

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Soňa Šrámková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Soňa Šrámková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY
U KLIENTA S KATARAKTOU V PERIOPERAČNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Turečková

PLZEŇ 2014

OFICIÁLNÍ ZADÁNÍ

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Evě Turečkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji také své rodině a svým přátelům za trpělivost a podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Šrámková Soňa

Název práce: Edukační činnost sestry u klienta s kataraktou v perioperační péči

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Vedoucí práce: Mgr. Eva Turečková

Počet stran – číslované: 53

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: edukace – edukační činnost – katarakta – perioperační péče - oko

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje edukaci klienta před a po operaci katarakty. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část přináší základní informace o anatomii a fyziologii oka, popisuje kataraktu a její typy, komplikace katarakty. Dále se zabývá perioperační péčí v ambulantních podmínkách očního pracoviště, rozvíjí pojem edukace všeobecně i se zaměřením na perioperační období u klienta s kataraktou. Zmiňuje se o psychických a fyzických změnách, ke kterým dochází u operovaného klienta.

Praktická část je zaměřená na edukaci zdravotníků z pracovišť, kde předpokládám největší procento nemocných s kataraktou. V první fázi byl vytvořen leták jako edukační manuál pro zdravotní sestry. V kvantitativním dotazníkovém šetření byl následně vyhodnocen přínos tohoto letáku.

Annotation

Surname of name: Šrámková Soňa

Department: Faculty of Nursing und Obstetrics Assistance

Title of thesis: Educational role of the nurse in preoperative care of the patient with cataracts

Consultant: Mgr. Eva Turečková

Number of pages – numbered: 53

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 28

Key words: education – educational activity – cataract – perioperative care - eye

Summary:

This thesis deals with education of the patient before and after cataract surgery. The bachelor's thesis is divided into two sections including theoretical and practical aspects of educating the cataract patient. The theoretical section provides basic information about the anatomy and physiology of the eye, describing cataract and its types and outlining the complications of cataract. It also deals with perioperative care in an outpatient eye department, while developing the concept of generalized education with a focus on the perioperative period in patients with cataract. It further mentions the mental and physical changes that occur in a post-operative patient. The practical section is focused on the education of health professionals working on units containing the largest percentage of patients with cataract. This education was provided through an educational leaflet manual for nurses. The content of the manual was then evaluated through a quantitative questionnaire survey.

OBSAH:

| | |
|------------|---|
| ÚVOD | 9 |
|------------|---|

TEORETICKÁ ČÁST

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | EDUKACE KLIENTA S KATARAKTOU | 12 |
| 1.1 | Edukace klienta | 12 |
| 1.2 | Edukační proces | 12 |
| 1.3 | Edukace klienta s kataraktou | 14 |
| 1.4 | Edukace očním lékařem | 15 |
| 1.5 | Edukace oční sestrou | 16 |
| 2 | ANATOMIE A FYZIOLOGIE OKA | 18 |
| 2.1 | Anatomie oka | 18 |
| 2.2 | Fyziologie oka | 20 |
| 3 | KATARAKTA | 21 |
| 3.1 | Katarakta obecně | 21 |
| 3.2 | Druhy katarakty | 22 |
| 3.3 | Komplikace katarakty | 22 |
| 4 | PERIOPERAČNÍ PÉČE O KLIENTA S KATARAKTOU..... | 24 |
| 4.1 | Předoperační péče..... | 24 |
| 4.2 | Oční vyšetření | 24 |
| 4.3 | Péče o klienta na operačním pracovišti | 26 |
| 4.4 | Operace katarakty..... | 27 |
| 4.5 | Specifikum práce sálových očních sester | 27 |
| 4.6 | Péče o klienta po operaci katarakty v ambulantních podmínkách..... | 28 |
| 5 | PSYCHIKA KLIENTA S KATARAKTOU | 30 |

PRAKTICKÁ ČÁST

| | | |
|-----------|--------------------------------------|-----------|
| 6 | FORMULACE PROBLÉMU | 33 |
| 7 | CÍL VÝZKUMU | 33 |
| 7.1 | Dílčí cíle | 33 |
| 8 | CHARAKTERISTIKA SOUBORU | 34 |
| 9 | METODA SBĚRU DAT..... | 35 |
| 10 | ORGANIZACE VÝZKUMU | 35 |

| | | |
|-----------|------------------------------|-----------|
| 11 | ANALÝZA ÚDAJŮ | 37 |
| 12 | PREZENTACE ÚDAJŮ..... | 57 |
| 13 | DISKUZE | 60 |
| | ZÁVĚR | 63 |

SEZNAM ZDROJŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

POUŽITÉ ZKRATKY

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1

PŘÍLOHA 2

PŘÍLOHA 3

PŘÍLOHA 4

ÚVOD

Operace šedého zákalu (katarakty) je v současnosti bezpečným a vysoce účinným mikrochirurgickým zákrokem. Je vhodný i pro klienty velmi vysokého věku včetně těch, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík či lůžko nebo jsou polymorbidní. Jde o výkon, který se díky moderní technice provádí v topické anestézii kapkami, je málo zatěžující, a dnes se zpravidla vždy jedná o ambulantní zákrok s okamžitým návratem do domácího prostředí.

Edukace klienta v perioperačním období je velmi důležitá pro úspěšný výkon operátora, bezproblémové hojení operační rány, a tím i jeho celkovou spokojenost. Přesto však klienti stále nejsou dostatečně edukováni ohledně péče o operované oko. Především při pooperačních kontrolách se u klientů opakovaně setkáváme se zanedbáváním opatření důležitých pro zdárné hojení.

Jak může nedostatečná edukace klienta zkomplikovat perioperační období? Pokud není klient řádně poučen, začne přijímat pro odborný personál tolik nežádoucí informace, jako jsou různé rady a názory z anonymních internetových stránek, od rodinných příslušníků, spolupacientů, známých. Reprodukuje mylně své problémy, zbytečně navštěvuje očního lékaře a celkově působí psychickou nepohodu sobě i zdravotníkům, kteří se poctivě podíleli na jeho léčbě.

Domnívám se, vzhledem k svému dlouhodobému zaměstnání jako oční sestra, že právě nedostatečná edukace klienta, jeho rodinných příslušníků nebo ošetřovatelského personálu je hlavní příčinou mnoha nedorozumění a zbytečných komplikací v období perioperační péče.

Nejčastěji jde o snížený pocitový komfort ve vidění nebo nespokojenost z důvodu přehnaného očekávání výrazné změny. Může však dojít i k vážným komplikacím, které vyžadují reoperaci nebo způsobí nevratné poškození zraku.

Mým záměrem je vytvoření edukačního letáku, vhodného především pro zdravotníky, kteří pracují na očním oddělení, v domovech pro seniory, na interních a chirurgických odděleních, tedy všude tam, kde se nejčastěji setkávají s problémem katarakty. Budou tak moci použít edukační materiál jako manuál pro případ konfrontace s dotazy ohledně přípravy na výkon a pooperační péče, jak té bezprostřední, tak i té dlouhodobější. Jako první krok své práce jsem se rozhodla vytvořit edukační leták, umístit

ho na vybraná pracoviště a následně pomocí cílených dotazů v dotazníkovém šetření vyhodnotit, zda došlo k posunu v informovanosti u zdravotníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE KLIENTA S KATARAKTOU

1.1 Edukace klienta

Pojem edukace je odvozený z latinského názvu *educio*, které znamená vychovávat. V dnešní době je zdravotnictví jedním z nejrychleji se rozvíjejících odvětví, kdy se do jednotlivých oborů zavádí stále modernější vyšetřovací metody a terapeutické postupy, které mají být přínosem pro klienta. Ten je však příchodem do zdravotnického zařízení velmi stresován a nedokáže vstřebávat nové, byť pro něj velmi potřebné informace, především o postupu léčby a zásadách správné životosprávy. Zdravotník by měl umět pomoci klientovi zorientovat se ve zdravotnické problematice, zlepšit jeho povědomí o nemoci, léčbě, ale i o preventivních opatřeních. Cílem edukace je tedy opakované ovlivňování chování a jednání jedince tak, aby získal nové vědomosti, návyky a dovednosti v pozitivním slova smyslu (Juřeníková, 2010, s. 9 – 12).

Zdravotník, nejčastěji sestra, provází svěřeného klienta po celou dobu hospitalizace nebo při ambulantním ošetření. Poskytuje mu oporu fyzickou, jako například pomoc při sebeobsluze, ale i psychickou. Součástí této opory je předávání nových dovedností a znalostí tak, aby je klient přijal v rámci svých fyzických a duševních sil a schopností. Sestra se snaží systematicky vést klienta tak, aby došlo ke změně jeho chování, k upevnění nových návyků a dovedností. Je nutné si připravit dobrý edukační program, a postupovat tak, aby sestra nevystupovala „paternalisticky“, to znamená něco přikazovat či zakazovat, ale snažila se získat klienta k aktivní kolegiální spolupráci. To lze jen tehdy, pokud má sestra zkušenosti psychologické, komunikační a osvojila si i obory jako sociologie a etika (Svěráková, 2012, s. 28 – 30).

1.2 Edukační proces

Proces prochází celkem 5 fázemi od seznámení se edukátora (sestry) s edukantem (klientem), přes zvolení vhodných edukačních témat, metod a pomůcek. Dále se pokračuje realizací, opakováním a nakonec vyhodnocením výsledků edukace. V edukačním procesu by neměly chybět didaktické zásady, které pozitivně ovlivňují kvalitu výuky a měly by jít ve vzájemné shodě po celou dobu procesu. Také by měly být závazné jak pro každého edukátora, tak i pro učícího se edukanta. První didaktické zásady

u nás formuloval již J. A. Komenský. Pro edukaci dospělých se dnes používají především zásady jako např. názornost, spojení teorie s praxí, vědeckost, přiměřenost, aktuálnost, zpětná vazba, uvědomělost a aktivita, individuální přístup, soustavnost, trvalost, kulturní kontext (Juřeníková, 2010, s. 21 – 34).

1) Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Edukátorka se seznamuje se svým svěřeným klientem – edukantem. Na podkladu pozorování, kdy hodně napoví jeho neverbální postoj, a potom především rozhovorem, musí posoudit, zda je klient ochoten naslouchat a bude chtít případně změnit své nesprávné a často silně zažitě stereotypy nebo se seznámit s vhodnými metodami k řešení problému. Záleží velmi na jeho věku, intelektu či vzdělanosti, také z jakých pochází společensko-ekonomických podmínek a samozřejmě, jak je pro něj hodnota zdraví důležitá.

2) Fáze projektování

Fáze projektování znamená, že si zkušený edukátor edukační činnost předem promyslí a připraví, sestaví si edukační plán. Součástí edukačního plánu by mělo být stanovení cílů a aktivit, díky kterým dojde k naplnění očekávaného výsledku. Cíle dělíme buď na krátkodobé (etapové) nebo dlouhodobé (finální). Také cíle dělíme na kognitivní (vzdělávací), afektivní (hodnotové) a psychomotorické (výcvikové). Edukátor si též musí zvolit vhodnou metodu výuky, pomůcky, potřebný čas. Tím si usnadní práci a může přesvědčit klienta, že se jedná o důležitou součást ošetrovatelského procesu.

3) Fáze realizace

Spočívá ve vlastní realizaci edukace. Na té se podílí celý zdravotnický tým, každý podle své kompetence a specializace. Nejběžnější formou je individuální rozhovor či instruktáž – praktický nácvik ošetrovatelského výkonu, například kapání kapek do spojivkového vaku. Edukátor zapojuje do procesu i rodinné příslušníky nebo například ošetrovatelky či pečovatelky z domovů pro seniory. Další formou edukace jsou přednášky, besedy nebo cvičení, kterých se zúčastňuje celá skupina klientů. Edukátor používá ke své výuce různé letáky, brožury, modely, obrázky, zvukové záznamy, instruktážní filmy, v dnešní době čím dál častěji i počítačové programy. Záleží na cílové skupině edukantů, kterým je materiál určen. Klienti ve vyšším věku mohou mít potíže s pozorností a soustředěním, i poruchy sluchu a zraku. Edukace by měla probíhat s ohledem na zdravotní stav a potřebu klienta, v prostředí bez rušivých zvuků, které mu poskytuje soukromí a klid. Pokud chce edukátor nacvičovat činnost,

kteřá vyžaduje jemnou motoriku a přesné zacílení, musí být nesmírně trpělivý, neočekávat okamžitý úspěch a chválit klienta za jeho snahu. Klient si může začít osvojovat nové poznatky a činnosti jen tehdy, pokud je bude mít včleněné do svého každodenního programu, bude mít k tomu přizpůsobené i své domácí prostředí a bude cítit podporu od svých nejbližších.

4) Fáze upevnění a prohlubování učiva

Fáze upevnění a prohlubování učiva je často opomíjena. Jedná se o uchování nových vědomostí v dlouhodobé paměti. To nastane jen tehdy, pokud se bude učivo nebo činnost systematicky opakovat. Je nutné si stále uvědomovat, že 50 % nově osvojeného učiva člověk do druhého dne zapomene. Pokud si klient během léčebného procesu začíná uvědomovat, že díky osvojování nových znalostí a dovedností dochází ke zlepšení jeho zdravotního stavu, zvyká si lépe na změny ve své životosprávě.

5) Fáze zpětné vazby

Fáze zpětné vazby znamená, že edukátor hodnotí celou svoji práci, jaký efekt měla na zlepšení kognitivních, afektivních vlastností nebo motorických dovedností edukanta. Hodnotí se jak průběžně, tak i na samotném závěru. Edukátor se musí ujistit, že klient si osvojil nové znalosti či dovednosti a bude tak postupovat i v domácích podmínkách. K ověření použije buď písemného testu, kontrolních otázek nebo předvedením ošetrovatelského úkonu. Pokud se edukační proces nezdařil, musí edukátor zjistit, kde se stala chyba a provést edukaci novou. Vše se stvrdí klientovým podpisem na edukační záznam. Záznam na edukační list, který slouží jako přípravný materiál pro realizaci a hodnocení edukace v ošetrovatelství, patří dnes k povinné součásti zdravotnické dokumentace (Svěráková, 2012, s. 33 – 40; Juřeníková, 2010, s. 21 – 68).

1.3 Edukace klienta s kataraktou

Edukace klienta po celou perioperační dobu by měla být zajišťována očním lékařem i sestrou společně tak, aby si všechny důležité informace týkající se samotné nemoci, způsobu operace a pooperačních omezení opravdu zapamatoval. Jedině tak může dojít k oboustranné spokojenosti – operátora se svým výkonem na straně jedné a klienta se svým stavem na straně druhé. Musí se pohlížet také na ekonomickou stránku věci. Pokud bude klient nedostatečně edukován, může dojít jeho špatným přístupem ke vzniku některé z komplikací, čímž se prodlouží například doba léčení a tím i pracovní

neschopnost, dojde ke zvýšené spotřebě léků, k neplánované hospitalizaci, a podobně (Venglářová, Mahrová, 2005, s. 31).

Od roku 2012 je dle vyhlášky MZ ČR č. 92/2012 a č. 99/2012 vytvořen spojený lůžkový fond, vhodný dle VZP pro menší nemocnice. Prakticky to znamená spojení různých odborností lůžkové péče pod jeden primariát, například oční pod chirurgii. Je to snaha ušetřit zdravotnické organizaci finanční prostředky, optimalizovat počet lůžek při zachování dostupnosti zdravotní péče. Oční problematika je však dosti specifická. Kvalitní edukaci provádí především ti zdravotníci, kteří pracují dlouhodobě v oboru. Zdravotníci, pracující v chirurgickém či interním oboru by měli být proto dodatečně vzdělávání odbornými semináři nebo by měli mít k dispozici alespoň vhodný učební materiál, který by jim přiblížil ošetrovatelské zvláštnosti u klientů ze sdíleného lůžkového fondu (Vyhláška č. 92/2012 Sb.; Vyhláška č. 99/2012 Sb.).

1.4 Edukace očním lékařem

Oční lékař hovoří samozřejmě o operaci samotné, o principu vzniku šedého zákalu, o úspěšnosti operací (na jinak zdravém oku to dělá dokonce 96 – 97 % případů), o rizicích, ke kterým může dojít během operace a v pooperačním období. Klient přichází s určitou představou, nejlépe získat sto procent vízu zpět, aniž si uvědomuje, že operace katarakty odstraní pouze problém v čočce. Pokud jsou zde přítomna i jiná onemocnění zhoršující vidění (například tupozrakost oka, změněná rohovka, duhovka po úrazu, sítnice poškozená od cukrovky a jiné), po zákroku se stav o mnoho nezmění. Je třeba seznámit klienta s možnými riziky, ke kterým může dojít během operace nebo po ní, s výběrem vhodného nitroočního implantátu, s pravděpodobným výsledkem, s pooperačním průběhem a především s pokyny pro samotného klienta v období perioperačním.

Lékař má k dispozici rozkládací model oka, očního implantátu, informační letáky od firem produkujících implantáty, letáky na volně prodejné oční léky, jako jsou umělé slzy na zvlhčení povrchu oka nebo vitamínové doplňky (tablety) na ochranu sítnice. Jeho úkolem je domluvit se na nejvhodnějším typu implantované čočky. Proto zjišťuje, jaká je klientova motivace k operaci a co od ní očekává za výsledek (Kadlecová, 2007, s. 7; Vícha, 2011, s. 92).

Vysvětluje princip a průběh operace katarakty, samozřejmě s ohledem na klientovu schopnost pochopit odbornou stránku. U klientů v produktivním věku je třeba mluvit o nutné pracovní neschopnosti, doporučuje se u kancelářské práce 5 – 14 dní, u fyzicky namáhavějších zaměstnání 3 – 5 týdnů. Oko po operaci se hojí 4 – 5 týdnů, standardně se doporučují 3 kontroly u očního lékaře (první den po operaci, 1 týden a nakonec 1 měsíc po operaci). Pokud se bude implantovat jednoohnisková čočka, musí klient počítat s brýlovou korekcí, buď na čtení (nejčastěji), nebo na dálku. Konečná refrakce se však ustálí nejdříve po 1 měsíci po operaci, teprve tehdy je možné předepsat nové brýle. I to je třeba zdůraznit. Lékař musí vysvětlit, že způsob vidění bude pocitově jiný než dříve, klient může vnímat i několik měsíců odlišnou škálu barev, okraj čočky nebo světelné efekty, jako je chvění nebo „blikání“ obrazu. Klient by si měl odnést z předoperačního vyšetření pocit, že se svěřuje do rukou odborníků, kterým záleží na jeho spokojenosti, kteří pro něj udělají maximum a je s jejich přístupem spokojený. Měl by být brán jako rovnocenný partner při spolupráci, který byl o všem podstatném dobře informován a cítí spoluzodpovědnost za svůj zdravotní stav a léčbu. Informace prováděné lékařem musí být dobře známé i oční sestře (Kadlecová, 2007, s. 18; Klatovská nemocnice a.s., KN – SOP OŠ - 61, 2013; Vícha, 2011, s. 99).

1.5 Edukace oční sestrou

Oční sestra má na starost ošetrovatelskou stránku. Všímá si pohyblivosti klienta a upozorňuje na riziko pádů po operaci. Pokud klient žije doma sám, doporučuje, aby byl přítomen ve společné domácnosti někdo z rodiny na prvních pár dnů po operaci.

U klientů se sníženou sebeobslužností sleduje jeho schopnosti jemné motoriky, zajímá se, jak si bude sám kapat kapky nebo aplikovat mast do oka, popřípadě předvede správný postup. Kapky se aplikují nejčastěji tak, že klient sedí na židli, hlavu má lehce zakloněnou. Okem se podívá nahoru, stáhne si jednou rukou spodní víčko oka, a druhou z výšky (asi 5 cm) vkápne jednu kapku do vnitřního koutku, aby se nedotkl kapátkem oka ani řas. Poté lehce zavře víčko a tlačí si asi 1 minutu prstem vnitřní koutek. Zamezí tím průchod kapky do slzných cest a dále do nosu.

Mast se do oka aplikuje podobně, stačí jí nanést do dolního spojivkového vaku asi 0,5 cm. Oko se poté na 1 minutu zavře, aby se mrkáním mast nedostala ven, rozpustila se v oku a vstřebala se. Sestra hovoří také o správném nakládání s kapkami. Kapky se vždy používají jen po dobu, kterou určuje lékař. Po otevření lahvičky se smí kapky používat jen

3 - 4 týdny (dle příbalového letáku), nesmí být vystaveny slunci nebo jiným zdrojům tepla (zvyšuje se koncentrace obsaženého léku nebo přestane fungovat léčebná složka) (Hornová, 2011, s. 81; Workman, Bennett, 2006, s. 107-109; Mikšová, 2006, s. 221).

Všímá si čistoty klientových rukou, ostříhaných nehtů a zdůrazňuje správné hygienické návyky. Oko je po operaci zvýšeně citlivé na prostup infekce dovnitř, proto se musí často umývat ruce, hlavně před manipulací s kapkami. Klient by neměl protírat a mnout oko, aby nedošlo k porušení povrchu oka (erozi rohovky), nebo dokonce působením tlaku k posunu implantované čočky v nitru oka. Klient si nesmí v žádném případě otírat oko nebo jeho okolí použitým látkovým kapesníkem. A pozor na domácí mazlíčky, jako jsou psi a kočky, nebo na práci s hospodářskými zvířaty. Často se zapomíná, že někteří klienti žijí se svým čtyřnohým přítelem v bytě a poskytují mu i svůj polštář. Hospodářská zvířata, jako jsou slepice a králíci, mohou být při neopatrnosti bohatým zdrojem infekce vedoucí k velmi závažné pooperační komplikaci, endoftalmitidě. Sestra také nedoporučuje delší práci v předklonu a v prašném prostředí (například je vhodné si domluvit předem obstarávání topení na pevná paliva). Neměl by se vyvíjet větší tlak břišním lisem, to znamená vyhnout se zvedání těžkých předmětů, cvičení, sportu (škodlivý je i úporný kašel nebo zácpa) (Všetičková, Suchomelová, 2008, Sestra).

Je dobré chránit oko před intenzívním slunečním zářením, vhodnější je nosit kvalitní sluneční brýle s UV filtrem. Navíc brýle fungují jako mechanická ochrana, venku zabrání vniknutí cizího tělíska do operovaného oka například při větrném počasí. Sestra popisuje klientovi, jak bude probíhat celý den od nástupu na oční pracoviště až po propuštění do domácího prostředí. Pokud provede edukaci správně, velmi tím zmírní jeho stres v den operace, neboť klient již bude dopředu se vším seznámen. Zkušená oční sestra by měla mít dostatečné všeobecné sesterské, ale i odborné znalosti a dovednosti v diagnostice, léčbě a ošetřování klientů s očními problémy. Jedině tak je schopná umět klientovi zodpovědět na jeho dotazy a být mu dobrým rádcem a průvodcem po celou dobu perioperačního období na očním pracovišti. Je velmi důležité informace zopakovat v několika krátkých jdoucích časových intervalech (předoperační oční vyšetření, den operace, kontrola po operaci), pokud možno stejnými nebo podobnými výrazy, aby si je klient zapamatoval a zvládl tak zdárně celé perioperační období (Nováková, 2011, s. 84, 85; Venglářová, Mahrová, 2005, s. 30-31).

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE OKA

2.1 Anatomie oka

Zrakovým orgánem je oční koule (bulbus oculi), která je uložena v kostěné schránce, v očnici (orbita) a je složena ze tří vrstev. Zevní, vazivová, je tvořena bělimou (sclera) a rohovkou (cornea). Střední, cévnatou vrstvou, tvoří cévnatka (choroidea), řasnaté tělísko (corpus ciliare) a duhovka (iris). Vnitřní, receptorovou vrstvou, je sítnice (retina), která obsahuje fotoreceptory tyčinky a čípky. Prostor oční koule je vyplněn komorovou vodou, sklivcem a oční čočkou (Dylevský, 2009, s. 441).

Bělima tvoří pevný, vazivový obal, ke kterému se upínají okoohybné svaly. Má malé cévní zásobení. Rohovka je průhledná část oka. Má silnou regenerační schopnost díky epitelu na povrchu, ten je také protkán velkým množstvím senzitivních, nervových zakončení – vysoká citlivost pro bolest. Průhlednost rohovky je závislá na saturaci vodou, iontů a metabolitů z komorové tekutiny (Dylevský, 2009, s. 441).

Cévnatka je tenká vrstva vyživující sítnici díky síti krevních kapilár. Řasnaté tělísko je tvořeno vazivem, pigmentovými buňkami a hladkým svalem (musculus ciliaris), který zabezpečuje akomodaci čočky. Přední plocha tělíska přechází v ciliární výběžky, které produkují komorovou tekutinu. Duhovka je pokračováním řasnatého tělíska a cévnatky, zásobuje ji velké množství cév. Barva je ovlivněna množstvím a typem pigmentových buněk. V duhovce je uložena zornice (pupilla), která má v průměru 2 – 8 mm. Ta reguluje množství procházejícího světla, ostrost obrazu a také ovlivňuje cirkulaci komorové tekutiny. Zúžení zornice zajišťuje musculus sphincter pupillae, dilataci musculus dilatator pupillae (Dylevský, 2009, s. 442).

Sítnice tvoří vnitřní vrstvu stěny oka, k cévnatce je přitlačována tlakem sklivce. Skládá se z 11 - 12 vrstev, z nichž nejdůležitější je vrstva tyčinek, čípků a gangliových buněk. Množství tyčinek je asi 130 - 140 milionů, čípků 7 milionů. Optická část je v místě, kde je ztenčená sítnice na polovinu a tvoří mělkou centrální jamku. Kolem jamky je naopak zesílená vrstva sítnice a celá tato část má vzhled žluté skvrny (macula lutea) (Dylevský, 2009, s. 443).

Zrakový nerv je soustava axonů gangliových buněk, které začínají na povrchu sítnice a prochází otvůrkou ve sklěře dále jako svazek nervových vláken do mozku (nervus opticus, n.II.). Toto místo na sítnici se nazývá slepá skvrna, neboť zde chybí tyčinky a čípky. Čočka (lens cristalina) má průměr kolem 9 mm, tloušťka se mění dle akomodace od 3 - 5 mm, opticky má velikost 18 dioptrií. Je tvořena pouzdrem (capsula), korou (cortex), jádrem (nucleus) a epitelem. Čočka je orgán avaskulární, bez vlastní inervace. Pouzdro je spojené vlákny závěsného aparátu s řasnatým tělískem. Tento závěsný aparát drží čočku v centrální poloze za zornicí a způsobuje změny lomu při akomodaci oka. Při vyklenutí čočky se zaostří obraz do blízka, při oploštění do dálky. Sklivec je průhledná rosolovitá hmota s kolagenními vlákny, která vyplňuje zadní část oka (Dylevský, 2009, s. 444).

Oko je vyživováno arteria ophtalmica, která se dělí na arteria centralis retinae, na papile optického nervu se dělí na horní a dolní větev, dále ještě temporálně a nasálně. V oku rozeznáváme dvě oční komory. Přední je tvořena rohovkou, řasnatým tělesem, duhovkou. Mezi zadní plochou duhovky, řasnatým tělesem, zadní plochou čočky a sklivcem je zadní komora oční. Oběma komorami protéká nitrooční tekutina, dostává se do Schlemmova kanálu a vstřebává se do krve. Tekutina vzniká z krevní plasmy, má podobnou stavbu jako mozkomíšní mok, zajišťuje látkovou výměnu pro rohovku, čočku, sklivec, a také udržuje nitrooční tlak i kulovitý tvar oka. Postavení oční koule a pohyb oka do všech směrů zajišťují okoohybné svaly, čtyři přímé (musculus rectus superior, medialis, lateralis, inferior), a dva šikmé (musculus obliquus superior, inferior) (Dylevský, 2009, s. 445).

Oční štěrbinu ohraničuje víčko (palpebrae), tvořené tuhou vazivovou ploténkou, kterou pokrývá zevně tenká kůže, zevnitř sliznice spojivky. Na okraji víčka vyrůstají řasy (cilie), jsou zde také drobné mazové žlázy. Víčko tvoří jemná kůže, řídké podslizniční vazivo a svalstvo – kruhový svěrač oka a zdvihač horního víčka. Vnitřní plochu víčka tvoří spojivka (conjunctiva), přechází na přední část bělimy, ve vnitřním koutku tvoří prohlubeň slzného jezírka, kde se hromadí slzy před odtokem do vývodů slzných cest. Slzný ústrojí (apparatus lacrimalis) se skládá ze slzné žlázy a vývodů. Slzná žláza (glandula lacrimalis) je uložena v zevním, horním okraji očnice, a je krytá spojivkou. Trubicovité vývody ústí na spojivce horního víčka, jeho pohybem jsou roztírány po přední části rohovky a odtékají potom do vnitřního koutku. Na okraji dolního víčka začínají odvodné slzné cesty,

pokračující do slzného vaku (saccus lacrimalis). Odtud proudí slzy 2,5 cm dlouhým slzovodem (ductus nasolacrimalis), který ústí v dolním nosním průduchu (Dylevský, 2009, s. 445, 446).

2.2 Fyziologie oka

Oko vnímá barvu a intenzitu světla pomocí receptorů, které jsou uloženy na sítnici. Dopadem světla, které musí mít určitý rozsah vlnové délky (380 až 760 nm) dochází k přeměně pigmentu, vzniká elektrochemický děj, jehož důsledkem je proud vzruchů vedených neurony po zrakové dráze do mozku. Barevné vidění, fototopické, zajišťují čípky a černobílé, skototopické, zase tyčinky (Dylevský, 2009, s. 444).

Do optického systému patří rohovka, komorová voda, sklivec a čočka. Světelné paprsky jím prochází a lámou se tak, aby obraz dopadl přesně na sítnici. Čočka dokáže akomodovat - měnit úhel lomu paprsku změnou svého zakřivení, smrštěním ciliárního svalu se čočka vyklene a zaostří obraz do blízka, při uvolnění svalu dojde k oploštění čočky a zaostření do dálky (Merkunová, Orel, 2008, s. 258).

3 KATARAKTA

3.1 Katarakta obecně

Slovo katarakta pochází z řečtiny a znamená „vodopád“. Česky mluvíme o šedém zákalu, který postihuje až 50% populace ve věku nad 65 let (nejčastěji) a více než 70% ve věku nad 75 let. Velkým problémem je v rozvojových zemích, kde při nedostatku lékařů a velké chudobě obyvatelstva způsobuje vysoké procento slepoty. Naopak v našich podmínkách je ročně operováno více než 75 000 obyvatel, kteří přichází na operaci plánovaně a včas, dříve než jsou handicapováni významným poklesem vízu. Zkalení čočky způsobuje sníženou schopnost vnímat jasně obraz, tak jako když se díváme přes špinavé okno. Čočka nepropouští světlo k sítnici, ostré obrysy jsou vnímány zastřené, přestává fungovat dosavadní korekce na blízko nebo do dálky. Na vznik katarakty má vliv mnoho faktorů, především chemické změny v čočce, typické pro senilní kataraktu, ale také jsou rizikovými UV-B záření, diabetes, alkohol a kouření u mladších ročníků (Rozsival, 2006, s. 221; Kůs, 2010, s. 35 – 36, Sestra; Hycl, 2006, s. 68).

Operace šedého zákalu je v dnešní době zcela bezbolestným, bezpečným a velmi úspěšným zákrokem, prováděným v ambulantních podmínkách. Od doby, kdy anglický oftalmolog Harold Ridley vyvinul a v roce 1949 poprvé naimplantoval do oka první akrylátovou čočku, proběhlo mnoho vylepšení jak technologicky novými operačními technikami, tak i možností implantace různých druhů nitroočních čoček. Nejčastěji preferovanou metodou současných mikrochirurgů ve vyspělých zemích světa je fakoemulzifikace s co nejnižší použitou ultrazvukovou energií a s implantací složitelné nitrooční čočky (Kadlecová, 2007, s. 4).

Nejčastěji se klientům implantují monofokální čočky z akrylátu nebo ze silikonu, kdy klient musí po operaci nosit stále jednu brýlovou korekci, nejčastěji na blízko. Naprostou novinkou posledních let jsou multifokální refrakční čočky, které mají dvě a více ohnisek, čímž částečně určitým způsobem nahrazují akomodaci. Multifokální čočka však není dokonalá, klient sice nemusí po operaci nosit žádné dioptrické brýle, ale je to za cenu mírného snížení kontrastu obrazu (Kuchynka, 2007, s. 399 - 402).

3.2 Druhy katarakty

Nejčastějším typem v populaci je senilní katarakta. Dělíme ji na kortikální, nukleární, zadní subkapsulární a přední subkapsulární, ta však není příliš častá. Kortikální katarakta celkově rozostřuje obraz nebo způsobuje monokulární diplopii (dvojité vidění na jednom oku). Nukleární katarakta se projevuje myopizací (změnou plusových dioptrií na minusové), což klient z počátku vítá, neboť odkládá brýlovou korekci na blízko. Zadní subkapsulární katarakta přivede klienta na oční pracoviště pro pokles vízu do blízka i přes používání brýlové korekce. Pokud se klient nepodrobí operaci včas, tvrdne jádro čočky, a mluví se potom o kataraktě brunescenční (u nukleární), a maturní (u kortikální). Operace tvrdého jádra přináší více rizik a rekonvalescence oka je delší.

Mezi další, ne tak časté druhy katarakty, patří vrozená (kongenitální), která je způsobená geneticky, virem či farmakologickými vlivy v těhotenství. Je třeba ji řešit do dvou let věku dítěte, aby nedošlo k amblyopii oka (tupožrakosti).

Katarakta postraumatická je nejčastěji způsobená kontuzí oka a po penetrujícím očním poranění. Toxická katarakta bývá způsobená vlivem ionizujícího záření nebo vzniká při zasažení elektrickým proudem. Farmakologická katarakta je navozená například dlouhodobějším užíváním kortikosteroidů celkově či lokálně, některých miotik u glaukomatiků, ale také amiodaronem a psychofarmaky.

Sekundární katarakta vzniká nejčastěji u klientů s diabetem mellitem, typicky v mladším věku a rychle se zhoršuje u špatně kompenzovaných diabetiků. Také jiná oční onemocnění, například uveitida a akutní glaukom, mohou vytvořit sekundární kataraktu (Rozsival, 2006, s. 224, 225, 232; Kolín, 2007, s. 64, 67).

3.3 Komplikace katarakty

Komplikace katarakty dělíme na peroperační, časné pooperační a pozdní komplikace. Peroperační komplikace vznikají během operace šedého zákalu a řeší se ještě na operačním sále. Nejčastěji je to ruptura zadního čočkového pouzdra nebo krvácení do přední komory z operační rány či velmi vzácná expulzivní hemoragie (Kolín, 2007, s. 67).

Mezi časné pooperační komplikace, ke kterým dochází do 14 dnů po operaci, patří vzestup nitroočního tlaku z důvodu blokace odtoku nitrooční tekutiny zbylým

viskoelastickým materiálem nebo uvolněným pigmentem z duhovky. Pokud je vzestup tlaku mírný a krátkodobý, nevyžaduje léčbu. U klientů s glaukomovým onemocněním nebo i jen s podezřením na něj se stav řeší přechodnou aplikací antiglaukomových kapek.

Může také dojít k filtraci nitrooční tekutiny v důsledku nedostatečné sutury operační rány, která se projevuje hypotonií očního bulbu a velmi nízkým až neměřitelným nitroočním tlakem. Tato komplikace se musí co nejdříve reponovat na operačním sále a to pevnou suturou. Také dislokaci nitrooční čočky, která způsobí zhoršení vízu, je nutno řešit operačně. Edém a striata (zašednutí) rohovky, který vzniká poškozením endoteliálních buněk déletrvající fakoemulzifikací, obvykle ustupuje do několika dní po operaci.

Nejtěžší, dá se říci i devastující komplikací, je akutní bakteriální endoftalmitida, způsobená zanesenou infekcí do nitra oka, nejčastěji řadami typu *Staphylococcus*, *Pseudomonas* nebo *Proteus*. Léčba spočívá v podávání antibiotik, jak celkově intravenózně, tak i lokálně pod spojivku a do sklivcového prostoru. Naštěstí je tato komplikace při dnešních preventivních opatřeních v oblasti hygieny, dezinfekce a sterility vzácná (Kolín, 2007, s. 67; Vícha, 2011, s. 97, 98).

Pozdní komplikace jako cystoidní makulární edém a odchlípení sítnice přichází po několika týdnech po operaci. Makulární edém se projevuje poklesem centrální zrakové ostrosti a léčí se nesteroidními antiflogistiky nebo v kombinaci s kortikoidy.

Odchlípení sítnice klient popisuje jako pozorování šedé clony před okem. Často se objevuje u klientů, kteří měli již před operací zjištěnou periferní degeneraci sítnice nebo u klientů s vysokou myopií. Je to indikace k urgentní operaci.

Nejčastější a zároveň nejméně závažnou komplikací je zkalení zadního pouzdra čočky. Může se objevit v různě dlouhé době po operaci, u mladších lidí dříve, například již během prvního roku. Léčí se laserovou kapsulotomií, což je nebolestivé a ambulantní ošetření, kdy lékař laserem vytváří otvor v zadním pouzdru čočky (Kuchynka, 2007, s. 420, 421).

4 PERIOPERAČNÍ PÉČE O KLIENTA S KATARAKTOU

4.1 Předoperační péče

Péče o klienta s diagnózou katarakty začíná v ordinaci očního lékaře. Většinou se klient dostaví kvůli potřebě upravit nevyhovující brýlovou korekci, někdy díky příznakům sám odhadne, o jaký problém se jedná. Po vyšetření, nejlépe podrobném v arteficiální mydriáze, lékař doporučí odstranit šedý zákal a odešle klienta na pracoviště, které se operacím věnuje. Další vyšetření můžeme rozdělit na všeobecné celkové a speciální oční. Platnost všeobecného, interního vyšetření je jeden měsíc do operace.

Všeobecné, předoperační vyšetření provádí internista, kdy na podkladě výsledků základního biochemického rozboru krve, moče a EKG rozhodne, zda je klient schopen výkonu v lokální, topické, případně i v celkové anestezii. Patří sem odběr krve na krevní obraz, sedimentaci, antikoagulační faktory, jaterní a ledvinné parametry, glykemie, cholesterol. Užívání Warfarinu není kontraindikací operace, pokud hodnota INR bude do 2,0. Lékař se zajímá o užívané léky, zjišťuje kompenzaci ischemické choroby srdeční, cukrovky i chronické obstrukční plicní nemoci a zaznamenává případné alergie, především na léky a dezinfekce (Vícha, 2011, s. 93; Workmann, Bennett, 2006, s. 23).

4.2 Oční vyšetření

Předoperační vyšetření oční je prováděno ambulantně na pracovišti oddělení či kliniky, kde bude klient následně operován. Klient přichází na doporučení svého ambulantního očního lékaře. Začíná se odběrem podrobné anamnézy. Ptáme se na rodinnou zátěž, především na kataraktu, glaukom, tupozrakost (amblyopii). Důležitá je osobní anamnéza, zajímáme se o úrazy, záněty, dřívější operace, užívané léky, alergické projevy, důležité jsou ty informace, které mohou souviset s očním postižením. Zajímá nás nynější oční onemocnění, jako je glaukom, vysoká dioptrická vada, amblyopie, diabetická retinopatie či věkem podmíněná makulární degenerace, dystrofie rohovky a jiné, neboť přítomnost některého z těchto onemocnění může způsobit určitou komplikaci během operace katarakty a v pooperačním období. Zaznamenáváme, od kdy nosí klient brýle na čtení nebo na dálku a kolik má dioptrií. Zjišťujeme také pracovní anamnézu (Hornová, 2011, s. 47).

Lékař začíná celkovou aspekci, kdy hodnotí tělesný vzhled i psychický stav nemocného. Vyšetřuje oční adnexy (postavení víček, zánětlivá onemocnění okrajů víček, sekreci slz, motilitu bulbu). Na štěrbinové lampě (zvětšení obrazu 15 – 20 krát) zjišťuje patologie na předním segmentu oka, tedy na spojivce, rohovce, duhovce, čočce a v přední komoře. Klientovi se stanovuje aktuální refrakce (počet dioptrií), nejčastěji na automatickém refraktometru, který poskytuje údaje též o keratometrii (zakřivení rohovky, astigmatismus a jeho osa). Lékař vyšetřuje klientovi centrální vízus na dálku na Schnellenových optotypech (podsvícená tabule s čísly, E – háky, písmeny v kontrastní černé barvě) nebo na novějších a podrobnějších Log tabulkách. Zdravé (emetropické) oko čte ze 6 m řádek č. 6, což zapisujeme do zlomku 6/6 naturálně. Vidění do blízka se zkouší na Jagerových tabulkách ze vzdálenosti 30 cm. Zdravé (emetropické) oko čte nejmenší text tabulky, označen č. 1. Velmi důležité je opakované měření nitroočního tlaku (nejčastěji bezkontaktním nebo aplanačním přístrojem, který současně proměřuje pachymetrii – tloušťku rohovky). Průměrné hodnoty tlaku u zdravého oka se pohybují kolem 16 mmHg (+/- 2) (Hornová, 2011, s. 54, 57).

Na některých pracovištích se pracuje s testem vizuálních funkcí, VF – 14 (Index of Visual Functioning). Ten je zaměřený na míru funkčního postižení zraku způsobeného šedým zákallem. Test se skládá ze 14 otázek, pokrývajících podstatnou část běžných denních aktivit. Klient hodnotí stupni 0 – 4 (0 – nemožnost provádět danou činnost, 4 – bez obtíží) vykonávání určité aktivity jako je čtení novin, sledování televize, řízení vozidla, čtení názvů ulic, provádění ruční práce a další (Pager, Ch. K., 2004; Kadlecová, 2007, s. 2).

Následuje vyšetření očního pozadí v arteficiální mydriáze přímou oftalmoskopií (oftalmoskopem si lékař 16 krát zvětší obraz, dívá se jedním okem) i nepřímou oftalmoskopií (klient sedí u štěrbinové lampy, lékař vyšetřuje pomocí přídatných čoček o síle 20 – 30 dioptrií, obraz má plastický, protože sleduje oběma očima). Hodnotí se zrakový nerv, arterie a vény, oblast makuly. Pro stereoskopické zhodnocení nálezů na očním pozadí používáme asférické čočky (Volkovy) o síle 60 – 90 dioptrií, které držíme asi 1 cm před okem klienta (Hornová, 2011, s. 63, 64, 65).

Výsledek operace závisí na správném výběru implantované čočky, na její optické mohutnosti. K jejímu výpočtu slouží vyšetření optická biometrie, poslední roky se používá bezkontaktní přístroj na principu infračerveného světla vlnové délky 780 nm, který stanoví

axiální délku oka, zakřivení rohovky a hloubku přední komory. Při patologickém nálezu na očním pozadí nebo při silně zkalené čočce se přistupuje k ultrazvukovému vyšetření oka. Ultrazvuková sonda se přikládá na rohovku oka po místním znecitlivění kapkami (Nováková, 2011, s. 93; Hornová, 2011, s. 47 – 70).

4.3 Péče o klienta na operačním pracovišti

Příjem klienta se koná většinou v den operace, mluvíme tedy také o jednodenní chirurgii (záleží dle zvyklostí pracoviště). Znamená to, že péče o klienta nepřesahuje 24 hodin. Klient přichází brzy ráno, v doprovodu rodinného příslušníka nebo je přivezen sanitní službou. Musí mít s sebou kartičku pojištěnce, občanský průkaz, léky, které běžně užívá, výsledek interního, předoperačního vyšetření, pyžamo a přezůvky. Pokud není plánována operace v celkové anestezii, klient se může ráno lehce nasnídat, vezme si dávku léků, které užívá, nebo inzulin. Klient po celou dobu hospitalizace používá přípravný pokoj, kde může sedět v křesle nebo si lehnout na lůžko, má zde skříňku na osobní věci a sociální zařízení se sprchou. Sestra se klientovi představí, provede ho po oddělení a seznámí s chodem pracoviště. Klientům se sníženou sebepéčí pomůže s převlečením do pyžama, zkontroluje hygienický stav pacienta, především čistotu obličeje a vlasů, ubezpečí se, zda klient není lačný a vzal si své léky a inzulin, vypíše s ním ošetřovatelskou dokumentaci (měří tělesnou výšku a váhu, krevní tlak, měří aktuální refraktometr a nitrooční tlak), vyplňuje verifikační protokol a řádně označí operované oko (například se nalepí čtvereček papírové leukoplasti nad obočí operovaného oka). Je také nutné dohlédnout, aby klient před operací odložil brýle, šperky, zubní protézu a naslouchadlo. Lékař následně vyšetří operované oko na štěrbinové lampě, zda nedošlo k novým změnám, které by kontraindikovaly plánovanou operaci (například zánět spojivek, rohovky, krvácení do sklivce, odchlípení sítnice). Kontroluje platné interní předoperační vyšetření, podepsaný informovaný souhlas s operací a s výběrem nitroočního implantátu.

Následuje vlastní příprava oka před operací. Sestra v pravidelných intervalech kape dle indikace lékaře léky s dezinfekčním, antibakteriálním, anestetickým a mydriatickým účinkem, jako premedikaci podává na výzvu např. tabletku Diazepamu 5 mg. Poté předává klienta sestře na operační sál (Nováková, 2011, s. 106 – 107; Klatovská nemocnice a.s., KN – SOP OŠ - 61, 2013; Schmidtová, 2008, s. 47, 55 – 57).

Po operaci přebírá klienta opět sestra z oddělení, odveze jej na pojízdném křesle na pokoj a pomůže mu s oblékáním do civilního oděvu. Opakuje důležité pokyny týkající se chování těsně po zákroku, a předává klienta rodině nebo řidiči sanity. Klient nesmí opustit pracoviště bez poučeného dospělého doprovodu, nesmí odjet hromadnou dopravou, řídit motorové vozidlo ani odejít pěšky. Neměl by doma zůstat bez dozoru následujících 24 hodin, po tuto dobu je mu doporučený relativní fyzický klid. Může jíst normální stravu (doporučuje se střídmá, nekořeněná), nekonzumovat alkohol, nekouřit. Klient může při bolestech hlavy či oka po konzultaci s propouštějícím lékařem užít běžná analgetika, co má doma (Klatovská nemocnice a.s., KN – F – 37, 2013; Všetická, Suchomelová, 2008, Sestra).

4.4 Operace katarakty

Prvním krokem je příprava operačního pole důkladnou dezinfekcí očního víčka a spojivkového vaku dezinfekčním roztokem a antimikrobiálními kapkami a zarouškování operačního pole. Následuje lokální anestezie (topická) kapkami. Na oko se přiloží rozvěrač víček, operátor následně provádí rohovkový temporální řez velikosti 2,75 mm a dva pomocné rohovkové řezy. Do přední komory se aplikuje anestetikum a viskoelastický materiál, který chrání rohovku. Speciální pinzetou otevře přední čočkové pouzdro (kapsulorexe), aplikuje roztok do čočky (hydrodisekce Ringerovým roztokem) a tím se jádro oddělí od pouzdra. Následuje odstranění obsahu čočky, kdy operátor zasune rohovkovým řezem ultrazvukovou sondu, která zkalenou čočku rozdrťí a odsaje (fakoemulzifikace). Do čistého pouzdra se vsunuje injektorem čočka umělá. Nakonec se vypláchne roztokem s antibiotiky čočkový vak i přední oční komora a k uzavření rány se nejčastěji používá aplikace Ringerova roztoku do stromatu rohovky, výjimečně steh. Nakonec se nakape miotikum, antiglaukomatikum, antibiotika a oko se sterilně přelepí (Vícha, 2011, s. 93 – 96; Všetická, Suchomelová, 2008, Sestra).

4.5 Specifikum práce sálových očních sester

Na operačním sále jsou přítomny dvě sestry, jedna je instrumentářka a druhá obíhající. Jejich práce začíná před příchodem operátora na sál. Dezinfikují povrchy a přístrojové vybavení, připravují všechny pomůcky, sterilizují oční instrumentárium. Zapojují operační přístroje, jako je operační stůl a mikroskop, do elektrické sítě a provádí kontrolu jejich chodu. Připravují sterilní stolek s instrumentáři a operační přístroje

k vlastní operaci. Instrumentářka je zodpovědná za přípravu instrumentária, jako jsou síto na přední segment oka a síto pro operaci katarakty. Nastavuje a upravuje do chodu operační přístroj – fakoemulsifikátor, nastavuje a upravuje mikroskop včetně tlumení světel. Provádí zarouškování klienta, asistuje operátorovi po celou dobu zákroku. Obíhající sestra přebírá a ukládá premedikovaného klienta do polohy na zádech na operační stůl, poučí jej o chování během operace, zabezpečuje klientovu hlavu proti pohybu, asistuje při sterilním oblékání operátora. Aplikuje injekce i.m., i.v., infúze, O₂ terapii dle ordinací operátora, aplikuje kapky a masti do spojivkového vaku po operaci a přikládá fixační polštářkový obvaz. Nakonec předává klienta po operaci sestře na oddělení. Po operaci provádí zápis do perioperační ošetrovatelské dokumentace dle zvyklostí pracoviště, přebírá použité nástroje, kontroluje jejich počet a připravuje je ke sterilizaci (Vícha, 2011, s. 106; Klatovská nemocnice a.s., KN –SOP OŠ – 61, 2013; Všeticková, Suchomelová, 2008, Sestra).

4.6 Péče o klienta po operaci katarakty v ambulantních podmínkách

První kontrola po operaci je vždy druhý den ráno. Klient je přivezen rodinou nebo sanitní službou na ambulanci operačního pracoviště.

Sestra sundává klientovi obvaz z operovaného oka, aplikuje do spojivkového vaku antibiotické kapky a umělé slzy, měří aktuální refraktometr, nitrooční tlak a provádí vízus do dálky na Snellenově optotypu. Lékař kontroluje na šterbinové lampě přední segment oka, zda nedošlo k některé časné pooperační komplikaci. Pokud je pooperační nález přiměřený, klient odchází domů a aplikuje si celý první týden do spojivkového vaku kapky s kombinací antibiotik a kortikoidů nejméně 5x - 7x denně, záleží na daném pracovišti. Klient má již s kapáním kapek zkušenosti, neboť si je aplikuje jako prevenci zánětu 2 - 3 dny před plánovanou operací. Po celý první týden dodržuje poloklidový režim, se kterým byl seznámen již na předoperačním vyšetření. Lékař upozorňuje na příznaky nejčastějších pooperačních komplikací a doporučuje okamžitou kontrolu při zhoršení vízu, bolesti a zarudnutí oka nebo i výskytu celkových příznaků, jako jsou bolest hlavy, teploty, nauzea, zvracení. Většina očních pracovišť, kde se operuje šedý zákal, má vytvořeny písemně pokyny pro klienta po operaci, které klient dostává při propuštění do ruky. Sestra klientovi i jeho doprovodu všechno podstatné opakuje. Všimá si ošetrovatelských problémů, jako je nejistota v chůzi, a upozorňuje na riziko pádu, nedostatečné hygieny rukou a možné

zanesení infekce do oka, důležitosti kapání kapek v pravidelných intervalech a správným způsobem. Vše je důležité pro prevenci infekce a dobrého zahojení operační rány (Nováková, 2011, s. 113; Klatovská nemocnice a.s., KN – SOP OŠ – 17, 2013).

Druhá kontrola operovaného oka probíhá po 1 týdnu. Opět se měří refrakční hodnota operovaného oka, tím si lékař prověřuje správné vhojení nitrooční čočky do pouzdra, nitrooční tlak, a vízus do dálky na Snellenově optotypu. Lékař kontroluje na štěrbinové lampě přední segment oka – především, jak je usazená nitrooční čočka nebo zda nedochází k některé z dalších pooperačních komplikací. Při dobrém nálezu doporučuje pokračovat v aplikaci čistých kortikoidů do oka v kombinaci s umělými slzami po další 3 týdny sestupnou cestou, to znamená snižovat po týdnu kapání na konečných 3x denně, opět záleží na zvyklostech daného pracoviště (Vícha, 2011, s. 99).

Poslední kontrola klienta po operaci šedého zákalu je zhruba za jeden měsíc až šest týdnů. Lékař kontroluje přední segment oka na štěrbinové lampě a pomocí přímé či nepřímé oftalmoskopie stav sítnice a očního nervu. Sestra měří aktuální refrakci, nitrooční tlak a kontroluje se vízus do dálky i blízka. Pokud je oko po operaci zhojené, předepisuje se nová brýlová korekce a klient přestává aplikovat léčebné kapky a může vykonávat všechny aktivity jako před operací. Další kontroly u očního lékaře jsou indikovány dle zvyklosti pracoviště nebo dle potřeby klienta (Vícha, 2011, s. 99; Všetická, Suchomelová, 2008, Sestra).

5 PSYCHIKA KLIENTA S KATARAKTOU

Operaci katarakty můžeme považovat za klasický chirurgický zákrok, a ten je provázen určitou mírou stresu. Nejvíce trápí klienta strach z bolesti během operačního výkonu, nevěří účinkům anestetických kapek, bojí se nezdaru operace a následné slepoty. V den operace se každému klientovi měří krevní tlak. Stresová situace u většiny klientů způsobuje jeho zvýšení, které nemusí být kontraindikací operace, ale je pro něj nepříjemné. Někdy je ovšem zvýšení krevního tlaku tak enormní, že je třeba interního konzília nebo dokonce dojde k odvolání operace. Pokud je zdravotnický personál celého očního provozu jak na ambulanci, tak na oddělení a operačním sále dostatečně zkušený, vstřícný a milý a klient byl dostatečně a správně před operací edukován, určitě dojde k psychickému zklidnění operovaného a ke zdárnému konci celého jednodenního programu (Urbanová, 2003, Sestra).

Lidé především pokročilého věku se obávají, že neporozumí odborným výrazům lékaře a také mnoha pokynům, které obdrží. Mají strach, že udělají během předoperační domácí přípravy či v době po operaci závažnou chybu, která způsobí nezvratné poškození operovaného oka. Důsledkem zbytečného používání odborných termínů zdravotníků je depersonalizace, zkreslené informace pro klienta a nakonec nedostatečná compliance. Sestra především musí být prostředníkem mezi lékařem a klientem, měla by z neverbálních podnětů rozpoznat nejistotu člověka při rozhovoru a edukaci ohledně operace. Musí mít na paměti, že mnoho geriatrických klientů má poruchu sluchu, má zpomalené psychomotorické tempo. Je vhodné mít nejdůležitější pokyny sepsány, aby si je klient stále mohl opakovat a nakonec dobře zapamatovat. Sestra by si měla kontrolními dotazy zjistit, že klient odchází z vyšetření či operace do domácího prostředí dostatečně poučen, nebo alespoň jeho doprovod (Křivohlavý, 2002, s. 64; Pokorná, 2010, s. 102 - 105).

Mnoho klientů operovaných pro šedý zákal věkem přesahuje 80 let. Jsou to často polymorbidní klienti, u kterých je prokázána také věkem podmíněná makulární degenerace oka (VPMD). Mohlo by se zdát, že tito klienti nemohou dobře ocenit přínos operace, ale opak je pravdou. Některé studie se přímo zaměřily na tuto věkovou skupinu a zjistily, že žádný z operovaných klientů nehodnotil výsledek operace negativně. I když se u klientů

výrazněji nezměnila zraková ostrost, vnímali subjektivně zlepšení, hlavně v prostorové orientaci nebo v lepší citlivosti pro kontrast a barvy (Kadlecová, 2007, s. 30 – 31).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Hlavním problémem je nedostatečná edukovanost klienta v perioperačním období katarakty. Vzhledem k ambulantnímu způsobu operace je klient edukován personálem očního oddělení poprvé na předoperačním očním vyšetření. V den operace je edukován podruhé, avšak ze zkušeností víme, že stresová situace, kterou operace je, nedovolí soustředit klientovy myšlenky na nic jiného než na plánovaný zákrok. V dnešní době se navíc v mnoha nemocnicích ruší lůžka malých oddělení při zachování jejich ambulantního a sálového provozu a vzniká pro jejich potřebu tzv. sdílený lůžkový fond. Lůžka jsou umístěna na chirurgická či interní oddělení. Sestry těchto oddělení ale nemají k dispozici vhodný edukační materiál, vycházející ze zvyklostí nejbližšího kataraktového pracoviště a nemohou správně odpovídat na dotazy klientů, kteří jsou zde hospitalizováni po operaci katarakty. Bylo by dobré, aby na těchto odděleních byly vhodné letáky, do kterých může sestra podle potřeby nahlédnout.

7 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu je zjistit možnost uplatnění edukačního letáku s pokyny pro klienta s kataraktou v perioperačním období. Edukační leták bude rozdán na oddělení, kde předpokládám největší počet takových hospitalizovaných nebo ambulantně ošetřených, a sestry zhodnotí jeho přínos pro svou práci.

7.1 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zmapovat znalosti sester na určitých pracovištích o perioperačním období klienta s kataraktou.

Předpoklad 1: Předpokládám, že více než polovina respondentek zná dobře problematiku katarakty a její perioperační péči v ambulantních podmínkách.

Otázky č. 5, 6, 7

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak přistupují sestry k edukaci klienta a jeho rodiny.

Předpoklad 2: Předpokládám, že více než polovina respondentek předává klientovi dle jeho potřeby aktivně správné informace.

Otázky č. 8, 9, 10, 11, 12

Dílčí cíl 3: Zjistit subjektivní hodnocení letáku sestrami na daných odděleních.

Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina respondentek se bude aktivně zajímat o nový učební materiál, který může obohatit jejich znalosti o operaci katarakty a celém perioperačním období.

Otázky č. 4, 13, 14, 15, 20

Dílčí cíl 4: Zmapovat, jak sestry hodnotí praktický přínos edukačního letáku na svém pracovišti.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina respondentek zhodnotí praktický přínos edukačního materiálu kladně.

Otázky: 16, 17, 19

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů: Vzorek respondentů tvořilo 100 sester ve věku mezi 20 – 60 lety, které dosáhly různého vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ).

Kritérium výběru: Kritériem výběru byla jejich práce na těch odděleních nebo ambulancích, kde jsem předpokládala nejvyšší výskyt klientů s kataraktou, a to nejlépe v období perioperačním.

9 METODA SBĚRU DAT

Výzkumné šetření v praktické části bakalářské práce na téma: „Edukace klienta v perioperační péči s kataraktou“ bylo vedeno formou dotazníku. Dotazník je nejfrekventovanější metodou získávání údajů, kdy za krátké období je možné získat velké množství informací.

Strukturovaný dotazník se skládá z 20 otázek, na které respondentky odpovídaly anonymně písemnou formou. Byly použity 3 otázky uzavřené dichotomické, 13 otázek uzavřených polytomických, 5 polootevřených a 1 otevřená. Na každou otázku mohla být jen jedna odpověď. Otázky č. 1 - 3 se týkaly věku, vzdělání a pracoviště respondentek. Otázky č. 4 - 8 se zajímaly o informovanost respondentek o výše uvedené tématiku a jak často se s ní setkávají. Otázky č. 9 – 12 se týkaly edukace u klienta všeobecně. Otázky č. 13 – 20 se zabývaly zájmem respondentek o nabídnutý leták s informacemi o kataraktě.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Pilotní studie:

Nejprve byla provedena pilotní studie na očním oddělení u několika sester. Byly vybrány 3 zkušené sestry s dlouholetou praxí na očním pracovišti, které se denně zabývají podáváním informací klientům v perioperačním období katarakty. Pilotní šetření nepoukázalo na chybné údaje v edukačním letáku, pouze 2 otázky v dotazníku byly vypuštěny pro svou duplicitu s jinými. Letáky a dotazníky byly následně distribuovány na celé oční pracoviště i na další vybraná oddělení.

Vlastní průzkum:

Vlastní průzkum proběhl na 3 odděleních nemocnice v Klatovech v říjnu až prosinci 2013 po předchozím schválení vedením nemocnice (viz příloha 1). Bylo zvoleno chirurgické a interní oddělení, kde jsou umístěna sdílená lůžka pro potřebu očního pracoviště, i na jejich ambulance, a potom vlastní oční oddělení a jeho všeobecné i specializované ambulance. Dále byly rozdány letáky a dotazníky v Domově pro seniory v Klatovech a Újezdci u Klatov, kde je také vysoké procento klientů s diagnózou katarakty (po předchozím schválení vedení DpS - viz příloha 2).

V první fázi byly na vybraná pracoviště distribuovány letáky s informacemi o kataraktě a s pokyny pro klienty v perioperačním období s kataraktou (viz příloha 3). Sestry na jednotlivých pracovištích měly možnost si leták pročíst a teprve následně byly rozdány dotazníky (viz příloha 4).

Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků. 10 kusů na oční oddělení, 30 kusů na interní oddělení, 25 kusů na chirurgické oddělení a 35 kusů do Domovů pro seniory v Klatovech a Újezdci u Klatov.

Navráceno bylo celkem 72 dotazníků, které mohly být využity k dalšímu zpracování (viz tabulka č. 3).

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (otázky č. 1, 2, 3 zjišťovaly věkovou kategorii, dosažené vzdělání a pracoviště respondentek)

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk dotazovaných

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| 20 – 30 let | 17 | 24 |
| 30 – 50 let | 36 | 50 |
| 50 – více let | 19 | 26 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 představuje věk dotazovaných respondentek.

50 % dotazovaných respondentek jsou zdravotní sestry ve věku 30 – 50 let, 26 % tvoří sestry 50 leté a více, 24 % sester je ve věku 20 – 30 let.

Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|-----------------|-----------------------|---------------------|
| Střední odborné | 53 | 74 |
| Vyšší odborné | 10 | 14 |
| Vysokoškolské | 9 | 12 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvyšší procento 74 % tvoří sestry, které dosáhly středního odborného vzdělání (SZŠ), 14 % tvoří sestry s vyšší odbornou školou (Dis.) a pouze 12 % sester má vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.).

Otázka č. 3: Pracuji na ambulanci/ oddělení tohoto oboru:

Tabulka 3: Pracoviště respondentek

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Chirurgické | 12 | 17 |
| Interní | 26 | 36 |
| Oční | 10 | 14 |
| DpS | 24 | 33 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3 mapuje pracoviště respondentek.

36 % sester pracuje na interním oddělení nebo ambulanci, 33 % sester je zaměstnáno v Domově pro seniory, 17 % pracuje na chirurgickém oddělení a 14 % na očním oddělení nebo jeho specializovaných ambulancích.

Otázky č. 4 – 8 se zabývaly zájmem respondentek o kataraktu a její perioperační období.

Otázka č. 4: Zajímá Vás téma katarakty?:

Tabulka 4: Zájem o problematiku katarakty

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano, proč: | 58 | 81 |
| Ne, proč: | 14 | 19 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 ukazuje, že 81 % respondentek se zajímá o problematiku katarakty a 19 % ne. Všechny sestry, které odpověděly ne, udaly, že se nesetkávají s tímto onemocněním často. 10 sester uvedlo, že je problematika katarakty zajímavá kvůli vlastní potřebě či pro potřebu jejich rodinného příslušníka. 48 sester uvedlo, že se zajímají o toto onemocnění, protože pracují a jsou často ve styku s klienty s kataraktou.

Otázku č. 4 jsem srovnala s otázkou č. 2. Zajímalo mě, zda se respondentky vysokoškolského vzdělání zajímají o téma katarakty, i když nepracují na očním oddělení. Výsledkem bylo zjištění, že všech 9 sester s VŠ se zajímá o problematiku katarakty. Přitom byly zastoupeny rovnoměrně ve všech vybraných pracovištích.

Otázka č. 5: Setkáváte se na Vašem pracovišti s klienty s kataraktou (v perioperačním období)?

Tabulka 5: Četnost setkávání s klienty s kataraktou

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|------------------|----------------|--------------|
| Ano, velmi často | 16 | 22 |
| Ano, občas | 31 | 43 |
| Velmi málo | 15 | 21 |
| Ne, nikdy | 10 | 14 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 5 mapuje, jak často se respondentky setkávají s klienty s kataraktou. 22 % sester odpovědělo, že se setkává velmi často, 43 % sester občas, 21 % sester zvolilo odpověď velmi málo. 14 % sester udalo, že se nikdy s takovým klientem nesetkalo.

Otázka č. 6: Setkáváte se s dotazy od klienta nebo jeho rodiny ohledně perioperační péče s kataraktou?

Tabulka 6: Četnost setkávání s dotazy klientů

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|------------------|-----------------------|---------------------|
| Ano, velmi často | 14 | 19 |
| Ano, občas | 17 | 24 |
| Velmi málo | 17 | 24 |
| Ne, nikdy | 24 | 33 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 ukazuje, kolik respondentek se setkává při své práci s dotazy klienta nebo jeho rodiny ohledně perioperační péče.

19 % sester se setkává s dotazy velmi často, 24 % sester jen občas, 24 % sester velmi málo. 33 % sester uvedlo, že se s takovými dotazy neseťkává nikdy.

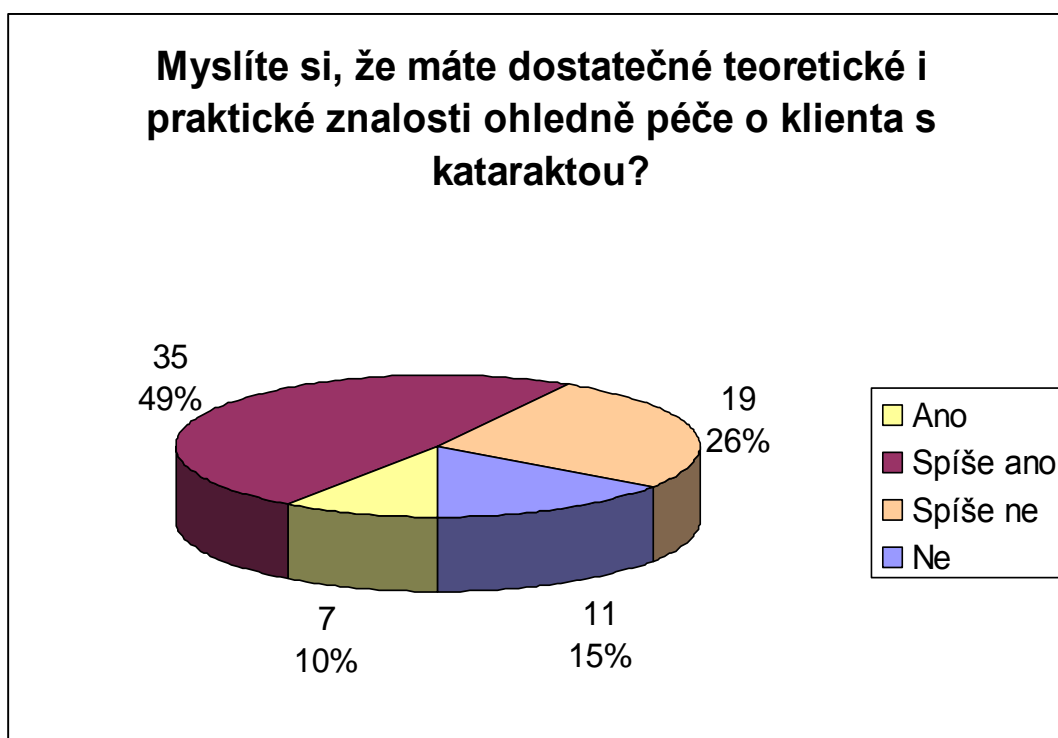
Otázka č. 7: Myslíte si, že máte dostatečné teoretické i praktické znalosti ohledně péče o klienta s kataraktou?

Tabulka 7: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|-----------|----------------|--------------|
| Ano | 7 | 10 |
| Spíše ano | 35 | 49 |
| Spíše ne | 19 | 26 |
| Ne | 11 | 15 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Graf 1: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou



Zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 mapuje úroveň znalostí respondentek ohledně péče o klienta s kataraktou. Tabulka byla pro názornost doplněna barevným grafem, neboť došlo k zajímavému zjištění.

49 % dotázaných sester uvedlo, že má dostatečné znalosti ohledně péče o klienta v perioperačním období. 10 % sester uvedlo, že má dokonce velmi dobré znalosti. 26 % sester uvedlo, že jejich úroveň znalostí je spíše nedostatečná a 15 % sester přiznalo, že nemá znalosti žádné.

Otázka č. 8: Byla byste si vždy jistá správnou odpovědí na klientův dotaz týkající se katarakty, vlastní operace nebo důležitých pokynů před a po operaci?

Tabulka 8: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|-----------|----------------|--------------|
| Ano | 7 | 10 |
| Spíše ano | 34 | 47 |
| Spíše ne | 21 | 29 |
| Ne | 10 | 14 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8 ukazuje, jak jsou respondentky připraveny odpovídat na případné dotazy klientů nebo jejich rodinných příslušníků ohledně katarakty, vlastní operace i všech důležitých pokynů před a po operaci.

Jen 10 % sester má dostatečné zkušenosti s klienty s kataraktou a jsou si jisté v odpovědích. 47 % sester odpovědělo, že by většinou uměly klientovi podat správné informace. 29 % sester zvolilo odpověď spíše ne a 14 % sester dokonce vůbec ne.

Otázky č. 9 – 12 zjišťovaly, jak respondentky pohlíží na důležitost edukace v ošetrovatelském procesu, zda je podle nich vhodné edukovat i rodinu klienta a jaký druh edukace ve své praxi využívají.

Otázka č. 9: Souhlasíte s tím, že edukace klienta je podstatnou součástí ošetrovatelské péče, jak v lůžkovém, tak i v ambulantním sektoru?:

Tabulka 9: Edukace klienta

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 72 | 100 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 9 mapuje, jak respondentky pohlíží na přínos edukace všeobecně. Výsledkem je 100 % souhlas sester, které odpovídaly v tomto dotazníkovém šetření.

Otázka č. 10: Edukujete společně s klientem i jeho rodinu?

Tabulka 10: Edukace klienta

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 18 | 25 |
| Ano, pokud se rodina zajímá | 46 | 64 |
| Ne | 8 | 11 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 10 ukazuje, zda respondentky při své práci edukují společně s klientem i rodinné příslušníky.

25 % sester udalo, že ano. 64 % sester odpovědělo, že ano, pokud má o edukaci rodina zájem. 11 % sester rodinu svého klienta needukuje.

Negativní odpovědi otázky č. 10 jsem srovnala s otázkou č. 3. Zajímalo mě, na kterém pracovišti pracují sestry, které nepovažují za důležité edukovat rodinu svého klienta. 3 x odpověděly záporně sestry z interního, 3x z chirurgického oddělení a 2 negativní odpovědi byly z Domova pro seniory.

Otázka č. 11: Jakým způsobem nejraději provádíte edukaci klienta?

Tabulka 11: Edukace klienta

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Písemně | 1 | 1 |
| Ústně | 71 | 99 |
| Jiným způsobem | 0 | 0 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 11 zjišťuje, jakým způsobem respondentky klienta nejraději edukují. Celých 99 % sester odpovědělo, že edukaci provádí ústní formou. Pouze 1 % sester uvedlo, že edukují písemnou formou.

Otázka č. 12: Myslíte si, že máte dostatek času na kvalitní edukaci?

Tabulka 12: Edukace klienta

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 9 | 12 |
| Spíše ano | 31 | 43 |
| Spíše ne | 28 | 39 |
| Ne | 4 | 6 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 12 zjišťuje, zda mají respondentky při své práci dostatek času na kvalitní edukaci. Pouze 12 % sester uvedlo, že ano. Celých 43 % sester odpovědělo, že většinou mají čas na edukaci a 39 % sester uvedlo, že spíše čas nemá. 6 % sester přiznává, že nemá žádný čas na kvalitní edukaci klienta.

Otázky č. 13 – 20 se zaměřily na praktické využití edukačního letáku. Některé otázky byly postaveny tak, aby respondentky měly možnost slovně ohodnotit přínos letáku pro svou praxi.

Otázka č. 13: Je Vám pochopitelný obsah celého letáku o operaci šedého zákalu?:

Tabulka 13: Pochopitelnost obsahu celého letáku

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 72 | 100 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 13 se zajímá, zda respondentky chápou obsah nabídnutého informačního letáku. Všechny 100 % sester odpovědělo kladně.

Otázka č. 14: Myslíte si, že by bylo přínosné mít k dispozici podobné informace v tištěné podobě na vašem pracovišti?:

Tabulka 14: Přínos tištěných informací na vlastním pracovišti

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 61 | 85 |
| Ne | 11 | 15 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 14 zobrazuje, zda respondentky chtějí mít podobné informace v tištěné podobě na svém pracovišti.

85 % sester zvolilo odpověď ano, 15 % ne.

Otázka č. 15: Vidíte v edukačním letáku přínos pro Vaši práci s klienty?

Tabulka 15: Přínos edukačního letáku pro vlastní práci s klienty

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 33 | 46 |
| Spíše ano | 24 | 33 |
| Spíše ne | 12 | 17 |
| Ne | 3 | 4 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 15 se zabývá tím, zda respondentky vidí přínos edukačního letáku pro svou práci.

46 % sester odpovědělo, že určitě ano, 33 % sester, že spíše ano. 17 % sester udalo, že spíše ne a 4 % v edukačním letáku nevidí pro svou práci žádný přínos.

Otázku č. 15 jsem srovnala s otázkou č. 3. Zajímalo mě, ze kterých pracovišť jsou respondentky, které odpověděly spíše ne, a ne.

Nejvíce sester, které odpověděly spíše ne, bylo z interních lůžek, celkem 9. 2 sestry byly z Domova pro seniory a 1 sestra z chirurgické ambulance. Odpověď ne byla od 3 sester z interních lůžek.

Otázka č. 16: Získala jste přečtením letáku nějaké nové znalosti?

Tabulka 16: Získání nových informací o kataraktě

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Ano, konkrétně jaké | 10 | 14 |
| Spíše ano | 45 | 63 |
| Spíše ne | 11 | 15 |
| Ne | 6 | 8 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 16 zjišťovala, zda edukační leták přinesl respondentkám nějaké nové informace o kataraktě a jeho perioperačním období. U odpovědi ano jsem požádala o doplnění, kterých informací se to týkalo.

14 % sester odpovědělo, že v letáku objevily nové informace. 63 % sester zvolilo odpověď spíše ano, 15 % spíše ne a 8 % zřejmě nemá s informacemi o dané tématice žádné problémy.

4 sestry uvedly, že pro ně byl neznámý průběh operace. 3 sestry napsaly, že pro ně byla zajímavým tématem předoperační péče. 1 sestra uvedla možnost sledování televize po operaci. Pro 1 sestru bylo novou informací, že klient nesmí po operaci několik dní spát na operované straně. 1 sestra uvedla, že pro ni byly nové všechny informace o kataraktě.

Otázka č. 17: Která část textu se Vám jeví nejpřínosnější pro Vaše zaměstnání?

Tabulka 17: Text, který je pro praxi největším přínosem

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| Šedý zákal | 12 | 17 |
| Operace šedého zákalu | 7 | 10 |
| Pokyny před a po operaci | 50 | 69 |
| Žádná | 3 | 4 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 17 mapovala, která konkrétní část textu z edukačního letáku se respondentkám jeví jako nejpřínosnější pro praxi.

17 % sester zvolilo téma šedého zákalu. 10 % sester uvedlo téma operace šedého zákalu.

Celých 69 % sester uvedlo jako nejpřínosnější pro svou praxi pokyny před a po operaci.

4 % sester se rozhodlo pro odpověď žádná část textu.

Otázka č. 18: Která část textu by se Vám nejhůře předávala ústně klientovi?

Tabulka 18: Nejobtížnější část textu pro ústní předání klientovi

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| Šedý zákal | 5 | 7 |
| Operace šedého zákalu | 18 | 25 |
| Pokyny před a po operaci | 3 | 4 |
| Žádná | 45 | 63 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 18 se zabývala subjektivním názorem respondentek. Zjišťovala, která část textu by respondentkám způsobovala největší potíže, pokud by ji měly při edukaci předávat klientovi.

7 % sester zvolilo téma šedého zákalu. 25 % sester považuje za nejobtížnější část průběh operace katarakty. 4 % sester uvedlo téma pokyny před a po operaci. 63 % sester dle šetření by nemělo žádné potíže s edukací klienta s kataraktou.

Otázka č. 19: Vyjádřete heslovitě, jaké byste ještě využila informace, popř. co Vám v letáku chybí.

Tabulka 11: Doplnění letáku informacemi

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|-----------------------------------|----------------|--------------|
| Žádné informace nechybí | 68 | 94 |
| Vznik a předcházení katarakty | 2 | 3 |
| Ceny a druhy implantovaných čoček | 2 | 3 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tato otázka byla záměrně zvolena jako otevřená. Respondentky měly možnost slovně vypsát, které téma v edukačním letáku by bylo vhodné ještě doplnit o další informace.

Celých 94 % sester odpovědělo, že informací v edukačním letáku je dostatečné množství.

3% sester se zajímalo, za jakých podmínek katarakta vzniká a zda by se jí dalo předcházet a jakým způsobem.

3 % sester se zajímalo o ceny a druhy implantovaných, intraokulárních čoček (IOL).

Otázka č. 20: Zajímá Vás téma katarakty a perioperačního období u klienta natolik, že byste uvítala více informací, případně seminář?

Tabulka 20: Zájem respondentek o více informací

| Odpověď | Počet odpovědí | Procenta (%) |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| Ano | 45 | 62 |
| Ne | 27 | 38 |
| Celkem | 72 | 100 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 20 mapuje zájem respondentek o další informace o kataraktě a perioperačním období u klienta, například v podobě semináře.

62 % sester zvolilo odpověď ano, 38 % sester odpověď ne.

12 PREZENTACE ÚDAJŮ

První otázky šetření se týkaly věku, vzdělání a domovského oddělení respondentek.

Největší procento sester (50 %) pracujících na daných odděleních tvořily respondentky ve věku 30 – 50 let. Pro praxi je to pozitivní zpráva, neboť by se tím mělo jednat o sestry s dostatečnou zkušeností v provozu a v nejlepším produktivním věku.

Druhá otázka se týkala vzdělání respondentek. Došlo ke zjištění, že respondentky s vysokoškolským vzděláním tvořily nejmenší skupinu sester (12 %), ale byly zastoupeny na všech pracovištích. Nejvyšší procento (74 %) respondentek stále tvoří sestry se středním odborným vzděláním.

Třetí otázka se týkala domovského pracoviště respondentek. Dotazníky správně vyplnilo 72% z oslovených, opět byla rovnoměrně zastoupena všechna zvolená pracoviště.

Prvním dílčím cílem šetření bylo zmapovat znalosti sester vybraných pracovišť o perioperačním období klienta s kataraktou. Předpokládala jsem, že více než polovina respondentek se orientuje v této problematice dobře. K tomu jsem vytvořila otázky č. 5 – 7.

Otázkou č. 5 jsem zjišťovala, jak často se sestry na svém pracovišti setkávají s klienty s kataraktou, a to nejlépe v období perioperačním. 65% sester odpovědělo, že se s klienty setkávají často nebo občas.

Otázkou č. 6 jsem zjišťovala, jak často respondentky odpovídají na dotazy klienta nebo jeho rodiny ohledně perioperační péče s kataraktou. 43 % sester uvedlo, že s takovými dotazy se setkává často nebo občas.

Otázka č. 7 mapuje teoretické a praktické znalosti respondentek o kataraktě a péči o klienta v perioperačním období. 59 % z nich považuje své znalosti za dostatečné.

Předpoklad č. 1 proto považuji za splněný, neboť více než polovina sester udalo, že se s klienty s kataraktou setkává, odpovídá na jejich dotazy ohledně perioperační péče, a považuje své znalosti o daném tématu za dostatečné.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak respondentky přistupují k edukaci klienta a jeho rodiny. Předpokládala jsem, že více než polovina z nich předává klientovi aktivně dle jeho potřeby správné informace. Ke zjištění mi posloužily otázky č. 8 – 12.

Otázka č. 8 mapovala, zda jsou si respondentky jisté svými znalostmi ohledně katarakty, vlastní operace a důležitých pokynů před a po operaci a uměly by správně odpovědět na klientův dotaz. 57 % sester odpovědělo, že ano nebo spíše ano.

Otázka č. 9 se věnovala edukaci obecně a zjišťovala u respondentek, zda ji považují za důležitou v ošetrovatelské péči, a to jak v lůžkovém, tak i v ambulantním sektoru. Všechny 100 % sester odpovědělo kladně.

Otázka č. 10 se zajímala, zda respondentky edukují i rodinu klienta. 25 % z nich odpovědělo, že ano a 64 % odpovědělo, že jen tehdy, pokud o edukaci rodina klienta stojí.

Otázka č. 11 zjišťovala, jakým způsobem respondentky nejraději edukují. Celých 99 % odpovědělo, že ústní formou.

Otázka č. 12 se zajímala, zda mají respondentky dostatek času na kvalitní edukaci. 55 % sester odpovědělo, že ano nebo spíše ano.

Předpoklad 2. dílčího cíle považují také za splněný. Dle výsledků tabulek všechny sestry považují edukační činnost u klienta za velmi důležitou a používají spíše ústní formu edukace. Více než polovina z nich se zajímá o informovanost klienta i jeho rodiny a pokud by se s takovým klientem na svém pracovišti setkaly, uměly by správně reagovat na jeho dotazy ohledně vlastní nemoci, průběhu operace i perioperačního období. Těší mě, že alespoň polovina sester považuje množství stráveného času na kvalitní edukaci u svých klientů za dostatečné.

Třetí dílčí cíl měl za úkol zjistit, jak respondentky subjektivně hodnotí předložený leták.

Předpokládala jsem, že více než polovina z nich jej přijme kladně a bude v něm vidět zajímavý učební materiál. Pro své šetření jsem zvolila otázky č. 4, 13 – 15, 20.

Otázka č. 4 byla polootevřená a zjišťovala, zda respondentky mají vůbec zájem o téma katarakty. 19 % sester odpovědělo, že se o dané téma nezajímá, protože se s tímto onemocněním nesetkávají příliš často. Celých 81 % respondentek uvedlo, že se o kataraktu

zajímá. Většina z nich uvedla jako důvod, že se s klienty s kataraktou při své práci setkávají často a některé uvedly, že tato problematika je zajímavá z osobního důvodu.

Otázka č. 13 se dotazovala respondentek, zda jim je celý obsah letáku pochopitelný. Kladně odpovědělo všech 100 % dotazovaných.

Otázka č. 14 se zajímala o to, zda považují respondentky za přínosné mít takový edukační materiál na svém pracovišti. 85 % dotazovaných odpovědělo, že ano.

Otázka č. 15 se zabývala tím, zda je pro respondentky edukační leták přínosem. 79 % sester uvedlo odpověď ano nebo spíše ano.

Otázka č. 20 zjišťovala, zda respondentky zajímavá téma katarakty natolik, že by uvítaly více informací, popřípadě i seminář. 62 % sester odpovědělo kladně.

Předpoklad 3. dílčího cíle byl tímto splněn. Více než polovina respondentek uvedla, že se zajímá o téma katarakty v širší míře, než leták nabízí a edukační materiál vidí jako zajímavý, pochopitelný a pro ně osobně přínosný.

Dílčí cíl č. 4 měl zmapovat, jak sestry hodnotí praktický přínos edukačního letáku na svém pracovišti. Předpokládala jsem, že více než polovina respondentek jej zhodnotí kladně.

Pro mapování odpovědí jsem zvolila otázky č. 16, 17, 19.

Otázka č. 16 se dotazovala respondentek, zda jim edukační leták přinesl nové informace o daném tématu a pokud ano, jaké konkrétně. 77 % sester uvedlo, že jim byl leták přínosný novými informacemi a 14 % z nich vypsalo konkrétně jaké. Bylo pro mě jako oční sestru velmi zajímavé číst, které informace jsou pro sestry z jiných oborů novinkami.

Otázka č. 17 mapovala, která část textu v edukačním letáku je pro respondentky nejvíce přínosná pro jejich praxi. 69 % z nich uvedlo, že pokyny před a po operaci.

Otázka č. 19 byla záměrně postavena jako otevřená. Dávala možnost všem respondentkám slovně vypsát, které další informace by bylo vhodné do letáku přidat. Většina z nich (94 %) odpověděla, že edukační leták je dostatečný, pouze 6 % sester napsalo, o které informace by mohl být obohacen.

Předpoklad 4 dílčího cíle tedy mohu také považovat za splněný, neboť většina respondentek uvedla, že je leták praktickým přínosem pro jejich práci a to i díky novým

informacím. Respondentky též aktivně reagovaly na polootevřenou i otevřenou otázku zajímavými odpověďmi.

13 DISKUZE

Katarakta je velmi rozšířeným onemocněním a to napříč celou lidskou populací. V poslední době se toto onemocnění operuje běžně v ambulantním režimu, jak v soukromých refrakčních centrech, tak na očních odděleních větších i menších nemocnic. Klient je proto bez ohledu na věk, nedoslýchavost, sníženou zrakovou ostrost, ale i omezenou pohyblivost konfrontován s informacemi a pokyny ohledně operace katarakty a jejího pooperačního období velmi omezeně. Pro zdárný průběh celého perioperačního období je velmi důležitá správně vedená a hlavně validní edukační činnost zdravotnického personálu. Týká se zdravotníků jak očního pracoviště, tak zdravotníků jiných oddělení nebo ambulancí, kteří se též dostávají s takovým klientem do kontaktu.

Pracuji na očním oddělení a setkávám se denně s dotazy od klientů s kataraktou i s jejich rodinnými příslušníky, kteří o ně pečují. Často odpovídám na dotazy ohledně perioperační péče i sestrám z pracovišť, jako jsou interní ambulance, kam klienti dochází na předoperační vyšetření. Také sestry z domovů pro seniory, kde je velké procento klientů s kataraktou, se zajímají např. o délku léčení po operaci, četnost aplikace kapek do operovaného oka, četnost kontrol u očního lékaře po vlastní operaci. Další část sester, které se dnes setkávají s klienty během perioperačního období s kataraktou jsou ty, které pracují na chirurgickém oddělení, neboť v menších nemocnicích se v rámci úspory vytvořila sdílená lůžka pro malé obory jako jsou právě oční nebo ORL pracoviště. Sem přichází klienti těsně po operaci katarakty, pokud byl těžký průběh nebo se předpokládá některá časná komplikace. V neposlední řadě se s klienty s kataraktou setkávají též sestry interních oddělení, protože mnoho klientů je polymorbidních a jsou hospitalizováni v raném pooperačním období pro dekompenzaci některého ze svých základních onemocnění.

Rozhodla jsem se pro vytvoření edukačního letáku, který v několika bodech shrnuje potřebné informace pro klienta v perioperačním období s kataraktou a také všechny dotazy zdravotníků, se kterými jsem se v poslední době osobně setkala nebo na které mě upozornily kolegyně z očního oddělení. Leták jsem v předstihu rozeslala v několika

výtiscích na vybraná pracoviště mezi respondentky. Po domluvě s vedoucími sestrami jednotlivých oddělení jsem rozdala dotazníky, které mapovaly jak zájem respondentek o kataraktu obecně, tak jejich náhled na edukaci klienta, a především zda by byl leták přínosem pro praxi.

Vzorek respondentek tvořilo 100 sester z vybraných pracovišť. Správně vyplněné dotazníky jsem obdržela od 72 z nich. První 3 otázky byly filtrující a nevztahovaly se k danému tématu, ale mohla jsem jejich výsledky následně použít k srovnání s dalšími odpověďmi. Otázka č. 2 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, dle očekávání nejvíce sester má pouze střední odborné vzdělání. Srovnávala jsem výsledky položky č. 2 s bakalářskou prací paní Moniky Formánkové z roku 2013 na téma *Role všeobecné sestry v edukačním procesu u epileptických pacientů* a dospěla jsem k podobnému výsledku.

Dalším zajímavým výsledkem byly kladné odpovědi sester na polootevřenou otázku č. 4. Nestačila mně odpověď ano/ ne, chtěla jsem, aby se sestry zamyslely, proč ji zvolily. Většina sester odpověděla, že se zajímají, protože „*se s klienty a jejich dotazy často setkávají*“. Takovou odpověď jsem předpokládala.

10 sester odpovědělo, že je téma katarakty zajímavá, protože „*je toto onemocnění časté a může potkat mě i moje blízké*“.

Překvapilo mě, že na otázku č. 7, zda mají respondentky dostatečné znalosti o problematice katarakty, odpověděla více než polovina z nich ano. Domnívám se, že respondentky odpovídaly kladně za prvé proto, že katarakta je z očních onemocnění nejvíce známé a také často medializované onemocnění díky reklamám soukromých refrakčních center na internetu nebo v rozhlase a TV. Mnoho sester má též osobní zkušenosti např. s ošetřováním vlastního člena rodiny po operaci.

Dále bych chtěla zmínit výsledky otázky č. 10, zda sestry edukují klienta i s rodinou a její srovnání s otázkou č. 3, která mapovala pracoviště respondentek. Všechny kladné odpovědi jsem obdržela od sester z očního pracoviště a také od těch, které pracují na ambulancích interního nebo chirurgického oddělení. Ambulantní provoz je tedy zřejmě ve výhodě. Klient bývá často na ambulantní ošetření doprovázen rodinným příslušníkem, a proto sestra může podávat potřebné informace ohledně péče oběma. Většina

respondentek spíše zvolila odpověď, že edukují rodinu společně s klientem, jen pokud se o to rodina zajímá. Záporných odpovědí naštěstí nebylo mnoho.

Srovnávala jsem výsledky tohoto dílčího šetření s bakalářskou prací paní Markéty Veselé z roku 2012 na téma *Ošetrovatelská péče o pacienta s kataraktou*. Obě jsem shodně došly ke zjištění, že naše respondenty ve většině případů považují edukační činnost u klientů za velmi důležitou, umí správně odpovídat na dotazy vázající se k problematice katarakty a používají ústní formu edukace.

Výsledky otázky č. 12 mě trochu zarazily. 39 % sester udalo, že má velmi málo času na kvalitní edukaci a 6 % udalo, že nemá dokonce žádný čas na edukaci klienta. Zjistila jsem, že negativně reagovaly některé sestry, které pracují na lůžkové části chirurgického nebo interního oboru. Ale jiné ze stejného pracoviště odpověděly kladně. Proto jsem tuto otázku dále nesrovnávala a považuji odpovědi spíše za subjektivní projev a postoj těchto sester.

Zajímavý výsledek přinesla pro mé šetření otázka č. 16.

77 % sester uvedlo, že leták byl pro ně přínosem nových informací a 14 % z nich dokonce vypsal, které jsou to konkrétně: „*průběh operace, předoperační péče, sledování televize po operaci nebo spánek na neoperované straně, onemocnění katarakta*“.

Další otázka, která umožnila sestrám volnější odpověď, byla č. 19. Respondentky se mohly slovně vyjádřit, která další informace by mohla být v edukačním letáku zmíněná.

Většina sester ohodnotila informace v letáku jako dostatečné. 6 % sester uvedlo, že by uvítalo informace o „*vzniku katarakty a její prevenci a také o typech a cenách implantovaných intraokulárních čoček*“.

Výsledky v praktické části potvrzují můj záměr vytvořený edukační leták rozšířit na ta pracoviště, kde se sestry mohou častěji setkávat s klienty s kataraktou. Posloužil by všem zdravotníkům jako manuál pro práci s klientem, který se zajímá o tyto informace. Leták je především určený klientům, kteří plánují operaci katarakty v Klatovské nemocnici a.s. Přesto se domnívám, že většina informací v něm obsažených je platná i v jiných kataraktových pracovištích.

ZÁVĚR

Edukační činnost sestry u klienta s kataraktou v perioperační péči je mi blízkým tématem, protože tvoří podstatnou část mé pracovní náplně.

V teoretické části jsem v jednotlivých kapitolách popisovala to nejdůležitější, co by měla oční sestra znát při práci s klienty s kataraktou.

Začátek se věnoval edukaci. Nejprve jsem tuto činnost popsala v její teoretické rovině. Přestože většina zkušených a kvalitních sester ji prakticky ovládá, je dobré znát zásady, jak v edukaci postupovat, aby byly splněny stanovené cíle. Popis edukace klienta s kataraktou očním lékařem i sestrou je velmi podrobný, ale zakládá se na dobrých zkušenostech většiny zdravotníků, kteří pracují na kataraktovém pracovišti.

Nejen oční lékaři, ale i oční sestry by měly dobře ovládat anatomii a fyziologii oka. Často se setkávají s falešnými představami klientů a je třeba správně vysvětlit uložení části oka nebo i názorně předvést na modelu.

V další kapitole jsem se zmínila o kataraktě. Zabývala jsem se příčinami vzniku katarakty, jejími druhy a také jsem popsala komplikace, které mohou vzniknout v časném až pozdním období po operaci.

Největší kapitola se věnovala perioperačnímu období u klienta s kataraktou. Za toto období považuji čas od stanovení diagnózy a doporučení operace až po úplné dokončení léčby katarakty.

Poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala psychice klienta. Z vlastní zkušenosti totiž vím, jak citlivě mnozí klienti vnímají výkony na oku.

Praktická část mé práce přinesla výsledek, který jsem si přála. Splnily se mé předpoklady jak ohledně znalosti katarakty u respondentek, tak o jejich přístupu k edukaci. Více než polovina oslovených respondentek, a to bez ohledu na obor, ve kterém pracují, hodnotí pozitivně přínos edukačního letáku, který jsem jim nabídla k prostudování.

SEZNAM ZDROJŮ

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 532 s.
ISBN 978-80-247-3240-4.

FORMÁNKOVÁ, Monika. *Role všeobecné sestry v edukačním procesu u epileptických pacientů*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Patrik Burda.

HORNOVÁ, Jana. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 112 s.
ISBN 978-80-247-4087-4

HYCL, Josef. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 151 s.,
sv. 104. ISBN 80-725-4827-1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KADLECOVÁ, Jana a kol. *Klinické výsledky operace katarakty s implantací nitrooční čočky*. Hradec Králové, 2007. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Oční klinika. Dostupné na http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_07_02_08.pdf

KLATOVSKÁ NEMOCNICE a.s. *Pokyny pro klienta po propuštění z Klatovské Nemocnice, a.s. v rámci programu jednodenní péče* (standard KN – F -37) [online]
Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit. 7. 9. 2013]. Dostupné z www.nemkt.cz-
Intranet

KLATOVSKÁ NEMOCNICE a.s. *Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace v Klatovské nemocnici* (standard KN – F -37) [online] Klatovská nemocnice a.s. ©
2013 [cit. 7. 9. 2013]. Dostupné z www.nemkt.cz- Intranet

KLATOVSKÁ NEMOCNICE a.s. *Péče o hygienu očí* (standard KN – SOP OŠ – 17)

[online] Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit. 7. 9. 2013].

Dostupné z www.nemkt.cz- Intranet

KOLÍN, Jan. *Oční lékařství*. 2., přepr. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 109 s.
ISBN 978-802-4613-253.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s.
ISBN 80-247-0179-0.

KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. [40], 768 s.
ISBN 978-802-4711-638.

KŮS, Filip. *Nejvážnější oční onemocnění vedoucí ke ztrátě zraku*. Sestra, 2010.
[online] . [cit. 5. 8. 2013] Dostupné na zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nejvaznejsi-ocni-onemocneni-vedouci-ke...

MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů*. 1.4.2012. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby>

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 235 s. ISBN 978-802-4734-224.

PAGER, Ch. K. Assessment of visual satisfaction and function after cataract surgery.

Journal of Cataract & Refractive Surgery. 2004. 30(12), 2510-2516. ISSN 0886-3350.

PAVLASOVÁ, Radka. *Proces předávání informací u klientů před operací katarakty*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Straková.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 373 s. ISBN 80-246-1213-5.

SCHMIDTOVÁ, Zuzana. *Vybrané odbory ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-295-3

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012. 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

URBANOVÁ, Naděžda. *Operace katarakty a psychická zátěž*. Sestra, 2013. [online]. [cit.21.8.2013] Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/operace-katarakty-a-psychicka-zatez-468689>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-628.

VÍCHA, Igor. *Perioperační péče o pacienta v oční chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 167 s. ISBN 978-80-7013-541-9.

VŠETIČKOVÁ, Darina a SUCHOMELOVÁ, Štěpánka. *Moderní technika v boji proti šedému zákalu*. Sestra, 2008. 18(1), 51. ISBN 1210-0404.

WORKMAN, Barbara A. a BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*.
1. vyd. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006. 259 s.
ISBN 80-247-1714-X.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Tabulka 1: Věk dotazovaných | 37 |
| Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání..... | 38 |
| Tabulka 3: Pracoviště respondentek..... | 39 |
| Tabulka 4: Zájem o problematiku katarakty | 40 |
| Tabulka 5: Četnost setkávání s klienty s kataraktou | 41 |
| Tabulka 6: Četnost setkávání s dotazy klientů | 42 |
| Tabulka 7: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou..... | 43 |
| Graf 1: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou | 43 |
| Tabulka 8: Úroveň znalostí ohledně péče o klienta s kataraktou..... | 44 |
| Tabulka 9: Edukace klienta..... | 45 |
| Tabulka 10: Edukace klienta..... | 46 |
| Tabulka 11: Edukace klienta..... | 47 |
| Tabulka 12: Edukace klienta..... | 48 |
| Tabulka 13: Pochopitelnost obsahu celého letáku | 49 |
| Tabulka 14: Přínos tištěných informací na vlastním pracovišti..... | 50 |
| Tabulka 15: Přínos edukačního letáku pro vlastní práci s klienty | 51 |
| Tabulka 16: Získání nových informací o kataraktě | 52 |
| Tabulka 17: Text, který je pro praxi největším přínosem | 53 |
| Tabulka 18: Nejobtížnější část textu pro ústní předání klientovi | 54 |
| Tabulka 11: Doplnění letáku informacemi..... | 55 |
| Tabulka 20: Zájem respondentek o více informací | 56 |

POUŽITÉ ZKRATKY

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

KN – Klatovská nemocnice

UV filtr – filtr ultrafialového záření

EKG – elektrokardiogram

INR – mezinárodní normalizovaný poměr

SŠ – střední škola

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

DpS – Domov pro seniory

Dis – diplomovaná sestra

SZŠ – střední zdravotní škola

Bc – bakalář

Mgr – magistr

ORL – otorhinolaryngologie

TV – televize

KN – SOP – Klatovská nemocnice – standard ošetrovatelské péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Žádost o provedení výzkumného šetření v Klatovské nemocnici, a.s.

Příloha 2: Žádost o provedení výzkumného šetření v Domově seniorů

Příloha 3: Edukační leták

Příloha 4: Dotazník

PŘÍLOHA 1

Paní Mgr. Vladislava Veselá
Náměstkyně pro ošetrovateľskou péči
Klatovská nemocnice a.s.

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

v rámci kvantitativního výzkumu, který hodlám použít ve své bakalářské práci, bych ráda zjistila informovanost sester ohledně perioperační péče o pacienta s kataraktou. Chtěla bych rozdat dotazníky na odděleních, kde je nejvyšší procento těchto pacientů., tedy chirurgie (v rámci sdílených lůžek), oční oddělení, interní oddělení a oddělení následné péče. Vytvořila jsem edukační leták, ve kterém jsem zdůraznila ty nejdůležitější body perioperační péče, tak aby byl pro sestru přínosem, pokud by se setkala s dotazem od pacienta.

Chtěla bych Vás proto požádat o souhlas s provedením tohoto výzkumu na vybraných pracovištích naší nemocnice.

Výsledky budou zpracovány anonymně, můžete se s nimi kdykoliv seznámit.

Výsledek dotazníkového šetření by měl poukázat na potřebu edukačního materiálu pro praxi sester na výše uvedených odděleních a jejich ambulancích.

Děkuji.

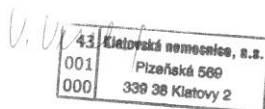
Soňa Šrámková *Soňa Šrámková*

Datum: 12.9.2013

Kontaktní adresa: Oční oddělení, Klatovská nemocnice a.s.

Souhlasím

V Klatovkách dne 30.9.2013



PŘÍLOHA 2

Městský ústav sociálních služeb Klatovy, příspěvková organizace,
Balbínova 59, 339 01 Klatovy 1
IČ: 492 07 261, tel.: 376 347 115 (112), www.musskt.cz

Vážená paní
Soňa Šrámková

V Klatovech dne 23. 1. 2014

Vážení paní Šrámková,

s provedením výzkumného šetření v Domově pro seniory Klatovy souhlasím.

S pozdravem

Bc. Alena Kleinerová
ředitelka

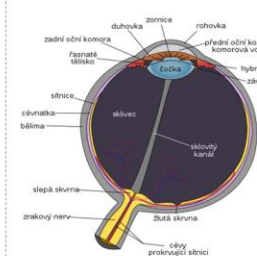


Městský ústav sociálních služeb Klatovy
příspěvková organizace
Balbínova 59, 339 01 Klatovy 1
tel.: 376 347 115, 376 347 119
fax: 376 347 110
IČ: 492 07 261

PŘÍLOHA 3

Šedý zákal

Šedý zákal je onemocnění oka, kdy se zakalí oční čočka. Čočka je část oka uložená za zorničkou (viz obr. 1). Slouží k zaostření vidění (akomodaci). Pro kvalitní vidění je důležité, aby čočka byla žíravá, průhledná. Šedý zákal tedy způsobuje mlhavé vidění, které se stále zhoršuje a nelze doostřit brýlemi.



Obr.1; zdroj: <http://commons.wikimedia.org>

Nejrizikovější skupinou jsou lidé nad 40 let, preventivní oční kontrola se doporučuje jednou za 2-3 roky. Při zjištění počínajícího šedého zákalu častější kontroly, alespoň jednou za rok. Je důležité tyto intervaly dodržovat.

K samotné operaci se obvykle přistupuje, když pacienta obtěžuje zhoršené vidění nebo na doporučení lékaře z jiného zdravotního důvodu.

1

Operace šedého zákalu

Operace je většinou prováděna ambulantně. Ráno je pacient přijat na oční oddělení, během dopoledne odoperován a potom odchází domů.

Průběh operace: Oko se lokálně znecitliví kapkami. Operátor vytvoří malý řez (asi 2mm) a odstraní zakalené jádro čočky pomocí ultrazvuku (nejprve čočku rozbije na malé částičky a ty následně odsaje). Do ponechaného pouzdra je pak vložena umělá nitrooční čočka (viz obr.2). Řez se většinou nešije, pouze se oko na 24 hodin překryje sterilním čtvercem.



Obr.2; zdroj: <http://commons.wikimedia.org>

Operování jsou často pacienti vysokého věku, upoutání na vozík, lidé i s jinými onemocněními.

Před samotnou operací se pacient dostaví na předoperační vyšetření, kde obdrží podrobné pokyny od lékaře a dohodne se přesný termín operace. Při předoperačním vyšetření také lékař po domluvě s pacientem vybere vhodnou nitrooční čočku - je více druhů čoček. Výběr záleží na věku, zaměstnání i zájmech pacienta.

2

Na co pamatovat před operací

• **Pravidelně užívané léky:** pacient nemusí před operací vysadit žádné léky, ani na ředění krve (např. Warfarin)

• **Pracovní neschopnost:** je nutné počítat alespoň se 7-10 dny, při fyzicky náročném zaměstnání minimálně 1 měsíc

• **5 předtím zajistit:** je nutné zajistit odvoz po operaci, pacient nesmí řídit; také domluvit si na prvních 24 hodin po operaci dohled druhé osoby, především u starších nebo méně pohyblivých pacientů

• **3 dny před výkonem** si pacient kape 4x denně kapky s antimikrobiální a protizánětlivou složkou, 1 den před operací by si měl pacient umýt vlasy

• **Ráno před operací** se pacient podle zvyku nashodí a užije pravidelnou dávku svých léků nebo inzulinu

• **5 sebou na operaci:** kartička pojištěnce, občanský průkaz, léky které užívá, platné interní předoperační vyšetření (staré nejvýše 4 týdny), vlastní pyžamo a přezůvky, jídlo a pití

3

Po operaci

Po operaci je pacient odvezen rodinou nebo sanitkou domů.

Měl by zachovávat poloklídový režim, vyvarovat se pádu, dodržovat spánek na zádech nebo na opačném boku, než je operované oko.

Nesundává sám obvaz z oka.

Pokud pociťuje bolest, může užít běžná analgetika, která má po ruce (např. Paralen, Ibuprofen)

Druhý den ráno je na ambulanci očního oddělení provedena první pooperační kontrola, kde je pacientovi odejmut obvaz, zkontroluje se první vřizus a oční tlak, je doporučeno pravidelné kapání antimikrobiálních kapek společně s umělými slzami (volně prodejné oční kapky, které odstraňují pocit škrábání a dráždění v oku - běžný po operaci).

Pokud je výsledek pooperační kontroly normální, přiměřený, pacient má další fázi hojení ve vlastních rukou. Ta trvá 1 měsíc od operace.

Po dobu jednoho měsíce po operaci:

• **Oční kapky:** pacient si kape kapky do oka podle rozpisu lékaře (kapky nesmí předčasně dojit); pokud si není schopen samostatně aplikovat oční kapky, je nutná asistence druhého člověka

• **Je nutné se vyvarovat** jakéhokoli úrazu operovaného oka a hlavy, pádu na zem, delší práce v předklonu, práce v prašném prostředí (např. je vhodné domluvit si předem obstarávání topení na pevná paliva, péči o domácí zvířata, atd.); nesmí vyvíjet tlak bříšním lisem, tj. vyhnout se zvedání těžkých předmětů, cvičení, sportu; škodlivý je i úporný kašel a zácpa

4

• **Hygiena:** operované oko se nesmí mnout, tlačit na něj; je důležité zamezit vniknutí vody do oka (nekoupat se a alespoň několik dní po operaci neumývat vlasy); v žádném případě neotírat okolí oka použitým kapesníkem, nepřiblížovat tvář k domácím zvířatům,...

• **Sluneční brýle** chrání oko před intenzivním slunečním světlem a navíc zamezují vniknutí cizího tělesa do oka

• **Pacient** smí vykonávat běžné domácí činnosti, uvařit, nakoupit menší nákup, sledovat televizi i číst, jít na procházku atd.

Komplikace způsobené nedodržením zmíněných upozornění mohou způsobit prodloužené hojení oka, nutnost reoperace, v nejhorším případě i těžké a nevratné poškození zraku!

Dobře provedená operace šedého zákalu je tedy polovinou úspěchu, zbytek má ve svých rukou sám pacient.

Tento materiál je určen především sestřám a ošetrovatelkám, které přichází do styku s pacienty se šedým zákallem (např. na očních ambulancích, v domovech pro seniory, ale i na různých odděleních v nemocnici).

Informace uvedené v této příručce platí pro operaci šedého zákalu na očním oddělení klatovské nemocnice.

Poskytněme pacientům jednotné a přehledné informace o operaci šedého zákalu!

5

Operace šedého zákalu (katarakty)



Sona Šrámková
Oční oddělení
Klatovská nemocnice a.s.

Edukativní materiál pro sestry

PŘÍLOHA 4

Dotazník o přínosu letáku na téma: Operace šedého zákalu (katarakty)

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Západočeské univerzity v Plzni, obor všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás poprosit o přečtení edukačního letáku, který jsem rozdala v několika výtiscích na Vaše oddělení, a zároveň o vyplnění dotazníku, který bude brán jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce na téma:

„Edukační činnost sestry u klienta s kataraktou v perioperační péči“.

Mým cílem je zjistit, zda by měl tento leták praktické využití i na vašem oddělení.

Dotazník je anonymní. U každé otázky označte prosím pouze jednu odpověď.

Za spolupráci na vyplnění dotazníku předem velmi děkuji.

Soňa Šrámková
Oční odd., Klatovy

1. Kolik je Vám let?
 - a) 20 – 30 let
 - b) 30 – 50 let
 - c) 50 – více let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) střední odborné – (SZŠ)
 - b) vyšší odborné – (VOŠ)
 - c) vysokoškolské – (Bc., Mgr.)

3. Pracuji na ambulanci/oddělení tohoto oboru:
 - a) chirurgického
 - b) interního
 - c) jiného; napište konkrétně:

4. Zajímá Vás téma katarakty (šedého zákalu)?
 - a) ano; proč:
 - b) ne; proč:

5. Setkáváte se na Vašem pracovišti s klientem v perioperačním období (těsně před nebo po operaci) s kataraktou?
 - a) ano, velmi často
 - b) ano, občas
 - c) velmi málo
 - d) ne, nikdy

6. Setkáváte se s dotazy od klienta nebo jeho rodiny ohledně perioperační péče s kataraktou?
- ano, velmi často
 - ano, občas
 - velmi málo
 - ne, nikdy
7. Myslíte si, že máte dostatečné teoretické i praktické znalosti ohledně péče o klienta s kataraktou?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
8. Byla byste si vždy jistá správnou odpovědí na klientův dotaz týkající se šedého zákalu, vlastní operace nebo důležitých pokynů před a po operaci?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
9. Souhlasíte s tím, že edukace klienta je podstatnou součástí ošetrovatelské péče jak v lůžkovém, tak i v ambulantním sektoru?
- ano
 - ne
10. Edukujete společně s klientem i jeho rodinu?
- ano
 - ano, pokud se rodina zajímá
 - ne
11. Jakým způsobem nejraději provádíte edukaci klienta?
- písemně
 - ústně
 - jiným způsobem – prosím uveďte:
12. Myslíte si, že máte dostatek času na kvalitní edukaci?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
13. Je Vám pochopitelný obsah celého letáku o operaci šedého zákalu?
- ano
 - ne; uveďte proč:

14. Myslíte si, že by bylo přínosné mít k dispozici podobné informace v tištěné podobě na Vašem pracovišti?
- a) ano
 - b) ne
15. Vidíte v edukačním letáku přínos pro Vaši práci s klienty?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
16. Získala jste přečtením letáku nějaké nové znalosti?
- a) ano; konkrétně jaké:
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne, všechny údaje mi již byly známy
17. Která část textu se Vám jeví nejpřínosnější pro Vaše zaměstnání?
- a) šedý zákal
 - b) operace šedého zákalu
 - c) pokyny před operací a po operaci
 - d) žádná; uveďte proč:
18. Která část textu by se Vám nejhůře předávala ústně klientovi?
- a) informace o šedém zákalu
 - b) informace o operaci šedého zákalu
 - c) informace o pokynech ohledně perioperační péče
 - d) všechny informace bych dokázala bez problému předat dál
19. Vyjádřete heslovitě, jaké byste ještě využila informace, popř. co Vám v letáku chybí:
20. Zajímá Vás téma katarakty a perioperačního období u klienta natolik, že byste uvítala více informací, případně seminář?
- a) ano
 - b) ne