



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Nejčastější úrazy očí z pohledu sestry: prevence, edukace, rizikové faktory

Vypracovala: Jana Schmidtová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název práce: Nejčastější úrazy očí z pohledu sestry: prevence, edukace, rizikové faktory

Teoretická východiska: Úrazy očí jsou častou příčinou poškození nebo dokonce ztráty zraku. Uvádí se, že až 90% všech očních poranění lze zabránit vhodnou prevencí. Bakalářská práce se zabývá rizikovými faktory, prevencí a edukací pacientů, kteří utrpěli úraz oka. V jednotlivých částech práce se zabýváme rizikovým věkem pro vznik očního úrazu, rizikovými aktivitami, rizikovým faktorem prostředí. V oblasti prevence se zaměřujeme na oční ochranné pomůcky, správné poskytnutí první pomoci při úrazu oka a organizace, které se zaměřují na pomoc zrakově postiženým. Kapitola edukace se zabývá otázkou, zda sestry edukují pacienty, nebo jestli jim pouze předávají informace, dále se zabýváme potřebami pacientů v edukačním procesu a zásadami komunikace s pacientem, který utrpěl úraz oka.

Cíle práce: Praktická část této bakalářské práce byla zahájena třemi vytyčenými cíli. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou, dle sester, nejčastější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazu očí. Druhým cílem bylo zjistit, co si sestry myslí o významu prevence úrazů očí. Posledním cílem bylo zjistit, v čem spočívá edukace pacienta, který je po prodělaném úrazu očí. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývá tím, jaké jsou nejčastější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazu očí. Druhá výzkumná otázka je směřována k prevenci, zabývá se tím, co si sestry myslí o významu prevence očních úrazů. Poslední třetí otázka se zabývá edukací, konkrétně tím, v čem spočívá edukace pacienta, který prodělal úraz oka.

Metodika: Pro bakalářskou práci jsme se rozhodli zvolit formu kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami pracujícími na očním oddělení, a to jak v ambulantní, tak i lůžkové části. Rozhovory probíhaly v období měsíce června 2014. Rozhovory se uskutečnily na očním oddělení

v Nemocnici České Budějovice, a.s. a Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Výzkumný soubor tvořilo 6 všeobecných sester, z nichž některé pracují v lůžkové a některé v ambulantní části. Rozhovory byly se souhlasem všeobecných sester zaznamenávány na nahrávací zařízení, nebo zapisovány do záznamových archů. Následně byly získané údaje zpracovány do kategorizačních skupin, které byly analyzovány. V rozhovorech jsme pokládali otázky předem připravené, v průběhu rozhovoru byly tyto otázky doplňovány o podotázky. Rozhovor jsme rozdělili do pěti oblastí: identifikace sestry, nejčastější úrazy očí, rizikové faktory pro vznik úrazů očí, prevence očních úrazů, edukace pacienta s úrazem očí.

Výsledky: Z dosažených výsledků bylo zjištěno, že nejčastějšími rizikovými faktory pro vznik očních úrazů je věk od 20 do 60 let, prostředí domácí dílny, les, pracovní prostředí. Za rizikové aktivity sestry považují spěch, nedodržování zásad BOZP, jízdu na kole a squash. Nejhlavnějším rizikovým faktorem je nepoužívání očních ochranných pomůcek. Prevence očních úrazů je podle nadpoloviční většiny dotázaných dostatečná. Za nejúčinnější metodu prevence je považováno nošení očních ochranných pomůcek. V oblasti edukace pacienta s očním úrazem bylo zjištěno, že u pacientů neprobíhá edukace, ale pouze předávání informací. Sestry neumějí rozlišit edukaci pacienta od informování pacienta.

Závěr: Bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o problematice očních úrazů. Na základě získaných výsledků byl vytvořen informační materiál pro sestry očních oddělení, jehož účelem bude usnadňovat sestrám edukaci v oblasti očních úrazů. Tento materiál byl vytvářen tak, aby ho sestry mohly předávat pacientům. Práce by mohla posloužit i jako zpětná vazba pro oční oddělení, na kterých probíhalo výzkumné šetření.

Klíčová slova: edukace, oko, prevence, rizikový faktor, úraz.

Abstract

Title of the thesis: The most frequent eye injuries as seen by nurses: prevention, education, risk factors

Theoretical background: Eye injuries are a frequent cause of damage or even loss of eyesight. It is said that as many as 90% of all eye injuries may be avoided through appropriate prevention. The bachelor thesis addresses risk factors, prevention and education of patients who suffered an eye injury. Individual parts of the thesis examine a risk age for eye injuries, risk activities and risk factors of the environment. In the area of prevention the thesis describes eye protection equipment and correct first aid procedures to be taken in an eye injury and introduces organizations providing assistance to people with visual handicaps. The chapter about education examines whether nurses educate patients or whether they only forward information to them, and discusses the needs of patients in the education process and the rules of communication with patients who suffered an eye injury.

Objectives of the thesis: The practical part of this bachelor thesis was based on three objectives. The first objective was to ascertain what risk factors nurses believe are the most frequent ones that contribute to eye injuries. The second objective was to ascertain what nurses think about the importance of eye injury prevention. The last objective was to ascertain in what the education of a patient who suffered an eye injury consists. Three research questions were set for the above stated objectives. The first research question aims at ascertaining the most frequent risk factors that contribute to eye injuries. The second research question is aimed at prevention, namely at ascertaining what nurses think about the importance of eye injury prevention. The third question is aimed at education, namely in what the education of a patient who suffered an eye injury consists.

Methodology: The bachelor thesis uses the form of a qualitative research using a semi-structured interview with general nurses working at eye departments, both

outpatient and inpatient ones. Interviews took place in June 2014 in the eye departments of the hospitals Nemocnice České Budějovice, a.s. and Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. The research set consisted of 6 general nurses, some of which work in inpatient departments while the others work in outpatient departments. With the general nurses' consent, the interviews were recorded or the answers were entered in record sheets. The obtained data were categorized into groups which were analysed afterwards. The questions asked in interviews were prepared beforehand, and were supplemented with sub-questions in the course of interviews. The interview was divided into five parts: nurse identification, most frequent eye injuries, risk factors for eye injuries, eye injury prevention, and education of patients suffering an eye injury.

Results: The obtained results have revealed that the most frequent risk factors for eye injuries are the age bracket from 20 to 60 years, DIY workroom, forest and work environment. Risk activities, as seen by nurses, are haste, non-observance of occupational health and safety rules, cycling and squash. The main risk factor is failure to use eye protection equipment. According to an overall majority of respondents, prevention of eye injuries is sufficient. Using eye protection equipment is considered as the most efficient prevention method. In the area of education of patients suffering an eye injury it has been ascertained that patients are not educated but only provided with information. Nurses cannot differentiate between educating and informing a patient.

Conclusion: The bachelor thesis aims at providing a basic overview of the area of eye injuries. Based on the obtained result, an information material was drawn up for eye department nurses to facilitate education in the area of eye injuries. This material was designed to be provided to patients by nurses. The thesis could also use as feedback for the eye departments that participated in the research.

Key words: education, eye, prevention, risk factor, injury.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2014

.....

Jana Schmidtová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Jitce Tamáš Otáskové, za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Jejího vedení si velmi vážím.

Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a věnovaný čas při poskytnutí rozhovorů.

V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit upřímné díky celé své rodině za trpělivost a podporu během mého studia.

Obsah

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Dělení očních úrazů.....	11
1.1.1 Mechanická poranění bulbu.....	11
1.1.1.1 Kontuze bulbu	12
1.1.1.2 Lamelární lacerace	12
1.1.1.3 Ruptura bulbu.....	13
1.1.1.4 Lacerace bulbu	13
1.1.1.5 Cizí nitrooční tělíska	13
1.1.2 Popálení oka zářením.....	14
1.1.3 Poranění oka chemikáliemi.....	15
1.1.4 Poranění víček a očních adnex.....	16
1.1.5 Poranění očnice.....	16
1.2 Rizikové faktory pro vznik očních úrazů.....	17
1.2.1 Rizikový faktor věku	18
1.2.2 Sport jako rizikový faktor	19
1.2.3 Prostředí jako rizikový faktor	19
1.3 Prevence a intervence očních úrazů	20
1.3.1 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	21
1.3.2 Oční ochranné pomůcky	22
1.3.3 První pomoc při úrazu oka.....	23
1.3.4 Osoby se zrakovým postižením	24
1.4 Edukace pacienta s očním úrazem	26
1.4.1 Souvislost prevence a edukace ošetřovatelství	27
1.4.2 Fáze edukačního procesu	28
1.4.3 Komunikace v edukačním procesu	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 METODIKA.....	32
3.1 Použitá metodika.....	32

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	KATEGORIZACE ROZHOVORŮ SE SESTRAMI.....	35
4.1	První kategorie – Nejčastější úrazy.....	35
4.1.1	Druhy úrazů	35
4.1.2	Závažnost úrazů	36
4.2	Druhá kategorie – Rizikové faktory.....	36
4.2.1	Věk.....	36
4.2.2	Prostředí	37
4.2.3	Sportovní aktivity	37
4.3	Třetí kategorie – Prevence	38
4.3.1	Zlepšení prevence	38
4.3.2	První pomoc.....	39
4.4	Čtvrtá kategorie – Edukace	39
4.4.1	Časté problémy pacienta.....	40
4.4.2	Nové vědomosti, dovednosti.....	40
4.4.3	Komunikace	41
5	DISKUSE	42
6	ZÁVĚR.....	51
7	PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ	52
8	PŘÍLOHY	58

ÚVOD

Zrak je pro člověka smysl, kterým vnímá až 80% všech informací, je to tedy smysl dominantní. I úplnému zdravému laikovi je jasné, jak ohromnou měrou kvalita zraku ovlivňuje i kvalitu lidského života.

Úraz očí je nejčastější příčinou jednostranné ztráty zraku v rozvojových zemích, v 5 % případů je výsledkem úrazu očí dokonce oboustranná slepota. Alarmujícím faktem, na který poukazují některé zdroje je skutečnost, že až 90% očních úrazů lze předejít vhodnou prevencí.

K tomu, abychom se mohli zabývat vhodnými metodami prevence očních úrazů, musíme znát rizikové faktory, které vedou ke vzniku očních poranění. Rizikové faktory pro úraz očí byly stanoveny na základě epidemiologických studií a byly rozděleny do tří základních skupin. Signifikantní skupinu úrazů oka tvoří úrazy oka vzniklé při sportu, přičemž i druh sportovní aktivity má vliv na možný vznik poranění.

Při prevenci očních úrazů si musíme uvědomit, že úraz není náhodný a tudíž nevyhnutelný jev, úrazu oka se můžeme bránit, a to právě vhodnými preventivními opatřeními.

V rámci edukace ve zdravotnictví má být pacient seznámen s informacemi, které se týkají jeho zdravotního stavu, informace, které má znát po propuštění do domácího ošetřování a informace o možnosti vzniku akutních stavů. Při edukaci pacienta s úrazem oka nestačí pouze ošetření samotného úrazu, ale je zapotřebí i komplexní péče o postiženého. Vzhledem k tomu, že pacient s úrazem oka má sníženou schopnost vidění, musí sestra edukaci přizpůsobit aktuálním potřebám klienta. Důležitou součástí edukace je komunikace, na kterou je kladen velký důraz, hlavně tehdy, jestliže se pacient stane vlivem očního úrazu dočasně nebo i trvale nevidomý.

Důvodem, proč jsem si vybrala právě toto téma bakalářské práce, byl fakt, že i já sama jsem dlouholetým pacientem v jedné oční ambulanci. Téma mě rovněž zaujalo svou aktuálností. Myslím si, že úrazy očí si zaslouží naši pozornost z jednoho prostého důvodu, zrak máme všichni pouze jeden.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Dělení očních úrazů

Úrazy oka mohou být izolované nebo se mohou vyskytovat jako polytrauma (v kombinaci s vícečetnými poraněními). Ve většině případů bývá poraněno pouze okolí oka, protože vlastní orgán zraku je důmyslně chráněn několika mechanismy, a to: otočením hlavy, sevřením víček, pohybem oka vzhůru a v neposlední řadě i kostěnými částmi orbity a nosem (1).

Oční poranění mohou být klasifikována podle různých hledisek. Podle mechanismu poranění rozlišujeme dvě skupiny poranění, a to poranění způsobená fyzikálními příčinami, která se dále dělí na mechanická poranění, popálení způsobená teplem, zářením a elektrickou energií. Druhou skupinou jsou úrazy vzniklé chemickými příčinami, do této skupiny řadíme poleptání očních struktur (2).

Další možnost dělení očních úrazů vychází z anatomických struktur oka, poraněna v tomto případě mohou být víčka, spojivka, rohovka, duhovka, čočka, skléra, sklivec, sítnice, cévnatka a zrakový nerv (2).

1.1.1 Mechanická poranění bulbu

Mechanická traumata bulbu se dělí podle porušenosti či neporušenosti stěny bulbu na poranění uzavřená a otevřená (3).

Při uzavřených poranění oka není poraněna stěna bulbu v plné tloušťce, vznikají většinou na podkladě tupého poranění, nárazem předmětu na oko. Řadíme sem kontuzi bulbu a lamelární laceraci, přičemž tato dvě postižení se mohou vzájemně kombinovat (4, 5).

Při otevřených poraněních oka je stěna bulbu poraněna v plné tloušťce. Mezi tato poranění řadíme ruptury a lacerace. Lacerace se dále dělí na penetrující poranění, cizí nitrooční tělísko a perforační poranění (5).

1.1.1.1 Kontuze bulbu

Při kontuzi bulbu není přítomna žádná rána, resp. je přítomna pouze rána nepřesahující celou tloušťku fibrózního obalu oka. Je způsobena absorpcí přímé energie objektu tkáňovými strukturami oka nebo změnami tvaru oční koule při nárazu. Souvisí to s tím, že obaly oka jsou velice pevné a vydrží proto poměrně velký tlak, ale oproti tomu vnitřní struktura oka je velice zranitelná. Oční kontuze může způsobit poranění všech struktur oka, předního i zadního očního segmentu (5, 6).

Charakter kontuze spočívá v kompresi a dekompresi očního bulbu, které se několikrát opakují (7).

Kontuze bulbu může být přímá, kdy je poranění způsobeno přímým kontaktem tupého předmětu s okem (pěst, tenisový míček). Druhým typem je nepřímá kontuze, v tomto případě jsou úrazové vlny vedeny extraokulárními tkáněmi nebo vzduchem, který působí zepředu na rohovku (viz Příloha 1). Úrazové vlny jsou přenášeny na zadní pól oka, kde způsobují edém makuly (8).

Je důležité si uvědomit, že rozsah poškození oka při oční kontuzi nemusí být hned znám, protože některá závažná postižení související s traumatem se mohou projevit později, jedná se např. o kataraktu, sekundární glaukom, amoci (8).

1.1.1.2 Lamelární lacerace

Lamelární lacerace je stav, kdy dojde k parciálnímu porušení korneosklerální stěny bez porušení její celistvosti, rána bývá způsobena ostrým předmětem přímo v místě jeho působení, nezasahuje tedy do nitra oka (3).

K nejčastějšímu typu poranění související s lamelární lacerací patří eroze rohovky. Jedná se v podstatě o oděrku či odřeninu povrchní epitelální vrstvy rohovky. Pacient přichází s pocitem cizího tělíska v oku, bolestivostí, slzením, blefarospazmem. Léčba spočívá v podávání epitelizační a antibiotické masti (8). Rohovka má velmi dobrou regenerační schopnost, u většiny pacientů se rohovkový epitel vymění za 7-10 dnů (9).

„U 7–8 % pacientů s traumatickým poškozením povrchu rohovky vzniká tzv. recidivující eroze, projevující se zejména v době spánku a ráno při probuzení opakovanými atakami prudké bolestivosti, slzením, začerváním“ (8, str. 73).

1.1.1.3 Ruptura bulbu

Ruptura je rána fibrózního obalu (korneosklerální stěny) oka přesahující celou tloušťku stěny, zapříčiněná tupým předmětem. K ruptuře bulbu dojde zpravidla v místě, kde je stěna oka nejslabší, bulbus nevydrží zevní tlak a praská, nejčastěji při kontuzním poranění (3, 7).

„Pro rupturu je příznačná hypotonie až kolaps bulbu s prolapsem jeho tkání, rovněž se objevuje hemofthalmus a těžká porucha vizu“ (4, str. 46).

Dříve byla ruptura jednoznačnou indikací k primární enukleaci bulbu, nyní, pokud je to možné, se k tomuto zákroku nemusí již přistupovat a lékaři se snaží bulbus zachovat (7).

1.1.1.4 Lacerace bulbu

Lacerace – poranění korneosklerální stěny v plné tloušťce, obvykle způsobené ostrým předmětem přímo v místě jeho působení. Penetrující a perforující poranění bulbu patří do podskupiny lacerací, vždy je porušena stěna bulbu v plné tloušťce (3).

Penetrující poranění – poranění, při kterém se objevuje jediná lacerace (roztržení) oční stěny. Toto oční poranění má jenom vstupní ránu, pokud je přítomno víc ran, každá je způsobena jiným, většinou ostrým předmětem (5). Rány pronikající obalem oka mohou být malé (bodné), nebo široké (zející), velmi často je u druhu tohoto poranění přítomno cizí nitrooční tělísko (8).

Cizí nitrooční tělísko (viz Příloha 2) technicky patří mezi penetrující poranění, ale tvoří samostatnou skupinu (5).

Při perforujícím poranění je korneosklerální stěna porušena na dvou a více místech. Vstupní a výstupní otvor rány není totožný (3). Perforující poranění mají horší prognózu, než je tomu například u kontuze nebo penetračního poranění (8).

1.1.1.5 Cizí nitrooční tělíska

Jedná se o penetrující poranění, způsobující laceraci v místě průniku do bulbu (5).

„Cizí tělísko potřebuje pro proniknutí do oka určitou energii. Délka vstupní rány může do jisté míry určovat míru rizika poškození sítnice, neboť u kratších ran se ztrácí méně energie. Tupá tělíška působí větší devastaci rány než ostrá“ (8, str. 103).

Typy nitroočních tělísek se v zásadě dělí do dvou skupin, a to na nekovová tělíška a kovová, ty se dále dělí na magnetická a nemagnetická. Tělíška, ať již magnetická či nemagnetická, která v oku nevyvolají žádnou nebo pouze malou reakci se označují jako tělíška inertní. K těmto tělíškům řadíme např. zlato, stříbro, kámen, sklo. Naproti tomu např. zinek, nikl, železo, mohou způsobovat chronické dráždění a vyvolávat různé typy reakcí v oku, přičemž toxicita těchto tělísek je závislá na aktivním povrchu než na samotném obsahu tělíška, na kterém tolik nezáleží (8).

Rozlišujeme reakci nespecifickou, při které dochází k opouzdření tělíška, charakter reakce je exsudativní a fibroplastický. Druhým typem reakce je reakce specifická, kdy je vlivem tělíška přítomna proliferace s tvorbou granulační tkáně. V případě, kdy mezi cizorodým materiálem a tkáněmi oka probíhají chemické reakce, mluvíme o reakci chemické (8).

Chemickou reakci cizích tělísek s tkáněmi oka, popisujeme jako pozdní komplikaci penetrujících poranění. Pokud je v oku ponecháno tělísko s obsahem železa, tak tento stav nazýváme jako tzv. siderózu. Jestliže mluvíme o chalkóze, pak jsou v oku přítomny molekuly mědi. Z těchto dvou stavů je více nebezpečná sideróza, jejíž průběh může být dramatický. V některých případech může sideróza vést až ke slepotě (8).

Cizí tělísko se může vyskytovat i u nepenetrujících poranění bulbu, jde o cizí tělísko spojivky, zde se tělísko vyskytuje nejčastěji na tarzální spojivce pod horním víčkem a cizí tělísko rohovky. Tato tělíška jsou většinou inertní a při správném ošetření nepůsobují nemocnému větší obtíže (8).

1.1.2 Popálení oka zářením

Popálení způsobená zářením jsou buď popálení ultrafialovým zářením, infračerveným zářením, ionizujícím zářením, laserovým zářením nebo slunečním zářením (2).

Ultrafialové záření se resorbuje v povrchovém epitelu rohovky a spojivky a během několika hodin může nastat zánik epitelů. Onemocnění se projeví zhruba za osm hodin, kdy se objeví následující příznaky: bolest v očích, která může být až krutá, otok víček, zarudnutí, také je možný vznik puchýřů. Nemocní do nemocnice přichází obvykle v noci. Většina takto vzniklých defektů se zhojí během 24 hodin i bez terapie (10).

Poškození oka infračerveným zářením je obvykle závažnější než poranění způsobená ultrafialovým zářením, protože infračervené záření proniká hlouběji do struktur oka a může poškodit čočku (2). „*Typickým nálezem je odlupování hoblinek na předním čočkovém pouzdru a miskovité zakalení v zadním kortexu čočky*“ (10, str. 307).

Při poškození ionizujícím zářením bývá nejčastěji postižena kůže okolí oka, spojivka a rohovka oka. Velice citlivou tkání pro ionizující záření je oční čočka, která se může kalit i za několik let po záření, záleží na dávce, jaké byla vystavena (2).

Při poranění oka laserovým zářením závisí konečná závažnost poškození na energii, vlnové délce a fokusaci paprsku (10).

Možnost poškození zraku slunečním zářením je nám dobře známa, ale i přesto se objevují případy poškození sítnice, které vzniknou přímým pohledem do slunce, zejména při jeho zatmění. Závažnost poškození oka (zraku) při přímém pohledu do slunce závisí na šířce zornice (2, 10).

1.1.3 Poranění oka chemikáliemi

Při poranění oka chemikáliemi záleží na koncentraci, délce působení leptající látky a na typu látky, která do oka pronikla (10).

Kyseliny (nejčastěji kyselina sírová) vytvářejí koagulační nekrózu, která brání průniku látky do hloubky, proto je poleptání kyselinami méně závažné než louhy (10).

Zásadité látky (louhy, čpavek, vápno) naopak působí kolikvační nekrózu a do hlubších tkání se dostanou při nižších koncentracích (viz Příloha 3). Každé poleptání je spojené se zánětlivou reakcí a sekundárním glaukomem (10).

1.1.4 Poranění víček a očních adnex

Hlavní funkcí víček je chránit oko před jeho poškozením. Poranění víček může doprovázet jejich edém a hematom. Vzhledem k přítomnosti řídkého vaziva dochází často k postupu hematomu, tzv. hematoma migrant, kdy hematom, který byl na horním víčku, se přesouvá na víčko dolní nebo do tvářové části obličeje. Pokud se vyskytuje bilaterální brýlový hematom, pravděpodobně bude souviset se zlomeninou spodiny lebeční (3).

Při poranění víčka může být poraněn i hlavní zvedač horního víčka a jeho aponeuróza. Tyto struktury mohou být natrženy nebo zhmožděny. Pokud je poranění většího rozsahu, vzniká traumatická ptóza. Tento stav zpravidla nevyžaduje speciální terapii, většinou se sám spontánně upraví (8).

Poranění víček úzce souvisí s poraněním slzného aparátu oka, neboť při poranění víček může dojít k poranění slzných bodů a k porušení slzných kanálků. Přehlédnutí poškození slzných cest by mohlo vést k trvalým následkům, například trvalému slzení (8).

1.1.5 Poranění očnice

Úrazy orbity jsou buď omezené pouze na orbitu, nebo jsou součástí rozsáhlých úrazů obličeje, lebky. Úrazy očnice můžeme rozdělit na ostrá a tupá poranění (8).

Při ostrém poranění očnice je zapotřebí vyloučit průnik cizího tělesa (které proniká buď z temporální, nebo přední strany) a poranění bulbu. Extrahují se pouze tělesa velká a dostupná zrakové kontrole, jednak z důvodu rizika iatrogenního poškození a z důvodu možného poškození intra orbitálních struktur (8).

Tupá poranění očnice vznikají nejčastěji při dopravních nehodách, úderu pěstí, kolene. Vlivem úderu na vchod očnice může díky vzniklému přetlaku prasknout některá z jejích nejtenčích stěn (lamina papyracea čichové kosti nebo spodina očnice) (8).

Přímé násilí na oblast nadočnicového oblouku může mít za následek zlomeninu stropu očnice. Tento druh zlomenin bývá spojen s nitrolebními komplikacemi (záněty

mening, abces mozku), další komplikací je poranění optiku. V souvislosti s tímto poraněním se objevuje ptóza a porucha elevace bulbu (11).

Hydraulická zlomenina spodiny očnice (blow-outfracture), vzniká na podkladě krátkodobého vzestupu intraorbitálního tlaku, který se zvýší při vtlačení orbitálního obsahu (včetně bulbu) do očnice. Tlak se šíří rovnoměrně všemi směry, k uvolnění dojde v okamžiku prasknutí nejtenčí stěny očnice (11). Hlavním příznakem je porucha vertikální hybnosti oka s diplopií a enoftalmus (8).

S poraněním orbity souvisí často poranění zrakového nervu, zvláště pak, jestli se jedná o kombinovaná kraniocerebrální poranění. Zrakový nerv může být poraněn přímo (např. při střelné ráně), pak je porucha zraku většinou úplná a definitivní. Druhou možností je poranění zrakového nervu nepřímou, často v souvislosti s kontuzí. Průběh poranění je těžko předvídatelný, ale může dojít i k spontánní úpravě zrakových funkcí (8).

1.2 Rizikové faktory pro vznik očních úrazů

Vznik úrazu je podmíněn spolupůsobením čtyř faktorů, které dohromady vytvářejí tzv. úrazový děj. V první řadě musíme mít hostitele, což je člověk postižený úrazem, dále činitele (různé druhy a formy přenosu energie), přenašeče (vektor – osoba nebo věc, která působí svojí silou, přenáší energii nebo zabraňuje přenosu) a vhodné prostředí (13).

Pro rozpoznání rizikových faktorů úrazů očí jsou zásadní poznatky z epidemiologických studií. Rizikové faktory pro vznik očních úrazů se dělí do tří skupin (2, 5).

První skupinu tvoří tzv. lidský faktor, zajímáme se zde hlavně o demografické údaje, jako je věk, sociálně ekonomický status, zkušenost (5). *„Je pravděpodobné, ale zatím ne zcela doložené, že riziko očních úrazů souvisí také s tělesným vývojem, obratností i existujícím zrakovým omezením“* (14, str. 183).

Druhou skupinou jsou faktory vyplývající z nějaké aktivity, řadí se sem například dětské hry nebo sport (5).

Poslední skupinu tvoří faktory prostředí, zahrnují sociální, ale i fyzikální faktory, jako je např. stres nebo vystavování se rizikovým aktivitám (5).

1.2.1 Rizikový faktor věku

Jedním z rizikových faktorů pro vznik úrazu oka je věk, konkrétně dvě věkové skupiny. První skupina je v intervalu od 5-25 let, druhou skupinu tvoří lidé nad 70 let (5).

Značný podíl úrazů oka zaujímají dětské úrazy, především u mladších dětí, nejčastěji od tří do devíti let (15). Nejčastějším typem očního poranění u dítěte je penetrující poranění, jehož příčinou bývá strčení ostrého předmětu do vlastního oka, vhození ostrého předmětu do oka dítěte druhou osobou, příkladem může být řezání provázku dítětem, kdy ostří nože je namířeno proti obličejí dítěte, dále zásah větví či klacku, házení kamenů nebo skla. Známý jsou dnes již také specifické situace, při kterých k poranění oka dítěte dochází, je to většinou pozorování rodiče při práci (sekání dříví), pozorování vrstevníku při rizikových aktivitách, hrách (16).

Důležité je si uvědomit, že malé děti vzhledem právě ke svému věku, nenesou za své jednání a zdraví plnou odpovědnost, jejich bezpečnost je svěřována dospělým, nejčastěji rodičům (15).

Druhou skupinou osob, která je nejvíce ohrožena úrazem oka, jsou senioři. Úrazovost u seniorů je tím častější, čím křehčí je jejich zdravotní stav. Rizikové faktory úrazů u seniorů dělíme na vnitřní a vnější. K vnějším patří neadekvátní podmínky bydlení, nedostatečné osvětlení, nedostatek vhodných pomůcek. Z vnitřních faktorů můžeme jmenovat fyzickou a psychickou nezpůsobilost, špatný zrak (13).

Tím jak stoupá počet násilných činů a dopravních nehod, bývají stále častěji postiženi úrazem oka mladí muži (17). Muži utrpí úraz oka až 8x častěji než ženy (5).

1.2.2 Sport jako rizikový faktor

Zvláštní skupinu úrazů tvoří úrazy vzniklé při sportu. Sportovní disciplíny, při nichž nejčastěji vzniká úraz očí, rozdělujeme na sporty s nízkým, vyšším a extrémně vysokým rizikem pro náš zrak (14).

K úrazům s nízkým rizikem patří plavání, běh, gymnastika a veslování. Úrazy s vyšším rizikem jsou ty, ve kterých je rychle letící míč nebo puk, tedy např. hokej, sporty používající rakety, házená, baseball, košíková, kopaná (14). Největší riziko pro lidský zrak představují míčky, jejichž průměr je menší než šíře orbity, např. míčky squashové, golfové (5). Mezi sporty s extrémně vysokým rizikem očních úrazů patří bojové sporty, např. box, karate (14).

Riziko úrazů očí při sportu se zvyšuje i tím, pokud ve hře převládá agresivní chování s úmyslným i neúmyslným tělesným kontaktem, a rovněž tím, na jaké hráčské úrovni se sportovec nachází, je velmi pravděpodobné, že začátečník je více ohrožen úrazem oka než středně pokročilý či vynikající hráč (14).

1.2.3 Prostředí jako rizikový faktor

V domácím prostředí je největším rizikem pro úraz oka práce s chemikáliemi, většinou v podobě čisticích prostředků. K dalším rizikům patří poranění oka kosmetickými štětčkami (např. při nanášení řasenky), poranění oka nehtem (při nandávání kontaktních čoček), zahradní a ruční nářadí používané v domácnosti, hraní s hračkami, častá jsou také poranění způsobená zátkou sektu nebo manipulací s pyrotechnikou (18).

Nic nestimuluje dětský zrak tak jako hračka. Vybrat hračku, která by byla pro dětský zrak zároveň bezpečná, může být pro mnohého rodiče problém. Zvýšenou pozornost vyžadují hračky, které jsou schopny střílet jakýkoli typ střely, nejčastěji dětské pistole. Důležité je si uvědomit, že nebezpečí představují i měkké střely, jejíž nebezpečí se často podceňuje. Další kapitolu představují odpalovací zařízení pro balóny s vodou a vodní děla, dokonce i pistole, které střílí proud vody, mohou způsobit oční poranění, zejména při použití na krátkou vzdálenost. Za nebezpečné se považují i dětské

rybářské pruty, jejichž konec může snadno skončit v oku. Další skupinu tvoří hůlky, šavle, meče či zbraně s bajonety (19).

Jednou z dalších častých příčin poranění oka je otevírání sektu či šumivého vína. Pravděpodobnost poranění je vyšší u vín, která nebyla dostatečně chlazená, zde dojde k vytlačení zátky mnohem rychleji a důrazněji. Láhev by se neměla před otevřením protřepávat, korek směřujeme od sebe a ostatních lidí, přes láhev umístíme ručníc, při samotném otevírání točíme spíše lahvi než jejím uzávěrem (19).

Podle sledování CPSC (US Consumer Product Safety Commission) jsou oční zranění při ohňostroji způsobena především prskávkami, pyrotechnickými fontánami a římskými světlicemi, přičemž oči jsou při manipulaci s pyrotechnikou poraněny přibližně v 12% případů. Pokud nechceme utrpět úraz očí při ohňostroji, měli bychom ho pozorovat nejméně ze vzdálenosti 500 metrů, dětem nikdy nedovolujeme hrát si s pyrotechnikou, nedotýkáme se žádných nevybuchlých zbytků ohňostroje. Manipulace s pyrotechnikou patří do rukou školeným profesionálům (19).

Rizikové faktory, které přispívají k úrazu oka na pracovišti, jsou: létající objekty (kousky kovu, skla, létající hmoty), částice unášené větrem (prach, dřevo, písek), nástroje (šroubováky, klíče), chemické látky (benzín, rozpouštědla), škodlivé záření (svářečí oblouky, UV) (18).

Známé jsou i některé situace, které stojí za úrazem oka, např. práce bez ochranných brýlí, používání nástrojů, porucha náradí, nepozornost, spěch, provádění neznámé úlohy, práce přesčas, pocit únavy (19).

1.3 Prevence a intervence očních úrazů

„Úraz je definován jako poškození zdraví, které vzniká většinou náhle, působením vnější síly, která svoji intenzitou přesahuje adaptační možnosti lidského organismu“ (13, str. 20). Je důležité si uvědomit, že úraz není nehoda, nejedná se o náhodný či nevyhnutelný jev, úrazu se lze bránit vhodnou prevencí (20).

V neposlední řadě úrazy zatěžují naši společnost zbytečnými morálními důsledky a ekonomickými ztrátami. V České republice se celospolečenské náklady a ztráty

vzniklé v důsledku úrazů a chorob z povolání pohybují okolo 20–30 miliard korun ročně (21).

Známe tři stupně prevence, primární sekundární, terciální. Primární prevence je souhrn opatření, která jsou zaměřena na zabránění vzniku úrazu, soustředí se na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny obyvatel. Primární prevence se zabývá primárními skupinami, tyto skupiny tvoří jedinci, jejichž poranění chceme předejít, především skupiny ve formativním věku. Sekundární skupiny tvoří osoby, jež mají velký vliv na primární skupinu, např. rodiče. Sekundární prevence se zabývá časným vyhledáváním úrazů, jejich nápravě a minimalizaci následků. Do sekundární prevence můžeme zařadit např. kvalitní záchranný systém nebo rychlé poskytnutí odpovídající pomoci. Terciální prevence spočívá hlavně v resocializaci a odborném poradenství (22).

S prevencí úzce souvisí metody intervence. Intervence technologická se týká prostředí, hlavním principem je zabezpečení takového prostředí, ve kterém bude úrazovost omezena na minimum. Intervence zdravotně výchovná spočívá v posilování prvků bezpečného chování. Poslední uplatňovanou intervencí je intervence legislativní, kdy tyto intervence mají charakter nejen primární, ale také sekundární prevence (22).

Oční trauma je nejčastější příčinou jednostranné ztráty zraku v rozvojových zemích, výsledkem až 5% všech očních poranění je oboustranná slepota, alarmující je i fakt, že většině očních traumat lze zcela předejít (23).

1.3.1 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Důležitou součástí prevence očních úrazů vzniklých při práci je dodržování BOZP. Mezi základní právní předpisy, které upravují a týkají se BOZP patří zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších právních předpisů, zákon č. 309/2006 Sb., kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, zákon č. 258/2000 Sb., o ochranně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů (21, 24).

Povinnosti zaměstnance jsou: zúčastnit se školení o bezpečnosti práce na pracovišti, podrobit se předepsaným lékařským prohlídkám, dodržovat předpisy a normy na pracovišti, dodržovat stanovené pracovní postupy (24).

Povinností zaměstnavatele je předcházet ohrožení zdraví a života zaměstnanců. Zaměstnavatel je povinen provést školení BOZP u zaměstnanců firmy, poskytnout bezplatně ochranné pracovní prostředky, zajistit bezplatnou vstupní prohlídku, zajistit poskytnutí první pomoci na pracovišti, seznámit nového zaměstnance s požární poplachovou směrnicí, přijímat opatření k minimalizaci rizik (21,24).

„Prevenčí rizik se rozumí všechna opatření vyplývající z právních a ostatních předpisů k zajištění BOZP a z opatření zaměstnavatele, která mají za cíl předcházet rizikům, odstraňovat je nebo minimalizovat působení neodstranitelných rizik“ (25, str. 29).

Jestliže není možné rizika odstranit, je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnancům osobní ochranné pracovní prostředky (26).

1.3.2 Oční ochranné pomůcky

Ochrannými pomůckami jsou nazývány předměty sloužící k ochraně lidského zdraví při různých činnostech. K ochraně zraku slouží ochranné brýle a obličejový štít (viz Příloha 4) (27).

Ochranné brýle musí splňovat vyšší standard odolnosti proti nárazu než běžné brýle, skládají se z bezpečnostního rámu a bezpečnostní čočky (zorníku). Bezpečnostní skla ochranných brýlí jsou obvykle polykarbonátová, což je plast, který je vysoce odolný proti prasknutí, mívá již také zabudovanou UV ochranu, jeho hmotnost je oproti sklu poloviční. Nevýhodou polykarbonátu je jeho sklon k snadnému poškrábání (28). Některé činnosti mohou vyžadovat kromě použití ochranných brýlí navíc použití bočního štítu nebo celoobličejového ochranného štítu (29).

Všechny osoby používající ochranné pomůcky by měly být dostatečně informovány a instruovány o jejich správném použití. Cílem informovanosti je motivovanost k používání ochranných prostředků. Ke každým ochranným brýlím by měly být

přiloženy i základní informace, které se mají obsahovat hlavně číslo příslušné normy, identifikační číslo typu prostředku k ochraně očí, podrobnosti o oblasti použití, schopnosti ochrany očí. Kromě návodu musí být kvalitní ochranné brýle značeny na zornících a postranicích. Nejčastějším uváděným symbolem na ochranných brýlích, které jsou určeny k snížení mechanických rizik, je písmeno S, které značí zvýšenou pevnost výrobku. Brýle, které odolají nárazům rychle letících částic, s malou energií, jsou značeny symbolem F, částice se střední energií jsou označeny symbolem B. Ochranu proti částicím s vysokou energií, označovaných symbolem A, může poskytnout pouze obličejový štít. Pokud chceme zabránit chemickému poškození oka, musíme volit brýle označené číslicí 3, které nám značí, že brýle chrání před rozstříknutou kapalinou, případně číslicí 5, což je ochrana před plynem a jemnými prachovými částicemi. Vždy je namístě zvážení, jestli raději nepoužít ochranný štít, který poskytuje ochranu celému obličejí (30).

1.3.3 První pomoc při úrazu oka

Správně poskytnutá první pomoc může způsobit příznivý zvrát mezi dočasnou a trvalou neschopností, mezi možností rychlého uzdravení a dlouhodobým pobytem v nemocnici (31).

V případě cizího tělíska v oku si oko nesmíme mnout. Postiženým bulbem se díváme směrem nahoru, přitom stáhneme spodní víčko dolů. Pokud je cizí tělísko volně pohyblivé, chvíli vyčkáme, zda se samovolně nevyplaví slzením. Jestliže k samovolnému vyplavení nedojde, provedeme výplach čistou nebo borovou vodou. Při přetrvávajícím tělísku v oku se pokusíme, nejlépe cípem čistého kapesníku, tělísko opatrně setřít, vždy je důležité, abychom se nepokoušeli tělísko odstranit tvrdým předmětem. V případě, že cizí tělísko uvízlo pod horním víčkem, jemně přetáhneme horní okraj víčka uchopením za řasy přes spodní víčko (32).

Důležitou zásadou je, že nikdy neodstraňujeme tělíska, která v oku vězí pevně. Zakryjeme oko čistou gázou, přiložíme obvaz a nemocného transportujeme do zdravotnického zařízení. Pokud je to možné tak zakrýváme vždy obě oči, zabráníme

tak pohybu očních bulbů, které by mohly oko, ve kterém se nachází cizí tělísko, dále poškozovat (33).

Pokud dojde k popálení či poleptání oka chemikáliemi, provedeme intenzivní výplach oka čistou vodou, otevřeme oko tak široce jak je to možné, vyplachujeme minimálně 15 minut (viz Příloha 5) (33). „*Některé zbytky škodliviny (např. Malta) je nutno odstranit i mechanicky zpod víček a z fornixů*“ (34, str. 171). Pokud je nečistota pod horním víčkem, můžeme provést jeho everzi (otočení) (viz Příloha 6). Postižený bude v poloze vsedě, dívá se dolů. Zachránce rukou nebo štětičkou oddálí oční víčko od bulbu a druhou rukou chytne okraj víčka. Poté zatlačíme tyčinkou či prstem na horní okraj tarzu lehce proti bulbu a směrem dolů, zároveň otáčíme okraj víčka přes prst či tyčinku (12). Postižené oko kryjeme gázou a následuje rychlý transport do nemocnice (34).

Při poškození oka zářením se příznaky objevují do 12 hodin od expozice. První pomoc u nemocného zajistíme pobyt v temné místnosti, přikládáme studené obklady, při bolesti analgetika. Pokud se stav nelepší, zajistíme oční vyšetření (35).

K obecným zásadám při poskytování první pomoci u úrazu oka patří: zabránit mnutí očí, nepokoušet se odstraňovat zaklíněný cizí předmět v oku, provedeme krytí oka nejlépe sterilním obvazem, je-li třeba, provedeme výplach oka, urychleně postiženého transportujeme do zdravotnického zařízení (35).

Při výplachu oka bude postižená osoba sedět nebo ležet na zádech, přičemž má být hlava nakloněná tak, aby roztok nestékal do zdravého oka. Zachránce nebo sám nemocný provede nedominantní rukou dostatečné otevření očních víček. Výplach provádíme vždy od vnitřního koutku oka k vnějšímu (36).

1.3.4 Osoby se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Obecně můžeme říci, že lidé se zrakovým postižením jsou lidé, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž nepostačuje běžná optická korekce (37).

Zrakové postižení můžeme podle WHO klasifikovat do několika stupňů: nejlehčím stupněm je střední slabozrakost, následuje silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická slepota a úplná slepota (viz Příloha 7) (38).

„Oftalmopedie je jedním z oborů speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou, vzděláním a rozvojem osob se zrakovým postižením“ (39, str. 7). V současné době se oftalmopedie vnímá jako synonymum slova tyflopédie, je důležité říci, že tyto názvy nejsou totožné, tyflopédie nevystihuje celou šíři problematiky zrakově postižených. Obor tyflopédie se zabývá výchovou a vzděláváním prakticky a úplně nevidomých osob (39).

Nejznámější organizací, která se zabývá pomocí lidem se zrakovým postižením na území České republiky, je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS). Cílem této organizace je hájit zájmy svých klientů a poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci zrakově postižených občanů do společnosti. Se SONS úzce spolupracují střediska tyfloservisů a tyflokabinetů po celé České republice (40).

Tyfloservis nabízí podporu, informace a nácvik dovedností lidem, kteří, i přes svůj zrakový handicap, hledají cestu k samostatnému životu. Snaží se působit na celou společnost, aby pomohla lidem se zrakovým postižením tam, kde je potřeba. Tyfloservis poskytuje služby sociální rehabilitace. Tyflokabinet je odborné technické pracoviště, které se zabývá celým spektrem problematiky kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené klienty (40).

„Kompenzační pomůcky hrají v životě lidí s těžkým postižením zraku velmi významnou roli a bez mnoha z nich se v dnešním světě lidé s těžkým postižením zraku neobejdou. Zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií zaznamenává oblast kompenzačních pomůcek bouřlivý rozvoj“ (41, str. 9). Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené mají umožňovat zvětšení předlohy, zlepšení kontrastu, nastavení barev a současně musí poskytovat informace alternativním způsobem, kdy využíváme smysl hmatu a sluchu (viz Příloha 8) (41).

Zrakové postižení přináší velmi závažné komplikace života, smysluplný, užitečný a příjemný život jím však nemusí končit. Je vhodné maximálně využívat pomoci očních

lékařů a spolupracujících organizací, aby pomoc zrakově postiženému byla co nejkompexnější. Je lépe naučit se s postižením žít, než čekat na zázrak uzdravení (37).

1.4 Edukace pacienta s očním úrazem

„Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (42, str. 9).

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Při základní edukaci se edukant seznamuje s novými vědomostmi nebo dovednostmi, cílem má být změna žebříčku hodnot i postojů. Pokud při edukaci máme možnost navázat na předchozí vědomosti, a tyto vědomosti chceme dále prohlubovat, mluvíme o tzv. reedukaci. Tyto dvě formy edukace se nejvíce uplatňují při očních úrazech. U komplexní edukace jsou pacientovi předávány ucelené vědomosti, které jsou rozvrženy do několika etap (42).

Edukant je subjekt učení, ve zdravotnickém zařízení bývá nejčastějším edukantem nemocný člověk, může jím být ovšem i člověk zdravý. Důležité je si uvědomit, že každý edukant je individuální bytost, která je charakterizována a ovlivňována řadou faktorů, svými vlastnostmi fyzickými, afektivními, kognitivními, ale např. i sociálně-kulturními podmínkami (42). Úraz oka představuje významný zásah do integrity poraněného organismu, může vést k výrazné psychické reakci. Pacienta s očním úrazem bude ovlivňovat věk, životní zkušenost, očekávání od terapie, chování zdravotníků, vliv rodiny (43).

Edukátor je aktér edukační aktivity, ve zdravotnickém zařízení bývají nejčastějšími edukátory lékař a všeobecná sestra (42). Edukátor řídí edukaci, je důležité, aby byl pro edukaci v daném problému dostatečně kvalifikovaný, tedy kompetentní (44). Sestra, která se setkává s úrazy oka, tedy nejčastěji sestra na očním oddělení, musí mít kromě všeobecných sesterských znalostí i znalosti, které se týkají specifik práce na očním oddělení. Sestra se má vyznat v diagnostice, léčbě a ošetřování nemocných s úrazem

oka. K důležitým dovednostem sestry na očním oddělení patří aplikace léků do oka, výplach oka, everze horního víčka, měření TNO, přikládání obvazů (45).

V rámci edukace ve zdravotnictví má být pacient seznámen s informacemi, které se týkají jeho zdravotního stavu, informace, které má znát po propuštění do domácího ošetřování a informace o možnosti vzniku akutních stavů (46). Při edukaci pacienta s úrazem oka nestačí pouze ošetření samotného úrazu, ale musí být i komplexní péče o postiženého (47).

Edukačním prostředím jsou ambulance očních lékařů nebo lůžková oční oddělení (47). Na lůžkovém očním oddělení má být pacientům zajištěn bezbariérový přístup a možnost zatemnění oken na pokojích. Nevhodné je umisťovat nábytek na chodbách nebo nábytek přemísťovat, což by mohlo vést k zbytečné dezorientaci osob se zrakovým postižením (45).

1.4.1 Souvislost prevence a edukace ošetřovatelství

„Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence“ (42, str. 11).

V rámci primární prevence je edukace zaměřena na zdravé jedince, uskutečňování zdraví prospěšných opatření. Cílem je udržení zdraví a zlepšení kvality života (42). Uvádí se, že až 90% očních poranění lze zabránit nošením ochranných brýlí (18). Edukace v primární prevenci často probíhá formou BOZP, kdy jsou edukátory školící pracovníci (21).

Edukace, která se týká sekundární prevence, probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snažíme ovlivnit jejich vědomosti, dovednosti a postoje, takovým způsobem, aby došlo k pozitivnímu vlivu na procesu uzdravení a nedošlo ke komplikacím. Edukace je zaměřena na dodržení léčebného režimu a udržení soběstačnosti (42).

Edukace v terciální prevenci se zaměřuje na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve zdravotním stavu. Zaměřujeme se na zlepšení kvality života, kterou chceme ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím (42).

1.4.2 Fáze edukačního procesu

„Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně“ (42, str. 10).

Edukace se zpravidla dělí na pět fází: fáze počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování, fáze realizace, fáze upevnění a prohlubování učiva a fáze zpětné vazby (42).

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky slouží sestře k tomu, aby odhalila úroveň vědomostí, návyky a postoje pacienta. Důležité je zjistit edukační potřeby pacienta. Edukační potřebou může být deficit vědomosti, dovednosti, návyků. Na základě získaných informací, bychom měli být schopni sestavit edukační cíle (42).

Ve fázi projektování naplánujeme cíle edukace, zvolíme metody, formu a obsah edukace a časový rámec. Edukační cíl je výsledek, u kterého chceme u klienta dosáhnout (42).

Další fáze je fáze realizace, kde musíme motivovat edukanta a zprostředkovat mu nové poznatky. Novými poznatky se v žádném případě nemyslí pouze předání informací ze strany edukátora, důležité je, aby došlo k aktivnímu zapojení klienta. Snažíme se, aby pacient dokázal získané vědomosti a dovednosti použít (42).

Fáze upevnění a prohlubování učiva je nezbytná pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Poslední fází je fáze zpětné vazby. V této fázi dochází k zhodnocení edukačního procesu (42).

Při úrazu oka musí sestra edukátorka pacientovi vysvětlit nutnost ponechání obvazu na oku do druhého dne a naplánování kontroly, většinu již ambulantní formou (u lehčích úrazů). Doporučí klientovi dodržování klidového režimu, zákaz zvedání těžkých břemen, vyvarovat se práce a pohybu v předklonu. Pacientovi doporučíme vyhýbání se prašnému a zakouřenému prostředí. Informujeme o nutnosti nošení

tmavých brýlí při pobytu na slunci. Upozorníme klienta na krátkodobý zákaz řízení automobilu (45).

Sestra edukuje pacienta o správném způsobu aplikace očních kapek a mastí, edukuje klienta o hygienické péči poraněného oka, kdy se až od doby zhojení doporučuje provádět výplachy pouze borovou vodou (45).

Vzhledem k tomu, že pacient s úrazem oka má sníženou schopnost vidění, měla by sestra upozornit na úskalí, která na pacienta mohou v této souvislosti čekat. Sestra má reagovat na potřeby pacienta, eventuálně i jeho rodiny, která může být jí i pacientovi nápomocná při zvládnání stresu a obav (47).

1.4.3 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je nedílnou součástí edukace, v edukačním procesu zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, motivů, umožňuje vzájemný kontakt a působení mezi účastníky edukace, ovlivňuje účastníky edukačního procesu, v konečném důsledku je prostředkem k uskutečnění edukace (42).

Než začneme komunikovat s pacientem, který prodělal úraz oka, měli bychom si zjistit, jaký je stupeň poškození zraku pacienta, do jaké míry je klient soběstačný, jaký je jeho momentální psychický stav, jak ulehčit jeho orientaci v neznámém prostředí (45).

Při vedení komunikace bychom měli dbát na to, aby komunikace nebyla příliš složitá, s ohledem na pacientův současný stav, věk. Všeobecná sestra, která edukaci vede, by měla ovládat umění mluveného slova, dbát na spisovný jazyk a gramatiku, informace by měly být logicky uspořádané (42). „*Při verbální komunikaci využíváme zvukové prostředky řeči, které mohou u posluchače vyvolat libé nebo nelibé pocity*“ (42, str. 17).

Zásady komunikace s pacientem, který prodělal úraz oka, vychází z pravidel pro komunikaci se zcela nevidomým. Národní rada zdravotně postižených ČR vypracovala desatera pro komunikaci s osobami zrakově postiženými a desatera pro správnou komunikaci při doprovodu pacientů se zrakovým postižením (44).

Desatero komunikace s pacientem se zrakovým postižením:

1. S pacientem jednáme tak, aby se necítil ponížen.
2. Jednáme přímo s postiženým, nikoli s jeho průvodcem.
3. Osoba jednající s nevidomým má pozdravit jako první, pozdrav adresujeme přímo postiženému, aby ten věděl, že patří jemu, při opouštění místnosti upozorníme postiženého, že opouštíme místnost.
4. Vizuelní kontakt nahrazuje nevidomému podání ruky, při setkání nezapomínáme na to, že nemocného musíme na záměr podání ruky upozornit.
5. Při edukaci pacientů vysvětlíme, co se bude dít, co je záměrem edukace.
6. Dveře do místnosti mají zůstat zcela zavřené, snažíme se omezit zbytečný pohyb osob.
7. S věcmi zrakově postiženého nemanipulujeme, pokud je přesunutí věcí nezbytné, nemocného na tuto manipulaci upozorníme.
8. Při komunikaci s osobou zrakově postiženou můžeme bez obav použít slova vidět, kouknout, prohlédnout si.
9. Pokud má osoba zrakově postižená vodícího psa, není vhodné na něj mlaskat, hvízdát, hladit ho bez vědomí majitele.
10. V nemocniční čekárně je vhodné pacienta upozornit, že o něm víme, sníží se tak jeho nervozita v nemocničním prostředí, snažíme se dodržet hodinu, na kterou je pacient objednáán (48).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

CÍL 1: Zjistit, jaké jsou dle sester nejčastější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazu očí.

CÍL 2: Zjistit, co si sestry myslí o významu prevence úrazu očí.

CÍL 3: Zjistit, v čem spočívá edukace pacienta, který je po prodělaném úrazu očí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazu očí?
2. Co si sestry myslí o významu prevence úrazu očí?
3. V čem spočívá edukace pacientů, kteří prodělali úraz očí?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K snadnějšímu vyhledání odborné literatury byly zpracovány dvě literární rešerše, jedna byla provedena Národní lékařskou knihovnou v Praze, druhá pak Jihočeskou vědeckou knihovnou v Českých Budějovicích.

Pro práci byl přínosem také rozhovor s bezpečnostním technikem českobudějovické nemocnice panem Vladimírem Řehořem, který se týkal dodržování zásad BOZP v oblasti očních úrazů (viz Příloha 9).

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo využito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum byl proveden ve dvou nemocnicích, v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s a Nemocnici České Budějovice, a.s.

O povolení uskutečnit výzkumnou část práce byla v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. požádána hlavní sestra Bc. Dana Běhounová, v Nemocnici České Budějovice, a.s. to byla hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová. Výzkum probíhal v období měsíce června 2014.

Respondenty jsem získala po osobní domluvě na oddělení. Účast na výzkumném šetření byla zcela dobrovolná. Rozhovory byly uskutečněny se souhlasem dotazovaných. Na začátku rozhovorů byli všichni respondenti informováni o účelu rozhovoru a o anonymitě výzkumu, respondenti byli ujištěni, že získané informace poslouží pouze pro účely bakalářské práce.

Každý rozhovor byl zaznamenán do předem připraveného archu nebo na záznamové zařízení podle toho, zda respondent souhlasil s nahráváním. Délka rozhovorů se pohybovala přibližně mezi 30 – 45 minutami. Čtyři sestry s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení nesouhlasily, proto byl rozhovor zaznamenán do záznamového archu. Podkladem k rozhovoru bylo 36 předem připravených otázek. V průběhu rozhovorů bylo zapotřebí některé otázky lépe vysvětlit nebo přeformulovat (viz Příloha 10).

Následně byly rozhovory přepsány a byly podrobeny příslušné analýze a významově uspořádány pomocí kategorizačních skupin (viz Příloha 11). V práci jsou použity celkem čtyři kategorizační skupiny: nejčastější úrazy očí dle sester, rizikové faktory pro vznik úrazů očí, prevence očních úrazů, edukace pacienta s očním úrazem. Při interpretaci získaných výzkumných dat jsem použila přímé citace respondentů bez lingvistické úpravy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem šesti sestrami pracujícími na očním oddělení a oční ambulanci v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s., v Nemocnici České Budějovice, a.s. Respondenti byli vybíráni náhodně kvůli své přítomnosti během probíhajícího šetření. Žádná z dotázaných sester neodmítla spolupráci při výzkumném šetření. Pro přehlednost je vytvořeno schéma 1 s identifikačními údaji sester.

Schéma 1 – Identifikační údaje sester

Respondenti	Oddělení	Věk	Vzdělání	Celková délka praxe	Délka praxe na očním odd.
Sestra (S1)	Oční - lůžka	39 let	SZŠ	17 let	11 let
Sestra (S2)	Oční - lůžka	58 let	SZŠ	40 let	20 let
Sestra (S3)	Oční - lůžka	58 let	SZŠ	39 let	39 let
Sestra (S4)	Oční – amb.	35 let	VOŠZ	10 let	6 let
Sestra (S5)	Oční – amb.	31 let	SZŠ + spec.	10 let	10 let
Sestra (S6)	Oční – amb.	40 let	SZŠ	20 let	10 let

První respondentkou (S1) je žena, věk 39 let, pracující na standardním očním oddělení jako všeobecná sestra. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu, poté se již ve školských institucích nevzdělávala. V nemocnici pracuje 17 let, z toho na očním oddělení je už 11 let. Rozhovor se sestrou probíhal na denní místnosti a trval

zhruba 30 minut. Respondentka odmítla nahrávání při rozhovoru, proto byl rozhovor zaznamenán na připravený záznamový arch.

Druhou respondentkou (S2) je všeobecná sestra, která pracuje na standardním lůžkovém oddělení. Respondentka má úplné střední odborné zdravotnické vzdělání s maturitou. Věk sestry je 58 let, v nemocnici pracuje 40 let, na očním oddělení činí délka její praxe již 20 let. Rozhovor se sestrou probíhal na denní místnosti, trval zhruba 40 minut. Odpovědi na otázky byly zaznamenány do záznamového archu.

Třetí respondentkou (S3) je 58letá všeobecná sestra pracující na lůžkovém očním oddělení, sestra má vystudovanou střední zdravotnickou školu, již 39 let pracuje na očním oddělení, kam nastoupila hned po ukončení studia, během své praxe na žádném jiném oddělení nepracovala. Rozhovor trval 25 minut na denní místnosti sester a byl zaznamenán do záznamového archu.

Čtvrtou respondentkou (S4) je všeobecná sestra, která po střední zdravotnické škole vystudovala ještě vyšší odbornou zdravotní školu. Sestra pracuje v ambulantní části očního oddělení. Sestře je 35 let, v nemocnici pracuje deset let, z toho šest let na očním oddělení. Rozhovor se uskutečnil v oční ambulanci a trval zhruba 45 minut, rozhovor byl se svolením sestry zaznamenán na záznamové zařízení.

Pátou respondentkou (S5) je sestra z oční ambulance, dříve pracovala i na lůžkové části očního oddělení. Sestřičce je 31 let, na očním oddělení pracuje deset let, na jiném oddělení nepracovala. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu a při nástupu do práce si dodělala vzdělání určené pro oftalmologické sestry v NCO NZO Brno. Rozhovor trval 45 minut a byl nahrán na záznamové zařízení.

Šestou respondentkou (S6) je sestra z oční ambulance, dříve také pracovala na lůžkové části tohoto oddělení. Všeobecné sestře je 40 let, na očním oddělení pracuje již 10 let, v nemocnici se jako sestra pohybuje 20 let. Vzdělání sestry je střední zdravotnická škola, jinde se nevzdělávala. Rozhovor trval 30 minut, bylo zohledněno přání respondentky výzkumného šetření a rozhovor byl zaznamenán do záznamového archu.

4 KATEGORIZACE ROZHOVORŮ SE SESTRAMI

V této části práce jsou zpracována získaná data. Celkem bylo uskutečněno šest rozhovorů se sestrami, které ošetřují pacienty s úrazy očí. Během interpretace dat jsou použity i přímé citace respondentů bez lingvistické úpravy.

Informace, které byly získány, jsou rozděleny do čtyř hlavních kategorií, z nichž každá obsahuje příslušné podkategorie.

4.1 První kategorie – Nejčastější úrazy

V první kategorii jsme se zabývali otázkami, které měly za úkol ozřejmit, jaké jsou nejčastější úrazy očí, se kterými se sestry setkávají a jak jsou tyto úrazy závažné. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie.

4.1.1 *Druhy úrazů*

Všechny sestry z výzkumného souboru (S1–S6) uvedly, že úplně nejčastějším úrazem oka je cizí tělísko na rohovce. Sestra S1 dále uvedla, že se setkává často i s poraněním víček. Sestra S2 řekla, že jsou časté i perforační a penetrační poranění. Sestra S3 uvedla, že úrazy oka bývají spojeny i s poraněním očnice, což už jsou závažnější úrazy.

Dále všechny sestry (S1–S6) uvedly, že jsou velmi častá i poranění oka způsobená chemickou látkou. Sestra S4 uvedla, že nejčastější chemickou látkou v oku bývá malta, štuk, sestra S1 uvedla louh, Savo a sestra S2 uvedla šampón na vlasy. Sestry S3, S5, S6 se shodují, že nejčastější chemickou látkou v oku je vápno. Sestry S1, S2, S3, S6 věděly, že prognosticky horší pro zrak je poleptání zásadami. Sestry S4 a S5 nedokázaly odpovědět. Všechny sestry S1–S6 uvedly, že při úrazu oka chemickou látkou bývají často zasaženy obě oči.

4.1.2 Závažnost úrazů

Sestry S1, S3, S4, S5, S6 uvádějí, že se s úrazy oka setkávají ve své praxi denně. Pouze sestra S2 uvedla, že se s úrazem oka setká tak 1x do týdne.

Sestry S1 a S2, S5, S6 uvedly, že se nikdy nesetkaly s případem, kdy by úraz oka byl indikací k primární enukleaci bulbu. Sestry S3, S4 tvrdí, že se již setkaly s případem, kdy bylo oko z důvodu utrpeného úrazu odstraněno. Sestra S4 uvedla: „*Byl to docela atypický případ, kdy dřevěná pilina prolétla hluboko do zadního segmentu oka a musela se provést enukleace.*“ S případy, kdy pacient utrpí vlivem očního úrazu ztrátu vidění se sestry (S1–S6) setkávají již častěji než s enukleací bulbu. Sestra S3 uvedla, že nejde často o úplnou ztrátu zraku, spíše o následné poruchy vidění.

Sestra S5 řekla: „*Riziko toho, že pacient ztratí zrak je často při kontuzích oka.*“ Sestry S1, S2, S4 a S6 si myslí, že ztráta vidění hrozí při všech očních úrazech. Sestra S3 uvedla, že riziko je nejčastěji při penetrujících poraněních.

Všechny sestry S1–S6 uvádějí, že se setkávají často i s případy, kdy pacient přijde opakovaně s úrazem oka, shodují se, že nejčastěji je to v případě cizího tělíska. Sestra S4 uvedla, že si myslí, že se s takovýmto případem setká zhruba jedenkrát týdně, sestra S5 si myslí, že zhruba 1x do měsíce.

4.2 Druhá kategorie – Rizikové faktory

Otázky, které byly kladeny sestřím v oblasti této kategorie, nám měly ozřejmit, jaké jsou podle sester nejčastější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazů očí. Podle odpovědí respondentek byla kategorie rozdělena do tří podkategorií, které představují nejčastější odpovědi sester a jsou dále popsány.

4.2.1 Věk

Sestra S1 uvedla, že nejčastějšími pacienty s úrazem očí jsou lidé ve věkové kategorii 20-50 let. Sestra S2 uvedla, že se často setkává s očními úrazy mladých mužů ve věku 20-40 let. Sestra S3 uvedla věk 40-50 let. Sestry S4, S5 a S6 uvedly za rizikový

věk 40-60 let. Jediná sestra S2 se zmínila o tom, že se setkává i s dětskými očními úrazy, ale v malé míře.

Všechny sestry S1–S6 uvedly, že úraz oka je nejčastější u mužů, sestra S6 dokonce uvedla: „*Už si ani nevzpomínám na případ, kdy by úraz oka utrpěla žena.*“

4.2.2 Prostředí

Sestry S3, S4, S5 si myslí, že nejčastěji vzniknou úrazy oka v domácí dílně. Sestry S3, S1 za rizikové prostředí označily ještě les. Sestry S2, S6 označily jako rizikové pracovní prostředí, jmenovaly soustružníky a automechaniky. Sestra S1 si myslí, že rizikovým prostředím jsou dětská hřiště. Žádná z dotázaných sester S1–S6 si nemyslí, že by rizikovým prostředím byl vlastní dům. Naopak za rizikové prostředí sestry S4 a S5 označily prostředí na vesnici.

Za rizikové aktivity pro vznik úrazu oka sestra S1 považuje práci a spěch. Sestra S2 jako rizikové uvedla broušení a chození na kulturní akce, konkrétně jmenovala pořádání ohňostrojů, které považuje za rizikové pro vznik očního úrazu. Sestra S3 vidí jako rizikovou aktivitu broušení a práci na zahradě. Sestry S4 a S5 shodně uvedly jako rizikovou činnost natahování gumového pavouka na střechu auta. Sestra S6 uvedla sběr hub v lese: „*Jdou na houby, ohnou se a šup už mají větvičku v oku, tyhle případy tu vidáme často.*“

Za nejčastější příčinu samotného vzniku očního úrazu sestry S1 a S2 uvedly spěch a nepozornost. Sestry S3 a S6 uvedly nedodržování zásad BOZP a sestry S4, S5, a také S1 a S2, uvedly nenošení očních ochranných pomůcek. Sestra S1 si také myslí, že úraz oka je dílem náhody a že se v mnohých případech nedá ovlivnit.

4.2.3 Sportovní aktivity

Všechny sestry S1–S6 uvedly, že se často setkávají s případy, kdy za příčinou očního úrazu je sportovní aktivita. Sestry S1, S2 a S3 uvedly jako nejvíce rizikový squash. Sestra S2 vidí jako rizikový ještě hokej softball, florbal. Sestry S1, S2 uvedly, že při těchto poraněních vznikají často kontuze oka. Sestra S3 zmínila, že tato poranění

mohou být závažná a může dojít až ke ztrátě vidění, za rizikovou považuje rupturu bulbu. Sestry S4–S6 shodně uvedly jako rizikovou aktivitu jízdu na kole, kdy vzniklým úrazem je nejčastěji cizí tělísko, sestra S4 uvedla, že se setkala i s případem, kdy při jízdě na kole došlo i ke kontuzi bulbu po pádu z kola. Sestra S4 uvedla ještě hokej a fotbal, sestra S6 uvedla tenis.

4.3 Třetí kategorie – Prevence

Třetí kategorie nám poskytuje informace o tom, co si sestry myslí o významu prevence očních úrazů, co by na prevenci očních úrazů změnily. Zároveň je v této kategorii začleněna i oblast první pomoci, kterou jsme zařadili jako samostatnou podkategorii.

4.3.1 Zlepšení prevence

Sestry S1, S2, S4, S6 si myslí, že prevence očních úrazů je dostatečná. Sestra S1 uvádí: „*Myslím si, že pacienti jsou dobře informovaní, všude je napsáno, aby lidé používali ochranné brýle, všude se zaměstnanci školí v BOZP, za vším je jenom lenost lidí.*“ Sestra S2 navíc uvádí, že kdyby lidé byli méně zbrklí a více přemýšleli o tom, co dělají, tak by k úrazům očí nedocházelo.

Sestry S3 a S5 uvedly, že by se měla zvýšit informovanost lidí v oblasti očních úrazů. Sestra S5 uvedla: „*Mám spoustu známých, kteří utrpěli úraz oka, pak za mnou přijdou a strašně se diví tomu, že si měli vzít nějaké ochranné brýle.*“

Jako účinnou prevenci uvedly všechny sestry S1–S6 nošení ochranných brýlí při rizikových aktivitách. S 6 uvádí: „*V dnešní době jsou na trhu spousty ochranných brýlí, ale lidé jejich nákup považují za zbytečný, ale kdyby ke každé věci, která může pro zrak představovat riziko, dostali ochranné brýle, tak by si je stejně z deseti lidí nasadili tak dva.*“

Sestry S1, S2, S4, S5, S6 uvedly, že pacientům, kteří utrpěli vlivem očního poranění trvalé poškození zraku, nedoporučují žádné organizace, které by se zabývaly pomocí takto postiženým jedincům. Žádná z těchto sester nedokázala ani uvést nějakou

organizaci, o které by věděla, že se zabývá touto problematikou. Jako příčinu toho, že informace o těchto organizacích neposkytují, uvedly nejčastěji nedostatek času, sestra S6 uvedla, že podávání těchto informací patří do kompetence lékaře. Pouze sestra S3, uvedla, že pacientům doporučuje tyfloservis, na otázku, jestli pacientům dává i kontakt na tuto organizaci odpověděla, že ne.

4.3.2 První pomoc

Všechny sestry S1–S6 uvedly, že v rámci první pomoci si pacienti provedou výplach oka vodou z vodovodu. Sestra S4 uvedla: *„Vypláchnou si oko, dají si na něj kapesník a jdou k nám.“* Sestra S5 uvádí: *„Pacienti si udělají výplach, pak si dají do oka deset let starou mast, diví se, že pocítují ještě horší bolest, a když ani po třech hodinách nenastane zlepšení, tak se konečně seberou a zajdou k nám. Ale i tyhle časové prodlevy můžou napáchat velké škody na funkci zraku.“*

Na otázku, jestli si pacienti umí provést everzi víčka všechny sestry S1–S6 uvedly, že ne. Všechny sestry (S1–S6) by uvítaly, kdyby se zvýšila povědomost lidí o této metodě. Sestra S2 uvádí: *„Bylo by velmi dobře, kdyby to pacienti uměli, alespoň na rizikových pracovištích, je pravda, že si vypláchnou oko, ale kusy malty nebo čehokoliv jiného jim zůstanou pod víčkem a dochází k dráždění a erozi rohovky a než se k nám pacient dostane, má už oko v jednom ohni.“* Sestry S1, S4 a S5 si ale myslí, že by pokoušení se pacientů o everzi víčka mohlo přispět k ještě většímu zhoršení očního úrazu.

Sestry S2, S5 a S6 odpověděly, že velkým nešvarem je také pokoušení se pacientů o vyndání cizího tělíska. Sestra S5 uvádí: *„Setkala jsem se s pacientkou, která se pokoušela vyndat si cizí tělíska pletací jehlicí a způsobila si ještě větší poranění.“*

4.4 Čtvrtá kategorie – Edukace

V poslední kategorii se zabýváme sesterskou edukací pacientů, kteří prodělali úraz oka. Kategorie obsahuje tři podkategorie, které se zabývají častými problémy pacienta, novými vědomostmi a dovednostmi, které by měl pacient při edukaci získat

a komunikací v edukačním procesu u pacientů, kteří mohou mít nebo mají, a to i vlivem očního úrazu, zrakové postižení.

4.4.1 Časté problémy pacienta

Za největší problém, který má pacient s úrazem oka, označují sestry S1–S6 poruchy vidění. Sestry S2, S3, S4, S5 dále uvádí, že pacienti považují za velký problém zákaz řízení. Sestry S1 a S6 uvádí jako jeden ze zdrojů problémů pacienta po úrazu oka pracovní neschopnost. Sestry S5, S6 dále uvádí, že pro pacienty může být obtěžující svědění a pálení v oku, které se může objevit po úrazu oka.

Sestry S1, S2, S4, S5 dále uvedly za velký problém špatnou orientaci v prostoru, shodují se i v tom, že tato špatná orientace se objevuje většinou u starších osob. Sestra S4 uvádí: *„Pacienti, a hlavně muži, mají problém s tím, aby si připustili, že se v prostoru špatně orientují, podle typu chůze to na nich poznáte, ale na přímý dotaz odpoví, že je vše v pořádku, hlavně muži jsou v tomhle ohledu strašní hrdinové a při chození by vám zbourali ordinaci.“*

4.4.2 Nové vědomosti, dovednosti

Pod pojmem edukace, si sestry S1, S2, S3, S5 a S6 představují předávání informací pacientovi. Pouze sestra S4, si představuje výchovu a vzdělávání pacienta, uvedla i učení se novým dovednostem.

Sestry S1–S6 se shodují v tom, že je důležité, aby pacient věděl, jakým způsobem si má nakapat léky do oka, k tomuto účelu předávají pacientovi informační leták. Sestry S3 a S6 uvádějí, že je důležité, aby pacient věděl, kdy a kam si má dojít na kontrolu. Všechny sestry S1–S6 tvrdí, že pacienty s úrazem oka upozorňují na potřebu nosit oční ochranné pomůcky. Na nutnost ponechání obvazu na oku upozorňují sestry S1, S2, S3, S5, sestra S5 ale dodává: *„Pacienty můžu upozorňovat, jak chci, ale oni vyjdou z ordinace a obvaz si sundají, protože by je obtěžoval při řízení, které mají, mimochodem, taky zakázané.“* Sestry S4 a S6 uvedly, že pacienty o této skutečnosti

neinformují, jako důvod uvedly, že podávání těchto informací je věc lékaře a oni nemají příslušné kompetence.

Na otázku, jakým způsobem by zvýšily motivovanost pacienta, který by při edukaci (předávání informací) nespolupracoval sestry S2 a S5 odpověděly, že by pacienta upozornily na možnost, že může o zrak přijít. Sestra S1 uvedla, že by respektovala postoj pacienta, který o informace nemá zájem a nevnucovala by mu je. Sestry S3, S4, S6 uvedly, že motivovanost pacienta se nesnaží zvyšovat. Sestra S3 uvedla: „*Po tolika letech co tu pracuji, jsem úplně ztratila nějaké iluze, je to jako když mluvíte do stromu, zbytečná námaha. Když jeden týden povíte pacientovi, že si při broušení musí vzít ochranné brýle a on další týden přijde znovu se stejným očním úrazem, tak doopravdy ztratíte chuť někoho o něčem přesvědčovat. Každý člověk je dost chytrý na to, aby si uvědomil, jestli mu to riziko ztráty vidění za to stojí.*“

4.4.3 Komunikace

Všechny sestry S1–S6 uvedly, že předávání informací se uskutečňuje při ošetřování úrazu na ambulanci nebo na lůžkovém oddělení.

Ze zásad komunikace s pacientem, který má poruchu vidění, uvedla sestra S1, že se nejdříve představí, pak řekne, co chce s pacientem probrat. Sestra S2 uvedla, že k pacientovi bude přistupovat ze zdravé strany, a že pacientovi bude předávat informace úměrně jeho stavu. Sestra S3 uvedla, že je důležité si uvědomit, do jaké míry je zrak pacienta poškozen a z toho vycházet při vedení rozhovoru. Sestra S6 uvedla, že pacienta nebude nikam strkat, bude postupovat pomalu, nejdříve se představí. Sestry S4 a S5 nedovedly uvést žádnou ze zásad komunikace s pacientem, který prodělal úraz oka nebo ze zásad komunikace s nevidomým pacientem.

Z informačních materiálů, které sestry poskytují pacientům s úrazem oka, všechny sestry S1–S6 uvedly, že pacientům poskytují informační leták o správném způsobu aplikace očních kapek. Žádné jiné informační materiály pacientům nepředávají, jako důvod sestry S1–S6 uvedly, že žádné jiné informační materiály nemají k dispozici.

5 DISKUSE

Výzkumné šetření se zabývalo otázkami, jaké jsou nejčastější oční úrazy, jaká je úroveň prevence a edukace v oblasti očních úrazů, jaké rizikové faktory přispívají ke vzniku očních úrazů.

V první části rozhovoru jsme se zabývali otázkou, jaké jsou dle sester nejčastější úrazy očí. Boguszáková (8) uvádí, že nejčastějším očním úrazem je cizí tělísko na rohovce. Stejná byla i odpověď všech dotázaných sester (S1–S6). Další skupinou úrazů, kterou sestry (S1–S6) jmenovaly nejčastěji, bylo chemické poranění oka. Na otázku, která chemická látka je nejčastější příčinou vzniku tohoto poranění se jejich názory lišily. Tři sestry uvedly, že nejčastějším druhem chemické látky je vápno. Pouze jedna sestra uvedla louh. Zarazilo mě, že dvě sestry z výzkumného souboru nedokázaly odpovědět na otázku, jestli je z hlediska prognózy horší poleptání kyselinami nebo zásadami. Přitom v základní literatuře, za kterou považuji například publikaci Rozsívala (10) se uvádí, že kyseliny způsobují koagulační nekrózu, která zabraňuje průstupu kyseliny do hlubších vrstev oka. Naproti tomu zásady (louh) působí kolikvační nekrózu a do hlubších vrstev oka se dostávají při nižších koncentracích. Je smutné, že sestry uváděly jako nejčastější typ chemické látky v oku právě látky zásadité povahy.

Pět ze šesti sester uvedlo, že se s úrazy oka setkávají při své práci denně. Mohu říci, že i já jsem se při své praxi na očním oddělení setkala s úrazy oka minimálně 4x do týdne. Barnes (23) uvádí, že výsledkem až 5% očních poranění je oboustranná slepota. Sestry S1, S2, S5 a S6 uvedly, že se nikdy neseťkaly s případem, kdy by úraz oka byl indikací k enukleaci bulbu. Sestra S4 uvedla, že se již jednou s tímto případem setkala, ale sama si myslí, že se jednalo o velmi atypický případ. Jediná sestra S3 uvedla, že se s případy, kdy kvůli očnímu úrazu dojde k enukleaci, setkala už mnohokrát. Podle mého názoru by se tato její zkušenost dala přisoudit dlouhé praxi, kterou sestra má na očním oddělení. Kraus (7) uvádí, že ruptura bulbu byla dříve jednoznačnou indikací k primární enukleaci oka. Ačkoliv si většina sester myslí, že enukleace bulbu již není častá, musím říci, že i já jsem se setkala za dobu své krátké praxe na očním oddělení s úrazem oka, u kterého následovala enukleace bulbu, jednalo

se o případ, kdy bylo oko zasaženo kovovým lanem, toto lano způsobilo rozsáhlou rupturu bulbu. Situace byla o to tragičtější, že šlo o případ mladého muže, kterému nebylo ještě ani třicet let.

Boguszáková (8) uvádí, že prognosticky horší, z hlediska možné ztráty zraku, jsou perforující poranění. Ani jedna sestra neuvedla ve své odpovědi tuto možnost, respektive sestry S2, S3, S4, S6 si myslí, že riziko představují všechny oční úrazy. Sestra S5 uvedla, že riziko pro zrak představují nejčastěji oční kontuze, sestra S1 si myslí, že riziko představují penetrující poranění. Nevím, jestli si mám myslet, že se jedná doopravdy o názor sester nebo spíše o jejich neznalost.

Všechny sestry uvedly, že se setkávají často také s případy, kdy pacienti s očním úrazem přijdou opakovaně, shodují se i v tom, že se tak nejčastěji děje u cizích očních tělísek. Tato informace byla pro mě zarážející, nedokážu pochopit, že lidé mohou být takto nepoučitelní.

V druhé kategorizaci rozhovorů se sestrami, jsme se zabývali otázkou, které rizikové faktory jsou nejpodstatnější a nejvíce se uplatňují při vzniku očního úrazu. Tato kategorie byla pro větší přehlednost rozdělena do tří podkategorií. V první podkategorii jsme se zabývali věkem, který je typický pro vznik očního poranění. Potočková (5) uvádí, že typickým věkovým obdobím pro vznik očního úrazu je věk 5-25 let a starší generace lidí nad 70 let. Sestry se v názoru, jaký je nejrizikovější věk pro vznik očního úrazu, rozcházejí, nicméně žádná se neshoduje s Potočkovou (5). Tři sestry označily za rizikový věk 40-60 let. Sestra S1 uvedla jako rizikový věk 20-50 let, sestra S2 uvedla rozmezí 20-40 let, sestra S3 uvedla za rizikový věk 40-50 let. Sestra S2 se sama od sebe jako jediná, zmínila i o faktu, že se setkává s dětskými očními úrazy. Po mé přímé otázce na ostatní respondentky výzkumu, jestli se i ony setkávají s dětskými očními úrazy, všechny odpověděly, že ano, navíc uvedly, že tyto případy jsou poměrně časté. V čem se naopak Potočková (5) a všechny sestry shodly, bylo pohlaví pacientů. Potočková (5) uvádí, že muži utrpí úraz oka až 8x častěji než ženy, tento fakt mi potvrdily i všechny dotázané sestry (S1–S6). Z rozhovorů, jsem získala dojem, že věk není důležitý rizikový faktor pro vznik očního úrazu, myslím si, že mnohem

důležitějším faktorem jsou rizikové aktivity, kterým se pacienti před vznikem úrazu vystavují.

Čekala jsem, že odpověď sester na otázku, která se týkala rizikového prostředí pro vznik očního úrazu, se bude rozcházet, opak byl však pravdou. Tři sestry uvedly jako rizikové prostředí domácí pracovní dílnu. Dvě sestry označily jako rizikové prostředí les a venkov. Dvě sestry dále uvedly pracovní prostředí jako rizikové, shodly se i na konkrétní pracovní aktivitě, za kterou označily soustružení a práci automechanika. Sestra S2 uvedla jako rizikové prostředí pro vznik úrazů očí u dítěte dětská hřiště. Žádná z dotázaných sester nepovažuje domácí prostředí za rizikové. Heiting (18) uvádí, že rizikovými aktivitami pro vznik očního úrazu v domácím prostředí jsou práce s chemikáliemi, což by se možná dalo vyvodit i z odpovědí sester S1 a S2 na otázku, která chemická látka je častou příčinou vzniku očního poranění, kdy sestra S1 uvedla Savo a sestra S2 uvedla šampón na vlasy, což jsou podle mě látky, které většina z nás používá právě v domácím prostředí. Heiting (18) dále jako rizikové faktory uvádí aplikaci kontaktních čoček, nanášení řasenky, nejčastěji tímto mechanismem vznikne eroze rohovky. Dobrou zprávou je, že eroze rohovky patří mezi lehčí oční poranění. Podle Boguszákové (8) se rohovkový epitel obnoví zhruba za deset dní. Dle mého názoru jsou to docela obyčejné činnosti a málokoho napadne, že by k úrazu oka mohlo dojít zrovna tímto způsobem.

Za rizikové chování považují sestry spěch, nepozornost, nedodržování zásad BOZP a hlavně nenošení očních ochranných pomůcek. Pouze jedna sestra uvedla, že úraz je věc náhody. Úraz podle mého názoru žádná náhoda není, pokud dodržuji určitá preventivní opatření, musím úrazu oka zabránit. Tento fakt zmiňuje ve své publikaci i Drábová (20, str. 5), která uvádí: „*Úraz není nehoda. Nejedná se o náhodný, nevyhnutelný jev. Úrazu se lze bránit – jeho vzniku lze předejít prevencí.*“

V podkategorii rizikových sportovních aktivit bylo zajímavé sledovat, jakým způsobem se od sebe lišily odpovědi sester z Nemocnice České Budějovice, a. s. a Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Zatímco všechny sestry z Nemocnice České Budějovice a.s. uvedly jako nejrizikovější aktivitu squash, tak naproti tomu všechny sestry z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. uvedly jako rizikovou sportovní aktivitu

jízdu na kole. Dále již sestry uváděly v podstatě stejné odpovědi, kdy k rizikovým sportovním aktivitám řadí ještě tenis, florbal, hokej. Žádná ze sester neuvedla za rizikové bojové sporty, přičemž právě tyto sporty patří podle Stanoviska FIMS (14) ke sportům s extrémně vysokým rizikem očních úrazů. Důvodem je neexistence očních ochranných pomůcek pro tyto sporty.

Ve třetí kategorii odpovědí sester, jsme se pokoušeli nalézt odpovědi na otázky, které se týkají prevence očních úrazů. Čtyři z dotázaných sester si myslí, že prevence v oblasti očních úrazů je dostatečná. Zbylé dvě sestry by uvítaly zvýšení informovanosti pacientů. Na otázku, čeho by se nové informace měly týkat, sestry odpověděly, že by se měla u lidí zvýšit povědomost o očních úrazech. Bezpečnostní technik pan Řehoř uvádí: *„Lidé jsou informováni úplně perfektně, ale bohužel lidský činitel je v tomto ohledu nevyzpytatelný. Hlavním důvodem, proč k úrazu oka nakonec dojde, je lidská neopatrnost.“* Jako účinnou prevenci očních úrazů vidí všechny sestry nošení očních ochranných pomůcek. I já si myslím, že prevence očních úrazů spočívá hlavně v nošení ochranných pomůcek, ale myslím si, že by se u lidí mělo zvýšit i celkové povědomí o očních úrazech. Rozhodně si nemyslím, že prevence očních úrazů je u nás dostatečná, kdyby byla dostatečná, tak by přece muselo být daleko méně těchto úrazů. Myslím si, že roli v prevenci očních úrazů hraje lidský faktor, kdy hodně záleží na povaze a hodnotách každého člověka zvlášť, nemyslím si ale, že by tento faktor byl dominantním faktorem, za vším bych spíše viděla pořád ještě nízké povědomí lidí o prevenci úrazů očí. Myslím si, že tento můj názor podporuje i odpověď sestry S5, která ve své odpovědi na otázku, proč lidé nepoužívají ochranné pomůcky, mimo jiné uvádí: *„Mám spoustu známých, kteří utrpěli úraz oka, pak za mnou přijdou a strašně se diví tomu, že si měli vzít nějaké ochranné brýle.“* Zde je podle mě názorný příklad toho, že prevence v oblasti úrazů očí ještě pořád není dostatečná.

Účelem další otázky, která se týkala terciální prevence, bylo zjistit, jaké organizace sestry znají a doporučují pacientům, kteří se vlivem očního úrazu stali zrakově postiženými, nebo dokonce nevidomými. Velice mě zklamalo, že pouze sestra S3 uvedla, že pacientům doporučuje tyfloservis, ale vzápětí i tato sestra dodala, že kontakt na tuto organizaci pacientům neposkytuje. Od sester pracujících na očním oddělení

bych očekávala, že tyto informace budou znát. Ostatní sestry nedokázaly vyjmenovat ani jedinou pomáhající organizaci. Jako příčinu toho, proč pacientům žádnou organizaci nedoporučují, uváděly sestry nejčastěji nedostatek času. Sestra S6 uvedla, že poskytování takovýchto informací nepatří do její kompetence, ale do kompetence lékaře. Chápu, že sestry na očním oddělení mohou být velmi pracovně vytížené a mnohdy skutečně nemusejí mít času nazbyt, ale myslím si, že v tomto případě je argument nedostatku času spíše omlouváním vlastní neznalosti.

Další podkategorie rozhovorů se sestrami se týkala první pomoci při úrazu oka. Všechny sestry se shodují v tom, že v rámci první pomoci při očním úrazu, si pacienti ve většině případů umí provést výplach oka, všechny sestry uvedly, že výplach je prováděn nejčastěji čistou vodou.

Pokorný (34) ve své publikaci uvádí, že zbytky škodlivin se musí odstranit i zpod víček. Na otázku, zda si pacienti umí provést i everzi horního víčka všechny sestry odpověděly, že ne. Všechny sestry by uvítaly, kdyby se zvýšila povědomost lidí o této metodě otočení víčka. Zároveň ale některé sestry vyslovily obavu, že by špatně provedená everze horního víčka mohla napáchat víc škody než užítku. Myslím si, že tato situace nemá řešení, každý by měl asi vědět nejlíp sám, kam až sahají jeho možnosti.

V poslední kategorii rozhovorů se sestrami jsme se zabývali edukací pacienta, který prodělal oční úraz. Při zpracovávání kapitol, které se týkají edukace pacienta s očním úrazem, jsem měla velký problém s hledáním odborné literatury. Tato kategorie byla rozdělena do tří podkategorií. Pro první kategorii jsem hledala odpovědi na to, s jakými problémy se nejčastěji setkává pacient, který utrpěl úraz oka. Za největší problém pacienta považují sestry S1–S6 poruchy vidění, které mohou nastat a dle sester taky velice často i nastanou. Čtyři sestry jako velký problém označily zákaz řízení motorových vozidel. Dvě sestry dále uvedly možnou pracovní neschopnost pacienta jako možný zdroj jeho problémů. Často byl zmiňován problém špatné orientace pacienta v prostoru, S1, S2, S4, S5 se shodly i v tom, že tento problém mívají spíše starší osoby. Sestra S4 uvedla v této souvislosti, dle mého názoru, zajímavou myšlenku, cituji: „*Pacienti a hlavně muži mají problém s tím, aby si připustili, že se v prostoru*

špatně orientují, podle typu chůze to na nich poznáte, ale na přímý dotaz odpoví, že je vše v pořádku, hlavně muži jsou v tomhle ohledu strašní hrdinové a při chození by vám zbourali ordinaci.“ Tento případ je evidentně z praxe, velice mě zaujal, možná na mě zapůsobil i trochu úsměvně. Neřekla bych, že někdo bude mít tendenci zapírat něco, co je evidentně zcela zjevné, ještě k tomu ve zdravotnickém prostředí, kdy by cílem zdravotnického personálu mělo být odstranění nebo alespoň zmírnění problémů. Zde opět navážu na organizace, které se přímo zabývají pomocí lidem se zrakovým postižením, za nejznámější považuju tyflokabinet a tyfloservis.

V další podkategorii, kterou jsem nazvala nové vědomosti a dovednosti jsem jako první položila sestřám otázku, co si vlastně pod pojmem edukace představují. Zde nastal zásadní problém. Pouze S4 uvedla, že pod pojmem edukace si představuje výchovu a vzdělávání pacienta. Všechny ostatní sestry uvedly, že pod pojmem edukace si představují předávání informací pacientovi. Přitom v základní literatuře, za kterou považuji Juřeníkovou (42) a její publikaci *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi* a kterou by podle mě měla znát každá všeobecná sestra, se jasně uvádí, že edukace je proces, kterým chceme dospět ke změně pacientových postojů, návyků a vědomostí. Výslovně se v této základní literatuře uvádí, že při edukaci nejde pouze o předání informací, ale péče musí být komplexní. Všechny sestry ve výzkumném souboru pracují anebo pracovaly s edukačním plánem. Myslím si, že skutečnost, že sestry mají sice edukační plány, ale už nevědí, co představuje pojem edukace, ukazuje na přítomnost problému. Nevím, jestli se problém týká vzdělávání nebo školení a kurzů pro všeobecné sestry nebo jestli je za problémem neznalosti edukace zcela něco jiného. Musím ale upozornit na fakt, že jediná sestra z výzkumného souboru, která dokázala správně specifikovat pojem edukace, měla jako jediná mezi středoškolsky vzdělanými sestrami Vyšší odbornou školu. Na druhé straně se podle mě ani nejlepším vzděláním nedají vyvážit roky praxe, které mají na očním oddělení některé sestry z výzkumného souboru, především sestry S3 a S2.

Z dovedností, které má pacient ovládat, než opustí ordinaci, všechny sestry uvedly, že pacient musí vědět, jak si správně nakape kapky do očí, k tomuto účelu předávají pacientovi informační leták. Na otázku, jestli tuto činnost nějakým způsobem

pacientovi ozřejmují, i ony samy uvedly, že ne. Sestry uvedly, že tuto činnost je pacient schopný se naučit sám. Pouze sestra S6 uvedla, že u starších pacientů se snaží i názorně ukázat metodu kapání léků do oka.

Všechny sestry uvedly, že pacienty upozorňují na potřebu nosit oční ochranné pomůcky. MPSV (30) upozorňuje, že všechny osoby by při nošení ochranných pomůcek měly být dostatečně informovány a instruovány o správném použití, cílem je, aby lidé byli dostatečně motivováni a frekvence nošení očních ochranných pomůcek se zvýšila. Pan Řehoř při rozhovoru v odpovědi na otázku, která se týkala jeho názoru, ve které se měl vyjádřit, co by podle něj snížilo počty očních úrazů, uvedl: *„V každém případě používání osobních ochranných pracovních prostředků, který vás chrání a zachrání Vám v podstatě zrak. Všichni zaměstnanci ví, že mají používat a kdy mají používat osobní ochranné pracovní prostředky, ale je to jejich nedbalost. Brýle budou mít položené vedle ruky, ale už si je nenandají, prostě teď to udělám rychle, no tak to udělá.“* Zde je podle mého názoru patrný problém, kdy sestry upozorňují na nutnost nošení očních ochranných pomůcek. Ministerstva také projevují jistou snahu o zlepšení situace, bezpečnostní technik uvádí, že je důležité oční ochranné pomůcky nosit, ale pak narazíme na jádro problému, které krásně vystihuje poslední věta pana Řehoře: *„Brýle budou mít položené vedle ruky, ale už si je nenandají, prostě teď to udělám rychle, no tak to udělá.“*

Z dalších informací, které sestry pacientům s úrazem oka poskytují, uvedly sestry S1, S2, S3 a S5, že další informace, kterou pacientovi poskytují je nutnost ponechání obvazu na oku do doby, kterou určí lékař. Sestry dále nevedly žádné informace, které by předávaly pacientům, neuváděly ani, že by je o něčem dalším edukovaly. Nováková (45) řadí mezi důležité informace navíc: sdělit pacientovi, kdy a kam se má dostavit na kontrolu, doporučení klidového režimu, zákaz zvedání těžkých břemen, vyvarování se práce v předklonu, pacientovi doporučíme vyhýbání se prašnému a zakouřenému prostředí, informujeme o potřebě nošení tmavých brýlí při pobytu na slunci, upozorníme na zákaz řízení automobilu. Z důležitých edukačních témat, kromě aplikace kapek a mastí, Nováková uvádí ještě potřebu edukace o hygieně postiženého oka. Na první pohled je dle mého názoru zřejmé, že informace, které podávají sestry z výzkumného

souboru, jsou poněkud strohé. Za největší problém považují, že ani jedna sestra neuvedla, že pacienta poučí o tom, kam se má dostavit na kontrolu. V podkategorii časté problémy pacienta sestry uváděly, že za velký problém pacienti považují zákaz řízení. Žádná sestra se ale již následně nezmínila o potřebě informovat pacienta o tomto zákazu, zde si ale myslím, že důvodem mohla být i návaznost rozhovoru.

V další oblasti, která se týkala edukace, byla respondentkám výzkumu položena otázka: „*Jak byste zvýšily motivovanost pacienta, který s Vámi při edukaci, předávání informací nespolupracuje?*“ Sestry S2 a S5 uvedly, že by pacienta upozornily na možnost ztráty zraku. Sestra S1 uvedla, že by respektovala postoj pacienta, který o informace nemá zájem a nevnucovala by mu je. Sestry S3, S4 a S6 uvedly, že by motivovanost pacienta nezvyšovaly. Sestra S3 uvedla, že ztratila již veškeré iluze a pacienty o ničem nepřesvědčuje, uvádí, že lidé mají spoléhat na svůj rozum. Řekla bych, že z odpovědí sester byla patrná jistá dávka rezignace, především z odpovědi sestry S3. Jistou demotivovanost jsem také postřehla v jedné z odpovědí sestry S5, kdy uvedla: „*Pacienty můžu upozorňovat, jak chci, ale oni vyjdou z ordinace a obvaz si sundají, protože by je obtěžoval při řízení, které mají mimochodem taky zakázané.*“ I já se z jisté části musím přiklonit k názoru sestry S3, dospělý člověk je dost chytrý na to, aby si uvědomil rizika svého chování. Myslím si, že kdybych jeden týden edukovala pacienta s úrazem oka a on za další týden přišel znova, asi bych se cítila trochu zbytečně. Důležité jsou dle mého názoru vlastní motivy nemocného a jen on sám se musí rozhodnout, jak naloží se získanými informacemi.

Poslední podkategorii, kterou jsme se v práci zabývali, je komunikace v edukačním procesu. Zabývali jsme se tu hlavně zásadami komunikace s pacientem, který prodělal úraz oka. Ze zásad komunikace s pacientem, který má poruchu vidění, uvedla sestra S1, že se nejdříve představí, pak řekne, co chce s pacientem probrat. Sestra S2 uvedla, že k pacientovi bude přistupovat ze zdravé strany a že pacientovi bude předávat informace úměrně jeho stavu. Sestra S3 uvedla, že je důležité si uvědomit, do jaké míry je zrak pacienta poškozen a z toho vycházet při vedení rozhovoru. Sestra S6 uvedla, že pacienta nebude nikam strkat, bude postupovat pomalu, nejdříve se představí. Sestry S4 a S5 nedovedly uvést žádnou ze zásad komunikace s pacientem, který prodělal úraz oka nebo

je nevidomý. Sestry S4 a S5 neuvedly žádnou zásadu komunikace s pacientem po prodělaném úrazu oka, myslím si, že tato jejich neschopnost nebyla zapříčiněna jejich neznalostí, ale spíše momentální nervozitou, kterou mohly z rozhovoru pociťovat. Osobně se mi velmi líbí odpověď sestry S3: „*Je důležité si uvědomit, do jaké míry je zrak pacienta poškozen a z toho vycházet při vedení rozhovoru.*“

Z výzkumu bylo zjištěno, že nejčastějšími očními úrazy, podle sester, jsou cizí tělíčka na rohovce a chemická poranění oka. Četnost očních poranění je vysoká, pět ze šesti sester uvedly, že se s úrazem oka setkávají ve své praxi denně. Oční úrazy se stávají lidem opakovaně. Všechny oční úrazy, dle většiny dotázaných sester, představují pro náš zrak riziko a mohou souviset s následnými poruchami vidění.

Za nejčastější rizikové faktory, které představují pro náš zrak riziko, sestry uvedly věk v rozmezí od 20 do 60 let. Mužské pohlaví je dalším rizikovým faktorem vzniku očního poranění. Za nejvíce rizikové prostředí považují tři sestry ze šesti pracovní dílnu, dvě sestry uvádějí les a venkovské prostředí a dále bylo uvedeno i pracovní prostředí. Sestry dále uvedly, že pro vznik očního úrazu je důležitá přítomnost rizikového chování, sestry shodně uvedly spěch, nepozornost, nedodržování zásad BOZP a hlavně nepoužívání očních ochranných pomůcek. Za nejvíce rizikovou sportovní aktivitu považují tři sestry squash, další tři respondentky výzkumu uvedly jízdu na kole.

V rámci prevence očních úrazů si čtyři ze šesti sester myslí, že prevence očních úrazů je dostatečná, zbylé dvě sestry by uvítaly větší informovanost obyvatel. Sestry vidí jako neúčinnější metodu prevence nošení očních ochranných pomůcek. Z výzkumu vyplynulo, že sestry neznají a tím pádem ani pacientům nedoporučují organizace, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením. V rámci první pomoci si pacienti zvládnou provést výplach oka, everzi horního víčka však již neprovedou.

Bylo zjištěno, že v rámci edukace pacienta s očním úrazem, se při komunikaci s pacientem spíše než o edukaci jedná o předávání informací. Zásadním problémem celé této kapitoly byla neschopnost sester odlišit edukaci od předávání informací.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce s názvem „Nejčastější úrazy očí z pohledu sestry: prevence, edukace, rizikové faktory“ bylo zjistit, jaké jsou dle sester nejčastější rizikové faktory očních úrazů, co si sestry myslí o významu prevence očních úrazů a o čem sestry edukují pacienty s očními úrazy.

Z dosažených výsledků bylo zjištěno, že nejčastějšími rizikovými faktory pro vznik očních úrazů je věk od 20 do 60 let, prostředí domácí dílny, les, pracovní prostředí. Za rizikové aktivity sestry považují spěch, nedodržování zásad BOZP, jízdu na kole a squash. Nejhlavnějším rizikovým faktorem je z pohledu sester nepoužívání očních ochranných pomůcek. Prevence očních úrazů je podle nadpoloviční většiny dotázaných dostatečná. Za nejúčinnější metodu prevence je považováno nošení očních ochranných pomůcek. V oblasti edukace pacienta s očním úrazem bylo zjištěno, že u pacientů neprobíhá edukace, ale pouze předávání informací. Sestry neumějí rozlišit edukaci pacienta od informování pacienta.

Bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o problematice očních úrazů. Na základě získaných výsledků byl vytvořen informační materiál pro sestry a pacienty očních oddělení, jehož účelem je usnadňovat sestřám edukaci v oblasti očních úrazů. Tento materiál, který je součástí této práce, obsahuje tabulku náplně edukace při očních úrazech a informační brožuru pro pacienty. Práce by mohla posloužit i jako zpětná vazba pro oční oddělení, na kterých probíhalo výzkumné šetření.

Tato práce by se mohla stát podkladem pro vytvoření edukačního standardu, který by byl zaměřený na oční úrazy. Práce by rovněž mohla posloužit jako základ pro vytvoření preventivního programu, který by se zabýval očními úrazy.

7 PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ODEHNAL, Milan. *První pomoc v oftalmologii*. Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů. 2009, roč. 6, suppl. G, G5-G13. ISSN: 1214-8687
- 2) KUCHYŇKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 768 s. ISBN 978-802-4711-638
- 3) NOVÁK, Petr. *Trauma předního segmentu oka*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2005, roč. 7, č. 1, s. 23-27. ISSN: 1212-4184
- 4) HIRT, Miroslav a Michal BERAN. *Tupá poranění v soudním lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4741-949.
- 5) POTOČKOVÁ, Adéla, STMEŇ, Peter., OLÁH, Zoltán. *Uplatnenie medzinárodnej klasifikácie mechanických úrazov oka v klinickej praxi*. Česká a slovenská oftalmologie: časopis České oftalmologické společnosti a Slovenské oftalmologické společnosti. 2008, roč. 64, č. 3, s. 120-122. ISSN: 1211-9059
- 6) KVAPILÍKOVÁ, Květa a Michal BERAN. *Práce a vidění*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 122 s. ISBN 80-701-3275-2.
- 7) KRAUS, Hanuš a Michal BERAN. *Kompendium očního lékařství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997, 341 s. ISBN 80-716-9079-1.
- 8) BOGUSZAKOVÁ, Jarmila, Šárka PITROVÁ a Eva RŮŽIČKOVÁ. *Akutní stavy v oftalmologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 116 s. ISBN 80-726-2368-0
- 9) SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ. *Fyziologie oka a vidění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 93 s. ISBN 80-247-0786-1.
- 10) ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006, 373 s. ISBN 80-246-1213-5.
- 11) KRÁSNÝ, Jan. *Úrazy orbity a jejího okolí*. Postgraduální medicína, Roč. 7, č. 1 (2005), s. 31–34, ISSN 1212-4184

- 12) HORNOVÁ, Jara. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 103 s. ISBN 978-802-4740-874.
- 13) BENEŠOVÁ, Veronika. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003, 84 s. ISBN 80-239-2104-5.
- 14) *Stanovisko FIMS k poranění očí ve sportu a jejich prevence*, Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca. 2005, Roč. 14, č. 4, s. 183-184. ISSN 1210-5481.
- 15) MACEWEN, C. J, P. S BAINES a P. DESAI. Eyeinjuries in children: thecurrentpicture. *BritishJournalofOphthalmology* [online]. 1999-08-01, vol. 83, issue 8, s. 933-936 [cit. 2014-05-02]. DOI: /10.1136/bjo.83.8.933. Dostupné z: <http://bjo.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjo.83.8.933>
- 16) THOMPSON, C G, P. S BAINES a P. DESAI. Theaetiologyofperforatingocularinjuries in children: thecurrentpicture. *BritishJournalofOphthalmology*. [online]. 1999-08-01, vol. 86, issue 8, [cit. 2014-06-08]. s. 920-922. DOI: 10.1136/bjo.86.8.920. Dostupné z: <http://bjo.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjo.86.8.920>
- 17) DOLEŽALOVÁ, Jaroslava, Štěpán RUSŇÁK a Renata ŘÍČAŘOVÁ, *Lze úspěšně léčit těžké perforující poranění?*. Česká a slovenská oftalmologie: časopis České oftalmologické společnosti a Slovenské oftalmologické společnosti. 2004, Roč. 60, č. 2, s. 118-123. ISSN 1211-9059
- 18) HEITING, Gary. *EyeSafetyBasics*. In: [online]. [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/safety/eye-safety-basics.htm>
- 19) HEITING, Gary. *PreventingEyeInjuries*. In: [online]. [cit. 2014-05-25]. Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/safety/eye-injury-prevent.htm>

- 20) DRÁBOVÁ, Magdalena a Lucie TORÁČOVÁ. *Go proti úrazům, aneb, Jak chránit své zdraví*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 19 s. ISBN 80-704-0912-6.
- 21) DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Řízení lidských zdrojů*. Vyd. 1. v Praze: C. H. Beck, 2012, 559 s. Beckova edice ekonomie. ISBN 978-80-7400-347-9.
- 22) LAVIČKOVÁ, Michaela. *Bezpečnost na komunitní úrovni. Disertační práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- 23) BARNES, E. Sharpeningtheepidemiologicalsword. *Eye* [online]. 2006, vol. 20, issue 12, s. 1335-1335 [cit. 2014-06-02]. DOI: 10.1038/sj.eye.6702235. Dostupné z: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.eye.6702235>
- 24) NAJMAN, Ladislav. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci*. Česká oční optika. 2006, roč. 47, č. 1, s. 64-66. ISSN 1211-233X.
- 25) ŠENK, Zdeněk. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci: prakticky a přehledně podle normy OHSAS*. 2. aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2012, 311 s. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-737-9.
- 26) NEŠČÁKOVÁ, Libuše. *Zákoník práce 2014 - s výkladem: právní stav k 1. 1. 2014*. 15. vyd. Praha: GradaPublishing, 2014, sv. Právo pro praxi. ISBN 978-80-247-5125-2.
- 27) NEUGEBAUER, Tomáš. *Poskytování osobních ochranných pracovních prostředků a ochranných nápojů*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2007, 80 s. Bezpečnost práce v praxi. ISBN 978-807-3573-102.
- 28) HEITING, Gary. *ProtectiveSportsEyewear*. In: [online]. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/sports/protection.htm>
- 29) HEITING, Gary. *SafetyGlasses and Goggles: YourGuide to ProtectiveEyewear*. In: [online]. [cit. 2014-06-25] Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/safety/safety-glasses.htm>

- 30) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Jak správně vybírat osobní ochranné prostředky: Ochranné brýle*. In: [online]. 2010 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10114/letak_bryle.pdf
- 31) STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ. *První pomoc pro každého*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 116 s. Zdraví. ISBN 978-802-4721-446.
- 32) KUČEROVÁ, Kateřina. *Co dělat, když má dítě poraněné oko?*, In: Časopis mladé rodiny: máma a já [online]. ORBIS IN, s.r.o, 2009 [cit. 2014-06-10]. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1871/co_delat_kdyz_ma_dite_poranene_oko.html
- 33) BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 117 s. Zdraví. ISBN 978-802-4723-341.
- 34) POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 351 s. ISBN 80-726-2214-5.
- 35) KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-835.
- 36) KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností: učebnicaprelekárske fakulty*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-806-3202-2.
- 37) SCHINDLER, Radek a Milan PEŠÁK. *Kdo je zrakově postižený?*. In: [online]. [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>
- 38) WHO. *Klasifikace zrakového postižení podle WHO: Druh zdravotního postižení*. In: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

- 39) NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009, 85 s. ISBN 978-807-3687-311.
- 40) Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. [online]. [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/>
- 41) BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012, 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.
- 42) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
- 43) HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-802-4616-261
- 44) SOCHOROVÁ, Hana. *Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7368-964-3.
- 45) NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224.
- 46) MARX, David a Ivan STANĚK. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
- 47) HLINOVSKÁ, Jana a Hana KOIŠOVÁ. *Edukace v ošetrovatelství - prostředek k získání aktivního přístupu klienta/pacienta k vlastnímu zdraví*, Dny Marty Staňkové III: vzdělávání sester: současnost a očekávání. Editor Eva Marková. Praha: Galén, 2006, 113 s. ISBN 80-726-2434-2.

48) Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením*. In: [online]. 2006 [cit. 2014-06-19]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/component/content/article/25-informace/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Kontuze oka přímým a nepřímým kontaktem

Příloha 2 - Cizí nitrooční tělísko

Příloha 3 - Stupně chemického poškození oka zásaditou látkou

Příloha 4 - Oční ochranné pomůcky

Příloha 5 - Výplach oka

Příloha 6 - Everze horního víčka

Příloha 7 - Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Příloha 8 - Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

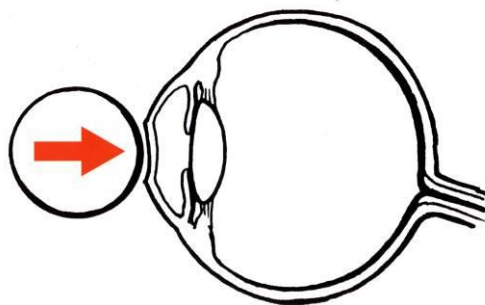
Příloha 9 - Přepis rozhovoru s bezpečnostním technikem Nemocnice České
Budějovice, a.s.

Příloha 10 - Otázky k rozhovorům se sestrami

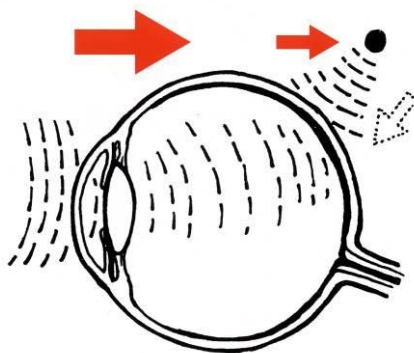
Příloha 11 - Přepisy rozhovorů se sestrami

Příloha 1 - Kontuze oka přímým a nepřímým kontaktem

Kontuze oka přímým kontaktem

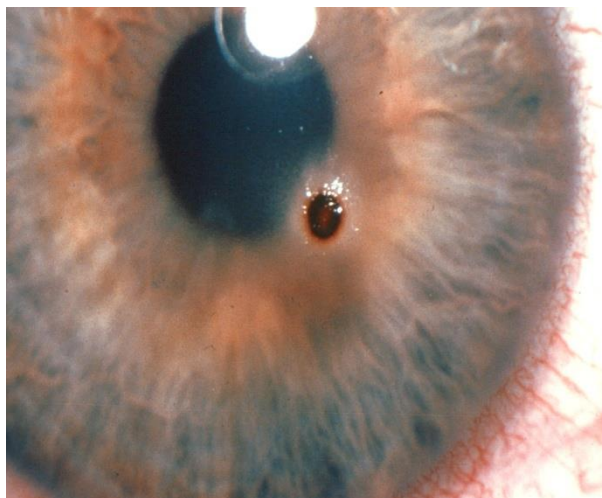


Kontuze oka nepřímým kontaktem



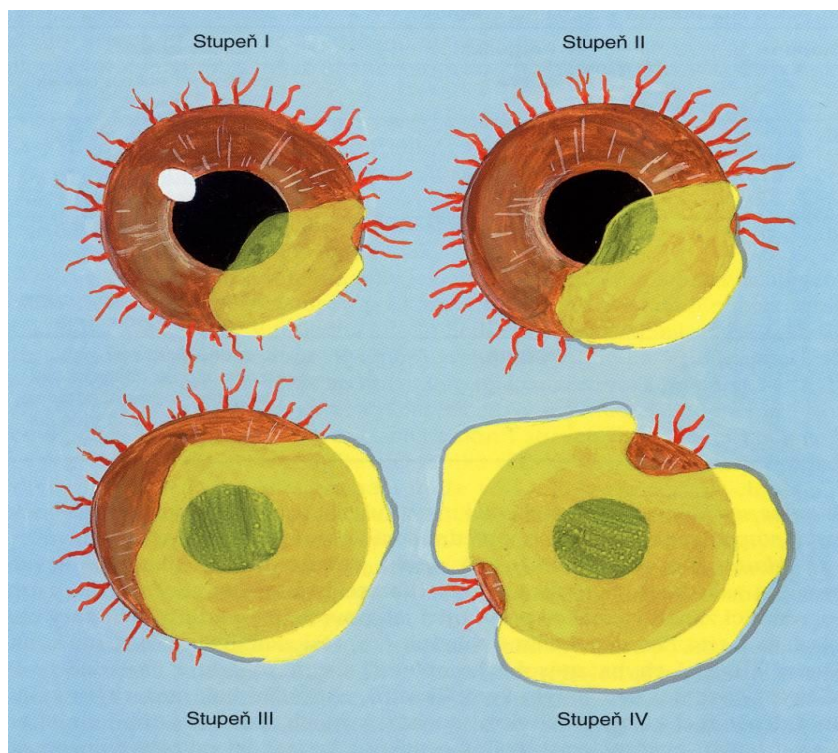
Zdroj: BOGUSZAKOVÁ, Jarmila, Šárka PITROVÁ a Eva RŮŽIČKOVÁ. *Akutní stavy v oftalmologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2006, 116 s. ISBN 80-726-2368-0

Příloha 2 - Cizí nitrooční tělísko



Zdroj: Ocular Foreign body. In: [online]. [cit. 2014-07-08]. Dostupné z: <http://www.marleysghost.net/tag/ocular-foreign-body>

Příloha 3 - Stupně chemického poškození oka zásaditou látkou



Stupeň	Prognóza	Klinický nález
I.	dobrá	poškození epitelu, rohovky, žádná ischemie
II.	dobrá	matná rohovka, ale lze diferencovat detaily duhovky, ischemie zaujímá méně než 1/3 limbu
III.	nejistá	úplně chybí epitel rohovky, postiženou rohovkou nelze diferencovat detaily duhovky, ischemie zaujímá 1/3 až 1/2 obvodu limbu
IV.	špatná	zkalená rohovka znemožňuje diferencovat struktury v přední komoře, ischemie zaujímá více jak polovinu obvodu limbu

Zdroj: BOGUSZAKOVÁ, Jarmila, Šárka PITROVÁ a Eva RŮŽIČKOVÁ. *Akutní stavy v oftalmologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2006, 116 s. ISBN 80-726-2368-0

Příloha 4 - Oční ochranné pomůcky

Sportovní ochranné brýle



Základní pracovní ochranné brýle



Obličejový ochranný štít



Zdroj: HEITING, Gary a DUBOW, Burt. *SafetyGlasses and EyeSafety Q&A*.In: [online]. [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://www.allaboutvision.com/askdoc/eye-safety.htm>

Příloha 5 - Výplach oka



Fľašu vyberieme z držiaku.



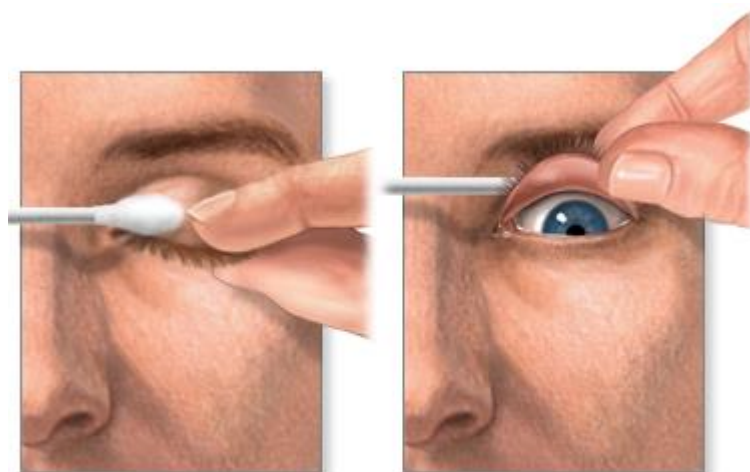
Chráničom očí krúťte v smere šípky dovedy, kým sa poistný prstenec neodlomí.



Nachýľte hlavu dozadu a vyplachujte oko.

Zdroj: <http://www.lenax.sk/ocne-vody/>

Příloha 6 - Everze horního víčka



Twist cotton-tipped
swab upward

Look downward

Zdroj: VORVICK, Linda. *Eyelidersion*. University of Washington, School of Medicine. In: [online]. [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19662.htm>

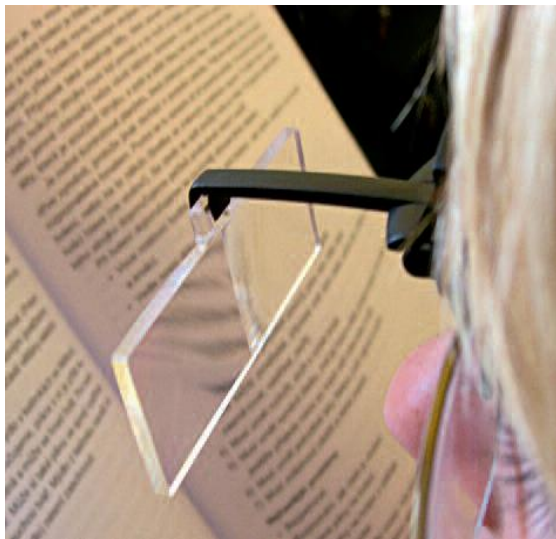
Příloha 7 - Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Položka	Druh zrakového postižení
1.	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	Těžce slabý zrak a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	Praktická slepota zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	Úplná slepota ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Příloha 8 - Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

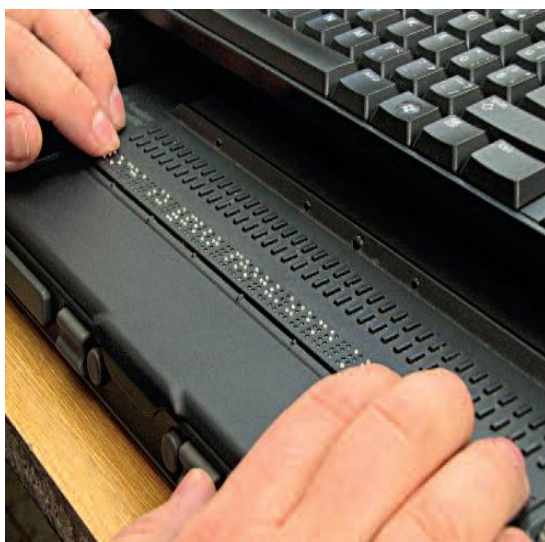
Lupy předsádkové na brýle



Přenosná lupa připojitelná k televizoru či monitoru



Braillový řádek



Signalizační hůl skládací



Zdroj: BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012, 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3.

Příloha 9 - Přepis rozhovoru s bezpečnostním technikem Nemocnice České Budějovice, a.s.

Identifikace:

Rozhovor s panem Řehořem, který v Nemocnici České Budějovice, a.s. vykonává funkci bezpečnostního technika, proběhl za účelem získání a doplnění informací o BOZP, kterým se v práci zabýváme. Rozhovor trval cca třicet minut, proběhl v klidné a přátelské atmosféře.

Otázka: „Jaké jsou základní zákony, které se týkají BOZP?“

„Základním zákonem je Zákoník práce, který je nejhlavnější, zákon číslo 309/2006 je doplněk k Zákoníku práce – ten se zabývá bezpečností práce, další stěžejní zákon je zákon číslo 361/2007 – podmínky ochrany zdraví při práci pro zaměstnance.“

Otázka: „Jak často má být zaměstnanec školen v BOZP?“

„Každý zaměstnavatel si musí provést audit a stanovit si podmínky, na jak dlouho by měl být zaměstnanec školen. V Nemocnici České Budějovice, a.s. je školení platné jeden rok, za rok musí být zaměstnanec proškolen, a to nejen z bezpečnosti práce, ale i požární ochrany.“

Otázka: „Jaké základní informace musí školení BOZP obsahovat?“

„K tomu je osnova školení, obsahuje hlavně proškolení ze Zákoníku práce, kde se zabýváme vymezením pracovně-právních vztahů. Dále část pátá – BOZP z toho Zákoníku práce, ta obsahuje nejen pracovní úrazy, ale i nemoci z povolání. Nařízení vlády 361 z roku 2007, stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, nový zákon 372 z roku 2011, což je zákon o zdravotních službách, zákon 258/2000 o ochraně veřejného zdraví, tam jsou i z toho zákona vyplývající vyhlášky, které stanovují rizikové faktory, zákon 79/2013 vyhláška o pracovních a lékařských službách, stanovuje preventivní lékařské prohlídky, je to nová vyhláška, 495/2001 ta se týká osobních ochranných pracovních prostředků, které se používají na vybraných pracovištích, zaměstnavatel má

seznam všech profesí a na základě zhodnocení rizika práce jsou zaměstnancům přidělovány osobní ochranné pracovní prostředky. Nemá chybět vyhláška 288/2003 která stanoví druh práce a pracoviště, které jsou zakázány těhotným ženám, kojícím ženám, ženám do devátého měsíce od porodu, což se jasně týká zdravotnictví. Vyhláška 201/2010, která stanoví způsob evidence, hlášení pracovních úrazů. Vyhláška 101/2005, která nám stanoví podrobnější požadavky na pracoviště a pracovní prostředí. Zákon č. 350/2011 zákon o chemických látkách a směsích. Zaměstnanci mají být seznámeni i s bezpečnostními listy jednotlivých chemických látek, které se používají na daném pracovišti a s riziky jejich používání. Zaměstnanci mají být seznámeni s návodem na obsluhu přístrojové techniky, spotřebičů, které se na pracovišti používají. Měli by být jasně seznámeni s vyhodnocenými riziky v práci, ty jsou udělané, jsou analyzovaná rizika. Tato rizika jsou uvedena v Zákoníku práce a osoba odborně způsobilá v BOZP je povinna, tedy zaměstnavatel je povinen, tuto osobu přimět, aby zhodnotila rizika pracovní činnosti.“

Otázka: „Jaké informace poskytujete zaměstnancům při BOZP, které se týkají přímo prevence očních úrazů?“

„To je právě to školení a každé pracoviště musí být vybaveno osobními ochrannými pracovními prostředky, nejen na oči, nejen chrániče očí, nejen brýle. Stěžejní je, aby zaměstnanci věděli, jaké mají používat ochranné pomůcky, to jsou zaměstnanci i povinni vědět.“

Otázka: „Pokud dojde k úrazu oka na pracovišti, má být zaměstnanec přeškolen v BOZP?“

„Samozřejmě, a nejen zaměstnanec, ale všichni zaměstnanci na konkrétním pracovišti. Pokud vznikne úrazový děj u jednoho zaměstnance, který je završený pracovní neschopností anebo následná rána bude dále chirurgicky ošetřena, např. právě poškození oka, musí to být trvalé poškození, tak oni všichni musí být přeškoleni a seznámeni s tímto úrazovým dějem.“

Otázka: „Co je nejčastější příčinou nedodržování zásad BOZP na pracovišti?“

„Lidská neopatrnost.“

Otázka: „Myslíte si, že jsou zaměstnanci dobře informováni?“

„Informovaní jsou úplně perfektně, ale bohužel lidský činitel je v tomto ohledu nevyzpytatelný.“

Otázka: „Pokud dojde k úrazu oka z důvodu nedodržení zásad BOZP, má zaměstnanec nárok na nemocenskou, případně odškodnění, pokud by již rozsah úrazu způsobil trvalé následky?“

„V každém případě, i když poruší určité předpisy, ale bohužel zaměstnavatel je povinen tento úraz odškodnit, ale může zkrátit poměrnou část tohoto odškodnění. Tím se dá v podstatě zaměstnanci najevo, že udělal chybu. Odškodnění se nemusí dát v případě, kdy by byl u zaměstnance prokázán alkohol a vznikla by následně škoda zaměstnavateli, tak tady se v podstatě zaměstnavatel z povinnosti zaplatit odškodnění vyloučí, jinak ne.“

Otázka: „Kdo může provádět školení BOZP na pracovišti?“

„Zaměstnavatel musí školit sám. Zaměstnavatelé se rozdělují na vedoucí pracovníky, kteří mají ze zákona povinnost školit svoje podřízené. Když zaměstnavatel neovládá potřebnou edukaci pro školení v BOZP, pak je povinen si zavolat někoho kompetentního.“

Otázka: „Jakým způsobem má být zajištěno poskytnutí první pomoci na pracovišti?“

„Na pracovišti by v každém případě měla být lékárnička, to nám určuje ta vyhláška 101/2005 s kterou se seznamují zaměstnanci při školení, v příloze 8 je jasně stanoveno, že zaměstnavatel je povinen v podstatě nejen zřízovat lékárničky na pracovišti, ale samozřejmě proškolené ještě své zaměstnance z první pomoci. Ze zákoníku práce je zaměstnavatel taky povinen zajistit zaměstnanci odborné zdravotní ošetření, pokud to situace vyžaduje.“

Otázka: „Pracujete s normou ČSN EN166, která by se měla týkat očních ochranných pomůcek?“

„Tuhle normu neznám, pracujeme s normou OHAS, ta se týká bezpečnosti práce, začíná, myslím, číslem 16.“

Otázka: „Dělí se nějakým způsobem ochranné pomůcky očí?“

„Ve vyhlášce 495 je jasně uvedeno, v příloze, jaké ochranné pomůcky jsou přímo na oči a hlavu.“

Otázka: „Kde je stanoveno, jestli mi při výkonu pracovní činnosti postačí ochranné brýle nebo je nutné použití obličejového štítu?“

„To je stanoveno v technologickém postupu, který je specifický pro každé oddělení a práci.“

Otázka: „Jaké informace musí být uvedeny na brýlích, aby se daly považovat za bezpečnostní?“

„Pokud jsou brýle jako osobní ochranný prostředek, tak samozřejmě musí mít náležitosti od výrobce, který jim dá otisk, že se jedná o osobní ochranný prostředek a že je tento výrobek vyzkoušen přes státní zkušebnu, v podstatě prohlášení o shodě. Jakékoli brýle, které nemají tento atest, se nemohou zařadit do osobních ochranných pracovních prostředků.“

Otázka: „Jaká další preventivní opatření, která jsme ještě nezmiňovali, byste řekl, že se týkají úrazů očí?“

„Za prvé si musí vzít osobní ochranné pracovní prostředky a za druhé musí být školeni, to je důležité.“

Otázka: „Které profese jsou nejrizikovější pro vznik úrazu očí?“

„Jakákoli profese, která přichází do styku s chemickými látkami a krví, obecně s biologickým materiálem.“

Otázka: „Jsou úrazy očí časté i u osob, které pracují ve zdravotnictví?“

„Určitě ne, něco jiného je to třeba ve strojírenském podniku, samozřejmě obráběč kovů, který si nevezme brýle tak utrpí s velkou pravděpodobností úraz oka.“

„Třeba stomatologové si berou brýle, kdy například při vrtání odletují částičky zubní skloviny a mohlo by eventuálně k úrazu oka dojít nebo na patologii si sanitář při pitvě musí chránit oči, ale i dýchací orgány, tam je to přímo nutné.“

Otázka: „Je povinností zaměstnance nosit ochranné brýle i při ředění dezinfekce?“

„Ano, tam je to jasně dané.“

Otázka: „Kdo je oprávněn ředit desinfekci na oddělení?“

„Tady v nemocnici máme v podstatě jedno oddělení, které desinfekci provádí, tito zaměstnanci jsou přímo školeni nejen v přístrojové technice, ale i v zacházení s chemikáliemi. Sestry i sanitáři jsou oprávněni ředit dezinfekční roztoky na oddělení a pochopitelně jsou k tomu školeni.“

Otázka: „Vedou se statistiky, které se týkají očních úrazů?“

„My máme statistiku pouze pracovních úrazů. Statistiku, která by se týkala pouze očních úrazů po nás nikdy nikdo nechtěl, dokonce ani v době, kdy jsme patřili pod Ministerstvo zdravotnictví. Nikdy jsem se s podobnou statistikou nesetkal.“

Otázka: „Co by podle Vás přispělo ke snížení počtu úrazů očí?“

„V každém případě používání osobních ochranných pracovních prostředků, které vás chrání a zachrání Vám v podstatě zrak. Všichni zaměstnanci ví, že mají používat a kdy mají používat osobní ochranné pracovní prostředky, ale je to jejich nedbalost. Brýle budou mít položené vedle ruky, ale už si je nenandají, prostě teď to udělám rychle, no tak to udělá.“

Otázka: „Setkal jste se s případem, kdy by se pracovník, který prodělal oční úraz, stal následně pacientem pracovního lékařství?“

„To by musel o to oko přijít, musely by být trvalé následky a s tím jsem se nikdy za 26 let co tady pracuji, a že těch úrazů bylo dost, nesetkal.“

Otázka: *„Kolik pracovních úrazů se stalo za minulý rok v Nemocnici České Budějovice, a.s.?“*

„My teď aktuálně máme úplně ideální stav, máme dvanáct pracovních úrazů, za minulý rok, na 2500 zaměstnanců.“

Otázka: *„Jaké jsou to nejčastěji úrazy?“*

„Pád na komunikaci, ve většině případů na chodbě oddělení, úplně suchá podlaha, žádné překážky v cestě, všechno v pořádku a zaměstnanec sebou lupne. Nebo se bouchají o otevřená okna do hlavy.“

Zdroj: Vlastní šetření

Příloha 10 - Otázky k rozhovorům se sestrami

Identifikace sestry

Kolik je Vám let?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Na jakém oddělení pracujete?

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

Nejčastější úrazy očí z pohledu sestry

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

Rizikové faktory, které přispívají ke vzniku úrazu očí z pohledu sestry

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

Které věkové skupiny obyvatel jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

Prevence očních úrazů z pohledu sestry

Co si představíte pod pojmem „Prevence očních úrazů“?

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

Edukace pacienta s úrazem oka

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

Co si představujete pod pojmem edukace?

Na co berete u pacienta ohled při edukaci?

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem.

Na jaká edukační témata se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci získá?

Jaké metody edukace používáte u pacienta s úrazem oka?

Jaké informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete?

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete nebo jde pouze o poskytování informací?

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

Zdroj: Vlastní šetření

Příloha 11 - Přepisy rozhovorů se sestrami

Rozhovor se sestrou S1

Kolik je Vám let?

„Je mi 39 let.“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Mám střední zdravotnickou školu.“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„Pracuju tady už 11 let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„V nemocnici jsem začala pracovat před 17 lety, takže 17 let už pracuju v nemocnici.“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazem oka?

„Prakticky denně, při každé službě někdo přijde s očním úrazem“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„Nejčastěji je to špona v oku, takže cizí tělísko na rohovce, potom poranění víček. Častá jsou taky poranění louhem nebo Savem.“

Tedy chemická poranění?

„Ano, tohle jsou chemická poranění.“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„S případem, kdy by byl úraz oka k indikaci enukleace, tak s tím jsem se nikdy nesesetkala, to je třeba až za deset let, kdy nastanou už velké komplikace v důsledku toho, že na začátku byl oční úraz, tak pak může být enukleace. Ztráta vidění může nastat u každého úrazu a taky se s tím tady setkávám.“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„Jak jsem řekla, právě Savo je docela častý nebo ten louh.“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„Právě při těch chemických poraněních, tak jim to vždycky spadne pomalu na celý obličej.“

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

„No často, přesně Vám to asi neřeknu, ale hlavně u cizích tělísek je to častá věc.“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„Lidé jsou moc neopatrní, pospíchají a to se jim nevyplácí a taky, když nenosí ochranné pomůcky, to je hlavní problém. Je to taky o náhodě, to jestli se Vám stane úraz ani nemusíte ovlivnit.“

Které věkové skupiny obyvatel jsou nejvíce ohroženy v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„Nejčastěji to jsou určitě muži, řekla bych tak ve věku 20-50 let.“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„Les, dětská hřiště.“

Myslíte si, že jsou úrazy očí časté i v domácím prostředí?

„To určitě nejsou, to je pro lidi prostředí známé a málokdy se tam zraní.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„Při spěchu nebo když jsou lidi v práci, tam dochází taky často k úrazům, nebo při sportu“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„Častý je squash, hlavně pro oční kontuze.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů?“

„Nošení ochranných pomůcek.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Prevence je dostatečná. Myslím si, že pacienti jsou dobře informovaní, všude je napsáno, aby lidé používali ochranné brýle, všude se zaměstnanci školí v BOZP, za vším je jenom lenost lidí.“

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

„Kdyby lidé nosili ochranné brýle.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Jak už jsem řekla lenost a zbrkllost.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Vyplachují, to umí, stoupnou si pod kohoutek a vyplachují.“

Setkala jste se nikdy s pacientem, který by si uměl provést everzi horního víčka?

„Ne, to pacienti neumí, sice by bylo dobře, kdyby to uměli, ale to už je náročné a ještě by se u toho mohli víc poranit.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Žádné, na to tady nemáme čas.“

Dokážete nějakou takovou organizaci vyjmenovat?

„Ne, žádná mě nenapadá.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„No největší problém je samotná porucha vidění, když člověk vidí normálně a najednou nevidí nebo vidí špatně, tak je to pro něj problém. Pro chlapy je taky velký problém pracovní neschopnost. Potom můžou být komplikace samotného úrazu, jako třeba infekce.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Jako že pacientovi předávám informace.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci?

„Na jeho celkový stav.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem

„No představím se, řeknu mu proč tam jsem a co spolu budeme probírat.“

Na jaká edukační témata nebo na jaké informace se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Říkáme jim, jak si mají kapat do oka, ukážu jim, kde mají postel a stoleček. Pak taky, že mají nosit ochranné pomůcky a nechat si obvaz na oku.“

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci získá?

„No, ví, jak si má správně nakapat do oka a že má nosit ochranné pomůcky.“

Jaké informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„Jenom jim dám leták, jak si mají správně nakapat do oka, nic jiného jim nedávám ani tady nic jiného nemáme.

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete?

„Tady na ambulanci nebo u nás na oddělení.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Já bych respektovala, že to nechce slyšet a že nemá zájem, to je věc pacienta, určitě bych mu nic nevmucovala.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

„Furt to samé dokola, taky ho můžeme upozornit na možnou ztrátu zraku.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, což by mělo zahrnovat i vzdělávání pacienta, nebo jde pouze o poskytování informací?

„Jenom předávám informace, na vzdělávání nemám čas a každý si o zdraví musí taky pečovat sám.“

Rozhovor se sestrou S2

Kolik je Vám let?

„58“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„*Střední zdravotnická.*“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„Tady jsem už dvacet let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„*V nemocnici dělám už čtyřicet let.*“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

„*Tak zhruba jedenkrát do týdne.*“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„*Nejčastěji cizí tělísko v rohovce, všechny úrazy i perforačky a penetrující poranění, taky chemická poranění.*“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„*Ztráta vidění může nastat i při úplně banálním poranění, vidáme to tady a to je pak pro pacienty špatné, s enukleací, která by byla spojena s úrazem, jsem se nesetkala.*“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„*Třeba šampóny na vlasy jsou častý.*“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„*Právě při těch chemických poraněních.*“

V jakém případě, jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka?

„*To je častý, hlavně u cizích tělísek nebo třeba u zedníků při zasažení vápnem.*“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„*Lidé pospíchají a nedávají pozor.*“

Které věkové skupiny obyvatel, jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„Často tu máme mládence ve věku tak 20-40 let, pak taky dětské úrazy, ale to málo, nejčastěji v případě cizího tělíska.“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„No asi nejčastěji ti automechanici a soustružníci, takže v práci.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„No tak jak jsem řekla, třeba to soustružení nebo taky kulturní akce, tam taky může dojít a dochází k úrazu očí, třeba při domácích ohňostrojích, to máte hned petardu v oku, s tím jsem se tu už setkala.“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„No u nás je to určitě ten squash, pak taky hokej, to s těma hokejkama, jo florbal nebo ten softball.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů?“

„No asi nošení ochranných pomůcek.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Myslím si, že prevence je dostatečná.“

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

„Kdyby lidé nebyli zbrklí a více při činnostech přemýšleli, tak by úraz oka neměli.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Lenost.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Udělají si výplach, třeba zahradní hadicí a přijdou.“

Umí si pacienti provést i everzi horního víčka?

„Ne, to neumí. Bylo by velmi dobře, kdyby to pacienti uměli, alespoň na rizikových pracovištích, je pravda, že si vypláchnou oko, ale kusy malty nebo čehokoliv jiného jim zůstanou pod víčkem a dochází k dráždění a erozi rohovky a než se k nám pacient dostane, má už oko v jednom ohni. Nebo se pokoušejí vyndat si zaseknutá cizí tělíska sami.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Žádné jim nedoporučuju, to je věc lékaře.“

Dokázala byste nějakou takovou organizaci alespoň vyjmenovat?

„Ne, žádnou neznám.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„Největší problém je, že nevidí tak, jak byl zvyklý. U mužů je problém to, že nemohou jít do práce a musí být doma, mají méně peněz, kolikrát ani neschopenku nechtějí. U starých lidí je špatná orientace, musíme na ně dávat zvýšený pozor.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Předávat informace, informovat.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci, předávání informací?

„Na jeho aktuální potřeby, to jak se momentálně cítí.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem

„Předávat informace úměrně pacientovu stavu, k pacientovi půjdu ze zdravé strany, aby mě viděl alespoň ze zdravé strany.“

Na jaká edukační témata, jaké informace se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Aby pacient věděl, jak si má nakapat do oka, na to aby věděl, že má nosit ochranné pomůcky, ale to oni vědí, jen to nedodržují.“

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci získá?

„Musí vědět, jak si má nakapat do oka, to mu dáme letáček, kde to má nakreslené a popsané.“

Jaké jiné informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„Jenom o tom kapání, jiné tu nemáme.“

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete?

„No v nemocničním, tady u nás v ambulanci.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Jejich motivovanost nezvyšuju, upozorním je, že by také mohli o zrak přijít úplně.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci, podání informací zaměřujete?

„Aby věděl o ochranných pomůckách, jinak nemůžu víc udělat.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, kdy se jedná i o vzdělávání pacienta nebo jde pouze o poskytování informací?

„Já předávám pouze informace, ani nevím, že při edukaci jde o vzdělávání.“

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

„Nedostatek času, kdybych měla ještě někoho vzdělávat, no tak to tady můžu spát.“

Rozhovor se sestrou S3

Kolik je Vám let?

„58“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„*Mám střední zdravotnickou.*“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„39 let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„*39 let, pracuji tady už od školy, na jiném oddělení jsem nepracovala.*“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

„*Pravidelně, určitě jedenkrát denně.*“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„*Nejčastější je cizí tělísko, tedy cizí tělísko na rohovce.*“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„*To jsou všechny úrazy, potencionálně rizikové jsou všechny, cizí tělíška, ruptury, taky polytrauma při poranění očníce, tam už je to vážné.*“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„*Kov, vápno.*“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„*Právě při chemických poraněních.*“

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

„*Často, určitě více jak dvakrát do měsíce.*“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„*Že si lidé nedávají pozor, nedodržují zásady BOZP.*“

Které věkové skupiny obyvatel, jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„*Tak muži od 40- 50 let.*“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„Domáci pracovna, myslím dílnu, kde pracují domácí kutilové, nebo taky v lese vznikají často úrazy očí.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„Třeba broušení, tam pak jsou ty cizí tělíška v oku nebo banální práce na zahradě, kdy si neoparnou manipulací dostanete různé materiály do oka.“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„Squash, tam pak může jít o velmi vážnou ztrátu zraku, především u rozsáhlých ruptur bulbu.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů“?

„Nošení ochranných pomůcek, dodržování zásad práce.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Měla by se zvýšit informovanost lidí o očních úrazech, aby si uvědomili, že se jedná o vážnou věc a nebrali to na lehkou váhu.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Lidská hloupost, ale možná také to, že je pro pracovníky nošení ochranných pomůcek nepohodlné a obtěžující, nemusejí v nich vidět tak dobře jako bez nich.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Udělají si výplach.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Tyfloservis.“

Předáváte pacientům i kontakt na tuto organizaci?

„Ne, to nevím, kde sídlí.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„Zákaz řízení, hlavně pro muže je to moc omezující. Bolest může být taky problém.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Jako předávání informací, ale vím, že to není úplně správně, edukace má být něčím specifická, ale nevím čím.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci, předávání informací?

„Na jeho stav, musím poznat, co je pacient ještě schopen pochopit a co už ne.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem.

„Zase je důležité přemýšlet a uvědomit si, do jaké míry je zrak pacienta poškozen a podle toho přistupovat při vedení rozhovoru. Komunikace s nevidomým, no asi přistupovat k němu ze zdravé strany, upozornit ho na svoji přítomnost.“

Na jaká edukační témata, typy informací se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Aby pacient věděl, že má chodit na kontroly, nechat si obvaz na oku, uměl si nakapat do oka, na ochranné pomůcky.“

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci získá?

„Asi by měl umět nakapat si do oka a všechny ty věci co už jsem říkala v předešlé otázce.“

Jaké informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„Máme tady letáček o tom, jak si má pacient správně nakapat do oka, to je všechno, jiné materiály pacientům neposkytuju.“

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete, předáváte informace?

„Tady na oddělení, na pokoji nebo na ambulanci.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Po tolika letech, co tu pracuji, jsem úplně ztratila nějaké iluze, je to jako když mluvíte do stromu, zbytečná námaha. Když jeden týden povíte pacientovi, že si při broušení musí vzít ochranné brýle a on další týden přijde znova se stejným úrazem, tak doopravdy ztratíte chuť někoho o něčem přesvědčovat. Každý člověk je dost chytrý na to, aby si uvědomil, jestli mu to riziko ztráty zraku za to stojí.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

„Znovu mu zopakuji to, co už jsem mu říkala při prvním úrazu, je jen na něm, co si z toho odnese, pokud někomu stojí za to, aby ztratil zrak, tak je to jeho věc, s tím stejně nic neuděláte.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, kde jde i o vzdělávání pacientů, nebo jde z vaší strany pouze o poskytování informací?

„Pouze pacientům předávám informace.“

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

„Čas na nějaké vzdělávání opravdu není, koneckonců to můžete vidět sama.“

Rozhovor se sestrou S4

Kolik je Vám let?

„35“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Já mám Vyšší odbornou zdravotnickou školu.“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„Bez mateřské šest let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„Deset let pracuju v nemocnici.“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

„Denně, no denně přijde někdo s úrazem oka.“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„Cizí tělísko.“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„Se ztrátou zraku může být spojen každý oční úraz, s enukleací jsem se jednou setkala. Byl to docela atypický případ, kdy dřevěná pilina prolétla hluboko do zadního segmentu oka a musela se provést enukleace.“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„Řekla bych, že asi malta nebo štuk u zedníků hlavně.“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„Právě u chemických poranění.“

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

„Často, tak jedenkrát do týdne minimálně.“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„No to, že lidi nenosí oční ochranné pomůcky, brýle a štíty.“

Které věkové skupiny obyvatel, jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„Já bych řekla 40-60 let, to je takové to nejčastější rozhraní, ale není to vždy stoprocentní, ale tihle jsou nejčastější.“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„No tak určitě lidé na vesnici, ty tu máme častěji než z města, vesnice je rizikovější než město nebo domácí prostředí.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„Už jsem se tu vícekrát setkala s případem, kdy lidé natahovali gumového pavouka na auto a švihlo je to do oka, tak asi to si myslím.“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„Cyklisti, jak začnou jezdit, tak máme plnou čekárnu, nejčastěji se jim dostane cizí tělísko do oka, ale setkala jsem se i s případem kontuze, tuším, že tenkrát došlo k pádu z kola, potom i hokej a florbal, s tím jsem se taky už setkala.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů“?

„Nošení ochranných pomůcek.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Podle mě je prevence dostatečná, spíše je to o neopatrnosti a hazardování, vidím to třeba u svých dětí, kdy se snažím jim dávat brýle, ale oni mi je div nehodí na hlavu.“

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

„Myslím si, že nic, nic mě nenapadá.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Lenost a pohodlnost, kolikrát si to lidi ani neuvědomí, nenapadne je, že by právě ta činnost co dělají, mohla být riziková.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Vypláchnou si oko, dají si na něj kapesník a jdou k nám.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Žádný, to u nás dělá doktor, já se o tohle nestarám.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„Pracovní neschopnost a špatná orientace v prostoru. Pacienti, a hlavně muži, mají problém s tím, aby si připustili, že se v prostoru špatně orientují, podle typu chůze to na nich poznáte, ale na přímý dotaz odpoví, že je vše v pořádku, hlavně muži jsou v tomhle ohledu strašně hrdinové a při chození by vám zbourali ordinaci.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Vzdělávání pacienta, asi učení novým dovednostem.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci?

„Na to, jak na tom celkově je, taky na psychiku, záleží na tom, jak moc je to vážný úraz.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem.

„Tak to nevím.“

Na jaká edukační témata se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Kdy si má dojít na kontrolu, jak si má nakapat do oka, že má nosit ochranné pomůcky.“

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci získá?

„Tak asi to kapání.“

Jaké metody edukace používáte u pacienta s úrazem oka?

„Rozhovor, nic jiného než mluvení.“

Jaké informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„Informační letáček, jak si mají správně kapat.“

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete?

„Tady na ambulanci, při ošetření.“

Myslíte si, že je to tak správně?

„No ideální to není, ale jiné prostory a hlavně čas nemáme.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Já se nesnažím jejich motivovanost zvyšovat, to musí vědět sami, jestli je důležité to, co jim říkám.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

„Znova na to samé, na ochranné pomůcky, na komplikace.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, nebo jde pouze o poskytování informací?

„Předávám informace, edukace v praxi nemůže v českém zdravotnictví fungovat.“

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

„No, nedostatek času, co jiného, je nás málo a práce je hodně.“

Rozhovor se sestrou S5

Kolik je Vám let?

„Je mi 31.“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Mám střední zdravotnickou školu a pak jsem si ještě po nástupu na oční udělala specializaci na oftalmologii v Brně.“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„Pracuju tu už deset let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„Deset let, nikde jinde než tady na očním jsem nepracovala.“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

„Denně, to je každý den tady někdo s úrazem.“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„Cizí tělísko, to je nejčastější.“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„S enukleací jsem se nesečkala, ty poruchy vidění, to bych řekla, že třeba při očních kontuzích.“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„Vápno je hodně časté.“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„Třeba to vápno je často v obou očích, takže asi u těch chemikálií.“

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

„Tak jedenkrát do měsíce určitě.“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„To, že lidé nenosí ochranné pomůcky.“

Které věkové skupiny obyvatel, jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„40-60 let, s těmi se setkávám nejčastěji.“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„Na vesnici spíš, než tady místní u nás ve městě, většinou přijedou z tich vesnic, v domácí dílně to je úplně nejčastější.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„Při sportu, potom natahování pavouka na auto a většinou to schytá ten, kdo poctivě drží, ten má většinou tu smůlu.“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„Jízda na kole, kdy pacientům nalítají nečistoty ze silnice do očí.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů“?

„Nošení ochranných pomůcek.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Myslím si, že lidé by měli být více informováni o prevenci očních úrazů a taky o nošení brýlí. Mám spoustu známých, kteří utrpěli úraz oka, pak za mnou přijdou a strašně se diví tomu, že si měli vzít nějaké ochranné brýle.“

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

„Kdyby lidé byli lépe informováni, třeba kdyby se o tom psalo v novinách nebo říkalo v televizi, když tam může být reklama na očkování, proč by nemohla být i na oční úrazy, ale vím, že je to složité.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Neznalost, ale i někdy neopatrnost.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Pacienti si udělají výplach, pak si dají do oka deset let starou mast, diví se, že pociťují ještě horší bolest, a když ani po třech hodinách nenastane zlepšení, tak se konečně seberou a zajdou k nám. Ale i tyhle časové prodlevy můžou napáchat velké škody na funkci zraku. Nebo se pokoušejí vyndat si sami cizí tělísko. Setkala jsem se s pacientkou, která se pokoušela vyndat si cizí tělísko pletací jehlicí a způsobila si ještě větší poranění.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Žádné nedoporučuji, ani žádné neznám, to je věc lékaře.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„To, že špatně vidí je jejich nejčastější problém a taky, když dostanou zákaz řízení, to vnímají hůře, kolikrát jsou i agresivní.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Nevím co to znamená, asi informovanost, jako že informuju pacienty.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci, předávání informací?

„Na jeho stav a taky věk a jestli vůbec má o informace zájem.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem.

„Tak to asi žádnou nevyjmenuju, nevím, na žádnou si nedokážu vzpomenout.“

Na jaká edukační témata, druhy informací se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Upozorňuji pacienty na to, že by měli nosit ochranné pomůcky, že si má nechat obvaz na oku tak dlouho, jak určí lékař. Pacienty ale můžu upozorňovat jak chci, ale oni vyjdou z ordinace a obvaz si sundají, protože by je obtěžoval při řízení, které mají mimochodem taky zakázané.“

Jaké nové dovednosti a vědomosti pacient při edukaci, předávání informací získá?

„Řekneme mu, že má nosit ochranné brýle, taky jak si má kapat a provádět výplach, kdy má přijít na kontrolu.“

Jaké informační materiály poskytnete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„K tomu správnému kapání mu dáme letáček.“

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete?

„Tady v ordinaci.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Upozornila bych je na možnost, že mohou zrak ztratit, pokud se budou chovat nezodpovědně.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

„Asi znovu to samé, pomůcky, kapání, všechno jakopředtím.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, kde se jedná i o vzdělávání pacientů, nebo jde pouze o poskytování informací?

„Pouze jim předávám informace.“

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

„Čas, na vzdělávání tu opravdu čas nemáme.“

Rozhovor se sestrou S6

Kolik je Vám let?

„40 let“

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Mám střední zdravotní školu.“

Jaká je délka Vaší praxe na očním oddělení?

„Tady pracuju deset let.“

Jaká je vaše celková dosavadní praxe?

„V nemocnici budu už dvacet let.“

Jak často se ve své praxi setkáváte s úrazy oka?

„Denně, vždycky někdo přijde.“

S jakými druhy úrazů k Vám pacienti nejčastěji přicházejí?

„Cizí tělísko, které je na rohovce, kovová špona v oku, to je nejčastější úraz a většinou jsou to lehčí úrazy s dobrou prognózou.“

V jakém případě jsou podle Vás úrazy oka spojeny se ztrátou vidění nebo jsou indikací k enukleaci bulbu?

„S enukleací, která by následovala po očním úrazu jsem se nesetkala, poruchy vidění se tu ale objevují.“

Jaký druh látky je podle Vás častou příčinou chemického poranění oka?

„Vápno, to je hodně časté.“

Kdy se setkáváte s případy, kdy jsou úrazem zasaženy obě oči?

„Při manipulaci s různými látkami, lidé si nedají pozor a už je to v oku.“

Jak často se setkáváte s případy, kdy pacient přijde s opakovaným úrazem oka, při jakém úrazu?

„To není neobvyklé, hlavně při těch chemických poraněních.“

Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny očních úrazů?

„Nedodržování bezpečnosti práce a rizikové chování na pracovišti, ale i obecně u všech lidí.“

Které věkové skupiny obyvatel, jsou nejvíce ohroženi v souvislosti se vznikem úrazu oka?

„Myslím si, podle mé zkušenosti tak těch 40-60 let, takoví tu jsou nejčastěji.“

V jakém prostředí podle Vás vznikají úrazy oka nejčastěji?

„V práci, automechanici, soustružníci.“

Při jaké aktivitě dochází ke vzniku úrazu oka?

„Často v lese, pacienti jdou na houby, ohnou se a šup už mají větvičku v oku, tyhle případy tu vidáme často.“

Které sportovní aktivity podle Vás jsou nejvíce rizikové v souvislosti s možným úrazem oka?

„Jízda na kole a taky tenis.“

Co si představíte pod pojmem: „Prevence očních úrazů“?

„Nošení ochranných pomůcek.“

V čem je podle Vás prevence očních úrazů dostatečná a v čem naopak nedostatečná?

„Podle mě je prevence dostatečná.“

Co by podle Vás přispělo ke zlepšení prevence úrazu oka?

„Právě nošení ochranných pomůcek.“

Co je podle Vás nejčastější příčinou nepoužívání očních ochranných pomůcek?

„Tak to nevím, asi hloupost. V dnešní době jsou na trhu spousty ochranných brýlí, ale lidé jejich nákup považují za zbytečný, ale kdyby ke každé věci, která může pro zrak představovat riziko, dostali ochranné brýle, tak by si je stejně z deseti lidí nasadili tak dva.“

Co pacienti podle Vaší zkušenosti udělají v rámci první pomoci při úrazu oka?

„Vypláchnou si oko a někteří dokonce přijdou sem k nám.“

Jaké organizace doporučujete pacientům, které se zaměřují na pomoc osobám se zrakovým postižením?

„Žádné jim nedoporučuji, na to nemám kompetence.“

Jaké jsou podle vás nejčastější problémy, s kterými se pacient může potýkat po prodělaném úrazu oka?

„To, že v některých případech nemůžou jít normálně do práce a mají pracovní neschopnost. Potom také svědění a pálení v oku.“

Co si představujete pod pojmem edukace?

„Informovat pacienta.“

Na co berete u pacienta ohled při edukaci, předávání informací?

„Na jeho stav.“

Vyjmenujte prosím některé zásady komunikace s nevidomým pacientem.

„Nejdříve se představím, pacienta nikam nestrkám, jednám s ním pomalu, aby měl možnost vstřebat všechny nové informace.“

Na jaká edukační témata, druhy informací se zaměřujete u pacienta s úrazem oka?

„Musí vědět jak a kdy si má kapat do oka, kdy a hlavně kam si má dojít na kontrolu, upozorním ho na ochranné pomůcky.“

Jaké informační materiály poskytujete pacientům, kteří prodělali úraz oka?

„Máme letáček, kde je vysvětleno, jakým správným způsobem si má pacient nakapat do oka.“

Kde (v jakém prostředí) pacienta edukujete, předáváte mu informace?

„Tady v ordinaci.“

Pokud pacienti při edukaci nespolupracují, jak byste zvýšila jejich zájem (motivovanost)?

„Tu já bych nezvyšovala, buď má zájem, nebo ne, to je čistě věc pacienta.“

Pokud pacient přijde s opakovaným očním úrazem, na co se při jeho reedukaci zaměřujete?

„Na ochranné pomůcky a jejich používání.“

Myslíte si, že pacienta s úrazem oka skutečně edukujete, kdy dochází i ke vzdělávání pacienta nebo jde pouze o poskytování informací?

„Jenom ho stručně informuju o základních důležitých věcech.“

Pokud pacientům předáváte pouze informace, co je příčinou neposkytování edukace?

„Čas, tady musíte dělat všechno v poklusu.“

Zdroj: Vlastní šetření

