zadního pólu, kde byly rovněž čočkové hmoty. Během PPV dochází ke krvácení na sítnici, proto byla opakovaně provedena PPV hemoftalmu a endofotokagulace. Na provedeném UZV ve sklivci hemoftalmus proto po třech dnech provedena punkce a laváž přední oční komory v lokální anestézii.

Paní je v důchodu. Vdaná je už 55 let. Bydlí s manželem v rodinném domku. Manžel také hůř vidí, má makulární degeneraci, ale zatím se obejde sám, potřebuje pomoc jen při kapání do očí.

Mají dvě děti. První dcera teprve půlroční zemřela, potom se narodily dvě zdravé děti, které společně s manželem vychovali. Pokud má nějaké problémy, řeší je společně s manželem. Je pro ní oporou.

Vztahy s dětmi jsou velmi dobré, se často navštěvují, protože bydlí ve stejném městě. Dcera je 14 let vdovou, její manžel zahynul při autonehodě tak s manželem pomáhali při výchově vnuka. K jejím koníčkům patří domácnost. Nemají žádné hospodářství ani psa nebo kočku.

Ráda chodí na procházky s bývalou kolegyní, pravidelně se navštěvují. Ráda čte. Dříve hodně vyšívala a pletla. Teď už jí to nebaví. Při delší chůzi používá francouzskou hůl. Je plně soběstačná. Opatrovala sousedku, která neměla děti až do její smrti v tomto

roce. Je věřící, dříve chodila do kostela, ale už nechodí, pomodlí se doma. Doufá, že se brzy uzdraví a bude se moci věnovat manželovi a vnoučatům. Nejvyšší hodnotou je pro ní zdraví celé rodiny.

Doma někdy mívá problémy se spaním, tak jí lékař předepsal Diazepam.

Při příjmu pacientka čistá, upravená. S osobními věcmi si přinesla vlastní pyžamo i župan, vše čisté.

Slyší a dorozumívá se dobře, schopnost dorozumění je dobrá. Hůř vidí na levé oko. Bolesti nemá. Cítí se celkem dobře, dietu žádnou nedrží, tekutin vypije asi dva litry denně, hlavně bylinkové čaje. S vyprazdňování problémy nemá. Poslední menstruaci si nepamatuje. Na preventivní prohlídky chodí. Je očkovaná proti chřipce. K zubaři nechodí, má protézy a ty jí vyhovují už několik let.

Byla seznámena s oddělením, s domácím řádem i právy pacienta. Je orientovaná, schopna sebeobsluhy v aktivitách denního života.

Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů. Na dolních končetinách lehké otoky v oblasti kotníků.

Tělesné aktivitě brání jen postižení kolene, někdy při moc velké námaze dušnost. Na čtení používá brýle a při delší chůzi francouzskou hůl. Se spánkem má problémy, špatně usíná, je zvyklá z domu na Diazepam. Je vyšetřena, seznámena s výsledky vyšetření a operačním zákrokem a podepisuje souhlas k operaci.

Z operace má strach i když jí bratr říkal, že strach mít nemusí. Částečně ji uklidnila paní doktorka a sestřička, která si s ní popovídala.

Uspaná nebyla, po operaci se mohla najíst, ale neměla chuť na jídlo. Na WC si zašla sama. Navečer se ještě osprchovala, pomoc nepotřebovala. Večer jí sestra naměřila vysoký krevní tlak a začalo jí bolet operované oko. Dostala tabletu na snížení tlaku a injekci od bolesti. Injekce ale nezabrala, opět byl naměřen vysoký tlak.

Proto dostala infuzi a za dvě hodiny další. Pak teprve se jí ulevilo a usnula. Nezvracela. Ráno se cítila unavená. Zvonek měla na nočním stolku, byla poučená jak s ním zacházet, emitní misku a buničinu měla u ruky, o poloze, ve které má ležet byla poučena sestrou i lékařkou.

V dalších dnech již zvládá denní aktivity, probíhají měření nitrooční tenze a kontroly

oka. Protože bylo zapotřebí dalšího zákroku, seznámila ji doktorka s jeho nutností a významem.

Na oddělení byl v noci klid. Spolupacienti ji nerušili, ale cítila unavená a pospávala i přes den. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji jí vyhovovala.

Zvláštní úpravu stravy neměla, porce i teplota jídla jí vyhovovaly i doba podávání jídla. K pití jí nemusely sestry pobízet. Čaje byl vždy na stole v konvici dostatek. Problémy ani neshody se spolupacienty ani sestrami nebyly.

Vše co se kolem jejího stavu odehrávalo jí bylo vysvětleno a pokud něčemu nerozuměla, mohla se kdykoliv zeptat. Měla možnost každý den při vizitě i mimo ní. Informace které dostala byly srozumitelné, rozuměla jim a měla možnost se účastnit na rozhodování při dalším postupu léčby. Mobilní telefon s sebou neměla, ale měla možnost si kdykoliv zavolat z automatu ve vestibulu před oddělením. Pokud jí volala rodina na oddělení, přinesly jí sestry přenosný telefon. Lékařka se jí představila, některé sestry z oddělení znala již z dřívějších, kdy chodila na návštěvy za bratrem. Každá sestra i lékař měli vizitku se jménem. Pokud měla strach nebo obavy, obracela se na ně a důvěřovala jim, protože bratr všechny sestry moc chválil. S chováním personálu i s poskytovanou péčí byla velmi spokojená. Všem se maximálně věnovali.

Pacientka je společenská, se spolupacientkou na pokoji i ostatními na oddělení vycházela velmi dobře a snadno navazovala rozhovor. Chodila si povyprávět i na jiné pokoje, dívala se v jídelně na televizi, hlavně na seriály, které sleduje doma i s manželem. Někdy si zašla pro kávu nebo čokoládu do automatu ve vestibulu před oddělením. Na nudu si nestěžuje, mohla si kdykoliv zajít něco koupit do kantýny nebo novinového stánku nebo se jen tak s ostatními projít. Nemá pocit, že by jí něco chybělo. Navštěvovaly ji dcera i syn s vnuky a manžel. Po každé jejich návštěvě jak sama říká ožila. Nikdo je neomezoval v délce ani v četnosti návštěv. Příbuzní měli možnost kdykoliv se setkat se sestrou a pokud potřebovali mluvit s někým z lékařů, nebyl žádný problém setkání domluvit. Večer se pomodlila na pokoji tak jako doma a spolupacientka se k ní připojila. O možnosti bohoslužeb nevěděla, ale doma už taky do kostela nechodí. O svém zdravotním stavu byla informována denně při vizitě, informace byly poskytnuty i rodině. Při přeložení na jiný pokoj měla problém s chůzí po schodech, kdy špatně

odhadovala výšku schodu. Protože při chůzi používá hůl, byl nutný nácvik chůze, aby se předešlo pádu a úrazu a aby pacientka měla pocit jistoty a bezpečí.

Chování všech se jí velmi líbilo, dokázali uklidnit a povzbudit. I prostředí se jí moc líbilo, všude bylo čisto, uklizeno. Určitě by oddělení doporučila známým. Žádné finanční problémy nemá. Jediné co jí chybělo po dobu hospitalizace byl manžel, o kterého se bojí. Ale starala se o něj dcera a tak byla klidná. Samotnou by ji nenapadlo dělat nějaké úpravy v bytě, ale po poskytnutí informací o jejich možnosti je určitě v blízké době využije, hlavně kvůli manželovi, který postupně ztrácí zrak, ale i pro sebe, protože teď vidí hůř než před operací.

Byla hospitalizovaná 10 dní. Visus při propuštění na pravém oku stejný, na levém oku pohyb.

Při propuštění byla poučená, bylo jí vysvětleno jak a kolikrát si má do operovaného oka kapat, aby nebyly komplikace, a aby měla vždy kapky v zásobě tak, aby jí nedošly a nezůstala bez nich. Ví kdy a kam má přijít na kontrolu i kdy má jít k praktickému lékaři. Je objednaná k operaci další a po ní by se vidění mělo podle informace od primáře ještě zlepšit. Byla ráda za poskytnutí kontaktu na sociální pracovníci a naTyfloservis. Ostatní zajistí syn. Na otázku co by si přála změnit na oddělení odpovídá že by nic neměnila.

Případová studie 7

Pacient X. G., muž, ženatý, narozen 1955, 51 let

Pracuje jako opravář televizorů

Přiját k PPV pravého oka pro suspektní amoci sítnice s trhlinou v nejzazší periférii.

RA: matka se léčí s vysokým krevním tlakem, je po gynekologické operaci.

otec : prodělal dva infarkty, léčil se srdcem, zemřel na rakovinu plic v 70 letech.

OA: běžná dětská onemocnění, operace ani úrazy nebyly. Léčí se pro žilní onemocnění.

Vždy viděl dobře, s očima se nikdy neléčil.

Alergický není, dietu nedrží. Kouří asi 20 let okolo 15 cigaret denně. Alkohol příležitostně.

1 sourozenec-bratr, je zdravý.

Opakovaná hospitalizace po dvou měsících. Při opravě televizoru byl zasažen hliníkovým válečkem do pravého oka. Poprvé byl přijat pro hemoftalmus k observaci. Tehdy byla v lokální anestézii provedena preventivní transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice, nasazeny injekce Dicynonu a Calcia a tablety Ascorutinu. Poté byl pacient propuštěn do domácího léčení.

Po dvou měsících přichází pro porušené periferní vidění. Je přijat k vyšetření. Při něm diagnostikována amoce sítnice s trhlinou v nejzazší periférii.

V celkové intravenózní anestézii bylo provedeno odstranění hutných krevních zákalů, provedena PPV, tonizace bulbu a kryopexie sítnice.

Pooperační průběh byl bez komplikací. Celkově podáváno Calcium, lokálně antibiotika s kortikoidy.

Visus při přijetí : 5/ 7, 5 vpravo, 5/ 5 vlevo

Váha : 78

Výška : 184

BMI : 23,04 normální váha

Pacient je ženatý, žije s manželkou a dvěma dospělými dětmi v rodinném domku, který si postavili. Svoje pracoviště má doma, nemusí nikam docházet. Když je třeba obstará nákupy, dovede uvařit. Jen s prádlem by si sám nevěděl rady.

Manželka i dcera pracují jako zdravotní sestry v místní nemocnici.

Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Po smrti otce pacienta se spolu s manželkou starají o jeho matku.

Mezi jeho koníčky patří sport. Hraje volejbal a jezdí s partou kamarádů a rodinou na vodu. V zimě jezdí se stejnou partou na běžky. Rád se dívá v televizi na sportovní přenosy, hlavně na kopanou, kterou dřív aktivně hrával.

S manželkou jezdí na kole, chodí na koncerty a kulturní akce. Doma mají psa, se kterým chodí na vycházky. Finanční situace by mohla být i lepší, ale nestěžuje si. Není věřící i když pokřtěný je a kdysi do kostela chodil.

Chodí na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři i k zubaři. Zuby má svoje a ještě dobré. Dietu žádnou nedrží, jí co mu chutná, má rád i sladké. S váhou nemá problémy, hodně sportuje. Tekutin vypije i tři litry, protože se při námaze dost potí. Pije hlavně

minerálky a po volejbalu si rád zajde s partou na pivo. S domácím řádem a právy pacienta ho sestra nemusela seznamovat, znal je z minula. Protože byla plánovaná operace v celkové anestézii, sestra jej uložila na pokoj, na kterém bude i po operaci. Zpočátku byl sám, protože jiný pacient v ten den operovaný nebyl, později byli na pokoji dva. Problémy s orientací nemá, protože na levé oko vidí dobře, je schopen sebeobsluhy v aktivitách denního života.

Je čistý, upravený, kůže čistá, bez defektů a dekubitů. Končetiny bez otoků. S vyprazdňováním problémy nemá. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Je plně soběstačný.

Zvláštní úpravu stravy nevyžaduje. Teplota podávané stravy je vyhovující. Tekutiny přijímá v dostatečném množství. Dušný není. Závratěmi netrpí. Se spánkem problémy nemá. Na oddělení je v noci klid, jen někdy zazvoní telefon nebo zvonek z ambulance, ale neruší ho. Teplota na pokoji mu vyhovuje, může si ji sám regulovat, nemá rád moc teplé prostředí.

Při operaci byl uspaný. Věděl co ho čeká. Lékař jej informoval o zákroku i o poloze, ve které má po operaci ležet, sestra mu vysvětlila nutnost lačnění a hygieny, řekla mu jak zacházet se signalizací. Problémy ani neshody se sestrami nebyly. Po operaci měl bolesti, ale dostal injekci a bolest ustoupila. Odpoledne pospával. Zvonek k přivolání sestry měl na nočním stolku i emitní misku a buničinu. Špatně mu nebylo, nebyl nucený vyprazdňovat se na lůžku. Poprvé šel na WC v doprovodu sestry, poté již chodil sám. Večeři mu přinesla sestra na pokoj. Hygienu zvládl sám, pomoc sestry nepotřeboval. Ráno se cítí celkem dobře, nezvrací, bolesti nemá. Rovněž v dalších dnech již bez problémů. Probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka.

Nejvíce potřeboval pomoc sestry při péči o operované oko a den před operací, kdy i když to nepřiznal, měl trochu strach. Svoji ošetřující lékařku i sestru znal z minulé hospitalizace. Pokud něco potřeboval, tak to byly hlavně informace. Zpočátku byl rozladěný, vystresovaný, měl obavy co bude dál. Obracel se na sestru nebo lékaře, se kterým měl možnost hovořit denně při vizitě. Měl možnost hovořit denně i s primářem oddělení. Informacím rozuměl, vždy byly podány v soukromí. Protichůdné informace nedostal, líbilo se mu jednání sester i lékařů s pacienty. Na sestry se mohl obrátit

kdykoliv. Důvěřoval jim. Nikdy se nestalo, že by ho někdo odbyl nebo na něj neměl čas. Veškeré činnosti a terapeutické postupy mu byly vysvětleny, měl možnost si kdykoliv zatelefonovat, mobil měl u sebe nebo mohl volat z automatu ve vestibulu a vyřídit si co potřeboval. Nenudil se. První den po operaci pospával, ale další dny chodil na televizi, četl noviny, které mu nosily návštěvy a poslouchal hudbu. Mohl si odejít za manželkou, do kantýny nebo se jen tak projít. Moc ven chodit nechtěl, aby se nenachladil po operaci.

Teplota podávané stravy mu vyhovovala, ale porce by mohly být i větší, hlavně snídaně. Ta mu nestačila a manželka mu nosila jídlo z domu. K pití měl na pokoji čaj a minerálky. Pobízet k pití ho nikdo nemusel. S čistotou na oddělení byl spokojený.

Na návštěvu za ním chodila denně manželka i dcera. Synovi to nedovolovaly pracovní povinnosti, ale když mohl, přicházel až v pozdějších hodinách. Při návštěvách je nikdo neomezoval, mohli se posadit v jídelně nebo na pokoji, mohli spolu odejít i mimo oddělení. S manželkou si zašel na kávu do kantýny. S péčí lékařů i sester byl spokojený. On sám by tuto práci dělat nemohl, neměl by tu trpělivost. Je sice klid'as, ale někdy by to asi nezvládl. Na otázku jestli by chtěl být víc zapojen do své léčby odpovídá, že asi ne, protože si myslí, že lékař situaci rozumí a dělá všechno pro to, aby se stav upravil. Informace, které dostal mu stačily.

S rozhodnutím lékařů souhlasil, důvěřoval jim. Kdyby měl hodnotit známkou jako ve škole dal by jedničku. I když ví, že jiná pracoviště jsou moderní, vybavená a péče je tam kvalitní, oddělení by doporučil všem známým. Vyhovovalo mu klidné prostředí malého oddělení. Žádné problémy, které by způsobily odklad propuštění nebyly. Byl informovaný o dalším postupu léčby, kontrolách, nutnosti kapání i o případných komplikacích. Práce mu neutěče, nikdo ji za něj neudělá. Hlavně si přeje, aby oko bylo v pořádku. Na otázku co by si přál změnit na oddělení odpovídá hygienické zařízení. Je malé a nevyhovující. Nedostačuje kapacitě oddělení. Nejvyšší hodnotou je pro něj rodina a zdraví jeho a celé rodiny. Délka hospitalizace 8 dní. Visus při propuštění stejný.

Případová studie 8

Pacientka X. H., žena, vdaná, narozená 1922, 86 let.

Důchodce, dříve pracovala jako poštovní doručovatelka.

Přichází pro zhoršené vidění na levém oku.

RA: otec zemřel ve válce na nějakou infekci, matka zemřela ve věku 76 let na TBC plic.

Matka i bratr měli diabetes. Žádné oční onemocnění v rodině si nepamatuje.

Sourozenci: 2, žádný již nežije. Nepamatuje si na co kdo zemřel.

OA: Prodělala běžné dětské nemoci, s očima se nikdy neléčila. Operace ani úrazy nebyly. Asi 18 let se léčí s diabetem, nyní na PAD a inzulinu. V lednu tohoto roku prodělala cévní mozkovou příhodu. Vždy viděla dobře

Byla hospitalizovaná již v minulosti pro hemoftalmus

NO: včera přišla na ambulanci, kde po ultrazvukovém vyšetření byly zjištěny hmoty ve sklivci a ablace zadní sklivcové membrány a amoce sítnice levého oka.

GA: Porody 0, potrat 0

Nekouří, alkohol nepije.

Alergická není.

Pacientka přijata k operaci hemoftalmu a suspektní amoce sítnice - PPV + SO v celkové anestézii

Váha : 60kg

Výška 165 cm

BMI 22,04 - normální váha

Při přijetí visus OD 5/20 s korekcí OS 1/50 NT bezkontaktně 15 19 mmHg

Při propuštění

OD5/20

OS stenopicky 5/20 lepší

Délka hospitalizace 10 dní.

Pacientka je v důchodu. Vdaná je už přes 60 let. Bydlí s manželem v malém domku na vesnici. Jsou bezdětní. Ona děti mít nemohla. Pomáhala s výchovou dětí nejmladší sestry, která celý život měla zdravotní problémy a tak byla jejím dětem náhradní matkou. Po smrti sestry se děti rozprchly do světa a doma nezůstal nikdo. Tak žili s manželem jeden pro druhého. Pokud má nějaké problémy, řeší je společně. Je pro ní velkou oporou. Ona sama už dost zapomíná.

Manžel vidí ještě celkem dobře, i když používá brýle také. Zatím nakupuje a vše obstarává on. Vztahy mezi nimi jsou velmi dobré. Dřív ji bavila práce na zahradě a ráda sledovala televizní seriály. Ráda pekla. Teď už ale práci fyzicky nezvládá a na televizi vidí moc špatně. Spíše jen poslouchá. Nemají už žádné hospodářství, jen psa a kočku.

I při vysokém věku je soběstačná. Je orientovaná osobou i časem. Dělá jí ale problém orientace v prostoru. Cítí se celkem dobře, až na to, že jí hodně bolí kolena. Bez holí nedojde. Dietu žádnou nedrží, tekutin vypije asi 3 litry denně, má pocit žízně. Pije hlavně neslazený čaj. S vyprazdňování problémy nemá. Poslední menstruaci si nepamatuje. Na preventivní prohlídky nechodí. Je očkovaná proti chřipce. K zubaři nechodí, má protézy a ani ty už nepoužívá. Nedrží ji u ústech. Slyší hůře a proto používá sluchátko. Stěžuje si na bolesti kolenních kloubů.

S vyprazdňování stolice mívá někdy problém. Občas si vezme kapky, po kterých jde lépe na stolicí nebo pije kyšku.

Je věřící, do kostela chodila i s manželem každou neděli, teď už chodí málo. Doufá, že se brzy uzdraví. Nejvyšší hodnotou je pro ní zdraví její i manželovo. Bez něj si život nedokáže představit. Musela by jít někam do ústavu.

Po interním vyšetření je přistoupeno k operaci hemoftalmu a suspektní amoce sítnice levého oka. Pacientka je schopná zákroku v celkové anestézii.

Při operaci provedena fakoemulzifikace s implantací nitrooční čočky, je provedena PPV hemoftalmu, se silikonovým olejem, laserová fotokoagulace sítnice a transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice. Peroperační i pooperační průběh byl bez komplikací.

K příjmu jí přiváží sanitka. Pacientka je čistá, upravená. Inzulínová pera, toaletní potřeby a přezůvky si přinesla s sebou, vše jí připravil manžel.

Kůže je čistá, bez defektů a dekubitů. Dolní končetiny bez otoků.

Tělesné aktivitě brání bolesti kloubů, hlavně kolen. Na čtení používá brýle, při chůzi francouzské hole. Se spánkem nemá problémy, usíná dobře, zdřímne si i po obědě a tak si odpočine. Někdy se stane že usne i u televize. Teď vlastně jen odpočívá. Na pokoji je uložena společně s dalšími dvěma pacientkami také přijatými k operaci.

Je vyšetřena, seznámena s výsledky vyšetření a operačním zákrokem a podepisuje

souhlas k operaci. Z operace má velký strach. Přece je už dost stará. Se spolupacientkami komunikuje málo, spíš jen poslouchá. Sestra i spolupacientky jí pomáhaly překonat strach. Částečně ji uklidnila paní doktorka. Nejvíc sestra.

Byla seznámena s oddělením, s domácím řádem i právy pacienta. Před operací jí vykapaly infuze. Operace byla provedena v celkové anestézii. Nezvracela. Zvonek k přivolání sestry měla na nočním stolku, byla poučená jak s ním zacházet, emitní misku a buničinu měla u ruky, o poloze, ve které má ležet byla poučena sestrou i lékařkou, ale musela být kontrolována. Vyprazdňovala se na lůžku na podložní mísu. Pocit studu neměla. Pokud potřebovala na mísu zazvonila si na sestru. Sestra vyzvala ostatní pacientky, aby na chvíli odešly z pokoje. Večer jí sestra umyla na lůžku, necítila se na to, aby šla do koupelny. Nevečeřela, dostala infuze. Protože měla bolesti, dostala injekci a do půl hodiny bolesti ustoupili. Večer měla ještě bolesti, ale již ne tak silné, sestra jí dala nějakou tabletu. Po té se jí ulevilo a usnula. Když jí v noci jí sestra odebírala krev, už spala.

Ráno již snídala, předtím jí odebíraly krev, a píchli inzulín. K vizitě si došla v doprovodu sestry. Pomoc potřebovala při orientaci na oddělení. Je už popletená, neví kam by došla. V dalších dnech již zvládá denní aktivity sama. Probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka.

Na oddělení byl v noci klid. Spolupacienti ji nerušili, ale cítila unavená a pospávala i přes den. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji jí vyhovovala.

Setra jí nabídla možnost mletého masa ve stravě, ale odmítla.. Porce i teplota jídla jí vyhovovaly i doba podávání jídla. K pití jí nemusely sestry pobízet. Čaje byl vždy dostatek. a sestry jí nalily do sklenice kdykoliv ji měla prázdnou. Problémy ani neshody se spolupacienty ani sestrami nebyly. Myslí si, že informací měla dost, ale netroufla by si o ničem rozhodovat. Doktorka se jí sice ptala, ale ona nechala všechno na ní, protože tomu nerozumí a manžel taky ne. Vše co se kolem jejího stavu odehrávalo jí bylo vysvětleno a pokud něčemu nerozuměla, mohla se kdykoliv zeptat. Měla možnost každý den při vizitě i mimo ní. Mobilní telefon nemá, neumí s ním zacházet. Na chodbě je automat, ale volat nebude. Když volá manžel a ptá se na ní, sestra jí telefon přinese a ona už jen poslouchá a mluví. Jestli se jí sestry nebo doktorky představily neví,

nepamatuje si to. Když měla strach, obracela se na sestry, kterým důvěřovala. Nestalo se jí, že by jí některá sestra odbyla nebo na ní neměla čas. Důvěřovala jim, s jejich chováním i s poskytovanou péčí byla spokojená.

Nemá pocit, že by se nudila. Poslouchala spolupacientky, ráda si poseděla po jídle v jídelně, kde vždycky byl někdo, kdo se díval na televizi, tak se dívala s ním. S lidmi vycházela bez problému. Nemá ráda zbytečné problémy. Pokud za ní přišel manžel, zašli si pro kávu nebo čokoládu do automatu. Vždycky bylo znát, jak ráda ho vidí. Nikdo je neomezoval v délce ani v četnosti návštěv. Manžel si zašel za paní doktorkou a ta mu řekla vše, co potřeboval vědět. Sestra mu ukázala, jak jí má doma do oka kapat a taky mu řekla, kdy a kam mají přijít na oční kontrolu a kdy k obvodnímu lékaři. V bytě žádné úpravy dělat nebudou, jsou na to už staří a navíc doma to zná nazpaměť. Spolupacientky ji chtěly vzít s sebou na bohoslužbu, ale necítila se natolik silná, aby došla. Večer se pomodlila na pokoji tak jako doma.

Na oddělení se jí líbilo, všude bylo čisto, uklizeno. Určitě by ho doporučila známým. S penězi problém nemají, vždycky byla zvyklá šetřit a nic nutně nepotřebují. Nejvíc jí chyběl po manžel. Jsou spolu už 66let. Jsou na sebe zvyklí a jeden o druhého se bojí.

Při propuštění vidí na operované oko lépe. Byla poučená, bylo jí vysvětleno jak a kolikrát si má do operovaného oka kapat, aby nebyly komplikace, byl poučen i manžel. Ví kdy a kam má přijít na kontrolu i kdy má jít k praktickému lékaři, ale nebude si to pamatovat. Proto jí sestra dala lístek, kde je všechno napsané. Ostatní zajistí manžel. Na otázku co by si přála změnit na oddělení odpovídá že by neví co by změnila.

Případová studie 9

Pacientka X. I., žena, vdaná, narozená 1942, 65 let

Důchodce, dříve pracovala jako učitelka na základní škole.

Přijata k plánované operaci katarakty levého oka.

RA: Matka zemřela ve věku 78 let na zápal plic po zlomenině krčku stehenní kosti.

Otec zemřel ve věku 60 let na infarkt.

OA: V dětství prodělala revmatickou horečku a operaci slepého střeva. Před půl rokem

prodělala bronchitidu, byla hospitalizovaná na plicním oddělení. S žádným onemocněním se neléčí, úrazy žádné neměla. V mládí viděla dobře.

GA: 6 porodů, 1 dcera zemřela 2 dny po porodu.

Alergická je na Penicilín.

Kouření 3 cigarety za 14 , alkohol příležitostně.

Bydlí s manželem a rodinou dcery v rodinném domě, který si postavili. Manžel je také v důchodu, ale chodí ještě vypomáhat do místní nástrojárny.

Má ještě 4 další děti a 10 vnoučat, která má velmi ráda. Všichni jsou zdraví.

Sama se s ničím neléčí, problémy nemá. Jen v poslední době přibrala dost na váze, což jí dost vadí.

Kouří asi 3 cigarety za 14 dní, to když přijede na návštěvu syn se snachou, která taky kouří. Spolu si zapálí a debatují o všem možném. Alkohol pije příležitostně, jen na nějaké oslavě v rodinném kruhu. Dietu nedrží žádnou, ale měla by, připadá si tlustá a neohrabaná. Tekutin vypije dost, má pocit, že tloustne po nich.

K jejím koníčkům patří plavání, četba a kytky. Ráda chodí plavat i s vnoučaty.

Na preventivní prohlídky chodí, je očkovaná proti chřipce. Zuby má celkem v pořádku svoje. Samovyšetření prsů provádí, chodí i na gynekologické prohlídky. Je věřící, do kostela chodí s manželem každou neděli. Nejvyšší hodnotou je pro ni rodina a její zdraví a láska.

O možnosti bohoslužeb v nemocnici ví, přečetla si v jídelně na oddělení vyvěšený leták. Zúčastnila se i bohoslužby. Věří, že se co nejdříve uzdraví a bude se moci brzy vrátit k manželovi a vnoučatům.

Při přijetí visus : OD 3/50 OS 30 cm prsty BNT 17,0 19mmHg

Váha : 86 kg Výška 162cm BMI 32,77 obezita

Operace byla provedena v lokální anestézii. Při fakoemulsifikaci čočky došlo k ruptuře zadního pouzdra. Byla provedena přední vitrektomie a implantace nitrooční čočky. Pooperační průběh byl bez komplikací. Visus při propuštění 5/35

Pacientka je čistá, vlasy má upravené, nehty udržované. Kůže je čistá, bez defektů a

dekubitů. Končetiny bez otoků, s vyprazdňováním problémy nemá. Je orientovaná, nemá problémy při komunikaci, dokáže udržet oční kontakt. Není problém se s ní domluvit. Zná domácí řád i práva pacienta, protože ležela před půl rokem na plicním oddělení. Je soběstačná. Tělesné aktivitě brání zhoršené vidění a při své váze se poslední dobou zadýchává. Používá brýle na čtení. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Se spánkem problémy nemá. Usíná poté, co odloží knihu. Je uložena na pokoji společně s dalšími dvěma pacientkami. Na pokoji se seznámily samy.

Po operaci bolesti neměla. Nezvracela. Zvonek k přivolání sestry měla na nočním stolku, byla poučená jak s ním zacházet. Byla upozorněna na to, v jaké poloze má po operaci ležet. Informovala jí sestra i doktorka.

Večerní hygienu provedla sama na pokoji, k večeři si došla do jídelny. V dalších dnech zvládá bez problémů všechny činnosti, probíhají měření nitrooční tenze a kontroly oka.

Bolesti měla, ale po podání tablety, kterou jí nabídla sestra, bolest do půl hodiny ustoupila. Večer sice měla mírnou bolest, ale řekla si, že je oko po operaci a má nárok bolet. Další tabletu už si nebrala a usnula i tak. Dál bolesti nebyly. Nebyla nucena se vyprazdňovat na mísu, k jídlu si došla do jídelny sama. Jídlo jí chutnalo, porce jídla i doba jeho podání jí vyhovovaly. Snědla vždy vše. Neměla potřebu se dojídat, ale když přišel manžel nebo někdo z dětí, vždycky něco dobrého přinesl, tak neodolala, rozdělila se spolupacientkami a všechno snědly. Čaje byl na stole vždy dostatek, ale má raději minerálky, které jí rodina nosila.

Na oddělení byl v noci klid. Nikdo nerušil. O sestrách, které v noci chodily po chodbách a pokojích ani nevěděla. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji by mohla být i nižší, ale ví starší paní, která je s ní na pokoji má raději teplo a tak si na spaní vyžádala lehčí deku.

Veškeré činnosti a terapeutické postupy jí byly vysvětleny, měla možnost každý den při vizitě hovořit s lékaři i primářem, což velmi ráda využívala. Informace které dostala byly srozumitelné, rozuměla jim a měla možnost se účastnit na rozhodování při dalším postupu léčby. Měla s sebou mobilní telefon a tak si mohla si kdykoliv zavolat, poradit se nebo si jen tak povyprávět s rodinou a zjistit, co je doma nového. Telefon byl i ve vestibulu před oddělením. Lékaře a sestry z oddělení neznala, doktorka se jí sice

představila, ale byly na oddělení tři a nikdy si nemohla uvědomit, která je která. Všechny byly mladé a jí se to pletlo. Všichni nosili jmenovky a na chodbě na nástěnce visel denně seznam sester, které měly ten den službu. Sestry byly vstřícné, pokud něco potřebovala, mohla se na ně kdykoliv obrátit, tak jak jí řekla sestra při přijetí. Pokud měla strach nebo obavy, obracela se na ně a důvěřovala jim.

Pacientka se ráda baví, je společenská, byla zvyklá pracovat celý život s dětmi a v jejím chování se odráží i její bývalá profese. Má tendenci organizovat, řídit nejen spolupacienty, ale i sestry. K žádným konfliktům naštěstí nedošlo. Doma se někdy dívá na televizi, po operaci se nedívala, nechtěla namáhat operované oko. Dřív hodně četla, v poslední době už neviděla levým okem, tak číst přestala. Při návštěvách se nejvíc těšila na dvě nejmladší vnučky - šestiletá dvojčata. Navštěvoval ji manžel a dvě z dětí, které bydlí poblíž. Nikdo je neomezoval v délce ani v četnosti návštěv. Mohli sedět v jídelně nebo na pokoji, mohli odejít i do vestibulu nebo ven. Na nudu si nestěžuje, nebyla hospitalizovaná tak dlouhou dobu, aby se stihla nudit. Sestra ukázala dceři i manželovi, jakým způsobem jí budou kapat do oka, pokud by sama nezvládala. Ale ona to zvládne, nebude přece nikoho otravovat. Není ještě tak stará a ani neschopná. Pokud měli příbuzní nějaké dotazy na sestru, sestra poradila nebo v rámci svých kompetencí odpověděla. Za lékařem si manžel zašel pro informace o jejím stavu. Večer po kapkách si ráda vyprávěla se spolupacientkami, hlavně těmi z blízkého okolí. Zajímala se o život svých bývalých žáků. Byla hospitalizována 3 dny.

Na otázku co potřebovala nejvíc odpovídá informace a zase dobře vidět. Doma hodně četla, chodila plavat, teď má trochu problém, protože bude muset být nějakou dobu v klidu a do bazénu kvůli infekci a tělesné námaze taky nebude moci. Strach z operace zprvu měla, ale po vysvětlení se uklidnila. Zmírnit strach jí pomohla sestra a lékařka, která ji přijímala.

S péčí lékařů i sester byla spokojená. Prostředí se jí moc líbilo, všude bylo čisto a uklizeno. Určitě by oddělení doporučila známým. Informací o svém zdravotním stavu měla dostatek, byly poskytnuty i rodině. Žádné finanční problémy nemá. Visus při propuštění 3/50 5/35 což je lepší než při přijetí. Proto úpravy v bytě nepovažuje za nutné. Je objednaná i k operaci druhého oka a věří, že se nevyskytnou žádné

komplikace a ona bude vidět.

Při propuštění jí byla vysvětlena nutnost pravidelné aplikace kapek a byla poučena o případných komplikacích. Ví kdy a kam má přijít na kontrolu i kdy má jít k praktickému lékaři. Na otázku co by si přála změnit na oddělení odpovídá, že by neškodila trocha modernizace, co se týká nábytku na pokojích a v jídelně. Ve sprše je málo místa a WC by mělo být na každém pokoji. I když jsou tyto nedostatky všeobecně známé, vzhledem k tomu, že oddělení je malé a zastaralé a nemá prostory ani finance na tyto úpravy, není možné úpravy realizovat.

Případová studie 10

Pacient X. J., muž, ženatý, narozen 1940, 68 let

Důchodce, dříve pracoval jako řezník

RA: otec zemřel na rakovinu žaludku, matka dosud žije, léčí se s diabetem a vysokým tlakem.

2 sourozenci, bratr se léčí s vysokým tlakem, sestra je po gynekologické operaci.

OA: prodělal běžné dětské nemoci, je po operaci levého bérce pro komplikovanou zlomeninu při úrazu na motorce. Asi před půl rokem mu byl zjištěn vysoký tlak, užívá tablety Lokren.

Vždy viděl dobře, s očima se neléčil.

Nekuřák, alkohol příznává.

NO: Odklízěl nařezané dřevěné špalky na dvoře a nechtě se udeřil do levého oka. Oko silně bolelo a přestával na něj vidět. Proto jej manželka odvezla do nemocnice.

Při ošetření na ambulanci mu byla zašita roztržená spojivka. Protože ošetřující lékařka měla podezření na odchlípení sítnice, provedla ultrazvukové vyšetření. Její domněnka se potvrdila. Byla mu vysvětlena nutnost přijetí a následné operace. Proto podepsal souhlas s přijetím a souhlas s operací. Byl přijatý k operaci amoce v celkové anestézii. Protože předpokládal, že by mohl v nemocnici zůstat, vzal si doklady i nejnnutnější věci s sebou.

Visus při přijetí : OD 5/7,5 OS pohyb-, světlocit +, světelná projekce chybí shora

a temporálně BNT 0/10 7,5 / 7,5 mmHg

Váha : 100g Výška 186 BMI 28,91- nadváha

Dg: H 33.0 Amotio retina.

Byla mu odebrána krev na vyšetření, byl na rentgenu srdce a plic a na interním vyšetření. Další den se operace uskutečnila.

Pan K je hovorný, sebevědomý muž. Žije s manželkou na vesnici v rodinném domku se zahradou. Dříve pracoval jako řezník, teď jen občas zajde ke známým udělat nějakou tu zabíjačku. Mají 3 děti. Všem postavili domky. Teď si užívají vnoučat. Klidu moc nemají, na zahradě je hodně práce a mají i hospodářství. Chovají prasata, králíky, slepice. Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Na manželku se může ve všem spolehnout. Na co on nestačí, ví že mu pomůže. Po dětech pomoc nechce, mají dost svých starostí. Jeho největším celoživotním koníčkem je myslivost. Nekouří, alkohol pije, občas si zajde s kamarády na pivo, no a na zabíjačkách si jako správný řezník si dá i tvrdý alkohol. Dietu nedrží, Tekutin vypije 2-3. Pije hlavně minerálky, čaj nemá rád. Zuby má udržované S vyprazdňováním problémy nemá. Používá brýle na čtení, na dálku viděl dobře. Žádné jiné kompenzační pomůcky nepoužívá.. Na preventivní prohlídky moc nechodí, On sám věřící je, ale do kostela chodí ale jen málo. Jde raděj do lesa. Říká že náboženství přenechává manželce.

Za nejvyšší hodnotu považuje zdraví, protože pokud je zdraví, tak všechno ostatní se dá zvládnout. Po finanční stránce nestrádá, kdyby potřeboval peníze, vždycky si je dokáže přivydělat. Neví, jak bude vidět, ale věří, že vše bude dobré.

Při přijetí je čistý, upravený, z úrazu se ještě nestačil vzpamatovat. Vůbec si není schopný vybavit, jak se to vůbec stalo.

Před operací měl dost informací od lékaře i od sestry. Byl seznámen s oddělením, věděl na koho se má obrátit v případě potřeby. Pokud něco nevěděl nebo si nepamatoval, zeptal se. I když je chlap, měl z operace strach. Nejen z operace, ale i z toho, že nebude vidět tak dobře jako dřív, že s myslivostí bude muset skončit. Jak se dověděl od sestry i od lékařky, nebude moci po operaci vykonávat těžkou práci, což je pro něj problém. Nakonec si řekl, že vidět chce a že udělá všechno, co je třeba. Pole neuteče a co

nepomohou děti prostě nebude.

Byla provedena operace v celkové anestézii: PPV a vnitřní tamponáda, laserová koagulace sítnice, transkonjunktivální kryopexie periferní sítnice a implantace nitrooční čočky.

Na pokoji byl první den sám. To nu spíš vyhovovalo, měl klid. Po operaci měl bolesti, proto si zvonil na sestru a vyžádal si injekci. Po ní se mu hodně ulevilo. Měl infuze a nesměl vstát z lůžka, proto mu sestra dala k lůžku močovou láhev. Močil sám, neměl pocit, že by nebyl respektován stud a soukromí. Nezvracel, špatně mu nebylo. Večeři odmítl, neměl chuť na jídlo. Pil jen čaj. Večer s ním zašla sestra do sprchy. Sám se v sedě osprchoval, pomoc nepotřeboval. V noci ho oko znova bolelo, proto si vyžádal další injekci. Bolest ustoupila a asi po půlnoci usnul a spal až do rána. Unavený se ani necítil. Další den byly již bolesti slabší, injekci nechtěl, protože normálně jedl, dostal tabletu od bolesti. Tu si vzal i večer. Dále už bolesti nebyly. Oko sice trochu škrábalo, ale lékař vysvětlil, že je to způsobeno stehy v oku a pokud by byly problémy, má si dojít za sestrou na mastičku, což dělal a oko se vždy zklidnilo. Byl rád, když další den sestra k němu na pokoj umístila dalšího pacienta. Mohli si vyprávět. Později spolu chodili do kantýny na kávu.

Průběžně mu byly prováděny kontrolní odběry krve, měření nitrooční tenze a kontroly oka.

Problémy s orientací neměl, na pravé oko vidí dobře, je schopen se o sebe postarat, nepotřebuje žádnou pomoc. porce jídla by mohly být větší, ale na druhou stranu, když nic nedělá, jen by tloustl. Teplota jídla mu vyhovovala. Pije hlavně minerálky, čaj nemá rád.

Doma se spánkem nikdy problémy neměl. Usne po ulehnutí. Za celý den toho má dost. Ani tady nemá problém. Na oddělení je v noci klid, někdy sice zazvoní telefon nebo zvonek, ale neruší ho. Na dobu buzení si nestěžuje. Teplota na pokoji vyhovuje. Při vstávání z lůžka nemá žádné potíže, není tak starý.

Problémy ani neshody se sestrami nebyly. Bolesti po operaci měl, ale byly dostatečně tlumeny injekcemi a léky. Zvonek k přivolání sestry měl na nočním stolku i emitní misku a buničinu. Byl poučený jak se zvonkem zachází i o poloze, ve které má ležet.

Před operací mu zavedla sestra flexilu, do které dostával infuze s antibiotiky i po operaci.

Pokud potřeboval pomoc obracel se na sestru nebo lékaře, se kterým měl možnost hovořit denně při vizitě. Měl možnost hovořit denně i s primářem. Informace byly podány vždy v soukromí a rozuměl jim. Nestalo se mu, že by dostal protichůdné informace, že by ho někdo odbyl nebo na něj neměl čas. Sestrám i lékařům důvěřoval. Vše mu bylo vysvětleno, měl s sebou mobilní telefon, děti i manželka telefonovali a chodili jej navštěvovat. Přišli i kamarádi a sestra s manželem. Nikdo jej v ničem neomezoval. Sociální izolaci nepocíťoval. Nenudil se, odpočíval. I to je někdy dobré a člověk si to málo kdy uvědomí. Mohl sledovat televizi, zajít si do kantýny nebo pro noviny, projít se po areálu nemocnice. Byl hospitalizovaný 11 dní. Komplikací, která způsobila odklad propuštění byl fibrin v zornici. Proto aplikovány infuze se Solu-Medrolem a injekce Dexony pod spojivku.

S péčí i čistotou na oddělení byl spokojený. Byl informovaný, jak má o sebe dál pečovat, kdy chodit na kontroly, kolikrát a jak si kapat. Byl informován o případných komplikacích. Dostal informační leták. Doma se o něj postará manželka. Strach z budoucnosti jej částečně přešel, protože i kdyby vidění zůstalo takové jaké je, ke spokojenému životu by mu to stačilo.

Visus při odchodu OD 5/ 7,5 OS 1/50, stenopicky-5/20 slabě. Možnost úprav v bytě navržena, nechána ke zvážení pacientovi.

Na otázku, co by na oddělení zlepšil řekl, že by televize mohla být na každém pokoji.

Edukace sester

Sestra 1

48 let, praxe 23 let na dětském oddělení, 6 let na očním oddělení

Při příchodu pacienta na oddělení jsou pacienti usazeni do jídelny, odkud si je sestra odvádí. Ukáže nemocnému, kde se nachází pracovna sestery, jídelna, WC a koupelna. Zavede jej na pokoj, kde mu ukáže jeho lůžko a noční stolek. Vysvětlí pacientovi co se s ním bude během příštích okamžiků dít.

Odvádí si pacienta na sesternu a získává od něj základní údaje k tomu, aby mohl být zapsán do stavu a stravy. Pokud to dovoluje provoz, sepíše i sesterskou dokumentaci. To vše se děje ve stoje, na sesterně plné hluku a procházejících lidí. Pacient je značně nervózní, nestíhá sledovat provoz kolem sebe, zvonící telefony a už vůbec nestíhá vnímat podávané informace nebo odpovídat na to, na co se jej ona ptá.

Sestra edukuje a seznamuje sice přesně ale v nevhodném prostředí. Musí překřikovat ostatní, kteří například telefonují nebo o něčem právě hovoří. Intonace a síla jejího hlasu některým pacientům hodně vadí. Mají pocit, že s nimi jedná jako s malými dětmi, které by tento způsob jistě uvítaly a ocenily. Ale pro mnohé dospělé je tento způsob těžce přijatelný a vyvolává spíše nechuť otvírat se k rozhovoru. Sestra jim připadá odměřená a nadřazená. Jde za svým cílem, kterým je splnit požadavky týkající se příjmu a sepsání dokumentace a oni nemají možnost klást otázky.

Poté předá pacienta ošetřujícímu lékaři, který jej seznámí s jeho stavem a vysvětlí nutnost a princip operace a možné komplikace či trvalé následky.

Po vyšetření si sestra pacienta přebírá opět na sesternu, kde pacient podepisuje informovaný souhlas. Při aplikaci kapek a mastí edukuje nemocného, jak správně otvírat oko na kapání, kolikrát denně si bude přicházet nakapat, upozorňuje na domácí řád a práva pacientů a možnost návštěv.

Pokud jde nemocný na operaci v celkové anestézii informuje jej o nutnosti lačnění, o vysazení léků dle ordinace. Podává informace týkající se hygieny před operací, a hygienických zásad po operaci. Vysvětluje v kolik ráno hodin ráno začíná denní režim oddělení a kdy se má pacient ráno dostavit k vizitě.

V den operace edukuje pacienta o používání zvonku, poloze, kterou má po operace zaujmout, opakuje hygienické zásady.

Při propuštění informuje o nutnosti pokračování léčby pacienta i jeho rodinu, vydává jim informační letáky, upozorňuje na nutnost pravidelné aplikace kapek, nutnost nezůstat bez kapek, o další potřebě kontrol, o klidovém šetřícím režimu, o možnosti používání slunečních brýlí při pobytu venku. Upozorňuje na to, že v případě komplikací se má ihned dostavit na kontrolu. Dává kontakt na ambulantní sestru. Odkazuje na oční optiku. Neupozorňuje na možnosti soc. sestry, bohoslužby.

Sestra 2

36 let, praxe 10 let na interním oddělení, 7 let na očním oddělení

Sestra nejdříve s pomocí sanitárky umístí pacienty na pokoje, seznámí je s bezprostředním okolím. Po převléknutí pacienta jej seznámí s oddělením, ukáže mu WC, koupelnu, jídelnu, vyšetřovnu i pracovnu sester a odvede si jej buď do volného pokoje nebo jiné místnosti, např. jídelny, ve které je s pacientem o samotě. Tady si v klidu pacienta posadí a seznamuje jej s provozem oddělení a denním režimem, odkazuje na domácí řád a práva pacientů, které jsou vyvěšeny na každém pokoji. Získává od něj nutné informace. Mluví pomalu, jasně, zřetelně, nezvyšuje zbytečně hlas. Řeč doprovází i haptikou. Poté předává pacienta lékaři. Ten jej seznámí s jeho situací, nutností a principem operace a následným možným vývojem.

Po vyšetření dává sestra pacientovi k podpisu informovaný souhlas, vysvětluje způsob a možnost kapání, nacvičuje otvírání oka, zodpovídá případné dotazy, vyzývá pacienta k dalším dotazům pokud mu něco není jasné. Odkazuje na možnost zeptat se kohokoliv z personálu v případě nějaké nejasnosti. Snadno si získává důvěru pacienta. Nespěchá na něj, nezahlcuje jej množstvím informací. Podává je v průběhu dne. Nechá pacienta, aby si v klidu přečetl informace týkající se operace, domácí řád i práva pacientů. Pokud pacient špatně vidí, domácí řád mu ve zkrácené podobě vysvětlí. Informuje ohledně operace, hygieny, návyků, nutnosti lačnění před operací při celkové anestézii i o všech dalších podstatných činnostech. V den operace seznámí s používáním zvonku, s polohou i následnou péčí.

Poučí o nutnosti bandáže dolních končetin a nutnosti odložení zubní protézky či

naslouchadla. Vysvětlí nutnost případného převozu na jiný pokoj po operaci.

V pooperačním období seznamuje pacienta s nutností nevykonávat činnosti v předklonu, pokud potřebuje věci z nočního stolku aby si dřepnul a pokud nemůže, aby zvonkem přivolal sestru. Zodpovídá dotazy pacienta, případně rodiny, seznamuje je s nutností následné péče.

Při propuštění vydává edukační letáky a informuje nemocného i příbuzné, kdy a kam se má dostavit na kontrolu, zjišťuje, kdo z rodiny se bude o pacienta starat a jestli je schopen mu kapky aplikovat, případě vysvětlí a předvede. Ptá se, jestli se má jak dostavit ke kontrole, kdo jej přiveze, dává telefonický kontakt na ambulanci. Upozorňuje, aby se v případě jakýchkoliv komplikací neprodleně dostavil ke kontrole, vysvětluje vhodnost použití slunečních brýlí při pobytu venku a odkazuje na oční optiku v budově. Dává pacientovi informační leták. Nevýhodou je nutnost odbíhání k telefonu, neupozorňuje na možnost bohoslužby, neinformuje o možnosti návštěv.

Sestra 3

37 let, praxe 11 let na interním oddělení, 7 let na očním oddělení

Sestra si odvádí pacienta na sesternu a zde s ním provádí soupis dokumentace a seznamuje jej s oddělením a jeho režimem. Vysvětluje kde se nachází jídelna, WC, koupelna, pracovna lékaře, kam bude chodit každé ráno k vizitě.

Pak jej odvádí na pokoj, ukazuje mu jeho lůžko a noční stolek, kam si bude odkládat osobní věci a skříň, kam si odloží oblečení. Po převléknutí odvádí pacienta k lékaři.

Poté dává pacientovi k podpisu informovaný souhlas. Vše vysvětluje klidným, příjemným hlasem, bez spěchu, mluví jasně a srozumitelně, používá zpětnou vazbu.

Zodpovídá dotazy, nacvičuje s ním otvírání očí při kapání, vysvětluje nutnost dodržování hygienických zásad a návyků, informuje o možnostech návštěv, dává k přečtení domácí řád a práva nemocných. Dává instrukce ohledně nastávající operace, lačnění, hygieně a následné péči. Seznámí s denním režimem a režimem kapání, vysvětluje pacientovi, jakým způsobem si bude kapky aplikovat doma, pokud mu je nemá kdo aplikovat. Pokud jsou přítomni příbuzní, seznamuje i je se zásadami aplikace.

V den operace seznamuje s nutností bandáže dolních končetin, vysvětluje použití zvonku k přivolání sestry, seznamuje s polohou po operaci a hygienickými zásadami, nutností odložení zubní protézy, naslouchadla, šperků. U problémových pacientů informuje o nutnosti nevstávat z lůžka bez asistence sestry, nepředklánět či neshýbat hlavou dolů.

V pooperačním období zodpovídá dotazy pacienta. Při každém převazu poučuje o nutnosti dodržování hygienických zásad a nutnosti pravidelné aplikace kapek.

Při propuštění poučuje o nutnosti pokračování léčby, aplikace mastí a kapek, případně jiných léků. Vydává brožury a letáky s radami pro pacienty po operaci oka a jejich ošetřovatele, vyzvedává nutnost pravidelné doby aplikace kapek, kontrol a upozorňuje na možné komplikace a nutnost co nejčasnější kontroly při potížích. Vysvětluje pacientovi a příbuzným, kteří se budou o něho budou starat, co může a nemůže pacient po operaci dělat, jakých činností se má vyvarovat, jak mají postupovat, jakým způsobem aplikovat kapky a masti, nutnosti přiměřené zásoby kapek. Odkazuje na oční optiku, vydává recept na tmavé brýle a doporučuje jejich nošení při pobytu venku. Dává kontakt na ambulantní sestru.

Sestra 4

35 let, praxe 5 let na interním oddělení a oddělení následné péče, 10 let na očním oddělení

Sestra pacienta nejdříve odvádí na pokoj, seznámí ho s bezprostředním okolím. Poté nechá pacienta v klidu převléknout a odvádí si jej do jídelny nebo s nim hovoří na pokoji, odkud nechá na chvíli odejít ostatní 1-2 pacienty. V klidu pokoje nebo jídelny sepisují sesterskou dokumentaci, mají dostatek prostoru pro dotazy pacienta či příbuzných. Mluví v klidu, bez spěchu, řeč doprovází úsměvem a haptikou.

Odkazuje pacienta na domácí řád a práva pacientů, které jsou vyvěšeny na každém pokoji. Zodpovídá dotazy pacienta i rodinných příslušníků. Seznamuje s možnostmi návštěv.

Po příchodu pacienta z vyšetření lékařem nacvičuje otvírání oka, aplikaci kapek, doplňuje nejasnosti, sepisuje zbývající dokumentaci, seznamuje s režimem oddělení. Dává prostor k dotazům a odpovídá na ně nebo odkazuje na lékaře. Nezahlcuje pacienta

naráz velkým množstvím informací, nespěchá na něj. Umí si snadno získat důvěru pacienta i rodinných příslušníků. Informuje o možnosti telefonování, sledování televize.

Dále postupuje stejně jako ostatní sestry. Seznámí s denním režimem a režimem kapání, vysvětluje pacientovi, jakým způsobem si bude kapky aplikovat doma, pokud mu je nemá kdo aplikovat. Pokud jsou přítomni příbuzní, seznamuje i je se zásadami aplikace.

Podává informace ohledně nastávající operace, lačnění, hygieně a následné péči. Při propuštění zjišťuje možnosti propuštěného dostavit se ke kontrole, informuje o nutnosti kontrol, možnosti komplikací a jejich řešení. Vydává recepty a zprávy pro praktického lékaře, recept na tmavé brýle a odkazuje na oční optiku, která je součástí oddělení. Odpovídá na případné dotazy. Zajišťuje sanitku k odvozu pacienta. Dává telefonický kontakt na ambulantní sestru a informační leták o tom, jak se má pacient po operaci chovat, co smí a nesmí dělat.

Sestra 5

32 let, praxe 6 let na urologickém oddělení, 7 let na očním oddělení

Sestra nejdříve odvede pacienta na pokoj, kde jej nechá v klidu převléknout. Poté jej provede po oddělení a ukáže, kde se nachází jídelna, WC, koupelna, pracovna sester a lékaře. S pacientem se potom usadí do jídelny nebo prázdného pokoje, kde spolu sepisují potřebnou dokumentaci. Mluví klidně, někdy zbytečně hlasitě, ale těžko si to uvědomuje, protože většina pacientů má problémy se sluchem, a tak hlas vlastně zesiluje automaticky. Je ochotná, milá, umí se usmát, nespěchá, umí si na pacienta udělat čas. Seznamuje s režimem oddělení, odpovídá na dotazy nebo odkazuje na možnost položení dotazu komukoliv z personálu kdykoliv v průběhu hospitalizace.

Po příchodu z vyšetření odkazuje rovněž na domácí řád a práva pacientů. Nacvičuje s pacientem kapání a aplikaci mastí, seznamuje s hygienickými pravidly. Seznamuje s pooperačním režimem, informuje o možnosti návštěv, telefonování, sledování televize.

V den operace seznamuje se zvonkem a jeho použitím, nutností bandáží, přivolání sestry v případě potřeby, o poloze a možnostech uložení na jiný pokoj po

operaci.

V pooperační péči edukuje o nutnosti hygieny, klidovém režimu, vhodných a nevhodných činnostech. Odpovídá na případné dotazy pacienta i rodinných příslušníků. V případě sociálních problémů na straně pacienta informuje lékaře.

Při propuštění poučí pacienta i rodinu, vydá informační brožury a letáky, zodpoví dotazy. Doporučí oční optiku, vydá recept na tmavé brýle a doporučí jejich používání. Dává kontakt na ambulantní sestru, vysvětlí možné komplikace a jejich řešení. Vydá recepty na léky a kapky a zprávu pro praktického lékaře.

Informační leták

Co dělat po operaci?

Musíte:

Pravidelně kapat eventuelně mazat operované oko předepsanými kapkami či mastmi

Pravidelně chodit na oční kontroly

Ihned navštívit očního lékaře při

- zhoršení vidění operovaným okem
- bolesti operovaného oka
- zarudnutí operovaného oka

Nesmíte:

- zvedat těžké věci
- posilovat
- pracovat v předklonu

Smíte:

- sledovat televizi
- chodit na procházky
- dělat všechny běžné domácí práce
- číst

Nové brýle Vám předepíše Váš oční lékař až po úplném zhojení operovaného oka (za 2-3 měsíce), protože do té doby se vidění ještě bude měnit.

V případě, že Vám vadí jasné světlo, můžete nosit tmavé sluneční brýle.

Zásady komunikace a pomoci nevidomým

1. Nejprve připomínáme, že nevidomí jsou normální lidé, kteří mají různé povahové rysy, ale i přednosti a nedostatky jako ostatní. Ani nevidomé obvykle nepotěší silné výlevy soucitu, neustálé ubezpečování, že se nemusí ničeho bát nebo naopak poznámky zpochybňující jejich schopnosti nebo zjevná nervozita doprovázejícího, pokud je v této roli příliš nejistý.

2. Při setkání s nevidomým jednejte přirozeně a prakticky. Pozdrav nebo oslovení můžete v rušném prostředí doprovodit následným lehkým dotykem paže nevidomého, aby bylo jasné, že mluvíte právě k němu. Pomoc nabídněte, ale nevnucujte. Zeptejte se, jestli pomoc potřebuje a jakou. Pomozte tehdy, když nevidomý o pomoc stojí, a způsobem, na kterém se k vzájemné spokojenosti dohodnete.

3. Při nabídce doprovodu nevidomému navrhněte, aby se přidržel vašeho lokte nebo paže, protože takto může snadno jít půl kroku za vámi, sledovat vaše pohyby a přirozeně na ně reagovat. Nestrkejte nevidomého před sebou, i kdyby vám to poskytovalo pocit větší kontroly nad "ohroženou" osobou. Stala by se z vás špatně ovladatelná dvojice, ve které je ohrožená osoba vystavena jako první všem kolizím bez možnosti patřičně na ně reagovat.

4. Při doprovázení jde nevidomý na bezpečnější straně, tempo pohybu je dáno potřebou pomalejšího z dvojice. Před překážkami je nutno zpomalit nebo zastavit a popsat situaci. Přiměřený slovní popis trasy může být vítán.

5. Na obrubníky a zejména na schodiště je zapotřebí vstupovat kolmo, před vstupem zpomalit nebo zastavit a slovně informovat o směru (nahoru, dolů) a případných zvláštěnostech (točité schody, zábradlí jen v případě zájmu nevidomého).

6. Madlo, opěradlo sedadla i jiné předměty najde nevidomý tak, že sjede přidržující se rukou po vaší ruce k hledanému předmětu. Můžete se také dohodnout, že jeho volnou ruku položíte na hledaný předmět (madlo, držadlo...)

7. Při nástupu do nebo výstupu z hromadných dopravních prostředků nevidomému popište situaci, pomozte mu například najít madlo a pak jděte jako první. Při nástupu do osobního automobilu se s nevidomým předem dohodněte, jak mu můžete pomoci. Někdo uvítá, když mu pomůžete nalézt kliku zavřených dveří, jiný bude například hledat horní rám otevřených dveří.

8. Pokud při doprovázení vznikne situace, se kterou si nevíte rady, nezapomeňte, že jste na řešení dva. Je možné, že nevidomý stejný problém už řešil mnohokrát.

9. Velký hluk, prudký déšť i sníh nevidomému velmi ztěžují samostatný pohyb a zároveň mohou snižovat pozornost okolí k problémům jiných. V těchto situacích může být vaše pomoc mimořádně užitečná.

10. Známého nevidomého pozdravte jako první, i když je mladší než vy. K pozdravu připojte oslovení, aby věděl, že pozdrav patří právě jemu. Když se zároveň představíte, možná nevidomému ulehčíte situaci s vaší identifikací. Rozeznat osobu jen podle hlasu může být nesrovnatelně náročnější než při úplném audiovizuálním vjemu.

11. Vstoupíte-li do místnosti, ve které je nevidomý, dejte o sobě vědět. Obdobně mu oznamte svůj odchod, aby později třeba nemluvil do prázdna.

12. Při pomoci v interiéru (bytě, pracovně) se s nevidomým dohodněte o uložení jeho předmětů (kabátu, tašky) tak, aby v případě vašeho odchodu byl schopen si své věci najít sám. Při seznamování s prostředím dejte pozor zejména na předměty trčící do prostoru, jako jsou velké vázy nebo zavěšené skříňky. Pozor na tašky odkládané na podlahu a jiné předměty odložené na nečekaných místech. Nepříjemnou překážkou

v interiérech bývají napůl otevřené dveře, neboť nevidomému hrozí přímým čelním nárazem.

13. Setkáte-li se s nevidomým a průvodcem, projednávejte záležitosti nevidomého přímo s ním a ne s průvodcem. Nevidomý s vámi sice nemůže udržovat zrakový kontakt, své záležitosti si však vyřídí sám. Průvodce není zástupcem nevidomého. Pokud se na zastupování nevidomý s průvodcem přece jen v nějaké míře dohodli, nevidomý vám to určitě řekne.

14. Nevidomý v restauraci obvykle potřebuje pomoc při vyhledání místa, šatny nebo věšáku. Vítanou informací je popis uspořádání jídla na talíři, stačí uvést směry z pohledu nevidomého (vlevo maso, vpravo brambory, nahoře zelenina, dole vejce). O uspořádání předmětů na stole se můžete dohodnout, aby nedošlo k nedopatření (umístění popelníku, svíček, nalité sklenice). Řekněte nevidomému o přítomnosti dalších osob u stolu.

15. Vaše včasné, věcné a nedramatizující slovní upozornění na výkop, nové lešení, stavební zábor, neobvykle zaparkované nákladní auto na chodníku apod. může být neocenitelnou pomocí samostatně se pohybujícímu nevidomému.

Všechny výše uvedené zásady je samozřejmě nutno přizpůsobit situaci, při které jde evidentně o přímé ohrožení zdraví a života.

Zdroj : Michálek, M. Nebojte se nevidomých! Vydalo sdružení pro podporu nevidomých Okamžik, rok vydání 2004, ISBN 80-903247-3-8

Dostupné z : www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=1430003/

Ošetrovatelské diagnózy na očním oddělení

00122 Porucha smyslového (zraku)

00118 Porušený tělesný obraz

00126 Deficit vědomostí

00155 Riziko pádu

00070 Oslabená schopnost se přizpůsobit

00090 Zhoršená schopnost se přemístit

00146 Úzkost

00127 Porušená interpretace okolí

00120 Situačně snížená sebeúcta

00125 Bezmocnost

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

00102 Deficit sebepéče při jídle

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravy zevnějšku

000110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

00095 Porušený spánek

00097 Nedostatek zájmových aktivit

00054 Riziko osamělosti

00087 Riziko perioperativního zranění

00132 Akutní bolest

000134 Nauzea

00004 Riziko infekce

00038 Riziko traumatu

00053 Sociální izolace

00135 Dysfunkční smutek

00124 Beznaděj

zdroj: MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Historie nemocnice v Kyjově.

Oční oddělení nemocnice v Kyjově bylo otevřeno v květnu v r. 1954, ale již od května 1951 slouží jako oční ambulatorium. Se zřízením ordinariátu úzce souvisí i zřízení lůžkové části pod vedením primáře dr. Jaroslava Skácela. Po jeho odchodu vedl krátce oddělení dr. Jiří Hlaváč a dr. Bedřich Koenig. V r. 1968 nastoupil do funkce přednosta dr. Radoslav Trautmann, který ve funkci setrval až do r. 1987 a pak se ještě několikrát vrátil. Od r. 1970 byly na oddělení prováděny běžné nitrooční zákroky a většina zákroků extrabulbárních.

V březnu r. 1972 byla při oční ambulanci otevřena i ortoptická poradna. V 80. letech po zrušení očního oddělení v Hodoníně, má oční oddělení v Kyjově 42 lůžek. Po odchodu primáře Trautmanna se na oddělení vystřídali přednostové, kteří zde působili jen krátce.

Od r. 1997 je ve funkci přednosta očního oddělení dr. Jindřich Plesník.

Oční oddělení prodělalo za své éry vrchol pod vedením primáře Trautmanna, který již v r. 1973 referoval o mikrochirurgii oka a také v praxi používal mikroskop při operacích šedého zákalu. Rovněž patřil k novodobým průkopníkům implantace nitrooční čočky, kdy naše oddělení patřilo vedle Bánské Bystrice a Mostu k prvním pracovištím, kde se tato operace prováděla.

Nemocnice Kyjov - 1947

