



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta se zrakovou vadou/ strabismem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Tereza Žličkařová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o dětského pacienta se zrakovou vadou / strabismem*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 8. 2023

.....

Tereza Žličkařová

Poděkování

Za cenné rady, odborné připomínky, citlivý a milý přístup a vedení mé bakalářské práce děkuji Mgr. Aleně Machové. Bez její pomoci bych nezvládla práci zpracovat na takto požadované odborné a obsahové úrovni. Dále děkuji vedení zdravotnickému personálu – sestrám FN Brno, pracoviště Dětská nemocnice, za poskytnutí informací provedenými rozhovory pro výzkumnou část této práce. Poděkování patří i mým rodičům, sestře, partnerovi a přátelům za veškerou podporu během celého mého studia.

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta se zrakovou vadou/strabismem

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o dětského pacienta se zrakovou vadou strabismem. Název této zrakové vady vznikl od slova strabidzein – šilhati, a to z řeckého původu. Český název pro tuto zrakovou vadu je šilhání. Pokud tato vada není v brzkém věku dítěte včas rozpoznána a diagnostikována, může v pozdějším věku dítěti způsobovat zdravotní komplikace. U opožděné léčby může zdravotní komplikace způsobovat i v dospělosti.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětského pacientka s touto diagnostikovanou vadou, a to především u hospitalizovaných dětí. Druhým cílem bylo zmapovat úlohu sestry v edukaci dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou/ strabismem, a to především v rámci předoperační a pooperační péče u hospitalizovaných dětí. Třetím cílem bylo zmapovat vliv onemocnění na psychické potřeby dětského pacienta se strabismem, a to tedy jednak u hospitalizovaných dětí v nemocnici a jednak u rodin s dětmi se strabismem. A posledním cílem bylo zmapovat vliv onemocnění na sociální potřeby dětského pacienta se strabismem, a to také v případě hospitalizovaných dětí v nemocnici a zároveň vliv na sociální potřeby dítěte v rodinách.

Výzkumná část byla vytvořena na základě kvalitativního šetření, a to metodou dotazování v rodinách s dětmi se strabismem a s jejich rodiči a se sestrami pracujícími na oční klinice FN Brno na pracovišti Dětské nemocnice. Sběr dat proběhl pomocí techniky hloubkových rozhovorů. Sběr dat v rodinách byl proveden osobně nebo online a hloubkové rozhovory se sestrami proběhly osobně na oddělení v nemocnici. Výsledky byly zpracovány metodou tužka a papír do kategorií a podkategorií.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že v současné době je přístup v předoperační a pooperační péči velmi individuální a přizpůsoben potřebám dětských pacientů. Hospitalizace dětského pacienta se zákonným zástupcem nebo doprovodem se stává samozřejmostí dle možností oddělení. V rámci našeho šetření bylo zjištěno, že specifika v rámci ošetrovatelské péče jsou nejvíce spojená s tím, že dítě po operaci nevidí, má zakryté jedno nebo obě oči. A zdravotnický personál se tak stává „očima“ dítěte a veškerá

péče se následně odvíjí od toho. Dále byly zmapovány úlohy sestry v edukaci dětského pacienta, kde bylo zjištěno, jak je důležité edukovat jednak dítě, dle jeho věku, ale podstatné je edukovat i rodiče. A díky tomu je celá hospitalizace zpravidla poklidnější, protože dostatek informací mají i rodiče a vzájemná spolupráce mezi nemocničním personálem a rodiči funguje. Dále bylo potvrzeno, že malé děti se strabismem nemají problém se začleněním do kolektivu, ani jim strabismus nedělá problém ve sportovních aktivitách. Žádné dítě v rozhovorech však nedělá sport na profesionální úrovni, zde možnost omezení nelze hodnotit. Dále bylo zjištěno, že mnohdy samotný strabismus a jeho diagnostiku snáší po psychické stránce hůře rodiče než samotné děti. A závěrem bylo zjištěno, že dětem z kompenzačních pomůcek dělá nejvíce obtíže používání okluzoru. Zde je potřeba další přizpůsobení této kompenzační pomůcky dětem tak, aby byla co nejvíce vyhovující a léčba byla účinná.

Výsledky získané výzkumným šetřením lze použít k vytvoření edukačního letáku pro děti a jejich rodiče motivující je k nošení okluzoru, a i dalších kompenzačních pomůcek při strabismu. A to z důvodu, že právě v rodinách bylo zjištěno časté odmítání nošení okluzoru, anebo brýlí jako kompenzační pomůcky, popřípadě jejich sundávání.

Klíčová slova

Dítě; zraková vada; strabismus; ošetrovatelský proces; edukace

Nursing care of a pediatric patient with visual impairment / strabismus

Abstract

This bachelor thesis deals with the nursing care of a pediatric patient with the visual impairment/ strabismus. The name of this visual defect is derived from the Greek word strabidzein - squint. The Czech name for this visual impairment is squint. If this defect is not detected and diagnosed early in a child's life, it can cause health complications later in his life. If treated late, it can cause health complications also in adulthood.

The first aim of the bachelor thesis was to map the specifics of nursing care in a pediatric patient with this diagnosed defect, especially in hospitalized children. The second aim was to map the role of the nurse in the education of the pediatric patient with diagnosed visual impairment/ strabismus, especially in the preoperative and postoperative care of hospitalized children. The third aim was to map the impact of the disease on the psychological needs of pediatric patients with strabismus, both in hospitalised children and in families with children with strabismus. The final aim was to map the impact of the disease on the social needs of the pediatric patient with strabismus, also in the case of hospitalised children, as well as the impact on the social needs of the child's family.

The research part of the study was created based on a qualitative investigation, using the method of interviewing families with children with strabismus and their parents and nurses working at the Eye Clinic of the Children's Hospital FN Brno. Data collection was carried out using in-depth interview technique. Data collection in families was conducted in person or online and in-depth interviews with nurses were conducted in person on the ward at the hospital. The results were processed using the pencil and paper method into categories and subcategories.

The survey found that currently the approach in pre – and post-operative care is very individual and adapted to the needs of pediatric patients. Hospitalization of a pediatric patient with a legal representative or an attendant becomes a matter of course according to the possibilities of the department. In the course of our investigation, it was found that the specifics of nursing care are mostly related to the fact that the child cannot see, has one or both eyes covered after surgery. And medical staff becoming the "eyes" of the

child and all care is then based on that. Furthermore, the roles of the nurse in the education of the pediatric patient were mapped, where it was found how important it is to educate the child according to his age, but it is also essential to educate the parents. And thanks to this, the whole hospitalization is usually calmer, because parents have enough information and the mutual cooperation between hospital staff and parents works. Furthermore, it was confirmed that young children with strabismus do not have problems with integration into the collective, neither does strabismus cause them problems in sports activities. However, no child in the interviews is doing the sport at a professional level, the possibility of restrictions cannot be assessed here. It has also been found that often the strabismus itself and its diagnosis are psychologically more difficult for parents to bear than for the children themselves. In the end, it was found that the children found it most difficult to use the occluder among the compensatory aids. Here, further adaptation of this compensatory aid to the child is needed so that it is as suitable as possible and the treatment can be effective.

The results obtained from the research can be used to create an educational leaflet for children and their parents motivating them to wear the occluder and other compensatory aids for strabismus. The reason for this is that families were found to frequently refuse to wear an occluder or glasses as a compensatory aid, or to take them off.

Keywords

Child; Visual impairment; Strabismus; Nursing process; Education

OBSAH

Úvod	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Zrakové ústrojí	12
1.1.1 Oční koule	12
1.1.2 Čočka (lens)	14
1.1.3 Sklivec (corpus vitreum)	14
1.1.4 Oční komory (camerae bulbi)	14
1.1.5 Přídavné orgány oka	15
1.2 Binokulární vidění	15
1.2.1 Fyziologie, reflexy a vývoj reflexů binokulárního vidění	15
1.3 Šilhání	16
1.3.1 Strabismus	16
1.3.2 Rozdělení strabismu	17
1.3.3 Diagnostika zrakové vady – strabismu u dítěte	18
1.4 Vyšetření a úloha sestry v rámci vyšetřování	19
1.4.1 Vyšetření zraku u dětského pacienta v ordinaci praktického lékaře	19
1.4.2 Anamnéza	19
1.4.3 Vyšetření zrakové ostrosti	20
1.4.4 Vyšetření fixace	21
1.4.5 Vyšetření postavení očí a jejich motility	22
1.4.6 Další využívané metody k diagnostice šilhání	22
1.5 Možnosti léčby a řešení strabismu a úloha sestry v tomto procesu	23
1.5.1 Korekce refrakční vady	24
1.5.2 Korekce prizmaty	24
1.5.3 Okluzní terapie	24
1.5.4 Pleoptická léčba	26
1.5.5 Ortoptická cvičení	26
1.5.6 Chirurgické operační řešení	27
1.6 Úloha sestry v ošetrovatelské péči při chirurgickém řešení strabismu	27
1.6.1 Operační řešení	28
1.6.2 Úloha sestry v předoperační přípravě u strabismu	28
1.6.3 Úloha sestry v zajištění předoperační lačnosti	30
1.6.4 Úloha sestry v pooperační péči	31
1.6.1 Komunikace s dětským pacientem	33
1.7 Edukace dítěte se strabismem po psychické a sociální stránce v každodenním životě	34
1.7.1 Edukace v ošetrovatelském procesu	34
1.7.2 Edukace rodičů v oblasti nošení brýlí a používání dalších kompenzačních pomůcek	35
1.7.3 Edukace dětského pacienta se strabismem sestrou podstupující operační řešení strabismu a pooperační edukace dětského pacienta	36
1.7.4 Hodnocení kvality života po stránce psychických potřeb a sociálních potřeb u dětského pacienta	36

2	CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
2.1	<i>Cíle práce</i>	38
2.2	<i>Výzkumné otázky.....</i>	38
2.3	<i>Výzkumný soubor.....</i>	38
2.4	<i>Operacionalizace pojmů</i>	38
3	METODIKA.....	40
3.1	<i>Použitá metoda výzkumného šetření a technika sběru dat</i>	40
3.2	<i>Popis výzkumného prostředí nemocnice.....</i>	41
3.3	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	41
4	VÝSLEDKY	44
4.1	<i>Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami</i>	44
4.1.1	<i>Kategorie 1: Specifika ošetrovatelské péče v rámci hospitalizace</i>	44
4.1.2	<i>Kategorie 2: Edukace dítěte a rodiče a úloha sestry v tomto procesu</i>	48
4.1.3	<i>Kategorie 3: Vliv strabismu na potřeby dětského pacienta z pohledu sestry a jejich uspokojování</i>	53
4.2	<i>Kategorizace výsledků z hloubkových rozhovorů s dětmi a jejich rodiči</i>	58
4.2.1	<i>Kategorie 4: Diagnostika zrakové vady a postupy léčby.....</i>	58
4.2.2	<i>Kategorie 5: Vliv strabismu na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky)</i>	62
4.2.3	<i>Kategorie 6: Vliv na sociální stránku a potřeby dítěte z pohledu rodičů (matky).....</i>	64
4.2.4	<i>Kategorie 7: Vnímání kompenzačních pomůcek dítětem a názor na jejich vnímání u dítěte rodičem</i>	67
5	DISKUZE.....	69
6	ZÁVĚR.....	76
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
8	PŘÍLOHY.....	83
8.1	<i>Seznam příloh</i>	83

Úvod

Oči jsou důležitým a nepostradatelným orgánem. Zprostředkovávají nám informace o našem okolí. Díky zraku máme mnoho možností. Svět bez barev a tvarů je pro mnohé z nás nepředstavitelný. O svůj zrak musí člověk pečovat. Dospělý člověk vnímá, že jeho zrak se u něho zhoršuje, ale návštěva očního lékaře a vyšetření jsou pro něho pocitově obtížná.

U dítěte je diagnostika zrakové vady mnohem obtížnější než u dospělého člověka. Malé dítě nedokáže samo říct, že jeho zrak není „správný“. Oko dítěte se vyvíjí od narození a dochází k důležitým vývojovým změnám, které ustávají kolem 6. roku života. Až dítě v předškolním věku nám dokáže říct nějaké první symptomy, kterými jsou bolesti hlavy, pálení očí, což může být někdy přisuzováno jinému onemocnění a zrak je často opomíjen. Diagnostika zrakové vady u dítěte je velmi důležitá pro jeho další vývojová období, pro zmírnění následků, či k úplné korekci zrakové vady, popřípadě i jejího vymezení. Zraková vada u dítěte může vést i k psychickým problémům dítěte. Někdy může dospět až k vyloučení dítěte z kolektivu dětí.

Strabismus v dětském věku lze léčit cviky zraku, nošením okluzoru a brýlí. Další možnou léčbou strabismu je operativní řešení.

Důležitou roli v péči o dětského pacienta hraje sestra, a to v případě diagnostiky v ambulanci pediatra, dále v edukaci dětského pacienta se zrakovou vadou strabismem a jeho rodičů, kdy může edukovat i o důležitých režimových opatření a používání pomůcek ke korekci zrakové vady. V případě operativního řešení strabismu je přístup sestry důležitý v předoperační a pooperační péči o dětského pacienta.

V teoretické části se budeme zabývat popisem anatomie oka, vývojem oka, fyziologií a patologií binokulárního vidění. Následně se budeme zabývat popisem zrakové vady, příčinami, projevy a výskytem zrakové vady v dětské populaci. Dále se budeme zaměřovat na specifické vyšetřovací metody a diagnostiku u dětského pacienta, možnou léčbu a korekci zrakové vady.

Výzkumná část bude zaměřena na sestry a druhou výzkumnou skupinu tvoří děti a jejich rodiče. Výzkum bude prováděn výzkumem kvalitativním, formou hloubkových

rozhovorů s dětmi s touto zrakovou vadou a jejich rodiči a se sestrami pracujícími na Oční klinice FN Brno, pracoviště Dětské nemocnice.

Cílem je zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou/ strabismem. Dále bude zmapována úloha sestry v edukaci dětského pacienta se strabismem. Výzkum se bude také zabývat tím, zda zraková vada ovlivňuje psychické potřeby dětského pacienta a zda dochází k ovlivnění sociálních potřeb u dětského pacienta.

Téma jsem si zvolila, protože zrakové vady v dětské populaci jsou velmi rozšířené a ráda bych se více zaměřila na oční vadu – strabismus, protože s těmito dětmi se každý setkáme během života a ráda bych tuto konkrétní vadu více přiblížila.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zrakové ústrojí

Zrakové ústrojí je uzpůsobené k reagování na elektromagnetické vlnění, které vnímáme jako zrakové vjemy světla, barev, pohybu, velikosti a tvaru okolních předmětů. Zrakové ústrojí umožňuje člověku orientaci v prostoru a podílí se také na udržování rovnováhy (Křivánková, Hradová, 2009). Zrakový orgán je umístěn v očnici a je tvořen oční koulí (bulbus oculi) a přídatnými orgány oka (Synek, Skorkovská, 2014). Zrakový orgán zajišťuje vnímání nejen světla a jeho kvality, ale dokáže vnímat i tvar, pohyb a rozložení předmětů v prostoru (Dylevský, 2019).

1.1.1 Oční koule

Oční koule, latinsky *bulbus oculi* je uložena v kostěné dutině očnice – v orbitě, kterou ohraničují kosti lebky (Dylevský, 2019). Oční koule neboli bulbus leží na tukovém polštáři, který slouží k ochraně před nárazy a zabraňuje poškození oka při nárazech na kostěný podklad. Dále chrání oko oční víčka, řasy a slzy, které chrání oko před vysycháním a infekcí (Křivánková, Hradová, 2009).

Stěnu oční koule tvoří tři vrstvy. Zevní vazivovou vrstvu tvoří převážně bělima, latinsky *sclera* (Dylevský, 2019). Jedná se o bílou, neprůhlednou, vazivovou tkáň tvořící pevný obal oka, do kterého se upínají okohybné svaly. V zadní části bělimy najdeme otvor, kterým z oka vystupuje zrakový nerv a vstupují cévy a nervy do oka. Na barvu bělimy má vliv věk a s postupným věkem se barva mění. Ve stáří získává nažloutlé zbarvení, které je způsobeno ukládáním tukových kapének. V přední části oka přechází bělima v průhlednou vazivovou rohovku, která je bezbarvá, neobsahuje ani žádné cévy a snadno propouští světelné paprsky. Rohovka nám svým tvarem připomíná hodinové sklíčko. (Křivánková, Hradová, 2009).

Střední vrstva oka je v zadní části oka tvořena cévnatkou, v přední části přechází v řasnaté tělísko a následně v duhovku. Cévnatka je tenkou vrstvou našeho oka s bohatým cévním zásobením vyživující bezcévnatou vrstvu oka. Cévnatka také obsahuje vysoké množství pigmentu a ten ji dodává tmavé až hnědočervené zbarvení. Cévnatka díky tomu plní funkci tmavé komory pro sítnici (Křivánková, Hradová, 2009).

Cévnatka v přední části pokračuje jako zřasený prstenec a jedná se o řasnaté tělísko. Podklad řasnatého tělíska tvoří drobný paprskovitě uspořádaný sval hladké svaloviny (Dylevský, 2019). Od okrajů tělíska vystupují tenká vlákna, na kterých je zavěšena čočka, latinsky *lens*. Tato vlákna slouží jako tzv. závěsný aparát čočky (Křivánková, Hradová, 2009).

Z řasnatého tělíska vystupuje duhovka, latinsky *iris*. Duhovka svým charakteristickým zbarvením udává barvu oka. Barva duhovky je ovlivněna množstvím duhovkového pigmentu (Křivánková, Hradová, 2009). Uprostřed duhovky je kruhovitý otvor a tím je zornice, latinsky *pupilla* (Dylevský, 2019). Přes zornici vstupují do oka světelné paprsky. Zornice dokáže měnit svou velikost podle intenzity osvětlení a tím usměrňuje množství paprsků, které vstupují do oka. Zornicovým reflexem nazýváme tento děj, kdy je zornice schopná reagovat na osvit (Křivánková, Hradová, 2009).

Vnitřní vrstvu oka tvoří sítnice, latinsky *retina*. Ty vyplňuje celou dutinovou stranu oční koule až k okraji duhovky (Synek, Skorkovská, 2014). Sítnice je vlastní smyslovou tkání oka. Tkáň obsahuje smyslové buňky zrakového ústrojí. Tyto buňky se nazývají světločivé buňky neboli fotoreceptory. Dělíme je podle vzhledu a funkce na tyčinky, které slouží k černobílému vidění a čípky, které slouží k barevnému vidění (Hradová, Křivánková, 2009).

Fotoreceptory nejsou v sítnici oka v rovnoměrném rozložení. V místě, kde vystupuje zrakový nerv chybí úplně. Toto místo se nazývá tzv. slepá skvrna. Pokud paprsky dopadají na tuto tzv. slepou skvrnu, předmět není okem vnímán. V oku se nachází i místo nejostřejšího vidění a tím je tzv. žlutá skvrna, která se nachází několik milimetrů zevně od slepé skvrny. Žlutá skvrna je místo, kde je největší koncentrace fotoreceptorů, a to především čípků. Díky tyčinkám a čípkům dochází k podráždění nervových vláken zrakového nervu (Křivánková, Hradová, 2009).

Obsah oční koule tvoří průhledné a čiré struktury propouštějící světelné paprsky a lámou je tak, že dopadají na sítnici. Jedná se o optická prostředí oka a tvoří je čočka, sklivec a obsah přední a zadní oční komory, které jsou vyplněny komorovým mokem (Synek, Skorkovská, 2014).

1.1.2 Čočka (*lens*)

Jedná se o průhledný útvar o průměru asi 10 mm s tloušťkou 3,5 mm ve vnitřním prostoru oka. Čočka se skládá z jemného pouzdra, kory a jádra (Hromádková, 2011). To je zdravý stav čočky. S přibývajícím věkem následně poněkud žloutne a její průhlednost se snižuje (Synek, Skorkovská, 2014). Má svůj charakteristický tvar a je zavěšena na vlákních řasnatého tělíska (Křivánková, Hradová, 2009).

Čočka dokáže měnit své zakřivení při pohledu do dálky, také do blízka, a to pomocí působení svalu řasnatého tělíska, na kterém je čočka zavěšena. Při pohledu do blízka dochází k jejímu většímu vyklenutí, a naopak při pohledu do dálky dochází k jejímu oplošťování. Tyto změny jsou nazývány akomodace (Křivánková, Hradová, 2009).

1.1.3 Sklivec (*corpus vitreum*)

Sklivec je měkká huspeninovitá hmota průhledného vzhledu, která vyplňuje celý prostor za čočkou, tzv. sklivcovou komoru. Tvoří ho řídká pletě kolagenních vláken, mezi nimiž jsou roztroušeny buňky. Štěrbínami mezi vlákny a buňkami sklivce prostupuje tekutina (Synek, Skorkovská, 2014). Sklivec se podílí na výživě nitroočních tkání. Udržuje napětí oční stěny a nitroočního tlaku (Hromádková, 2011). Co se týče dětské problematiky, zajímavou záležitostí sklivce je to, že během vývoje sklivcem probíhá k vyvíjející se čočce větev a. centralis retinae. Tato tepna ještě před narozením dítěte mizí a ve sklivci po ní zbyde canalis hyaloideus nebo jeho úseky (Synek, Skorkovská, 2014).

1.1.4 Oční komory (*camerae bulbi*)

Oční komory jsou dva štěrbinové prostory nacházející se mezi zadní plochou rohovky a přední plochou čočky, jejím závěsným aparátem a řasnatým tělískem. Komory se rozlišují na přední oční komoru a zadní oční komoru (Synek, Skorkovská, 2014). Tento prostor dělí duhovka (Křivánková, Hradová, 2009). Obě komory jsou spojené zornicí a prostor obou komor je vyplněn komorovým mokem a mezi sebou komunikují pomocí pupily (Synek, Skorkovská, 2014). Komorový mok je čirá, průhledná tekutina, která je produkována řasnatým tělískem (Křivánková, Hradová, 2009). Dále se komorový mok ze zadní komory dostává pomocí zornice do přední komory a poté odtéká Schlemmovým kanálem. Komorový mok má důležitou funkci při udržování nitroočního tlaku a je součástí optického systému oka (Hromádková, 2011).

Přední oční komora je prostorem mezi rohovkou, přední plochou duhovky a čočky (Hromádková, 2011). Vystlána je plochými endotelovými buňkami (Synek, Skorkovská, 2014). Zadní oční komora je úzká štěrbina, která je z přední části ohraničena zadní plochou duhovky. A zezadu tvoří zadní oční komoru přední plocha čočky, její závěsný aparát a řasnaté tělísko (Synek, Skorkovská, 2014).

1.1.5 Přídavné orgány oka

Oční koule je ve své činnosti podporována a také chráněna proti vnějším vlivům strukturami, které jsou označovány jako přídavné oční orgány. Mezi tyto orgány patří očníkové svaly, vazivový aparát očníce, víčka, spojivka a slzné ústrojí (Synek, Skorkovská, 2014).

1.2 Binokulární vidění

1.2.1 Fyziologie, reflexy a vývoj reflexů binokulárního vidění

Jednoduché binokulární vidění je koordinovaná senzomotorická činnost obou očí a tím dochází k zajištění vytvoření jednoduchého obrazu předmětu, který je pozorován (Hromádková, 2011). Binokulární vidění je vizuálním vjemem, který je výsledkem spojení obrazu z levého a pravého oka. Vzniklý spojený obraz je za fyziologických podmínek vnímán jako jeden vjem neboli obraz fixovaného předmětu, a to i přes skutečnost, že na sítnici jsou zobrazeny dva obrazy (Dostálek, 2016). Také bychom mohli říct, že je to schopnost vidět oběma očima pozorovaný předmět jednoduchým způsobem. Jednoduché binokulární vidění (JBV) není vrozené. K jeho vývoji dochází po narození každého jedince společně s vývojem sítnice, a především žluté skvrny, do jednoho roku věku dítěte a do 6 let se upevňuje. (Hromádková, 2011)

Binokulárního reflexy se vyvíjejí nejvíce během 1. roku věku dítěte, a to v každém měsíci. Nyní popíšu jednotlivá vývojová období (Hromádková, 2011).

Do 2 měsíců věku dítěte se vyvíjí monokulární fixační reflex. Dítě se dívá především jen jedním okem, u druhého oka může dojít ještě k fyziologickému šilhání. Takové šilhání se nazývá tzv. strabismus spurius. Ve 2. měsíci dochází k vývoji binokulárního fixačního reflexu. Dítě začíná při dívání se používat obě oči. Ve 3. měsíci dochází k vývoji reflexů konvergence a divergence, dítě díky těmto reflexům dokáže sledovat předměty v různé

vzdálenosti. Ve 4. měsíci dochází k vývoji reflexu akomodace, a to společně s vývojem ciliárního svalu. Dítě díky tomuto reflexu dokáže předměty v různé vzdálenosti zaostřovat. V 6. měsíci dochází k vývoji reflexu fúze. Tento reflex umožňuje spojit obrazy obou očí v jeden smyslový vjem a jedná se o centrální schopnost. Předpokladem je centrum fúze v mozkové kůře (Hromádková, 2011).

Během prvního roku života se binokulární reflexy zlepšují, a to na podkladě dotykových reflexů. Dochází také k vývoji prostorového a hloubkového vidění. To vše přibližně kolem věku 9 měsíců dítěte. Nadále kolem 1 roku života, kdy dítě začíná chodit dochází ke zlepšování binokulární spolupráce a samotná chůze přispívá k rozvoji prostorového vidění. Dítě vnímá smysl pro vzdálenost, uvědomuje si velikost a také polohu předmětu. Až do věku 6 let dítěte dochází k neustálému zlepšování binokulárních reflexů, které se postupně zdokonalují a stabilizují (Hromádková, 2011).

Pokud zde dojde k nějaké poruše a normální vývoj se přeruší, nadále pokračuje patologicky. A tímto vzniká šilhání, nadále např.: tupozrakost, anomální retinální korespondence. (Hromádková, 2011)

1.3 Šilhání

1.3.1 Strabismus

Název této zrakové vady vznikl odvozením od slova strabidzein – šilhati, a to z řeckého původu. V posledních letech a převážně v západní literatuře se můžete setkat s názvem heterotropie, což je též označení pro šilhání (strabismus). A tento název pro zrakovou vadu také vznikl odvozením od řeckých slov heteros – jiná, tropein – zahýbati (Hromádková, 2011).

Definice strabismu podle Hromádkové (2011, s. 50): „*Strabismus je stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v témže bodě. Je vždy přítomna větší nebo menší porucha jednoduchého binokulárního vidění. Strabismus je porucha hlavně funkční, navenek provázená asymetrickým postavením očí.*“

Jedná se o funkční poruchu vzájemné spolupráce očí projevující se navenek asymetrickým postavením očí. Jedná se o stav, u kterého nedojde k protnutí osy vidění ve stejném bodě při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky. Je zde přítomna

porucha binokulárního vidění. Jednoduše lze strabismus rozdělit na heterotropii, což je zjevné šilhání a na heterotrofii, což je skryté šilhání. Heteropii lze dále rozdělit na konkomitující neboli dynamický strabismus a na inkomitantní strabismus neboli paralytický strabismus (Hromádková, 2011).

Strabismus se dělí na různé typy. Znázornění v tabulce, viz. příloha č.1: ROZDĚLENÍ STRABISMU (Hromádková, 2011).

1.3.2 Rozdělení strabismu

Binokulární vidění je považováno za koordinovanou činnost obou očí. Jejím úkolem je vytvořit obraz pozorovaného objektu. Vývoj binokulárního vidění je ukončen kolem 7. roku věku dítěte. Pokud do jakékoliv vývojové etapy, které máme popsané výše zasáhne jakákoli porucha, dojde k přerušení postupného a normálního vývoje. Za strabismus považujeme stav, kdy se při fixaci určitého bodu nebo předmětu na blízko, do dálky osy očí neprotínají ve stejném bodě. Jedná se o funkční poruchu, kde je typické asymetrické postavení očí (Juříková, 2012).

Strabismus se dělí do několika základních typů.

- Strabismus latens (skryté šilhání). Projevuje se za určitých okolností a těmi může být spánek, únava a také při infektu.
- Strabismus dynamicus (concomitans). Jedná se o strabismus dynamický, souběžný a je zde primární úchylka.
 - Střídavé šilhání (strabismus alternans). Při fixaci dochází ke střídání očí.
 - Jednostranné šilhání (strabismus unilateralis). Fixace je činností pouze jednoho oka. Tento typ strabismu je častější.

Dynamický strabismus lze dále dělit podle směru úchylky.

- Strabismus konvergentní vyskytující se spíše u dětí. Tento typ strabismus je u nekorigované hypermetropie a anizometrie. Oči se při tomto typu strabismu sbíhají.
- Strabismus divergentní, ten se naopak vyskytuje spíše u dospělých. Projevem jsou rozbíhající se osy. Zde se uplatňuje ortoptické cvičení, pleoptická cvičení a chirurgická léčba.
- Strabismus paralyticus neboli strabismus paralytický. Ten je způsobený parézou nebo

plegií okohybných svalů. Pacienti mohou udávat dvojité vidění, nevolnosti a často se u nich vyskytují závratě. Šilhající oko zde není tupozraké. Příčinou tohoto typu strabismus jsou záněty CNS, intoxikace, ale také úrazy a nádory. Často se tento typ strabismu léčí chirurgicky, protože pouze léčba zánětu není dostačující (Juříková, 2012).

1.3.3 Diagnostika zrakové vady – strabismu u dítěte

U malých dětí patří ještě mezi časté oční vady vedle šilhání také tupozrakost, vysoká dalekozrakost, krátkozrakost a astigmatismus. Asi u 6 % dětí po narození a postupem věku zůstávají hodnoty dalekozrakosti vyšší, a to může vést ke vzniku strabismu, následně může vzniknout tupozrakost. U většiny dětí vyšší hodnoty dalekozrakosti po narození nepřetrvávají. Velmi důležité jsou pravidelné prohlídky zraku u pediatra, protože k ukončení vývoje zraku dochází v 6 až 8 letech. Pokud se do té doby vyskytne u dětí nějaká z očních vad, může dojít k narušení správného vývoje (Štrofová, Teplanová, 2014).

U dítěte ve věku zhruba 4 měsíce, a maximálně do 6 měsíců věku života se může stát, že jedno oko lehce zašilhá a považuje se to za normální. Zrakových vad si především všimnou rodiče, kteří jsou s dítětem v neustálém kontaktu a taky si jich mohou všimnout pediatri při pravidelných kontrolách. Orientační vyšetření zraku provádí pediatr, a to v rámci pravidelných preventivních kontrol. Tyto kontroly jsou ve třech, šesti, dvanácti a osmnácti měsících věku dítěte a následně každý druhý rok až do 19 let, než dítě odchází od pediatra do péče obvodního lékaře pro dospělé. Pediatr se zaměřuje na výskyt tupozrakosti, šilhání, vrozené vývojové vady oka a mozku u dítěte, a to v rámci anamnézy (Lajčíková, 2010).

A právě nejčastěji prvním lékařem, který se setká se šilhajícím dítětem je tedy pediatr v ambulanci, kam s dítětem přijdou rodiče, protože ti jsou nejčastěji právě těmi prvními, co si všimnou nějaké zrakové odchylky u dítěte. Následně je úlohou praktického lékaře pro děti a dorost stanovení zrakové ostrosti, případné určení typu strabizmu a následné rozhodnutí o odeslání dětského pacienta na vyšší specializované pracoviště. Jelikož na etiologii strabismu má velký podíl mimo jiné i dědičnost, je zde diagnostika od praktického lékaře pro děti a dorost velmi důležitým faktorem včasné diagnostice

zrakové vady. Mezi dědičné faktory disponující pro vznik šilhání patří refrakční vady, poruchy koordinačních oblastí centrálního nervového systému, zvláštnosti v konfiguraci skeletu hlavy, a to zvláště očí. Anebo také anomálie zevních očních svalů. Dítě rodičů, a i prarodičů se šilháním má tedy pro vznik strabismu větší předpoklady, než dítě rodičů a prarodičů bez zrakové vady. Určení správné diagnózy při kontaktu pediatra s dětským pacientem a také rodinou může správně nasměrovat celou léčbu a péči (Malec, 2013).

1.4 Vyšetření a úloha sestry v rámci vyšetřování

1.4.1 Vyšetření zraku u dětského pacienta v ordinaci praktického lékaře

Kontrola zraku je jedním z preventivních vyšetření v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD). Jedná se o orientační kontrolu zraku, která se provádí efektivní, neinvazivní a zároveň pečlivou formou. Využívají se jednoduché pomůcky, ale také přístroje. Z přístrojů, které lékařům napomáhají jsou to Spot Vision Scenner nebo Plusoptix Vision Scenner, které dokážou během několika sekund provést řadu měření v rámci zrakového screeningu u dítěte. U PLDD se provádí při pravidelných kontrolách i ona zmíněná orientační vyšetření zraku. A to ve věku 3 měsíce, 6 měsíců, 18 měsíců a následně ve třech letech a poté každé 2 roky až do věku 19 let. V rámci běžného screeningového vyšetření se lékař zaměřuje na zrakovou ostrost do dálky a na blízko, motilitu očních bulbů, barvocit a popřípadě rozsah zorného pole. Jak probíhají dále jednotlivá vyšetření a jakou roli v nich hraje sestra je popsáno v dalších odstavcích (Beneš, Vrabel, Hlubocká, Malá, 2020).

1.4.2 Anamnéza

Vyšetření u pediatra zpravidla začíná kvalitním zjištěním anamnézy, a to rodinné, osobní a speciální oční. Podrobnou anamnézu sestra a lékař získávají v nejčastějším případě od rodičů dítěte, či blízkých příbuzných (Hromádková, 2011).

Úkolem rodinné anamnézy je zjistit, kdo v rodině a mezi blízkými příbuznými šilhal, zda viděl někdo špatně jedním okem, tzv. měl tupozrakost. Popřípadě zda někdo v rodině nosil od dětství brýle a používal okluzor. Pokud rodiče nevědí nebo si nepamatují. Je zde vhodné a možné využít i rodinné fotografie, kde lze odhalit projevy strabismu (Wright, Strube, 2012).

Osobní anamnéza dítěte je především zaměřena na okolnosti ještě před narozením a je zde dotazována matka. Lékař klade otázky typu, jaký byl průběh těhotenství a porodu, jaká byla porodní hmotnost dítěte. Ta lékaře zajímá z důvodu, že nízká porodní hmotnost by mohla mít za následek retinopatii nedonošených s pseudostrabismem. Ptá se na růst dítěte, na prodělané infekční onemocnění či jiné např. neurologické potíže. Dotazuje se i na výskyt alergií u dítěte (Rozsíval, 2017).

Speciální oční anamnéza zahrnuje dotazy ohledně šilhání, věk dítěte, kterým okem a jakým směrem začalo dítě šilhat, jestli šilhání vzniklo náhle nebo projevy byly postupné. Pokud bylo doposud šilhání nějak řešeno, je zapotřebí zjistit dosavadní terapii do které patří nošení brýlí, okluze, prodělání operace nebo operací, užívání léků – podávání očních kapek a také místo, kde byl strabismus řešen a jak probíhala léčba. V rámci speciální oční anamnézy také sestra a vyšetřující lékař pozorují dítě a sledují možné asymetrie v obličeji, náklon hlavy, postavení očních víček, směr odchylky a také se zaměřují na to, jestli dítě šilhá jednostranně nebo střídavě (Autrata, 2002). Sledují také, zda se dítě přibližuje k hračce a zda při jejím přiblížení k dítěti tzv. konverguje, zda zmiňovanou hračku sleduje očima nebo si dopomáhá náklonem hlavy (Gerinec, 2005).

Dle věku a schopnosti dítěte vést rozhovor se sestrou a lékařem, je možné přímo nějaké informace získat od něj (Autrata, 2002).

1.4.3 Vyšetření zrakové ostrosti

Dále je vyšetření zaměřeno na vyšetření zrakové ostrosti. Toto vyšetření je základním krokem při podezření na šilhání. Toto vyšetření se odvíjí od věku dítěte a od schopnosti spolupráce s vyšetřujícím lékařem a sestrou (Kuchynka, 2016).

Vyšetření začíná od pravého oka. Nevyšetřované oko musí být pečlivě zakryto, a to například leukoplastí nebo čtvercem gázy. Toto zajistit je úlohou sestry. Hlava musí být ve vzpřímené pozici. Vyšetření probíhá na každém oku zvlášť, do dálky i na blízko, poté s korekcí i bez korekce (Taylor, Hoyt, 2012).

U novorozenců se lékař může hrubě orientovat podle zornicových reakcí na světlo. Další vyšetření lze provést metodou preferenčního vidění. Výhodou je, že tuto metodu lze využít již u velmi malých dětí, a to u kojenců od 1 měsíce. Lékaři k tomu využívají Tellerův test nebo Cardiffův test, který má kontrastně odlišné pruhy nebo obrázky (viz.

příloha č. 2 – test pro metodu preferenčního vidění). Metoda je založena na principu pozorování podnětu dítětem, který ho zaujme a dokáže jej rozlišit (Hromádková, 2011). Jedná se o princip tzv. preferenčního pohledu, kdy kojenec bude směřovat svůj pohled spíše na pruhovaný vzor nebo na prázdnou tabulku. Toto vyšetření probíhá ze vzdálenosti na 1 metr, kdy dítě pozoruje zmíněná schémata. Lékař zde dokáže hodnotit, zda kojenec schémata vidí, či nikoli. Ukazování schémat je úkolem sestry (Gerinec, 2005).

Dále u dětí do 2 let je lékař schopný vytvořit hrubý odhad zrakové ostrosti ukazováním předmětů a hraček, které dítě zná, a to ze vzdálenosti na 4 metry. Ukazování předmětů je úlohou sestry. Mezi 3. až 4. rokem věku dítěte se lékař snaží stanovit zrakovou ostrost pomocí řádkových optotypů s obrázky (viz. příloha č. 3 – světelná tabule s optotypy). Později se toto vyšetření provádí pomocí Pflügerových háků nebo pomocí Landotových prstenců (viz. příloha č. 4 – Pflügerovy háky). Když je poté dítě ve věku, kdy umí základní číslice a písmena, což je zpravidla ve školním věku, je možné provést vyšetření na Snellenovém optotypu (viz. příloha č. 5 – Snellenův optotyp). Je zde velmi důležitá spolupráce rodičů, aby doma s dítětem procvičovali znaky, které se nacházejí na zmíněných optotypech, aby je děti znaly a uměly poznat. Zde je velmi důležitým úkolem sestry si před samotným vyšetřením zjistit, zda dítě zná všechny znaky a dokáže je pojmenovat (Hromádková, 2011).

U dětí je velmi typickým projevem při tomto vyšetření, že se do jednoho roka brání zakrytí zdravého oka při střídavém zakrývání obou očí. A to právě pokud je u druhého oka snížena jeho ostrost (Kuchynka, 2016).

1.4.4 Vyšetření fixace

Toto vyšetření je též důležité pro diagnostiku šilhání a tupozrakosti a následnou léčbu. Fixaci může lékař odhadem stanovit podle polohy reflexu rohovky při monokulární fixaci světla. Ovšem velmi přesnější metodou je vyšetření a využívá se vyšetření oftalmoskopem, který má zelený filtr a středový otvor. Vyšetření spočívá v tom, že lékař namíří do mydriatické zornice světlo a následně vyzve pacienta ke sledování středového otvoru a lékař pozoruje a hodnotí, kam se promítá světlo centrálního otvoru na očním pozadí. Pomocí tohoto vyšetření může lékař stanovit, zda se jedná o fixaci centrální či excentrickou (Hromádková, 2011). Dalším možným vyšetřením je určování fixace

Haidingerovým svazkem, k jehož vyvolání dojde polarizovaným světlem, které prochází přes otáčející se Nikolův hranol. Ten se oku jeví jako vrtule. Dítě by mělo být schopno stanovit směr otáčení vrtule (Hromádková 2011).

1.4.5 Vyšetření postavení očí a jejich motility

U dítěte se také vyšetřuje postavení a motilita očí. Sestra při tomto vyšetření přidrží dítěti hlavu v přímém postavení. Tímto vyšetřením lékař zjišťuje, zda dítě dokáže fixovat předmět v prostoru oběma očima nebo fixuje předmět pouze jedním okem. První vyšetřovací metodou je Hirschbergova a to podle polohy reflexů rohovky. Tento způsob vyšetření je využíván u dítěte s dobrou centrální fixací a pokud je u dítěte dobrý vizus oka. Tato metoda má jednu výhodu a tou je použití i u malých dětí. Vyšetření se provádí v temné komoře a lékař vyšetřuje dítě ze vzdálenosti 30 cm. Sestra zde může hrát pro dítě velkou roli v uklidňování. Hodně dětí reaguje na tmu pláčem, nervozitou. Úkolem dítěte je očima sledovat světelný bod. Vyšetřující lékař porovnává polohu světelného reflexu u obou očí. A následné hodnocení odchylek je plně v kompetenci lékaře (Kuchynka, 2016).

Další používanou metodou je Brücknerův prosvěcovací test, kdy jeho výhodou je možnost využití již od půl roku věku dítěte. Vyšetření probíhá v podstatě stejně. A to v temné komoře. Rozdíl je ve vzdálenosti vyšetření, zde lékař vyšetřuje z 1 metru, a to pomocí oftalmoskopu, kdy jeho světelný kruh zasahuje do obou očí. Lékař sleduje následně rohovkový reflex vzhledem k zornici. Opět zde výsledky vyšetření hodnotí lékař specialista (Rutle, 2000). Tyto zkoušky se navíc ještě doplňují vyšetřovací metodou a tou jsou zakrývací testy, kterými dochází k zjištění přítomnosti forie nebo tropie a jejich směrů. Dítě fixuje předmět ze vzdálenosti 0,5 metrů nebo na 1 metr. Oko se zakrývá rukou nebo lze využít destičku. Toto zakrytí oka provádí sestra. A lékař zde pozoruje jednotlivé reakce oka po zakrytí a provádí hodnocení dle tabulek (Kuchynka, 2016).

1.4.6 Další využívané metody k diagnostice šilhání

Příčin, proč jde dítěti jedno oko směrem k nosu nebo na opačnou stranu je mnoho. Jedná se o souhru a řízení okohybných svalů. Souhra obou očí je nezbytná ke správnému vývoji zraku. Je nutné tyto nedostatky v raném věku rozpoznat, včas diagnostikovat a léčit. K rozpoznání šilhání a diagnostice se využívá řada dalších metod (Lajčíková, 2010).

Mezi další vyšetření patří vyšetření na Maddoxově kříži (viz. příloha č. 6 – Maddoxův

kříž). Na kříži se vyšetřuje úhel γ na vzdálenost 1 metr fixací světla. Lékař zde pozoruje světlý reflex ve středu rohovky a hodnotí dle tabulek dané úhly (Hromádková, 2011).

Dále se také využívají metody ke zpřesnění výsledků, a i tyto jsou plně v kompetenci lékaře oftalmologa. Mezi tato vyšetření řadíme vyšetření na Hesselově štítu, na Lancasterově plátně. Tyto metody jsou založeny na podkladě pozorování a sledování značek, které jsou zobrazené na různých stupnicích. Další vyšetření se provádí pomocí přístrojové techniky, do které patří tropokop, Worthova světla, prizmata a oftalmoskop (Lajčíková, 2010).

Diagnostika strabismu je velmi důležitá, protože pokud stav přetrvává dlouho, vznikne u dítěte tupozrakost ze strabismu. Tupozrakost a šilhání lze léčit pouze v dětském věku, a proto je zde důležitá spolupráce rodičů a pediatra. Pokud tyto problémy přetrvávají i u dítěte ve věku 6–7 let, jsou již trvalé. V 8 letech dítěte již většinou nelze oko naučit a zapojit ho do prostorového vnímání. Pokud u šilhání není úspěšnou léčbou nošení brýlí, lze zde zasáhnout i operačně. Tato léčba už bývá většinou tou úspěšnou (Lajčíková, 2010).

1.5 Možnosti léčby a řešení strabismu a úloha sestry v tomto procesu

Léčba strabismu by měla být určena po předchozím podrobném vyšetření (Kuchynka, 2016). Pozdní diagnostika zrakového onemocnění – strabismu může následně vést k trvalému poškození zrakové ostrosti a binokulárního vidění. Léčba strabismu se celkově rozděluje na dva druhy. A to léčbu konzervativními postupy a chirurgickým operačním řešením. Tyto postupy jsou na sebe vzájemně navázány. Hlavním cílem léčby strabismu je jeho včasná diagnostika a léčba tupozrakosti. Léčba také dále cílí na korekci refrakční vady, rozvinutí prostorového vidění a kosmetickou úpravu šilhání. Léčba strabismu by měla být ukončena a celková terapie do skončení předškolního věku, tak, aby byla léčbou úspěšnou (Odehnal, 2010). V rámci léčby je též důležitou součástí individuální přístup a také aktivní spolupráce rodičů. Pokud má dítě konkomitující strabismus, je možné konzervativní léčbou ovlivnit 20-60 % změn v postavení očí, kdy součástí této léčby je i ortoptické cvičení (Kuchynka, 2016).

Fáze léčby a postupy budou rozebrány v následujících kapitolách a rozděleny na konzervativní a chirurgickou léčbu.

1.5.1 Korekce refrakční vady

Lékař prvně provede diagnostiku refrakční vady a následně dle výsledků předepisuje korekci. První volbou jsou brýle, které dítě zpravidla nejdříve dostává v 1 roce věku až v roce a půl věku. Je to v návaznosti na dobu, když již dítě chodí. Ve výjimečných případech, a to na uvážení lékaře, se korekce brýlemi předepisuje už dříve, a to v případech vysoké refrakční vady. Brýlová korekce cílí na zlepšení zrakové ostrosti. Dále také slouží ke zlepšení odchylky a také brýle slouží a mají důležitý význam jako nosič okluzoru. Je důležité, aby dítěti byla předepsaná správná a plná korekce. To z důvodu, že u dětí je snášenlivost změny síly skel vyšší než u dospělých (Hromádková, 2011).

Neméně důležitou rolí je výběr brýlové obruby. S výběrem vhodné optiky, kde umí přistupovat k dětem, může pomoci sestra. Je důležité, aby obruba byla dítěti pohodlná, neměla by dítě nikde tlačit. A celkově by měla splňovat požadavky na obruby pro dětské pacienty i materiálem, velikostí očí a délkou stran (Rozsival, 2017).

1.5.2 Korekce prizmaty

Další možností konzervativní léčby je korekce prizmaty. Prizmata napomáhají ke zlepšení binokulárního vidění též se používají pro rozrušení excentrické fixace. Prizmata fungují tak, že opticky mění chod světelných paprsků, to znamená, že způsobují odklon pozorovaného předmětu dítětem. Dočasně mohou navíc edukovat nebo kompenzovat odchylku, a to konkrétně u manifestního strabismu. K tomuto druhu léčby se používání prizmatické fólie, které se lepí přímo na brýlovou čočku. Jelikož způsobují změny centrálního vidění, nemohou být používány dlouhodobě. Z toho důvodu, pokud je u dítěte diagnostikována stabilní odchylka, používají se prizmatické hranoly, a to v kombinaci s refrakční hodnotou přímo v obrubě brýlí. Prizmatickou korekci lékař rozděljuje rovnoměrně na obě oči. Při použití prizmatické korekce je důležitou součástí pravidelné sledování dítěte v ordinaci lékaře a hodnoty prizmatické korekce lékař aktuálně upravuje (Rozsival, 2017).

1.5.3 Okluzní terapie

Okluzní terapie je velmi osvědčenou metodou léčby strabismu. Okluze zajistí dočasné vyřazení vedoucího oka v procesu vidění. Okluze vedoucího oka má za úkol zlepšení

zrakové ostrosti a také zmenšení útlumu oka bez zakrytí (bez okluze). Začátek okluzní terapie je pro dítě nejtěžší, protože si musí zvykat na orientaci slabším okem. A potažmo je to nejtěžší část i pro rodiče to z důvodu nutnosti dbaní na zvýšený dozor, aby nedošlo ke vzniku nějakého úrazu. Jako u všech ostatních druhů léčby, které mají určitá pravidla, u okluzní terapie tomu není jinak. Je důležité, aby byla přesně dodržována předepsaná doba nošení lékařem a které oko má být kryté. Typ okluzorů se vždy volí podle tolerance dítě a dle domluvy s lékařem. Existují různé druhy a typy okluzorů, a to okluzory náplast'ové, látkové, gumové a také hypoalergenní (Hromádková, 2011). Nejčastěji se ovšem volí náplast'ové okluzory. Tyto náplast'ové okluzory se nalepují na kůži v okolí oka a dokonale tak oko díky svým tvarům kryjí. Jelikož se tyto okluzory používají u dětí a děti je často nechťejí, je zde velmi důležitý přístup v nalepování okluzoru a tak se vyrábějí i v různých barevných provedeních, s různými dětskými motivy (Bruce J.W.Evans, 2007).

Okluzní terapie se dělí na dvě nejčastější. A to na okluzi přímou, což znamená provedení okluze (zakrytí) vedoucího oka a okluzi nepřímou, kde se jedná o okluzi amblyopického oka (Hycl, 2000). Jaký druh okluze se bude u dítěte provádět ordinuje lékař. Pro sestru je důležité, aby věděla, že přímá okluze se volí u dětí v předškolním věku, kdy se dává okluze na 6 dní na vedoucí oko a na jeden den v rámci týdne na amblyotické oko. Z důvodu, aby dokázala edukovat o nošení okluzoru nejen dítě, ale i rodiče. U nepřímé okluze dochází k uvolňování aktivního útlumu amblyopického oka, ale nedochází ke zlepšení zrakové ostrosti, a tak se na hodně pracovištích z tohoto typu okluze odstupuje (Rozsival, 2017).

U léčby pomocí okluze je též výhodou prevence vzniku ARK (anomální retinální korespondence) u amblyopie (tupozrakosti) při šilhání, a to z důvodu, že oči se nedívají zároveň (Grosvenor, 2007)

Trochu komplikovanou skupinou dětí využívající okluzory jsou batolata a malé děti, které si často okluzor strhávají. Dále je možné využití okluzní kontaktní čočky. Okluzní kontaktní čočky se vyrábějí též v různých stupních pigmentace. Pokud je nutná plná okluze, kontaktní okluzní čočka je sytě zabarvená, pokud je třeba mírnější krytí, je zabarvení čočky stupně nižšího (Bruce J.W.Evans, 2007).

1.5.4 Pleoptická léčba

Pleoptická léčba se zahajuje, pokud dojde u šilhajícího oka k potvrzení tupozrakosti. Tato léčba spočívá v aktivním výcviku, při kterém je aktivně trénováno tupozraké oko, které je nuceno ke zvýšené zrakové činnosti a je většinou léčbou doplňkovou. Tento výcvik tupozrakého oka je efektivní u dětí do věku 6 let, kdy plasticita dětského mozku dokáže zajistit zlepšení vidění (Odehnal, 2010). Význam této léčby spočívá ve zlepšení zrakové ostrosti oka slabšího a vede ke zmenšení jeho útlumu a je prevencí vzniku anomální retinální korespondence (Hüblova, Kubovčíková, 2009).

Pleoptická léčba je dá rozdělit na aktivní a pasivní formu. Při aktivní pleoptice provádí tupozraké oko úkoly, a to za pomoci hmatu, paměti a sluchu. Tato cvičení probíhají ve speciálních cvičebnách pod vedením ortoptistů. Úkolem sestry je rodičům předat kontakt na pracoviště, ortoptisty. V případě hospitalizace dítěte je úkolem sestry zajistit konzilium s ortoptisty. Při ortoptické léčbě je důležité, aby se praktiky cvičení střídaly a dítě stále bavily a nepřestalo se soustředit. Mezi základní pleoptická cvičení se řadí: sestavování stavebnice, vystřihování obrázků, obkreslování, společenské hry, ale i hry s míčem. Toto jsou všechno jednoduchá cvičení, které lze provádět s dítětem i v domácím prostředí. Součástí aktivní pleoptiky je cvičení na přístrojích, mezi které patří: lokalizátor a korektor. Na lokalizátoru dítě provádí zakrývání prstem postupně zmenšující se otvory, které jsou v kovové desce. Ty ortoptistka postupně rozsvěcuje. Procvičování na korektoru spočívá v obtahování obrázků kovovou tužkou na kovové desce. Korektor upozorňuje na případné přetažení zvukovým či světelným signálem (Hromádková, 2011).

1.5.5 Ortoptická cvičení

Ortoptika je podstatnou částí v léčbě strabismu a hraje důležitou roli v konzervativní léčbě. Ortoptika se zabývá napravením porušeného jednoduchého binokulárního vidění. Před zahájením ortoptické terapie musí být splněny určité podmínky a těmi je relativně vyrovnaná zraková ostrost, minimální odchylky. Je nutné, aby dítě bylo schopné spolupráce. Úspěchem ortoptické terapie je získání prostorového vidění. Cvičení též probíhá v ortoptické ambulanci a pod dohledem ortoptistky. Sestra má též za úkol v rámci hospitalizace zajistit potřebné konzilium s ortoptistkou (Hromádková, 2011).

Následně postup pleoptické léčby závisí na stavu binokulárního vidění na začátku cvičení

a roli zde hraje i věk dítěte. K ortoptickým cvičením ortoptistka používá přístroje, které fungují na základě disociace obou očí a každé oko poté sleduje jiný obrázek. Postup při cvičení zahrnuje jednotlivé body, které zná přesně ortoptistka, která zná i všechny přístroje a pomůcky využívané v ortoptické praxi (Hromádková 2011). Cílem této léčby je dosáhnout vyššího stupně prostorového vidění (Odehnal, 2010).

1.5.6 Chirurgické operační řešení

Základně lze říci, že operačním postupem dochází k úpravě anatomického postavení očí tím, že se oslabují nebo naopak zesilují okohybné svaly (Odehnal, 2010). Úprava anatomického postavení očí tvoří dobrý základ pro navození binokulárního vidění a jeho další vývoj. Při chirurgickém řešení je důležité správné načasování indikace operace a jedním pravidlem je, že čím dříve strabismus vznikl, tím dříve je vhodné provést operaci (Hromádková, 2011). Pokud je dítěti diagnostikován vrozený strabismus, je zde léčba operačním postupem indikována již v kojeneckém věku dítěte a konzervativní způsob léčby zde lékaři vůbec nedoporučují z důvodu malé naděje ke zlepšení stavu (Odehnal, 2010). Při plánování oční operace strabismu lékař zohledňuje věk dítěte, velikost odchylky, ortoptickou přípravu a charakter šilhání (Hromádková, 2011).

Na celkový výsledek operace má vliv mnoho faktorů, mezi které patří věk, doba trvání šilhání, velikost a typ odchylky. Jednoduše platí, že čím je dítě mladší a odchylka je větší, tím má operace efektivnější význam. Za trvalý stav oka nebo očí po operaci lze považovat stav za půl roku od operace, protože čerstvě po operaci může docházet ke změně odchylky, a tudíž na trvalý výsledek je třeba počkat. Odchylka se může za několik let po operaci změnit a je nutné další operační řešení (Rozsival, 2017).

Za optimální léčbu je považována taková léčba, pokud dojde ke skončení terapie v předškolním věku. Dítě nešilhá, tupozrakost je vycvičená. Dítě má vyvinuté prostorové vidění a rodiče s dítětem jsou spokojeni s výsledkem celkové terapie a léčby (Odehnal, 2010).

1.6 Úloha sestry v ošetrovatelské péči při chirurgickém řešení strabismu

Už víme, že léčba šilhání je léčba vícesložková. A podstatnou samostatnou součástí léčby

je chirurgické operační řešení strabismu. Před samotnou operací je nutná prvně korekce refrakční vady, pokud je zde přítomna. Nejčastější volenou korekcí jsou brýle, které mají za úkol dítěti zlepšit zrakovou ostrost a druhým jejím významem je zlepšení úchyly šilhání. Korekci refrakční vady předepisuje oční lékař (Vláčil, Špačková, 2009).

Pokud nedochází ke zlepšení strabismu díky ortoptickému cvičení očí, přichází na řadu operační typ řešení. Z ošetřovatelského hlediska se budeme věnovat předoperační a pooperační přípravě v dalších odstavcích.

1.6.1 Operační řešení

Názory k operačnímu řešení strabismu se velmi liší. Oftalmologové nepovažují operaci za náročnou, ale přesto označují tuto metodu za nevděčnou z důvodu nepředvídatelnosti dlouhodobého a trvalého pooperačního řešení. Před samotnou operací musí proběhnout řada vyšetření. I proto často musí oftalmolog během operace změnit postup a operační záměr. To v souvislosti s konkrétní anatomií svalu, jeho elasticitou, délkou a velikostí bulbu. Před samotným operačním výkonem musí oftalmolog též znát dynamiku šilhání, a být si vědom toho, že operací dojde k odstranění potenciální bariéry k fúzi. Fúze umožňuje spojení obrazů obou očí do jednoho vjemu. Nebo zda se bude jednat o kosmetickou úpravu vady zraku bez vyřešení fúzní spolupráce očí (Čaněcká, 2001).

Oftalmolog a sestra provádí též různá speciální vyšetření, díky kterým se předem zhodnotí stav binokulárních funkcí a sítnicové korespondence. Následně dle výsledků oftalmolog stanoví druh operačního řešení. K následné stabilizaci postavení očí dochází 6 měsíců až 1 rok po výkonu. Oftalmologové se snaží nejen docílit uspokojivého kosmetického efektu, ale snaží se, aby došlo i ke správné funkci zrakového orgánu (Čaněcká, 2001).

1.6.2 Úloha sestry v předoperační přípravě u strabismu

Perioperační medicína je stále se rozvíjející obor a hodně komentovaná oblast péče o zdraví. Kdy právě jednoznačně multidisciplinární přístup a spolupráce umožňuje dětskému pacientovi bezpečně překonat všechna úskalí operačního výkonu (Vojtíšek, 2016). Cílem předoperační přípravy je snížit tak celkově riziko operace na minimum. Má za úkol zmírnit nepříjemné pooperační vnímání. A též zabránit nežádoucím komplikacím. Součástí předoperační přípravy je vyšetření lékařem oftalmologem a sestrou. Oftalmolog

stanoví druh výkonu a informuje rodiče dítěte s operačním řešením a s předpokládaným výsledkem. V rámci předoperační péče je možné a vhodné provádět speciální tzv. odtlumovací cviky, které provádí s dítětem ortoptistka za pomoci speciálních přístrojů a provádí se kondiční posilování okohybných svalů. Díky těmto cvikům a následné operaci se připraví binokulární prostor pro trénování cviků k nácviku souhry obou očí (Čaněcká, 2001).

Před samotným operačním zákrokem je nutná řada vyšetření. Předoperační vyšetření je doménou klinického pediatra, či praktického lékaře pro děti a dorost (dále PLDD). U šilhání, jelikož je jedná o plánovaný výkon, se provádí plánované předoperační vyšetření a popř. lékař oftalmolog si stanoví doplnění o další vyšetření u ambulantních specialistů, jako jsou ambulance kardiologa, neurologa a alergologa. Požadavky a specifika předoperačního vyšetření si určují anesteziologové (Vojtíšek, 2016).

Do předoperačního vyšetření patří osobní anamnéza. Detailní anamnéza je zásadní pro bezpečnou anestezii, z toho důvodu, že většina dětských pacientů je po vyšetření internistou v pořádku, ale druhou skupinou jsou dětské pacienty, kteří jsou pro lékaře až překvapivě polymorbidními pacienty. Anesteziologové kladou důraz na reaktivitu dýchacích cest, a to například z důvodu astma bronchiale, kdy je dítě více náchylné k bronchospazmům. Dalším specifikem předoperační péče jsou dotazy na okolnosti, které by mohly způsobit obtížnou intubaci. Mezi tyto okolnosti patří: vrozené vývojové vady, operace v ORL oblasti, záněty, abscesy apod. Informace o interním stavu pacienta jsou součástí pediatrického vyšetření. Dále další anamnézy, a to alergologická a rodinná. V rámci alergologické anamnézy se lékař anesteziolog dotazuje na alergie na ATB, dezinfekční prostředky, náplasti a kontrastní látky (Vojtíšek, 2016). Alergologickou anamnézu může již sestra zjistit při příjmu pacienta na oddělení, záleží na zvyklostech kliniky. V rámci rodinné anamnézy se lékař zaměřuje na možné potencionální choroby, a to konkrétně na svalové poruchy, neurologické onemocnění, krvácivé a trombotické choroby. Sestra všechny předoperační výkony provádí na základě ordinací ošetřujícího lékaře nebo lékaře anesteziologa (Vojtíšek, 2016).

Ke každému dítěti se vždy volí individuální ošetrovatelská péče a ani zde není opomíjena. Pro sestru je především důležité znát aktuální zdravotní stav dítěte, musí být informována o možných alergiích dítěte a o tom, zda dítě v současnosti užívá nějaké léky, popřípadě

zda netrpí dalšími chronickými onemocněními. Jak je uvedeno výše, toto jsou důležité informace pro lékaře i pro sestru. Sestra dále zjišťuje dietu a stravovací návyky dítěte. Přitom všem je nutné, aby sestra dbala na individuální psychosomatické zvláštnosti dětského pacienta. Dále pozorováním a dotazem na rodiče (doprovod) sestra zjišťuje nervově svalovou reaktivitu, hygienické návyky dítěte, komunikační dovednosti a schopnosti, a v neposlední řadě pohybové schopnosti (Čaněcká, 2001).

Před samotnou operací sestra postupuje dle standardů dané nemocnice. Určité činnosti jsou všude zavedeny stejné a mezi ně patří – vykoupání dítěte včetně umytí vlasů, kontrola nehtů. Kontrola lačnosti dítěte dle věku pacienta. Důležitou součástí předoperační péče v kompetenci sestry je vykapání operovaného oka (spojivkového vaku) antiinfektivem a dohlédnutí na ranní hygienu dítěte. Dále mezi standardy předoperační péče může patřit změření tělesné teploty a zvážení dítěte. Pokud zde sestra zjistí nějaké nesrovnalosti a odchylky, je její povinností tuto skutečnost neprodleně hlásit ošetřujícímu lékaři a anesteziologovi. Součástí předoperační přípravy je neodmyslitelně velmi významná a důležitá role psychické přípravy dítěte. Ta se volí za účelem uklidnění dítěte, získání si důvěry i spolupráce. Zde sestra volí formu komunikace dle věku dítěte a jeho schopností. Posledním úkolem sestry v předoperační péči je na základě ordinace anesteziologa podat dětskému pacientovi předepsanou premedikaci a po domluvené časové prodlevě je dítě převezeno na operační sál (Čaněcká, 2001).

1.6.3 Úloha sestry v zajištění předoperační lačnosti

Předoperační lačnost je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Nejde přitom jen o samotné lačnění, ale také o restrikcí tekutin. Zejména novorozenci a kojenci jsou velmi vnímaví a citliví na výpadky příjmu tekutin. Mnohahodinové lačnění, a to převážně u kojenců, zhoršuje jejich předoperační kondici a stav. Pro lepší orientaci v daném problému lačnění existuje vydaná brožura, tzv. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před operačním výkonem v anesteziologii, vydaná již v roce 2011. Toto doporučení lze pro sestru a pacienta rozdělit do několika kroků (Vojtíšek, 2016).

Prvním krokem je samotné oznámení pacientovi o omezení příjmu tekutin. Sestra tuto informaci přizpůsobí věku dítěte, většinou i mladší dítě dokáže pochopit sdělení, že nesmí jíst a pít, aby mu nebylo následně spatně (Vojtíšek, 2016).

Dalším důležitým krokem sestry je schopnost vyhledat mezi dětskými pacienty ty, u kterých je pravděpodobnější riziko aspirace. Pro upřesnění, do této rizikové skupiny patří např. dětští pacienti s onemocněním jícnu a žaludku, s metabolickými poruchami jako např. diabetes (cukrovka), či pacienti s morbidní obezitou. Dále dětští pacienti chronicky užívající opioidy (u dětí vzácně, ale sestra na tuto skutečnost musí myslet) (Vojtíšek, 2016).

Co se týče tekutin v rámci lačnění, ty se mohou podávat 2 hodiny před operačním výkonem. Je zde důležitý od sestry důraz na čiré tekutiny, mezi ně patří nesycená voda, šťávy a džusy bez obsahu dužiny, čaj. Co se týče intervalu lačnění od jídla, je to následovně. Interval 6 hodin je nutné dodržet po sněžení pevných pokrmů. Po smaženém a tučném jídle se tento interval prodlužuje na 8 hodin. Interval 6 hodin má v sobě zahrnutou i kojeneckou stravu včetně kravského mléka. Jiné je to pak při kojení dítěte. Zde je doporučeno udržet interval lačnění od posledního kojení 4 hodiny. Tyto časy jsou stanoveny jako minima. Jelikož při operačním řešení strabismus se vždy jedná o plánovaný výkon, není zde třeba řešit postup u pacientů s neodkladným druhem operačního výkonu (Vojtíšek, 2016).

1.6.4 Úloha sestry v pooperační péči

Ze začátku závisí pooperační péče na doporučení anesteziologa. Anesteziolog po operaci doporučí polohu a následnou návaznost péče. Ošetřující sestra se seznámí s provedeným operačním výkonem, podanou anestetickou medikací, případně s podanými analgetiky po výkonu. Po operačním výkonu sestra sleduje vitální funkce dle určeného časového rozpětí. V kompetenci sestry je i sledování pooperačního krytí oka. Pokud by došlo k prosakování očního krytí sestra provede za aseptických podmínek sterilní druhé překrytí a informuje o vzniklé situaci neprodleně lékaře. Nutné je provést sterilní krytí z důvodu prevence vzniku rané infekce v oku. Některé dítě po operaci může být neklidné, v takovém případě, pokud nepomáhá přítomnost sestry, je doporučováno podle anesteziologa podat léky na zklidnění (Čaněcká, 2001).

Následující den ráno provede lékař za asistence sestry sundání obvazu z operovaného oka. Provede se očištění od případné sekrece. Lékař provede první zhodnocení postavení očí po operačním řešení. Následně dochází k hodnocení ortoptistkou a lékařem, který

změří pooperační úchytky a zjistí stav binokularity. Ve velmi brzké době se začínají provádět intenzivní, ale přesto šetrná ortoptická cvičení. Ta se provádí za účelem navození očekávané spolupráce očí. Nutné je zavést i posilování okohybných svalů, kdy tato cvičení jsou zajištěna na speciálních přístrojích. Dítě bez binokulárního cvičení je po operačním řešení strabismu možné propustit do domácího prostředí a do ambulantní péče následující den. Další léčba strabismu pokračuje dle aktuálnosti stavu dětského pacienta a je následně indikována dle zbytkové úchytky a aktuálních zjištění (Čaněcká, 2001).

Mladší a citlivější děti mají někdy pocit ztráty bezpečí a jistoty ve spojení s obavami z nemocničního prostředí, které je pro ně cizím. Tyto děti mohou často prožívat strach. A strach je jednou z ošetrovatelských diagnóz.

Diagnóza strach, kód diagnózy: 00148. *Vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost či význam události za účelem snížení úzkosti a/nebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví* (Herdman, Kamitsuru, 2020, s. 372).

Dítě může mít strach v souvislosti s operačním výkonem, v souvislosti s nepřítomností rodiče (rodičů) po operačním výkonu. Strach se u dítěte může projevovat nespokojeností s ošetrojícím personálem (sestrou, lékařem). Dítě může být v určitém napětí, můžeme sledovat projevy jiného než běžného chování. Ke zmírnění strachu dítěte slouží vhodná komunikace dle věku dětského pacienta. Důležitost komunikace s dítětem a jak by měla probíhat je popsáno v následující kapitole (Herdman, Kamitsuru, 2020).

Diagnóza akutní bolest, kód diagnózy: 00132. *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek související s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem a s délkou trvání menší než 3 měsíce* (Herdman, Kamitsuru, 2020, s.489).

Dítě může zažívat v souvislosti s operačním výkonem bolest, která se bude projevovat v období po operačním zákroku. Dítě může bolest projevovat slovně, nebo stylem chování. Dále může mít dítě i fyzické projevy bolesti mezi které patří rozšíření zornic, změny ve fyziologických parametrech. Mezi další příznaky patří výrazy bolesti v obličeji, změna chutí k jídlu. Pokud má dítě u sebe doprovod může bolest hlásit zprostředkovaně (Herdman, Kamitsuru, 2020).

Mezi další diagnózy u dětského pacienta v souvislosti s celkovou operační péčí, které může sestra pozorovat a pojmenovat patří: v souvislosti před operací je to diagnóza: nespavost. V rámci pooperační péče jsou to diagnózy: deficit péče při koupání, deficit sebepéče při stravování, deficit sebepéče při vyprazdňování, v souvislosti s krytím operační rány (oka/očí). V souvislosti s operačním výkonem je to diagnóza: riziko infekce a v souvislosti s operační ránou je to diagnóza: riziko infekce chirurgického místa (Herdman, Kamitsuru, 2020).

1.6.1 Komunikace s dětským pacientem

Cílem komunikace s dítětem je snížení strachu z hospitalizace a při vyšetřeních. Při komunikaci s dítětem používáme určité standardní postupy. Dítě oslovujeme jménem, mluvíme na něj pomalu, srozumitelně k jeho věku a mluvíme na dítě laskavě. Používáme při komunikaci jednoduché věty přiměřeně k věku dítěte. Pokusíme se zajistit doprovod dítěte při jeho hospitalizaci. Rodič je vždy informovaný o důvodu hospitalizace dítěte. Při hospitalizaci dítěte je nutné dbát i na jeho bezpečí na pokoji a na oddělení. Na vyšetření vždy dítě odesíláme s doprovodem – rodiče, prarodiče, ošetřující personál. Dítě vždy o vyšetření včas předem informujeme, a to i rodiče a doprovod. Dítě informujeme a vysvětlujeme mu dle jeho věku a dle individuálních rozumových schopností. K edukaci lze využít nachystaný edukační materiál. Ten může být zpracovaný formou DVD, obrázkového materiálu, animační program. U mladších dětí naopak lze využít obrázky, hračky, které i zmírní strach z vyšetření (Zejdová, 2022).

Před každým kontaktem s dítětem, před manipulací s ním vždy dítě nejdříve oslovíme a průběžně dítěti vysvětlujeme další kroky. Při hospitalizaci dítěte dbáme na dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí (Zejdová, 2022).

S dětským pacientem komunikujeme vždy podle jeho individuálních potřeb s ohledem na jeho komunikační dovednosti. Při komunikaci s dítětem přihlížíme i na jeho zdravotní stav. Správnou komunikací předcházíme vzniku strachu, úzkosti, stesku u dětí. Zda nám dítě rozumí si ověříme vždy dotazem nejen rodiči, ale i dítěti (Zejdová, 2022).

1.7 Edukace dítěte se strabismem po psychické a sociální stránce v každodenním životě

1.7.1 Edukace v ošetrovatelském procesu

Pojmem edukace se rozumí *Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech* (Juřeníková, 2010, s. 9).

Zároveň samotná edukace dětského pacienta a potažmo i doprovodu patří mezi nejdůležitější aspekty ošetrovatelské péče. Má i významný vliv na kvalitu života dítěte, rodiny. Obecně lze říci, že edukační proces a ošetrovatelský proces mají hodně totožného a společného (Kristová, Tomašková, 2002). Edukace se dělí na tři formy a těmi je edukace primární, která je zaměřena na zdravé osoby. Edukace sekundární, která cílí na jedince, v našem případě na dětského pacienta, u kterého je ve fázi léčby nemoc, která je vyléčitelná. A třetí formou edukace je edukace terciální, která je zaměřena na jedince, u kterých je špatná prognóza k vyléčení, ale je u nich ještě možnost zabránění rozvoje komplikací (Šulistová, Trešlová, 2012).

Úlohou sestry je dle jejích kompetencí motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny, a to jednak k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe samotné. Zároveň edukovat pacienty a též rodiny nebo doprovod v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně dostatek informací a informační materiál (Přibíková, Krause, 2019/2020). Jedná se o přípravu edukačního plánu versus tomu plánování sesterských úkonů. Následně probíhá realizace edukace a realizace plánu ošetrovatelské péče. V našem případě se edukace týká dětí se šilháním a jejich rodičů. Na závěr edukace sestra provede zhodnocení vědomostí pacienta (dítěte a rodiny). Edukace je tedy záměrný, plánovaný proces s jasně stanovenými cíli. Pro sestru, ale i lékaře, je důležitá dokumentace, která zdravotníkům poskytuje informace o pacientovi, záznam o plánování a vykonané edukaci a záznam navíc obsahuje i reakce pacienta na edukaci a konečný výsledek, kterého samotná edukace dosáhla (Kristová, Tomašková, 2002).

1.7.2 Edukace rodičů v oblasti nošení brýlí a používání dalších kompenzačních pomůcek

Záchyt zrakové vady u dítěte včas je podstatné. S tím, ale přichází náročné období pro rodiče, kteří musí v rámci léčebné péče zajistit nošení brýlí, kontaktních čoček a často i používání okluzorů. Toto zvládnout je komplikované zejména u dětí do věku 3 let, často i u dětí do 6 let, nebo u dětí s více zrakovými vadami dohromady. Oftalmolog ve spolupráci se sestrou a ortoptistkou předávají rodičům konkrétní tipy a nápady ke zvládnutí této problematiky, ať už se jedná o nošení brýlí, kontaktních čoček nebo okluzoru (Skalická, 2014).

Samotné brýle dítěti zlepšují kvalitu vidění, ale také při včasné nasazení předcházejí nevratnému poškození zraku včetně negativního dopadu zrakové vady. A to na osobnost a povahu dítěte, ale i jeho budoucnost. U brýlí lze říct jedno pravidlo, čím dříve se zahájí terapie s nimi, tím lépe. Důležitý je správný výběr brýlí. Pro rodiče je podstatné vycházet z doporučení dětského oftalmologa, ortoptistky, zrakového terapeuta, optometristky nebo i od poradkyně rané péče. Vždy by před hlediskem estetickým mělo vyhrát hledisko funkčnosti a pohodlí a zda jsou brýle dosti bezpečné pro samotné dítě. Poté je několik dalších hledisek, podle kterých brýle vybírat. Například u obrouček je na výběr z plastových a kovových. A dále jsou k výběru speciální brýle pro kojence a batolata, které musí splňovat několik další podmínek. Mezi tyto podmínky patří: přiměřená velikost obruby, materiál obruby musí být z měkkého materiálu, přitom pružný, a to z důvodu přizpůsobení se různým polohám miminka. Obruba brýlí musí dítěti sedět přesně na nose a brýle musí mít vzadu gumičku. A v neposlední řadě musí být obruba přizpůsobena tvaru obličeje dítěte. Stejně tak důležitý, jako je výběr brýlí, je i výběr čoček. Důležité je pro rodiče vědět, že hodnotu dioptrických čoček předepisuje pouze lékař. Kontaktní čočky se volí při vadě, kde není možné nosit brýle, ať už trvale nebo částečně. Okluzí v očním lékařství je myšleno zakrývání jednoho oka, a to je velmi významnou součástí léčby. Záležitostí oftalmologa je nastavit režim, co se okluzování týče. U rodičů sestra dbá na to, aby pochopili, proč je důležité zakrývání jednoho oka. Pokud se jedná o tupozrakost, po zahájení léčby strabismu se okluzuje oko s funkčnější zdatností = oko zdravé. A to z toho důvodu, aby byly posíleny funkce oka druhého. Tím dítě trénuje mozek k přijmutí a užívání obrázku slabšího oka. Motivovaný rodič díky

získaným informacím rozumí z části dané problematice a často sám se chce podílet na řešení šilhání nebo i jiné zrakové vady u svého dítěte. A právě toto úsilí všech specialistů a zapojených rodičů vede k efektivitě v léčbě (Skalická, 2014).

1.7.3 Edukace dětského pacienta se strabismem sestrou podstupující operační řešení strabismu a pooperační edukace dětského pacienta

Dítě po operačním řešení strabismu může pociťovat a pociťuje určitý diskomfort, a to především pokud operace probíhala v celkové anestezii. A operace strabismu se většinou u dětí provádí v celkové anestezii. Mezi nepohodlí u dětí se řadí především předoperační strach, pooperační bolest, nauzea, závratě a zvracení. Úzkost je celkově rizikovým faktorem pro pooperační bolest i nepohodlí. Sestra, rodiče, lékař ani anesteziolog by neměli podceňovat úzkost a strach dítěte před samotnou operací. Důležitou složkou je zde vysvětlování, empatie, přítomnost rodiče. Tyto děti s předoperační úzkostí jsou ohroženy rozvojem pooperační agitovanosti. Agitovanost se u dítěte může projevit neklidem, zmateností, podrážděností, nespokojeností, napětím. Nedostatečná pooperační hydratace dítěte může naopak souviset s pooperačními závratěmi. Samotné zvládnutí nepohodlí stěžuje zdravotnickému personálu věk dítěte, které nedokáže ve svém věku vyjádřit nepohodlí. Proto je zde velmi důležitý přístup, předoperační příprava, komunikace. Velmi důležité je zaměřit se na vysvětlení krytí oka po operačním výkonu, tím můžeme u dětského pacienta do jisté míry zmírnit nepohodlí. S dítětem zdravotnický personál komunikuje dle věku, stavu. Více je popsáno v kapitole „Komunikace s dětským pacientem“. Dítě je též po operaci umístěno na pooperačním pokoji, je informováno o signalizačním zařízení. Sestra dítě po operaci pravidelně kontroluje. Sestra edukuje dle věku dítě, popřípadě rodiče o všech možných pooperačních komplikacích a při jejich objevení ihned informuje lékaře, který nadále řeší společně se sestrou vzniklou situaci (Yawen, Wenjuan, Xiangcheng, Rui, Yinghaung, Lingling, 2022).

1.7.4 Hodnocení kvality života po stránce psychických potřeb a sociálních potřeb u dětského pacienta

Kvalita života dítěte se strabismem se odvíjí od druhu strabismu, od odchylky. Děti s většími odchylkami mají psychosociální zařazení obecně náročnější. Strabismus v dětském věku je spojen s mnoha negativními jevy. Tyto jevy je třeba vzít v úvahu při

rozhodování o chirurgické léčbě již v raném věku. Léčba šilhání nemusí mít, ale vždy pouze negativní dopad na dítě. Samotná léčba může pozitivně změnit to, jak tyto děti vnímají samy sebe. To má za následek přínos pro kvalitu života z funkčního i psychosociálního hlediska. Strabismus si, ale také historicky získal mnohem víc než pouhý viditelný atribut vzhledu. Děti se strabismem často trpí různými psychosociálními a emocionálními problémy. Jako je nízké sebevědomí, sociální předsudky, školní šikana, zvýšená sociální úzkost, křehké mezilidské vztahy a do budoucna tyto děti mohou mít problémy s pracovními příležitostmi. Strabismus je tedy nutné vnímat jako něco mnohem víc než pouze estetickou záležitost. Pozitivní vliv na kvalitu života má korektivní chirurgie. Její přesný vliv je uváděn na psychosociální fungování a pohodu pacientů se strabismem. Jelikož je strabismus patologický stav, který je spojený s abnormálním binokulárním viděním, který vede k úpravě normálního vzhledu, může ovlivňovat a ovlivňuje kvalitu života dětských pacientů. Pokud se zaměříme na kvantitativní hodnocení kvality života dětí se strabismem, můžeme tím přispět ke klinickému vyšetření, protože kvantitativní hodnocení dokáže lépe porozumět stavu a správně zhodnotit účinnost léčby. Děti mají údajně větší potíže s vnímáním sebe samy dle stavu strabismu. Fyzický vzhled šilhání dokáží rozpoznat již malé děti a negativní postoj k němu se objevuje ve věku přibližně 6 let, někdy i méně. Některé studie dokonce poukazují i na to, že strabismus může mít mnohem škodlivější účinek než jiná důležitá oční onemocnění (jako je např. diabetická retinopatie). Děti s většími odchylkami vykazují nejhorší podmínky, jak už v psychosociální kvalitě života, tak ve funkční. Léčba strabismu by tedy neměla být považována za kosmetickou záležitost, i když není naděje na zlepšení binokulárního vidění, protože může dojít pozitivně k ovlivnění způsobu, jakým ostatní vnímají jednotlivce se strabismem, a tak může dojít ke zlepšení jeho schopností. Tyto děti se dokáží celkově lépe socializovat. Na závěr je tedy důležité zmínit, že léčba strabismu by neměla být podceňována, protože léčba může pozitivně ovlivnit a změnit to, jak tyto děti vnímají samy sebe. A to má následně za následek přínos pro kvalitu života, jak z funkčního, tak z psychosociálního hlediska (Taditto, Hungria, Ventorin, Morais, Mariuzzo, Isaho, 2022).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou – strabismem

Cíl 2: Zmapovat úlohu sestry v edukaci dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou – strabismem

Cíl 3: Zmapovat vliv onemocnění na psychické potřeby dětského pacienta se strabismem

Cíl 4: Zmapovat vliv onemocnění na sociální potřeby dětského pacienta se strabismem

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou – strabismem?

VO 2: Jaké úlohy má sestra v edukaci dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou – strabismem?

VO 3: Jak ovlivňuje zraková vada strabismus psychické potřeby dětského pacienta?

VO 4: Jak ovlivňuje zraková vada strabismus sociální potřeby dětského pacienta?

2.3 Výzkumný soubor

VS 1: Sestry pečující o dítě se zrakovou vadou strabismem – zaměřeno na péči v nemocničním prostředí (předoperační, pooperační). Výzkumný soubor tvořilo 6 sester (viz tabulka *Identifikační údaje sester*).

VS 2: Děti se zrakovou vadou strabismem a jejich rodiče (rozhovory v rodinách). Výzkumný soubor tvořilo 5 dětí s rodiči (viz tabulka *Identifikační údaje dětí*).

2.4 Operacionalizace pojmů

Strabismus nebo šilhání. Je zraková oční vada (Hromádková, 2011).

Ošetrovatelská péče je definována jako soubor odborných činností zaměřených na

prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivcům, rodin a osob, kteří mají společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními potížemi. Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří individualizovaná péče, která je založená na vyhledávání a plánování uspokojování potřeb jedince, a to ve vztahu k jeho zdraví, nebo potřebám, které vznikly vzhledem k nynějšímu onemocnění (Prokopiusová, 2004).

Dětský pacient je osobou navštěvující dětské lékaře do věkové hranice den předcházející 19. narozeninám (Lébl et al., 2007).

Edukace je procesem výchovně – vzdělávacím. Jedná se o proces osvojování nových poznatků a jejich propojování i s již známými informacemi. Edukaci v rámci ošetrovatelství nejčastěji provádí lékař nebo sestra (Kristová, Tomašková, 2002).

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření a technika sběru dat

K výzkumnému šetření byla použita kvalitativní forma výzkumného šetření. Byla zvolena metoda dotazování, která nejlépe odpovídá cílům výzkumného šetření, charakteru jednotlivých získaných informací, které bylo potřebné v rámci výzkumného šetření získat. Sběr dat byl prováděn pomocí techniky hloubkových rozhovorů, které byly zaznamenávány zvukovou nahrávkou a formou vlastních poznámek na papír. Výzkumné šetření ve vybrané nemocnici bylo uskutečněno 4. 4. 2023, výzkumné šetření s dětmi a jejich rodiči bylo prováděno během jednoho měsíce, a to během března 2023. Výzkumné šetření probíhalo anonymně bez záznamu jmen.

První skupinou k rozhovorům byly sestry z Oční kliniky FN Brno z pracoviště Dětské nemocnice. Druhou skupinu tvořily děti a jejich rodiče. První rodina do výzkumu byla oslovena pomocí rodinného příslušníka autorky výzkumu. Následně matka dětského pacienta poskytla kontakt na další rodinu. Ostatní kontakty byly získány pomocí sociálních medií (Facebook a Instagram) a osobních kontaktů. Ve všech případech byly rozhovory nakonec provedeny pouze s matkami a jejich dětmi v přítomnosti. Rozhovory probíhaly na základě předem vytvořených dvou souborů otázek. První z nich byl určený pro sestry (viz. příloha č. 7) a druhý pro děti a jejich rodiče (viz. příloha č. 8). Soubor otázek pro sestry se týkal specifík ošetrovatelské péče v rámci hospitalizace, specifík v předoperační a pooperační péči, úlohy sestry v edukaci dětského pacienta a jeho doprovodu při hospitalizaci, dále se věnoval ovlivnění psychických a sociálních potřeb dětí se strabismem při hospitalizaci i nadále v životě. Děti s rodiči (matkami), tvořící druhý výzkumný soubor, se soubor otázek týkal diagnostiky zrakové vady a léčebných postupů, psychických a sociálních potřeb dítěte a rodiny a vnímání kompenzačních pomůcek dítětem. Sestry i rodiče (matky) byli seznámeni s tématem bakalářské práce a s prováděnou výzkumnou částí. Sestry byly poučeny o anonymitě rozhovoru a matky byly navíc poučeny o nepoužívání jména dítěte při rozhovoru, a to z obou stran. Všechny rozhovory byly zvukově zaznamenány a před zapnutím nahrávání samotných odpovědí na elektronické zařízení, byl získán ústní souhlas s audio záznamem rozhovoru. Všechny rozhovory se sestrami proběhly osobně na oddělení. U rodin proběhl rozhovor v pěti případech online formou a v jednom případě osobním setkáním, kdy matka předem

zajistila audio záznam odpovědí na 2 otázky od dítěte doma. Dítě na osobním setkání přítomné nebylo.

Následně byla všechna data přepsána do textové podoby pomocí Microsoft Word. Dokument byl vytisknutý a analýza získaných dat byla prováděna metodou „tužka a papír“ (Švaříček, Šedřová, 2014). Poté byla vytvořena kategorizace a jejich postupné zpracování do schémat. Celkem bylo vytvořeno 7 kategorií: Ošetrovatelská péče v rámci hospitalizace, Edukace dítěte a rodiče a úloha sestry v tomto procesu, Vliv strabismu na potřeby dětského pacienta z pohledu sestry a jejich uspokojování, Diagnostika zrakové vady a postupy léčby, Vliv strabismu na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky), Vliv na sociální stránku a potřeby dítěte z pohledu rodičů (matky), Vnímání kompenzačních pomůcek dítětem a názor na jejich vnímání u dítěte rodičem. Dále byly ke každé kategorii přiřazeny odpovídající podkategorie.

3.2 Popis výzkumného prostředí nemocnice

Jedná se o specializované pracoviště, které v roce 2019 oslavilo 50. let od založení Dětské oční kliniky FN Brno. Pracoviště je staršího vzhledu, ale moc hezky přizpůsobené pro děti se zrakovými vadami tak, aby pohyb po oddělení byl pro děti bezpečný. Pokoje jsou rozdělené na jednotlivé části. Sestry se snaží pacienty do pokojů hospitalizovat podle zrakové vady a podle věku. Hledí i na to, zda hospitalizované dítě bude mít doprovod a zda se jedná o dítě s dalšími onemocněními, popřípadě i postižením. Přístup sester k pacientům je velmi individuální a sestry se snaží vyhovět všem dle dispozic oddělení. U každého pokoje se nachází sociální zařízení, což napomáhá dětským pacientům s oční vadou v pohybu a v jednoduchosti používání. Oddělení hospitalizuje dětské pacienty v podstatě od narození až po dospělost a patří v České republice k pracovištím, která jsou pouze dvě (druhé se nachází v Praze).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily sestry z Oční kliniky FN Brno z pracoviště Dětské nemocnice. Celkem bylo do výzkumu zapojeno 6 sester, včetně staniční a vrchní sestry z oddělení. Sestry jsou označovány jako S1 – S6, a to z důvodu zachování anonymity.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe na dětské oftalmologii	Praxe na jiném odd.
S1	Žena	39 let	Bc. + spec. DS	7 měsíců	Dětské odd.
S2	Žena	48 let	SŠ – DS	30 let	-----
S3	Žena	59 let	SŠ – DS + „doškolovák“	15/16 let	-----
S4	Žena	59 let	SŠ – DS	18 let	Anestezie, kožní
S5	Žena	52 let	VŠ + spec. DS + spec. Oše. péče v pleoptice a ortoptice	11 let	-----
S6	Žena	49 let	SŠ – DS	3 roky	Dětské odd. 25 let

Zdroj: vlastní

Z tabulky číslo 1 můžeme vyhodnotit, že nejmladší sestře bylo 39 let a má i nejkratší délku praxe na dětské oftalmologii. Nejstarším dvěma sestrám je 59 let. Vzdelání sester je hodně různorodé, ale z výzkumu lze vyhodnotit, že všechny sestry jsou dětskými sestrami. Sestry S2, S4, S6 mají vzdělání středoškolské, kdy byla ještě specializace dětské sestry jeho součástí. Sestra S1 měla vzdělání vysokoškolské a specializaci dětské sestry. Další sestra S3 uvedla, že má „doškolovák“ v Brně. Sestra S5 měla vysokoškolské vzdělání a k tomu specializaci dětské sestry a specializaci v ošetrovatelské péči v pleoptice a ortoptice. Nejdelší doba praxe je 30 let na dětské oftalmologii. Celkem tři sestry a to S1, S4 a S6 uvedly, že mají praxi i na jiných odděleních.

Druhý výzkumný soubor tvořili dětské pacienty se zrakovou vadou strabismem a jejich rodiče (matky). Celkem bylo do výzkumu zapojeno 5 dětí se strabismem a jejich rodiče (matky). Tito účastníci výzkumu byli označeni jako M1 + D1 – M5 + D5, a to z důvodu

zachování anonymity.

Tabulka 2 – Identifikační údaje dětí

Dítě + (matka)	Pohlaví dítěte	Věk	Věk, kdy se projevily 1. příznaky strabismu	Objevení 1. příznaků strabismu	Kompenzační pomůcky (druhy) + operační řešení
M1 + D1	Chlapec	2,5 let	2 roky	Preventivní prohlídka u PLDD ve 2 letech a vyš. na přístroji Opticsent	Brýle + okluzor NE
M2 + D2	Dívka	5 let	Od narození	Levé oko zajeté v očním koutku, pravé oko ujíždělo občas	Brýle + okluzor ANO
M3 + D3	Chlapec	5,5 let	3 měsíce	Začal šilhat a déle hledal věci	Brýle + okluzor NE
M4 + D4	Dívka	3 roky	6 měsíců	Šilhala oběma očima – viditelné	Brýle + obrázky NE
M5 + D5	Dívka	2 roky	4 měsíce	Šilhání levého oka ven + ptóza víčka	Brýle + cvičení očí doma + okluzor. NE

Zdroj: vlastní

Z tabulky číslo 2 můžeme vyhodnotit, že nejmladšímu dítěti byly 2 roky a nejstaršímu bylo 5,5 let. Můžeme uvést, že všechny děti mají zkušenost s používáním kompenzačních pomůcek, a to brýlí a okluzoru, a navíc dítě s matkou M4 + D4 má zkušenost s používáním obrázků. Rodina M5 + D5 mají zkušenost se cvičením očí v domácím prostředí. Dítě z rodiny M2 + D2 má strabismus řešený operačně.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Výsledky hloubkových rozhovorů se sestrami byly kategorizovány do třech kategorií a jejich následných podkategorií.

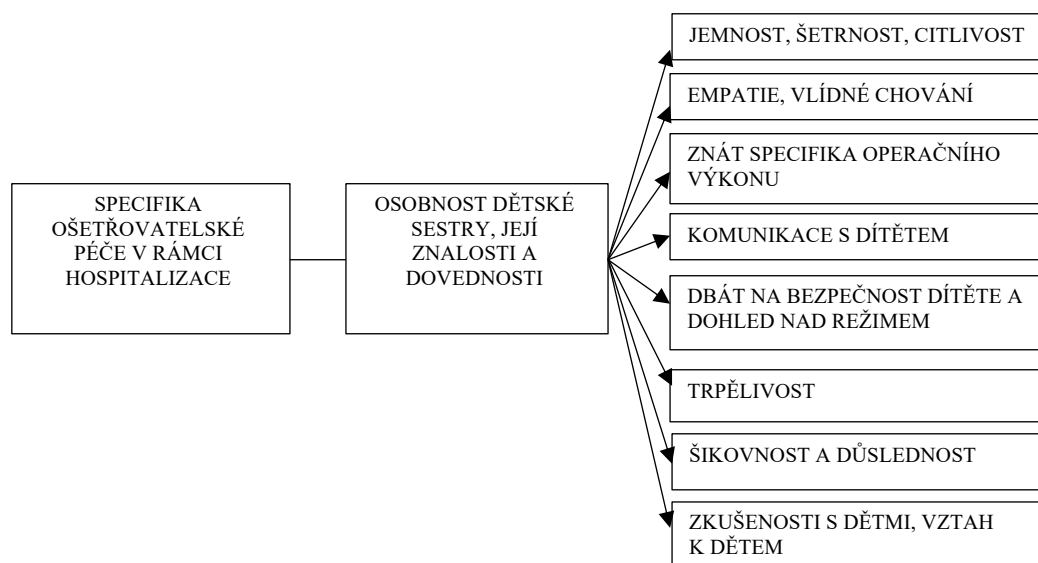
4.1.1 *Kategorie 1: Specifika ošetrovatelské péče v rámci hospitalizace*

První kategorie se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o dětského pacienta v rámci hospitalizace. Tato kategorie má celkem 4 podkategorie, které se týkají osobnosti dětské sestry, jejich znalostí a dovedností, hospitalizace dítěte a přítomnost rodiče z pohledu sester, názor na personální obsazení ošetrovatelským personálem na oční klinice z pohledu pracujících sester zde na oddělení, prostředí oddělení pro dětské pacienty se zrakovou vadou – strabismem a jeho specifika.

Podkategorie 1: Osobnost dětské sestry, její znalosti a dovednosti v přístupu k hospitalizovanému dítěti

První podkategorie se týká osobnosti dětské sestry, jejich znalostí a dovedností v přístupu k hospitalizovanému dítěti, které nejčastěji čeká při hospitalizaci se strabismem operační řešení. Při hloubkových rozhovorech byly pro tuto podkategorii použity následující otázky: Jaké specifické dovednosti a znalosti by měla mít podle vás sestra zde na oddělení? V čem je podle vás hlavní rozdíl v péči o dítě se zrakovou vadou/ strabismem a bez zrakové vady? Máte zkušenosti v porovnání s jiným oddělením, pokud jste na jiném pracovala? Výsledky jsou uvedeny v následujícím schématu číslo 1.

Schéma 1 – Osobnost dětské sestry, její znalosti a dovednosti



Zdroj: vlastní

Všechny sestry S1 – S6 se shodly, že je v péči důležitá empatie a trpělivost v péči o dětského pacienta. A každá sestra k tomu uvedla další důležité znalosti a dovednosti sestry, mezi které patří: mít zkušenosti s dětmi, umět základy pediatrie ze školy, mít vlídné chování k doprovodům. Jaká jsou rozdílná specifika v porovnání s jinými oddělení uvedly sestry S1, S4 a S6, které mají zkušenosti i z jiných oddělení. Sestra S1 uvedla, u očních pacientů je obzvlášť důležitá citlivost a empatie. Sestra S1, která předtím pracovala na ORL uvádí „*Záleží prostě na případě operačního výkonu, to je specifikum operačního výkonu a je k tomu péče a řekla bych, že je to stejný.*“ Sestra S4 zmiňuje důležitost dohledu nad režimem dítěte, což je po operaci strabismu specifické tím, že ty děti po operaci pak nemají žádné omezení na delší dobu a svádí je to k dovádění.

Podkategorie 2: Hospitalizace dítěte a přítomnost rodiče z pohledu sester

Druhá podkategorie se týká hospitalizace dítěte a přítomnosti rodiče z pohledu sester. Pro tuto podkategorii byly během hloubkových rozhovorů použity otázky: Je pro vás z organizačního hlediska a celkově z hlediska ošetrovatelské péče přijatelnější hospitalizace dítěte se zákonným zástupcem (s rodičem, rodiči), či bez nich? Když upřednostníte hospitalizaci s rodičem, tak z jakého důvodu? Pokud bez rodiče, z jakého důvodu? Další otázkou je: Jak probíhá komunikace s dítětem po probuzení z narkózy? Je u dítěte přítomný rodič? V této podkategorii budou použity odpovědi na druhou část

otázky, která se týká přítomnosti rodiče.

Všechny sestry S1 – S6 uvedly, že je to velmi individuální záležitost a záleží na věku dítěte, a i jeho osobnosti. Sestra S1 uvedla, že určitě preferují hospitalizaci dítěte s rodičem do věku 3 let, dále u postižených dětí, které potřebují rodiče k běžné denní činnosti. Sestry S2, S3, S4 a S5 uvedly, že děti bez rodičů poslechnou více a nechají si udělat více věcí. Sestra S3 říká *„Někdy je to fajn, někdy to tak je, že ty děti cítí tu, když tam ten rodič je v úzkosti nebo je nejistý nebo není přesvědčen o tom a pořád váhá a je takový jako vyzařuje z něho ta nervozita. Tak to ty malé děti přejímají hodně na sebe.“* Lze shrnout, že tyto sestry se shodují v tom, že spolupráce bez rodičů je s dětmi lepší a snadněji se s nimi pracuje. Sestra S6 udává *„Do těch 6 let, tam si myslím, že určitě, je to naprosto na místě. Že ty děti nejsou tolik ve stresu a ty rodiče jim jsou oporou.“* Sestra S5 navíc uvádí, že na hospitalizaci dítěte s rodičem musí nahlížet i z organizačního hlediska, a to z důvodu, že jejich oddělení nebylo stavěno na to, aby tady s každým dítětem byl doprovod. A tak se snaží, aby v těchto případech byl vždy na oddělení hospitalizovaný doprovod. *„Úplně na prvním místě jsou to kojící maminky, potom jsou to postižené děti, kteří vyžadují tedy tu péči toho rodiče nebo toho doprovodu. Potom samozřejmě mají přednost děti do 6 let, kde jako ze zákona můžou být se svým dítětem 24 hodin denně, ale i to do těch 6 let je závislé na prostorových kapacitách, jaké tedy máme.“*

Na přítomnost rodiče po operaci se názory u sester liší. Všechny sestry se, ale shodly během hloubkových rozhovorů na tom, že přímo na sále, kde se dítě po operaci poprvé budí, tam rodič přítomný není a být přítomný nemůže. Dále sestry S1, S4 uvedly, že rodič čeká na oddělení. Sestry S2, S3 a S6 uvedly, že vždy záleží na domluvě s rodiči a mají možnost čekat, jednak na oddělení, nebo mohou čekat v předsálí. Sestra S2 *„Někdo chce čekat a jet už s postýlkou odtud a někdo čeká tady na pokojíku.“* Cesta ze sálu, z dospávacího pokoje pak již může probíhat s rodičem. Sestra S5 navíc uvádí, a to z hlediska ošetrovatelské péče a z hlediska organizačního a mluví ze zkušeností, které mají. *„Je pro nás lepší, když si přivezeme to děťátko samy, protože vlastně jede vždycky po tom dospání, protože sály zajišťují ještě dospání po celkové narkóze. Tak je lepší, když jedeme samy personál zdravotnický, protože ve chvíli, kdy je dítě utlumené a dospává, má ty očička zalepená a my ho dovezeme. Ale ve chvíli, kdy ta maminka na něho promluví,*

tak to dítě začne panikařit, nevidí, začne křičet a chce maminku. A teď vlastně my jsme odpovědný za to dítě, abychom ho dospaný po celkové narkóze převezly v klidu na oddělení, takže toto bývá takový zbytečně hysterický.“ Sestra S5 to na závěr shrnuje: „Takže je to někdy takový těžký, no.“

Podkategorie 3: Názor na personální obsazení ošetrovatelským personálem na oční klinice z pohledu pracujících sester zde na oddělení

Třetí podkategorie se zabývá názorem na personální obsazení ošetrovatelským personálem na oční klinice z pohledu pracujících sester zde na oddělení. Během hloubkových rozhovorů byla pro tuto podkategorii použita následující otázka: „Vnímáte, že je důležité vzdělání sestry v oboru „Dětská sestra“? Nebo je na dětské oftalmologii dostačující sestra s titulem Všeobecné sestry a z jakého důvodu to tak vnímáte?“

Zde můžeme uvést, že z pohledu sester je na oddělení důležité, aby zde pracovaly dětské sestry, protože práce s dětskými pacienty je specifická a nejedná se o péči standartní, jako u dospělých. Dále i z důvodu organizačního, který objasňuje sestra S5 a uvádí: „Jednoznačně dětská sestra. Protože bez toho bychom nesplnily vyhlášku 55 o činnostech. Samozřejmě může být nějaký určitý počet procentuální dětských sester vůči všeobecným sestrám. Můžou tady pracovat i všeobecné sestry, ale ty musí pracovat pod dohledem dětské sestry. Což potom není dobré v tom, že když je potom potřeba, aby směnu sloužila jedna sestra, tak to nemůže sloužit ta všeobecná. Takže je vyjmuta ze všech, jakkoli služeb po jednom, jako jsou svátky atd.“ Sestra S3 přesně říká „Ty děti jsou děti, takže jako určitě. Jsou ty věci jiný a celkově je to jiný.“

Podkategorie 4: Prostředí oddělení pro dětské pacienty se zrakovou vadou – strabismem a jeho specifika

Čtvrtá podkategorie je zaměřená na prostředí oddělení pro dětské pacienty se zrakovou vadou – strabismem a na jeho specifika. Pro tuto podkategorii byly během hloubkových rozhovorů použity následující otázky: Máte na oddělení specificky upravenou hernu, popřípadě mají děti se strabismem přímo určené specifické hračky pro ně? Má vaše oddělení nějaká stavební specifika v péči o dětské pacienty s touto zrakovou vadou a popřípadě jaká specifika?

U otázky ohledně upravené herny je vidět, že sestry se zamýšlejí nad odpovědí. Sestra S1

si myslí, že ne, ale není si zcela jistá. Nakonec si uvědomuje a říká: „*Oni tam vlastně ty cvičenci nechodí a nebyvají, oni chodí na to cvičení, a to dopoledne a odpoledne, kdy mají ty svoje speciální ortoptický cvičení.*“ K podobnému názoru, že připojují i další sestry. Sestra S3 ujasňuje: „*Herna tady je to ano. A ty děti se šilháním, to oni chodí cvičit přímo na tu ortoptickou cvičebnu. Takže tím pádem, ta herna slouží úplně pro všechny, a že by tam vyloženě byly v tom ty pomůcky, to ne. Oni mají zkrátka tu ortoptickou cvičebnu.*“ Sestra S5 navíc uvádí, že mají k dispozici na oddělení pro dětské pacienty paní učitelky, a to jak pro školní děti, tak i pro školkové děti, takže tu hernu využívají také. Paní učitelky se jim věnují a vymýšlí dopolední i odpolední činnosti během hospitalizace. Děti se strabismem dochází přímo na ortoptické oddělení, kde mají vyloženě specifické pomůcky k pooperační péči o děti se strabismem. Na tomto závěru se shodují nakonec všechny sestry S1 – S6.

Co se týče stavebních úprav, jedná se o starší oddělení bez větších specifických úprav. Sestry S2, S3 uvedly, že specifikem v prostředí jsou červená madla na chodbě. Slouží k tomu, aby bylo rozeznatelné, kde jsou zdi a kde jsou dveře. Madla jsou na straně, na které jsou pokoje. Sestra S5 uvádí, že specifikem v prostředí tohoto oddělení jsou sestry, které jsou pro dětské pacienty součástí pobytu. Napomáhají jim orientovat se v prostoru a celkově se vším, co se týče ošetrovatelské péče. Pro pochopení uvádí: „*Že my jsme takové vlastně jejich oči.*“

4.1.2 Kategorie 2: Edukace dítěte a rodiče a úloha sestry v tomto procesu

Druhá kategorie se zabývá edukací dítěte a v případě přítomnosti rodiče na oddělení i edukace rodiče a zaměřuje se na úlohu sestry v tomto procesu. Tuto kategorii tvoří následující tři podkategorie týkající se edukace v předoperační přípravě, kde je součástí i zajištění lačnosti dítěte před operací, strach dítěte při operačním přístupu a přístup sestry k dětskému pacientovi a poslední podkategorie se věnuje pooperační péči a edukaci v ní.

Podkategorie 1: Edukace dítěte v předoperační přípravě + popřípadě rodiče

První podkategorie se zabývá tím, čemu sestra musí věnovat pozornost a jaké má úkoly v edukaci dítěte před operací. Pro tuto podkategorii během rozhovorů byly použity následující otázky k sestrám: Jaká specifika má vaše oddělení týkající se předoperační péče o dětského pacienta se strabismem? A jakou úlohu v tom hraje sestra? O čem

edukuje dětská sestra dětského pacienta ještě před samotnou operací? Tato otázka byla sestřám přiblížena: Jak to bude po operaci, co se bude kolem dítěte dít? Vysvětluje sestra dítěti operaci?

Všechny sestry zmínily nějaké specifikum týkající se očí. Zejména dávat pozor na to, že se jedná o párový orgán/dvě oči, opravdu dbát na to se kterým jde dětský pacient k operaci. Sestry S2, S3, S5, S6 uvádí důležitost v aplikaci očních kapek dle ordinace lékaře a zmiňují nutnost edukace o tomto ošetrovatelském úkonu dětského pacienta, i rodiče, a to z toho důvodu, že děti celkově nemají rádi, když se jim sahá na obličej a na oči. Sestra S5 k předoperační péči shrnuje: *„Máme klasickou předoperační péči, jako před jakýmkoli chirurgickým zákrokem, protože oční je řazeno mezi chirurgické obory. Takže klasické interní vyšetření, musí projít ARO ambulancí skrz premedikaci. Čili jenom k té přípravě na celkovou narkózu je ještě zahrnuta ta, ty ordinace lékaře ohledně očí plus.“*

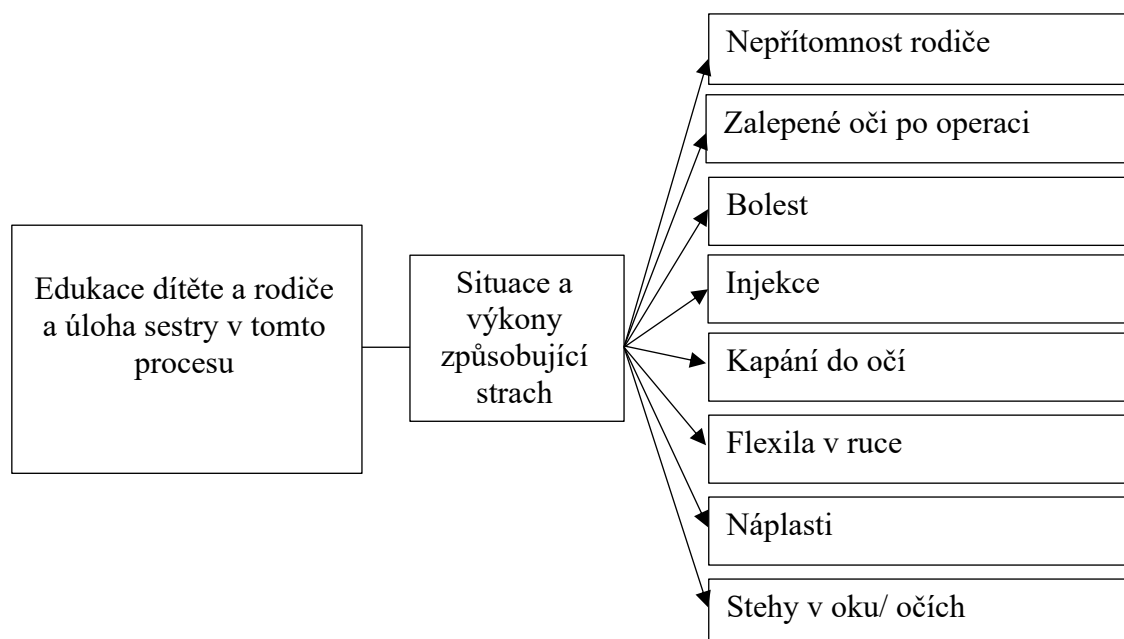
Všechny sestry se shodují na tom, že edukace dětského pacienta musí probíhat přiměřeně k jeho věku a sestra S6 přímo uvádí, jak je důležitá samostatná edukace rodiče: *„Když jsou teda tady ty rodiče, tak hlavně edukovat rodiče, aby vlastně. Protože i pro ně je to velká neznámá. Takže když jim ta sestra v rámci toho seznámení taky řekne, co a jak, tak i ty rodiče jsou pak takový klidnější.“* Všechny sestry edukují vesměs o stejných věcech, jak dětské pacienty, tak v přítomnosti rodičů i rodiče. Instruují dětské pacienty už v rámci příjmu na oddělení, dále den večer před samotnou operací, i v den operace. Vše dětem vysvětlují přiměřeně k jejich věku. Všechny sestry dětského pacienta edukují den předem a hovoří s dítětem o tom, co se bude dít, jak dlouho bude samotná operace trvat, že nebude moct jíst a pít a musí být v postýlce. Sestra S2 uvádí, že v den operace dítě také informují o tom, že až přijede ze sálu, bude mít v ruce flexilu. A všechny sestry uvádí, že dětského pacienta v den operace informují o tom, že bude mít zalepené oko, nebo oči. Sestra S5 zmiňuje, že pro klid dítěte je důležité vysvětlovat a připomínat, že zalepení očí je pouze dočasné. Sestra S5: *„Edukujeme o tom, že jim budeme třeba náhradními očima. Takže, že dostanou zvoneček a když u sebe budou mít rodiče, tak řeknou rodiče. Když jim bude třeba špatně nebo cokoli – to jim samozřejmě neříkáme dopředu, že jim bude špatně. Ale jde tady o tu edukaci. Ať se připraví, že jim budeme s čímkoli nápomocni, že stačí říct, že budou mít oči zalepený.“* Sestry S2, S3, S4, S6 navíc zmiňují i důležitost edukace o

nutnosti lačnosti. O tom, aby se nenajedly a nenapily. Sestra S4 navíc uvádí: „*Dohlíží se u nich na to, aby se nepřimíchaly mezi ty ostatní děti a něčeho se nenajedly a nenapily. To musí ohlídat ta sestra.*“ Sestra S4 ještě uvádí, že zajištění lačnosti provádějí následovně: „*My jim tady vždycky před tou narkózou den dopředu vybíráme veškeré ty jejich potraviny, a to včetně všem dětem, co jsou na tom pokoji. I když tam jde jenom jeden na sál, tak všem se to vybírá, aby se náhodou omylem právě nenajedly a nenapily. A i když si třeba budou čistit zuby, aby se nenapily.*“ Následně jsou pacienti a jejich rodiče před samotnou operací edukováni o tom, že až bude možné jíst a pít, občerstvení jim sestry donesou. Všechny sestry se shodují na tom, že je nutné opakovat dětem, že se nemusí ničeho bát, že to společně zvládnou a o všem je ujišťovat, že jim budou nápomocni, že ví, že budou mít po operaci oko nebo oči kryté. Sestra S5: „*Anebo u dětí, co nevědí, co je dočasný, tak jim třeba říct, že už k večeři by se mohlo třeba jedno oko odkryt. Něco takového, ale jde zase o to, že je edukujeme o tom, že jim budeme zase těma náhradníma očima.*“

Podkategorie 2: Strach dítěte při operačním řešení a přístup sestry

Druhá podkategorie pojímá o strachu dítěte ve spojitosti s hospitalizací. Řeší, z čeho mají dětští pacienti během hospitalizace největší strach z pohledu sester a jak strach dítěte lze zmírnit. Pro tuto podkategorii byly během rozhovorů použity následující otázky: Z čeho má dítě největší strach během hospitalizace při operačním řešení? Jakým způsobem uklidňujete dítě, pokud má strach před vyšetřením a jakým způsobem uklidňujete dítě se strachem z operace? Výsledky, z jakých situací mají dětští pacienti strach jsou uvedeny v následujícím schématu č. 2.

Schéma 2: Situace a výkony způsobující strach



Zdroj: vlastní

Sestry S1, S3 uvedly, že děti mívají často strach, že na oddělení budou bez rodiče (maminky). Všechny sestry uvedly, že děti mají strach z toho, že neuvidí a budou mít po operaci zalepené oči. Na tom se všechny sestry S1 – S6 shodly. A navíc sestra S2 řekla: „*A možná se toho bojí víc rodiče než ty děti.*“ Mezi další situace, ze kterých mají dětské pacienty strach dle sester patří: bolest, injekce, kapání do očí, flexila v ruce, náplasti, stehy v oku/očích. Přičemž sestra S4 specifikovala přesně, proč mají děti strach ze stehů: „*Protože se vytahují jakoby jen v lokální anestezii, že se jim kapou umrtvovací kapičky a z toho mívají ten strach, že neví, jak to bude probíhat a jestli je to nebude bolet.*“ Sestra S6 navíc zmínila, že některé děti mívají strach z neznámého prostředí, typické je to pro děti do 3 let, než dokážou trochu pochopit, o co se jedná, do té doby moc nevědí, kam přichází a co je čeká. Klíčovou výhodou je zde již zmiňovaná možnost přítomnosti rodiče.

Co se týče samotného přístupu, sestry S1 – S6 se shodly na tom, že nejčastěji to samotné uklidňování dítěte probíhá v rámci komunikace. Snaží se jim vysvětlit, o co jde, co je čeká apod. Sestra S2 navíc uvádí přístup využívaný v případě, že jsou děti na oddělení bez přítomnosti rodiče: „*Když je jim tady třeba pak to smutno a jsou tady samy, tak se s nimi i potulíte, pohrajete si s nimi.*“ Sestra S5 vidí výhodou ve zmírnění strachu u dítěte přítomností paní učitelky na oddělení, která se v den operace může dítěti věnovat více –

povídat si s ním, hrát si s ním, tak, aby dítě přišlo na jiné myšlenky. Sestry S4, S6 navíc uvedly výhodu premedikace, která obsahuje léky ke zklidnění v rámci předoperační přípravy a sestra S6 navíc uvedla: „*A když jsou to ty starší děti, tak jim to taky vysvětlit, nebát se a pokud by třeba nemohly usnout, tak řeknou. A my se pobavíme s anesteziologem a třeba jim předepíšou nějaký ten prášek na spinkání.*“

Podkategorie 3: Edukace dítěte v pooperační péči, popřípadě rodiče

Třetí podkategorie se zabývá edukací dítěte v pooperační péči a popřípadě i rodiče, pokud je součástí hospitalizace s dítětem. Během hloubkových rozhovorů pro tuto podkategorii byly položeny následující dvě otázky: Jaká specifika má vaše oddělení týkající se pooperační péče o dětského pacienta se zrakovou vadou strabismem? A jakou úlohu v tom hraje sestra? Zahajujete první ortoptická cvičení už u vás na oddělení po operaci nebo je to následně až v rukou ortoptistky? A jak cvičení probíhají?

Sestra S1 specificky uvedla, že specifika u nich na oddělení v rámci ošetrovatelské péče vycházejí z toho, že dítě nevidí, má po operaci zalepené oči. A v tom je důležitá edukace ve všech oblastech celkově. Důležité je uklidňovat je o tom, kde jsou. Dávat jim věci do ruky. Edukovat je o tom, kde, co mají. Další sestry v souvislosti se zakrytými očima uvádějí další specifika v péči a edukaci toho dítěte: aby samo nevstávalo z postele, že ho i na WC doprovodí. Sestra S3 uvádí i specifikum týkající se operační rány, protože i oči operační rána jsou, a tedy i z tohoto hlediska je nutná edukace: „*Takže se to omývá, dezinfikuje, kape se.*“ Sestra péči o operační ránu ještě blíže specifikuje: „*Zaměřujeme se na ty operační rány. Čili je tam ta hygiena, kapání a plnění ordinace lékaře. Takže určité udržovat oči v čistotě a opatrně, co se týká u toho strabismu, tak tam mají v očích stehy, takže je potřeba poučit i ty děti a hlídat ty operační rány. A celkově vlastně ty víčka jemně otevírat.*“ Pokud mají děti na oddělení doprovod (rodiče), sestra edukuje i ty o tom, že dítě se nemůže samo pohybovat. Na záchod musí s doprovodem. Sestra S4: „*Když tady má ty rodiče, ohlídají rodiče, ale když je tady to dítě samo, tak na to dohlíží sestry, aby on po té operaci si buď řekne nebo si zazvoní na signalizační zařízení a my ho doprovodíme na ten záchod, že tam sám nedojde.*“ Z toho vyplývá i nutnost edukace dítěte a potažmo i rodiče o používání signalizačního zařízení. Sestry se shodují na tom, že celkově edukace a péče je náročnější, pokud mají pacienti po operaci obě oči. Pokud je po operaci jedno oko, je to lepší a vše snazší pro dítě a i rodiče.

Co se týče otázky k ortoptickému cvičení na oddělení po operaci, sestry vesměs uvedly shodně, že ortoptická cvičení jsou zahájena již u nich na oddělení, kdy děti se strabismem k tomu mají vymezený prostor, a to ortoptickou cvičebnu a cvičení s nimi provádějí ortoptistky. Cvičení probíhá na ortoptických přístrojích anebo s nimi cvičí konvergenci, to je cvičení očí k sobě. Sestra S2: *„Ale vždy to záleží na tom lékaři, co naordinuje“*. Sestra S5 vysvětluje nynější vzdělání ortoptistů, protože je to v jejich rukou: *„Už je to vysokoškolské vzdělání na Masarykově univerzitě, bakalářský studijní obor, prezenční forma studia. A vlastně už jsou to ortoptisti a nejsou to sestry a je to NLZP.“* Další možností je vzdělání dětské sestry se specializací v ortoptice a pleoptice.

Názory sester o tom, kdy je první ortoptické cvičení po operaci zahájeno, se liší. Sestra S1 uvedla, že si není jistá, zda je to hned první den po operaci nebo až druhý ale určitě je to i podle stavu dítěte. Sestra S3 uvedla, že s nimi cvičí ortoptistky a to na 2. nebo 3. den po operaci. Sestra S4 dokonce uvedla, že se se cvičí už 1. den, a to dle stavu dítěte. Sestra S5 to objasnila: *„Pokud to jen trochu jde, tak hnedka ten 2. den po operaci se snažíme, pokud to jen trochu lze, o tady to ortoptické cvičení. Vzhledem k tomu, aby se začalo navazovat jednoduché binokulární vidění, protože to se nedá operací zpravit. Protože operací se oči pouze narovnají a teď záleží, jak ten mozek si s tím novým postavením očí sám srovná a jak to JBV se vlastně musí tou ortoptickou činností začít nacvičovat.“* Z toho tedy plyne, že je důležitá edukace dítěte a motivace k tomu, aby chtělo svoje oči cvičit. A je nutná i edukace rodiče o nutnosti následného cvičení, že operací to nekončí.

4.1.3 Kategorie 3: Vliv strabismu na potřeby dětského pacienta z pohledu sestry a jejich uspokojování

Třetí kategorie pojednává o vlivu strabismu na potřeby dětského pacienta z pohledu dětské sestry a uspokojování těchto potřeb. Tuto kategorii dále tvoří následující 4 podkategorie, které se týkají fyzických potřeb dětského pacienta a jejich odlišnosti u dětí se strabismem po operaci, psychických potřeb dětského pacienta a vliv na psychiku dítěte i rodiny z pohledu sestry, sociální potřeby dítěte z pohledu sestry a celkové vnímání strabismu sestrou z vlastního pohledu, zda strabismus sestra vnímá spíše jako zdravotní problém nebo kosmetickou vadu.

Podkategorie 1: Fyzické potřeby a jejich odlišnosti u dítěte se strabismem z pohledu sestry

První podkategorie se věnuje fyzickým potřebám a jejich odlišnostem u dítěte se strabismem z pohledu sestry. K upřesnění byly sestrám dány v otázce oblasti fyzických potřeb, o které se mohly opřít. Pro tuto podkategorii z hloubkových rozhovorů byla použita otázka: Jaké mají děti odlišnosti s uspokojováním potřeb v oblasti výživy, vyprazdňování, pohybu, hygieny? Pokud ano, tak jaké?

Odpovědi sester byly odlišné. Sestry S1, S2 a S6 uvedly, že si myslí, že žádná specifika nejsou. Sestra S1 nakonec uvedla specifikum, které se týká pohybu a orientace dítěte v prostoru po operaci. S1: *„Specifika fakt jediný to, že když chodí s tím jedním okem zakrytým, tak, než si na to zvyknou, tak jim to déle trvá. Mají to prostorové vidění omezený.“* Zároveň sestra S1 celkově zmiňuje i to: *„Ale ony si ty děti zvykají velmi rychle celkově.“* A sestra S6 uvedla: *„A možná v tom u těch různých činnostech, třeba v tom kreslení a takhle, tak tam si myslím, že jakože určitě můžou být nějaké odchylky.“* Co se týká pohybu a vyprazdňování, tam sestra uvedla, že si myslí, že specifikum potřeby není. Jedna ze sester uvádí, že odlišnosti jsou. Ale jsou vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu dítěte, kdy se jedná o polymorbidní pacienty a uvádí případ konkrétní k výživě. Sestra S3: *„Takže třeba dneska je zrovna na operaci holčička, která má takovou zvláštní jinou výživu než ostatní děti, protože je nemocná i jinak. A rozhodně ta výživa běžná neodpovídá věkové kategorii 6 let. To jsou takoví ti polymorbidní pacienti. Takže to tak je. Ale ne spíš kvůli očím, ale vzhledem k jejich jiným onemocněním, jejich zdravotního stavu.“* Sestra S4 se pak shoduje svojí odpovědí na otázku se sestrou S1, kdy uvádí specifikum potřeb v rámci pohybu, že děti chodící s okluzorem a zalepeným jedním okem, mohou mít narušenou orientaci v prostoru. Z toho vyplývá, že je nutný dohled nad dětským pacientem a jeho pohybem po oddělení. Sestra S5 naopak zmiňuje, že těch specifik, co se týče fyzických potřeb dětského pacienta se strabismem je hodně a pojí se s náhlou ztrátou zraku, v případě strabismu je to zakrytí oka, ať už okluzorem nebo po operaci z důvodu krytí operační rány. Sestra S5 uvedla: *„My jsme v podstatě jediný na co oni se mohou spolehnout a že ta ošetrovatelská péče není jenom o kapání, jenom o rozdávání tabletek, o infuzní terapii, ale právě tady o tomhle. My jsme v podstatě jejich oči a je to fakt náročná práce.“* Z toho vyplývá, že fyzické potřeby záleží individuálně

na každém dítěti. A jsou jak v rámci výživy, tak v rámci hygieny i pohybu. Odlišnosti u potřeb vyprazdňování nelze specifikovat.

Podkategorie 2: Psychické potřeby a jejich odlišnosti u dítěte se strabismem z pohledu sestry

Druhá podkategorie se zabývá psychickými potřebami a jejich odlišnostmi u dítěte se strabismem z pohledu dětské sestry. K této podkategorii z hloubkových rozhovorů byla použita tato otázka: Jak toto onemocnění ovlivňuje psychickou stránku dítěte a rodiny? Pokud sestry nevěděly, jak začít s odpovědí na otázku, byla otázka doplněna následovně: Pocity méněcennosti, problémy s přijutím vlastního vzhledu. Mají děti strach, jako to bude po operaci? Jak uvidí, co se vše změní?

Všechny sestry zde hodně odbočovaly s odpovědí na otázku a odpovídaly různě. Sestra S1 uvedla, že děti i rodiče zažívají po operaci radost, protože oči se operací spraví a děti mají pak krásná a rovná očka. Sestra S1 řekla, že to děti po psychické stránce snáší následovně: *„Takže si myslím, že to i ty děti vnímají, že jim to spraví, že se ty očička po té operaci spraví, to je dobrý.“* Sestra S2 k této otázce zmínila svoji vlastní osobní zkušenost: *„Já si z vlastní zkušenosti si myslím, že nemám psychické problémy, ani naše rodina.“* Ale zároveň uvedla i situaci: *„Ale může to tam být a pokud zvláště jsou ty děcka větší, když jsou potom v tom věku 10 let a ujíždí tam oko, tak můžou mít pocit, že se jim smějí a dívají se na ně jinak.“* A k tomu i sestra S4 přidává svoji osobní zkušenost s dcerou: *„Sama mám dceru, která byla taky na operaci, když byla malá a neměla žádný problém.“* Dodává k tomu i fakt, že co se týče psychiky dítěte a jeho potřeb, je to velmi individuální. A zpravidla lze říci, že malé dítě si to uvědomuje jinak, než třeba dospívající slečna a k tomu se poté pojí psychické potřeby každého dětského pacienta. Sestra S3 navíc odborně uvedla, že nemají žádné navázání na psychologa a dál se tato oblast u dětí nesleduje. A k psychické stránce dítěte se strabismem zmínila: *„Jo, někdy ty větší děcka si pak rozhodnou samy, že chtějí třeba na operaci strabismu, protože jim to vadí, to ty starší.“* Návaznost na psychologa po operačním řešení strabismu na doporučení není a rodiče se v tomto needukují. Je však možné, že si toto rodiny řeší nadále samy, ale to už sestry neví, protože o tomto se záznam do dokumentace nepíše. Sestra S5 říká, že po té psychické stránce to občas nesou hůře rodiče než samotné děti. A to z důvodu, že po operaci přichází jedno velké zklamání. Rodiče si myslí, že když dítě půjde na operaci,

bude poté bez brýlí a ono je tomu naopak. Děti nadále po operaci nosí brýle, chodí na cvičení, pokud chodili doteď. A i nadále po operaci strabismu budou pokračovat v pleoptické léčbě a okluzní terapii. Sestra S6 si myslí, že ke strabismu je i hodně odborné literatury a celkově se jedná o záležitost, která je hodně v populaci vysvětlená. A je to řešitelné, takže to po té psychické stránce děti i rodiče nesou dobře, protože mají dostatek informací a naději k vyléčení, že to bude v pořádku.

Podkategorie 3: Sociální potřeby a jejich odlišnosti u dítěte se strabismem z pohledu sestry

Tato podkategorie se zabývá sociálními potřebami a jejich odlišnostmi u dětského pacienta se strabismem z pohledu sestry. V rámci hloubkových rozhovorů byla sestrám položena tato otázka: Jak podle vás může tahle zraková vada ovlivnit začlenění dítěte do kolektivu, sociální stránku? (např. do školy, mezi dětmi venku apod.)

Sestry S1, S2 se shodují na tom, že pokud dítě nosí kompenzační pomůcky (brýle, okluzor) je možné, že to jeho začlenění do společnosti ovlivní, protože dítě má něco jinak a je to viditelné pro okolí. Dále se shodují na tom, že když si dítě samo zvykne, tak to není nic, co by to samotné dítě mělo omezovat a co by okolí mělo vnímat nějak negativně. Také určitě záleží na samotné osobnosti dítěte, zda dokáže brýle nosit anebo se za ně stydí. Sestra S2 to specificky odůvodňuje následovně: „*Já bych řekla, že to není jenom o té zrakové vadě, jako o těch brýlích spíš. Že někdo prostě může mít problém se začleněním. Někdo to prostě nechce nosit, že se mu někdo směje nebo.*“ Naopak sestra S4 má názor: „*Ty děti se strabismem a po strabismu se začleňují docela dobře. Jim se to rychle hojí a nemívají s tím nějaké problémy.*“ Sestra S5 zmiňuje výhodu dnešních brýlí, že je lze nastavit trochu jako módní doplněk. A co se týče sociálního začlenění, sestra S5 uvádí hlavně problémy při nošení okluzoru, a to už ve školce. „*Tak to je náročný, že, jak jsou ty děti obecně upřímný, tak jsou někdy až zlý. Takže toto může zase záležet a záleží, jak to pojme ten personál v té školce.*“ Sestra S6 uvádí, že v těch skupinách dětí, děti nosící brýle nebo okluzor mohou vzbuzovat otázky a dotazy a říká: „*Tam podle mě už zase záleží i na té paní učitelce, buď to ve školce nebo ve škole, aby to nějakým způsobem těm ostatním dětem, spolužákům prostě vysvětlila.*“ Obecně lze tedy shrnout, že záleží v sociálních potřebách dítěte na samotná osobnost dítěte a také sociální zázemí rodiny a přístup rodičů, dětí, učitelek apod.

Podkategorie 4: Vnímání strabismu sestrou

Poslední podkategorie se věnuje vnímání strabismu sestrou z jejího vlastního pohledu. K této podkategorii byla použita otázka: Je strabismus podle vás vnímán více jako zdravotní problém nebo kosmetická vada?

U této otázky se odpovědi sester dělí vesměs na dvě části. Část sester uvádí, že se jedná o kosmetickou vadu, část sester si stojí za názorem, že se jedná o zdravotní problém a část sester vidí ve strabismu zdravotní i kosmetický problém.

Sestra S1 a S6 uvedly, že podle jejich názoru se jedná o kosmetickou vadu. A doplňují, že je to čistě z jejich osobního pohledu. Sestra S6 k tomu ještě dodává: *„Jako prvotně určitě kosmetický. Ale samozřejmě, pokud by se s tím nějakým způsobem vlastně nepracovalo, nebo by se to nechalo být. Tak samozřejmě, tam si potom myslím, že jako se to může vyvinout i potom v nějaký ten problém.“* Sestra S4 je jednoznačného názoru, že se jedná spíše o zdravotní problém, a to z toho důvodu, že kosmetická vada se dá řešit. Ale ty oči je třeba zavčas vycvičit, aby nedošlo k nějakému problému. Sestry S2, S3 a S5 jsou toho názoru, že se jedná jak o kosmetickou vadu, tak i o zdravotní problém a svůj názor blíže popisují. Sestra S2 uvádí, že to má obě dvě strany: *„Protože ta kosmetika, každý se chce líbit a nechce mít schovaný někde oko nebo ať mu ujíždí doprava nebo doleva.“* A přitom zmiňuje, že se jedná o zdravotní problém, protože, když spolu oči nepracují, je to právě zdravotní problém, a to z důvodu, že lidé hůře vidí, mají špatné prostorové vidění. Sestra S2 to shrnuje: *„A takový to, může to dělat i ty zdravotní problémy a není to pouze ten vzhled.“* Naopak sestra S3 uvádí, že v tom, zda se jedná o zdravotní problém nebo kosmetickou vadu hraje roli věk. *„U těch malých dětí je to určitě zdravotní. A u větších už je to kosmetický.“* Je to tím, že malé děti se potřebují co nejdříve naučit používat binokulární vidění a to, aby mozek zapojoval obě dvě oči. Sestra S5 to z pohledu sestry vidí jako zdravotní problém a dodává: *„My u těch dětí víme, že je to zdravotní hendikep. Ale někteří rodiče to berou, že dítě je potřeba operovat hlavně proto, aby vypadalo dobře. Tak je to takový složitější.“*

4.2 Kategorizace výsledků z hloubkových rozhovorů s dětmi a jejich rodiči

Výsledky hloubkových rozhovorů s dětmi a jejich rodiči (matkami) byly kategorizovány do následujících tří kategorií a jejich podkategorií.

4.2.1 *Kategorie 4: Diagnostika zrakové vady a postupy léčby*

Čtvrtá kategorie je zaměřena na diagnostiku zrakové vady a postupy léčby u dětí v rámci ambulantní a domácí péče. Tato kategorie má pod sebou tři podkategorie. Těmi jsou věk dítěte při prvních projevech strabismu a první příznaky, diagnostika strabismu a náročnost zvládnutí vyšetření z pohledu rodiče (matky), léčba strabismu a používání kompenzačních pomůcek a možnost operačního řešení.

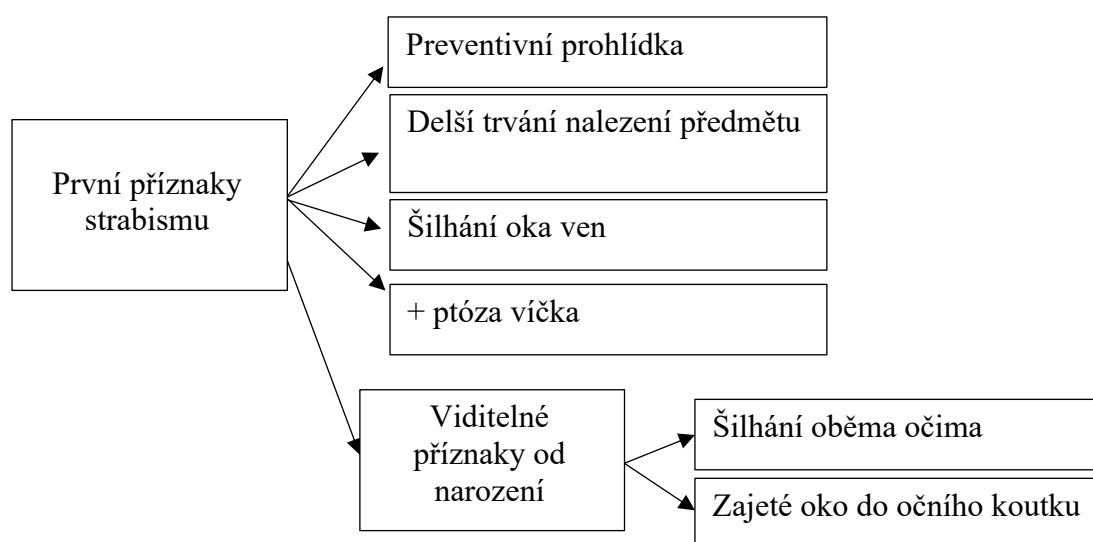
Podkategorie 1: Věk dítěte při prvních projevech strabismu a první příznaky

První podkategorie je zaměřena na věkovou kategorii dítěte při prvních projevech a na první příznaky strabismu, zda první příznaky začali pozorovat rodiče nebo zda podezření na strabismus bylo řečeno např. při preventivní prohlídce u pediatra. Pro tuto podkategorii byly během hloubkových rozhovorů s dětmi a jejich rodiči (matkami) použity následující otázky: Kolik bylo dceři/synovi let, když jste začali pozorovat první příznaky strabismu? Co patřilo mezi první příznaky, které jste začali pozorovat nebo došlo k podezření na strabismus náhodně na preventivní prohlídce u pediatra?

Lze říct, že u všech dětí byly první příznaky pozorovány brzy. Nejstaršímu dítěti byly 2 roky a jedná se o dítě D1 + M1, kdy šilhání bylo zároveň odhaleno u preventivní prohlídky, kdy matka na dvouleté prohlídce u pediatra požádala navíc o vyšetření na přístroji (Opticsent). D1 + M1: „*A tam vyšly rozdílné dioptrické hodnoty. A takže jsme byli posláni na oční.*“ Tedy v tomto jediném případě bylo odhaleno šilhání až na preventivní prohlídce, a to díky tomu, že rodiče požadovali zmiňované vyšetření. Jelikož šilhání nebylo viditelné, prokázalo se až díky naměření rozdílných dioptrických hodnot. U D2 + M2 a u D4 + M4 lze říct, že projevy strabismu byly viditelné hned od narození. Matka u dítěte D4 uvedla, že si věkem prvních příznaků není zcela jistá: „*V těch 6 měsících už určitě a možná už i dřív. Už možná i těch 5 měsíců, jako hodně brzy. Už i možná, když byla menší.*“ A následně k tomu ujasnila, že příznaky byly viditelné, že dcera

šilhala oběma očima: „*A možná už fakt od toho narození to má prostě.*“ Matka M2 od dítěte D2 uvedla, že první příznaky strabismu byly hned od narození a je si tím jistá: „*Ona vlastně měla to levý oko zajetý do očního koutku, takže to bylo hnedka vidět, že šilhání tam je. A pravý oko jí ujíždělo vlastně občas. A to levý oko bylo zajeté téměř furt v tom očním koutku.*“ Matka M3 od dítěte D3 uvádí, že první příznaky začali pozorovat asi v roce a půl. Mezi první příznaky v jejich případě patřilo: „*On začal šilhat a měli jsme pocit, že mu dýl trvá, než něco najde. Když na něco koukal nebo na něho někdo volal třeba z okna, déle mu to trvalo.*“ Matka M5 od dítěte D5 začala první příznaky pozorovat ve věku 4 měsíce a patřilo mezi ně šilhání oka ven. A navíc matka uvádí: „*A měla ptózu víčka. A tím jsem prostě poznala, že to asi není v pořádku, když dítě šilhá okem ven a když měla tu ptózu, tak jí to zasahovalo do toho očního pole, takže i špatně na to oko viděla. A ty první příznaky byly na levém oku.*“

Schéma 3 – první příznaky strabismu



Zdroj: vlastní

Podkategorie 2: Diagnostika strabismu a náročnost zvládnutí vyšetření z pohledu rodiče (matky)

Druhá podkategorie je zaměřená na to, jaká všechna vyšetření muselo dítě podstoupit před stanovením diagnózy strabismu. A z pohledu rodiče, jaké vyšetření bylo nejlehčí, a naopak nejnáročnější ke zvládnutí a pokud se nějaká vyšetření opakovala, tak jaká. K této podkategorii z hloubkových rozhovorů byly položeny otázky: Než došlo

k závěrečné diagnostice strabismu, kolik a jaká všechna vyšetření muselo vaše dítě podstoupit? Opakovala se nějaká vyšetření a které bylo nejnáročnější a které naopak nejlehčí ke zvládnutí?

Všechny matky M1 – M5 uvedly, že od pediatra bylo dítě následně odesláno na vyšetření k očnímu lékaři a následně od toho se vše dále odvíjelo. Všechny matky i uvádí, že jaká vyšetření jejich dětem přesně dělali neví, bylo jich hodně a byly často a mnohdy jim je nikdo ani moc nevysvětlil. Matka M2 s dítětem D2 mají jako jediná zkušenost s vyšetřením v Brně na dětské klinice, a od věku 2. měsíce dítěte docházeli do Brna. Matka M3 s dítětem D3 mají zkušenost s následujícím vyšetřením v oční školce, v Třebíči. Matka D4 s dítětem D4 vystřídali hned několik klinik a z rozhovoru lze vidět, že to bylo pro ně zmatečné a názory lékařů na diagnostiku strabismu se lišily. Matka M5 s dítětem D5 si pamatuje vyšetření, které muselo její dítě podstoupit na oční klinice Gemini v Novém Jičíně: „*Změřili ji, jaké má to zorné pole. Zkusili, jestli tam nemá nějaké povolené svaly. Nebo, jestli tam nemá nějaký nádor, někde v hlavě, který by utlačoval ty oči. A na nic se nepřišlo. Takže potom dostala diagnózu, teda ten strabismus.*“ Vyšetření a kontroly jsou nadále u všech dětí na pravidelné bázi, a to v rozmezí 3–6 měsíců.

Co se týče nejlehčího a nejnáročnějšího vyšetření ke zvládnutí, to si všechny matky pamatovaly moc dobře a popisují je. Matka M1 od dítěte D1 jako jediná uvedla: „*Jako tam nejsou nějaká náročná vyšetření.*“ A naopak si chválí, že přístup je uzpůsobený dětem. A shoduje se s dalšími matkami, a to od dětí D3, D2, že náročně je se do té ordinace dostat a následně dokázat to, aby dítě spolupracovalo, nezavíralo oči apod. Na slova o spolupráci dítěte navazuje matka M2 od dítěte D2: „*Jak ji tam taky při tom vyšetření ty oči rozkapávaly, tak ji potom museli, aby ji pořádně vyšetřili dát do oka takový ty roztahovák. Ale nevím no, to, jak byla neklidná, tak si museli pomoc těmi roztahovák.*“ A matka M5 od dítěte D5 uvádí podobnou zkušenost, že nejnáročnější ke zvládnutí jsou vyšetření, při kterých se zasahuje do oka: „*Nejnáročnější bylo v těch 4 měsících, kdy ji rozkapali oči a potom ji vzali do takové místnosti, kde se sešlo konzilium lékařů a podle toho, co mi paní doktorka popisovala, bylo teda, že ji přes oči protáhli takové kamerky do těch prostorů a tam ji zjišťovali, jestli tam opravdu nemá nějaký nerv urvaný nebo něco. To bylo asi to nejtěžší vyšetření, protože plakala. Neuspali ji. Pouze ji rozkapali oči a tam ji vlastně ty kamerky naváděli do těch očí.*“

Za nejlehčí ke zvládnutí považují rodiče (matky) měření dioptrií. Matka M4 od dítěte D4 uvádí: „*Mně přijde, že je to asi s věkem. Že je to lepší. Když jsme byli poprvé, tak to jsme ji museli držet ruce i hlavu. Ted'ka už to celkově snáší mnohem lépe.*“ Za nejlehčí toto vyšetření považují z toho důvodu, že dítě pouze kouká do kukátka a lékař provádí vyšetření pohledem.

Podkategorie 3: Léčba strabismu, používání kompenzačních pomůcek a možnost operačního řešení

Podkategorie tři pojednává o léčbě strabismu u jednotlivých dětí, jakým způsobem byla u nich léčba zahájena a jakým způsobem pokračuje. Následně jaké dítě používá kompenzační pomůcky a debatuje o informovanosti operačního řešení mezi rodiči. K hloubkovým rozhovorům byly použity otázky: Jakým způsobem byla zahájena léčba strabismu a jak postupně pokračovala? Došlo někdy v případě řešení strabismu u vašeho dítěte ke slovům k operačnímu řešení? Pokud ano, podstoupilo ho vaše dítě, bude ho podstupovat? Jaké kompenzační pomůcky syn /dcera používá?

U všech dětí začala léčba strabismu nošením brýlí. A dodnes je všechny děti D1 – D5 mají. Dále děti D1, D2, D3 a D5 mají nebo měli okluzor. U dítěte D4 je prozatím nošení okluzoru a zakrývání očí na střídačku jako návrh léčby strabismu. U dítěte D1 uvedla matka, že je nošení okluzoru spíše preventivním řešením a nosí jej 6 hodin denně na levém oku. Matka M5 řeší s dítětem D5 navíc ptózu víčka, takže léčba od 4 měsíců byla zahájena takto: „*od 4 měsíců dostala okluzor na levé oko, kde měla právě zároveň tu ptózu a co týden jsme to střídali. Takže začalo se levým okem, za týden jsme změnili ten okluzor zase na pravé, takhle jsme to měnili a plus dostala brýlky od 4 měsíců.*“

O možnosti operačního řešení se u dětí D1, D3 prozatím lékaři nezmiňovali a s rodiči problém jinak neřešili. Matka M1 k tomu dodává: „*On by z toho měl vlastně vyrůst. A je to hlavně způsobený těma dioptriemi, což nám bylo řečeno, že to bude dobrý do budoucna.*“ Matka M3 od dítěte D3 hovoří o podobné zkušenosti jako matka M1: „*Paní doktorka mi říkala, že si myslí, že je na to ještě malý a že pokud se to bude zlepšovat, tak to nebude vůbec potřeba. Takže záleží, zda tu tupozrakost vyléčíme tím zalepováním i toho druhého oka.*“ Dítě D2 má operaci strabismu již prodělanou a to v 8 měsících věku dítěte, kdy se operovaly obě oči zároveň. S matkou M4 od dítěte D4 již lékaři probírali

možnosti operačního řešení strabismu u dcery a stále tam možnost operačního řešení je otevřená. Matka M4 k tomu zmínila: „*Stále tam ta možnost je, no. Právě oni čekají, jak se to zlepší nebo právě ne. Třeba lidi, co ji nevidí tak často, tak jim přijde, že se to lepší. A mě přijde, že se to nelepší a to obzvlášť, když ty brýle nemá.*“ Matka M5 od dítěte D5 je o možnosti operačního řešení informována a již i domluvena s oční lékařkou, že dcera podstoupí oční operaci ve věku 3 let, pokud se stav nezlepší a bude přetrvávat, protože na poslední kontrole, která proběhla po 6 měsících: „*Tak se ji přidaly další dvě dioptrie, takže podle toho se potom bude postupovat.*“

V současné době děti D1 a D3 používají jako kompenzační pomůcky brýle a okluzor. Děti D2, D5 nosí pouze brýle, a to z důvodu, že okluzor odmítají a netolerují jeho nošení. Dítě D4 nosí pouze brýle a jako jediní mají od očního lékaře navíc obrázky. Podle slov matky jsou to nějaké obrázky a dcera rukama ukazuje to, co je na nich a tím trénuje očička.

4.2.2 Kategorie 5: Vliv strabismu na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky)

Pátá kategorie se zabývá vlivem strabismu na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky). Do této kategorie byly zařazeny následující dvě podkategorie: strabismus a jeho vnímání rodičem (zdravotní problém x kosmetická vada), vliv strabismu na psychiku dítěte z pohledu matky.

Podkategorie 1: Strabismus a jeho vnímání rodičem

První podkategorie se týká vnímání strabismu rodičem (matkou). Přesněji řečeno, zda oni osobně z vlastního pohledu a zkušeností vnímají strabismus jako zdravotní problém nebo kosmetickou vadu. Pro tuto podkategorii byla během hloubkových rozhovorů použita otázka: Vnímáte obecně strabismus jako zdravotní vadu nebo kosmetickou vadu a proč?

Matky M1 a M3 to dříve braly vyloženě jako kosmetickou vadu. Matka M1 to tak brala do doby, než ji bylo vysvětleno, že tomu tak úplně není a že vlastně: „*Hodně těch strabismů není viditelných, že by si toho člověk všiml na ulici.*“ „*A spíš to poškozuje ten vývoj toho zraku.*“ Takže teď si myslí, že se jedná spíše o zdravotní vadu, když by se ten zrak správně nevyvinul. Matka M3 to brala jako tu kosmetickou vadu, a to z důvodu: „*Když jsem mu musela poprvé v tom roce a půl nasadit ty brýle a zalepit oko, tak to pro mě bylo spíše jako ta kosmetická.*“ Odůvodňuje tento názor ve spojitosti s tím, že má

sestru, která nosí brýle a ví, že se jí děti posmívaly. Nyní už to ale bere jinak, protože: „*A tady to bylo úplně jiný, on to přijal skvěle, protože líp viděl.*“ Matka M4 to vnímá spíše také jako kosmetickou vadu, ale otázka ji lehce překvapila a nikdy o tom tak nepřemýšlela. Dodala ke svému názoru slova: „*Já si myslím že vidí docela dobře, ona si vždycky nějak zaostří aspoň tím jedním okem, ale vypadá to no. Ono ji totiž to jedno očičko, když tak kouká, tak úplně zajede až úplně, že není to oko až vidět. A vypadá to tak, no.*“

A naopak matky M2 a M5 uvedly, že si myslí, že strabismus je striktně zdravotní problém. Matka M2 to odůvodňuje tím: „*Určitě jako zdravotní, jakože se jí hůř vidí. Občas si taky stěžuje, že jí oči bolí.*“ Matka M2 je od dítěte D2, které podstoupilo již operaci strabismu. A v návaznosti na výsledek první operace, kdy to s brýlemi není skoro vidět, to matka M2 hodnotí jako ten zdravotní problém. Matka M5 to vidí jako zdravotní problém do začátku, než se s tím dítě naučí pracovat: „*Takže je to spíše ze začátku ten zdravotní problém a já si myslím, že když se to opravdu zvládne, tak člověk nevnímá nějak špatně nebo negativně nebo jako kosmetickou vadu, to opravdu ne.*“

Podkategorie 2: Vliv strabismu na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky)

Druhá podkategorie se věnuje tématu, jaký může mít strabismus vliv na psychiku dítěte z pohledu rodičů (matky). Při hloubkových rozhovorech byla použita otázka: Myslíte si, že strabismus ovlivňuje psychiku vašeho syna/ vaší dcery?

Zde se odpovědi matek hodně liší. A lze to odůvodnit tím, že hodnotí podle věku vlastního dítěte se strabismem. Čím mladší dítě, tím mají menší pocit, že by jejich dítě mělo nějakým způsobem ovlivněno psychiku. Většina matek zde uvádí nějakou spojitost s okluzory. Matky M1, M4 s dětmi D1 a D4 patří do skupiny, která nepozoruje, že by strabismus měl nějaký vliv na psychiku jejich dítěte. Že ve svém věku si to ještě vlastně neuvědomují. Dítěti D1 matka uvádí, že vadí pouze nošení okluzoru. Matka M4 od dítěte D4 k této problematice i dodala: „*Ona si ji i odkládá a tvrdí mí, že je zdravá a že je nepotřebuje. Takže ta to snáší v pohodě.*“ U psychiky ze začátku pomohlo dítěti D4 to, že sama matka začala nosit brýle a tím, jak mají brýle obě, je to lepší. Matka M2 od dítěte D2 uvedla, že psychické narušení dcera nepozoruje, i když před operací na to byli upozorňováni. „*Ona má jakoby třeba problém ve školce se začleněním do společnosti,*

ale to spíš proto, že je po mě po mamince spíše introvert. “ Obecně lze tedy říct, že tyto matky uvedly, že záleží na věku dítěte a poté celkově na povaze dítěte.

Matka M3 od dítěte D3 uvedla, že záleží na situacích, někdy má pocit, že to psychiku syna určitým způsobem ovlivňuje. Mezi tyto situace patří začátek školního roku a školky, když do školky přijdou nové děti, které se s tím doma nebo jinde dosud nesetkaly. *„A to pak třeba přijde s tím, že se mu někdo smál, že nemá oko.“* A do této skupiny matek, které si myslí, že strabismus nějakým způsobem ovlivňuje psychiku dítěte patří i matka M5 s dítětem D5: *„No tak určitě si myslím, že svým způsobem ano. To šilhání ji jakoby ovlivňuje normální fungování v tom, že špatně vidí, občas se netrefí do určitých míst nebo vidí rozdvojeně. Jakoby dá se to tedy trochu komplikovat v tom, že vidí jinak, ale není to určitě nic strašného.“*

4.2.3 Kategorie 6: Vliv na sociální stránku a potřeby dítěte z pohledu rodičů (matky)

Předposlední šestá kategorie se týká vlivu na sociální stránku dítěte z pohledu rodičů (matky). Tato kategorie obsahuje tři podkategorie: Přístup a začlenění dítěte ve školce, škole, v kroužcích a ve společnosti. Sportovní činnost u dítěte se strabismem. Třetí podkategorie se věnuje vztahům mezi sourozenci, popřípadě v blízké rodině.

Podkategorie 1: Přístup a začlenění dítěte ve školce, škole, v kroužcích a ve společnosti

První podkategorie se zabývá přístupem a začleněním dítěte ve školce, škole, v kroužcích a ve společnosti. Během rozhovorů byly pro tuto podkategorii použity následující otázky: Po stránce sociální, má třeba vaše dítě nějaké znevýhodnění ve školce, škole? Mělo někdy problémy se začleněním do společnosti? Vnímáte třeba problém se zařazením dítěte se strabismem do nějakého zájmového kroužku, na tábory? Pokud vaše dítě navštěvuje školku, školu, má školka nebo škola nějaké speciální pomůcky pro děti se strabismem? A jaké má pomůcky?

Co se týče sociálního začlenění dětí. Děti D1, D4 nenavštěvují školku, vzhledem ke svému věku. Odpovědi na sociální začlenění se dále vztahují na zájmové kroužky, které děti navštěvují. Děti D2, D3 chodí do školky a dítě D5 chodí do jesliček. V podstatě všechny matky se shodují v tom, že vyloženě jejich děti problém se začleněním do společnosti nemají, ale ty problémy vznikají okolo nošení brýlí, kdy ostatní děti to zajímá, chtějí to prozkoumávat. Matka M1 k tomu uvedla: *„Ale jinak pak, když se dozví, že jsou*

to brýle, tak ten zájem více méně opadne.“ Jako jediné dítě navštěvuje navíc i nespportovní kroužek, kam chodí normálně s brýlemi. Matka M2 k problematice začlenění dítěte mezi ostatní děti zmínila: *„My jsme se snažili ji ze začátku dávat hnedka mezi děti. Do nějakých těch aktivit, pohybovky atd. A normálně s brýličkami chodí.*“ Dítě D3 navštěvující školku dle slov matky problémy se začleněním nemá. A ve školce funguje tak, že si většinou okluzor po obědě už sundává. Problém neuvádí ani paní učitelky. Problémy ve spojitosti s nošením brýlí uvedla i matka M5 od dítěte D5: *„Ty děti jsou spíše zvědavé, co to je, jinak, že by měla nějaký problém s přizpůsobením, nebo, že by ji děti nepřijaly, to ne.*“

Všechny matky M1 – M5 od dětí D1 – D5 se shodly na tom, že ani jedno ze zařízení, které jejich dítě navštěvuje, ať už školka, škola nebo kroužky, nemá žádné speciální pomůcky pro děti se strabismem. Pouze matka M4 zmínila, že mají doma kartičky na cvičení od pana doktora a trénují s nimi. Lze říct, že to mají jako speciální pomůcku v rámci školky, protože matka učí i další dvě děti doma a mají domácí školu. A matka M3 od dítěte D3 chválí ve školce následující: *„Oni teda se hodně zaměřují na nějakou tvůrčí činnost, což si myslím, že i když má ten okluzor, že trénuje to oko.*“

Podkategorie 2: Sportovní činnost u dítěte se strabismem

Druhá podkategorie se věnuje sportovní činnosti u dítěte se strabismem. Pojednává o to, zda děti s nějakým sportem skrz strabismus musely přestat a proč, nebo zda ve sportovní aktivitě mohou pokračovat dále, popřípadě jaká jim to způsobuje omezení. V rámci hloubkových rozhovorů byla použita následující otázka: Věnovalo se třeba dítě nějakému sportu a se zjištěním strabismu muselo tento sport omezit nebo úplně přerušit?

Ani jedno z dětí D1 – D5 nemuselo kvůli strabismu sportovní aktivitu přerušit. Děti D1, D3 a D5 chodí nebo chodily na plavání, kde jsou bez omezení. Na plavání jsou rodiče zvyklí brýle dětem sundávat. Ani jedna matka nepozoruje jakékoliv zhoršení projevů strabismu při plavání. Dále děti D1, D2 chodí na „pohybovky“ a cvičí s brýlemi, případně matka M2 od dítěte D2 uvedla: *„A když i něco chtěla, tak si je prostě sundá. Ona, jakože když je má sundaný, tak vidí asi rozmazaně a hůř, ale jakoby v pohodě.*“ Dítě D3 nemá nyní ke sportu téměř žádný vztah. Dítě D4 nechodí na žádné kroužky, nedělá sport závodně, ale jízdu na koloběžce či plavání zvládá též bez omezení. Matka M4 navíc dodává: *„Já u ní právě ten žádný problém nevnímám, že by špatně viděla.*“ Stejného

názoru je i matka M5 od dítěte D5: „*Rády chodíme na túry, hory a tam ji to nějak neovlivňuje.*“

Podkategorie 3: Vztah mezi sourozenci, popřípadě v blízké rodině

Třetí podkategorie se zaměřuje na vztah mezi sourozenci, popřípadě na vztahy v blízké rodině, pokud má jedno dítě zrakovou vadu strabismus a další děti jsou bez zrakové vady nebo mají jinou zrakovou vadou. V rámci hloubkových rozhovorů byly k následující podkategorii položeny otázky: Pokud je v rodině více dětí, ti další nemají žádné zdravotní oční komplikace, a pokud ano, jaké? Mají děti navzájem mezi sebou nějaké spory, pokud například jedno dítě používá okluzor a druhé má oči naplno zdravé?

Rodiny od dítěte D1, D3 a D5 mají pouze jedno dítě a v rodině není sourozenec. V tomto případě byla otázka rozšířena na blízkou rodinu nebo na školku/školou. Matka M1 od dítěte D1 k tomu uvedla: „*Asi tam, vždy něco proběhne, ale spíš jakoby ty cizí děti chtějí taky ten okluzor a chtějí to zkrátka taky, prostě i ty brýle a tak. Ale spíš si myslím, že to chtějí prozkoumat, jak neví, co to je.*“ Matka M3 od dítěte D3 si chválí přístup paní učitelky, díky kterým spory mezi dětmi nejsou: „*Že ty paní učitelky si to ony dost hlídají. A on vlastně není jediný, kdo má ve školce ty brýle nosí. Takže to je takový plus bych řekla.*“ Matka M5 od dítěte D5 rovnou odpověď sama od sebe stáhla na blízkou rodinu. Kdy sama matka má strabismus a ví, že to mají v rodině dědičné a dodává k tomu: „*Já sama jsem prodělala 3 operace očí. A vlastně od 6 let jsem navštěvovala oční školku v Ostravě na fakultce, kde jsem docházela několik let v kuse a naučila jsem se s těma očima pracovat.*“ Co se týče sporů mezi dětmi v rodině, v jesličkách, tak matka uvedla, že většinou se děti zajímají o brýle tím způsobem, že se jí je snaží sundávat a sahat na ně, ale to si dítě D5 nenechá. Podle slov matky: „*Protože ona pochopila, že bez těch brýlí je zmatená. Že teda zajímají se o ní, ale neberou jí nějak špatně.*“

Děti D2 a D4 mají další sourozence. Sourozenci jsou bez jakékoli oční vady. Matka M2 od dítěte D2 k této problematice uvedla: „*Jo no, ta malá je docela d'áblík. Takže ona jí furt ty brýličky sundává, to je fakt. Jak jí je rok a dceři bude už 5, tak to chce asi taky brýle.*“ Matka M4 od dítěte D4 to vidí z toho pohledu, kdy jsou v rodině další 2 starší děti: „*I když vlastně jo. Náš syn, tomu je 12, tak ten si je někdy navlíkne a tím ji provokuje, jako, že jí je bere. Ale nechá si vysvětlit, že jsou to její brýličky. To on to dělá vyloženě*

naschvál, že má potřebu provokovat mladší sestru. “

4.2.4 Kategorie 7: Vnímání kompenzačních pomůcek dítětem a názor na jejich vnímání u dítěte rodičem

Poslední sedmá kategorie se týká vnímání kompenzačních pomůcek dítětem a názoru na jejich vnímání u dítěte rodičem. Tato kategorie obsahuje 2 podkategorie: Vlastní pocit a vnímání kompenzačních pomůcek, přijetí do kolektivu z pohledu dítěte.

Podkategorie 1: Vlastní pocit a vnímání kompenzačních pomůcek

První podkategorie je zaměřena na vlastní pocity a vnímání kompenzačních pomůcek dítětem anebo popřípadě, jak si rodič myslí, že kompenzační pomůcky dítě vnímá. Zda je dítě snáší nebo je například nerado nosí apod. V rámci hloubkových rozhovorů byla k dětem položena otázka: Když nosíš ty brýle, okluzor, je něco, co ti na tom vadí?

Za všechny děti kromě dítěte D3 odpovídali rodiče (matky), a to zejména z těchto důvodů: věk dítěte nebo jeho povaha (stydlivost), při rozhovoru nebylo dítě v přítomnosti. Vesměs všechny děti, které používají okluzor, mají nebo měly problémy s jeho nošením a chtěly si jej sundávat. Matka M1 od dítěte D1 k tomu udává: *„Spíš je vždycky nejhorší to nalepení a začátek. Třeba si tu samolepku i přinese, chce ji nalepit a ví, že je to potřeba, ale pak když už jdeme vyloženě na to nalepení, tak to by nejradši zdrhl.“* Stejně to má i matka M2 s dcerou D2, která též odmítá nosit okluzor, slepovací si slepuje a látkový, který se dává pouze na brýle toleruje velmi těžko. K dotazu, co ji na tom vadí, matka M2 řekla, že dcera udává: *„Že prý nevidí a naráží, nebo já nevím.“* Děti, které nosí brýle, nemají s jejich nošením problém. Dítě D3 odpovědělo na otázku samo: *„Opravdu mi na tom nic nevadí. Rád nosím ty brýle. A ostatní děti si brýlí nevšímají a na okluzorech se jim obrázky líbí.“* Za dítě D4 odpovídá matka M4 a vlastně neví, proč si brýle chce někdy sundávat a nikdy se dítěte na důvod neptala. Po zamyšlení dodává: *„Možná, že ji to není pohodlné, ale má tam tu gumičku.“* Matka M5 od dítěte D5 dodává vnímání k brýlím za dceru: *„No, na těch brýličkách jí akorát vadí, že měla ted'ka ten špatný tvar brýlí, měla už pro děti od 3 let a to znamená, že byly větší a neseděly jí na oko.“* A s okluzorem to má stejně jako ostatní děti: *„Ten nosila do toho 1 roku, kdy se to ještě tak nějak dalo. Ale potom si to opravdu sundávala ten okluzor, nebylo to pro ni příjemné.“* A nyní ho dítě D5 po domluvě s lékařkou nenosí vůbec, aby lépe dokázalo

tolerovat další kompenzační pomůcky a bez obtíží chtělo nosit brýle.

Podkategorie 2: Přijmutí do kolektivu z pohledu dítěte

Poslední podkategorie se zabývá přijmutím do kolektivu z pohledu dítěte. V rámci hloubkových rozhovorů byla otázka položena směrem k dítěti, a to podle věku a popřípadě za dítě odpovídali rodiče (matky). Otázka zněla: Jak tě berou do kolektivu děti? Chtějí si třeba taky hrát na piráta? Ptají se, co to nosíš a proč? Jak jim to vysvětluješ?

I zde samo za sebou odpovídalo pouze dítě D3 a jinak za děti odpovídali rodiče (matky) ze stejného důvodu jako v předchozí podkategorii anebo byla odpověď na otázku zcela vynechána. Otázka byla vynechána u dítěte D1, kdy matka vzhledem k věku dítěte nechtěla odpovídat nebo odpověď za dítě nevěděla. Dítě D3, které na otázku odpovídalo samo uvedlo: *„Opravdu mi na tom nic nevadí. Já rád nosím ty brýle. A ostatní děti si brýlí nevšímají a na okluzorech se jim obrázky líbí.“* A dále již za děti odpovídali rodiče (matky). Matka M2 od dítěte D2 to vidí následovně: *„Ve školce, jak tam s ní nejsem, tak to ani nevím. Ale když jsme takhle venku, tak nějaký holčičky třeba přiběhnou malý a ptají se, co to má. Tak jim třeba jenom vysvětlíme, že to má, aby dobře viděla.“* Jinak matka nepozoruje, že by se dceři někdo smál, nebo by byla z tohoto důvodu vyloučená z kolektivu, případně, že by dcera v kolektivu upoutávala větší pozornost. Stejně k tomu přistupuje i matka M5 od dítěte D5, ta vysvětluje dětem v kolektivu: *„Říkám jim úplně na rovinu, že špatně vidí, a že aby viděla, tak potřebuje mít brýlíčky. Že jinak vidí jinak než oni a mohla by si ublížit, kdyby špatně viděla.“* Z pohledu dcery hodnotí přijetí do kolektivu následovně: *„Ty děti, se kterými se stýká častěji, tak už potom přestaly, už jí ty brýlky ani nesundávají a pochopily to. Ale když vidíme někoho nového, tak opakují jedno, a to samé stále dokola.“* Matka M4 od dítěte D4 to z pohledu dítěte bere takto: *„To už je asi dneska normální, že mají děti brýle a je tam mezi nimi v pohodě.“* Navštěvují s dcerou křesťanský sbor, kde je také chlapec, který má brýle a starší dívka s brýlemi. A tak matka hodnotí, že děti dceru do kolektivu přijímají bez omezení.

5 DISKUZE

Strabismus je jednou ze zrakových vad v dětské populaci, kterou je důležité včas diagnostikovat a léčit, aby bylo předejito vzniku následných komplikací (Hromádková, 2011).

Bakalářská práce má čtyři cíle. Prvním cílem autorky bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou strabismem. K tomuto cíli navazuje druhý cíl, kterým bylo zmapovat úlohu sestry v edukaci dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou strabismem. Dalšími dvěma cíli bylo zmapovat vliv onemocnění na psychické potřeby dětského pacienta se strabismem a zmapovat vliv onemocnění na sociální potřeby pacienta se strabismem. První dva cíle byly zaměřeny zejména na sestry a na předoperační a pooperační péči. Další dva cíle byly zaměřeny spíše na děti se strabismem a jejich rodiče, rovněž však i na sestry. Výsledky výzkumného šetření se mezi výzkumnými soubory, kdy jeden výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oční klinice FN Brno na pracovišti Dětské nemocnice a druhý výzkumný soubor tvořily děti se strabismem a jejich rodiče (matky), propojují.

Z teoretických zdrojů víme, že k diagnostice zrakové vady strabismus se využívá řada vyšetření a léčba se dělí na neinvazivní (používání kompenzačních pomůcek) a chirurgickou (operační řešení strabismu) (Kuchynka, 2016).

Z výzkumu vyšlo, že všechny děti mají za sebou mnoho vyšetření před samotným stanovením diagnózy strabismus a rodiče si často ani všechna tato vyšetření nepamatují. Pamatují si však, které vyšetření pro jejich dítě a potažmo pro ně bylo nejjednodušší ke zvládnutí a které naopak nejtěžší a nejnáročnější. Mezi náročná vyšetření matky zařadily rozkapávání očí a matka M5 od dítěte D5 sem řadí i vyšetření, kdy po rozkapání očí proběhlo vyšetření zraku pomocí kamerek, které naváděli lékaři do očních prostorů. Mezi nejtěžší úkoly patří též zvládnout, aby dítě spolupracovalo, při vyšetření nezavíralo oči, popřípadě zvládnout i neklid dítěte a samotnou výdrž při měření zraku. Matka M3 od dítěte D3 uvedla, že výše zmíněné faktory mají souvislost s věkem a uvádí srovnání: „*Mně přijde, že je to asi věkem, že se to lepší. Když jsme byli poprvé, tak to jsme si museli držet ruce i hlavu, aby ji vůbec změřili ty dioptrie, to ji byl ten rok. Teďka už to celkově snáší mnohem lépe.*“ Na nejjednodušší vyšetření si matky moc nepamatují, matka M1 od dítěte

D1 navíc uvedla, že vyšetření ji přijdou celkem uzpůsobená k dětem. Z výzkumu je také patrné, že všechny děti a jejich rodiče mají zkušenosti s neinvazivní léčbou strabismu čili s používáním kompenzačních pomůcek a jedno dítě z výzkumu má prodělanou operaci strabismu v 6 měsících věku.

Specifikem ošetrovatelské péče o dítě je vzdělání sestry. Náplň práce sestry se na jednotlivých odděleních, v ambulancích a na dalších pracovištích liší a je velmi specifická. Z toho důvodu je nutná specifická erudice dětských sester a celoživotní vzdělávání sester v pediatrii. Na dětskou sestru spadá mnoho odpovědnosti a je kladen důraz i na její vlastnosti, mezi které patří pečlivost, spolehlivost, emoční stabilita, trpělivost, schopnost týmové spolupráce, ochota se učit novým věcem. Vedle těchto vlastností je důležitou součástí určitá fyzická zdatnost, výdrž a zručnost (Kordulová, 2017).

Z toho lze vyvodit, že vzdělání dětské sestry je důležité. A vzdělání sestry je i specifikem Oční kliniky FN Brno na pracovišti Dětská nemocnice, jak uvádí sestra S5: *„Jednoznačně dětská sestra. Protože bez toho bychom nesplnily vyhlášku 55 o činnostech a je to, že samozřejmě musí být nějaký určitý procentuální zastoupení dětských sester vůči všeobecným sestrám. Můžou tady pracovat všeobecné sestry, ale ty musí pracovat pod dohledem té dětské. Což potom není dobré v tom, že když potom je třeba potřeba, aby sloužila jedna sestra, tak to nemůže sloužit ta všeobecná. Takže je vyjmuta ze všech služeb po jednom, jako jsou svátky a tak.“*

Sestry z výzkumu uvádí i další znalosti a dovednosti dětské sestry a její osobní rysy. Lze vyjmenovat jemnost, šetrnost, která je zvláště důležitá při péči o oči, jak uvedla sestra S1: *„Citlivost u těch očí obzvlášť.“* Dále jedna ze sester uvedla, že by sestra měla znát specifika operačního výkonu a výhodou je také zkušenost s dětmi a vztah k dětem. Z výzkumu je poté patrné, že všechna specifika ošetrovatelské péče jsou kolem předoperační a pooperační přípravy ve spojitosti se zakrytím očí po operaci a s tím se pojí i edukace. Při řešení strabismu operačně je doba hospitalizace 7 dnů/týden, jak uvedly všechny sestry z výzkumu.

V rámci výzkumu také autorka zjišťovala, zda má dítě se strabismem odlišnosti v uspokojování fyziologických potřeb, a to v oblasti výživy, vyprazdňování, pohybu a

hygieny a popřípadě jaké, z pohledu sestry.

Zde bylo díky výzkumu zjištěno, že podle sester nemají děti specifika v uspokojování potřeb a vesměs všechny sestry uvedly, že jediným specifikem, které dítěti komplikuje jeho potřeby, je zakrytí oka /očí po operaci. Tak mají dětské pacienti omezené prostorové vidění. Díky výzkumu bylo potvrzeno, že děti si na změny zvykají zpravidla velmi rychle a jsou přizpůsobivé. Sestra S3 uvádí, že specifika v uspokojování potřeb u strabismu jsou pouze vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu dítěte, jedná se o polymorbidní pacienty. Vzhledem k tomu, že oddělení nemá žádnou stavební úpravu a jedinou úpravou jsou červená madla podél zdi, aby bylo odlišné, kde jsou dveře, lze říct, že toto pacientům může komplikovat pohyb na oddělení a je zde nutný zvýšený dohled sestry z důvodu předcházení úrazům.

Pacient má bez ohledu na věk právo na přítomnost osoby blízké, a to dle § 28 zákona o zdravotních službách. Rodič, ani osoba blízká není návštěva. Návštěvami jsou myšleny osoby, které nejsou rodiči ani osobami blízkými pacienta, například kamarád nebo sousedka (Mach, Buriánek, Záleská, Steinlauf (Vráblová), Stieranková, 2023).

Téma hospitalizace je dalším specifikem v péči při operačním řešení strabismu. V rámci výzkumu byl zjišťován názor sester na hospitalizaci se zákonným zástupcem (s rodičem) nebo naopak bez doprovodu a z jakého důvodu má sestra tento názor.

Až s překvapením bylo zjištěno, že sestry mají názor ve většině v souladu se zákonem. Pokud mají názor odlišný, dodávají, z jakého důvodu. Z výzkumu je patrné, že kdyby byla po stavební stránce přizpůsobená velikost oddělení a oddělení bylo modernizované, byla by pro sestry více automatická i hospitalizace dítě + rodič pokaždé. Jelikož se jedná o staré oddělení bez úprav, musí při hospitalizaci dítěte hledět na dané okolnosti, jako je věk dítěte, zda je kojené, jaký je jeho celkový zdravotní stav, zda je hendikepované a potřebuje péči a doprovod k běžné denní činnosti. Dále bylo z výzkumu zjištěno, že sestry preferují, pokud děti školního věku jsou hospitalizované bez rodiče, a to z důvodu, že tyto děti bez rodičů na oddělení celkově lépe spolupracují, je pro sestru snazší si získat důvěru dítěte. Je to velmi individuální a také záleží na věku dítěte a jeho povaze.

Edukace a s tím edukační procesy jsou činnosti, díky nimž dochází k tzv. „výchově“ pacienta, aby dokázal lépe přistupovat ke své vlastní nemoci. Edukace

obsahuje informace, které má pacient znát během poskytování zdravotních služeb a i poté (Šulistová, Trešlová, 2012). Samotný strabismus postihuje 4-6% dětské populace (Vláčil, 2009). V rámci výzkumu jsme zjistili, že je důležitá edukace dle věku dítěte. Nejčastěji probíhá v rámci komunikace a součástí edukačního procesu je také důležitá edukace rodičů, a to už od pediatrů, aby byl strabismus včas rozpoznán.

Příznaky strabismu jsou specifické i nespecifické. Mezi viditelné znaky patří odchylka oka a je-li velká, šilhání je nápadité. Pokud je odchylka oka malá, příznaky jsou méně specifické a patří mezi ně hmouření postiženého oka nebo šikmé držení hlavy (Hromádková, 2011).

Z výzkumu je patrné, že každé dítě mělo jiný projev a první příznaky strabismu. Tak je třeba rodiče opravdu edukovat o nutnosti sledování vývoje zraku u dítěte od narození. A v případě jakékoli odchylky nebo sebemenšího podezření informovat pediatra, aby bylo provedeno další vyšetření a popřípadě včasná diagnostika této zrakové vady. My z výzkumu můžeme hodnotit, že všichni rodiče byli dostatečně edukováni o šilhání, protože k diagnostice a zahájení léčby došlo včas.

Dále si rozebereme oblasti, ve kterých sestra provádí edukační činnost pacienta a doprovodu. Zaměřili jsme se hlavně na edukaci v rámci předoperační a pooperační péče, která se váže na to, o čem sestra edukuje pacienta a potažmo i doprovod ještě před operací.

Z výzkumu plyne, že edukace dítěte před operací probíhá slovně, v rámci komunikace, a to už od samotného příjmu, kdy sestra začíná předávat informace. Zjistili jsme, že sestra den předem, k večeru edukuje o lačnění.

Pokud má dítě strach z operace, zjistili jsme, že uklidňování dítěte probíhá v rámci komunikace. Sestra se snaží dítěti vysvětlit, o co jde. Připravovat ho. Sestra S2 navíc uvádí přístup k dítěti, pokud je na oddělení samo: *„Když je jim tady třeba pak to smutno a jsou tady samy, tak se s nimi i potulíte, pohrajete si s nimi.“* Dále určité uklidnění dítěte probíhá formou premedikace, jak uvedla sestra S4: *„A pak vlastně i v té premedikaci bývá, dostávají léky, které jsou součástí té předoperační přípravy na zklidnění.“*

Před samotnou operací sestry provádí edukaci o tom, co se bude dít po operaci. Jak uvedla sestra S5: *„Je to z hlediska ošetrovatelské péče a taky podle věku pacienta.“* Obecně lze říci, že edukují pacienta o tom, jak dlouho přibližně bude operace trvat a následně, že

půjdou na dospávací pokoj. Poté, že si je vyzvednou a pojedou s ním zpátky na oddělení na pokoj dítěte. V rámci edukace sestra opakovaně dbá na vysvětlování zalepení očí, a přitom pacienta opakovaně ujišťuje, že krytí je pouze dočasné. Některá sestra před samotnou operací ještě edukuje pacienta o tom, že v případě bolesti si řekne a dostane léky na bolest. Některé sestry se tomuto tématu vyhýbají, protože nechtějí dopředu pacientovi říkat, že ho to bude bolest, protože pak tomu tak je a bolest nelze objektivně hodnotit. Sestra S2: „*Říkáme to vše i těm rodičům, že až budou moc pít, tak doneseme čaj, když jíst, tak rohlík.*“ Diskutabilní celkově je, zda určité dítě a doprovod z informací předem nebude ještě víc nervózní. Proto dětská sestra musí být dostatečně vzdělaná, aby věděla, jakou formu edukace volit a do jaké míry.

Hodnocení vlivu na psychické a sociální potřeby dítěte se strabismem je náročné a dosti se liší z pohledu sester a rodičů.

Výsledky z výzkumu se sestrami nelze objektivně hodnotit a důvod uvedla jedna ze sester, sestra S3: „*Nejsme navázání na psychologa a není to ani, jako nesleduje se to dál.*“ Rodiče se needukují o tom, aby si našli pro dítě psychologa a pokud tomu tak je, záznam o této skutečnosti se do dokumentace neuvádí.

Z výzkumu s rodiči je patrné, že vnímají určité ovlivnění v oblasti psychických i sociálních potřeb u svých dětí. Nejčastěji je to ve spojitosti s nošením kompenzačních pomůcek – brýlí a okluzorů a v souvislosti se školkou, školou a s dětmi v kolektivu. Z kompenzačních pomůcek existuje řada druhů okluzorů a z výzkumu nám vyplynulo, že dětem dělá největší komplikace právě nošení okluzoru. To nám potvrzuje matka M1: „*Vždycky je nejhorší to nalepení a začátek.*“ Matka M2 má s dítětem zkušenost s nalepovacím i látkovým okluzorem: „*Ale ten látkový taky moc nechce. Že prý nevidí a naráží, nebo já nevím.*“

Zde jsme se v rámci výzkumu ptali i děti, jak vnímají své kompenzační pomůcky, a to brýle nebo okluzory a zda je rády nosí nebo, co jim na nich vadí. Skrz nízký věk dětí nám často odpovídali rodiče (matky), pokud odpověď znali. Dítě D3 zvládlo odpovědět samo: „*Opravdu mi na tom nic nevadí. Rád nosím ty brýle. A ostatní děti si brýlí nevšímají a na okluzorech se jim líbí obrázky. Rád nosím ty brýle.*“ Důvody, proč nechtějí nosit děti okluzory nám matky uvedly, že prý naráží a nevidí, nechtějí si je vůbec nechat nalepit.

S brýlemi jako kompenzačními pomůckami děti problém často nemají. A Matka M5 od dítěte D5 nám potvrdila, jak je důležitý správný výběr brýlí: *„Na těch brejličkách ji akorát vadí, že měla ted'ka špatný tvar brýlí, měla už pro děti od 3 let a to znamená, že byly větší a neseděly jí na oko. Takže spíš tyhle jí vadily, že nebyly dobré. Ale jinak si je za normálních okolností nesundává a nevadí ji.“*

Strabismus je celkově důležité vnímat jako něco mnohem víc než pouze estetickou záležitost. Děti se strabismem často trápí psychosociální a emocionální problémy, do kterých patří nízké sebevědomí, sociální předsudky, školní šikana apod. a do budoucna tyto děti mohou mít i problém při hledání zaměstnání. Pozitivní vliv na kvalitu života se strabismem má korektivní chirurgie (Taditto, Hungria, Ventrin, Morais, Mariuzzo, Issaho, 2022).

Z výzkumu nemůžeme jednoznačně říct, že mezi sestrami a rodiči by byl strabismus vnímán buď jako estetická (kosmetická) vada nebo zdravotní problém. Bylo zjištěno, že sestry vnímají propojení estetiky i zdravotního hlediska. Rodiče šilhání spíše vidí jako kosmetickou záležitost, protože to vypadá ošklivě, když jejich dítě šilhá. Mnoho rodičů však po diagnostice u vlastního dítěte chápe už i zmíněné propojení, jako nám potvrdila i matka M1 od dítěte D1: *„Dříve jsem si myslela, že je to spíše kosmetická vada, když člověk vidí člověka, který šilhá, takže jde o kosmetickou vadu. Ale bylo mi vysvětleno, že tomu tak úplně není. A vlastně hodně těch strabismů není viditelných, že by si toho člověk všiml na ulici. A spíš to poškozuje ten vývoj toho zraku. Takže je to zdravotní vada, když se ten zrak pak správně nevyvine.“*

Z našeho výzkumu závěrem vyplynulo, že informovanost o včasné diagnostice strabismu mezi rodiči je. Specifika v ošetrovatelské péči se týkají předoperační a pooperační péče, a to hlavně v souvislosti se zakrytím oka nebo očí po operaci. Edukace probíhá dle věku dítěte, nejčastěji formou komunikace a do edukace jsou zapojeni i rodiče. Přítomnost rodiče po probuzení dítěte z narkózy je velmi individuální, a i názory sester, kde rodič čeká se hodně liší. Zde by byla vhodná větší informovat rodičů o těchto možnostech. Hospitalizace dítěte s rodičem nebo doprovodem by v dnešní době měla být samozřejmostí, ale ne vždy tomu tak je, jak uvedla sestra S5, která je zastánkyní hospitalizace dítěte a rodiče: *„Ale vzhledem k tomu, k prostorům kliniky a tato nemocnice nebyla stavěná na to, aby tady s každým dítětem byl ten doprovod, tak prostě z těch*

provozních možností, které na oddělení máme, nemůžeme vyhovět všem, aby mělo vlastně lůžko ten doprovod sám pro sebe + lůžko pro dítě. Úplně na prvním místě jsou kojící matky, potom jsou to postižené děti, kteří vyžadují tedy tu péči toho rodiče nebo doprovodu. Potom samozřejmě mají přednost děti do 6 let, ale i to je závislé na prostorových kapacitách.“ V ČR se nachází pouze dvě oční dětské kliniky, a proto se domníváme, že by mělo dojít se stavebním úpravám jednotlivých klinik nebo k rozšíření dětských očních klinik do dalších nemocnic.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou strabismem, zmapovat úlohu sestry v edukaci dětského pacienta s diagnostikovanou zrakovou vadou. Tyto dva cíle byly zaměřeny na sestry a zabývaly se převážně předoperační a pooperační péčí o dětského pacienta. Dalším cílem bylo zmapovat vliv onemocnění na psychické potřeby dětského pacienta se strabismem a zmapovat vliv onemocnění na sociální potřeby dětského pacienta se strabismem.

Výzkum práce byl proveden kvalitativním šetřením. Byla použita metoda dotazování a sběr dat proběhl pomocí hloubkových rozhovorů a audio záznamů, ze kterých byl proveden následných přepis do textového dokumentu. V rámci hloubkových rozhovorů první výzkumný soubor tvořily sestry pracující na Oční klinice FN Brno pracoviště Dětské nemocnice. Druhý výzkumný soubor tvořily děti se strabismem a jejich rodiče (matky). Bylo zjišťováno, jaká specifika má ošetrovatelská péče o dítě se strabismem, jakou úlohu má sestra v edukaci dětského pacienta se strabismem, jaký vliv má strabismus na psychické potřeby dětského pacienta a jak ovlivňuje strabismus sociální potřeby dětského pacienta. Získané odpovědi byly zaznamenány pomocí audio záznamu.

Vytyčené cíle práce byly splněny. Získali jsme informace o tom, jaká specifika má ošetrovatelské péče o dítě se strabismem v praxi, a to hlavně v rámci pooperační péče při chirurgickém řešení strabismu. Specifika pooperační péče obecně vycházejí ze situace, že má dítě po operaci zakryté oko/oči. A tímto je specifická práce na očním oddělení, protože sestry po dobu zakrytí očí se stávají „očima dítěte“ a jsou pro fungování dítěte důležitou součástí ošetrovatelského plánu. Dětský pacient po operaci strabismu, pokud nemá jiná další onemocnění, nemá specifické potřeby. Potřeby jsou kolem klasických činností, jako je doprovod pacienta na WC, nachystání stravy a tekutin, informování o věcech, kde, co najde na stole apod.

Dále jsme zmapovali úlohu sestry v edukaci dětského pacienta se strabismem. Úlohou sestry je edukovat pacienta přiměřeně k jeho věku a osobnosti o všech činnostech, které se budou během hospitalizace konat. Úlohou sestry je i do dostatečné míry edukovat doprovod, nejčastěji rodiče dítěte. Edukace probíhá dle zvyklosti oddělení a

individuálního přístupu sestry.

Zkoumali jsme vliv strabismu na psychické potřeby dítěte z pohledu sester a rodičů a také vliv strabismu na sociální potřeby dítěte. Zjistili jsme, že je více třeba vnímat strabismus jako komplexní zrakovou vadu z pohledu stránky zdravotní i estetické.

Pokud uchopíme strabismus u dětí jako problém zdravotní. Jedná se o to, že amblyopie a operace strabismu, tyto dva stavy by měly být vyřešeny do 8 let věku dítěte, protože léčba musí proběhnout do uzavření vývoje oka, kdy je ještě možné operací (narovnáním očí) navodit jednoduché binokulární vidění, což nejvyšším stupněm jednoduchého binokulárního vidění je stereopse, což je tzv. hloubkové vidění. Když se tohle podaří, tak následně dítě nemusí být omezeno ve výběru povolání, ani v osobním životě.

Strabismus je vnímán mnohdy pouze jako kosmetická (estetická) vada. Když dítě šilhá, může pociťovat určitou méněcennost a rodiče napadají otázky typu, proč zrovna jejich dítě musí šilhat apod. Rodiny, ve kterých se šilhání objevuje u starších generací, přijímají šilhání u dětí lépe než rodiny, které se s problémem setkávají poprvé. Některé rodiny nerozumí tomu, že existuje binokulární vidění a tím pádem berou strabismus jako kosmetickou záležitost. Dospělé pacienty lze také operovat, ale zde se vždy jedná o kosmetickou operaci, protože v dospělosti už se nedá navodit binokulární vidění narovnáním postavení očí a nelze vyřešit ani tupozrakost, amblyopii už nelze napravit. Zde je důležité upozornění na to, že stav po operaci může být na chvíli lepší, ale následně se může vrátit. Navíc ne každý dospělý může podstoupit operaci strabismu, protože mozek už má nějaké nastavení a narovnáním by mohlo dojít k pooperačním komplikacím, kdy mezi tu nejhorší patří diplopie, což je dvojité vidění.

Z výzkumu vyplývá, že je nutná edukace a informovanost okolí o strabismu, aby byla tato oční vada vnímána komplexně, nejen jako vada na kráse, jak jej mnohdy vnímají děti se strabismem či jejich rodiče.

Naším doporučením pro praxi je vytvoření edukačního materiálu, který by motivoval děti k nošení kompenzačních pomůcek bez obtíží, a to zejména k nošení okluzoru (viz. příloha č. 9 - *Edukační letáček pro dítě o nošení okluzoru*).

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANTON, MILAN, 2007. Korekce refrakčních vad u dětí. *Česká oční optika*. 2007, 48(4), 18-19. ISSN 1211–233X.
2. AUTRATA, RUDOLF, 2009. *Dětská oftalmologie*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 137 s. ISBN 978-802-1046-788.
3. AUTRATA, RUDOLF 2002. *Nauka o zraku*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-362-7.
4. BENEŠ, PAVEL, VRUBEL MARTIN, HLUBOCKÁ ŠÁRKA, MALÁ KATEŘINA, 2020. Jednoduché vyšetření zraku u dětského pacienta. *Pediatric pro praxi*. 21 (3), 152-155. ISSN - 1213-0494.
5. BRUCE J.W.EVANS, 2007. *Pickwell's Binocular Vision Anomalies*, 6th Edition, ISBN- 978-0-7506-8897-6
6. ČANĚCKÁ, PAVLA, 2009. Cvičení fúze v prostoru s prizmaty. *Obory – oftalmologie, Sestra*. 19(6), 33. ISSN 1210-0404.
7. ČANĚCKÁ, PAVLA, 2001. Předoperační a pooperační péče u dětí. *Sestra*. 11(11), 14-15. ISSN 1210-0404.
8. ČESLOVÁ, ZUZANA, 2015/2016. *Strabismus v dětském věku*. Olomouc. Bakalářská práce. Přírodovědecká fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, katedra Optiky.
9. DOSTÁLEK, MIROSLAV, 2016. Přednášky z předmětu Binokulární vidění I a Binokulární vidění II. Katedra optometrie a ortoptiky LF MU.
10. DYLEVSKÝ, IVAN, 2019. *Somatologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2111-3.
11. GERINEC, ANTON, 2005. *Detská oftalmológia*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-181-6.
12. HERDMAN, T. HEATHER, SHIGEMI KAMITSURU, ed., 2020. *Ošetrovateľské diagnózy. Definície a klasifikácie*. Preložila PAVLA KUDLOVÁ a PETRA

MANDYSOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.

13. HROMÁDKOVÁ, LADA. 2011. *Šilhání*. 3.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN – 978-80-7013-530-3
14. HŮBLOVÁ MARIE, KUBOVČÍKOVÁ JINDRA. 2009. Léčba amblyopie a strabismu. *Sestra*. (19,1), 59-61. ISSN 1210-0404.
15. HYCL, JOSEF, 2000. *Šilhání a tupozrakost – informace pro pacienty*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-088-2.)
16. JUŘÍKOVÁ, LENKA, 2012. Děti s narušeným binokulárním viděním. *Sestra*. (22,10), 30-31. ISSN 1210-0404.
17. JUŘENÍKOVÁ, PETRA, 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada, 80 s. ISBN - 978-80-247-6482-5
18. KENNETH W. WRIGHT, YI NING J. STRUBE, 2012. *Pediatric ophtalmology and strabismus*. 3rd ed. New Yorik, NY: Oxford University Press. ISBN -9780199857012
19. KORDULOVÁ, PAVLA, 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. *Pediatric pro praxi*. 8 (6), 383-386. ISSN- 1213-0494.
20. KRISTOVÁ, JARMILA, TOMAŠKOVÁ, ZUZANA, 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 165 s. ISBN 80-8063-107-7.
21. KŘIVÁNKOVÁ, MARKÉTA, HRADOVÁ, MILENA, 2009. *Somatologie*. Praha: Grada, 244 s. ISBN 978-80-247-6899-1.
22. KUCHYNKA PAVEL A KOLEKTIV, 2016. *Oční lékařství*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, ISBN 9788024750798.
23. LAJČÍKOVÁ, SOŇA, 2010. Nejčastější onemocnění oka v dětském věku. *Florence*. 2010(2), 1-6. ISSN 1801- 464X.
24. LÉBL, JAN, PROVAZNÍK, KAMIL, HEJCMANOVÁ, LUDMILA et al., 2007. *Preklinická pediatrie*. 2.. vyd. Praha: Galén, Karolinum. ISBN - 978-80-7262-438-6.

25. MACH JAN, BURIÁNEK ALEŠ, ZÁLESKÁ DAGMAR, STEINLAUF (VRÁBLOVÁ) BARBORA, STIERANKOVÁ ANETA, 2023. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Zákon o specifických zdravotních službách*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer. 828 s. ISBN - 978-80-7676-653-2
26. MALEC, JIŘÍ, 2013. Šilhající dítě v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. 14(6), 360-362. ISSN 1213-0494.
27. ODEHNAL, MILAN, 2010. Šilhání: Vyšetření a možnosti terapie. *Sanquis*. 2010(79), 79–83. ISSN 1212-6535.
28. PROKOPIUSOVÁ, DAGMAR, 2004. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Koncepce ošetrovatelství [online]. Praha [cit. 2020-05-27]., str.2, Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>
29. PŘIBÍKOVÁ MICHAELA, KRAUSE MARTIN, 2019/2020. *Edukace v nelékařských zdravotnických oborech*. Technická univerzita v Liberci: Fakulta zdravotnických studií. ISBN - 978-80-7494-549-6.
30. ROZSÍVAL PAVEL, 2017. *Oční lékařství*. 2.přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-316-6.
31. RUTRLE, MILOŠ, 2000. *Přístrojová optika: učební texty pro oční optiky a oční techniky, optometristy a oftalmology*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 189 s. ISBN - 8070133015.
32. SKALICKÁ, MARKÉTA, 2014. Co potřebují rodiče vědět o nošení brýlí, kontaktních čoček a provádění okluze. *Pediatric pro praxi*. 15 (3), 148-151. ISSN 1213-0494.
33. SYNEK, SVATOPLUK, SKORKOVSKÁ ŠÁRKA, 2014. *Fyziologie oka a vidění*. 2.doplňené a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3992-2.
34. ŠEDIVKOVÁ ANETA, 2017. *Konkomitantní strabismus a jeho léčba u dětských pacientů*. Olomouc. Bakalářská práce. Přírodovědecká fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra optiky.
35. ŠTROFOVÁ, HELENA, TEPLANOVÁ PETRA, 2014. Screening zrakových vad u

- děti. *Pediatric pro praxi*. 15(6), 334–336. ISSN 1213-0494.
36. ŠULISTOVÁ, RADKA, TREŠLOVÁ MARIE, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
 37. ŠVARŤÍČEK, ROMAN, ŠEĐOVÁ KLÁRA, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
 38. TADITTO TF., DE HUNGRIA CC., VENTORIN BS., MORAIS AF., MARIUZZO LC., ISSAHO DC., 2022. *Quality of life in children with strabismus*. *Rev Bras Oftalmol.*, 81: e0018, DOI: <https://doi.org/10.37039/1982.8551.20220018>
 39. TAYLOR, D., HOYT, C. S., 2012. *Pediatric ophthalmology and strabismus*. Oxford: Elsevier. ISBN 978-07-0204-691-9.
 40. TRÁVNÍKOVÁ, DANA, 2019. *LCD optotyp – vyhodnocení speciálních testů pro vyšetření zraku, srovnání software jednotlivých přístrojů*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
 41. VLÁČIL, ONDŘEJ, ŠPAČKOVÁ KATEŘINA, 2009. Diagnostika a léčba konkomitantního strabismu. *Pediatric Pro praxi*. 10(4), 251–253. ISSN 1213-0494.
 42. VOJTÍŠEK, PETR, 2016. Předoperační příprava u dětí. *Pediatric pro praxi*. 17(3), 158-162. ISSN 1213-0494.
 43. YAWEN, M., WENJUAN, Z., XIANGCHENG, T., RUI, Z., YINGHUANG, W., LINGLING, Z., 2022, *Evaluation of postoperative discomfort after strabismus surgery under general anesthesia in children: a prospective observational study*, *Research Square*, 1-14, doi.org/10.21203/rs.3.rs-2271387/v1
 44. ZEJDOVÁ, JANA, 2022. Standardní ošetrovateľský postup Nemocnice Jihlava: *Komunikace s dětským pacientem*[online]. Standart číslo 068. Nemocnice Jihlava. Dostupné z: <https://nemji.sharepoint.com/sites/DokumentyNemJi/zen%20dokumenty/Forms/Aktu%20pln.aspx?id=%2Fsites%2FDokumentyNemJi%2Fzen%20dokumenty&newTargetListUrl=%2Fsites%2FDokumentyNemJi%2Fzen%20dokumenty&viewpath=>

%2Fsites%2FDokumentyNemJi%2Fzen%20dokumenty%2FForms%2FAktu%20
pln%2Easpx&view=7&q=kommunikace%20s%20detským%20pacientem%20

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha č.1: Rozdělení strabismu

Příloha č.2: Test pro metodu preferenčního vidění

Příloha č.3: Světelná tabule s optotypy

Příloha č.4: Pflügerovy háky

Příloha č.5: Snellenův optotyp

Příloha č.6: Madoxův kříž

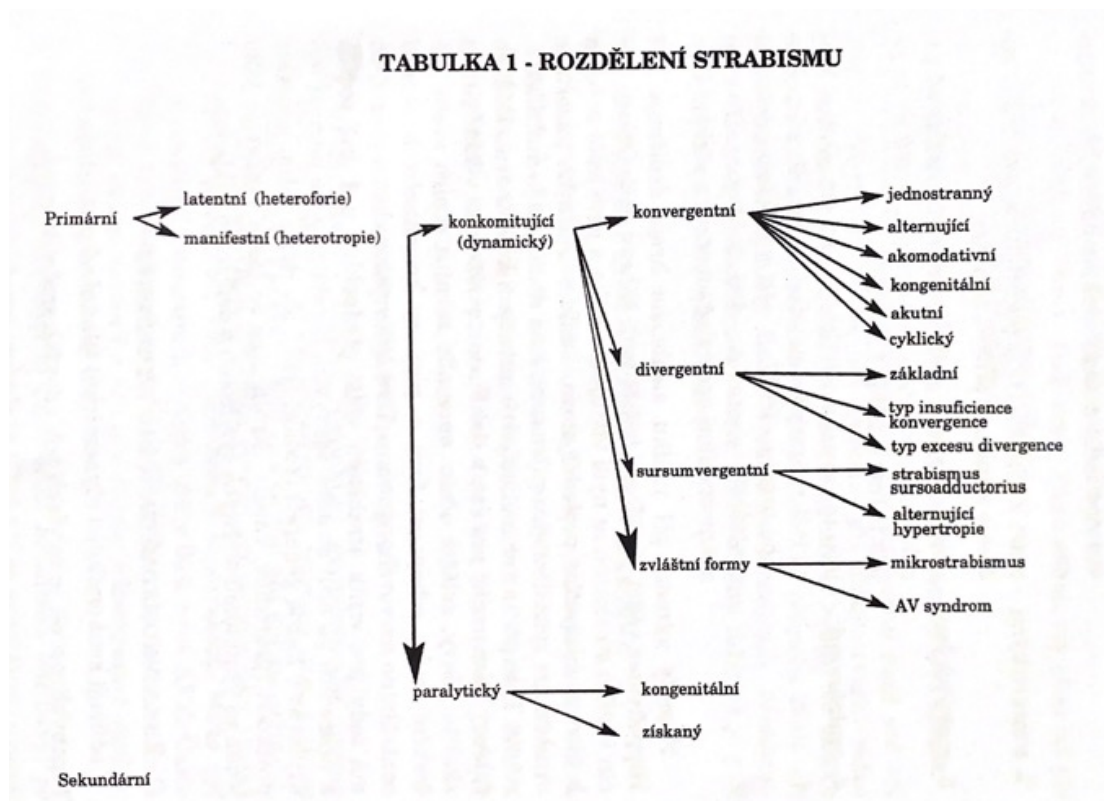
Příloha č.7: Soubor otázek pro hloubkový rozhovor se sestrami

Příloha č.8: Soubor otázek pro hloubkový rozhovor s rodiči (matkami) a jejich dětmi

Příloha č.9: Edukační letáček pro dítě o nošení okluzoru

Příloha 1

Rozdělení strabismu



Zdroj: Šilhání, Hromádková, 2011.

Příloha 2

Test pro metodu preferenčního vidění



Zdroj: Aneta Šedivková, 2017.

Příloha 3

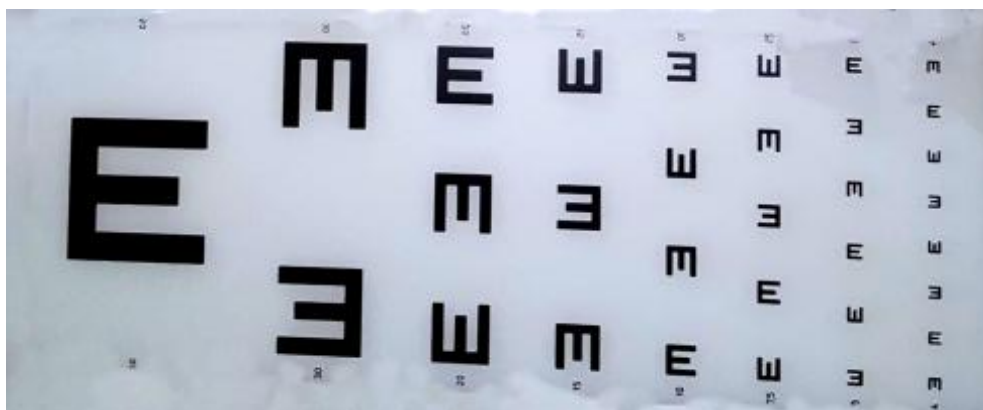
Světelná tabule s optotypy



Zdroj: Aneta Šedivková, 2017.

Příloha 4

Pflügerovy háky



Zdroj: Aneta Šedivková, 2017.

Příloha 5

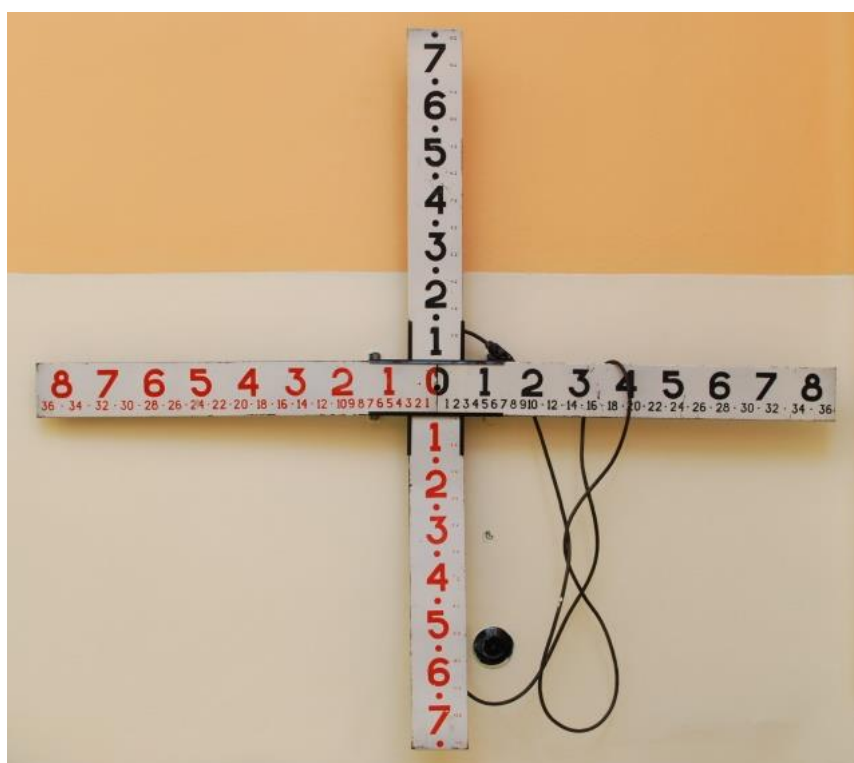
Snellenův optotyp

VISUS	
E C	$\frac{6}{36} = 0,17$
B T Z	$\frac{6}{24} = 0,25$
F C L B O	$\frac{6}{18} = 0,33$
T O E B H F C	$\frac{6}{12} = 0,5$
Z E B H C L F O B	$\frac{6}{9} = 0,67$
C B F Z E T F B O C Z E	$\frac{6}{6} = 1$
E Z C O B F C H E L B Z	$\frac{6}{5} = 1,2$

Zdroj: Dana Trávníková, 2019.

Příloha 6

Madoxxův kříž



Zdroj: Zuzana Česlová, 2015/2016.

Příloha 7

Soubor otázek pro hloubkový rozhovor se sestrami

1. Identifikační údaje – věk, délka praxe ve zdravotnictví a v oboru dětská oftalmologie a vaše nejvyšší dosažené vzdělání (středoškolské, vysokoškolské, popřípadě doplňkové vzdělání), pokud máte specializaci, tak jakou?
2. Vnímáte, že je důležité vzdělání sestry v oboru „Dětská sestra“? Nebo je na dětské oftalmologii dostačující sestra s titulem Všeobecné sestry a z jakého důvodu to tak vnímáte?
3. Jaké specifické dovednosti a znalosti by měla mít podle vás sestra zde na oddělení?
4. Jak dlouho trvá časově hospitalizace na vašem oddělení při operačním řešení zrakové vady – strabismu?
5. Je pro vás z organizačního hlediska a celkově z hlediska ošetrovatelské péče přijatelnější hospitalizace dítěte se zákonným zástupcem (s rodičem, rodiči), či bez nich? Když upřednostníte hospitalizaci s rodičem, tak z jakého důvodu? Pokud bez rodiče, z jakého důvodu?
6. Máte na oddělení specificky upravenou hernu, popřípadě mají děti se strabismem přímo určené specifické hračky pro ně?
7. Má vaše oddělení nějaká stavební specifika v péči o dětské pacienty s touto zrakovou vadou a popřípadě jaká specifika?
8. Jaké mají děti odlišnosti s uspokojováním potřeb v oblasti výživy, vyprazdňování, pohybu, hygieny? Pokud ano, tak jaká?
9. Jak v případě, že má dítě kompenzační pomůcky, mu pomáháte v péči o ně? A pečujete, popřípadě nějak specificky o optické pomůcky dětí, aby nedošlo k jejich poškození?
10. V čem je podle vás hlavní rozdíl v péči o dítě se zrakovou vadou – strabismem a bez zrakové vady? Máte zkušenosti v porovnání s jiným oddělením, pokud jste na jiném pracovala?

11. Z čeho má dítě největší strach během hospitalizaci při operačním řešení?
12. Jaká specifika má vaše oddělení týkající se předoperační péče o dětského pacienta se strabismem? A jako úlohu v tom hraje sestra?
13. Jaká specifika má vaše oddělení týkající se pooperační péče o dětského pacienta se strabismem? A jakou úlohu v tom hraje sestra?
14. O čem edukuje dětská sestra dětského pacienta ještě před samotnou operací? (Jak to bude po operaci, co se bude kolem dítěte dít? Vysvětluje sestra dítěti operaci?)
15. Jakým způsobem uklidňujete dítě, pokud má strach před vyšetřením a jakým způsobem uklidňujete dítě se strachem z operace?
16. Jak probíhá komunikace s dítětem po probuzení z narkózy? Je u dítěte přítomný rodič?
17. Zahajujete první ortoptická cvičení už u vás na oddělení po operaci nebo je to následně až v rukou ortoptistky? A jak cvičení probíhají?
18. Jak podle vás může tahle zraková vada ovlivnit začlenění dítěte do kolektivu, sociální stránku? (do školy, mezi děťma venku...)
19. Jak toto onemocnění ovlivňuje psychickou a stránku dítěte a rodiny? (Pocity méněcennosti, problémy s přijutím vlastního vzhledu). (Mají děti strach, jaké to bude po operaci?) (Jak uvidí, co se vše změní?)
20. Je strabismus podle vás vnímám více jako zdravotní problém nebo kosmetický problém?

Příloha 8

Soubor otázek pro hloubkový rozhovor s rodiči (matkami) a jejich dětmi

1. Kolik bylo dceři/synovi let, když jste začali pozorovat první příznaky strabismu?
2. Co patřilo mezi první příznaky, které jste začali pozorovat nebo došlo k podezření na strabismus náhodně na pravidelné prohlídce u pediatra?
3. Než došlo k závěrečné diagnostice strabismu, kolik a jaká všechna vyšetření muselo vaše dítě podstoupit?
4. Opakovala se nějaká vyšetření vícekrát a které bylo nejnáročnější a které naopak nejlehčí ke zvládnutí?
5. Jakým způsobem byla zahájena léčba strabismus a jak postupně pokračovala?
6. Došlo někdy v případě řešení strabismu u vašeho dítěte ke slovům k operačnímu řešení? Pokud ano, podstoupilo ho vaše dítě, bude ho podstupovat?
7. Jaké kompenzační pomůcky syn/dcera používá?
8. Zvládá péči o tyto pomůcky samostatně, či ne a v čem přesně mu/ji pomáháte?
9. Vnímáte obecně strabismus spíše jako zdravotní vadu nebo kosmetickou vadu a proč?
10. Myslíte si, že strabismus ovlivňuje psychiku vašeho syna/dcery?
11. Po stránce sociální, má třeba vaše dítě nějaké znevýhodnění ve školce, škole? Mělo někdy problémy se začleněním do společnosti? Vnímáte třeba problém se zařazením dítěte se strabismem do nějakého zájmového kroužku, na tábory?
12. Pokud vaše dítě navštěvuje školku, školu, má školka nebo škola nějaké speciální pomůcky pro děti se strabismem? A jaké má pomůcky?
13. Věnovalo se třeba dítě nějakému sportu a se zjištěním strabismus muselo tento sport omezit nebo úplně přerušit?
14. Pokud je v rodině více dětí, ti další nemají žádné zdravotní oční komplikace, a pokud ano, jaké?

15. Mají děti navzájem mezi sebou nějaké spory, pokud např. jedno dítě používá okluzor a druhé má oči naplno zdravé?
16. Pro dítě: Když nosíš ty brýle, okluzor, je něco, co ti na tom vadí?
17. Podle věku dítěte: Jak tě beru do kolektivu dětí? Chtějí si třeba taky hrát na piráta? Ptají se, co to nosíš a proč? Jak jim to vysvětluješ?

Příloha 9

Edukační letáček pro dítě – Nošení okluzoru s radostí



Zdroj: vlastní