

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukační role sestry v péči o pacienta s glaukomem

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová R.N.

Blanka Hlávková

3.5.2010

Abstrakt

In my Bachelor thesis with the topic “The Educational Role of a Nurse in Caring for Patients with Glaucoma” I dealt with the issue of glaucoma disease, education, and what the role of a nurse in this issue is.

The theoretical part is focused on the term glaucoma, how it is shown, diagnosed and treated. I have described very valuable advice for patients with this disease. Another point of this theoretical part is education focused on the topic of what the patient should imagine under this term and what education brings from the point of view of the nurse.

The Practical part is focused on the quantitative and qualitative survey. The objective was to make a survey of the intervention into the nurse’s educational activity during the care for a patient suffering from glaucoma disease. In the quantitative survey I have set the following hypotheses. Hypothesis No. 1 – nurses know how to educate the patient with glaucoma. Hypothesis No. 2 - patients with glaucoma have enough information necessary for treatment at home. Both hypotheses have been clarified. In the qualitative survey, the following survey questions have been asked: Is an oral form of education for patients with glaucoma disease better than a printed one? The survey revealed that patients with glaucoma prefer to be educated in an oral form. The second survey question is as follows: Is the training for the application of medication on patients with glaucoma made within the education? In the survey we have found that the training for the application of medication is done.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Edukační role sestry v péči o pacienta s glaukomem 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 s 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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 3.5.2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí Mgr. Ivaně Chloubové R.N. za cenné rady při psaní práce. Dále bych chtěla poděkovat osloveným pacientům a sestřám za jejich ochotu a trpělivost. V neposlední řadě také dík patří mému příteli za rady a podporu.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie oka	4
1.2 Glaukom	5
1.2.1 Historie onemocnění	5
1.2.2 Obecná charakteristika onemocnění	6
1.2.3 Rozdělení glaukomů	8
1.2.4 Akutní glaukomový záchvat	9
1.2.5 Diagnostika glaukomu	10
1.2.6 Léčba glaukomu	12
1.2.7 Ošetrovatelská péče u pacienta s glaukomovým onemocněním	14
1.3 Edukace	17
1.3.1 Pojem edukace	17
1.3.2 Role sestry v edukaci	18
1.3.3 Edukace pacienta před operací glaukomu	19
1.3.4 Edukace pacienta po operaci glaukomu	20
1.3.5 Edukace pacienta před propuštěním domů	20
1.3.5 Edukace pacienta s glaukomovým onemocněním v očních ambulancích	22
1.4 Česká glaukomová společnost	24
2. Cíle práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Hypotézy	26
2.3 Výzkumné otázky	26
3. Metodika	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4. Výsledky	28
5. Diskuze	51
6. Závěr	56

7. Seznam použitých zdrojů	57
8. Klíčová slova	60
9. Přílohy	61
9.1 Seznam příloh.....	61

Úvod

Glaukom je onemocnění, které vážně ohrožuje zrak. Je jednou z nejčastějších příčin slepoty u lidí nad 40 let. Pacient se obvykle zdráhá této diagnóze uvěřit, časem si však začne uvědomovat, že i mnoho jiných lidí sdílí stejný osud a že s touto nemocí je možné žít, a to dokonce relativně pohodlně. Spolu s tímto poznáním přichází touha po informacích, kdy důležitým partnerem v diskusi o nemoci je pacientův oční lékař. Nezastupitelnou roli též splňuje ošetřující sestra, která pacienta správně edukuje a vede ho k praktické dovednosti v péči o své oči. Většina glaukomatiků netrpí v době, kdy je stanovena diagnóza, žádnými příznaky, proto se mnohdy na onemocnění přijde náhodně nebo až v pokročilém stádiu. Glaukomovým onemocněním například trpěl i slavný italský tenorista Andrea Bocelli, který nakonec následkem tohoto onemocnění oslepl, přesto se stal slavným a uznávaným. Proto bychom neměli na svoje oči zapomínat, hlavně je důležité nepodceňovat jakékoliv změny zraku při čtení a jiných běžných činnostech.

Své téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě přečtení článku o špatné informovanosti pacientů trpících tímto onemocněním. Nedostatek správně podaných informací totiž komplikuje jejich budoucí léčbu. Chtěla jsem proniknout hlouběji do této problematiky, zjistit, do jaké míry se může všeobecná sestra podílet edukací pacientů na zvýšení efektivnosti léčby glaukomu. Jako cíl své práce jsem si zvolila zmapovat intervence v edukační činnosti sestry v péči o pacienta s glaukomem. V teoretické části se dozvíte fakta o glaukomovém onemocnění, jak se diagnostikuje, léčí, čeho by se pacienti měli vyvarovat. Pokusím se objasnit pojem edukace. Ve výzkumné části se budu zabývat edukačním působením sester při glaukomovém onemocnění. Při rozhovoru s respondenty trpících glaukomem budu zjišťovat, jakou formou jsou edukováni o svém onemocnění a jak by chtěli být edukováni .

1. Současný stav

1.1 Anatomie oka

Oko je označováno jako smyslový receptor, který registruje optické podněty. Je schopno se přizpůsobit vnímání elektromagnetického světelného záření ve velikosti 400 – 760 nm. Lidské oko váží sedm gramů a jeho velikost činí 24 mm. Tento optický systém se skládá z čočky a zornice, které jsou zodpovědné za přenesení paprsků na sítnici. Oko je schopno se přizpůsobit prostorovému, černobílému i barevnému vidění. Světlo prochází nejprve rohovkou, dále projde zornicí, za níž je uložena čočka, která koncentruje světelné paprsky na sítnici. V sítnici jsou obsaženy dva typy fotoreceptivních buněk – tyčinky, čípky. Tyčinky jsou elementy nevnímající barvy, ale jsou citlivé na kontrasty světla. Druhým světločivým elementem jsou čípky, které vnímají barvy perfektně. Sítnice vyplňuje vnitřní povrch oční koule až k okraji duhovky.

Oko se nachází v tukovém vazivu v orbitě, vpředu je chráněno víčky a slzným aparátem. Slzy se vytváří v slzné žláze (glandula lacrimalis) a v přídatných slzných žlázkách (glandulae lacrimales accessories) tyto žlázy se nacházejí ve vrcholu spojivky. Pomocí víček jsou slzy roztírány po přední ploše oční koule, vždy když oční víčko mrkne, poté jsou odváděny odvodnými slznými cestami do dutiny nosní. Spojení mezi víčky a bulbem zprostředkovává spojivka. Okohybné svaly nám zajišťují pohyby oka.

Dále se oko skládá z cévnatky, bělima, sklivce, řasnatého tělíska, duhovky. Cévnatka představuje střední vrstvu oční koule, jsou v ní uloženy nervy, krevní a mízní cévy. Směrem k rohovce se rozvíjí a utváří řasnaté těleso. Z tohoto tělesa vystupuje duhovka, tvořící sval, který stahem a uvolněním určuje velikost otvoru zornice. Duhovku má každý člověk jinak zbarvenou.

Zrak je náš nejvyvinutější smysl, který u lidského jedince má význačné zrakové schopnosti. Díky tomuto smyslu vnímáme tvary, vzdálenosti, barvy a pohyb. Jde o složitý proces a stačí velmi málo k tomu, aby byl poškozen. (2, 3,15)

1.2 Glaukom

1.2.1 Historie onemocnění

Svůj název glaukom získalo toto onemocnění z řeckého slova glaukos – což znamená šedomodrý. V Etymologickém slovníku řeckého jazyka, jehož autorem je Chantraine, najdeme: glaukos = barva moře. Řekové však nezařazovali glaukom mezi oční choroby, ale přemýšleli o něm pouze v souvislosti se vzhledem zornice. Glaukom je označován jako stav oka, kdy zornice má nazelenalé zrcadlení mořské vody. V dějinách medicíny se ovšem nedochovalo, kdy byl pojem glaukom poprvé užit

První zmínky o glaukomu jsou datovány již ve starověku. Hippokratest použil termín glaukosis pro modrozelené zbarvení zornice, které bylo spojováno se slepotou. Termín byl používán pro více onemocnění oka, od katarakty po glaukom.

V roce 1622 vylíčil anglický lékař Richard Banister docela přesně příznaky glaukomu. V rozmezí roků 1628 až 1694 upozorňuje Marcello Malpigi na možný vznik glaukomu z důvodu zvětšení čočky. Marcello Malpigi byl profesor medicíny působící na různých italských univerzitách. V roce 1705 bylo Brisseauxem vydáno dílo, ve kterém je glaukom popisován jako projev degenerace sklivce. Jeden z nejvýznamnějších anatomů historie Antonio Scarpa uvádí ve svém díle bolestivý syndrom u glaukomového záchvatu. V roce 1812 Georg Joseph Beer přesně určuje akutní záchvat glaukomu, podle něhož je příčinou zánět oční duhovky.

V roce 1857 von Graefe jako první uskutečnil iridektomii u akutního glaukomu. Do této doby byly léčebné experimenty pouze iracionální. První zmínky o úspěchu farmakologické léčby glaukomu jsou připisovány Ludwigu Laquerovi a Adolfu Weberovi. Sám Laquer byl tímto onemocněním postižen, v roce 1876 se mu zdařilo snížit nitrooční tlak fyzostigminem. V roce 1911 byl uveden lék metacholin, roku 1932 karbachol (lék napodobující činnost parasympatického systému). S nástupem poválečného období se objevily další léčebné skupiny léků (prostaglandíny, inhibitory karboanhydrázy).

Mezi současné odborníky glaukomu patří Doc. MUDr. Eva Růžičková, SCs.
(18,19)

1.2.2 Obecná charakteristika onemocnění

Glaukom je přiřazován k očním zákalům, jen podle názvu – zelený zákal. Pojem glaukom v sobě neskrývá jen jeden druh onemocnění, ale je to řada různých stavů, které mají mnoho společného, ale také řadu odlišností. Proto se v posledních desítkách let používá spíše termín glaukomy. Mezi jeden ze společných znaků patří zvýšený nitrooční tlak. Vzestup nitroočního tlaku je způsoben zvýšením produkce komorové vody či jejím vstřebáváním. Pokud se sníží nitrooční tlak z důvodu zmenšení objemu sklivce, může dojít k odchlípení sítnice. Nemůžeme ale s přesností stanovit všeobecně platnou hranici toho, kde začíná normální a kde končí abnormální tlak. K narůstání tlaku dochází pomalu a pacientem není upozorován. Důležitou roli hraje nitrooční tekutina, její vznik je uskutečňován složitým mechanismem v řasnatém tělísku a její odtok se odehrává v duhovkorohovkovém úhlu přes trabekulární tkáň. Je důležité zjištění, zda nedošlo ke snížení odtoku nitrooční tekutiny.

Nitrooční tlak je určován za nejvýznamnější rizikový faktor. Udává se, že čím vyšší jsou jeho hodnoty, tím vyšší je riziko ke vzniku a rozvoji glaukomového postižení. Na jedné straně přibližně u 80 % jednotlivců se zvýšením nitroočního tlaku nedojde k poškození zrakového nervu. Na straně druhé čtvrtina glaukomatiků je postižena glaukomem s normálními hodnotami nitroočního tlaku. Svou roli vedle zvýšeného nitroočního tlaku hrají systémová onemocnění, dědičnost, věk, rasa, pohlaví, refrakční vady, oběhové poruchy a další přidružená onemocnění (štítné žlázy, karotid, abnormality krevní srážlivosti, systémové cévní choroby a diabetes mellitus). V souvislosti se systémovými poruchami se jedná o hypertenzi, hypotenzi. Zvýšený výskyt glaukomů je u pacientů trpících diabetem, je to dáno sníženým průtokem kapilární krve ve zrakovém nervu. Co se týče dědičnosti, je potvrzeno, že větší výskyt glaukomu je u dětí glaukomatiků. Ale neznamená to, že všechny děti rodičů takto nemocných musí být postiženy. Glaukom se též objevuje bez známek souvislosti

s rodinnou anamnézou. V souvislosti s věkem je situace komplikovanější. U některých lidí narůstá s přibývajícím věkem nitrooční tlak, ale proč se tak stává, nebylo ještě úplně vysvětleno. Ke zvýšení dochází mezi 40. a 50. rokem věku. S narůstajícím věkem je riziko tohoto onemocnění vyšší. Jistou roli má také rasa, i když obtížněji se určuje působení etnického původu a socioekonomických podmínek. Můžeme ale říci, že pacienti černé rasy mají vyšší NT než bílé rasy a zvýšení se u nich projevuje v časnějším věku. Dalším faktorem je pohlaví. Přestože ženy a muži mají stejné hodnoty NT, některé typy glaukomů jsou u jednoho pohlaví častější než u druhého. Ženy častěji onemocní glaukomem s uzavřeným úhlem naopak muži glaukomem s pigmentovou disperzí (rozkladem). Ženy mají též citlivější papilu zrakového nervu na působení nitroočního tlaku.

Glaukomy jsou považovány za jeden z nejzávažnějších problémů oftalmologie a řadí se na první místo příčiny slepoty. V současnosti se odhaduje, že glaukomem ve světě trpí asi 70 miliónů lidí. Slepotou trpí nejméně 7 mil. z nich. Toto číslo se rok od roku zvyšuje. V celosvětovém měřítku je glaukom druhou nejčastější příčinou oslepnutí. Glaukomové poškození se vyznačuje ztrátou nervových buněk sítnice a jejich vláken. Tato vlákna tvoří zrakový nerv. Následkem toho se tvoří v zorném poli vady, které nejsou pacientem zpočátku zpozorovány. Konečným důsledkem poškození vláken sítnice je přerušení spojení mezi okem a mozkiem. Ke glaukomovému poškození dochází působením několika okolností, obzvláště zvýšeným nitroočním tlakem a snížením průtoku krve v oku. Proto je tak důležité pro léčbu včasné odhalení glaukomu.

Máme celou řadu glaukomů postihující nejen starší populaci 40 let, ale stále více postihují i mladší generaci. Glaukom se tudíž stává celospolečenským problémem. Proto je důležitá spolupráce vědních oborů a očních specialistů. Na nich je, aby v souladu se všemi dostupnými diagnostickými a léčebnými metodami zvládali co nejkompexnější léčbu. Jedině tak se může předejít postupnému klesání zrakových funkcí. (4, 13, 14, 19,18,)

1.2.3 Rozdělení glaukomů

Hlavní rozdělení je provedeno podle viditelnosti komorového úhlu při gonioskopickém vyšetření. Goniskopie nám umožňuje pohled do komorového úhlu, provádí se prostřednictvím třízrcátkové kontaktní čočky s různým úhlovým sklonem zrcátek.

Primární glaukom otevřeného úhlu bývá nejčastější. Důvodem zvýšeného NT je nedostačující odtok nitrooční tekutiny, který způsobuje nevyvinutý komorový úhel. Zvýšení NT bývá pozvolný mechanismus a není zcela vysvětlen. U pacientů se objevují individuální výpadky zorného pole, pokud jsou časné příznaky, pacienti mají obtíže jen částečně nebo mohou chybět. Klasické příznaky trubcovitého vidění se neobjevují, pokud nedojde k vážnému poškození zorných polí obou očí.

Sekundární glaukom otevřeného úhlu je způsoben tím, že odtok je zhoršen jednak přítomností patologické membrány nebo patologické tkáně (pigment, krev, zánětlivé buňky).

Pokud jsou odtokové cesty v komorovém úhlu zablokovány duhovkou, dojde ke glaukomu s uzavřeným úhlem. Primární glaukom uzavřeného úhlu se dostavuje u predisponovaných očí, které bývají menší s mělčí přední komorou a relativně větší čočkou. Dojde k uzávěru štěrbiny mezi čočkou a duhovkou, kde vznikne funkční pupilární tkáň, duhovka je hromadící nitrooční tekutinou vytlačena dopředu, kde uzavře odtokové cesty, a tím vznikne akutní glaukom.

Sekundární glaukom uzavřeného úhlu je způsoben uzávěrem úhlu na základě jiného očního onemocnění. K uzavření úhlu dochází duhovkou, která je buď tažena dopředu patologickou membránou či srůstem nebo tlačena zezadu patologicky změněným útvarům (řasnaté tělísko, nádor, čočka) nebo také jinou tkání.

Smíšené typy glaukomu vznikají na podkladě kombinací více forem. V dětském věku se vyznačují glaukomy jinak než v dospělém.

Existuje několik vývojových forem glaukomu. Jednak se jedná o primární vývojový glaukom, vznikající následkem vrozené patologické změny předního segmentu, zejména komorového úhlu okamžitě po narození nebo v prvních letech

života. Rohovka s celým bulbem se v tomto věku zvětšuje vlivem větší elasticity. Druhým typem je sekundární vývojový glaukom, vznikající jako následek jiného onemocnění jednak, vrozených dysgenezí (porušený vývoj), vad nebo intrauterinních zánětů (např. rubeola). Podobnými příznaky trpí i pacienti s glaukomem objevujícím se v prvních letech života na základě jiného onemocnění nebo úrazu. (17,18)

1.2.4 Akutní glaukomový záchvat

Akutní glaukomový záchvat se přiřazuje ke stavům, které potřebují neodkladnou lékařskou pomoc. Vyskytne-li se u pacienta podezření na tento stav musí být ihned odeslán k oftalmologovi. Akutní záchvat je označován jako náhlá příhoda, která si zasluhuje nejen pozornost oftalmologů, ale i široké lékařské veřejnosti. Je to důležité pro správnou a včasnou diagnózu i terapii. Tímto lze předcházet nenapravitelným změnám.

Pokud je již oko predisponováno, dochází v něm k nahromadění komorové tekutiny. Toto se děje v zadní komoře a ve sklivci. Následkem toho se objem sklivce zvětšuje a vytlačuje čočku proti duhovce. Dojde k uzavěru štěrbině mezi přední plochou čočky a okrajem duhovky. Pokud dochází k dalšímu městnání komorové tekutiny, následkem toho je uzavření komorového úhlu, který se nazývá předním blokem. Tento blok vede k náhlému zvýšení nitroočního tlaku, k hodnotám kolem 50 – 70 torrů (normální hladina je individuální a dochází k jejímu kolísání, proto se uvádí hodnoty kolem 20 torrů, ale i nad 30 torrů). Takto vysoký tlak způsobí akutní glaukomový záchvat. Může mu předcházet zvýšené psychické napětí, rozšíření zornice po předchozím pobytu ve tmě, delší pobyt v předklonu. Tento stav také může vyvolat rozšíření zornice pomocí léků, buď lokálním nebo celkovým mydriatikem. Proto je důležité, aby před každou aplikací těchto léků bylo vyšetření očního pozadí.

Pacient v akutním záchvatu trpí nesnesitelnou bolestí, která mu vystřeluje z postiženého oka a nadočnicového oblouku do celé poloviny hlavy. Doprovodným jevem bolesti je nauzea až zvracení, což se může zaměnit s příznaky migrény, gastrointestinální příhody nebo s nitrolebním městnáním. Pokud je pacient

v prodromálním a subakutním stádiu, ohlašuje barevné kruhy kolem světelného původce, tento jev vzniká hydratací rohovkového epitelu. Když nastane velký záchvat, pacient upozorňuje na mlhavé vidění, až úplnou ztrátu vidění. Je to způsobeno výrazným edémem rohovkového epitelu.

Důvodem, proč pacient navštíví oftalmologa, je bolest a zhoršené vidění. Přichází již po prvním záchvatu. Pokud oftalmolog správně diagnostikuje tento stav a začne ho včas léčit, další záchvat se nemusí vůbec opakovat. Objektivně jsou pozorována zarudlá víčka, bolestivé zúžení oční štěrbin. U rohovky můžeme vidět sníženou citlivost, edematózně změněný epitel. Dalším projevem je rozšířená zornice, překrvená duhovka.

Z diagnostického pohledu je výrazně zvýšený nitrooční tlak, matná rohovka z edému epitelu, mělká až vymizelá přední komora, mydriatická zornice vertikálně obrácená, téměř nereaguje, nesnesitelná bolestivost souhlasící s postiženým okem, výrazně zhoršený visus, slzení oka, náhlý začátek.

K zastavení akutního záchvatu se používají miotika, betablokátory, osmoticky působící léky (např. Manitol), analgetika. Přísná kontraindikace je u sympatomimetik. Ke snížení nitroočního tlaku je předepsaná laserová, eventuálně chirurgická léčba. Pokud odezní akutní příznaky a rohovka se ocitne průhlednou, provedeme v místě prostupnosti laseru iridotomii. S odstupem času z ochranných důvodů provedeme totéž i na druhém oku. Nitrooční tlak by se měl normalizovat do 24 hodin, v opačném případě ohrožuje pacienta vznik srůstu v duhovko- rohovkovém úhlu a akutní záchvat se stává chronickým. Dlouhodobé přetrvávání zvýšeného nitroočního tlaku rychle vede k poškození nervových vláken a poklesu zrakových funkcí.(14, 18,19)

1.2.5 Diagnostika glaukomů

Do popředí by se měl dostávat zájem o včasnou diagnostiku onemocnění, pokud je léčba nasazena v pravou chvíli, je naděje na úspěch a nedojde k tak velkému poškození a poklesu zrakových funkcí. Toto však není vůbec jednoduché. Včasné zachycení je možné pouze u pacientů, kteří pravidelně navštěvují svého oftalmologa. A

i přesto může být lékař v pochybnostech, zda se opravdu jedná o glaukomové postižení či nikoliv. První příznaky zpozorovány samotným pacientem jsou např. u akutního glaukomu následující: bolest hlavy, nauzea, zvracení, zarudlé oči a poruchy vidění. Na druhé straně pacient s chronickou formou nezpozoruje příznaky žádné. Glaukomové onemocnění by proto mělo být aktivně vyhledáváno samotnými lékaři a nečekat na první příznaky. Oftalmologové doporučují oční prohlídky, pokud se objeví problémy s viděním. Pokud člověk netrpí žádnými obtížemi, měl by začít chodit na pravidelné oční prohlídky po 40 roce věku. Jestliže se již v rodině vyskytlo glaukomové onemocnění, měl by je absolvovat již dříve, aby nedošlo k zanedbání.

Dnešní ordinace oftalmologů jsou již moderně vybaveny a oční vyšetření nejsou nebezpečná ani bolestivá. Lékař pacientovi nejprve položí otázky týkající se jeho potíží, zeptá se na oční vady, úrazy oka, jiná onemocnění očí, věk a na ostatní přidružená onemocnění, hlavně na krevní oběh. Dále bude pro lékaře důležité, zda pacient bere nějaké léky. Poté přistoupí k rutinnímu očnímu vyšetření. Oftalmolog zkontroluje zrakovou ostrost, citlivost, do jaké míry pacient čte, rozeznává věci, dopravní značky, lidi (z blízka nebo z dálky). Na šterbinové lampě je provedeno další vyšetření oka. Tímto pojmem se označuje oftalmologický mikroskop, kterým se může pohybovat a oko můžeme pozorovat z různých úhlů. Dalším důležitým vyšetřením pro diagnostiku glaukomu je měření nitroočního tlaku, mezinárodním standardem je Goldmannův aplanační tonometr. Mechanismus přístroje je založen na dívání se skrze malý plastový cylindr, jehož pomocí se oplošťuje rohovka. Než začneme měřit, kápneme do oka žluté barvivo. Hodnota tlaku je odečítána v okamžiku zpozorování barevného prstence při okraji cylindru.

Mezi nejnovější vyšetřovací metodu glaukomu patří metoda GDx, jde o rozbor stavu nervových vláken. Pomocí této metody se změří síla vrstvy nervových vláken na pozadí oka. Z pohledu pacienta je toto vyšetření rychlé (v délce 5 minut), bezbolestné a bezdotykové. Oko před vyšetřením nemusí být rozkapáno, může být provedeno i při mióze. Vyšetření se může provést v rozmezí refrakční vady do minus 10 a plus 5 dioptrií. Vyšetření lze provést i při nasazených kontaktních čočkách. Při ukončení vyšetření pomocí GDx je ukázáno barevné vyobrazení síly vrstvy nervových vláken na

pozadí oka. Toto vyšetření není hrazeno zdravotní pojišťovnou. Když se prokáže glaukomové onemocnění, je nasazena léčba. Jejím cílem je snížení nitroočního tlaku na takové hodnoty, při kterých nedochází k dalšímu zrakovému poškození. Výhoda dnešní moderní léčby je ve snížení počtu kapání a větší možnosti kombinovat léčbu. (4,5,18)

1.2.6 Léčba glaukomu

Při léčbě se soustředíme na zachování kvality života, kvality zraku a také nezapomínáme na finanční možnosti pacienta. Cílem léčby by mělo být zabránit zhoršování poškození zrakového nervu, snížení nitroočního tlaku, minimalizování vedlejších účinků a komplikací léčby.

Do 60.let se k léčbě glaukomu používaly jen dvě metody, a to konzervativní a chirurgická léčba. Nyní používáme metody tři, a to konzervativní (pomocí medikamentů), chirurgickou a laserovou.

Konzervativní léčba – jde o aplikaci očních kapek 1- 3x denně. Medikamenty k léčbě glaukomu se nazývají antiglaukomatika, jejichž účinkem je snižování nitroočního tlaku, v důsledku snížení tvorby nitrooční tekutiny nebo zlepšením jejího odtoku. Mezi látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny patří: beta-blokátory (adrenergní antagonisté – např. Timoptol), sympatomimetika (adrenergní atomisté – např. Alphagan), inhibitory karboanhydrázy – např. Diluran, Parasympatomimetika – např. Pilocarpin (usnadňuje odtok komorové vody), prostaglandiny - např. Xalatan. Prostaglandiny patří do skupiny přírodních mediátorů, syntetizují je všechny tkáně těla a stojí za různými biologickými reakcemi. Betablokátory a sympatomimetika spočívají v účinku působení na receptory autonomního nervového systému. Při konzervativní léčbě musíme brát na zřetel kvalitu života glaukomatika. Někdy se používá mnohonásobné seskupení léků, které vede k neuspokojivému režimu pro pacienta.

Laserová léčba – laser je účelný v prvotní léčbě glaukomového záchvatu, při němž mohou hodnoty nitroočního tlaku dosáhnout až hodnoty 50 torrů a více. Jednou z metod je iridotomie, která má okamžitý léčebný efekt. V posledních několika letech došlo k velkému technickému pokroku, to se projevilo i ve zdokonalení laserových

přístrojů. V současné léčbě glaukomů má jedno z hlavních míst mikrochirurgie. Jednou ze standardních metod mikrochirurgie je právě laser. Hlavním principem je působení na příčinu, jež zvyšuje nitrooční tlak. Důraz je kladen na minimální traumatizaci, lze provádět v ambulancích, pacienti jsou v době léčby schopni vykonávat svoje zaměstnání. Výhodou této léčby je, že se dá použít i u pacientů, kteří jsou alergičtí na různé léky, mají těžký osmotický stav nebo je-li u nich operace z nějakého důvodu kontraindikována. Léčebná laserová iridektomie zabrání dalším záchvatům u glaukomu s otevřeným úhlem, když nejsou vyvinuty organické změny v komorovém úhlu. Další laserovou metodou je trabekuloplastika, která se používá u glaukomu otevřeného úhlu již od roku 1976. Pomocí této metody usnadňujeme odtok nitrooční tekutiny a tím se snižuje nitrooční tlak. Používají se krátké světelné pulsy o nízké energii, které zasahují v cílové tkáni.

Chirurgická léčba – je volena přísně individuálně, většinou u pokročilejších glaukomových změn, u glaukomů, které nebyly zvládnuty konzervativní léčbou nebo v důsledku nedostatečné reakce na léčbu při nespolupráci pacienta. Asi u 50 % konzervativně léčených glaukomatiků v průběhu několika let dojde k operativnímu řešení. Automaticky je chirurgická léčba u pacientů s proběhlým primárním akutním glaukomem uzavřeného úhlu. Existuje mnoho operačních postupů, jejichž cílem je uvolnění odtokových cest a dosažení dostatečně nízkého cílového tlaku, který je potřebný ke stabilizaci zrakových funkcí. Cílem chirurgické léčby by mělo být zastavení postupu glaukomového poškození zrakového nervu. Mezi chirurgické výkony patří trabekulektomie, která se provádí u všech typů glaukomů s otevřeným komorovým úhlem. Časná trabekulektomie se provádí u mladých myopů a pacientů s pigmentovým glaukomem.

I přesto, že máme velké možnosti léčby, je glaukom stále závažným problémem nejen pro oftalmology, ale i pro pacienty. Pro ně se stává diagnostika glaukomu doživotní, znamená trvalou aplikaci léků. V tomto případě by měla být důsledná edukace pacientů ve správné instalaci očních kapek, na které by měly mít největší podíl zdravotní sestry. Čím dál tím víc přibývá pacientů trpících glaukomem již v mladším

věku, proto by tato skutečnost neměla být opomenutá a proto se hlavní pozornost soustřeďuje na prevenci a včasný záchyt glaukomu.

Po operaci glaukomu může dojít ke komplikacím. Mezi ně patří pooperační infekční zánět (endofthalmitis). Jedná se o prudký nitrooční infekční zánět, ale objevuje se pouze asi u jednoho z tisíce operovaných. Pokud k tomuto dojde, příznaky je objeví ve 3. až 5. pooperačním dni, kdy se dostaví zhoršení vidění, stupňující se bolest oka, zarudnutí oka, otok víček a spojivky. K těmto příznakům se může přidat horečka a malátnost. Po objevení se těchto příznaků lékař nasadí antibiotika a popřípadě odstraní zánětlivý výpotek z oka. Pokud není endofthalmitis včas rozpoznán a léčen, může dojít ke ztrátě zraku. Mezi další komplikace patří krvácení do nitra oka, neočekávané změny očního tlaku, pokles zrakové ostrosti, expulzivní hemoragie.

Glaukom se svojí konzervativní a chirurgickou léčbou může ovlivňovat kvalitu života a pacientovy specifické funkce v životě. Na místě je hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na ovlivnění zrakových funkcí v kvalitě života u glaukomu. Podle studie zabývající se hodnocením kvality života u glaukomatika je takto postižený pacient ohrožen v oblasti zvládnání svěřených úkolů. Má problémy se řízením automobilu, proto je glaukom spojován s vyšším rizikem způsobení dopravní nehody. Horší kvalita je u pacientů s postižením zorného pole, pokles kvality pokračuje ztrátou citlivosti v zorném poli.

(6, 17, 20, 21,25,26,)

1.2.7 Ošetrovatelská péče u pacienta s glaukomovým onemocněním

Sestra u pacienta hodnotí biologické potřeby, polohu a pohybový režim, hygienickou péči, stav výživy, vyprazdňování, rehabilitaci, spánek, psychosociální potřeby. Sleduje fyziologické funkce, operační ránu – jestli neprosakuje, zda nejsou přítomny známky infekce. Oko lékař nechává zakryto do druhého dne potom je obvaz sestrou sundán (je kontrolována rána, do oka jsou podány léky, nejčastěji protizánětlivé). Od druhého dne může mít pacient oko bez zakrytí. Sestra by dále po operaci měla sledovat pacientovu polohu. Zaznamenává objevení bolesti – v jaké míře a

v jakém místě. Sleduje pacientovu reakci na ni. V případě potřeby podá léky proti bolesti, dle ordinace lékaře. Monitoruje hodnoty nitroočního tlaku a zapisuje je do dokumentace, v případě jejich zvýšení ihned informuje lékaře z důvodu možného glaukomového záchvatu. Další, co sleduje, jsou laboratorní hodnoty. O všem vede záznamy v dokumentaci.

Z biologických potřeb sestra u pacienta hodnotí poruchu smyslového vnímání, stupeň informovanosti o jeho chorobě, způsobu léčení a dodržování vhodné životosprávy. Měla by mu poskytnout dostatek informací (v rámci své kompetence) a zvolit správný způsob jejich sdělení, následně by si měla zkontrolovat jejich zapamatování a pochopení. Dalším krokem je zjištění možnosti orientace pacienta, možnosti úrazu. Sestra sleduje verbalizované a neverbalizované projevy pacienta. Podpoří aktivní účast pacienta na ošetrovatelské péči.

V rámci pohybového režimu se hodnotí míra soběstačnosti zejména vzhledem k výpadkům v zorném poli. Sestra pacienta seznamuje s prostorovým uspořádáním nábytku na pokoji, proto by se dále neměly měnit pomůcky bez vědomí pacienta. Pokud jsou nutná další vyšetření, sestra zajistí jeho doprovod. V případě potřeby sestra pacientovi nabízí kompenzační pomůcky pro nevidomé. Po operaci sestra zajistí vhodnou polohu (poloha na zádech, vhodná je obrácená Trendelenburgova poloha), pacient nesmí ležet 2 hodiny na straně operovaného oka, do večera musí dodržet klid na lůžku, dobré je zajistit zatemnění místnosti. Musí být zajištěna včasná mobilizace pacienta, která probíhá již v den operace, měl by být zaktivizován v rámci svého pokoje. Mobilizace je prováděna vzhledem k druhu operace a stavu pacienta, včasnost ale přetrvává. Důležitá je prevence komplikací z nedodržování pooperačního pohybového režimu. Důležité je dávat pozor na rychlé pohyby hlavy, způsob zacházení s obvazem kryjícím oko, mnutí oka a předklony. Sestra musí informovat pacienta o snaze zabránit kýchnutí.

U hygienické péče je důležité zmapování stupně soběstačnosti, případné poskytnutí dopomoci. Bezprostředně po operaci všechnu potřebnou hygienu zajišťuje sestra. Nesmí se zapomenout na bezpečnost při hygieně, sestra pacienta doprovodí do koupelny, popíše mu její prostředí a názorně ukáže umístění madel. Hygienické

pomůcky mu připraví na dosah ruky. Sestra dbá na prevenci poranění operovaného oka, šetrně omývá, zamezí, aby se do operovaného oka dostal šampón nebo mýdlo. Nesmí být opomenutá hygiena ložního a osobního prádla, toto je další bod v prevenci vniknutí infekce do operovaného oka.

Sestra poučí pacienta o správné životosprávě. Pacient by měl dodržovat pravidla racionální výživy, měl by z jídelníčku vyřadit potraviny obsahující kofein, neměl by pít najednou velké množství tekutin, doporučuje se požívat tekutiny v menších dávkách a častěji. Při jednorázovém příjmu velkého množství tekutin hrozí vzestup nitroočního tlaku. Sestra sleduje stupeň soběstačnosti, zajistí potřebnou pomoc, pokud pacient trpí velkou ztrátou zraku, popíše mu stravu na talíři. Pomůcky k jídlu mu sestra připraví tak, aby byl schopen najíst se sám. Před operací musí být seznámen s tím, že nesmí 12 hodin před výkonem jíst. Co se týče pooperačního režimu, je závislý na druhu operace. Při operaci v celkové anestézii dostane pacient po 2 hodinách tekutiny per os, po 6 hodinách je na řadě lehká strava. V případě místní anestézie může pacient po 2 hodinách jíst, ale nesmí kousat.

Při vyprazdňování sestra sleduje moč a stolicí. U moče se hodnotí její hustota. Vše zaznamenává do dokumentace. Dalším kritériem je hodnocení stupně soběstačnosti, zajištění potřebných pomůcek v blízkosti pacienta. Zajistí prevenci zácpy, neboť při zácpě dochází k vyvinutí tlaku v operovaném oku.

U spánku sestra hodnotí kvalitu, doporučí pacientovi dodržování pravidelného denního režimu s dostatkem kvalitního spánku. Sestra pacientovi zajišťuje vhodné prostředí, zajistí mu uspokojení zvyklostí před spaním. Důležité je dbát na prevenci možného poranění operovaného oka v průběhu spánku. Toto je zajištěno krytím oka speciálním krytem (mušlička).

Z psychosociálního hlediska je důležité poučení pacienta o onemocnění, aby byl zmírněn jeho strach a úzkost. Důležité je zajištění kontaktu s blízkými. Pokud pacientovi hrozí ztráta zraku, snažíme se na to pacienta vhodně připravit, v případě potřeby zajistit psychologa. (12,22)

1.3 Edukace

1.3.1 Pojem edukace

Edukovat znamená vysvětlovat a vychovávat. Nesmíme tento pojem zaměňovat s pouhým podáním informací. Informace se získávají formou rozhovoru, kdy není hodnocena odezva pacienta, není kontrolováno, zda pacient porozuměl podaným informacím, zda si něco zapamatoval. Informovanost je stálým problémem ve zdravotnictví. Při edukaci sestra předává pacientovi potřebné informace, pomáhá mu pochopit příčinu onemocnění, vyučuje ho. Cílem výuky je pojetí pacienta jako holistické bytosti s jeho bio-psycho-sociální a duchovní stránky. Cílem je zmírnit strach a úzkost, dovést pacienta k pochopení jeho role v péči o vlastní zdraví. Předpokladem edukace je změna. Je možno dosáhnout změny v chování nebo změny v sociální oblasti. V edukaci bychom měli volit racionálně – empirický přístup. Účinná a správná edukace v sobě skrývá mnohem více než poučení o tom, co by měl pacient dělat. To si může přečíst v brožurkách k tomu určených. Edukace by měla v sobě obsahovat psychologickou a pedagogickou práci. Měla by předpokládat překážky, jež se mohou v budoucnosti objevit, měla by počítat s možnými komplikacemi. Toto vše zajistí dobrou spolupráci nemocného s doporučeným režimem. Diagnostikování při edukaci v ošetrovatelství je specifikování potřeb klienta – pacienta v rozsahu nedostatku jeho vědomostí, zpravidla jde o řešení problému deficitu vědomostí nebo deficitu zručností, ale i o nedostatek motivace. Sestra se střetává i s pacienty, kteří mají již určité informace o nemoci a zkušenosti z nemocničního prostředí. Na to, abychom je mohli správně motivovat, je důležité usměrnění a vysvětlení. Sestra by měla přesně určit, které vědomosti pacientovi chybí, jaké vědomosti by si měl osvojit a které své postoje by měl změnit. Naproti tomu pacient by si měl uvědomit odpovědnost za své zdraví, důležitá je pro něj znalost faktorů ovlivňujících jeho zdraví.

Edukační činnost sester je nezastupitelnou součástí jejich práce. Tato činnost se zaměřuje na změny v životním stylu, informace o lécích, pomůckách, výživě, diagnostických vyšetřeních. Výuka pacientů ale může narazit na překážky ze strany

pacienta v podobě komunikačních bariér např. porucha sluchu, zraku aj. Tuto spolupráci může sestra zlepšit a podpořit projevy zájmu, akceptace pacientova problému.

Edukace pacientů se ve spoustě zdravotnických zařízeních považuje za zvláštní nadstandard, a tudíž není prováděna důsledně a systematicky a její účinnost není vyhodnocována. Edukace je pracná a málo motivační, proto je slabým článkem v intervenci sester a také lékařů. V rámci edukace se má největším podílem účastnit sestra v roli edukátorky. (1,7,8,9)

1.3.2 Role sestry v edukaci

Sestra, která pacienta edukuje (vychovává), splňuje roli sestry edukátorky. Role sestry edukátorky je v moderním ošetrovatelství stále více zdůrazňována. Měla by plánovat, tvořit edukační plány, volit správné vyučovací techniky a obsah edukace. Dalším krokem je samostatná realizace edukace. Sestra by se měla připravit na výuku, předat písemný materiál, začlenit rodinné příslušníky, provádět výuku ve skupinách, vytvořit příjemnou atmosféru, odstranit rušivé vlivy. Neměla by nikoho do ničeho nutit. Sestra by měla zhodnotit ovlivňující faktory edukace, mezi které patří pohlaví, věk, zaměstnání, vzdělání, motivace, hodnotový systém, sebedůvěra, soběstačnost, kultura. Sestra se účastní v upevňování zdraví a prevenci poruch. Sestra pomáhá v učení nemocného a jeho rodiny, jak žít v relativní spokojenosti s jeho onemocněním a nacvičuje k tomu potřebné dovednosti. Tímto ale edukační práce nekončí, jelikož edukace je změnou v životě pacienta, měla by sestra chápat, že se pacient změny nepřijímá snadno. Proto sestra která, má pomoci pacientovi, musí být vnímavá, předvídavá, trpělivá, měla by pacientovi umět sdělit, že chápe zábrany ve změně, měla by mu vysvětlit, že není jediný, že spousta lidí tímto procesem prochází, měla by mu ukázat, že se nové situaci přizpůsobí, a je důležité ho pochválit. Sestra má pacienta podpořit a pomoci při zvládnutí strachu a úzkosti, má mu předat potřebné informace, pomoci mu pochopit podstatu nemoci a její příčiny, opravit jeho chybné koncepce. Má

mu pomoci pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho odpovědnost za své zdraví. Součástí plánu péče je edukace pacienta a jeho rodiny.

Sestra nemusí být jediným účastníkem edukace, měla by to být v druhé řadě také rodina, ale ta mnohdy může být právě brzdou edukačního procesu. Dalším pomocníkem mohou být též členové svépomocných pacientových skupin. Na první pohled by se edukační proces mohl zdát náročný na čas, ale vynaložená energie a čas se ve výsledném efektu zúročí. Naopak odbytá edukace nepřinese cílený výsledek.

(7,8,9,23)

1.3.3 Edukace pacienta před operací glaukomu

Pokud se glaukom u pacienta zhorší a potřebuje operativní řešení je pacient přijímán na lůžkové oční oddělení. Pacient bývá hospitalizován jen na krátkou dobu v rozsahu několika dní. Výkon může být proveden i ambulantně. Sestra pacienta edukuje, jak ze strany obecné předoperační přípravy, tak i speciální.

Sestra dá pacientovi podepsat operační revers, který obsahuje prohlášení se souhlasem operace, a informaci, že byl pacient poučen o případných komplikacích operace a také o tom, že může dojít ke zhoršení pacientova stavu. Pacient by ve svém vlastním zájmu neměl revers podepisovat, pokud ho nikdo nepoučil.

Obecná příprava – sestra by měla nejprve zjistit stav informací o operativním zákroku, pokud zjistí nedostatky informací, které spadají do její pravomoci, měla by je pacientovi podat, jinak musí zavolat lékaře, aby pacientovi poskytl žádané informace. Pokud má pacient dostatek informací a praktické dovednosti, snižuje to jeho pocit úzkosti, strachu před operací a zlepšuje to spolupráci pacienta před i po operaci. Před výkonem poučíme pacienta, že mu provedeme důslednou hygienu tváře, vlasů, dutiny ústní, nosu a muže požádáme o oholení nebo mu v případě potřeby pomůžeme. Sestra by měla zhodnotit dodržování správné životosprávy. Nutné je předcházení zácpě, jinak by v případě stehů mohlo dojít k jejich uvolnění.

Speciální příprava – pacient by měl mít dostatek informací o tom, jak bude probíhat předoperační příprava a pooperační péče. Dalším bodem by měl být dostatek

informací o nutných pooperačních návycích a nutnosti dodržování léčebného režimu. Sestra si s pacientem nacvičí, jak správně otevírat a zavírat oko bez křečovitého zavření nebo otevření. Měla by pacientovi říct o zákazu prudkých pohybů hlavy. Dále by ho měla upozornit na zákaz sahání a mnutí oka kapesníkem nebo jiným předmětem, toto je důležité jak před operací, tak i po ní. Pacient je poučen, že je dobré pokusit se o zamezení kýčání, a to buď tlakem na nosní přepážku nebo stlačením proti přepážce. Dalším způsobem je pacientovo vyvinutí tlaku jazykem, palcem na patro těsně za zuby na horní čelisti. (10,12,22)

1.3.4 Edukace pacienta po operaci glaukomu

Setra pacienta poučí o dodržování zvýšené polohy na zádech tzv. Fowlerovy polohy, nebo jiné, dle ordinace lékaře. Pokud pacient bude operován v celkové anestézii, bude po probuzení ležet na zádech, nesmí ležet na operované straně. Pokud je provedena jen lokální anestézie, pacient se může za několik hodin po operaci samostatně pohybovat a provést si sebedeči.

Sestra pacientovi oznámí přiložení krycí mušle na operované oko v době spánku, z důvodu zamezení nežádoucích pohybů. Sestra zdůrazní zákaz sahání na operované oko, strhávání obvazu, provádění nežádoucích pohybů hlavy. Dále informuje o převazu oka v první pooperační den, o monitorování nitroočního tlaku.

V oblasti hygieny v prvních 5 pooperačních dnech sestra zdůrazní její zvýšení v oblasti obličeje (obličej lehce otírat, muži mají zákaz holení, nesmí se mýt operované oko, nesmí provádět masáž obličeje bez souhlasu lékaře).

V oblasti výživy sestra doporučí neдрáždivá, měkká a vlhká jídla. Taková, která nevyvolávají kašel a zvýšené žvýkání. Tekutiny se pijí v dostatečném množství ani málo, ani moc. Při provedení operace v lokální anestézii může pacient sníst po výkonu lehký oběd.

Sestra vysvětlí pacientovi důležitost vyprazdňování stolice, vyvarování se namáhavé stolice. Důležité je upravení stravy, pití tekutin, šetrná projímadla.

Nezbytnou součástí je dostatek informací před propuštěním pacienta do domácího prostředí. (12)

1.3.5 Edukace pacienta před propuštěním domů

Sestra pacientovi připomene, aby se dostavil na vyndání stehů. Stehy se pacientovi vyndávají 4 až 10 den po operaci. V případě stehů uložených hlouběji v tkáni oka nedochází k jejich vyndání, o tomto je poučen lékařem. Sestra podá pacientovi informace o pooperačním domácím režimu, poučí pacienta o dodržování pravidelných prohlídek u oftalmologa. Pacient s sebou musí nosit průkazky glaukomatika. Je na sestře, aby mu vysvětlila důležitost jejich nošení. Pacient musí vždy upozornit lékaře na to, že trpí glaukomem. Je sledován v glaukomové poradně. Sestra dá důraz na pravidelný denní režim, správnou životosprávu. Je důležité, aby pacient snížil konzumaci alkoholu a cigaret, má zákaz pití černé kávy, silného čaje a většího množství tekutin při jednom požití. Též je nutné vyloučit potravu, ve které je velký obsah tekutin, mezi tu patří např. ovoce. Nepřípustné je přejídání a na druhé straně hladovění. Toto vše zvyšuje nitrooční tlak. Sestra apeluje na dodržování pravidelného užívání léků z důvodu komplikace, tou je zhoršování zdravotního stavu. Dále sestra edukuje o správném aplikování očních kapek.

Kapky aplikujeme do spojivkového vaku po odtážení spodního víčka. Zaujmete polohu vsedě nebo vleže, zakloníte hlavu, díváte se nahoru. Odtáhnete dolní víčko a vkápnete oční kapky, nejlépe z výšky 1cm. Důležité je, aby nedošlo ke kontaktu kapátka s jakoukoliv částí oka či jeho okolí, v důsledku toho by mohlo dojít ke kontaminaci obsahu lahvičky. Pokud jste léčen dvěma nebo více antiglaukomatiky, musíte dodržovat interval mezi jednotlivými očními kapkami minimálně 5 minut. Je to z toho důvodu, že by mohlo dojít k vyplavení předchozích kapek. Po kapání byste měl zavřít oči, provést kompresi odvodných slzných cest na jednu až dvě minuty. Tímto se sníží odtok antiglaukomatik slzami do nosní dutiny a zamezí se následnému vstřebávání do systémové cirkulace. Pokud dodržíte všechny tyto kroky, snížíte výskyt nežádoucích účinků antiglaukomatik. Pacienti, kteří si aplikují antiglaukomatika, by neměli používat

měkké kontaktní čočky. V extrémním případě se radí čočky vyjmout a nasadit až po 15-30 minutách po aplikaci antiglaukomatik. Pacientovi zdůrazníme nutnost nošení kapek u sebe za každé situace.

Dalším bodem je informování pacienta o speciální hygieně obličeje (operované oko se musí vyplachovat pouze borovou vodou, nesní do něj přijít mýdlo). Sestra by měla zhodnotit riziko možného vzniku úrazu v domácím prostředí a na základě toho může nabídnout možnosti bezbariérové úpravy bytu. Sestra dále hodnotí možnosti pracovního zařazení, zda má pacient klidné pracovní podmínky, dostatek odpočinku, pacient by se měl vyvarovat třísměnnému provozu, pracím v předklonu, nošení těžkých břemen. Změny nastávají v pohybovém režimu pacienta, nesmí dělat prudké pohyby hlavou.

Nošení tmavých brýlí není po operaci nutné, ale v prvních dnech po operaci může pacientovi vadit pobývání na slunci. proto by při pohybu venku měl pacient nosit tmavé brýle. Pacientovi je nutné sdělit možné ovlivnění nitroočního tlaku. Pokud dojde u pacienta k velkým ztrátám zraku, případně i oslepnutí, poradíme mu s pomůckami pro nevidomé, sestra též může domluvit kontakt s Tyfloservisem.

(10,12,17,22)

1.3.6 *Edukace pacienta s glaukomovým onemocněním v očních ambulancích*

Sestra, která pracuje na oční ambulanci, musí mít specializaci v daném oboru, technické a odborné znalosti a dovednosti k obsluhování vyšetřovacích přístrojů. Úlohou sestry je asistovat při vyšetření, ošetřovat pacienty, podávat anestetika, rozevírat oční štěrby, měřit nitrooční tlak. Sestra lékaři pomáhá při menších zákrocích, tím je např. výplach slzných cest, šití víček. Sestra musí zvládat komunikaci s pacientem, měla by se orientovat psychologické problematice pacientů s očním onemocněním. Další úlohou sestry je vést dokumentaci, odebírat biologický materiál, plnit ordinace lékaře. Sestra musí zvládat první pomoc při úrazech oka.

Vyšetření která, jsou prováděna sestrou, jsou níže popsána. Sestra provádí vyšetření zrakové ostrosti (visu) do dálky, vyšetření zrakové ostrosti doblízka. Další

prováděná vyšetření jsou následující: zraková ostrost bez korekce a s korekcí, test bazální sekrece slz – sestra nejdříve znecitliví anestetikem oko, poté vloží filtrační papír zevně na okraj víčka, počká 5 minut a odečte zvlhčení. Další vyšetřovací metoda je vyšetření barvocitu v tabulkách podle profesora Velhagena., bezkontaktní tonometrie – měření nitroočního tlaku, podle oploštění rohovky, toto je vyvoláno nárazem vzduchu.

Důležité pro diagnostiku je vyšetření zorného pole (oblast vidění při pohledu před sebe), vyšetřuje se perimetrem, kdy se zjistí výpadky a rozsah zorného pole. Statický perimetr vyšetření je prováděno na automatickém perimetru Octopus. Pacientovi je zakryto jedno oko a druhým okem sleduje světelné body, které se objevují se střídavou intenzitou na obrazovce přístroje, když pacient zpozoruje světelný bod, zmáčkne tlačítko. Stejný postup se opakuje i na druhém oku. Na konci vyšetření je vše počítačem vyhodnoceno. Výsledek určuje rozsah poškození zorného pole u zeleného zákalu nebo při onemocnění CNS (tumor, cévní postižení mozku). K úspěšnému provedení těchto vyšetření je důsledné poučení pacienta ze strany sestry. Měla by ho seznámit s metodou prováděného vyšetření a ujistit se zda opravdu vše dostatečně pochopil. Zvláště u perimetrického vyšetření jsou vysoké nároky na pozornost a spolupráci pacienta. Jedním z dalších diagnostických vyšetření nitroočního tlaku je impresivní tonometrie. U pacienta je důležité poučení o průběhu vyšetření. Sestra pacientovi těsně před vyšetřením kápne oční kapky s anestetickým účinkem a poučí ho, že si nesmí mnout oči. Po výkonu ho poučí o stejném. Aplanační tonometrie - sestra nejdříve poučí pacienta o tom, co bude následovat, poté sestra do oka aplikuje 2% Fluorescin a kapky s instalační anestzií.

Například v Městské nemocnici Ostrava mohou pacienti navštívit kurzy správné aplikace léků, ve formě edukace shlédnou video a dostanou brožurky s informacemi o glaukomu. (11,12,22)

1.4 Česká glaukomová společnost

Česká glaukomová společnost je občanské sdružení, které sdružuje lékaře a jiné zdravotnické pracovníky i nezdravotnické jedince. To, co mají společné, je zájem o glaukomové onemocnění.

Česká glaukomová společnost vznikla v roce 1998 a dnes ji tvoří na 250 členů. Sdružení pořádá světové glaukomové dni, letos proběhl 12.3.2009. Jednalo se o vydání informací v rozhlasu, televizi. Vyšly články v tisku, pořádaly se konference, proběhly akce s edukačním záměrem i akce věnované skríningu glaukomu. V roce následujícím proběhne 8.-10.4.2010 kongres české glaukomové společnosti.

Desatero pro pacienty žijící se zeleným zákalem.

„1. Návštěva očního lékaře – nemocných stále přibývá, věková hranice se snižuje. Jen oční lékař může včas rozpoznat zelený zákal a zahájit léčbu.

2. Včasné preventivní prohlídky – po 35. roce by se měl každý podrobit očnímu vyšetření. Glaukom bývá dědičný, pozor na rodinné dispozice.

3. Léky – předepsané oční kapky je nutné užívat přesně, onemocnění se nebude zhoršovat.

4. Pravidelné kontroly – doporučuje se dodržovat termín návštěv, lékař může snížit či zvýšit dávkování léků v závislosti na stavu.

5. Upozornění – jestliže má pacient glaukom a začne trpět bolestmi hlavy či náhlou poruchou vidění, měl by co nejdříve navštívit lékaře. Příznaky mohou signalizovat glaukomový záchvat.

6. Zdravotní stav – vysoký krevní tlak, cukrovka a jiná onemocnění mohou nepříznivě působit na zrak. Vhodné je pravidelně docházet na preventivní zdravotní prohlídky k praktickému lékaři.

7. Bezpečnost v dopravě – pokud pacient s glaukomem netrpí silnou ztrátou zorného pole, může řídit vozidlo, nutné je však informovat se u očního lékaře, zda předepsané léky neovlivňují schopnosti při řízení.

8. Kouření – snižuje prokrvení očního nervu, což ho více zatěžuje.

9. Televize a čtení – pacienti s glaukomem mohou sledovat televizi, pracovat s počítačem a číst jako jiní.

10. Sport a tělesný pohyb – je doporučován v rozumné míře, způsobuje lepší prokrvení a vyvolává pocit pohody, to pomáhá i očím.“ (Vejmelková 2006, s.38)
(16,24)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl: Zmapovat intervence v edukační činnosti sestry v péči o pacienta s glaukomem.

2.2 Hypotézy

H1 Sestry ví, jak mají pacienta s glaukomem správně edukovat.

H2 Pacienti s glaukomem mají dostatek informací potřebných k ošetření v domácím prostředí.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1 Je ústní forma edukace pro pacienty s glaukomem přínosnější než tištěná forma?

Výzkumná otázka č. 2 Probíhá v rámci edukace nácvik aplikace léků u pacientů s glaukomem?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ve své bakalářské práci jsem použila šetření pomocí kvalitativní a kvantitativní metody. Při kvalitativním šetření byla použita forma rozhovoru s pacienty trpícími glaukomovým onemocněním. Rozhovor s pacienty se skládal ze 14 uzavřených otázek. Tyto otázky byly položeny 6 respondentům. V kvantitativním šetření byla použita forma dotazníků, skládajících se ze 20 otázek. Otázky v dotazníku byly sestaveny na základě odborné literatury.

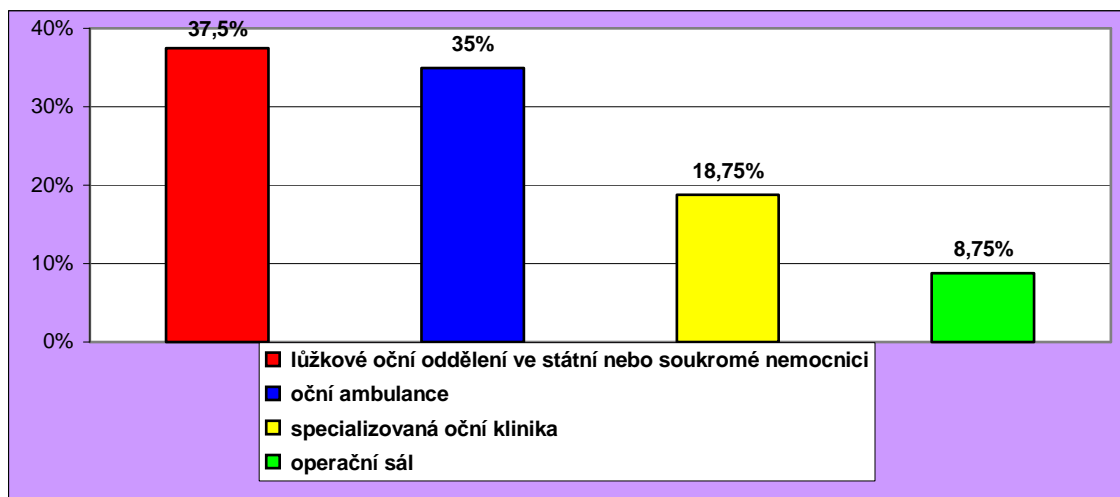
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek pro dotazníkové šetření se skládal ze všeobecných sester pracujících na očním oddělení, operačním sále, v očních ambulancích a soukromých klinikách. V období od ledna do března 2010 bylo rozdáno 120 dotazníků v nemocnicích a očních ambulancích v Plzni, Praze, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících. Ze 120 dotazníků se mi vrátilo 80 vyplněných dotazníků. Výzkumný vzorek se skládal z 80 dotazníků (100%). Návratnost dotazníků činila 96%. Kvalitativní šetření bylo provedeno se 6 respondenty (100%) trpících glaukomem. Výběr respondentů byl náhodný a byl proveden v oční ambulanci, na očním lůžkovém oddělení a ORL oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích.

4. Výsledky

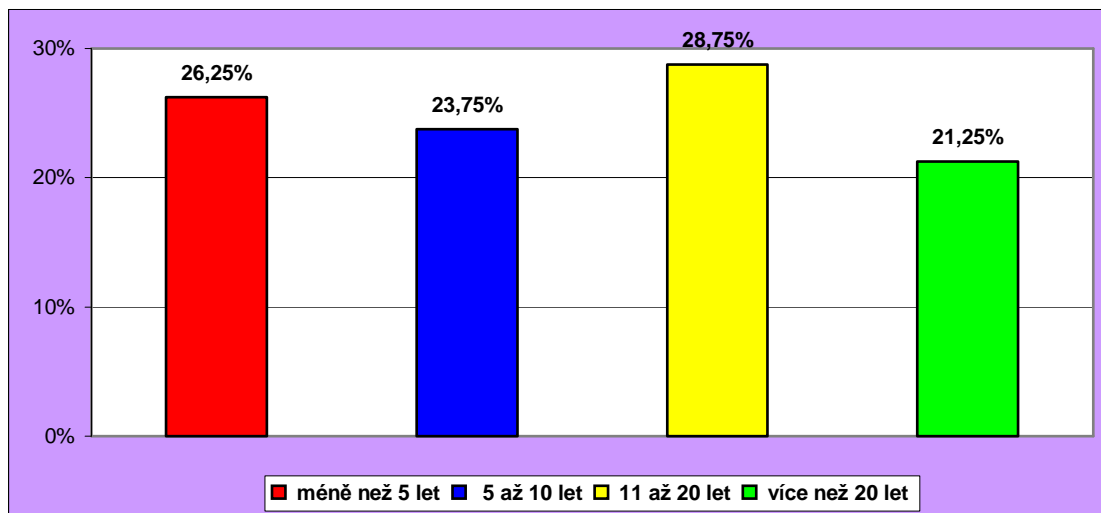
4.1 Dotazníkové šetření

Graf 1 Pracoviště dotázaných respondentů



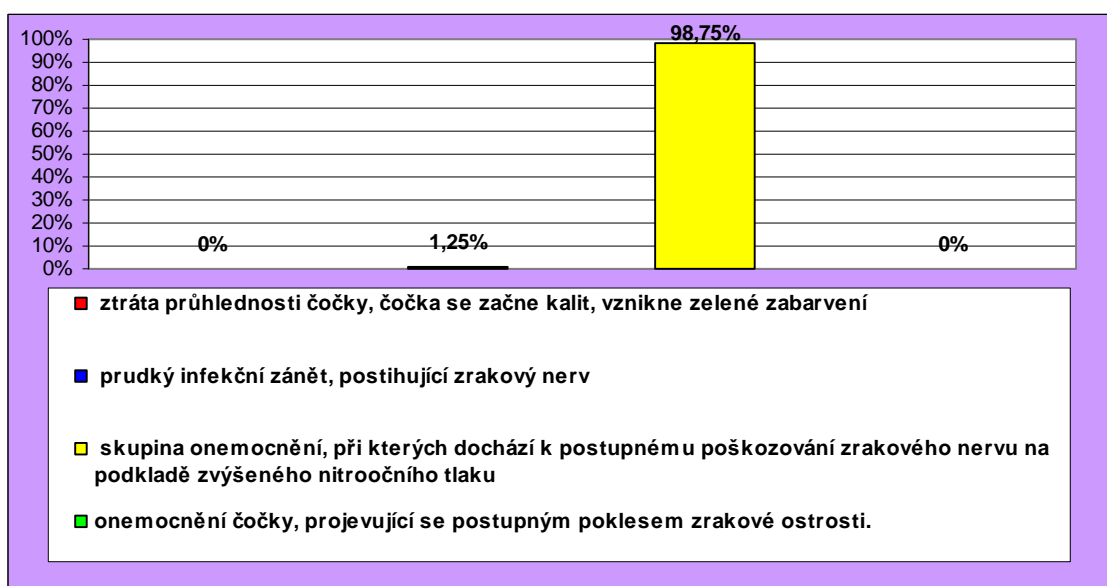
Graf 1 znázorňuje zastoupení pracovišť, na kterých pracují dotázaní respondenti. Z 80 dotázaných sester (100%) 30 sester (37,5%) pracuje na lůžkovém očním oddělení ve státních a soukromých nemocnicích. 28 sester (35%) pracuje v oční ambulanci. 15 sester (18,75%) pracuje na specializované oční klinice. 7 sester (8,75%) pracuje na operačním sále.

Graf 2 Počet odpracovaných let na výše uvedených pracovištích



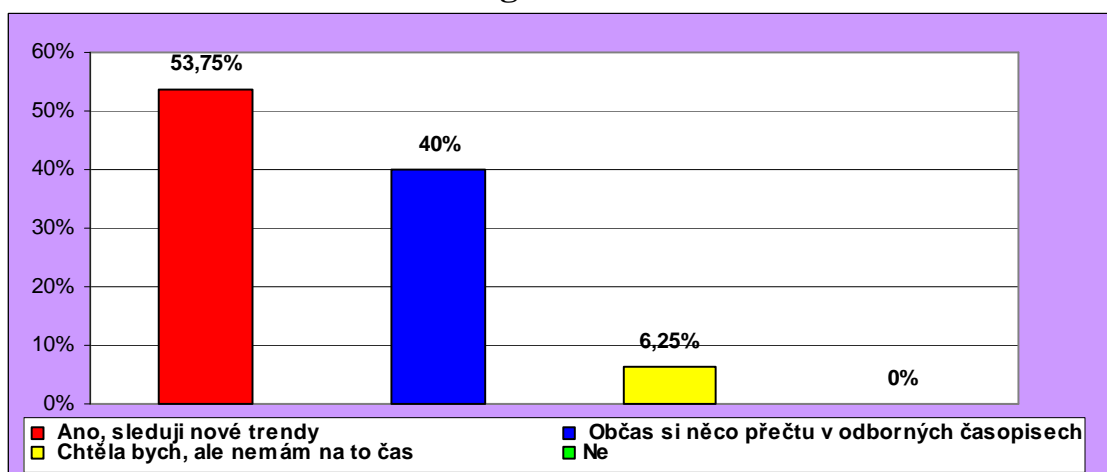
Graf 2 popisuje počet odpracovaných let na výše uvedených pracovištích. Z 80 dotázaných sester (100%) 23 sester (28,75%) je zde 11 až 20 let. 21 sester (26,25%) pracuje na daném pracovišti méně než 5 let. 19 sester (23,75%) 5 až 10 let. 17 sester (21,25%) více než 20 let.

Graf 3 Znalost pojmu glaukomové onemocnění



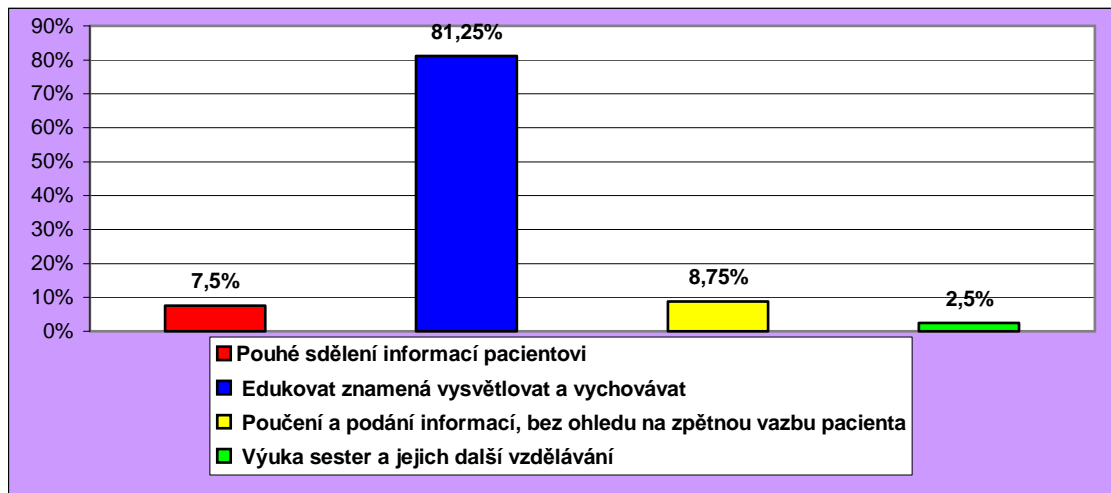
Graf 3 popisuje, zda sestry ví, co je glaukom. Z 80 dotázaných sester (100%) 79 sester (98,75%) odpovědělo správně. 1 sestra (1,25%) odpověděla špatně. Zbylé 2 odpovědi nebyly sestrami označeny (0%).

Graf 4 Prohlubování znalostí o glaukomovém onemocnění



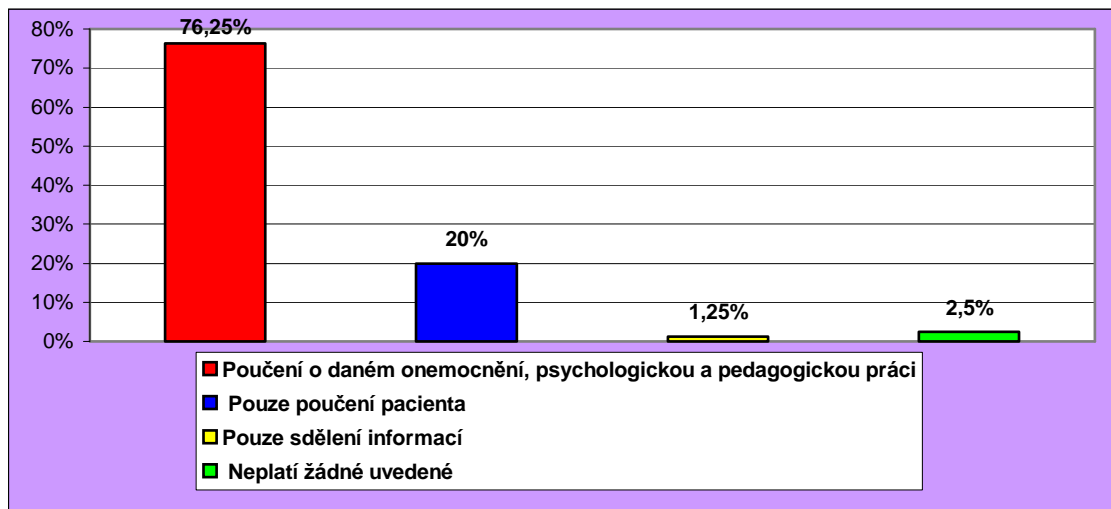
Graf 4 popisuje, zda si sestry prohlubují své znalosti o glaukomu. Z 80 dotázaných sester (100%) 43 sester (53,75%) odpovědělo: „Ano sleduji nové trendy.“ 32 sester (40%) odpovědělo: „Občas si něco přečtu v odborných časopisech.“ 5 sester (6,25%) odpovědělo: „Chtěla bych, ale nemám na to čas.“ 0% sester odpovědělo: „Ne.“

Graf 5 Znalost pojmu edukace



Graf 5 popisuje, zda dotázaní respondenti ví, co je edukace. Z 80 dotázaných sester (100%) 65 sester (81,25%) odpovědělo správně: „Edukovat znamená vysvětlovat a vychovávat.“ 7 sester (8,75%) odpovědělo: „Poučení a podání informací bez ohledu na zpětnou vazbu pacienta.“ 6 sester (7,5%) odpovědělo: „Pouhé sdělení informací pacientovi.“ 2 sestry (2,5%) odpověděly: „Výuka sester a jejich další vzdělávání.“

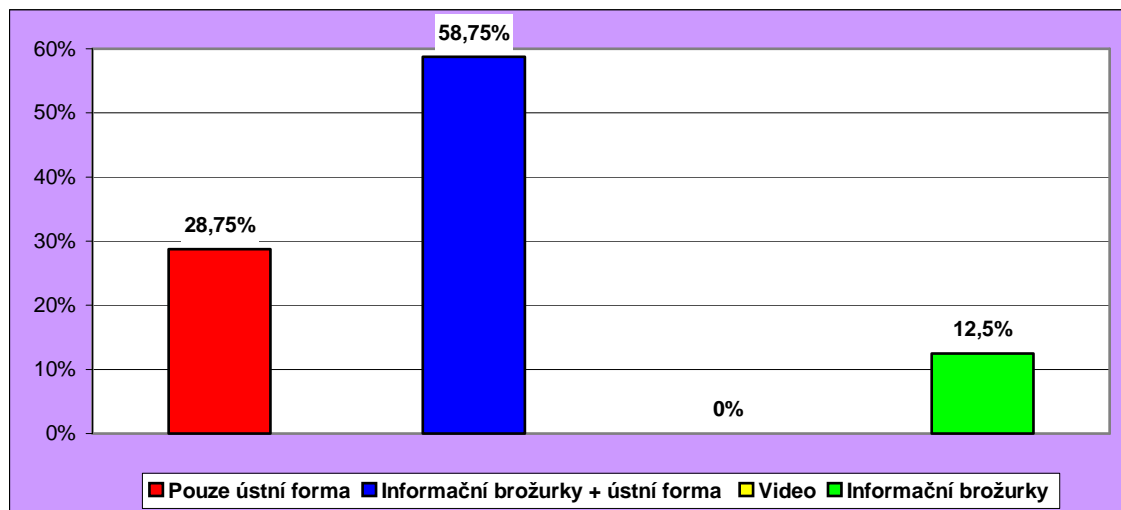
Graf 6 Obsah edukace



Graf 6 znázorňuje, co si sestry myslí o obsahu slova edukace. Z 80 dotázaných sester (100%) 61 sester (76,25%) odpovědělo správně: „Poučení o daném onemocnění, psychologickou a pedagogickou práci.“ 16 sester (20%) odpovědělo: „Pouze poučení

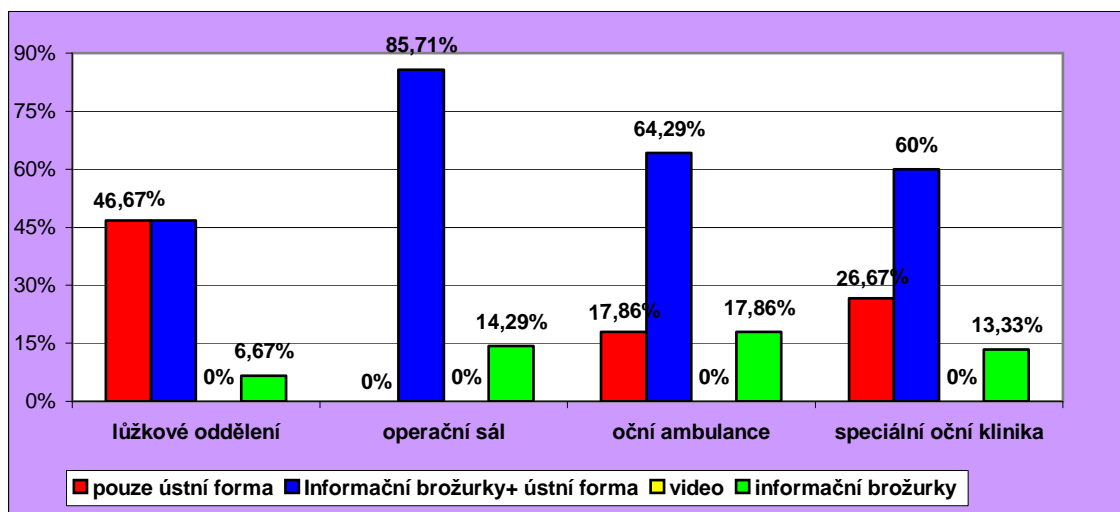
pacienta.“ 2 sestry (2,5%) odpověděly: „Neplatí žádné uvedené.“ 1 sestra (1,25%) odpověděla: „Pouze sdělení informací.“

Graf 7 Forma edukace



Graf 7 ukazuje formu edukace. Z 80 dotázaných sester (100%) 47 sester (58,75%) edukuje kombinací informačních brožurek a ústní formy. 23 sester (28,75%) edukuje pouze ústní formou. 10 sester (12,5%) edukuje informačními brožurkami. 0 sester (0%) edukuje pomocí videa.

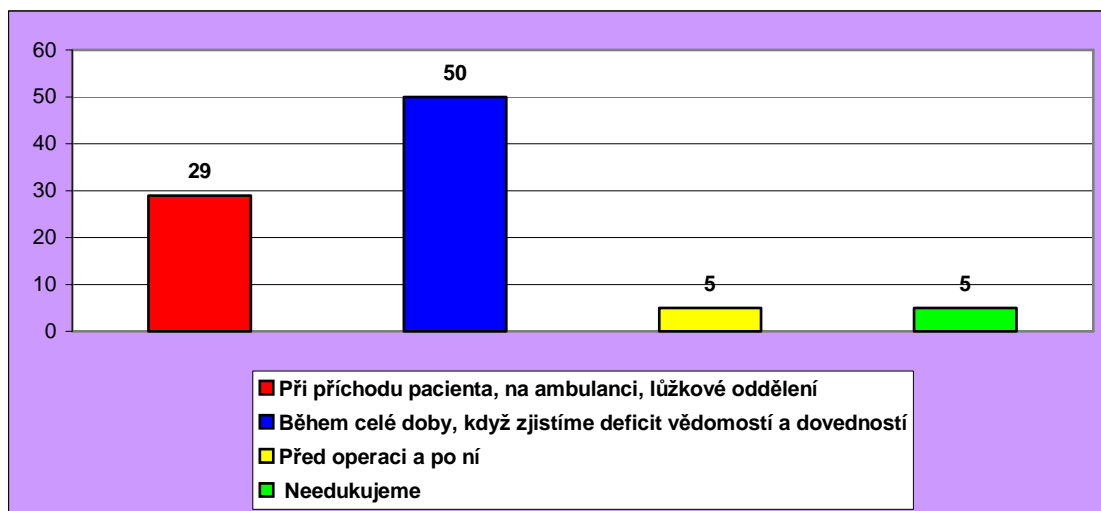
Graf 8 Srovnání edukační formy na jednotlivých pracovištích



Graf 8 znázorňuje srovnání edukační formy na jednotlivých pracovištích. Na lůžkovém oddělení ze 30 sester (100%) 14 sester (46,67%) edukuje pouze ústní formou, 14 sester (46,67%) edukuje informačními brožurkami + ústní formou. Informačními brožurkami edukují 2 sestry (6,67%). 0 sester (0%) edukuje pomocí videa. Na operačním sále edukuje ze 7 sester (100%) 6 sester (85,71%) informačními brožurkami v kombinaci s ústní formou, 1 sestra (14,29%) edukuje informačními brožurkami 0 sester (0%) pouze ústní formou, 0 sester (0%) edukuje pomocí videa,. V oční ambulanci z 28 sester (100%) 18 sester (64,29%) edukuje informačními brožurkami a ústní formou, 5 sester (17,86%) edukuje pouze ústní formou, 5 sester (17,86%) edukuje pomocí informačních brožurek. 0 sester (0%) edukuje pomocí videa, Ve specializovaných očních klinikách z 15 sester (100%) 9 sester (60%) edukuje informačními brožurkami + ústní formou 4 sestry (26,67%) edukují pouze ústní formou, 0 sester (0%) edukuje pomocí videa, 2 sestry (13,33%) edukuje pomocí informačních brožurek.

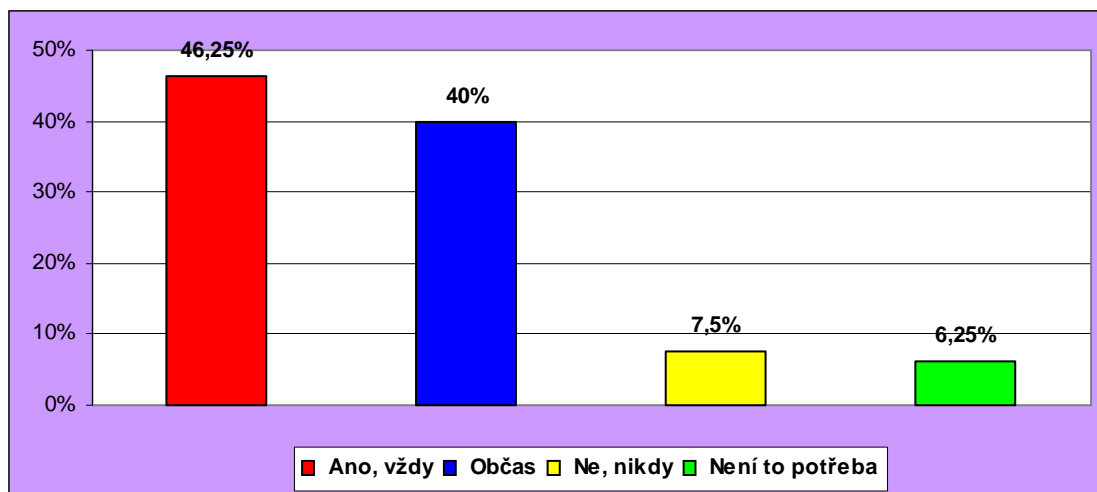
Graf 9 Doba provedení edukace

(V dotazníku bylo možné uvést více možností odpovědí, graf je uveden v absolutních hodnotách reálných čísel.)



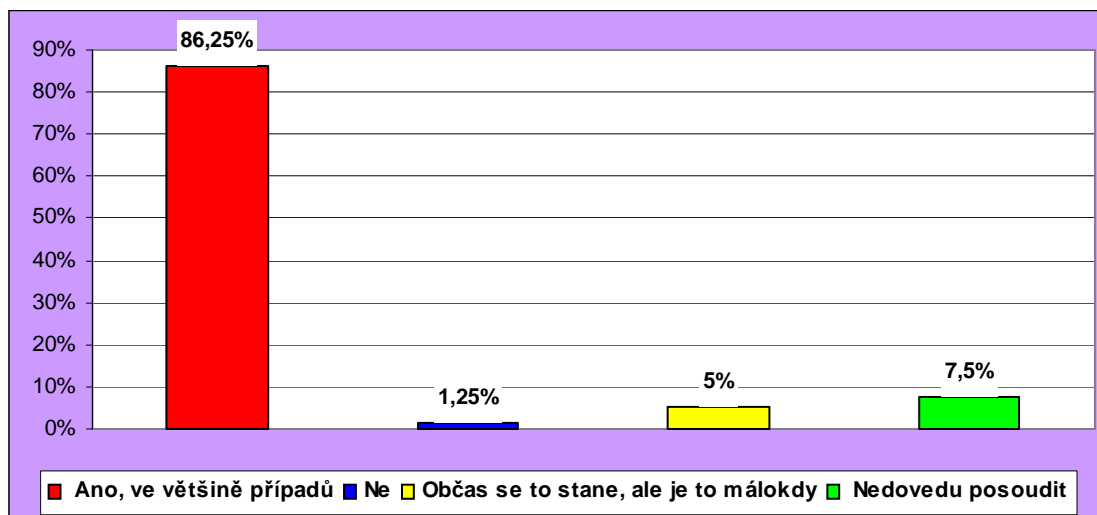
Graf 9 vyjadřuje dobu provádění edukace. Z 89 odpovědí 50 odpovědí bylo pro edukaci během celé doby léčby, kdy sestry zjistí deficit vědomostí a dovedností. 29 znamenalo, že sestry edukují pacienty při příchodu na ambulanci nebo lůžkové oddělení. 5 odpovědí bylo pro edukaci před operací a po ní. V 5 odpovědích se objevilo, že needukují pacienty.

Graf 10 Provádění zpětné vazby při edukaci



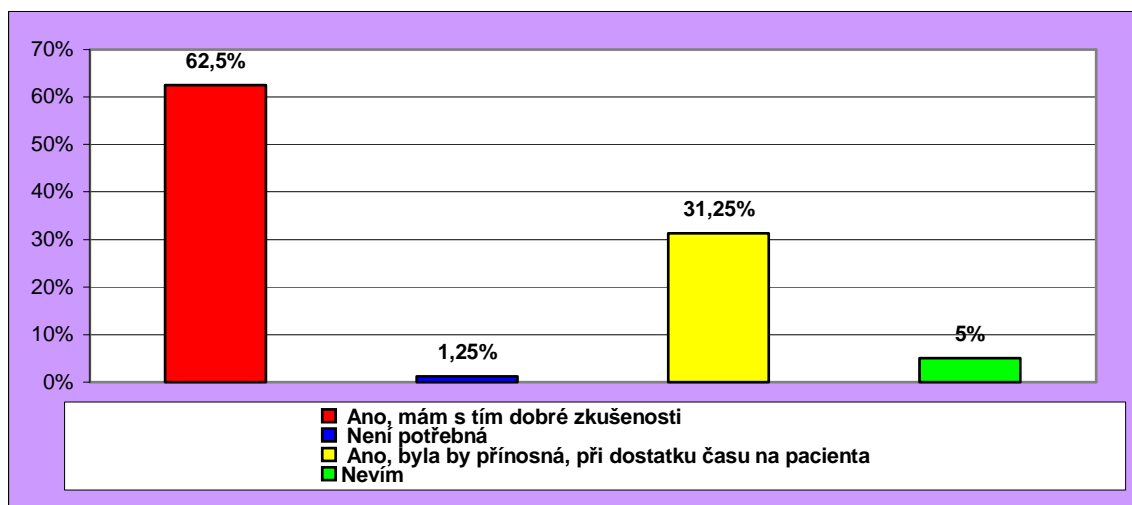
V grafu 10 vidíme, jak sestry provádějí zpětnou vazbu při edukaci. Z 80 dotázaných sester (100%) 37 sester (46,25%) provádí zpětnou vazbu při edukaci vždy. 32 sester (40%) ji provádí jen občas. 6 sester (7,5%) ji nikdy neprovádí. 5 sester (6,25%) si myslí, že to není potřeba.

Graf 11 Schopnost spolupráce pacientů při edukaci



V grafu 11 je vyobrazena schopnost spolupráce pacientů při edukaci. Z 80 dotázaných sester (100%) 69 sester (86,25%) odpovědělo, že pacienti spolupracují ve většině případů. 6 sester (7,5%) to nedovedlo posoudit. 4 sestry (5%) odpověděly, že občas se to stane, ale je to málokdy. 1 sestra (1,25%) odpověděla záporně.

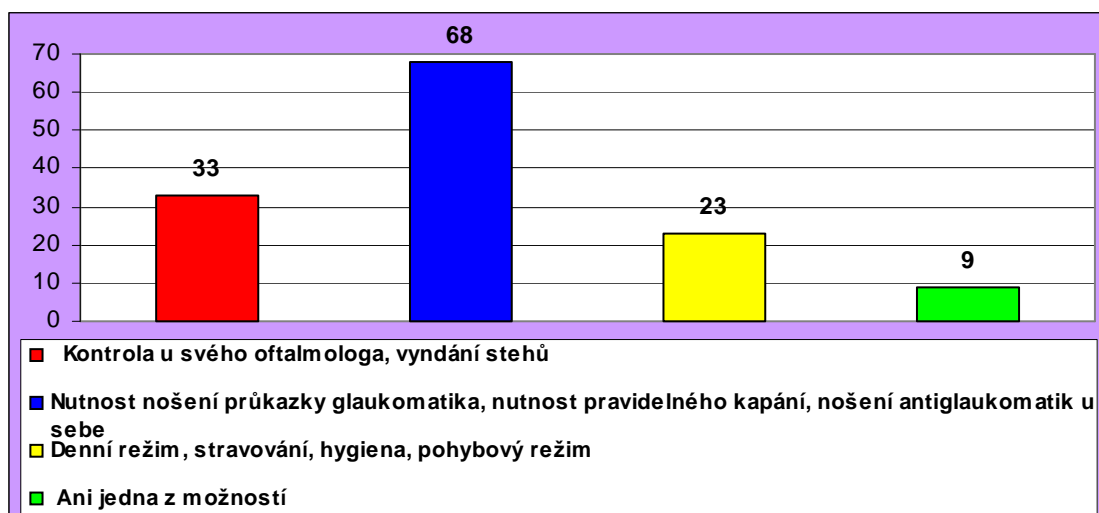
Graf 12 Přínos edukace u pacientů s glaukomem



Graf 12 popisuje, zda si sestry myslí, že edukace u pacientů s glaukomem je přínosná. Z 80 dotázaných sester (100%) 50 sester (62,5%) s tím má dobré zkušenosti. 25 sester (31,25%) udává, že by byla přínosná při dostatku času na pacienta. 4 sestry (5%) neví. 1 sestra (1,25%) si myslí, že není potřebná.

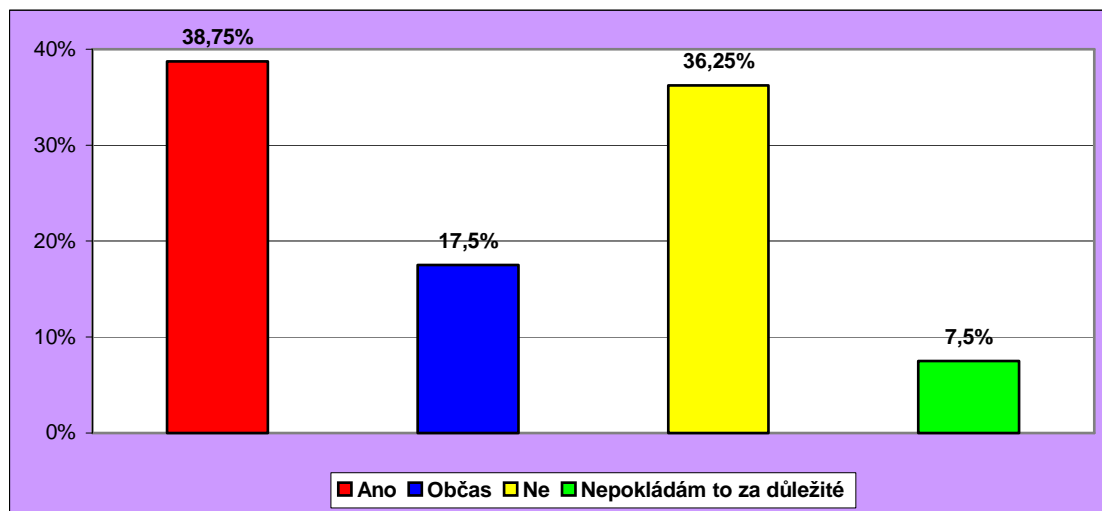
Graf 13 Druh podaných informací během edukace glaukomatika

(V grafu mohlo být uvedeno více možností odpovědí, graf je uveden v absolutních hodnotách reálných čísel.)



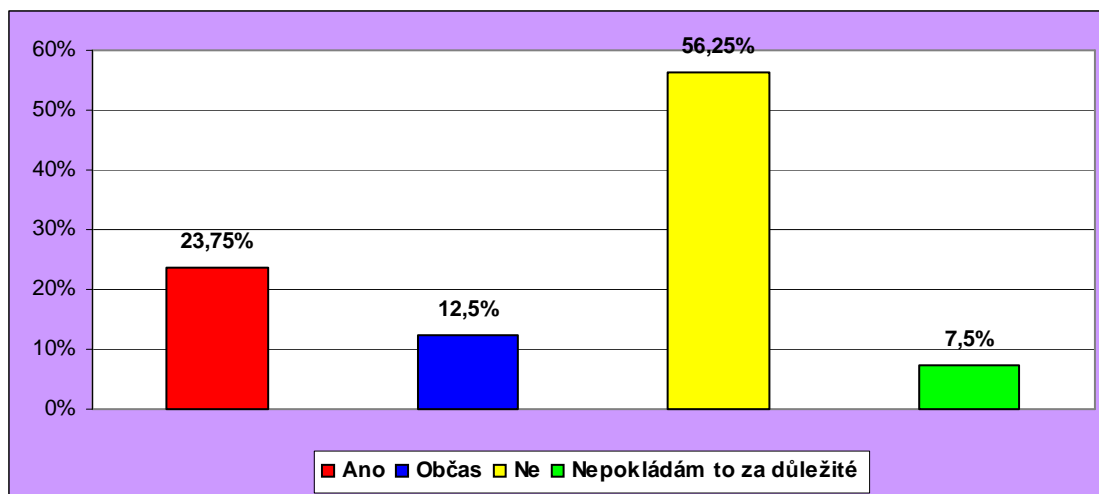
Graf 13 znázorňuje podané informace během edukace glaukomatika po propuštění z oddělení nebo ambulance. Ze 133 odpovědí 68 odpovědí bylo pro nošení průkazky glaukomatika, nutnosti pravidelného kapání, nošení antiglaukomatik u sebe, 33 odpovědí udávalo kontrolu u svého oftalmologa, vyndání stehů..Ve 23 odpovědích byl denní režim, stravování, hygiena, pohybový režim. V 9 odpovědích sestry nepodávaly žádné výše popsané informace.

Graf 14 Informovanost o snížení konzumace nevhodných tekutin (např.černá káva, čaj)



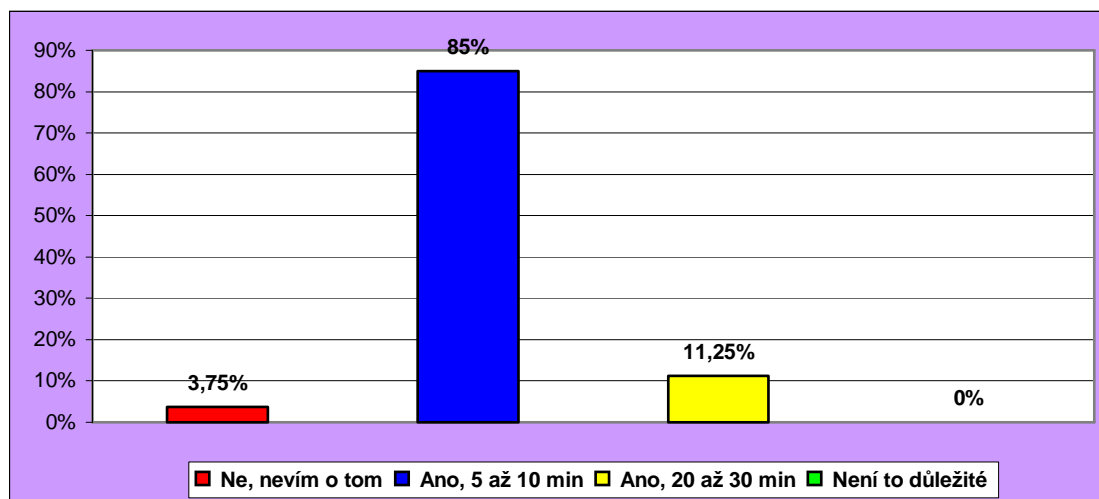
Graf 14 popisuje, zda sestry informují pacienty o snížení konzumace nevhodných tekutin (např.černá káva, čaj). Z 80 dotázaných sester (100%) 31 sester (38,75%) o tom pacienty informuje. 29 sester (36,25%) o tom pacienty neinformuje. 14 sester (17,5%) občas. 6 sester (7,5%) to nepokládá za důležité.

Graf 15 Informovanost pacientů o snížení konzumace potravin s velkým množstvím tekutin (např. ovoce)



Graf 15 znázorňuje, zda sestry informují pacienty o snížení konzumace potravin s velkým množstvím tekutin (např. ovoce). Z 80 dotázaných sester (100%) 45 sester (56,25%) pacienty neinformuje. 19 sester (23,75%) o tom informuje. 10 sester (12,5%) je informuje občas. 6 sester (7,5%) to nepokládá za důležité.

Graf 16 Znalost intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky

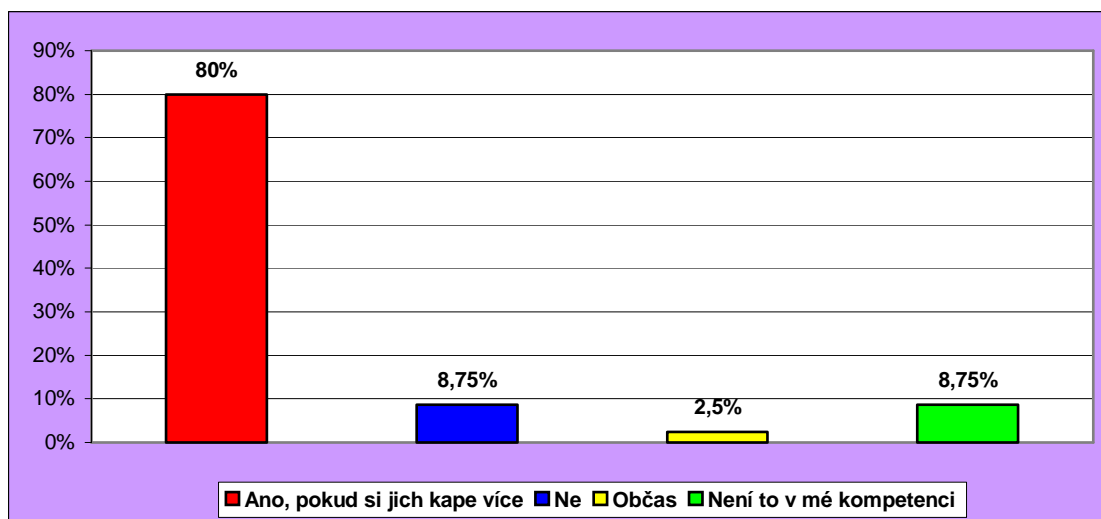


Graf 16 popisuje, zda sestry ví, jaký se dodržuje interval mezi jednotlivými antiglaukomatiky.

Z 80 dotázaných sester (100%) 68 sester (85%) správně odpovědělo 5 až 10 min. 9

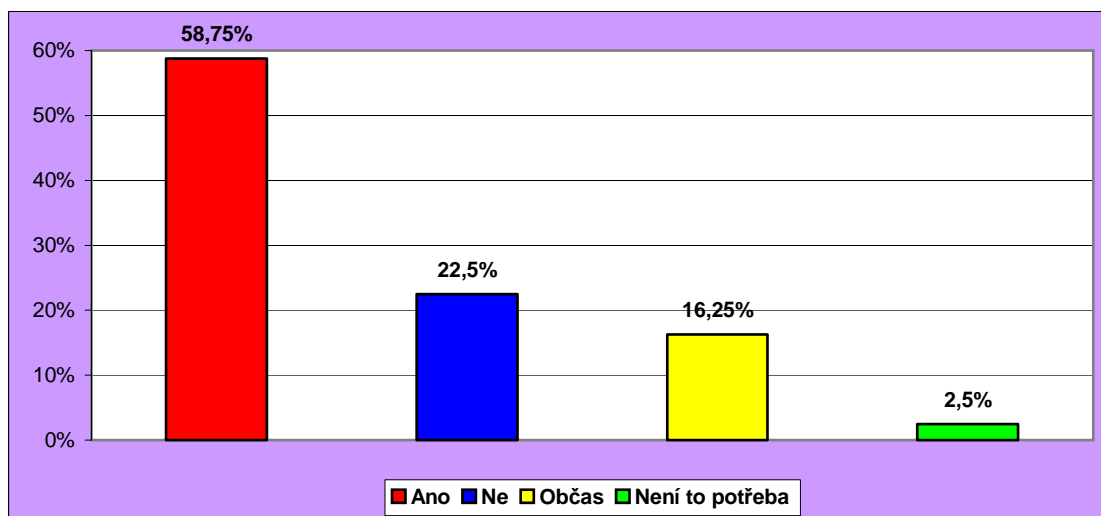
sester (11,25%) odpovědělo 20 až 30 min. 3 sestry (3,75%) neví, že se dodržuje interval mezi jednotlivými kapkami. 0 sester (0%) odpovědělo, že to není důležité.

Graf 17 Poučení pacientů o dodržování intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky



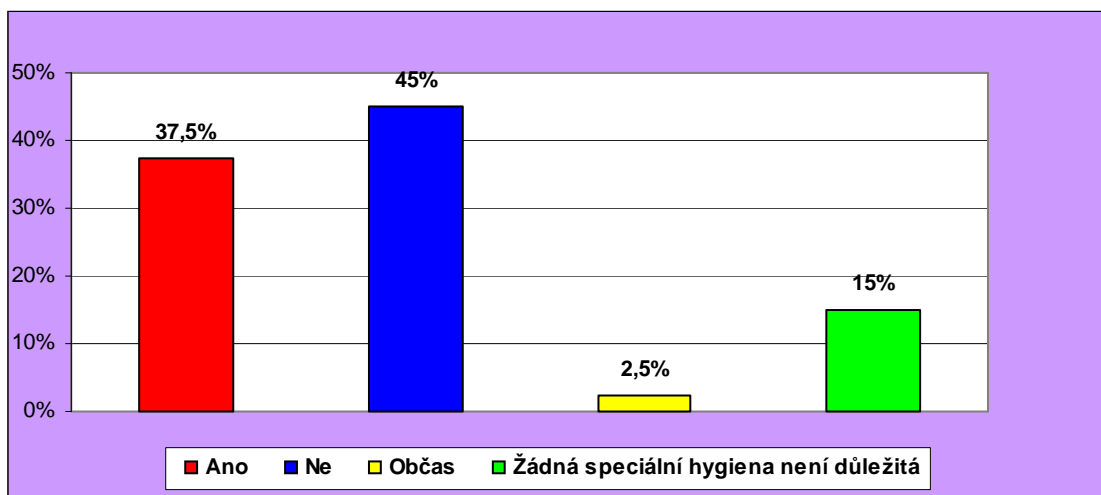
Graf 17 zobrazuje, zda sestry poučují pacienty o dodržování intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky. Z 80 dotázaných sester (100%) 64 sester (80%) poučuje, pokud si jich pacient kape více. 7 sester (8,75%) ne. 7 sester (8,75%) udává, že to není v jejich kompetenci. 2 sestry (2,5%) pacienty poučují občas.

Graf 18 Poučení pacienta o nošení antiglaukomatik u sebe



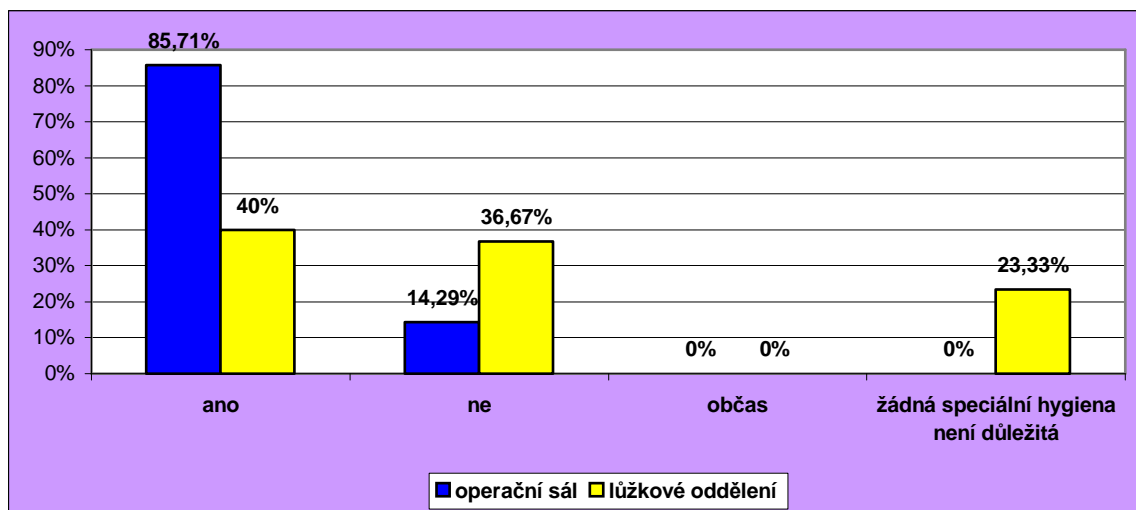
V grafu 18 je označeno, zda sestry poučují pacienty o nošení antiglaukomatik. Z 80 dotázaných sester (100%) 47 sester (58,75%) poučuje. 18 sester (22,5%) nepoučuje. 13 sester (16,25%) poučuje pacienty občas. 2 sestry (2,5%) si myslí, že to není potřeba.

Graf 19 Poučení pacienta o speciální hygieně obličeje po operaci glaukomu



Graf 19 popisuje, zda sestry poučují pacienty o speciální hygieně obličeje po operaci glaukomu. Z 80 dotázaných sester (100%) 36 sester (45%) nepoučuje pacienty, 30 sester (37,5%) ano, 12 sester (15%) udává, že žádná speciální hygiena není důležitá. 2 sestry (2,5%) poučují pacienty občas.

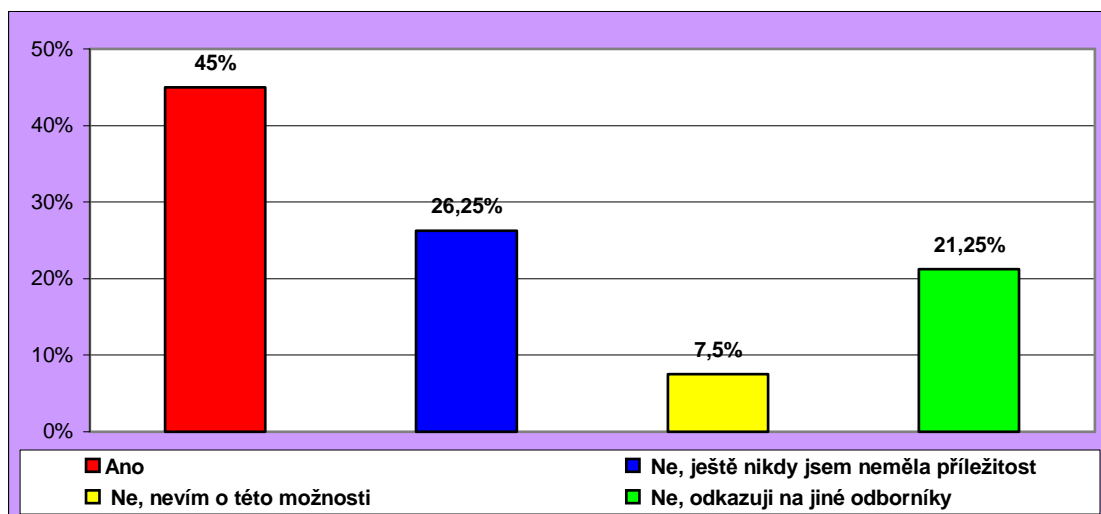
Graf 20 Srovnání na jednotlivých pracovištích



V grafu 20 je znázorněno srovnání, jak sestry pacienty informují o speciální hygieně obličeje. Srovnáváno je lůžkové oddělení a operační sál. Na lůžkovém oddělení odpovědělo ze 30 sester (100%) 12 sester (40%) ano, 11 sester (36,67%) ne, 7 sester (23,33%) žádná speciální hygiena není důležitá, 0 sester (0%) občas.

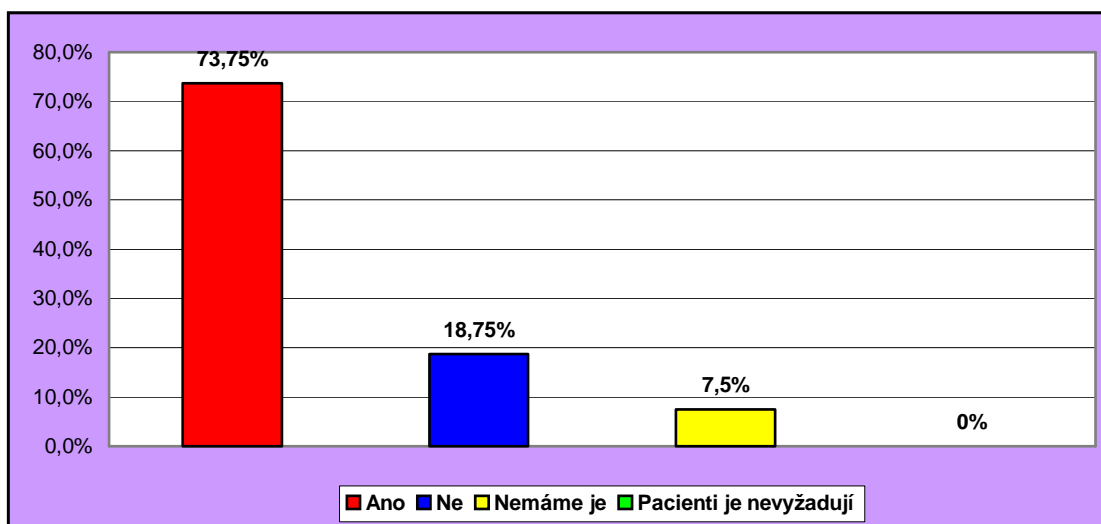
Na operačním sále ze 7 sester (100%) 6 sester (85,71%) ano, 1 sestra (14,29%) ne, 0 sester (0%) občas a 0 sester (0%) žádná speciální hygiena není potřeba.

Graf 21 Nabídnutí možnosti Tyfloservisu



Grafem 21 je ukázáno, zda při velkém zhoršení zraku sestry pacientovi nabízí možnost Tyfloservisu. Z 80 dotázaných sester (100%) 36 sester (45%) odpovědělo ano, 21 sester (26,25%) ještě nikdy nemělo příležitost. 17 sester (21,25%) odkazuje na jiné odborníky. 6 sester (7,5%) neví o této možnosti.

Graf 22 Poskytnutí informačních brožurek o glaukomu před odchodem domů



Graf 22 označuje, zda pacienti dostávají informační brožurky o glaukomu před odchodem domů. Z 80 dotázaných sester (100%) 59 sester (73,75%) je dává, 15 sester (18,75%) ne, 6 sester (7,5%) je nemá k dispozici. 0 sester (0%) odpovědělo, že pacienti je nevyžadují.

4.2 Výzkumné šetření s použitím rozhovorů

Respondent č. 1 (R1) žena 69 let, 3 roky trpí glaukomem
č. 2 (R2) muž 73 let, 30 let trpí glaukomem
č. 3 (R3) žena 66let, nově zjištěný glaukom
č. 4 (R4) muž 20 let, vrozený glaukom, zděděný po matce
č. 5 (R5) žena 53 let, trpí glaukomem 5 let
č. 6 (R6) žena 55 let, trpí glaukomem 1 rok

Otázka 1

Víte, co znamená pojem edukace?

Tabulka 1

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano		x				x
Ne	x		x	x	x	

Při dotazování se na znalost pojmu edukace polovina (3 respondenti ze 6) dotázaných respondentů věděla, co označuje tento pojem a polovina to nevěděla.

Otázka 2

Kdo Vás edukoval během vašeho onemocnění?

Tabulka 2

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Sestra	x	x	x		x	x
Lékař	x	x	x	x	x	x

U 5 ze 6 dotázaných respondentů byla edukace provedena sestrou i lékařem. Pouze u 1 ze 6 dotázaných provedl edukaci lékař. U respondenta č.2 měla sestra hlavní roli, poslala ho na změření nitroočního tlaku, a tak se přišlo na glaukom.

Otázka 3

Jakou formou jste byl edukován?

Tabulka 3

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ústně	x	x	x	x	x	x
Informační brožurky						x

5 respondentů ze 6 dotázaných uvedlo ústní formu edukace. 1 respondent uvedl edukaci jak ústní, tak i pomocí informační brožurky.

Otázka 4

Měl/a jste k dispozici tištěnou informační brožurku?

Tabulka 4

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano		x				x
Ne	x		x	x	x	

2 respondenti ze 6 měli k dispozici tištěnou informační brožurku a 4 respondenti ze 6 ji k dispozici neměli.

Otázka 5

Pokud ano, rozuměl/a jste jí?

Tabulka 5

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano rozuměl/a		x				x
Neměl/a jsem ji k dispozici	x		x	x	x	

2 respondenti ze 6 měli k dispozici tištěnou informační brožurku a také jí rozuměli. 4 respondenti ze 6 ji k dispozici neměli.

Otázka č. 6

Kdo Vám ji dal?

Tabulka 6

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Sestra						x
Lékař		x				
Neměl/a jsem ji k dispozici	x		x	x	x	

Ze 2 respondentů, kteří dostali informační brožurku, ji jeden obdržel od sestry a druhý od lékaře. 4 respondenti ji k dispozici neměli.

Otázka 7

Jakým způsobem by jste chtěl/a být edukován, co je pro vás lepší?

Tabulka 7

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ústně	x	x	x	x	x	
Tištěná brožurka						x

Při dotazování se na způsob edukace odpovědělo 5 respondentů ústně a zbylý respondent by raději volil tištěnou brožurku.

Otázka 8

Užíváte více antiglaukomatik najednou?

Tabulka 8

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
1 druh	x			x	x	x
2 druhy		x				
Nevím			x			

4 respondenti užívají 1 druh antiglaukomatik.1 respondent užívá 2 druhy a 1 respondent, neví, zda jich užívá více.

Otázka 9

Poučila vás sestra o dodržování intervalů mezi kapáním jednotlivých antiglaukomatik?

Tabulka 9

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano		x				
Ne			x			
Neužívám více antiglaukomatik	x			x	x	x

1 respondent ze 6, který užívá více antiglaukomatik, byl poučen o dodržování intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky. 1 respondent ze 6 poučen nebyl, 4 respondenti ze 6 neužívají více antiglaukomatik.

Otázka 10

Poučila Vás sestra, jak správně kapat do očí?

Tabulka 10

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano	x			x	x	x
Ne		x	x			
Přečetl/a jsem si to v informačním letáčku u kapek		x			x	

4 respondenty ze 6 sestra poučila o správném kapání do očí, 1 z nich si to ještě přečetl v příbalovém letáku u kapek, 2 respondenti ze 6 nebyli poučeni, ale 1 z nich si o správné aplikaci přečetl v informačním letáku u kapek.

Otázka 11

Ukázale vám sestra, jak správně kapat do očí?

Tabulka 11

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano	x	x		x		
Ne			x		x	x

Polovině respondentů (3 ze 6) sestra ukázala správnou aplikaci kapek, polovině ne.

Otázka 12

Provedla s Vámi sestra názornou ukázkou?

Tabulka 12

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano	x	x		x		
Ne			x		x	x

U poloviny respondentů (3 ze 6) sestra neprovedla názornou ukázkou aplikace kapek, u poloviny (3ze 6) ji provedla.

Otázka 13

Zkontrolovala si, zda jste kápnutí léku schopen?

Tabulka 13

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano	x	x		x	x	
Ne			x			
Nebylo to potřeba						x

U 4 respondentů ze 6 si sestra zkontrolovala schopnost kápnutí léků. U 1 respondenta ze 6 zkontrolování neproběhlo. 1 respondent ze 6 konstatoval, že to potřeba nebylo.

Otázka 14

Nabídla Vám sestra možnost pomůcek pro ulehčení kapání?

Tabulka 14

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ano						
Ne	x	x	x	x	x	x
Nebylo to potřeba		x				

U všech 6 respondentů nebyla nabídnuta možnost pomůcek ke kapání, jelikož všichni respondenti byli kapání schopni. 1 respondent ze 6 k tomu udává, že to nebylo potřeba.

5. Diskuze

Téma týkající se onemocnění glaukom jsem si vybrala nejen na základě toho, že se mi v rodině toto onemocnění vyskytlo, ale domnívám se, že zde nebylo podáno tolik informací, kolik by mělo. Ale také po pozdějším hledání informací o glaukomu jsem narazila na článek o nedostatečné informovanosti pacientů při glaukomovém onemocnění. Chtěla jsem zjistit, do jaké míry se může všeobecná sestra podílet na zvýšení kvality informovanosti a tím i zefektivnění léčby tohoto onemocnění. V této návaznosti vyplynul cíl bakalářské práce: zmapovat intervence v edukační činnosti sestry v péči o pacienta s glaukomem. Ke splnění cíle bylo použito kvantitativní a kvalitativní šetření.

V kvantitativním šetření jsme použili metodu dotazování u všeobecných sester pracujících na očním oddělení, operačním sále, v očních ambulancích a soukromých klinikách.. Dotazník tvořil 20 otázek vypracovaných na základě odborné literatury, schéma dotazníku je ukázáno v příloze 2. V období od ledna do března 2010 bylo rozdáno 120 dotazníků v nemocnicích na lůžkovém oddělení, operačních sálech, specializovaných klinikách a v očních ambulancích v Plzni, Praze, Českých Budějovicích, Písku a Strakonících. Ze 120 dotazníků se nám vrátilo 80 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků činila 96%. Výzkumný vzorek se skládal z 80 dotazníků (100%).

V kvalitativním šetření byla použita forma rozhovoru. Šesti náhodně vybraným respondentům trpícím glaukomem bylo položeno 14 uzavřených otázek. Kvalitativní šetření proběhlo v Nemocnici České Budějovice a.s. Otázky pro respondenty s glaukomem jsou uvedeny v příloze 3 .

Diskuze nad výsledky výzkumného šetření je založena na komparaci zjištěných výsledků dotazníkového šetření od sester a rozhovorů s pacienty. První položenou otázkou jsme zjišťovali zastoupení pracovišť dotázaných respondentů. Dle našeho očekávání většina respondentů pracuje na lůžkovém očním oddělení a v očních ambulancích. V menším zastoupení jsou specializované oční kliniky, kde pracuje 18,75% respondentů, a operační sály, z nich jsme měli ke zpracování data od 8,75% respondentů (graf 1). 8,75% respondentů z operačních sálů jsme ani neočekávali.

Druhou otázkou jsme zjišťovali délku působení respondentů na daném pracovišti. Rozložení počtu let bylo vyrovnané. 28,75% sester pracuje v tomto oboru 11 až 20 let. 26,25% sester pracuje na daném pracovišti méně než 5 let, 23,75% sester 5 až 10 let, 21,25% sester více než 20 let (graf 2). Neočekávali jsme, že toto rozložení bude takto procentuálně vyrovnané.

První hypotéza zní : **Sestry ví, jak mají pacienta s glaukomem správně edukovat.** Výsledky jsou označeny v grafech (3, 4, 5 ,6 ,7, 8, 9, 10). Zjišťovali jsme, zda respondenti ví, co je to glaukom, 98,75% respondentů odpovědělo správně (graf 3). Což nasvědčuje tomu, že se sestry vzdělávají, toto se nám potvrdilo v následujícím výzkumném šetření. Zjišťovali jsme, zda si sestry prohlubují znalosti o glaukomovém onemocnění. 53,75% sester si prohlubuje svoje znalosti a sleduje novinky. 40% sester si alespoň přečte něco v odborných časopisech (graf 4). Dále nás zajímalo, zda všechny sestry ví, co je to edukace, co označuje její pojem a co má obsahovat. Při dotazování se na pojem edukace 81,25% respondentů ví, co je edukace (graf 5), na dotazování se, co patří do obsahu edukace 76,25% respondentů má dobré znalosti. Tyto výsledky nás nepřekvapily, jelikož v posledních několika letech se stále o edukaci mluví a píše v odborných časopisech. Oproti tomu při rozhovoru s respondenty s glaukomem bylo překvapivé, že jen 2 ze 6 respondentů věděli, co je to pojem edukace, 4 nevěděli (tabulka 1). Avšak po vysvětlení a rozebrání pojmu si uvědomili, že procesem edukace prošli, ale s pojmem se nesetkali. Co se týče způsobu edukace, 58,75% sester edukuje kombinací informačních brožurek a ústní formy (graf 7). Dle našeho názoru je to nejlepší forma edukace, jelikož si nejen vyslechnou vše o onemocnění v ordinaci, ale také mají možnost si vše doma v klidu přečíst a později se dotazovat na nejasné pojmy. Oproti tomu respondenti trpící glaukomem dávají přednost ústní formě edukace, což uvedlo 5 ze 6 respondentů (tabulka 7). Nedělá jim problém ani spolupracovat, což nám dokazuje 86,25% sester, které udávají, že pacienti jsou ve většině případů schopni spolupráce. I přesto, že pacienti jsou ochotni spolupráce, jen 46,25% sester provádí zpětnou vazbu při edukaci vždy a 40% sester ji provádí jen občas (graf 10). Toto může být způsobeno vyčleněním pouze krátké doby na pacienta, což je způsobeno velkou vytížeností sester. Informační brožurka se dostala do ruky jen 2 ze 6 respondentů

(tabulka 4). Což bylo překvapivé, jelikož v dotazníku uvedlo 73,75% sester, že informační brožurky pacientům dávají (graf 20). Sestry si také myslí, že edukace je u pacientů přínosná, to uvedlo v dotazníku 62,5% sester, 31,25% sester udává, že by byla přínosná při dostatku času na pacienta. Toto se shoduje s odbornou literaturou, kdy Honzák (8) uvádí, že edukační proces by se mohl zdát náročný na čas, ale vynaložená energie a čas se ve výsledném efektu zúročí. Naopak odbytá edukace nepřinese cílený výsledek. Na základě výzkumného šetření se nám **první hypotéza potvrdila**.

Druhou naší stanovenou hypotézou je: **Pacienti s glaukomem mají dostatek informací potřebných k ošetření v domácím prostředí**. K této hypotéze se vztahují grafy (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22). 68 odpovědí uvádí, že sestry informují pacienty o nošení průkazky glaukomatika, nutnosti pravidelného kapání, nošení antiglaukomatik u sebe. Další, o čem informují pacienty, je kontrola u svého oftalmologa, vyndání stehů (graf 13). Slezáková a kolektiv ve své publikaci (Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV) uvádí, že pacienti by měli mít do domácího ošetření informace o dodržování speciální hygieny obličeje, informace o změně ve stravovacích návycích, jako např. zákaz pití černé kávy, silného čaje, pití většího množství tekutin najednou. Dále by pacienti měli omezit příjem potravin s větším obsahem tekutin, jako např. ovoce. Chtěli jsme si toto ověřit v praxi, kde jsme zjistili, že v oblasti speciální hygieny obličeje po operaci informuje 37,5% sester a 45% sester nepoučuje pacienty (graf 19). Při srovnání informovanosti mezi operačním sálem a lůžkovým oddělením jsme došli k tomuto výsledku. Na operačním sále ze 100% sester informuje o speciální hygieně 85,71% sester a 14,29% ne. Na lůžkovém oddělení odpovědělo 40% sester, že informuje, 36,67% sester neinformuje, 23,33% sester odpovědělo, že žádná speciální hygiena není důležitá (graf 20). Tyto výsledky jsou zajímavé, znalosti o režimových opatřeních po operaci by měly mít sestry nejen na operačním sále, ale i na lůžkovém oddělení. Co se týče stravovacích návyků, 38,75% sester pacienty informuje o snížení konzumace černé kávy a silného čaje. 36,25% sester o tom pacienty neinformuje (graf 14). Oproti tomu o snížení konzumaci potravin s větším obsahem tekutin informuje jen 23,75% sester. 56,25% sester pacienty neinformuje (graf 15). Toto přikládáme tomu, že to sestry nevědí. Některé sestry mi to

samy doplnily v dotazníku ke své odpovědi. Další oblastí edukace, kterou Slezáková a kolektiv uvádí v Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV, je aplikace očních kapek. Při rozhovoru s respondenty trpících glaukomem jsme zjistili, že 4 ze 6 respondentů sestry poučily o správné aplikaci očních kapek. Dále jsme chtěli zjistit, zda sestry poučují pacienty o dodržování intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky. Nejprve bylo potřeba zjistit, jestli sestry znají správnou délku intervalu. Odborná literatura (17) uvádí minimálně 5 min. 85% sester správně odpovědělo 5 až 10 min (graf 16). Poučení pacientů při aplikaci více antiglaukomatik udává 80% sester (graf 17). Pokud u pacientů s glaukomem dojde ke zhoršení zraku, 45% sester jim nabídne možnost navštívit Tyfloservis. 21,25% sester odkazuje na jiné odborníky (graf 21). Možnost kontaktovat Tyfloservis též zmiňuje v Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV Slezáková a kolektiv. **Druhá stanovená hypotéza se nám také potvrdila.**

V kvalitativním šetření jsme si stanovili dvě výzkumné otázky. První otázka zní: **Je ústní forma edukace pro pacienty s glaukomem přínosnější než tištěná forma?** Odpovědí na tuto otázku je: **Pro pacienty s glaukomem je přínosnější ústní forma edukace.** Tato odpověď vyplynula rozhovoru s respondenty. Potvrdilo nám to 5 ze 6 respondentů (tabulka 7). Dle našeho názoru tato volba edukace je dána také tím, že 5 respondentů bylo edukováno ústně a poslední respondent byl edukován v kombinaci ústní formy a tištěné (tabulka 3). Také pouze 2 respondenti ze 6 měli k dispozici tištěnou informační brožurku (tabulka 4). Druhá výzkumná otázka byla položena takto: **Probíhá v rámci edukace nácvik aplikace léků u pacientů s glaukomem?** Odpovědí na ni bylo - **V rámci edukace pacientů s glaukomem probíhá nácvik aplikace léků.** Odpovědi, které se týkají zodpovězení výzkumné otázky, jsou uvedeny v tabulkách (10,11,12,13,14). Poučení o správné aplikaci léků do očí dostali 4 respondenti ze 6 (tabulka 10). Demonstrována správná aplikace kapek byla u poloviny respondentů (3 ze 6) (tabulka 11). Názornou ukázkou sestra provedla také u poloviny respondentů (tabulka 12). U 4 respondentů si sestra viditelně zkontrolovala, zda jsou aplikace léků schopni (tabulka 13). Tyto výsledky nás mile překvapily, jelikož jsme očekávali, že sestry moc pacienty o správné aplikaci kapek nepoučují. Dále jsme si mysleli, že nechají raději na pacientech, co si přečtou v příbalovém letáku. Pomůcky k ulehčení kapání pacientům

nabídnuty nebyly (tabulka 14), jelikož to nebylo potřeba, všichni dotázaní respondenti až na jednoho byli schopni si kapky aplikovat.

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat edukační roli sestry v péči o pacienta s glaukomem. Cíl práce byl splněn. Ke splnění cíle bylo použito jednak studium odborné literatury a jednak nám k tomu pomohlo kvantitativní a kvalitativní šetření. Výzkumný vzorek pro dotazníkové šetření se skládal ze všeobecných sester pracujících na očním oddělení, v očních ambulancích a soukromých klinikách. V kvantitativním šetření byly stanoveny dvě hypotézy, které se nám potvrdily. Kvalitativní šetření bylo provedeno v Nemocnici České Budějovice a.s. se 6 respondenty (100%) trpících glaukomem. V kvalitativním šetření byly položeny tyto výzkumné otázky: Je ústní forma edukace pro pacienty s glaukomem přínosnější než tištěná forma? Z výzkumného šetření vyplynulo, že je pro pacienty přínosnější ústní forma edukace. Druhá výzkumná otázka zní: Probíhá v rámci edukace nácvik aplikace léků u pacientů s glaukomem? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že u pacientů v rámci edukace nácvik aplikace léků probíhá.

Podle našeho názoru tedy sestry ví, jak mají pacienty s glaukomem edukovat, ale ve většině případů je edukační proces nedostatečný. Znalosti k tomu sestry mají, jelikož je stále větší nárok na vzdělávání sester. Proces edukace by měl být důsledněji prováděn. Uvědomujeme si, že mnohdy mají sestry málo času, aby se mohly tomuto věnovat, ale určitě se jim vynaložené úsilí vrátí. Doufám, že naše práce k tomu také přispěje. Závěry práce by mohly vést ke zvýšení informovanosti sester o problematice v péči o pacienta s glaukomem. Výsledky práce by též mohly být prezentovány na odborných seminářích pro sestry.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S, HAVELKOVÁ, H, JIČÍNSKÁ, K, KOMÍNKOVÁ, H, MALINKOVÁ, M, MARKOVÁ, M, VRASPÍKOVÁ, H. *Role sestry specialistky*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
2. ELIŠKOVÁ, M, NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-x.
3. FIALA, P, VALENTA, J, EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
4. FLAMMER, J. *Glaukom*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 417 s. ISBN 80-7254-351-2.
5. FULÍNOVÁ, J, DASTYCHOVÁ, V. Nová vyšetřovací metoda GDx u glaukomu. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 53. ISSN 1210-0404
6. GUBKOVÁ, V, SOSNA, T. Glaukom v ordinaci praktického lékaře. *Praktické lékárenství*. Praha: 2002, roč. 82, č. 10, s. 620-624. ISSN 0032-6739
7. HALUZÍKOVÁ, J. Informovaný pacient - spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza : v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 7, s. 276-278. ISSN 1801-1349
8. HONZÁK, R. Některé psychologické prvky edukace IV.(dokončení). *Diagnóza : v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 4, s. 178.
9. HONZÁK, R. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza : v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349
10. HYCL, J. *Glaukom : informace pro pacienty*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2000. 23 s. ISBN 80-7254-087-4.
11. JASIOKOVÁ, A. Suspektní glaukom z pohledu sestry. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 7-8, s. 40. ISSN 1210-0404

12. JUŘENÍKOVÁ, P, HŮSKOVÁ, J, TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetřovatelství : Psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. 1. vyd. Uherské hradiště : Středisko služeb školám, 2000. 154 s. ISBN neuvedeno
13. KRAUS, H, KAREL, I, RŮŽIČKOVÁ, E. *Oční zákaly*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2001. 156 s. ISBN 80-7169-967-5.
14. KVAPILÍKOVÁ, K. *Přehled chorob zrakového ústrojí*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-380-5.
15. *Lidské tělo : poznáváme lidský organismus a jeho činnost*. 1. vyd. Praha : Fortuna Print, 2003. 128 s. ISBN 80-7321-080-0.
16. LIEHNEOVÁ, I. *Prevence glaukomu v české republice. Osobní lékař*. Břeclav: 2003, roč. 3, č. 3, s. 8. ISSN 1213-2470
17. MLČÁK, P, KARHANOVÁ, M, MAREŠOVÁ, K. *Konzervativní léčba glaukomu. Praktické lékařství*. Olomouc: 2009, roč. 5, č. 1, s. 22-24. ISSN 1801-2434
18. RŮŽIČKOVÁ, E. *Glaukom : farmakoterapie pro praxi*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. 95 s. ISBN 80-7345-083-6.
19. RŮŽIČKOVÁ, E. *Glaukom : minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2000. 110 s. ISBN 80-7254-120-x.
20. RŮŽIČKOVÁ, E. *Laserová a chirurgická léčba glaukomu. Diagnóza : zdravotnický týdeník*. 1.1.2000, roč. 3, č. 15, s. 7. ISSN 1212-3595
21. SKORKOVSKÁ, K, CESNEKOVA, T, ŠKORKOVSKÁ, Š. *Informovanost a kvalita života pacientů s glaukodem. Česká a slovenská oftalmologie*. Praha: 2009, roč. 65, č. 3, s. 100. ISSN 1211-9059
22. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV : dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 224 s., 16. ISBN 978-80-247-2506-2.

23. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
24. VEJMELKOVÁ, J. Glaukom - zelený zákal. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 9, s. 38. ISSN 1210-0404
25. VÝBORNÝ, P, SIČÁKOVÁ, S. Selektivní laserová trabekuloplastika : nové možnosti v léčbě glaukomu. *Česká a slovenská oftalmologie*. Praha: 2009, roč. 65, č. 1, s. 8-10. ISSN 1211-9059
26. VÝBORNÝ, P, SIČÁKOVÁ, S. Selektivní laserová trabekuloplastika : nové možnosti v léčbě glaukomu. *Česká a slovenská oftalmologie*. Praha: 2009, roč. 65, č. 1, s. 8-10. ISSN 0044-1996
27. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2002. 94 s. ISBN 80-8063-108-5.

8. Klíčová slova

edukace

glaukom

role sestry

glaukomatik

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Názor všeobecné sestry pracující v oční ambulanci více než 11 let
2. Edukační materiál rozdávaný na Oftalmologické klinice Královské Vinohrady
3. Dotazník pro sestry
4. Otázky k rozhovoru pro pacienty

Příloha 1

Názor všeobecné sestry pracující v oční ambulanci více než 11 let.

„V ordinaci, ve které pracuji, vzhledem k tomu, že jsem plně vytížená, si musí edukaci pacientů se zeleným zákalem (glaukomem) provádět sama lékařka. Jako sestra denně musím provést zhruba 58x visus, z toho musím provést 24x přezkoušení brýlí s vypsáním receptu. Do toho zvednu zhruba 25 telefonů, kdy objednáím pacienty na kontrolu. V čekárně na mě zhruba za 8-hod. pracovní dobu požaduje objednání asi tak 18 pacientů. A lékařka po vyšetření pacientů, požaduje opětovné objednání zhruba u 15 pacientů. Do toho všeho se sestra musí usmívat, mít dobrou náladu, vše řešit s nadhledem a nenechat se „vytočit“ od pacientů, kteří nejsou soudní. Musím konstatovat, že praxe a učební postupy, co se týče práce sestry v ambulantní péči se zásadně liší. Na návštěvu toalety má sestra v takovémto provozu tak zhruba 3 min. Do toho stresu si musí ohlídat rozkapání (mydriázu) a umrtvení očí, při úrazech – špony atd. Někdo může oponovat, že tak, jak si to neobjednáme, tak to máme, ale musím v tomto případě oponovat, neboť narůstá velké množství akutních případů (nejedná se jenom o záněty, ale jsou to i závažné stavy, jako odchlípnutá sítnice, uzávěr tepny apod.) a tyto stavy co do počtu se nedají ovlivnit, nehledě na to, že lékařů ubývá a populace stárne a pacientů naopak přibývá. Dále musím i konstatovat, že se změnilo i chování pacientů. Jsou nevrlejší a dožadují se předepsání brýlí třeba i hned, i když moc dobře znají postup a ví, že na přezkoušení brýlí se musí objednat. Každý den testují vaší trpělivost. Narůstá i množství podvodů ze strany pacientů a to v tom smyslu, kdy ordinace již nepřibírá nové pacienty, nahlásí se jako již zavedený pacient a spoléhají se na to, že je již v den objednání, kdy už sedí v ordinaci, neodmítnete a tím celou ordinaci zatěžují. Pochopitelně, jak před zahájením pracovní doby, tak po jejím ukončení se musíte postarat i o přípravu a uklizení ordinace jako celku, včetně přístrojů, nástrojů, pomůcek atd. O polední pauze ani nemluvě, jsou dny (a není jich zrovna málo), kdy nám na polední pauzu zbude „horko těžko“ 15 minut vzhledem k časové tísní, která je během celé pracovní doby. Sestře moc času na nějakou edukaci s pacientem ani

nezbývá čas. Plně souhlasím s placením poplatků, neboť alespoň z části to pomohlo pročistit řady pacientů a odpadli pacienti, kteří si chodili k lékaři jenom popovídat s ostatníma důchodcem. Ale i tak musí být sestra velmi pozorná a vnímavá, aby rozluštila stavy pacientů, kdy je třeba provést vyšetření ihned a kdy je potřeba objednat. Vztah sestra - pacient je nekonečný příběh. Pořád stejné, ale pokaždé jiné.“

Příloha 2

Edukační materiál rozdávaný na Oftalmologické klinice Královské Vinohrady Praha

• operace
Je nutná v případě neúspěšnosti nebo nevhodnosti předchozích metod. Podstatou většiny operací je vytvoření drobného průchodu ve stěně oka, kterým je při přetaku odváděna tekutina pod spojivku. To se projevuje drobným polštářkem lehce nadvednuté spojivky, který bývá většinou kryt horním víčkem. Součástí operace je vytvoření otvoru v duhovce usnadňujícího průtok tekutiny (Obr. 7).

Uvedené postupy léčby se týkají především častějšího chronického prostého glaukomu (s otevřeným úhlem). U jiných typů glaukomu se mohou provádět jiné typy operací a laserových zákroků a tyto postupy mohou mít různý stupeň naléhavosti provedení.



Obr. 7. Filtrační polštářek na spojivce a otvor v duhovce po protiglaukomové operaci.

Zapamatujte si, že

- glaukom není infekce, není proto nakažlivý,
- u pokročilého onemocnění brýle nezlepší vidění,
- kromě těžké tělesné námahy a stresových situací nemá glaukomatik žádná omezení (sport, TV, čtení, řízení motorových vozidel, těhotenství),
- je nevhodné pít větší množství tekutin najednou, raději si je rozdělte do několika denních dávek,
- při správné léčbě můžete nosit brýle proti slunci,
- nosíte-li kontaktní čočky, poraďte se se svým ošetřujícím lékařem.

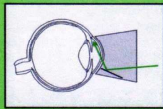
Při glaukomu můžete oslepnout bez varování. Lze tomu však zabránit. Při pravidelných kontrolách očním lékařem je možné glaukom včas rozpoznat a při správném dodržování režimu léčby můžete pomoci zachránit své vidění.



Jak udržet glaukom v šachu

Informace pro pacienty s glaukomem

Připravila společnost ECO-MED-POLL ve spolupráci s Českou glaukomovou společností © ECO-MED-POLL, 2001



Obr. 6.
Směr pohledu
čočkou
při gontoskopii.

• **gonioskopie**
Pomocí speciální čočky přiložené na znečitlivěný povrch oka lze vyšetřit oblast, kde se nachází odvodný kanálek (obr. 6).

Jak se glaukom léčí?

Poškozená vlákna zrakového nervu již nelze nahradit. Glaukom proto nelze vyléčit, můžeme pouze zastavit jeho postup.

Základními metodami léčby jsou

• **oční kapky**
Musí být kapány na rohovku nebo spojivku a ne na kůži víček (viz postup kapání). Oční kapky mohou být v některých případech někdy doplňovány tabletami.

• **laserový zákrok**
Pokud kapky nedokáží účinně snížit nitrooční tlak, může se lékař pokusit paprskem laseru usnadnit odtok komorové tekutiny. Účinek však bývá většinou dočasný a v současné době je laser využíván pouze jako doplňková léčba.

? Kapete správně?

1) Zkloňte hlavu a podívejte se směrem na strop.



2) Dolní víčko jemně stáhněte směrem dolů, tak aby se za ním vytvořila malá kapsa.



3) Stiskněte otevřenou lahvičku tak, aby se uvolnila jedna až dvě kapky. Nedotýkejte se lahvičkou povrchu oka.



4) Uvolněte dolní víčko, zavřete oko asi na 30 vteřin a současně jemně stiskněte odvodné slzné kanálky mezi vnitřním koutkem a kořenem nosu, abyste předešli rychlému odtoku léku se slzami.



Při prudkém zvýšení nitroočního tlaku, jak tomu bývá u glaukomového záchvatu (při náhlém zablokování odvodného kanálku u angulárního glaukomu), bývají příznaky naopak výrazné: zarudnutí oka, bolest vystřelující do okolí, zamlžené vidění, vnímání barevných kruhů kolem světla, může být přítomna nevolnost až zvracení.

Jak lze glaukom zjistit?

Vzhledem k tomu, že glaukom nemusí být provázen žádnými zjevnými příznaky, je vhodné provádět pravidelná oční vyšetření u pacientů starších čtyřiceti let (většinou při předpisu brýlí na čtení). Nemělo by se zapomínat na vyšetření rodinných příslušníků pacientů s glaukodem, u kterých je riziko tohoto onemocnění vyšší.

K základním vyšetřením (vedle zjištění zrakové ostrosti a vyšetření oka na tzv. šterbinové lampě) patří:

• **měření nitroočního tlaku**
V nejasných případech je nutné nitrooční tlak opakovaně měřit v průběhu dne, protože jeho hodnoty mohou výrazně kolísat. Používají se buď kontaktní metody, při kterých je přístroj přikládán na znečitlivělé oko pacienta nebo bezkontaktní metody, při kterých je využíván proud vzduchu dopadající na oko bez znečitlivění.

• **vyšetření očního pozadí**
Lékař vyšetřuje pomocí oftalmoskopu oční pozadí se zaměřením na stav zrakového nervu. Postupný pokles množství nervových vláken se projevuje rozšiřující se prohlubní ve zrakovém nervu (tzv. exkavaci, obr. 3).

• **vyšetření zorného pole (perimetrie)**
Pacient se dívá jedním směrem na určený bod a v jeho zorném poli (většinou na stěnách osvětlené potokoule) se rozsvěčují nebo pohybují drobné značky. V momentech, kdy pacient tato světélka vnímá, oznamuje to např. stisknutím knoflíku. Výsledkem vyšetření je „mapa“ zorného pole, na které jsou znázorněny jeho případné poruchy (obr. 4 a 5).



Obr. 4. Počítačový perimetr.
Přístroj říká výsledek
vyšetření.

Obr. 5. Mapa
zorného pole.
Tmavě zdužněné
jeho výpadky.

Příloha 3

Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

Jmenuji se Blanka Hlávková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumu do mé bakalářské práce na téma: „Edukační role sestry v péči o pacienta s glaukomem“. Předem děkuji za jeho vyplnění.

1. V jakém očním zdravotnickém zařízení pracujete?

- a) Na lůžkovém očním oddělení ve státní nebo soukromé nemocnici
- b) V oční ambulanci
- c) Na specializované oční klinice
- d) Jiná možnost, uveďte jaká

.....

2. Kolik let v tomto oboru pracujete?

- a) Méně než 5 let
- b) 5 až 10 let
- c) 11 až 20 let
- d) Více než 20 let

3. Jakou definicí byste charakterizovali glaukomové onemocnění tzv. zelený zákal?

- a) Jedná se o ztrátu průhlednosti čočky, čočka se začne kalit, vznikne zelené zabarvení
- b) Je to prudký infekční zánět, postihující zrakový nerv
- c) Jde o skupinu onemocnění, při kterých dochází k postupnému poškozování zrakového nervu, na podkladě zvýšeného nitroočního tlaku
- d) Jde o onemocnění čočky, projevující se postupným poklesem zrakové ostrosti

4. Prohlubujete si své znalosti o glaukomovém onemocnění?

- a) Ano, sleduji nové trendy
- b) Občas si něco přečtu v odborných časopisech
- c) Chtěla bych, ale nemám na to čas
- d) Ne

5. Víte co označuje pojem edukace?

- a) Jde o pouhé sdělení informací pacientovi
- b) Edukovat znamená vysvětlovat a vychovávat
- c) Poučení a podání informací, bez ohledu na zpětnou vazbu pacienta
- d) Výuka sester a jejich další vzdělávání

6. Co má obsahovat edukace?

- a) Poučení o daném onemocnění, psychologickou a pedagogickou práci
- b) Pouze poučení pacienta
- c) Pouze sdělení informací
- d) Neplatí žádné uvedené

7. Jakou formou edukujete pacienta s glaukomem na vašem pracovišti?

- a) Pouze ústní formou
- b) Pomocí informačních brožurek + ústní formou
- c) Pomocí videa
- d) Informačními brožurkami

8. Kdy edukujete pacienta s glaukomem?

- a) Při příchodu pacienta, na ambulanci, lůžkové oddělení
- b) Během celé doby, když zjistíme deficit vědomostí a dovedností
- c) Před operací a po ní
- d) Needukujeme

9. Provádíte zpětnou vazbu při edukaci pacienta s glaukomem?

- a) Ano, vždy
- b) Občas
- c) Ne, nikdy
- d) Není to potřeba

10. Jsou pacienti při edukaci schopni spolupracovat?

- a) Ano, ve většině případů
- b) Ne
- c) Občas se to stane, ale je to málokdy
- d) Nedovedu posoudit

11. Myslíte si, že je edukace u pacientů s glaukomem přínosná?

- a) Ano, mám s tím dobré zkušenosti
- b) Není potřebná
- c) Ano, byla by přínosná, při dostatku času na pacienta
- d) Nevím

12. Jaké informace podáváte pacientovi s glaukomem při propouštění .

(Může být zaškrtnuto více možností odpovědí.)

- a) O kontrole u svého oftalmologa, vydání stehů
- b) O nutnosti nošení průkazky glaukomatika, nutnosti pravidelného kapání, nošení antiglaukomatik u sebe
- c) O denním režimu, stravování, hygieně, pohybovém režimu
- d) Ani jedna z možností

13. Informujete pacienta o snížení konzumace nevhodných tekutin (např. černé kávy, silného čaje) ?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne
- d) Nepokládám to za důležité

14. Informujete pacienta o snížení konzumaci potravin, které obsahují velké množství tekutin (např. ovoce) ?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne
- d) Nepokládám to za důležité

15. Dodržuje se interval mezi kapáním jednotlivých antiglaukomatik, pokud ano, jaký?

- a) Ne, nevím o tom
- b) Ano, 5 až 10 min
- c) Ano, 20 až 30 min
- d) Není to důležité

16. Poučujete pacienta o dodržování intervalů mezi jednotlivými antiglaukomatiky?

- a) Ano, pokud si jich kape více
- b) Ne
- c) Občas
- d) Není to v mé kompetenci

17. Poučujete pacienta o nutnosti nošení antiglaukomatik stále u sebe?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas
- d) Není to potřeba

18. Poučujete pacienta o speciální hygieně obličeje po operaci glaukomu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas
- d) Žádná speciální hygiena není důležitá

19. V případě velkého zhoršení zraku, nabízíte pacientovi možnost navštívit Tyfloservis?

- a) Ano
- b) Ne, ještě nikdy jsem neměla příležitost
- c) Ne, nevím o této možnosti
- d) Ne, odkazuji na jiné odborníky

20. Dáváte pacientům informační brožurky o glaukomovém onemocnění před odchodem domů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemáme je
- d) Pacienti je nevyžadují

Příloha 4

Otázky k rozhovoru pro pacienty

1. Víte co znamená pojem edukace?
2. Kdo Vás edukoval během vašeho onemocnění ?
3. Jakou formou jste byl edukován?
(ústně, informačními brožurkami, pomocí videa).
4. Měj jste k dispozici tištěnou informační brožurku?
5. Pokud ano, rozuměl jste jí?
6. Kdo Vám dal informační brožurku?
7. Jakým způsobem by jste chtěl být edukován, co je pro vás lepší?
8. Užíváte více antiglaukomatik najednou?
9. Poučila Vás sestra o dodržování intervalů mezi kapáním jednotlivých antiglaukomatik?
10. Poučila Vás sestra, jak správně kapat do očí?
11. Ukázala Vám sestra, jak správně kapat do očí?
12. Provedla s Vámi sestra názornou ukázkou?
13. Zkontrolovala si, zda jste kápnutí léků schopni?
14. Nabídla Vám sestra možnost pomůcek pro ulehčení kapání?