



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Porucha zraku u geriatrických pacientů jako
ošetřovatelský problém**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Štěpánka Bumbová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Havireniková Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Porucha zraku u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.8.2021

Štěpánka Bumbová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Lucii Havirenikové Ph.D., za její cenné rady, velikou trpělivost a čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala všem pacientům, kteří se zapojili do výzkumného šetření, zejména za jejich ochotu, bez které by výzkum nemohl být uskutečněn.

Porucha zraku u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém

Abstrakt

Vlivem stárnutí se zvyšuje výskyt chronicko-degenerativních onemocnění oka. Mezi nejčastější zrakové onemocnění se řadí katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace a diabetická retinopatie. Poruchy zraku snižují kvalitu života pacienta a je tedy nutný zvláštní přístup ze strany ošetrovatelského personálu. Pobyt v nemocnici může být pro takového pacienta jedna z nejnáročnějších situací, protože se náhle ocitne v cizím prostředí. Mít povědomí o každodenních problémech a potřebách, a zásadách komunikace je přínosný prvek pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče.

Cílem bakalářské práce je zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou zraku v ošetrovatelské péči. Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořilo 10 informantů starších 60 let trpících různými poruchami zraku.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že všichni informanti se dokázali s poruchou zraku smířit a naučit se s ní žít. Většina informantů podstoupila operaci zrakového onemocnění a jejich zrakové znevýhodnění se tím mnohem zmenšilo, avšak některým informantům se po operaci naopak přitížilo. Určité požadavky směřovali zejména na specifika při komunikaci. Informanti uvedli mírné nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci ošetrovatelského personálu.

Pozitivním zjištěním bylo, že informanti považují kvalitu poskytovaných ošetrovatelských výkonů a informací za rovnocenný jako u osob bez zrakového onemocnění a poskytovanou péči teky ohodnotili celkově kladně.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku poruch zraku v geriatrickém věku.

Výsledky mohou posloužit sestřím v praxi, ale i studentům lékařských i nelékařských zdravotnických oborů při přípravě na budoucí povolání. Na základě získaných materiálů byla také vytvořena informační brožura pro sestry a studenty.

Klíčová slova

Poruchy zraku; senior; komunikace; ošetrovatelská péče; potřeby; pacient

Visual disorder in geriatric patients as a nursing problem

Abstract

Due to aging, the incidence of chronic degenerative eye diseases increases. The most common visual diseases include cataracts, glaucoma, age-related macular degeneration and diabetic retinopathy. Visual impairment reduces the patient's quality of life and therefore requires a special approach by nursing staff. A hospital stay can be one of the most difficult situations for such a patient, because he suddenly finds himself in a foreign environment. Being aware of everyday problems and needs, and the principles of communication is a beneficial element in providing quality nursing care.

The aim of the bachelor thesis is to map the specifics of the approach to geriatric patients with visual impairment in nursing care. The empirical part was processed using a qualitative research survey, which was conducted in the form of a semi-structured interview. The research sample consisted of 10 informants older than 60 years suffering from various visual disorders.

The obtained results showed that all informants were able to come to terms with the visual impairment and learn to live with it. Most informants underwent visual surgery and their visual impairment was much reduced, but some informants became more difficult after the operation. Certain requirements were directed mainly at the specifics of communication. Informants reported slight shortcomings in the verbal and nonverbal communication of nursing staff.

A positive finding was that the informants consider the quality of the provided nursing services and information to be equivalent to that of persons without visual illness and evaluated the provided care as generally positive.

The work provides a comprehensive view of the issue of visual disorders in geriatric age. The results can serve nurses in practice, but also students of medical and non-medical medical disciplines in preparation for future professions. Based on the obtained materials, an information brochure on cataracts and glaucoma was also created.

Key words

Vision disorder; senior; communication; Nursing Care; needs; patient

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Stárnutí a stáří	9
1.1.1 Periodizace stárnutí.....	9
1.1.2 Projevy stárnutí	11
1.1.3 Vliv stárnutí na zrak.....	13
1.1.4 Specifika péče o geriatrického pacienta.....	16
1.2 Nejčastější patologické změny v oku podmíněné věkem	16
1.2.1 Katarakta	17
1.2.2 Glaukom.....	18
1.2.3 Věkem podmíněná makulární degenerace	20
1.2.4 Diabetická retinopatie	21
1.3 Komunikace	22
1.3.1 Neverbální komunikace	24
1.3.2 Komunikace se seniory	25
1.3.3 Zásady komunikace s geriatrickým pacientem s poruchou zraku	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika.....	29
3.1 Metodika výzkumu.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky	31
4.1 Identifikační údaje o informantech	31
4.2 Seznam kategorií a podkategorií.....	32

5	Diskuse.....	42
6	Závěr	49
7	Seznam použitých zdrojů.....	50
8	Seznam příloh	55
9	Seznam použitých zkratek	63

Úvod

Zrak je obvykle vnímán jako nejdůležitější smyslovým orgán, jelikož jeho prostřednictvím získáváme nejvíce informací, proto osobám s poruchou zraku přináší mnohé změny v jejich životech. Dokud člověk toto znevýhodnění osobně nepostihne, nedokáže si představit, jaké snížení kvality života onemocnění přináší. Se zrakovým onemocněním se setkáváme velmi často ve vyšším věku, jelikož vliv stárnutí postihuje i smyslové orgány. Mezi nejčastější zrakové onemocnění ve stáří můžeme zařadit kataraktu, glaukom, věkem podmíněnou makulární degeneraci a diabetickou retinopatii. Díky neustále se zdokonalující medicíně a ošetrovatelské péči lze mnohé obtíže zmírnit, či částečně odstranit a zajistit pacientovi déle kvalitní život. Důležitým faktorem v poskytování kvalitní péče je co nejlepší orientace personálu v oblasti přístupu k geriatrickým pacientům trpícím poruchou zraku a vhodně zvolená komunikace. Jen takto může být poskytována nejkvalitnější péče přizpůsobená individuálním potřebám jedince.

Při rozhodování o volbě tématu mé bakalářské práce mi pomohl především častý kontakt s geriatrickými pacienty s poruchou zraku při praxi na interním oddělení. V problematice správného přístupu a komunikace jsem nebyla příliš orientovaná, proto jsem se chtěla o poskytování péče těmto pacientům dozvědět více. Své poznatky bych ráda v budoucnu uplatnila v praxi. Zároveň se domnívám, že z důvodu neustálého stárnutí populace je téma aktuální.

1 Současný stav

1.1 Stárnutí a stáří

V dnešní době existuje několik definic, které vymezují stáří a stárnutí. Žádná definice není platná ani definitivní. Pojetí definic podstatně ovlivňuje i to z jakého hlediska stáří a stárnutí posuzujeme. Autoři, kteří se touto problematikou zabývají se však shodují, že stáří představuje konečnou etapu vývoje člověka a stárnutí je fyziologický proces, který začíná početím a končí smrtí (Příbyl, 2015). Stárnutí je tedy jedinečný a přirozený proces v ontogenezi, který je ovlivněn několika faktory-genetikou, nemocností, způsobem života apod. Stáří tento ontogenetický proces ukončuje (Kalvach, 1997). Haškovcová (2010) tvrdí, že je velmi důležité, abychom tento fyziologický proces přijaly a zajímaly se o něj, protože jedině tak této konečné životní etapě porozumíme lépe. Stáří je tedy konečnou fází ontogenetického procesu, která zakončuje lidský život a přináší s sebou spoustu významných změn (Čevela et al, 2012). Tyto nevyhnutelné změny, které jsou často zodpovědné za vyšší výskyt zdravotních problémů nastávají v oblasti fyzické, psychické i sociální (Kalvach, Zadák, 2008).

Gerontologie je multidisciplinární vědní obor, který se zabývá problematikou stárnutí a životem ve stáří komplexně. Gerontologii dále dělíme do tří proudů. Experimentální gerontologie se zabývá důvody a způsoby stárnutí. Sociální gerontologie se zajímá o společenský život ve stáří, mezigenerační vztahy a ekonomiku. Posledním proudem je sociální gerontologie neboli geriatric, která se zaměřuje na zvláštnosti a specifiky potřeb ve stáří v souvislosti se zdravotním stavem, prevencí, chorobami, léčbou a přístupem ke geriatrickým pacientům. Také se zajímá o pacienty s takzvaným syndromem stařecké křehkosti (Čeledová et al, 2016). Podle Novákové (2012) je stařecká křehkost věkem podmíněna snížením potenciálu zdraví, přizpůsobivosti, odolnosti člověka a projevuje se v oblasti fyzické i psychické. Holmerová et al. (2014) uvádí, že stařecká křehkost představuje přirozené orgánové změny, které mohou mít za důsledek snížení sebepečce, pády, porušení homeostázy nebo až celkové zhoršení zdravotního stavu.

1.1.1 Periodizace stárnutí

Každý člověk stárne jiným tempem, a tak dochází k četným individuálním rozdílům. Proto se stává vymezení a periodizace stáří složitější. (Zavázalová a kol., 2001)

Je nutné, abychom především rozlišily kalendářní neboli chronologický věk od věku biologického aj. (Křivohlavý, 2002) Kalendářní stáří je stanovitelné jednoznačně, ale nezahrnuje nic o involučních změnách ani o sociálních změnách (Čevela et al. 2012). Kalendářní věk je dohodou stanovená věková hranice, od které se mluví o stáří. Kalendářní věk se tedy určuje počtem prožitých let. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007).

Dle WHO se rozlišuje patnáctiletá periodizace lidského věku. První etapa, která se označuje jako rané stáří začíná od 60. roku člověka a končí hranicí 74 let. Dále následuje vlastní stáří, které trvá od 75 do 89 let. Třetí a poslední etapu nazýváme dlouhověkost, která je datována od 90 let a trvá až do skončení života (Burda a Šolcová, 2016). Vzhledem k úrovni zdravotnické péče, zlepšujícím se zdravotním stavem seniorů a jejich dlouhověkosti se spíše používá možná i výstižnější upravené dělení stáří.

Senioři ve věku 65 až 74 let zde označujeme mladými seniory, od 75 do 85 let jsou staří senioři a poslední skupinou jsou velmi staří senioři, které tak označujeme od 85 a více let (Zavázalová, 2001). Autoři Dvořáčková (2012) a Burda a Šolcová (2016) dále uvádějí biologický a funkční věk, kromě jasně stanovitelného kalendářního věku.

Biologický věk je charakterizován mírou nevratných involučních změn u daného jedince. Čeledová et al. (2016) hodnotí, zda dojem, který určitý jedinec budí odpovídá obvyklému dojmu jedince stejného kalendářního věku. Je ovlivněn genetikou, životními podmínkami, dlouhodobým způsobem života, postojem k životu a stárnutí. Mezi projevy vnějších involučních změn neboli biologického stáří patří snížená výkonnost nebo tzv. fenotyp stáří, který zahrnuje šedivění vlasů a jejich úbytek, změny postavy a chůze, poruchy sluchu a zraku, srašťování kůže, pomalejší psychomotorické tempo. Rychlost biologického stárnutí se může u jedince lišit v jednotlivých tkáních, které mohou být navíc chronickým onemocněním (Čevela et al. 2012). Biologický věk tedy nemusí být vždy shodný s kalendářním věkem, avšak pro medicínu je významnější z důvodu velkých odlišných změn (Burda a Šolcová, 2016). Je velmi nesnadné oproti času určit správnou konkrétní míru biologického věku, proto to jsou v současné době pouze odhady, jelikož se prozatím nenašel způsob technologie, jak tento věk spolehlivě měřit (Jylhäva et al., 2017).

Funkční věk odpovídá celkovému funkčnímu stavu organismu, který je charakterizován biologickou, psychologickou a sociální oblastí (Burda a Šolcová, 2016).

Je velmi blízký biologickému stáří a stejně jako biologický věk nelze přesně určit. Někteří autoři funkční věk vůbec nerozlišují (Navrátil et al., 2008). Čeledová et al. (2016) a Příbyl (2015) vymezují navíc sociální věk. Tento věk utváří souhrn sociálních změn, sociální status a generační příslušnost. Sociální stáří může být provázeno osamělostí, pocitem nepotřebnosti a uzavíráním se do sebe (Příbyl, 2015). Bývá spojován s odchodem do penze, což sebou přináší změnu sociální role a životního stylu. Zařazujeme sem i odstěhování dětí, úmrtí partnera, změna role v prarodiče a odchod od aktivit typických pro produktivní věk (Čeledová et al., 2016)

1.1.2 Projevy stárnutí

V období stáří a stárnutí v poslední životní etapě lidského života dochází k velkému množství individuálních a zásadních změn, kterým se nedá vyhnout (Burda a Šolcová, 2016). Postupný nástup involučních změn je zcela individuální a probíhá různou rychlostí, protože závisí na genetice, životním stylu jedince, vlivu prostředí, onemocnění, zlovyků a na mnoho dalších faktorech. Jednotlivé zastávající změny rozdělujeme do tří aspektů, a to na aspekt biologický, psychický a sociální. Všechny aspekty jsou spolu přirozeně propojené a vzájemně se ovlivňují (Mlýnková, 2011).

Biologické změny neboli někdy také nazývané biologické stárnutí zasahují do tkání i celých orgánů a mohou se projevit v kterékoliv orgánové soustavě stárnoucích osob. Tyto involuční změny pravděpodobně zná a obává se jich většina lidské populace. Všechny orgány a tkáně v lidském těle jsou ve stáří zasaženy postupnou atrofií neboli úbytkem živé tkáně (Burda a Šolcová, 2016).

Mlýnková (2011) uvádí, že jsou nejvíce nápadné změny v oblasti kůže a pohybového ústrojí. Kromě již velmi známých změn, ke kterým patří šedivění vlasů, snížené elasticita a přibývání vrásek, se také ve stáří mění výraz obličeje. Ve stáří se mohou častěji objevovat opruzeniny, bércové vředy nebo dekubity, to je způsobeno suchou a více náchylnou kůží (Burda a Šolcová, 2016). Také se ve stáří mohou objevovat na ruce a v obličeji hnědé tzv. „stařecké skvrny“, což je projev nahromadění buněk tvořící kožní pigment nebo naopak bledá místa, kde pigment chybí. Znamky stáří u pohybového systému jsou také velmi zřetelné. Ve stáří je charakteristické zmenšení postavy a chůze v předklonu, protože ubývají meziobratlové ploténky a kosterní svalstvo (Mlýnková, 2011). Senioři jsou také náchylnější k úrazům a zlomeninám z toho důvodu, že se jejich kosti zužují svůj průměr a stávají se křehčí.

Změny probíhají také na vnitřních orgánech. Nejčastěji bývá postižen kardiovaskulární systém, který ovlivňuje nejenom stáří, ale také celková kondice staršího jedince a snížená pohybová aktivita. Srdeční výkonnost se snižuje, proto srdce přečerpá méně krve a může dojít k celkovému snížení průtoku krve v některých orgánech (Burda a Šolcová, 2016). Cévy přestávají být tak pružné z důvodu ubývání elastinu a rozvoje aterosklerózy neboli kornatění tepen (Holmerová et al.,2014).

Další výrazné změny se projevují v gastrointestinálním traktu, přestože tento systém bývá poškozen méně. Problém v procesu trávení může započít v okamžiku ztráty trvalého chrupu. Potrava již není tak důkladně rozmělněna, navíc se snižuje produkce slin a dalších trávicích enzymů, které pomáhají při trávení a štěpení stravy. Snížená pohyblivost orgánů trávicí trubice průchodu méně rozmělněné tráveniny moc nepomáhá, což má za důsledek tvoření zácpy (Burda a Šolcová, 2016). Vstřebávání živin a dalších látek včetně léků je také zpomalené. (Holmerová et al.,2014). Involuční změny probíhají i v nervovém systému. Ve stáří se snižuje rychlost přenosu vzruchů z periferie, tím se prodlužuje doba odpovědi na podnět (Burda a Šolcová, 2016). Mlýnková (2011) hovoří o sníženém psychomotorickém tempu. K dalším významným změnám dochází v oblasti smyslových orgánů. Snižuje se výkon prakticky všech smyslových orgánů. Autoři Haškovcová (2010) a Mlýnková (2011) se však shodují, že nejvíce zasažen je zrak a sluch.

Úzce na biologické změny navazují změny psychické. Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky, ale nejvíce charakteristická je zhoršení paměti. V seniorském věku dochází k zhoršení převážně v kognitivních neboli poznávacích funkcích, které napomáhají k zaznamenávání, ukládání a využívání informací (Mlýnková, 2011). Starší lidé se obtížněji učí nové věci, cítí se méně jistí, stávají se nedůvěřiví a ostražití, což může vést k sociální izolaci. Senioři mohou reagovat nečekanou reakcí jako je pláč nebo smutek, ačkoliv pro nás je určitá situace banální, proto nesmíme opomenout emoční labilitu. Emoční labilitu, která se může nebo nemusí objevit, ovlivňuje poškozením smyslových orgánů a úroveň kognitivních funkcí (Burda a Šolcová, 2016).

Přirozené změny nastávají i v sociální oblasti. Tyto změny bývají také propojené s biologickými i psychickými změnami, avšak lidé si sociální změny delší dobu nechtějí připustit, na rozdíl od biologických změn (Janiš a Skopalová, 2016).

V období stáří dochází ke změně v mnoha sociálních rolích, jako je odchod do důchodu nebo ztráta partnera (Burda a Šolcová, 2016). Právě odchod do důchodu je obtížný zlom v období stáří a Dvořáčková et al. (2016) označují tuto sociální změnu jako první velkou krizi. Ačkoliv bývá důchod označován jako „zasloužený odpočinek“, ne všichni odcházejí do penze pozitivně. Změnou dlouhotrvajícího režimu a odchodu z pracovních funkcí vzniká nadbytek volného času, který ne každý dokáže vyplnit. Většinou se ve stáří objevují různá onemocnění, které mohou bránit normálnímu fungování seniora a tím se stává závislý na druhých. Pokud senioři tráví všechnen volný čas doma, mají nedostatek sociálních kontaktů a běžné komunikace, tak mohou být ohroženi sociální izolací (Mlýnková, 2011). To sebou může přinášet negativní emoce.

Ztráta soběstačnosti nemusí nastat u každého, protože je velmi individuální. Lidé po odchodu do důchodu chtějí udržovat sociální kontakty a vyhledávají různé aktivity (Dvořáčková et al.,2016). Aktivní způsob má pozitivní vliv na biologickou, psychickou i sociální stránku života nejen seniorů (Dvořáčková et al.,2016). K této životní změně se mohou vázat ekonomické problémy, které mohou být způsobeny nízkou penzí, vysokým náklady nebo různými poplatky u lékaře (Burda a Šolcová, 2016).

1.1.3 Vliv stárnutí na zrak

Involuční změny se nevyhýbají ani smyslovým orgánům. Někdy je obtížné odlišit stavy podmíněné věkem od patologických stavů (Kalvach, 2004). Tyto změny označujeme jako věkem podmíněné, senilní neboli stařecké. Čas nástupu těchto změn je individuální. Rychlost a rozvoj závisí na celkovém zdravotním stavu člověka, životním stylu a jsou do značné míry předurčeny dědičností (Aton,2009). Autoři Mlýnková (2011) a Aton (2009) se shodují, že tyto změny mohou nastat již ve středním věku.

Co se týče anatomických změn, zde dochází k největšímu snížení kvality zraku v oblasti čočky, sítnice, zrakové dráhy a mozku. V procesu stárnutí nabývá čočka na své hmotnosti v předozadní šířce, ztrácí svou pružnost a snižuje se akomodační schopnost. To má za následek vznik stařecké vetchozrakosti neboli presbyopie (Heissigerová,2018). Stárnoucí vrstvy čočky se zahušťují a dostávají tak nažloutlý nádech. Tato změna způsobuje snížení propustnosti pro modrou a fialovou barvu, což vede k narušení barevného vidění (Aton,2009). U sítnice se snižuje její lesk a průhlednost (Kalvach,2004). Úbytek smyslových receptorů a pigmentového epitelu způsobuje sníženou schopnost rozlišovat jemnější rozdíly v intenzitě světla. Problémy

v prostorovém vidění zapříčiňuje pokles počtu receptorových buněk (Aton,2009). Během stárnutí se mění počet buněk ve zrakové dráze. Každým rokem života ztrácíme ve zrakovém nervu více jak pět tisíc vláken.

Zasažena je také aktivita nervových buněk, její snížení vede ke snížení rozlišovacích schopností (Beneš,2020). Během života dochází rovněž ke značnému snížení hmoty mozkové kůry až na polovinu. Důsledkem je zhoršené zpracování zrakových informací (Anton,2009). Nejvíce viditelné pro nás a naše okolí jsou však změny na očnici a víčkách. Z důvodu úbytku tukové orbitální tkáně, tenonské membrány a orbitálního septa nastává propadlost očí (Netter,2014). Oko tak klesá níže a okraje očnice začínají omezovat zorné pole. Senilní ptóza horního víčka, což znamená pokles horního víčka ve všech vrstvách a ochabnutí svalů horního víčka mohou též omezovat zorné pole (Aton,2009). V důsledku těchto změn oka a mozku, které se objevují s postupujícím věkem, je ovlivněna celková kvalita vidění. Dochází zejména ke snížení zrakové ostroty, barvocitu, zorného pole, kontrastní citlivosti a rychlosti zpracování zrakových podmětů.

Objevují se i celkové funkční změny zraku, které se objevují jenom v jednotlivých očních strukturách. Jejich hloubka, rozsah a rychlost vývoje jsou značně ovlivněny dědičností (Beneš,2020). V důsledku snížení množství ftopigmentu dochází ke zvýšené potřebě světla, které je nutné k normálnímu vidění. Citlivost sítnice na světlo je totiž snížena. Také je prodloužena doba potřebná k obnově ftopigmentů. Zvyšuje se také potřebná doba na adaptaci na tmou. Co se týče kontrastu dochází zde také k velkému zvýšení, aby bylo zachováno přiměřené vidění. Tito lidé mají problém s viděním, pokud je nedostatečné osvětlení. Ztráta smyslového epitelu a vláken, který tvoří oční nerv vede ke ztrátě schopnosti kontrastního vidění (Kalvach,2004). Tato schopnost bývá v některých běžných denních situacích důležitější než ostrost zraku. Pokud dojde ke zhoršení kontrastního rozlišení jsou zde přítomny obtíže zejména v silničním provozu.

Další funkcí, která je ve stáří zasažena vlivem involučních změn je barvocit. Změny v této oblasti se objevují velmi brzy. Hlavním důvodem poruchy barevného vidění jsou především zákaly, kdy při průchodu světla čočkou dochází k absorpci krátkovlnných částí viditelného spektra, a to omezuje přístup modrých odstínů k sítnici (Collinson,2018). Snížením vnímání modré a fialové způsobuje poruchu vnímání barev. Pokud je takto poškozen barvocit starším lidem se modrá barva jeví jako šedá nebo žlutá

a bílá se jeví jako nažloutlá. Zúžení zorného pole může být zapříčiněno změnami na sítnici, vpadnutím oka do očnice a poklesem horního víčka. Změny na sítnici způsobují snížení citlivost, a to nejvíce na periférii, Jejím následkem je zhoršení prostorové orientace (Heissigerová,2018).

Binokulární vidění je způsobeno atrofii na svalovině okohybných svalu, zejména vnitřního přímého svalu. Pokud dojde k nárustu atrofických změn svalových vláken, může ve stáří dojít k oslabení schopnosti konvergence. Mezi další možné příčiny tohoto oslabení můžeme považovat oslabenou akomodaci, ztrátu tonické konvergence nebo ztrátu orbitálního tuku (Kalvach,2004). Pokud se tyto změny objeví i u ostatních okohybných svalů předpokládá se nedostatečná pohyblivost a omezení pohledového zorného pole. Dalším výraznějším problémem bývá rychlost zpracování zrakových podnětů. Jak již bylo řečeno v pokročilém věku se do oka nedostává tolik světla a za spolupráce jiných faktorů dochází ke zpomalení zpracování podnětů (Anton,2009). Mezi faktory napomáhající tomu snížení patří prodleva ve vegetativním nervovém systému. Zpomalené vnímání je důsledkem horšeného jasu sítnice, avšak i stárnutím mozku. Obtíže mohou nastat při silničním provozu, kdy je nutné rychle reagovat a rozlišovat různé objekty (Collinson,2018). Při nestejném postižení očí může docházet k problémům ve vnímání prostoru pole (Anton,2009). Binokulární vidění a reakce na oslnění může být také stářím ovlivněno (Kalvach,2004).

Stav zraku je mimo jiné ovlivněn i stravou, ačkoliv by se to tak nemuselo zdát (Kalvodová a Klavoda,2013). Očím neprospívá konzumace potravin z bílé mouky, živočišných tuků, margarínů a červeného masa. Káva, sůl, umělá sladidla, alkohol i cukr podporují například rozvoj šedého zákalu (Anton,2009). Dále oči zatěžuje umělé světlo, které má jiné složení než světlo přirozené. Suché oči také bývají průvodním znakem stárnutí. Ve stáří totiž klesá slzotvorba a oči tak nejsou dostatečně vlhké. Nedostatečná vlhkost může být také zapříčiněna pobytem v kouři, v klimatizovaných prostorách nebo přímým vystavením větru (Kalvach,2004). Co naopak zraku prospívá jsou různé vitamíny. Až 25% vitamínů, minerálů a dalších živin je využito k výživě očí a dalších přilehlých tkání, které mají podíl na procesu vidění (Kalvodová a Klavoda,2013).

1.1.4 Specifika péče o geriatrického pacienta

Za geriatrického pacienta bychom z pohledu kalendářního hlediska mohli označit automaticky každého člověka, který dosáhl věku hranice časného stáří, což je dnes 65 let. Lepší definice geriatrického pacienta zní takto: *Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, tolerance k zátěži* (Holmerová et al., 2014, s. 45).

V této souvislosti se můžeme setkat s termínem křehký senior. Tento termín označuje seniora, kteří mají chronicky trvající rizika ublížení na zdraví a jsou ohroženi náhlou dekompenzací stavu (Kalvach a kol., 2004). Jedná se například o klienty s rizikem pádu, s chronickým zhoršením kognitivních funkcí, se zhoršenou celkovou fyzickou zdatností a o depresivní klienty (Holmerová et al., 2014). V péči o geriatrického pacienta je velké množství rozdílů v porovnání s mladšími pacienty.

Typické specifikum u chorob geriatrických pacientů je zvláštnost jejich průběhu. U geriatrických pacientů se většinou vyskytuje více chorob současně, což se označuje jako polymorbidita. Léčba bývá pomalejší, nemocí mají vysoké riziko komplikací a ve většině případů nedochází k úplnému vyhojení (Hegyí, 2010). Proto si mnohdy dáváme za cíl dosáhnout aspoň optimálního stavu a zachovat soběstačnost (Koubová, 2016).

Dalším specifikum spočívá v příznacích onemocnění. Onemocnění mají atypický nebo němým klinickým obrazem, polymorbiditou a polypragmazií, tedy užívání velkého množství léků. Pokud u pacienta probíhá více onemocnění současně s netypickými příznaky nebo bezpříznakově, bývá diagnostika chorob obtížná (Kalvach et al., 2008). Jedno z největších rizik představuje takzvaný geriatrický syndrom, který vzniká vlivem dlouhodobé hospitalizace v nemocničním prostředí. Do geriatrických syndromů patří především imobilizační syndrom, inkontinence, instabilita, obstipace, poruchy spánku, poruchy výživy a pády nebo úrazy (Hegyí, 2010). Většinu těchto syndromů může ovlivnit zdravotnický personál svým chováním a zacházením s klientem (Čeledová et al., 2016).

1.2 Nejčastější patologické změny v oku podmíněné věkem

Po 65. roku života se zvyšuje výskyt chronicko-degenerativních onemocnění oka. Anton (2009) i jiní autoři k nejčastějším zrakovým onemocněním řadí: katarakta,

glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace a diabetická retinopatie. Vyšším věkem výskyt těchto onemocnění narůstá. Ve své praxi se s takto postiženými lidmi velmi často můžeme potkat, proto je nezbytné znát základní přehled o příznacích průběhu onemocnění, rizikových faktorech, léčbě a hlavně subjektivních pocitech pacienta. Jednotlivé onemocnění si nyní popíšeme a uvedeme si u nich také léčbu.

1.2.1 Katarakta

Katarakta neboli šedý zákal je jakékoliv zkalení čočky, které brání průchodu paprsků světla na sítnici, a tak negativně ovlivňuje vidění (Burda a Šolcová, 2016). Katarakty je mnoho druhů a mají různé etiologie. Avšak nejčastější formou zákalu je právě ta senilní, která se vyvíjí od šedesátého roku života.

Přechod mezi fyziologickými projevy stárnutí a kataraktou je plynulý. Jaké jsou přesné příčiny katarakty zatím není známo, avšak jsou známé rizikové faktory. Mezi rizikové faktory řadíme především věk, UV-B záření, kouření, diabetes, dlouhodobé užívání některých léků a těžké poranění oka. Katarakta způsobuje vždy plynulé zhoršování vidění a lidé toto zhoršení zaregistrují až tehdy, kdy jim začne vadit při běžném denním režimu. Katarakta tedy nikdy nezpůsobuje náhlou a úplnou slepotu, naopak od počátečních příznaků mohou uběhnout i desetiletí (Kalandrová, 2014).

U pacientů se objevuje nebolestivé vnímání zamlžení obrazu nebo jeho zkreslení, zhoršuje se posouzení vzdálenosti a výšky, ale může dojít i ke změně vnímání odstínů barev. Pacienti vidí jakousi nečistotu nebo skvrnu, která jim nejdříve stěžuje, později znemožňuje zrakovou ostrost, a tak narušuje jejich denní režim (Heissigerová, 2018). Senilní kataraktu rozdělujeme podle místa zakalení na tři typy: nukleární, kortikální a zadní subkapsulární (Anton, 2009).

Nukleární kataraktu charakterizuje zakalení čočky v jádru. Tento typ má pomalejší tendenci a bývá obvykle lokalizován oboustranně, avšak nemusí být symetricky pokročilý. V prvním stádiu vlivem tvrdnutí čočky dochází ke změně bodu zlomu, a tak k myopizaci. Proto někteří pacienti odkládají brýle na čtení. Při velmi pokročilém stádiu je jádro neprůhledné až hnědé. Pacienti mají problémy s viděním spíše do dálky nebo při vyšších intenzitách (Kuchynka, 2016). Dalším následkem může být méně častá monokulární diplopie, která zapříčiňuje dvojitý obraz v zorném poli (Elliott, 2014).

U kortikální katarakty je zkalení čočkového pouzdra. Bývá také oboustranná, avšak na každém oku různě pokročilá. Průběh bývá těžko odhadnutelný (Kalandrová, 2014). Kortikální katarakta vzniká v důsledku hydratace neboli zavodnění čočkových vláken. V prvních stádiích jsou viditelné malé vakuoly. Později trojúhelníkovité zákaly, které mohou později splývat. Může dojít k nahromadění tekutiny v čočce, které následkem bobtná (Kuchynka, 2016). První obtíže zaznamenáváme při jízdě autem za šera nebo tmy. Pacienti udávají problémy jako oslnění, rozostřený obraz při pohledu do intenzivního osvětlení (Collinson, 2018). Monokulární diplopii bývá spíše výjimečně (Herle a Mazal, 2014).

Zadní subkapsulární katarakta je charakteristická zkalením před zadním pouzdrům čočky. Obtíže vznikají při čtení a při prudkém světle. Často bývá následek léčby kortikoidy, traumatu nebo metabolickými poruchami (Kuchynka, 2016). Více bývá omezeno vidění na blízko než do dálky. Pokud dojde k vyšší intenzitě světla dochází ke snížení zrakové ostrosti a oslnění. Dále máme přední subkapsulární kataraktu, avšak většina autorů tento typ neuvádí. Zde se nachází zkalení pod předním pouzdrům (Elliott, 2014).

Po objevení příznaků šedého zákalu se provádí chirurgická léčba. V současnosti pomocí mikrochirurgické operace, kdy se během několika minut v lokální anestezii odstraní původní čočka. Čočka se odstraňuje ultrazvukovou sondou a implantuje se umělá nitrooční čočka (Herle a Mazal, 2014). Operace se doporučuje ve chvíli, kdy zhoršené vidění pacientům vadí a zhoršuje kvalitu jejich života (Kuchynka, 2016). Modernější metodou operace šedého zákalu je pomocí femtosekundového laseru. Chirurg větší část operace provádí pomocí laseru, který řídí přes počítač. Snižuje se tak použití ultrazvukového nástroje na minimum. Operační rána má přesný tvar, velikost, pozici a nová čočka je přesně vycentrovaná, což zajišťuje rychlé hojení a kvalitní vidění (Kalandrová, 2014).

1.2.2 Glaukom

Glaukom neboli zelený zákal je dalším onemocněním, který se významně podílí na vzniku slepoty (Maharana, 2017). Autoři Herle a Mazal (2014) a Kuchynka (2016) se shodují na charakteristice, že glaukom je specifická forma nevratná neuropatie zrakového nervu s atrofií nervových vláken, což zapříčiňuje poškození zorného pole a vzniká takzvané trubicové vidění. Toto specifické onemocnění se skládá z řady různých stavů, které mají společné znaky, ale mohou se i odlišovat (Anton, 2009).

Mezi rizikové faktory řadíme vysoký nitrooční tlak, diabetes mellitus a věk nad 40 let. V důsledku diabetu může vzniknout sekundární glaukom s uzavřeným úhlem, což znemožňuje odtok nitrooční tekutiny. Věkem na 40 let narůstá riziko vzniku glaukomových změn. Nejčastější příčinou bývá právě vysoký nitrooční tlak, který stoupá při nepoměru mezi tvorbou nitrooční tekutiny a jejím odtokem (Heissigerová,2018). V důsledku působení vysokého nitroočního tlaku postupně odumírají nervová vlákna, což se projevuje výpadky v zorném poli. V případě, že není tento tlak zvládnutý, glaukom rychle a nevratně progreduje (Herle a Mazal,2014).

Primární glaukom s otevřeným úhlem takzvaný chronický glaukom má plíživý charakter a nemá do posledního stádia charakteristické příznaky (Kuchynka,2016). Představuje 2/3 z glaukomů vyskytovaných celkově. Včasná diagnostika, léčba a menší proběhlé funkční změny určují větší pravděpodobnost další progresse (Newman-Casey PA,2018).

Hodnota nitroočního tlaku nebývá příliš vysoká, zejména v počátečním stádiu. Komorový úhel je u tohoto druhu otevřený, avšak problém způsobují mikroskopické změny trabekulární síťoviny, která komorovou vodu hůře či úplně nepropouští. Tekutina se tedy hromadí, a tím dochází k nárůstu nitroočního tlaku (Kuchynka,2016). Pacienti mezi problémy uvádějí špatné zaostřování při čtení, neostrost při špatném osvětlení nebo trvalý nekomfort očí. Ke konzervativní léčbě tohoto glaukomu se používají nejčastěji oční kapky snižující nitrooční tlak a tablety snižující tvorbu nitrooční tekutiny (Herle a Mazal,2014). Dále jsou již laserové a chirurgické způsoby léčby, které spočívají vše vytvoření otvoru pro filtrování či odtoku nitrooční tekutiny (Heissigerová,2018).

Další typ zeleného zákalu označujeme jako primární akutní glaukom s uzavřeným úhlem. Tento typ je charakterizován akutním dramatickým a záchvatovitým průběhem (Kuchynka,2016). Herle a Mazal (2014) uvádějí, že tímto glaukomem bývají postiženi hlavně ženy s dalekozrakostí. Typickým příznakem je krutá bolest. Velmi často jí doprovází nevolnost a zvracení, zarudlá víčka a tvrdé oko při palpaci (Burda a Šolcová, 2016). Léčba spočívá v podání tablet diluranu a očních kapek, když dojde ke snížení tlaku a zklidnění oka přistupuje se k laserové iridotomii, což znamená vytvoření otvoru k propojení přední a zadní oční komory (Heissigerová,2018).

Dále máme sekundární glaukomy, kterých existuje velké množství a příznaky i léčba mohou být obdobné jako u primárních glaukomů (Herle a Mazal,2014). Mezi

sekundární glaukomy řadíme pseudoexfoliační glaukom a pigmentový glaukom, které ucpávají odtokové cesty. Dále lentikulární glaukom způsobený zbožtnalou čočkou, steroidní glaukom, který ovlivňuje léčba steroidy (Kuchynka,2016). Neovaskulární glaukom způsobují nově vytvořené cévy, které ucpávají komorový úhel. Traumatické změny v odtokových cestách označujeme jako posttraumatický glaukom. Mezi poslední patří pozánětlivý glaukom a pooperační glaukom (Heissigerová,2018).

1.2.3 Věkem podmíněná makulární degenerace

Věkem podmíněná makulární degenerace je progresivní chronický stav, který postihuje lidi ve věku let a výše. Počáteční stadium VPMD může být asymptomatické, avšak v pozdním stádiu vede ke ztrátě zraku (Boxell 2017). Herle a Mazal (2014) udávají, že toto oční onemocnění bývá nejčastější příčinou slepoty u osob na 65 let. Důvod vzniku je tedy věk a multifaktoriální vlivy genetiky. K těmto vlivům přispívají rizikové faktory životního stylu jako nezdravá strava nebo vysoká hladina cholesterolu. Dále prostředí, především kouření, alkohol, nemoci kardiovaskulárního systému, diabetes mellitus nebo operace katarakty (Heissigerová,2018). Přesná příčina vzniku VPMD zatím není zcela známá, ačkoliv bylo provedeno mnoho studií, které se úplně nehodují ve výsledcích (Knot ,2011).

Tento typ onemocnění se vyskytuje ve dvou formách: suchá neboli atrofická a vlhká neboli exsudativní (Herle a Mazal,2014). Suchá forma VPMD se typicky vyvíjí pozvolna během několika let, postupně se zhoršuje až dochází k celkovému výpadku zorného pole (Štrofová,2013). Mezi první projevy patří rozmazané vidění, zhoršení zraku za tmy a soumraku, ztížené čtení a neschopnost zaostřit na jeden objekt (Knot,2011). Vyznačuje se atrofickými místy, kde je zřetelné vymizení pigmentového epitelu a fotoreceptorů počáteční fázi se objevují bělavé usazeniny na sítnici, které sítnice zvládá odstranit sama. Postupem času vznikají jizevnaté stopy, které se postupně rozšiřují, jak onemocnění progreduje (Heissigerová,2018).

Léčba suché formy VPMD zatím bohužel neexistuje, avšak lékaři doporučují různé potravinové doplňky jako je betakaroten, vitamin C, zinek, selen, esenciální omega-3 nenasycené kyseliny apod. Příznivý vliv má u strava bohatá na ryby, zelená, červená, oranžová zelenina a červené ovoce (Štrofová,2013). Protože možnosti léčby jsou omezeny, klademe důraz především na prevenci, a to zejména za omezení kouření a zdravější životní styl.

Vlhká forma VPMD je charakterizována rozvojem pod pigmentový epitel, kdy jemnými kapilárami cévnatky prosakuje do sítnice tekutina (Herle a Mazal,2014). V důsledku toho se tkán sítnice jizví a tvoří se patologické nové cévy. Tyto cévy lehce prasknou kvůli své křehkosti a dochází tak ke krvácení, které ještě více zhoršuje poškozené vidění (Heissigerová,2018). Prosakující tekutina a krev takto ničí další vrstvy a působí snížení centrálního vidění. Vývoj této formy bývá rychlý a většinou se špatnou prognózou.

K léčbě vlhké formy VPMD se využívá více forem léčby, avšak žádná z nich nedokáže chorobu úplně vyléčit, ale jenom zabránit dalšímu vývoji (Štrofová,2013). Prvním typem léčby je fotodynamická terapie. Při fotodynamické léčbě dojde k uzavření nově vytvořených cév pomocí fotosenzitivní látky a následným ozářením laserem. Bohužel vždy se nepovede definitivní uzavření a časem může dojít k navrácení choroby se všemi exsudativními projevy, proto je nutné léčbu opakovat (Knot,2011).

Dalším typem léčby jsou anti-VEGF injekce, které pomocí Anti-VEFL látky potlačují produkci růstového faktoru VEGF (Ernest,2013). Posledním možným typem léčby je chirurgická terapie. Tento způsob terapie se volí, pokud předešlé různé formy neovaskulárních membrán nejsou účinné nebo není již jiná možnost. Lékař v této metodě přistupuje k přímé extrakci neboli odstranění těchto novotvořených membrán (Knot,2011). Všechny uvedené terapeutické postupy léčby suché nebo vlhké věkem podmíněné makulární degeneraci mají za cíl zpomalit či zcela zastavit postup onemocnění (Heissigerová,2018). VPMD je sice onemocnění léčitelné, ale nikoli vyléčitelné. Snahou těchto metod je zabránit praktické slepotě (Štrofová,2013).

1.2.4 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je charakterizována jako postižení sítnice u pacientů, kteří trpí diabetem mellitus (Kolář,2013). Bývá velmi často pozdní komplikací diabetu a hlavním faktorem jejího vyvolání je dlouhodobá vysoká hladina glukózy neboli hyperglykemie (Kalvodová a Klavoda,2013). Snížení zrakové ostrosti nebo slepota vzniká na základě krvácení do sklivce nebo trakčním odchlípením sítnice nebo je v souvislosti s makulopatií. Na sítnici jsou patrná mikrotraumata, otok, krvácení nebo neovaskularizace (Heissigerová,2018). V posledních fázích můžeme často vidět sekundární glaukom s úplnou slepotou, který je bolestivý.

U diabetické retinopatie rozlišujeme dvě formy (Herle a Mazal,2014). Neproliferativní, kde jsou přítomny změny sítnicových cév, které se odehrávají pouze uvnitř sítnice. Na sítnici mohou vznikat drobná krvácení, ložisková prosáknutí nebo exsudáty (Kalvodová a Klavoda,2013). V této formě nebývá vážné poškození vidění a onemocnění většinou neprogreduje, avšak někdy se může prosakující tekutina hromadit v makule a způsobit snížené vidění. Tento stav označujeme takzvaně diabetickou makulopatií (Kuchynka,2016).

U proliferativní diabetické retinopatie dochází k růstu abnormálních cév na terči zrakového nervu a na povrchu sítnice i sklivce. Z důvodu prokráceného sklivce nedochází k propuštění světelných paprsků k sítnici a vidění je zatemněné (Herle a Mazal,2014). Na povrchu sítnice také roste jizevnatá tkáň, která tahem za sítnici může způsobit její odchlípnutí či roztržení (Heissigerová,2018). Nově vytvořené cévy mohou růst i na duhovce a nemožností odtoku nitrooční tekutiny způsobit glaukom. V počáteční fázi zde nejsou žádné projevy choroby. Onemocnění probíhá bezbolestně bez známek poklesu vidění, proto je toto onemocnění zrádné (Kuchynka,2016.)

K značnému zhoršení vidění dochází v pokročilejší fázi choroby. Zraková ostrost se zhoršuje, pokud vznikne otok. Starší lidé právě zhoršení vidění připisují špatným brýlím nebo šedému zákalu (Herle a Mazal,2014). Co se týče léčby, určuje jí stupeň postižení. Podle závažnosti se volí medikamentózní, která ovlivňuje cévní stěnu, chirurgická nebo laserová (Heissigerová,2018). Pro úspěšnou léčbu je však důležitým předpokladem dlouhodobá kompenzace cukrovky a stabilizace krevního tlaku (Kalvodová a Klavoda,2013). V rámci zvýšení léčby je také důležité upravit životosprávu. Pro včasné zahájení léčby jsou velmi důležité pravidelné kontroly oftalmologem (Kolár,2013).

1.3 Komunikace

Komunikace je předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, v komunikace se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. Dáváme najevo, co si o něm myslíme, zda jsou naše city k němu pozitivní nebo negativní, zda ho máme v oblibě či nikoliv. K předávání informací slouží jak verbální složka komunikace, tak i neverbální (Mlýnková, 2011, s. 52) Toto říká jedna z mnoha definic komunikace, jelikož přesnou definici komunikace je těžké stanovit. Abychom skutečně komunikovali a komunikace byla efektivní, musíme ji dělat společně s druhým zúčastněným (Linhartová, 2007).

Každý z účastníků je současně zdroj komunikace i příjemce. Mluvením, psaním či usmíváním se totiž vysílá sdělení a zároveň přijímá sdělení posloucháním, čtením, přičemž zároveň přijímá vlastní sdělení (DeVito, 2008).

Způsob, kterým informace předáváme, označujeme jako komunikační kanál. Málodky komunikace probíhá pouze v jednom komunikačním kanále, obvykle bývají spíše dva, tři nebo čtyři použité kanály současně. Jde o zrakový, čichový, chuťový, sluchový a hmatový kanál (DeVito,2008). Komunikační kanál může být ovlivněn takzvanými komunikačními šumy, což jsou různé faktory, které mění záměr zprávy s jejím přijetím nebo pochopením. Mezi tyto mnohé vlivy patří nekvalitní osvětlení, šum, hluk nedoslýchavost, únava a inteligenční úroveň (Linhartová, 2007).

Naše komunikace má dvě významné a často používané formy. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Obě tyto formy se navzájem doplňují nebo dokonce jedna může druhou zastoupit (Pokorná, 2010). Mohou nastat i situace kde jsou verbální a neverbální komunikace v rozporu. Verbální forma využívá slov nebo znakových symbolů, zatímco neverbální obsahuje mimoslovní projevy. Z pohledu účelu rozdělujeme komunikaci na informativní, instruktivní, přesvědčovací, motivující, zábavné, poznávací, svěřování a nezávazné (Zacharová,2016). Potřeba komunikace se řadí mezi jednu z nejvýznamnějších potřeb v životě lidí (Mikuláščík, 2003).

Verbální neboli slovní komunikaci označujeme přenos informací pomocí slov. Přenos informací probíhá ve formě mluvené, psané nebo pomocí znakových symbolů. Slova slouží převážně k předání informací, předání myšlenek, sdílení zkušeností, dotaz na názor jiných osob a vnímání vysílaných symbolů a okolí (Pokorná,2010). Verbální komunikace musí splňovat určité požadavky, protože jejím hlavním smyslem je porozumění druhé osoby našemu vyjádření. Komunikace by měla být především jednoduchá, stručná a bez odborné terminologie, avšak musíme si ověřit úroveň porozumění určité osoby, protože podání informací moc jednoduše může působit devalvačně (Mikuláščík,2003). Rozhovor bychom měli mít správně načasovaný a přizpůsobit se reakcím druhé osoby a ponechat čas na případné otázky. Verbální komunikace má v ošetrovatelské praxi velký význam (Kalábová,2017). Právě prostřednictvím rozhovoru, který je veden dobře, můžeme pacienta poznat a dosáhnout nějaké žádoucí změny (Zacharová,2016). Paralyngvistické prvky vytvářejí přechod mezi

verbální a neverbální komunikaci. Většinou doplňují mluvený obsah a dotváří celkový dojem z verbálního projevu (Pokorná,2010).

1.3.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je jednou z nejdůležitějších informací o pacientovi i sestře ve zdravotnictví. Prostřednictvím neverbální komunikace můžeme zjistit postoje, city a přání pacienta. Dle odborníků je neverbální komunikace historicky starší formou než komunikace verbální. Neverbální komunikace je označována jako komunikace beze slov, kdy komunikujeme pomocí těla. Obecně se jedná o souhrn mimoslovních sdělení, které můžeme vysílat vědomě či nevědomě do svého okolí. Neverbální projevy jsou spíše nevědomé, tudíž nepodléhají takové míře sebekontroly jako u verbálních projevů (Mikulašik,2003). Touto komunikací můžeme doplnit nebo podpořit verbální projev.

Neverbální komunikaci dělíme do několika různých složek (Kabátová,2012). Jako první a také nejvíce výrazná je mimika. Mimikou sdělujeme převážně vnitřní pocity pomocí výrazu obličeje. Někteří autoři tvrdí, že je tvář hned po slovu druhým rozhodujícím sdělovacím prvkem. Mimikou dokážeme vytvořit primární emoce jako štěstí, překvapení, strach, smutek, klid, zájem či spokojenost (Lotko,2009). Vizika je zase oční kontakt a tvoří velmi velkou a významnou část neverbální komunikace (Pokorná,2010). Z očí nevyčteme, jak se člověk cítí nebo jeho náladu, ale signalizují nám, zda je zde přítomnost strachu, úzkosti či bolesti.

Proto udržování očního kontaktu s pacientem je velmi důležité a může v pacientovi vzbudit důvěru. Proxemika je další důležitou složkou, která se zabývá vzájemnými pozicemi dvou či více osob ve společném prostoru. Zajímá se především o vzdálenost mezi jedinci. Podle toho rozlišujeme čtyři vzdálenosti, které udávají typ vztahu mezi jedinci. Intimní vzdálenost udržujeme s lidmi, kteří jsou nám velmi blízcí a jde o rozmezí 45cm. Osobní vzdálenost určujeme v rozmezí 45cm-120 cm a typicky se vyskytuje u komunikace s přáteli, kteří se znají. Společenská vzdálenost se vyskytuje nejčastěji v společenské a obchodní komunikaci. Její vymezení je od 1,2m do 3,7m. Nejčastější vzdálenost, kterou využíváme je veřejná vzdálenost vymezená v rozmezí od 3,7m, kterou využíváme převážně při jednání s cizími lidmi jako osobní ochranu. (DeVito,2008).

Gestika zahrnuje úmyslné pohyby rukou, hlavy, popřípadě nohou, kterými většinou dokreslujeme nebo úplně zastupují verbální projev. Haptika se vyjadřuje doteky,

především podání ruky nebo poplácání. Doteky jsou v procesu pečování velmi důležitými prostředky (Mikuláščík, 2003). Posturologie se zabývá polohou těla. Již podle specifického postavení těla, hlavy, rukou a nohou poznáme, zda je psychický postoj spíše přátelský nebo nepřátelský (Pokorná,2010). Kinezika představuje celkový pohyb těla a jeho částí.

Kinezika je podstatná na hodnocení momentálního fyzického i psychického stavu jedince při poskytování péče (Zacharová,2016). Do paralingvistiky zahrnujeme akustické projevy řeči jako je hlasitost řeči, zabarvení, rychlost a plynulost řeči, pomlky a pauzy aj.

I v neverbální komunikaci se seniorem jsou určitá specifika (Pokorná,2010). Velký význam v komunikaci sestry se starším pacientem má oční kontakt. V očích můžeme vyčíst pacientovy city, prožívání, myšlenky či fyzický a psychický stav. I pacient z očního kontaktu sestry pozná například netrpělivost či porozumění (Malíková,2020). Při poskytování ošetrovatelské péče využíváme nejčastěji haptiku – pohlazení po ruce nebo podání ruky. Využíváme zde i vzdálenosti, a to většinou osobní nebo společenskou zónu. Při některých vyšetřeních či úkonech se dostává i do intimní zóny. O fyzickém i psychickém stavu pacienta nám hodně napoví poloha pacienta, pohyb končetin, gesta a celkový vzhled (Zacharová,2016).

1.3.2 Komunikace se seniory

Komunikace se seniory má své specifika na rozdíl od komunikace s mladým člověkem. Komunikace totiž představuje prostředek, jak identifikovat potřebu a jejich pojmenování může být těžké i pro mladého člověka. Specifika komunikace se seniory jsou předem určené fyziologickými změnami, psychickými faktory, ale rovněž i sociálními faktory, které se objevují více s vyšším věkem (Pokorná,2010).

Základním východiskem pro komunikaci se seniory by mělo být to, že starší lidé jsou pořád dospělými, kteří mají svoji důstojnost, přestože nemusí být zcela soběstační. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Dalším základem ošetrovatelské péče bývá sociální komunikace. Tato komunikace vyžaduje od sestry především trpělivost, empatii a komunikační dovednosti, především aktivní naslouchání a vnímáním neverbálních projevů pacienta. Pokud sestra aktivně naslouchá projevuje pacientovi důvěru, úctu a respekt (Zacharová,2016). Seniorovi v nově vzniklém prostředí, kdy nemoc omezuje jeho denní režim, hospitalizací v nemocnici, se snižuje sebevědomí a může způsobit

sociální izolaci. Svou roli také hraje uvědomování si nevyhnutelnosti smrti, kterou do té doby senior nemusel mít, protože byl zdravý.

Efektivní a pozitivní komunikace může působit jako lék při takto těžkých chvílích u seniora (Kabátová, 2012). Změny, ke kterým dochází v souvislosti se stárnutím, vedou ke přizpůsobení komunikace se seniorem jeho individuálním potřebám. Nevhodné přizpůsobení je takzvaný Elderspeak. Elderspeak se projevuje pomalejším tempem řeči, zvýšeným tónem hlasu, výraznější intonací, opakováním a zjednodušením slovníku. Tímto stylem komunikace seniora devalvujeme a snižujeme jeho sebevědomí (Příbyl, 2015).

Jak už bylo řečeno komunikace se seniory má své specifika, a to jak v oblasti verbální, tak v oblasti neverbální. Verbální komunikace je pro starého člověka velmi důležitou, protože mívají potřebu se vypovídat. Z tohoto důvodu bychom na rozhovor měli mít dostatek času, jelikož senioři pomaleji reagují, mají pomalejší tempo řeči, také často odbíhají od tématu nebo se opakují. Sestra by neměla používat odborné výrazy či zdravotnický slang (Zacharová, 2016). Důležitým faktorem je ověření zpětné vazby, zda pacient porozuměl informacím správně. Odpovědi na otázky seniora by měly být jednoduché, srozumitelné a odpovídající aktuálnímu a duševnímu stavu (Maliková, 2020).

Dále musíme věnovat pozornost také přípravě prostředí. Omezení hluku a šumu, jelikož ty komplikují vnímání seniora, přestože jinak slyší dobře. Senior by měl mít u rozhovoru klid a soukromí. (Kabátová, 2012). Při komunikaci se seniorem bychom se měli vyvarovat určitých chyb. Seniory neoslovujeme familiárním oslovením jako babi nebo dědo, nýbrž zásadně jménem nebo titulem. Musíme si uvědomit, že nehovoříme s malými dětmi, proto jsou infantilní výrazy nevhodné. Neměli bychom chvátat či používat odbornou terminologii. Nepředvídat jaké zrakové či sluchové postižení senior má, ale vždy si vše taktně ověřit a poté přizpůsobit komunikaci (Krevelová a Dlabalová, 2008). O specifikách neverbální komunikace se dozvíme v kapitole o neverbální komunikaci.

1.3.3 Zásady komunikace s geriatrickým pacientem s poruchou zraku

Zrak nám zprostředkovává velkou část informací a umožňuje přijímat nejen verbální, ale i neverbální komunikaci. Proto narušení u této smyslové funkce vede ke značnému deficitu. Starší člověk z důvodu této ztráty získává neúplné sdělení. Nedostatek očního kontaktu může působit rušivě, a to v podobě těžkého pohybu očí

či deformity očí. Také zde není poskytnutí zpětné vazby (Pokorná,2010). Stejně jako u ostatních komunikací s lidmi s nějakým deficitem i zde nalezneme specifika.

Tyto specifika je nutné dodržovat pro efektivní komunikaci. Máme zde několik doporučení, které bychom měli dodržovat, avšak ne vždy je můžeme přesně splnit. Na začátku komunikace s geriatrickým pacientem, který trpí poruchou zraku je důležité se přestavit celým jménem a svou funkcí (Kalábová,2017). Pro pacienta s poruchou zraku je pro vytvoření prvního dojmu nejdůležitější hlas. Hlas mu o nás prozradí hodně a může napomoci k vytvoření důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem. Pokud pacient vycítí v hlasu opovržení, lhostejnost nebo nezájem může ho to od komunikace odradit (Linhartová,2007). K oslovení geriatrického pacienta bychom měli připojit i pevný stisk, z čehož pacient vyčte informaci, kde jsme. (Pokorná,2010). Pokud známe dotyky, které pacient zná využijme jich, jelikož v pacientovi vzbuzují pocit důvěry.

Dalším nutným pravidlem je užívání přesných výrazů jako vpravo nebo nahoře apod. Při provádění ošetrovatelské péče je nutné geriatrického pacienta přesně informovat, jak co bude probíhat (Kalábová,2017). V případě, že je s pacientem přítomný doprovod je nutné jednat i s pacientem nikoliv jen s doprovodem nebo rodinou. Devalvačně na pacienta působí, pokud nehovoříme přímo s ním. Také to působí neprofesionálně (Kabátová,2012). Pokud s pacientem nehovoříme, vzbuzuje to v něm pocit méněcennosti a úzkosti. V důsledku tohoto jednání s námi nebude spolupracovat. Důležité je uvědomit si, že při hospitalizaci se pacient ocitá v novém prostředí, které nezná. Tento problém se objevuje všeobecně u starších pacientů. Pokud však geriatrický pacient trpí ještě poruchou zraku může být zmatený v prostoru. Z tohoto důvodu kolem sebe vše potřebuje popsat, ohmatat a musíme počítat s doprovodem geriatrického pacienta. V rámci lepší orientace geriatrického pacienta v prostředí udržovat stabilní prostředí v místnosti (Linhartová,2007). Odcházíme-li z místnosti je podstatné pacienta upozornit. Opět se doporučuje rozloučit se dotykem, jak tomu bylo při přivítání.

Poruchy smyslových orgánů se mohou kombinovat se vznikem demence, se kterou se velmi často u starších lidí setkáváme. Komunikace s takovými pacienty bývá pak ještě komplikovanější. Úkolem zdravotníku je, aby se snažili překonat komunikační bariéry a mohli poskytnout kvalifikovanou péči. Důraz klademe především na respekt, úctu a zachování důstojnosti (Kalvach,2008).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl: Zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou zraku v ošetrovatelské péči.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké problémy přináší geriatrickým pacientům porucha zraku v životě?
2. Jaké potřeby mají geriatričtí pacienti s poruchou zraku při hospitalizaci?
3. Jaká jsou specifika v přístupu ke geriatrickému pacientovi s poruchou zraku?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl realizován na základě polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s vybraným zrakovým onemocněním. Rozhovor obsahoval 30 otázek (viz příloha 1.).

V úvodu rozhovoru byly informanti dotazováni na základní identifikační údaje, jako je pohlaví, věk a druh zrakového onemocnění, které jsou součástí obsahu otázek. Poté následoval vlastní rozhovor, jenž byl zaměřen na potíže a potřeby osob trpících zrakovým onemocněním, které jim porucha zraku přináší v každodenním životě. Dále je orientován na přístup ze strany ošetřujícího personálu a komunikaci. Před zahájením rozhovoru byli všichni informanti seznámeni s účelem výzkumu, tématem rozhovoru a ujištění o tom, že jejich anonymita v rámci zpracování rozhovoru zůstane zachována. O účast na rozhovorech bylo požádáno celkem 10 informantů a všichni účast přijali.

Rozhovory byly zaznamenány formou zvukového záznamu, s předchozím informováním a souhlasem dotazovaného, nebo písemnou formou záznamu na papír. Zvukové záznamy byly později přepracovány do písemné formy. Rozhovory byly realizovány individuálně a probíhaly pomocí telefonu.

Získaná data byla vyhodnocena pomocí otevřeného kódování. Metodou „tužka-papír“ došlo k roztřídění a zvýraznění výsledků do jednotlivých kategorií. Pro lepší názornost byly výsledky doplněny o některé přímé citace dotazovaných, jež jsou označeny kurzívou. Veškerá data byla upravena do spisovného českého jazyka.

Výzkum byl uskutečněn v průběhu dubna a května 2021. Vzhledem k epidemické situaci v době výzkumného šetření a věku dotazovaných nebyly rozhovory uskutečněny osobním kontaktem, aby bylo vyloučeno případné riziko nákazy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

K účasti na rozhovorech bylo dotázáno celkem 10 informantů. Všichni účast přijali a byli ochotni nám věnovat svůj čas. Informanti byli vybráni tak, aby splňovali předem stanovená kritéria. Kritéria byla stanovena před začátkem výzkumného šetření a obsahují minimální věk 60 let, jedno z vybraných očních onemocnění a zkušenost s hospitalizací. Informanti byli označeni písmeny a čísla I1-I10 (I = informant), dle pořadí provedení rozhovoru. Rozhovory byly realizovány individuálně a probíhaly telefonicky.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje o informantech

Tabulka 1 - Identifikační údaje informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Porucha zraku	Délka léčby
I1	žena	86 let	katarakta, VPDM	4 roky
I2	žena	80 let	katarakta	2 roky
I3	žena	77 let	katarakta	1 rok
I4	žena	83 let	glaukom	více jak 10 let
I5	muž	65 let	glaukom	8 let
I6	žena	87 let	glaukom	3 roky
I7	muž	65 let	katarakta	2 roky
I8	žena	75 let	glaukom	3 roky
I9	žena	89 let	katarakta	2 roky
I10	žena	82 let	katarakta	5 let

(Zdroj: vlastní výzkum)

Informant 1 je žena ve věku 86 let, která se léčí čtyři roky s kataraktou a věkem podmíněnou makulární degenerací. Informant 2 je žena ve věku 80 let léčící se dva roky s kataraktou. Informant 3 je také žena ve věku 77 let, léčená jeden rok pro kataraktu. Informant 4 je žena ve věku 83 let, která se léčí více jak deset let s glaukomem. Informant 5 je muž ve věku 65 let, který se léčí osm let s glaukomem. Informant 6 je žena ve věku 87 let, léčící se tři roky s glaukomem. Informant 7 je muž ve věku 65 let, léčen na kataraktu dva roky. Informant 8 je žena ve věku 75 let, která se léčí tři roky s glaukomem. Informant 9 je žena ve věku 89 let, léčená dva roky s kataraktou. Informant 10 je žena ve věku 82 let, která se s kataraktou léčí pět let.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií

1. Život s poruchou zraku

- a) Zrakové onemocnění informantů a jejich léčba
- b) Individuální potřeby informantů
- c) Návštěva očního lékaře informantů

2. Hospitalizace

- a) Uspokojení potřeb při hospitalizaci
- b) Komunikace
- c) První kontakt
- d) Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

1. Život s poruchou zraku

a) Zrakové onemocnění informantů a jejich léčba

Všichni informanti uvedli, že pociťovali dříve či později subjektivní potíže. Všech deset informantů se shodlo, že mezi nejčastější potíže patří zhoršení zrakové ostrosti, zamlžené vidění při čtení a rozmazané vidění. I1, I5, I6 a I8 dále uvedli snížení zrakové ostrosti, poruchu periferního vidění a porušený barvocit. „*Někdy vidím zdvojeně a nedokážu rozpoznat barvu*“ dodává informantka I1. I1, I9 a I10 uvádějí i pálení a slzení očí. Dále I1 dodává: „*Také mám poslední dobou ty oči hrozně suché*“. Pocit suchých očí sdělila také I4. Pět informantů uvedlo, že někdy pociťují bolest očí nebo hlavy, kdy se shodli, že se vyskytuje nejčastěji při dlouhém čtení a sledování televize. I1 navíc udává bolest očí při únavě. I4, I5, I6 a I8 dále pociťují tupou bolest hlavy a očí. „*Já pociťuji podle toho, jaké bolesti jste popisovala, spíš takový tlak v hlavě, ale bývá to jen když si dlouze cca 4 hodiny čtu*“ I4. Informantka I1 udává tlakovou a pálivou bolest: „*Většinou mě oči bolí při únavě, po delším koukání na televizi nebo při soustředění – mžourání na něco. Je to taková pálivá a někdy tlaková bolest, pořád se to střídá*“ I1. Dále čtyři informanti sdělili, že jim občas vadí intenzivní světlo. Pouze I6 a I8 měli v poslední době zánět v oku.

Všichni informanti využívají určité kompenzační pomůcky. Všichni shodně uvedli dioptrické brýle, avšak pouze I5 využívá speciální brýle. I1, I7, I8 a I10 využívají

brýle pouze na dálku. Informantky I2, I4, I6 a I9 užívají brýle pouze na blízko. I3 uvedl, že využívá brýle na blízko i na dálku. I5 sdělil, že využívá brýle na dálku a také zatmavené brýle proti Slunci. „*Oční lékař mi doporučil zatmavené brýle proti Sluníčku a říkal, že jsou to už speciální brýle.*“ I5. Sedm z deseti informantů uvedlo, že se kromě zrakového onemocnění léčí též s onemocněním diabetes mellitus (I1, I2, I4, I6 I7, I9, I10).

Sedm informantů již podstoupilo oční zákrok. I1, I2, I3, I7, I9, I10 mají operaci šedého zákalu. Všem informantům operaci doporučil jejich oční lékař. „*Pani doktorka z očního mi hned řekla, že mi operaci doporučuje. Také mi nabídla, že mě na operaci hned objedná a další týden jsem už šla do nemocnice na zákrok*“ sdělila I3. „*Operace mi už byla doporučena od očního, ale všechno jsem si musela dít zařídit sama*“ odpověděla I1. I7, I9 a I10 uvedli, že si nepamatují, jak dlouho jsou po operaci, avšak se shodli, že je to více než jeden rok. I1 je dva roky po operaci. Informantky I2 a I3 sdělily, že jsou to dva měsíce od operaci. Pouze I6 a I8 mají operaci zeleného zákalu, ale nevzpomněli si, jak dlouho od operace uběhlo času. I6 sdělila, že ona sama přemýšlela o podstoupení zákroku a poté dostala doporučení od lékaře.

U poloviny informantů došlo k mírným obtížím po zákroku. I3, I6 a I7 uvedli snížení zrakové ostrosti v prvních dnech po operaci. „*První dny po operaci jsem vůbec neviděla ostře, ale po nějaké době to úplně zmizelo*“ uvádí I3. Ovšem u informantek I1, I9, I10 došlo k trvalému zhoršení zraku zejména ostrosti. „*Podle mého názoru vidím hůře než před operací*“ sdělila I1. „*Po operaci vidím hůře, a navíc mě po ní pálí a slzí více oči, takže všude s sebou musím nosit kapesník. Je nepříjemné, když s někým mluvíte a pořád vám u toho teče z oka.*“ uvedla I10. Všech deset informantů uvádí, že si aplikují kapky do očí, jak jim bylo doporučeno od lékaře. Informantky I2 a I4 doplnily dostatečné osvětlení a omezení čtení.

b) Individuální potřeby informantů

Všichni informanti sdělili, že si musí aplikovat kapky do očí. Čtyři informanti uvedli, že aplikaci kapek zvládají sami (I2, I3, I4 a I5). I2: „*Zatím si zvládám kapičky kapat do oka sama každý den, takže mi nikdo nepomáhá. Jen občas se mi ruce klepou, tak někdy padne kapka vedle*“. Dalších šest informantů uvedlo potřebnou pomoc s aplikací kapek. Pomoc jim poskytuje rodina. I6 a I10 popisují pomoc od syna a dcery. I7 uvedla pomoc od rodiny jen v případě, že jí to nejde. „*Já se do toho oka nikdy nemohla trefit, takže mi je kape manžel.*“ Odpověděla I8. Pouze dvě informantky uvedly pomoc od

domácí péče. „*Za mnou sem chodí pečovatelka, tak ji vždycky poprosím o vykapání.*“ I9. „*Já to vůbec nezvládnou, takže mi je jezdí kapat dcera nebo domácí péče.*“ sdělila I1.

Šest informantů odpovědělo, že se v souvislosti se svým zrakovým onemocněním dokáží najíst bez pomoci. I3 ke své odpovědi doplnila: „*Občas se mi stávalo, že jsem omylem vylila polévku, protože ji bylo hodně a já to neviděla. Ted' už se mi to tolik nestává.*“ I6 popisuje, že to většinou zvládne sám, ale někdy je to těžké. I1 a I9 sdělily, že musí vědět kde co je, aby se zvládly samostatně najíst. „*Jsem schopná se najíst sama, ale musím vědět kde co je.*“ I9. „*Když není, kdo by mi to řekl, tak si to musím ohmatat.*“ sdělila I1. „*Pro mě je velký problém u oběda, když mám třeba rajskou omáčku s těstovinou, tak je to pro mě těžké. Pak mám oběd snad po celém stole.*“ I10. Na otázku, jakým způsobem si zajišťují stravu, odpovědělo pět informantů, že jim ji dováží domácí nebo pečovatelská služba. I1 a I2 sdělily, že důvodem jejich volby byla dřívější dobrá zkušenost. „*S pečovatelskou péčí měla dobrou zkušenost už dříve, takže jsem neváhala.*“ sdělila I2. Podobnou odpověď jsme dostali od I1: „*Vím, že se o manžela starali opravdu hezky, i to jídlo vypadalo krásně. Takže jsem neváhala a jídlo jsem si od nich zajistila taky, když už jsem si ho moc nezvládala dělat sama.*“ I5 ke své odpovědi dodal, že mu dříve pomáhala rodina, ale teď už kvůli vnoučatům tolik času nemají, proto zvolil možnost dovozu jídla domácí službou. „*Dříve mi pomáhali děti, ale teď už mají vnoučata, takže na to nemají čas.*“ I5. Další čtyři informanti uvedli, že přípravu jídla zvládají sami nebo s pomocí rodiny. Od I3, I4, I6 a I10 zazněly podobné odpovědi ohledně přípravy jídla s rodinou. „*Vždycky přijede dcera a spolu navaříme více jídel a dáme to v miskách do mrazáku. Já si to pak už jen vždycky vyndám a sním.*“ sdělila I4. „*Vždycky s rodinou navaříme různá jídla a já si něco dám do lednice a něco do mrazáku*“ I6. Naopak I8 uvedla, že vaření spolu s manželem zvládají většinou sami a jen někdy jim pomáhá rodina. „*My si tu každý den vaříme společně s manželem. Co nejde mě, tak udělá on a naopak. Pokud je něco, co nezvládneme ani jeden, tak nám přijde vždycky pomoci rodina se kterou mám dobré vztahy.*“ odpověděla I8.

Všichni informanti uvádí, že mají dobré či přátelské vztahy se svou rodinou. Z tohoto důvodu všichni informanti uvedli, že jim se zajišťování jejich domácnosti pomáhá rodina. „*Dcera mi tu jednou za týden pořádně uklidí a já tu uklízím průběžně v týdně.*“ I4. I6 odpověděla podobně: „*Syn vždycky jednou za čas přijede s celou rodinou a pomůžou nám obstarat zahradu a celou domácnost, prostě udělají to, co my už nezvládneme jako je sekání zahrady apod.*“

Dále nás v souvislosti s pohyblivostí zajímalo, jak se informanti pohybují doma nebo venku. Pět informantů v rámci svého bytu zvládá pohyb bez potíží a nepotřebují žádné pomůcky. „*Zatím se všude po bytě zvládnou pohybovat bez pomůcek.*“ uvedla I2. „*Po bytě to zvládám sama bez pomůcek, protože to tu znám a vím kde se můžu přidržet.*“ uvádí I10. Dále sdělili, že venku občas využívají berle, protože se cítí jistější. I3 a I6 použijí berle převážně venku, ale přiznávají, že je někdy využijí i v domácnosti. „*Berle si беру většinou jen ven, ale někdy je využívám i doma.*“ uvedla I3. „*Já berle doma používám, když se necítím dobře a mám je jako oporu.*“ uvedla I6. I1 a I9 popsaly využití chodítka na pohyb v domácnosti. „*Já s tím chodítkem chodím snad úplně všude i venku, protože je pro mě praktické.*“ sdělila I9. I1 navíc sdělila využití berlí, když jde na procházku ven. „*Když se jdu někam kousek s někým projít, tak si беру radši berle. Ono se s tím mým chodítkem totiž nevejdu do výtahu, takže ho venku moc nepoužívám.*“ dodává I1.

V průběhu dne se sedm informantů v rámci aktivizačních činností věnuje procházkám. „*Přestože nevidím tak ráda chodím na procházky se svými přáteli a poslouchám ptáčky.*“ odpověděla I1. Tři informanti (I1, I4, I10) zařadili mezi své oblíbené činnosti poslech hudby. „*Velmi ráda ve volném čase poslouchám hudbu, takže si ji pustím v rádiu nebo televizi.*“ sdělila I10. „*Mě ta hudba velmi uklidňuje, takže si ji ráda pouštím na rádiu každý den.*“ I4. I2 a I7 sdělili, že mezi jejich oblíbené činnosti patří čtení. „*Přes den si většinou třeba hodinu nebo dvě čtu a večer, než jdu spát, tak se koukám na televizi.*“ odpověděla I2. „*Dříve jsem si velmi ráda četla, ale v poslední době už to moc nejde, tak se dívám na televizi.*“ uvádí I9.

Šest informantů označili za jejich oporu v době j nemoci rodinu. Informanti I5, I6, I8 a I10 ve své odpovědi uvedli mimo rodinu i svého partnera. „*Na všech těch vyšetřeních, a i na operaci se mnou byla moje snacha. Moc jí za to děkuji, že mi byla oporou.*“ sdělila I2. I1 a I4 označily jako svou oporu dceru. „*Vždycky mi ve všem pomohl můj syn.*“ I3. Oporu ve svém synovi uvedl také I7. Pouze I9 uvádí, že ji oporou v těžkých chvílích byla vždy její kočka. Pět informantů se shodlo, že pro mě má velký význam rodina. I2 uvedla konkrétně vnoučata. Zdáví zaznělo v odpovědi informantů 1, 7 a 9. „*Hlavně zdraví a moje kočička.*“ sdělila I9. „*Pro mě je už teď nejdůležitější rodina, zdraví a můj pes.*“ Odpověděla I4.

c) *Návštěva očního lékaře informantů*

Shodně osm informantů uvedlo, že k očnímu lékaři je přivedlo pocíťování subjektivních potíží. „*K očnímu lékaři jsem vyrazila z důvodu zamlženého vidění.*“ uvedla I1. „*K očnímu jsem vyrazila hned, jakmile jsem měla problémy s periferním viděním.*“ sdělila I6. „*Já jsem byla k panu doktorovi objednaná za půl roku, ale když jsem mu volala, že mi někdy dělá problém rozeznat barvy, tak řekl ať přijdu hned zítra.*“ I8. Pouze I2 a I4 uvedly, že nejdříve navštívily očního lékaře a potom začaly pocíťovat potíže. „*K lékaři mě hlavně přivedla pravidelná kontrola, proto a že jsem skoro žádné příznaky neměla, jen trochu omezené zorné pole.*“ sdělila I2. „*Mě přivedla k lékaři pravidelná kontrola, až potom jsem začala mít zamlžené vidění.*“ uvedla I4. Pravidelnou kontrolu u očního lékaře doplňují také informantky 3 a 10.

Všech deset informantů se shodlo, že zjišťování jejich onemocnění probíhalo pomocí optotypů s písmeny a dalších přístrojů např.: na zjištění nitroočního tlaku. Taktéž se všichni informanti shodli, že informace o svém onemocnění zřadu získali právě od očního lékaře. Na otázku, která se týkala reakce informantů na zrakové onemocnění odpověděli I2, I5 a I10 shodně, že informace přijali klidně. „*Vzala jsem to tak, jak to je.*“ sdělila I10. Podobná odpověď zazněla i od I7 a I8. Pět informantů pocíťovalo strach, úzkost nebo beznaděj. I6 doplnila: „*Cítila jsem hrozný pocit viny, že jsem něco zanedbala.*“ Informantka 9 odpověděla, že si v duchu kladla otázku, co a jak sni teď bude. „*Jen jsem si v duchu říkala: Co teď se mnou bude?*“ I9.

Všichni informanti s kataraktou zvýšený nitrooční tlak nemají, zatímco informanti I4, I5, I6 a I8 jej mají zvýšený díky glaukomu. Pouze tři informanti (I2, I3, I6) uvedli, že jim bylo vysvětleno, jak měření nitroočního tlaku probíhá a byli seznámeni s rozkapáním očí. Zbytek informantů žádné vysvětlení nedostalo. „*Nikdo mi nic nevysvětloval, ale tak asi si mysleli, že už to znám.*“ uvedla I4. Dále byl I3 upozorněn, že po rozkapání očí může vidět rozmazaně.

2. Hospitalizace

a) Uspokojení potřeb při hospitalizaci

Osm informantů uvedlo, že jim byla při hospitalizaci nabídnuta pomoc s aplikací kapek. Dále šest informantů uvedlo, že jim oči byly vykapány od ošetrovatelského personálu každý den automaticky. I9 ohledně aplikace kapek při hospitalizaci sdělila, že sestřičky jí každý den vždy oko s ochotou kapky aplikovaly a dále dodává: „*Občas jsem jim to tedy musela připomenout, ale mají toho hodně, tak chápu, že občas zapomněli.*“ Pouze jedna informantka sdělila spíše negativní zkušenost ohledně aplikace kapek. „*No sestřičky se o to moc nezajímaly, kdybych se vždy třeba při hygieně nepřipomněla, tak by mi je asi nevykapali.*“ odpověděla I1.

Co se týká přístupu k hygienické péči informantů zhodnotili ji také spíše kladně. Sedm informantů (I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8) uvedlo, že jim v rámci hygienické péče byla poskytnuta pomoc do koupelny nebo podán lavor s hygienickými pomůckami k lůžku. I1 nám sdělila pozitivní zkušenost, kterou zažila na Oddělení následné a rehabilitační péče. „*Hrozně se mi tam líbilo, že nás všechny minimálně jednou týdně vzaly na takový to vanový lůžko a pořádně nás umyly. Takovou koupel jsem snad na jiném oddělení nezažila, ale chápu, že na to nemají všude čas, takže to nikomu nevyčítám.*“ I1. Podobnou zkušenost uvedla I10, které personál každý víkend pomohl do sprchového koutu, tam jí umístil židli a popsal kde se nachází sprcha a ona se mohla sama osprchovat. „*Vždycky o víkendu mi sestřičky pomohly do sprchy, kam mi daly židli a vše popsaly. Bylo to tak osvobozující, když jsem se mohla sama osprchovat.*“ I10. „*Při hygieně mi pokaždé sestřička nejdříve řekla, jak to všechno bude, potom mě začala mýt, dávala mi jasné pokyny. V jejím hlasu nebyla slyšet žádná negativní emoce a také doteky byly jemné.*“ ohodnotila hygienickou péči I9. I4 ve své odpovědi dále uvedla, že sestřičky byly „andělé“ a když viděla, jakou péči si dali s ostatními, tak neměla slov.

Dále byla všem informantům poskytnuta dopomoc, když potřebovali na záchod. „*Jelikož chodím hodně často na záchod a zrovna se mi dost motala hlava, když jsem se zvedla, tak mi sestřička obstarala dokonce pojízdné WC, abych nemusela chodit až do koupelny, která podle mě byla docela daleko. Byla jsem jí za to vděčná.*“ sdělila I4.

Také zkušenosti se stravováním informanti zhodnotili pozitivně. „*S jídlem jsem tam neměl sebemenší problém, protože sestřičky mi objednaly mletou stravu, takže jsem maso nemusel honit po celém talíři.*“ uvedl I5. I1 a I9 uvedli, že jim personál automaticky

při obědě sdělil, kde, co mají, takže se zvládli najíst bez problémů. „*Když mi přinesly oběd, tak mi hned vysvětlili kde, co mám a nabídly mi případnou pomoc,*“ sdělila I1. „*Bylo to od nich hezké, když mi hned vysvětlily kde, co mám.*“ I9. I8 se podělila o zkušenost ze své hospitalizace na interně. „*Jednou se mi začaly hrozně třást ruce a nemohla jsem se trefit ani do polévky ani do pusy, takže všechno, co jsem vzala lžící, bylo hned na mě.*“ sdělila I8, a dále uvedla, že jakmile ji sestřička uviděla, tak jí s jídlem pomohla.

b) Komunikace

V souvislosti s hospitalizací nás zajímala také komunikace s informanty. Osm informantů své zkušenosti s verbální komunikací od ošetřujícího personálu při své hospitalizaci zhodnotilo kladně. Jako nejběžněji užívaný komunikační prostředek uvádějí všichni informanti mluvenou řeč. „*No víte, když špatně vidíte, je pro Vás velmi důležité, že s Vámi ta osoba mluví a spíše Vám to vše řekne, než napíše na papír.*“ sdělila I1. Všechny osm informantů ve svých odpovědích zmínilo ochotu personálu jim věci vysvětlit. „*Jelikož skoro už nevidím, bývá pro mě lepší, když mi sestřičky vše v klidu vysvětlí. To, že mi to napíší na papír je mi, pro platné, když to stejně sama nepřečtu.*“ sdělila I9. „*Přestože mi sestřičky něco vysvětlovaly třeba i 5x, tak vždy měly klidný hlas a působily ochotně.*“ uvádí I3. Také I4 nám sdělila, že na komunikaci od personálu, který se o ni staral si nikdy nestěžovala. „*Pokaždé, když jsem měla jít na nějaké vyšetření, za mnou sestřička přišla a vše mi vysvětlovala a vždy mi odpověděla na mé dotazy. Také mi pokaždé přesně navedla ruku, tam kde jsem měla podepsat souhlas s vyšetřením.*“ I2. Pouze informantky I a 9 sdělily negativní zkušenost s verbální komunikací ošetřujícího personálu. „*Skoro vůbec se mnou nekomunikovali.*“ I1. „*Vůbec se mnou nemluvili. Chvílemi mi přišlo, že se se mnou bojí mluvit.*“ odpověděla I9.

U všech dotazovaných jsme se zaměřili i na zhodnocení neverbální komunikace ošetřujícího personálu. Sedm informantů zhodnotilo tuto komunikaci kladně jako doplnění komunikace verbální. Informant 7 uvedl, že si žádné neverbální komunikace nevšiml. Naopak I5 sdělil spíše negativní zkušenost, kdy na něj celkový postoj sestřičky nepůsobil kladně. „*Jednou mi postoj sestřičky připadal odměřený. Sice jsem viděl, jak se sestřička směje, ale jinak působila jako kdybych ji otravoval.*“ I5. S podobným přístupem se setkala i informantka 1, která svou odpověď doplnila svou myšlenkou: „*Myslím si, že personál chváta, aby vše stihl.*“

S komunikací týkající se zákroku očí se setkala osm informantů. Všech osm informantů uvedlo, že komunikace proběhla v oční ambulanci a ohodnotili ji velmi pozitivně. Všech osm se shodlo, že personál byl milý, ochotný a vše jim bylo vysvětleno. „*Nás tam bylo na tu operaci katarakty docela hodně, ale i tak byl personál moc milý a ochotný. Sestřička mi před zákrokem vysvětlovala, jak to bude všechno probíhat. Poté přišla také paní doktorka a šlo se na věc.*“ odpověděla I3. Dále byli všichni informanti informováni o správné poloze a jejich spolupráce při zákroku. I10 ke své odpovědi dodala: „*Se mnou to měli asi nejtěžší, protože mi dělalo problém nemrkat a moje operace tím trvala déle, ale přesto na mě nikdo nebyl zlý a nezvýšil na mě hlas.*“ I2 popsala situaci, kdy jí sestřička informace musela opakovat z důvodu zhoršeného sluchu. „*Jelikož už trochu hůře slyším, tak mi informace sestřička bohužel musela opakovat vícekrát –byla velmi trpělivá a ochotná.*“ (I2). V podobné situaci se ocitla také informantka 1, která sdělila, že v hlase personálu slyšela hněv z důvodu opakování informací. Přesto I1 svou zkušenosti s komunikací před zákrokem ohodnotila pozitivně.

Dále se všech deset informantů shodlo, že v rámci poučení po operaci byli edukováni, že nesmí: zvedat těžké věci, předklánět se, nejméně 6 týdnů provádět běžné denní činnosti, jako je luxování nebo vytírání a také o pravidelné aplikaci léku do očí. Tři informanti (I1, I9, I10) sdělili, že jim personál před odchodem řekl, aby se opatrovali. „*Sestřička mi před odchodem ještě sdělila, ať na sebe dávám pozor.*“ uvádí I1. I6 svou odpověď doplnil o nošení tmavých brýlí na Slunci.

Také neverbální komunikaci v ambulanci zhodnotilo šest pacientů velmi pozitivně a v souladu s verbální komunikací. „*Celkový přístup sestřičky i lékařky, která nás operovala byl velmi klidný a vstřícný.*“ sdělila I6. Pouze I9 uvedla, že se setkala s nevhodnou mimikou a gesty od sestřičky. „*Vím, že jsem se tehdy sestřičky na něco zeptala, ale nevím už na co a ona se tak divně ušklíbla a začala rozhazovat rukama.*“ I8 neverbální komunikaci nezhodnotila, protože si ji prý nevšíkala.

Podkategorie 2.3 První kontakt

Pět informantů ve své odpovědi uvedlo, že se při prvním kontaktu s ošetřovatelským personálem setkala s chvilkovým tichem ze strany personálu. Přesto osm informantů zhodnotilo reakci ošetřujícího personálu kladně. Tři informanti odpověděli, že jsou zvyklí své onemocnění sdělovat dopředu. „*Byla jsem zvyklá všude předem říkat o svém problému se zrakem.*“ sdělila I6. Prakticky stejnou odpověď jsme

dostali také od I3: „*Ještě před operací jsem většinou hned řekla, že moc nevidím a personál se mi snažil komunikaci přizpůsobit.*“ I9 navíc sdělila, že se mnohdy setkala s dotazy, jestli vidí na jedno oko lépe, a popřípadě na jaké. „*Často se mě na oddělení ptali, zda vidím na jedno oko lépe, nebo ne.*“ I9.

Příjem na oddělení zhodnotilo šest informantů kladně. „*Hned, jak mě přivezli na pokoj, tak už tam čekala sestřička, představila se mi, vše se mi snažila vysvětlit, provedla mě po pokoji a pomohla vybalit věci do skříně se stolečkem.*“ uvedl I7. Informantka 3 odpověděla, že pociťovala strach při své první hospitalizace a první setkání s ošetřujícím personálem popisuje takto: „*Když mi sestřička při příjmu vše vysvětlovala, tak působila hrozně moc klidně, že jsem se během chvilky přestala strachovat, jak to tu se mnou bude.*“ Pouze dva informanti se setkali za svůj život s negativním přístupem ze strany ošetřovatelského personálu. I5 svou negativní zkušenost popisuje takto: „*Nikdo se tam se mnou skoro vůbec nebavil ani se nesnažili nějak komunikaci přizpůsobit a jeli si svou notu dál.*“ I1 doplnila odpověď o domněnku: „*Přišlo mi, jako kdybych jim byla jedno a šlo jim jen o to udělat si svou práci.*“ Na otázku, zda ošetřující personál věděl, že trpí poruchou zraku, oba informanti odpověděli, že to personálu říkali.

V průběhu rozhovorů nás zajímalo, podle čeho si informanti tvoří svůj první dojem, proto jsem se jich na to zeptala. Všech deset informantů uvedlo, že na utvoření prvního dojmu nejvíce působí hlas ošetřujícího personálu. „*To, s jakým tonem s Vámi ten člověk mluví Vám napoví o tom, jaký je.*“ Sdělila I8. Prakticky podobná odpovědi zazněly také od I2, I3, I4, I6 a I7.

d) Spokojenost s ošetřovatelskou péčí

Z odpovědí všech informantů vyšlo najevo, že jim nepřipadá kvalita poskytované péče odlišná od péče u pacientů, kteří poruchou zraku netrpí. Ačkoliv je uzpůsobena individuálním potřebám informantů. Všech deset informantů odpovědělo, že se personál většinou snažil jejich slabinám přizpůsobit, proto péči zhodnotili převážně kladně. „*Určitě si nemyslím, že by mi personál poskytoval horší péči než ostatním. Personál se ani nerozčiloval, když mi něco museli sdělit víckrát.*“ I10 uvedla, že někdy si přijde spíše upřednostňovaná, protože s ní personál tráví více času než s pacienty, kteří vidí normálně. Podobnou odpověď sdělila I9: „*Přijde mi, že obvykle se mnou personál tráví více času, jak mi musejí všechno vysvětlovat a nechat ohmatat co neznám.*“

Na otázku, jaké přístupy by měl mít ošetřující personál k pacientovi se zrakovým onemocněním, odpověděli všichni informanti shodně vhodnou komunikací. Dále I3, I5 a I6 uvedli znalosti v léčbě a ošetření pacienta. „*Personál byl vždy ochotný a kdykoliv jsem se na něco zeptal, tak mi na všechny otázky odpověděl.*“ zdůraznil I5. I2, I7 a I8 doplnili, že by personál měl být ochotný a vstřícný. Dále I1 a I9 oznámili, že personál by měl být trpělivý. Informantka 10 nám sdělila, že by personál měl mít pochopení a umět pomoci. „*Zatím vždycky byl personál trpělivý a když něčemu nerozumím, nemají problém mi to znovu vysvětlit.*“ označila kladně dosavadní přístup I4. Informantka 10 také kladně ohodnotila, že ji důležité informace napíše na papír, protože jej pak předá dceři a ta jí to dovysvětlí. Naopak I1 a I9 tento způsob ohodnotili spíše negativně.

V rámci komunikace nás zajímalo, jak se ošetřovatelský personál při péči ujišťoval, že informant vše pochopil správně. Výsledné odpovědi informantů se příliš nelišily. I8 uvedla, že se občas setkala s komunikací, kde bylo mnoho odborných názvu, tudíž tomu moc nerozuměla a musela se sama doptat personálu. „*Vždycky se mě zeptali, zda jsem to pochopil nebo ještě potřebuji něco vysvětlit.*“ sdělil I5. Na tomto ujištění se shodli taktéž I1, I6 a I9. Zatímco informanti I7 a I10 se setkali s ověřením pomocí názorné ukázky ze strany informanta. I2 a I4 se setkali s oběma způsoby ověření informací. Poslední z informantů I3 se domnívala, že k žádnému ujištění ze strany personálu nedochází. „*Myslím si, že se nepřesvědčují nebo si to aspoň nevybavují. Akorát vždycky zopakují ty důležité informace.*“ I3.

Všech deset informantů zhodnotilo ošetřovatelskou péči, která jim zatím byla poskytnuta spíše pozitivně. „*S péčí jsem byla spokojená, protože sestřičky byly hodné, vše ochotně vysvětlily.*“ I4. I8 uvedla, že jí někdy sestřičky byly oporou a nemůže si stěžovat na jejich přístup. „*Bylo vidět, že jsou to profesionálky, jelikož mi kdykoliv všechno vysvětlily a pomohly.*“ sdělila I6. Informantka 1 zmínila, že se setkala s různými druhy přístupu na mnoha oddělení, kterými si prošla, a jenž nemůže shrnout ani jako pozitivní, ani negativní. Také uvedla: „*Když jsem na nějakém oddělení delší dobu, tak mívám občas pocit, že neustálé vysvětlování a ukazování kde co je personál vysiluje. Potom mi sdělují spíše jen základní informace. Ale nechci říct, že by mi poskytli špatnou péči.*“

5 Diskuse

Vlivem stárnutí se zvyšuje výskyt chronicko-degenerativních onemocnění oka. Autoři Anton (2009) a Burda a Šolcová (2016) mezi nejčastější zrakové onemocnění řadí kataraktu, glaukom, věkem podmíněnou makulární degenerace a diabetickou retinopatie. Heissigerová (2018) dále tvrdí, že pohlaví hraje v onemocnění kataraktou určitou roli a objevuje se častěji u žen než u mužů. My můžeme potvrdit, že katarakta a glaukom patří mezi nejčastější onemocnění oko způsobené vyšším věkem. Zároveň se domníváme, že nelze přesně stanovit jaké je nejčastější onemocnění zraku nebo jaké pohlaví postihuje více, jelikož výzkumný soubor tvořilo pouze deset informantů. V našem šetření trpělo kataraktou šest informantů, pět žen a jeden muž, proto lze souhlasit s tvrzením, že toto onemocnění postihuje více ženy než muže.

V první části výzkumu jsme se snažili zjistit, jak vypadá život informantů, proto jsme se zaměřili na potíže, které informantům přináší jejich zrakové onemocnění. Všech šest informantů trpících kataraktou uvedlo, že pociťovali subjektivní potíže. Anton (2009) řadí, mezi nejčastější příznaky katarakty pokles zrakové ostrosti, zamlžené vidění, zkreslené vidění a zhoršení posouzení vzdálenosti a výšky. Dle Heissigerové (2018) omezení zorného pole skvrnou patří mezi první příznaky katarakty. Tyto příznaky potvrdili všichni informanti trpící kataraktou. I1 nám ve své odpovědi popsala dva další příznaky: „*Někdy vidím zdvojeně a taky nedokážu rozpoznat barvu.*“ Tyto zrakové potíže nám uvedla pouze jedna informantka, které byla mimo kataraktu diagnostikována VPMD. Žádný jiný informant nám zdvojené vidění ani porušení barvocitu nesdělil. Možnost dvojitého vidění a poruchu barvocitu jako příznak šedého zákalu uvádí Heissigerová (2018).

Kuchynka (2016) ve své publikaci popisuje citlivost na intenzivní světlo, avšak pouze dva informanti sdělili, že jim občas intenzivní světlo vadí. Všichni informanti trpící kataraktou, kromě I1 uvedli, že nepociťují žádnou bolest spojenou se svou poruchou zraku. Právě fakt, že katarakta způsobuje nepříjemné, ale nebolestivé pocity zmiňuje Heissigerová (2018). Pociťování bolesti u I1 připisujeme kombinací dvou zrakových onemocnění – katarakty a věkem podmíněné makulární degeneraci. Jelikož ostatní informanti řekli, že bolest nepociťují.

Kalandrová (2014) řadí mezi rizikové faktory pro vznik katarakty především věk, UV-B záření, kouření, dlouhodobé užívání některých léků, těžké poranění oka a diabetes. Pět informantů potvrdilo, že se mimo oční onemocnění léčí také s diabetes mellitus.

Z odpovědí vyšlo najevo, že všichni informanti cítí určité omezení ve svém životě způsobené právě kataraktou. Toto také potvrzuje výzkum provedený Zahálkovou (2018), která zkoumala kvalitu života pacientů před a po operaci katarakty. Dále ve své práci tvrdí, že pacienti pociťují omezení při čtení, luštění křížovek či domácích pracích, což také potvrzují naši informanti. Šestice informantů již podstoupila operaci šedého zákalu (I1, I2, I3, I7, I9, I10), operace jim byla doporučena očním lékařem, když pociťovali potíže. Právě snížení zrakových funkcí, jež způsobují pacientovi potíže v běžném životě, jsou indikací k zákroku a obtížemi se řídí také správné načasování zákroku (Rozsíval, 2008). Katarakta tedy v dnešní době nezpůsobuje náhlou a úplnou slepotu, což potvrzuje také Kalandrová (2014).

Zahálková (2018) ve svém výzkumu říká, že většina jejich respondentů (konkrétně 110) pociťovala zlepšení zraku po operaci a 9 respondentů uvedlo částečné zlepšení, ale nikdo neuvedl nezlepšení zraku. Od našich informantů jsme se dozvěděli, že v prvních dnech pociťovali snížení zrakové ostrosti, ale poté viděli lépe. Tři informantky sdělily trvalé zhoršení zraku po operaci. I1 popsala dokonce, že vidí hůře než před operací. Domníváme se, že k zhoršenému vidění mohlo dojít z důvodu dalšího onemocnění oka a nedostatečného vyšetření před zákrokem. To, že ji nedostatečně vyšetřili před zákrokem si myslí také sama informantka. Právě Heissigerová (2018) zmiňuje důležitost vyšetření před operací. Podobné pocity sdělila také I10, která uvádí další potíže, které se u ní objevily až po operaci. I10 uvedla pálení a slzení očí. Z výpovědí informantů jsme usoudili, že se svým zdravotním stavem vyrovnali, přestože všichni při sdělení pociťovali obavy či strach.

Glaukom je další onemocnění, které se významně podílí na vzniku slepoty (Maharana, 2017). Informanti s glaukodem pociťovali snížení zrakové ostrosti, poruchu periferního vidění, výpadky zorného pole a rozmazané vidění, na čemž se shodují i Herle a Mazal (2014) a Kuchynka (2016).

Heissigerová (2018) tvrdí, že mezi rizikové faktory mimo jiné patří i diabetes mellitus, avšak za nejčastější příčinu vzniku glaukomu považuje vysoký nitrooční tlak. Všichni informanti uvedli, že mají vysoký nitrooční tlak a pouze dva informanti se léčí

také s onemocněním diabetes mellitus. Tři informanti uvedli, že pociťují tupou bolest hlavy a očí při dlouhém čtení a sledování televize. Pouze I4 pociťuje tlakovou bolest hlavy. Tlak a bolest ve svém výzkumu zmiňuje také Kováčová (2017), která zjistila, že někteří pacienti tyto potíže pociťují jako vedlejší účinek očních kapek. Nedokážeme posoudit, zda to u našich informantů bývá vedlejší účinek či nikoliv. Informanti uvedli, že měli strach nebo obavy, jak to s nimi bude dál, ale své onemocnění přijali. Dále lze tvrdit, že informanti se se svými individuálními potřebami zvládli vypořádat, nebo si na ně zvyknout a nyní jim nedělají velké starosti.

Ve druhé oblasti jsme se zabývali potřebami informantů s poruchou zraku při jejich hospitalizaci. S touto oblastí je velmi spjatá oblast individuálních potřeb informantů, která se nachází v první části výzkumu, proto jsme zde obě oblasti spojili. Domníváme se, že při uspokojování potřeb osob trpící poruchou zraku hraje největší roli komunikace, proto by se právě na ni ošetřující personál měl především zaměřit. Také je důležité, aby si personál, jenž pečuje o pacienta s poruchou zraku, předal informace k pacientových individuálních požadavcích. Tím můžeme pacienta ušetřit zbytečného nedorozumění. Taková nedorozumění totiž komplikují vzájemné budování vztahu a důvěry.

Všichni informanti uvedli, že si musí aplikovat oční kapky. Nutnost aplikace očních kapek uvádí Heissigerová (2018). Proto jsme se v první řadě zajímali o aplikaci očních kapek. Potřebu pomoci s aplikací nám uvedlo šest informantů. Většinou z nich doma pomáhá rodina. Pouze dvě informantky uvedli také pomoc od domácí péče. Dále většina informantů uvedli, že jim při hospitalizaci byla nabídnuta pomoc od ošetřovatelského personálu. Dvě informantky uvedli, že vykapání očí musely personálu připomenout. I9 uvedla, že aplikaci sice musela personálu občas připomenout, ale vždy ji oči s ochotou vykapali. Pouze I1 nám sdělila negativní zkušenost. I1 si myslí, že pokud by jim aplikaci nepřipomněla, tak by ji kapky neaplikovali. Z našeho pohledu mohlo jít například o nezkušenost ošetřovatelského personálu s pacientem, který trpí zrakovým onemocněním. V rámci nedostatečné informovanosti a nezkušenosti může dojít k chybnému přístupu. Toto ve svém výzkumu zmiňuje také Vojtíšková (2012).

Dále jsem se zabývali hygienickou péčí po dobu hospitalizace. Schnidlerová a kol. (2007) uvádí, že kompletní hygienu by si měl každý soběstačným pacient s poruchou zraku zvládnout sám, nebo s malou dopomocí. Pacient by měl zvládnout například nastavení

teploty vody nebo ovládání sprchy, aby tyto činnosti mohl vykonat, musí dobře znát prostředí ve kterém, se nachází. I1 sdělila svoji kladnou zkušenost, kdy byla hospitalizovaná na Oddělení následné a rehabilitační péče a byla jí poskytnuta hygiena na vanovém lůžku za dopomoci personálu. Další informantka uvedla, že jí na jednom oddělení byl vždy o víkendu poskytnut doprovod do koupelny, kde ji personál vše popsal a ona se mohla osprchovat.

Informanti uvedli, že jim vždy byl poskytnut minimálně doprovod do koupelny nebo přinesen lavor s vodou k lůžku s popsáním, kde, se co nachází. Všichni tedy ohodnotili přístup personálu spíše kladně. Pouze jedna informantka uvedla, že jednou měla negativní zkušenost, kdy jí sestřička dala pouze lavor a nic neřekla. Domníváme se, že důvodem mohla být nezkušenost nebo nevědomost. Dále byl všem informantům poskytnut doprovod na záchod, proto všichni informanti zhodnotili tuto oblast kladně.

V rámci orientace pacienta na oddělení a pokoji ani jeden informant nevedl, že by jej personál provedl po oddělení. Podle našeho názoru by sestra měla s pacientem projít oddělení, a ukázat mu orientační body a sdělit, kde se nachází, například: „tady máme jídelnu“. Důležitou součástí pro některé pacienty bývá si cizí prostředí spolu s doprovodem osahat, aby se mohli lépe orientovat v prostoru oddělení. Pokud přichází pacient v doprovodu jiné osoby, je vhodné nechat seznámení s oddělením na ní. Podle Michálka a kol. (2010) by si sestra měla zvolit orientační bod, odkud pacienta provede podél zdi po oddělení a pokoji. Informanti se setkali pouze s provedením po pokoji. Pacientům by mělo být poskytnuto signalizační zařízení na dosah ruky Schnidlerová a kol. (2007). Tři informanti na signalizační zařízení nebyli vůbec upozorněni.

Michálek a kol. (2010) uvádí, že stravování pro pacienty trpící zrakovým onemocněním jako nejsložitější činnost a často s ní potřebují pomoci. Ovšem většina našich informantů uvedli, že se dokáží najíst sami nebo s malou pomocí. Pouze I3 a I6 uvedli, že je to někdy těžké. Hreisíková (2006) tvrdí, že není potřeba tyto pacienty oddělovat od ostatních pacientů, mohlo by to v nich vyvolat pocit izolace. Hreisíková (2006) a Michálek (2010) se shodují, že jídlo je dobré pacientům popsat pomocí hodinových ručiček, nebo alespoň slovy „vpravo“ a „vlevo“. S jedním z uvedených přístupů se informanti setkali automaticky, takže stravování zvládli bez problémů. Doma jim se stravováním pomáhá rodina a v nemocnici se také setkali

s nabídkou pomoci od personálu. I8 uvedla, že jí sestřička pomohla, když se jí začali třást ruce.

Dále jsme se zabývali komunikací s osobami trpícími zrakovým onemocněním. Jako nejužívanější komunikační prostředek uvedli všichni informanti mluvenou řeč. Tento výsledek jsme předpokládali. Z výpovědí vyplynulo, že pro informanty bývá problémem komunikace v hlučném prostředí, nebo komunikace s více lidmi najednou, kdy dojde k přeslechnutí potřebných informací. Z tohoto důvodu bychom měli pro efektivní komunikaci věnovat pozornost vlivům prostředí. Rozhovor by neměl být narušován a také nesmí být narušena osobní zóna klienta. Dle Hauke (2014) by měl být rozhovor veden stejně jako s jiným dospělým člověkem, avšak zdůrazňuje, že je nutno pamatovat na změny, které přináší stárnutí a komunikaci těmito změnám přizpůsobit. K tomuto problému uvedl relevantní odpověď I5: *„U lékaře mi všechno sestřička vysvětluje ještě v ordinaci, protože v čekárně je vždy docela hluk.“*

Kejklíčková (2011) upozorňuje také na fakt, že vlivem věku dochází ve stáří k pomalejšímu a obtížnějšímu zpracování zvukového signálu. Mozek seniora může mít i problém některé zvuky rozeznat a zkrusluje tak slyšená slova (Kejklíčková, 2011). Dvě informantky sdělily, že pro ně bývá lepší, když jim vše personál v klidu pouze vysvětlí než napsání informací na papír. Informantky jako důvod, proč jim to nevyhovuje, uvedly, že to na papíře stejně nepřečtou. Naopak I8 sdělila, že jí vyhovuje napsání důležitých informací na papír, protože je doma předá. My z odpovědí informantů usuzujeme, že oba způsoby nejsou špatné jen každému vyhovuje něco jiného, proto je důležité se s klientem domluvit.

Při provádění ošetrovatelské péče je nutné seniora přesně informovat, jak co bude probíhat (Kalábová, 2017). Od informantů také zaznělo, že je potřeba sdělovat přesné pokyny, protože pak se dostávají do nepříjemných situací. Všichni informanti zhodnotili verbální komunikaci spíše kladně. Dle Pokorné (2010) je při komunikaci s člověkem trpícím poruchou zraku stejně důležitý oční kontakt jako u normálního člověka, přestože by se nám to mohlo zdát zbytečné. Lidé s poruchou zraku sice nemusí vidět, že s nimi oční kontakt neudržíme, ale dokáží vycítit pomocí sluchu, pokud jsme k nim otočeni zády, nebo se díváme z okna (Pokorná, 2010). Informanti tento fakt také zmiňují.

Všichni informanti uvedli, že si většinou první dojem utvářejí podle komunikace, a hlasu druhé osoby. Pro pacienta trpícího zrakovým onemocněním tedy bývá pro

vytvoření prvního dojmu nejdůležitější hlas. Tento fakt zmiňuje i Pokorná (2010). Linhartová (2007) tvrdí, že pokud pacient v hlase vycítí opovržení či nezáměr o pacienta, může to zapříčinit odrazení pacienta od komunikace s personálem. Právě vzájemné pozorování neverbálních projevů hraje velice důležitou roli. Klevetová a Dlabalová (2008) zmiňují výsledky výzkumu, který ukázal, že informace předané formou slov sdělují pouze 7 % informací, tón hlasu předá 38 % a až 55 % informací sdělí řeč těla. Minibergerová a Dušek (2006) v souvislosti s neverbálními signály poukazují na fakt, že právě ženy jsou k řeči těla mnohem vnímavější než muži.

Další potřebou u informantů bylo navázání kontaktu pomocí doteku. S pacientem je vhodné se vždy domluvit na způsobu navázání kontaktu. Některé pacienty může dotek například po ránu vylekat, proto je lepší pacienta budit například pomocí rozsvícení světla. Ačkoliv většina informantů by spíše upřednostňovala lehký dotek, který zmiňuje Linhartová (2007), a dále uvádí, i zadupání. Pokud zvolíme dotyk rukou, měla by být suchá a čistá (Zacharová, 2016). Také je vhodnější se pacienta takto nedotýkat v jednorázových rukavicích. Pro pacienta by to totiž mohlo znamenat, že se jej štítíme.

V rámci prvního kontaktu informanti uvedli, že jsou rádi, když se jim personál představí a podá jim například ruku, nebo položí ruku na rameno, aby věděli, kde se personál nachází. Pokorná (2010) zdůrazňuje, že k oslovení pacienta bychom měli přidat pevný stisk, aby pacient mohl poznat kde se nacházíme. Dále uvádí, že pokud známe dotyky, jež pacient zná, máme je využít, protože tyto dotyky v pacientovi vzbuzují pocity důvěry. Znamé dotyky může sdělit například pacientův doprovod. Pokud odcházíme z místnosti, je vhodné to pacientovi také sdělit pomocí doteku. Informantům by tato možnost kontaktu pomocí známých doteku nevadila.

Při ošetrovatelské péči musíme pacienta přesně informovat, jak co bude probíhat (Kalábová 2017). Takový přístup uvedla I9: *„Při hygieně mi pokaždé sestřička nejdříve řekla, jak to všechno bude, potom mě začala mýt dávala mi jasné pokyny. V jejím hlasu nebyla slyšet žádná negativní emoce a také dotyky byly jemné. „Pokud pacienta doprovází rodina a senior je přítomen, hovoříme nejdříve přímo se seniorem nikoliv s rodinou. Takový přístup působí neprofesionálně a v seniorovi může vzbudit pocit méněcennosti, doplňuje Kabátová (2012). Důležité také je, abychom člověku s poruchou zraku pomohli se zorientovat v novém prostředí a udržovat na pokoji stabilní prostředí (Linhartová,2007). Jelikož pomocí zraku přijímáme velkou část informací, tak člověk*

s poruchou zraku se snaží toto znevýhodnění kompenzovat jinými smysly – především sluchem a hmatem. Z tohoto důvodu je důležité osoby se zrakovým onemocněním nechat v klidu všechno osahat a vše jim pořádně a přesně vysvětlit.

V poslední oblasti jsme se zaměřili na zhodnocení kvality poskytované péče. V návaznosti s touto oblastí byla informantům položena otázka, zda jim přijde poskytovaná péče něčím odlišná od péče poskytované lidem bez zrakového onemocnění. Z odpovědí informantů vyšlo najevo, že jim nepřipadá kvalita poskytované péče jiná než péče u pacientů, kteří netrpí poruchou zraku ani jiným znevýhodněním, přestože ji personál uzpůsobuje individuálním potřebám informantů. Informanti uvedli, že se jim personál většinou snaží v jejich znevýhodnění přizpůsobit, proto kvalitu poskytované péče ohodnotili kladně. Avšak najdou se chyby při komunikaci s takovým typem pacientů. Podle některých informantů se nejvíce chyb vyskytuje v neverbální komunikaci, ale to připisují tomu, že na verbální komunikaci jsme zvyklí. I9 sdělila, že si někdy připadá spíše upřednostňovaná, jelikož s ní tráví personál mnoho času, když jí něco vysvětluje. Podle informantů je důležité, aby byl personál trpělivý, vstřícný, uměl vhodně komunikovat, umět poskytnout pomoc a měl pochopení.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Porucha zraku u geriatrických pacientů jako ošetrovatelský problém“ si kladla za cíl zmapovat specifika přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou zraku v ošetrovatelské péči. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jaké problémy přináší geriatrickým pacientům porucha zraku v životě? Jaké potřeby mají geriatričtí pacienti s poruchou zraku při hospitalizaci? Jaká jsou specifika v přístupu ke geriatrickému pacientovi s poruchou zraku? Pomocí těchto otázek jsme zjistili, s jakými obtížemi se pacienti potýkají v každodenním životě, jaké mají individuální požadavky na uspokojení potřeb. Díky těmto zvoleným otázkám by cíl splněn.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že všichni informanti se dokázali s poruchou zraku smířit a naučili se s ní žít. Většina informantů podstoupila operaci zrakového onemocnění a jejich zrakové znevýhodnění se tím zmenšilo, avšak dvěma informantům se po operaci naopak přitížilo. V souvislosti s hospitalizací uvedli někteří informanti mírné nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci ošetrovatelského personálu. Informanti si stěžovali na hluk prostředí či vyrušení komunikace jinou osobou nebo telefony. Dále by informanti uvítali lehký dotek od personálu při komunikaci s nimi, aby věděli, kde se osoba nachází. Další dílčí problém se vyskytl v získání zpětné vazby a porozumění sdělených informací.

Pozitivním zjištěním bylo, že informanti považují kvalitu poskytovaných ošetrovatelských výkonů a informací za rovnocennou jako u osob bez zrakového onemocnění a poskytovanou péči tedy hodnotili celkově kladně.

Tato práce přináší ucelený pohled na problematiku seniorů s poruchou zraku. Na základě získaných materiálů byla vytvořena informační brožura (příloha 2). Získané výsledky mohou posloužit sestrám v praxi, ale také studentům lékařských i nelékařských zdravotnických oborů při přípravě na budoucí povolání. S takovými pacienty se můžeme setkat v nemocničním prostředí velmi často. Většinou to bývá z důvodu jiného onemocnění. Proto je dobré mít povědomí o problémech či individuálních potřebách.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANTON, M. *Stáří a vidění*. Česká oční optika, 2009, roč. 50, č. 3, s. 32-34.
2. BENEŠ, Pavel. *Logbook: pro cvičení bakalářského studijního programu Ortoptika*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9526-7.
3. Boxell EM, Amoaku WM, Bradley C. Healthcare experiences of patients with age-related macular degeneration: have things improved? Cross-sectional survey responses of Macular Society members in 2013 compared with 1999. *BMJ Open*. 2017 Feb 14;7(2): e012790. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012790. PMID: 28196945; PMCID: PMC5318558.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. 1. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
5. COLLINSON, Nicky. Bezpečnost za volantem: zrakové potíže řidičů. *Česká oční optika*. 2018, 59(1), 36-38. ISSN 1211-233X. Dostupné také z: <http://www.4oci.cz>
6. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
7. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3901-4.
8. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
9. DVOŘÁČKOVÁ, D. et al., 2016. *Sociální determinanty zdraví u seniorů žijících v Jihočeském kraji*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, ISBN 978-80-7422-546-8.
10. ELLIOTT, D. *Clinical procedures in primary eye care*. 4. vyd. Edinburgh: Elsevier, 2014, 318 s. ISBN 978-0-7020-5144-4
11. ERNEST, Jan. Léčba diabetického makulárního edému. *Vnitřní lékařství*. 2013, 59(3), 194-200. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/lecba-diabetickeho-makularniho-edemu-40150>

12. HAUKE, M., 2014. Zvládání problémových situací se seniory-nejen v pečovatelských službách. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9.
14. HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š. 2010. Geriatria. 1.vyd. Bratislava: Herba, 2010, 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
15. HERLE, Petr a Zdeněk MAZAL. Oftalmologie pro všeobecné praktické lékaře, Praha: Raabe, 2014, 132 s. ISBN 978-80-86307-89-3.
16. HEISSINGEROVÁ, J. a kol. *Oftalmologie: Pro pregraduální i postgraduální přípravu*. Praha: Maxdorf, 2018, 400 s. ISBN 978-80-7345-580-4
17. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. Průvodce vyšším věkem. 1. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
18. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
19. HREISÍKOVÁ E., 2006. Sestra a nevidiaci pacient. Sestra, 2006. Január-február. 47s. ISSN 13359444
20. JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.
21. JYLHÄVA, J. et al., 2017. Biological Age Predictors. EBioMedicine. 21, s. 29–36. ISSN 2352-3964.
22. KABÁTOVÁ, O. Špecifiká komunikácie s geriatrickým pacientom. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky. ISSN 1801-1349. 2012. Roč. 8, č. 6, s. 7-8
23. KALÁBOVÁ, Martina. Rady pro komunikaci. 2. vyd. Praha: Diakonie ČCE, 2017. ISBN 978-80-87953-19-8.
24. KALANDROVÁ, V. Když se řekne šedý zákal. *Florence*. 2014, 10(3), 17-18. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

25. KALVACH, Z., 1997. Úvod do gerontologie a geriatrie. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-7184-366-0.
26. KALVACH, Z., 2004. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.
27. KALVACH, Z. et al., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
28. KALVODOVÁ, Bohdana a Jan KALVODA. Nové trendy v diagnostice a léčbě diabetického makulárního edému. *Interní medicína pro praxi*. 2013, 15(1), 19-21. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>
29. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. Logopedie v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
30. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
31. KNOT, Jaroslav. Věkem podmíněná makulární degenerace aneb proč ji optik musí znát. *Česká oční optika*. 2011, 52(1), 60-66. ISSN 1211-233X.
32. KOLÁŘ, Petr. Patofyziologie diabetické retinopatie. *Vnitřní lékařství*. 2013, 59(3), 173-176. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/patofyziologie-diabeticke-retinopatie-40142>
33. KOUBOVÁ, M., 2016. Měli bychom zlepšovat kvalitu péče o seniory, místo toho podkopáváme základy, zlobí se geriatři [online]. Zdravotnický deník [cit. 2018-11-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/meli-bychom-zlepsovat-kvalitupece-o-seniory-misto-toho-podkopavame-zaklady-zlobi-se-geriatri/>
34. KOVÁČOVÁ, K., 2017. *Vnímání kvality života seniorů před a po operaci katarakty*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
35. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
36. KUČYHNKA, P. a kol. Oční lékařství 2., přepracované a doplněné vydání, Praha, Grada 2016, 936s ISBN: 978-80-247-5079-8

37. LOTKO, Edvard. Kapitoly ze současné rétoriky. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-2309-8.
38. LINHARTOVÁ, V., 2007. Praktická komunikace v medicíně. 1. vydání. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
39. MICHÁLEK M., 2010. Náš nevidomý pacient. Praha: Okamžik, 62s. ISBN 978-80-86932-26-2
40. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
41. MIKULÁŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0650-4.
42. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
43. MLÝNKOVÁ, J., 2011. Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3872-7
44. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vydání. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
45. NETTER, F. H. Atlas of human anatomy. Sixth edition. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2014. ISBN 978-1-4557-0418-7.
46. Newman-Casey PA, Killeen OJ, Renner M, Robin AL, Lee P, Heisler M. Access to and Experiences with, e-Health Technology Among Glaucoma Patients and Their Relationship with Medication Adherence. *Telemed J E Health*. 2018 Dec;24(12):1026-1035. doi: 10.1089/tmj.2017.0324. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29683401; PMCID: PMC6299846.
47. NOVÁKOVÁ, M, 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(3), s. 101-103 [cit. 2020-11-31]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/03.pdf>

48. POKORNÁ, A., 2010. Komunikace se seniory. 1. vydání. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
49. PŘIBYL, H., 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, Jessenius, ISBN 978-80-7345-437-1.
50. ROZSÍVAL, Pavel. Trendy soudobé oftalmologie. 5. vyd. Praha: Galén, 2008. 281 s. ISBN 978-80-7262-534-5.
51. SCHINDLEROVÁ O. a kol., 2007. Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých. Praha: Tyfloservis, 96s. ISBN 978-80-239-8822-2
52. ŠTROFOVÁ, H., SEDLÁČEK K., JAROŠOVÁ, A., DUBSKÁ, Z. *Věkem podmíněná makulární degenerace. Klinická farmakologie a farmacie.* 2013, 27(2), 68-74. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/archiv.php>
53. VOJTÍŠKOVÁ, A., 2012. *Ošetrovatelská problematika pacientů s poruchou zraku.* České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
54. ZAHÁLKOVÁ, P., 2018. *Kvalita života u pacienta před a po operaci katarakty.* Pardubice. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií
55. ZACHAROVÁ, E., 2016. Komunikace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
56. ZAVÁZALOVÁ, H., 2001. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0326-8

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s informanty

Příloha 2: Informační leták pro sestry a studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s informanty

Základní identifikační údaje

1. Pohlaví
2. Věk
3. Druh zrakového onemocnění
4. Trvání zrakového onemocnění

Jaké problémy přináší geriatrickým pacientům porucha zraku v životě

5. Jak jste rozpoznal/a, že není něco se zrakem v pořádku?
6. Byl/a jste někdy hospitalizována v souvislosti s očním onemocněním?
7. Jak jste rozpoznal/a, že není něco se zrakem v pořádku?
8. Jakým způsobem u Vás oční lékař zjišťoval zrakové omezení?
9. Jaké příznaky jste pociťoval/a v souvislosti se šedým/zeleným zákalem očí?
10. Kolik let se léčíte se šedým/ zeleným zákalem?
11. Jste citlivý/a na intenzivní světlo?
12. Pocítujete bolest v souvislosti se zrakovým onemocněním?
13. Léčíte se s onemocněním diabetes mellitus?
14. Používáte brýle?
15. Jaké smysly nejvíce využíváte v souvislosti se zrakovým onemocněním?
16. Máte zvýšený nitrooční tlak?
17. Jaké informace Vám poskytl zdravotnický pracovník v souvislosti s měřením nitroočního tlaku?
18. Od koho jste získala informace o svém onemocnění?
19. Prodělal/a jste již nějaký zákrok v souvislosti se zrakovým onemocněním?

Jaké potřeby mají geriatřiční pacienti s poruchou zraku při hospitalizaci

20. Jaké Používáte léky do očí v souvislosti s Vaším onemocněním?

21. Jste soběstačný/á hygienické péči, vyprazdňování, stravování v souvislosti se zrakovým onemocněním?

22. Jakým způsobem si zajišťujete stravování a domácností?

23. Kdo je pro Vás oporou v době nemoci?

24. Jakým aktivizačním činnostem se věnujete během dne v souvislosti se zrakovým onemocněním?

Jaká jsou specifika v přístupu ke geriatrickým pacientům s poruchou zraku

25. Byl/a jste někdy hospitalizována v souvislosti s očním onemocněním?

26. Jak na vás působil/a neverbální komunikace zdravotnického pracovníka při hospitalizaci se zrakovým onemocněním?

27. Jak byste hodnotil/a verbální komunikaci zdravotnického pracovníka při hospitalizaci se zrakovým onemocněním?

28. Jakou ošetrovatelskou péči u Vás vykonával zdravotnický pracovník po zákroku oka (očí)?

29. Jak s Vámi komunikoval v oční ambulanci zdravotnický pracovník v souvislosti se zákrokem očí?

30. Dokázal/a byste zhodnotit neverbální stránku v oční ambulanci zdravotnického pracovníka v souvislosti se zákrokem očí?

Příloha 2: Informační leták pro sestry a studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů



Zrakové onemocnění ve stáří



Bumbová Štěpánka

Informační leták pro sestry a studenty lékařských i nelékařských zdravotnických oborů, 2021

Zrakové onemocnění

- Zrak je naším nejdůležitějším smyslem, neboť poskytuje přes 80 % informací z okolního světa. Bohužel postupující věk se nevyhýbají ani smyslovým orgánům. S vyšším věkem přibývá fyziologických změn stámutí oka a někdy bývá obtížné odlišit stavy podmíněné věkem od patologických stavů
- Po 65.roku života se se zvyšuje výskyt chronicko-degenerativních onemocnění oka.

Kdy může vzniknout zrakové onemocnění podmíněné věkem?

- Čas nástupu těchto změn je zcela individuální.
- Vyšším věkem výskyt těchto onemocnění narůstá, avšak změny mohou nastat již ve středním věku.
- Rychlost a rozvoj závisí na celkovém zdravotním stavu člověka, životním stylu a jsou do značné míry předurčeny dědičností.

Nejčastější změny v oku podmíněné věkem

- Katarakta
- Glaukom
- Věkem podmíněná makulární degenerace -VPMD
- Diabetická retinopatie

Obecné příznaky

- | | |
|--|---|
| • Snížení zrakové ostrosti | • vysoký nitrooční tlak u určitého zrakového onemocnění |
| • Zamlžené vidění a rozmazané vidění | • Výpačky zorného pole |
| • Porušení barvocit | • Porucha periferního vidění |
| • Zhoršení posouzení vzdálenosti a výšky | • Výskyt bolesti u určitého zrakového onemocnění |

Mezi nejčastější rizikové faktory řadíme:

- Věk
- vysoký nitrooční tlak
- Nezdravý životní styl
- Diabetes mellitus
- Kouření
- UV-B záření
- Dlouhodobé užívání některých léků
- Těžké poranění oka

Léčba

- V případě suché formy VPMD bohužel léčba neexistuje, avšak lékaři doporučují různé potravinové doplňky jako je betakaroten, vitamin C, zinek, selen, esenciální omega-3 nenasycené kyseliny apod.

Léčbu u všech ostatních uvedených onemocnění zraku můžeme rozdělit na:

- Konzervativní
- chirurgická



Pár doporučení pro efektivní komunikaci s geriatrickým pacientem s poruchou zraku

- Na začátku komunikace je důležité se představit celým jménem a svou funkcí.
- Pro pacienta s poruchou zraku je pro vytvoření prvního dojmu nejdůležitější hlas. Hlas mu o nás prozradí hodně a může napomoci k vytvoření důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem.
- Důležitý je také oční kontakt. Lidé s poruchou zraku sice nemusí vidět, že s nimi oční kontakt neudržíme, ale dokáží vycítit pomocí sluchu, pokud jsme k nim otočení zády, nebo se díváme z okna
- K oslovení bychom měli připojit i pevný stisk.
- Pokud známe dotyky, které pacient zná využijme jich, jelikož v pacientovi vzbuzují pocit důvěry.
- Dalším nutným pravidlem je užívání přesných výrazů jako vpravo nebo nahoře apod.
- Přesně pacienta informovat, jak co bude probíhat.
- Vše pacientovi vysvětlit v klidném prostředí.
- Ujistit se vhodným způsobem o pochopení sdělované informace (například pomocí názorné ukázky).
- Vše pacientovi popsat, nechat ohmatat a musíme počítat i s doprovodem geriatrického pacienta.
- V rámci lepší orientace geriatrického pacienta v prostředí udržovat stabilní prostředí v místnosti.
- Odcházíme-li z místnosti je podstatné pacienta upozornit. Opět se doporučuje rozloučit se dotykem, jak tomu bylo při přivítání.
- Pokud je s pacientem přítomný doprovod je nutné jednat i s pacientem.
- V poslední řadě se s pacientem nebát komunikovat!

Použité zdroje:

ANTON, M. *Stáří a vidění*. Česká oční optika, 2009, roč. 50, č. 3, s. 32-34.

2. BENEŠ, Pavel. *Logbook: pro cvičení bakalářského studijního programu Ortooptika*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9526-7.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče* 2. díl. 1. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

KALÁBOVÁ, Martina. *Rady pro komunikaci*. 2. vyd. Praha: Diakonie ČCE, 2017. ISBN 978-80-87953-19-8.

. KALANDROVÁ, V. Když se řekne šedý zákal. *Florence*. 2014, 10(3), 17-18. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

ŠTROFOVÁ, H. SEDLÁČEK K., JAROŠOVÁ A., DUBSKÁ, Z. Věkem podmíněná makulární degenerace. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2013, 27(2), 68-74. ISSN 1212-7973. Dostupné také z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/archiv.php>

Obrázky dostupné z:

JAROSLAV P., 2020. *Budoucnost léčby onemocnění oční sítnice? Místo starých očí bychom si mohli nechat narůst nové*. [online]. [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <https://vtm.zive.cz/clanky/budoucnost-lecby-onemocneni-ocni-sitnice-misto-starych-oci-bychom-si-mohli-nejchat-narust-nove/sc-870-a-206387/default.aspx>

KUNCOVÁ, M., 2015. *O staré se nechtějí starat děti ani lékaři, je to drahé*. [online]. [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <https://zena.aktualna.cz/rodina/o-stare-se-nejchaji-starat-deti-ani-lekari-je-to-drahe/r-i:article:810207/>

ČOČKYSHOP. 2016. *Jak kapat kapky do očí* [online]. [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <https://www.cockyshop.cz/dokumenty/vybirame-ocni-kapky>

PROCHLAPY, CZ. 2018. *Šedý zákal se operoval už před naším letopočtem. Poněkud šílená historie nejstarší operace v historii lidstva!* [online]. [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <https://www.prochlapy.cz/clanky/sedy-zakal-se-operoval-uz-pred-nasim-letopoctem-ponekud-silena-historie-nejstarsi-operace-v-historii-lidstva/>

ZELENÝ-ZÁKAL. 2019. *Zrak mohou posílit doplňky stravy. Ale jaké?* [online]. [cit. 2021-8-1]. Dostupné z: <https://www.zeleny-zakal.cz/novinky/zrak-mohou-posilit-doplunky-stravy-ale-jaka-767>

Zdroj: vlastní

9 Seznam použitých zkratk

VPMD – Věkem podmíněná makulární degenerace

VEGF – vascular endothelial growth factor (vaskulární endotelový růstový faktor)

WHO – Světová zdravotnická organizace, World Health Organization