



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Role sestry ve strabologické ambulanci

Vypracovala: Jana Svobodová

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2016

Abstrakt

Role sestry ve strabologické ambulanci

Zrak je jedním z nejdůležitějších lidských smyslů. K dokonalosti se zrakové funkce vyvíjí až po narození dítěte. Nedojde-li ke správnému rozvoji zrakových funkcí a zrakového vnímání, ovlivní to významně život postiženého. Nejčastějšími zrakovými vadami dětského věku je strabismus a amblyopie. Postihují až 7 % dětské populace. Děti se zrakovými vadami jsou dispenzarizovány ve strabologických ambulancích. Prevencí očních vad, diagnostikou a následnou léčbou tupozrakosti a šilhání se zabývá obor ortoptika. Teoretická část bakalářské práce stručně shrnuje anatomii a fyziologii zrakových funkcí, historii strabismu, vyšetřovací a léčebné metody ve strabologii. Dále se zabývá rolí sestry ortoptistky, které zastává nejen ve strabologické ambulanci, ale i v ortoptické cvičebně.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle: zjistit specifika práce sestry ve strabologické ambulanci a zjistit roli sestry z pohledu rodičů dětí léčených ve strabologické ambulanci. K dosažení cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jaká jsou specifika práce sestry ve strabologické ambulanci? Jaká je role sestry z pohledu rodičů dětí léčených ve strabologické ambulanci?

Praktická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat jsme zvolili individuální polostrukturované rozhovory se sestrami ortoptistkami pracujícími ve strabologických ambulancích v Jihočeském kraji a s rodiči klientů, kteří se v těchto ambulancích léčí. Rozhovory byly nahrávány, poté doslovně přepsány a analyzovány pomocí metody papír, tužka.

Výzkumného šetření se zúčastnily čtyři sestry ortoptistky ze čtyř strabologických ambulancí. V Jihočeském kraji jsou to jediné strabologické ambulance, kam mohou docházet klienti na ortopticko-pleoptická cvičení. Druhým souborem dotazovaných byli rodiče dětí, které se v těchto ambulancích léčí. Z analýzy rozhovorů se sestrami a rodiči byly vytvořeny čtyři kategorie. První kategorie se zabývá interakcemi, kterým je sestra ortoptistka denně vystavena ve své praxi. K interakcím dochází s klienty, nejčastěji dětmi, s rodiči klienta, s oftalmologem a nepřímo také s pediatry. Z analýzy

rozhovorů vyplynulo, že významnou měrou ovlivňuje práci sestry ortoptistky screening zrakových vad, proto byla do první kategorie přiřazena subkategorie sestra- screening. Druhá kategorie mapuje speciální činnosti sestry ortoptistky. V ambulanci sestra spolupracuje s oftalmologem, na cvičebně vede samostatně ortoptická a pleoptická cvičení. Třetí kategorie spokojenost se zaměstnáním rozebírá faktory, které sestry motivují k práci, a odhaluje, které faktory naopak sestry demotivují. Poslední čtvrtá kategorie se zabývá vzděláváním. Zjišťuje, jakým způsobem si sestry ortoptistky doplňují vzdělání a zajímá se o jejich názor na současné vzdělávání ortoptistů.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že práce sestry ortoptistky je vysoce specifická. Vyžaduje hluboké teoretické znalosti z oboru ortoptika. Vysoké nároky jsou kladeny na její praktické dovednosti. Sestra ortoptistka organizuje chod ambulance i cvičebny, asistuje lékařům, připravuje klienty na vyšetření a sama řadu vyšetření provádí. Ovládá ortoptické a pleoptické přístroje a stará se o jejich údržbu. Některé pomůcky si musí sama vyrobit. Komunikuje s klienty všech věkových kategorií. Vyžaduje se od ní dostatek empatie, trpělivosti a kreativity. Směrem k rodičům provádí intenzivní edukační činnost, neboť podíl domácího cvičení v léčbě tupozrakosti a šilhání je významný. Rodiče od sestry ortoptistky především očekávají zlepšení zrakové vady u jejich dítěte, vlídný a trpělivý přístup a v neposlední řadě poskytnutí informací, rady, pomoci a vyřešení jakéhokoli problému.

Bakalářská práce by mohla přiblížit práci sestry ortoptistky uchazečům o studium ortoptiky. Poznatky o důležitosti včasného zachytu zrakových vad by mohly být využity k přípravě přednášky pro sestry pracující v ordinacích pediatrů.

Klíčová slova: ortoptista; strabologie; ortoptika; pleoptika; amblyopie; strabismus

Abstract

The role of a nurse in the strabological outpatient department.

The eyesight is one of the most important senses. It is developed gradually and fully after the child is born. If the eyesight is not fully and properly developed it can have a significant negative influence on the patient's life. The most common sight impairments among children are strabismus and amblyopia. It affects up to 7 % of children population. The children with eyesight impairment are treated in strabological outpatient departments. The Orthoptics deals with prevention and diagnosis of visual impairments and subsequent treatment of amblyopia and squinting. The theoretical part briefly summarises the anatomy and physiology of visual functions, history of strabismus, diagnostic and treatment methods in strabology. It further deals with duties of an orthoptist nurse who works not only in strabological outpatient department but also in orthoptic training room.

There are two goals in this work: to determine specific demands concerning the work of nurse in strabological outpatient department and to find out about their role from the parents point of view. Two research questions were set to reach the goals. What are the specifics of the work of a nurse in strabological outpatient department? What is the role of a nurse from the patient's parent's point of view?

The practical part was conducted using qualitative research survey. The individual semi-structural interviews were used to gather the data. The interviews were conducted with the orthoptist nurses working in strabological outpatient departments in the South Bohemia Region and with the parents of the treated clients. The interviews were recorded and transcribed in the verbatim report and analysed using the paper and pencil method.

There were four orthoptist nurses from four strabological outpatient departments participating in the research survey. The only strabological outpatient departments providing orthoptic-pleoptic training for their clients. The other sample contained the parents of the children treated in these facilities. There were four categories created from the analysis of the interviews. The first category deals with

interactions experienced by an orthoptist nurse during their daily work. The interactions occur between a nurse and clients, mostly children, their parents, ophthalmologist and indirectly with paediatricians. The result of the analysis revealed that the screening of the visual impairments influences greatly the work of the nurse therefore subcategory nurse-screening was added to the first category. The second category maps the special activities of the orthoptist nurse. The orthoptist nurse cooperates with an ophthalmologist in the strabological outpatient department and is in charge of orthoptic-pleoptic training in the orthoptic training room. The third category named Satisfaction with the Job analyses the positive and negative factors which can lead to motivation or demotivation. The fourth category deals with education. It finds out how the nurses update their knowledge and takes an interest in their opinion concerning current education in the field.

The research survey showed that the work of orthoptist nurse is highly specific. It requires deep knowledge of the field. There are high demands on their practical skills. Orthoptist nurse organizes functioning of the department and the training room, assists the doctor, prepares clients for the examination and conducts many examinations on their own. Handles orthoptic and pleoptic devices and manages their maintenance. Creates their own aids. Communicates with the patients of all age groups. They are supposed to have enough empathy, patience and creativity. They provide intensive educational activity, because the contribution of training at home is significant in treating amblyopia and squinting. The parents of the patients expect improvement of the impairment, kind and patient approach, and last but not least providing information, advices and solving all kind of problems.

This work could be used to clarify the duties of an orthoptist nurse to the aspiring orthoptist students. The knowledge about importance of early diagnosis of the visual impairment could be used for creating the presentation for paediatric nurses.

Keywords: orthoptist; strabology; orthoptics; pleoptics; amblyopia; strabismus

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 3. května 2016

.....

Jana Svobodová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za cenné rady, odborné připomínky, podporu, citlivý a trpělivý přístup. Dále bych ráda poděkovala všem sestrám a rodičům, kteří byli ochotni věnovat mi svůj drahocenný čas a účastnili se výzkumného šetření. V neposlední řadě patří mé poděkování rodině za trpělivost a podporu ve studiu.

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	12
1.1 Historie strabismu	12
1.2 Anatomie oka	13
1.3 Fyziologie oka	13
1.4 Jednoduché binokulární vidění	14
1.5 Poruchy binokulárního vidění	16
<i>1.5.1 Amblyopie</i>	<i>16</i>
<i>1.5.2 Anomální retinální korespondence</i>	<i>17</i>
<i>1.5.3 Strabismus – heterotropie</i>	<i>17</i>
1.6 Vyšetřovací metody ve strabologii	19
1.7 Metody léčby strabismu	21
1.8 Sestra ve strabologické ambulanci	21
<i>1.8.1 Role sestry v ortoptice</i>	<i>22</i>
<i>1.8.2 Ortoptistka a komunikace</i>	<i>23</i>
<i>1.8.3 Ortoptistka a edukace</i>	<i>24</i>
1.9 Sestra v ortoptické cvičebně	25
<i>1.10.1 Ortoptická cvičení</i>	<i>26</i>
<i>1.10.2 Pleoptická cvičení</i>	<i>28</i>
2 Cíle práce, výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31

3.1 Metodika výzkumu	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky	35
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	35
4.1.1 <i>Kategorie Interakce</i>	<i>35</i>
4.1.2 <i>Kategorie Speciální činnosti sestry- ortoptistky</i>	<i>43</i>
4.1.3 <i>Kategorie Spokojenost se zaměstnáním</i>	<i>47</i>
4.1.4 <i>Kategorie Vzdělávání</i>	<i>51</i>
5 Diskuze	53
6 Závěr	67
7 Seznam použitých zdrojů	69
8 Přílohy	73
8.1 Seznam příloh	73

Seznam použitých zkratk

JBV	Jednoduché binokulární vidění
CNS	Centrální nervový systém
ARK	Anomální retinální korespondence
HARK	Harmonická anomální retinální korespondence
DARK	Disharmonická anomální retinální korespondence
NRK	Normální retinální korespondence
CAM	Campbellův zrakový stimulátor
ČSDOS	Česká společnost dětské oftalmologie a strabologie
ČVUT	České vysoké učení technické

Úvod

Zrak lidé považovali za jeden z nejdůležitějších lidských smyslů již od pradávna. Znamé rčení: chránit jako oko v hlavě, dává tušit mimořádný význam tohoto smyslového orgánu. Zrak umožňuje lidem získávat informace. Poznávat okolí, vnímat pohyb, jeho rychlost i směr, orientovat se v prostoru. Zrakem člověk vnímá barvy, rozmanité tvary, lidské tváře. Zrakové vnímání se vyvíjí ke své dokonalosti až po narození. Nejdříve dítě rozeznává pouze světlo a tmou, posléze jednoduché tvary, později se naučí rozeznávat drobné detaily. Postupně se rozvíjejí jednotlivé zrakové funkce. Správný rozvoj zrakových funkcí a zrakového vnímání je pro děti velice důležitý. Například schopnost dětí číst a psát je zrakovým vnímáním přímo ovlivněna. Pokud tedy nedojde k včasnému odhalení a léčení zrakové vady, může se dítě s následky potýkat po zbytek života.

Častými zrakovými vadami dětského věku jsou šilhání a tupozrakost. Vyskytují se u 7 % dětí ve věku do sedmi let. Šilhání, čili strabismus ovlivňuje zrakové funkce dítěte, navíc, pokud je patrně neustále, je často společností vnímáno jako stigma. Tupozrakost, čili amblyopie snižuje zrakovou ostrost oka, a pokud není včas léčena, zůstávají zrakové funkce trvale poškozeny. Přestože se situace zlepšuje a osvěta zacílená na pediatry spolu se screeningovou metodou záchytu zrakových vad přivádí do očních ambulancí stále více klientů, dochází u některých dětí k odhalení závažné zrakové vady pozdě.

Děti se zrakovými vadami jsou dispenzarizovány ve strabologických ambulancích. Bakalářská práce je zaměřena na sestry ortoptistky, které v těchto ambulancích pracují a významně se podílejí na léčbě zrakových vad prováděním ortoptických a pleoptických cvičení s klienty. Cílem výzkumného šetření se sestrami ortoptistkami bylo zmapování specifik jejich práce. O rozhovory byli požádáni rodiče dětí, které se ve strabologických ambulancích léčí. Cílem bylo zjištění, jak sestru ortoptistku tyto rodiče vnímají.

Téma bakalářské práce mne zaujalo z několika důvodů. Sama na sobě jsem si ověřila, jak velmi nepříjemné je přijít, byť jen na pár dní, o zrak. Přivítala jsem možnost nahlédnout do oboru, který má tu moc, zrakové funkce a zrakové vnímání napravovat. Dalším důvodem byla zvědavost a touha dozvědět se více o ortoptice a pleoptice, oborech, které pro mne byly velkou neznámou.

1 Současný stav

Strabologie je součástí očního lékařství, která se zabývá poruchami binokulárního vidění, především strabismem, čili šilháním a amblyopií čili tupozrakostí. Nejčastějšími pacienty strabologických ambulancí jsou děti předškolního věku. Léčba těchto poruch je časově náročná. Vyžaduje odbornou péči dětského oftalmologa, spolupráci rodičů a pečlivou a trpělivou práci sestry se specializačním vzděláním v oboru ortoptika. Ortoptistky se významnou měrou podílí na vyšetřování pacientů, přicházejících do strabologických ambulancí, ale také na léčbě poruch, se kterými přicházejí. Cílem léčby ortoptické je náprava binokulárního vidění, cílem léčby pleoptické je vyléčit tupozrakost (Hromádková, 2011).

1.1 Historie strabismu

Již Hippokrates poukazoval na dědičnost strabismu a dokázal rozlišit různé druhy šilhání. V sedmém století Paulus z Aeginy vyrobil masku na oči s dírami v místech pro správné postavení očí. Znovu ji použil v 17. století chirurg Parré. Okluzi vedoucího oka, která se používá k léčbě amblyopie dodnes, zavedl v 18. století Buffon. V 19. století navrhnul Donders léčbu strabismu skly, protože vyzoroval souvislost šilhání s krátkozrakostí - myopií, či dalekozrakostí - hypermetropií. Velký rozvoj strabologie nastává po druhé světové válce ve většině evropských zemí. Léčba strabismu už se nesoustředí jen na řešení kosmetického problému, ale pozornost je věnována léčbě tupozrakosti a obnově binokulárního vidění (Hromádková, 2011).

V České republice je s průkopnictvím léčby strabismu a amblyopie spojováno jméno profesora Kurze. Snažil se o včasný záchyt šilhání u dětí a komplexní léčbu. Založil první ortopticko-pleoptické oddělení při II. Oční klinice v Praze. Krátce na to také školící centrum pro ortoptistky, které fungovalo až do roku 1979. Po tomto datu se ortoptistky vzdělávaly ve dvouletém specializačním pomaturitním studiu v Brně a v současnosti studují v bakalářském programu na vysokých školách. Po válce vznikají v České republice internátní školy pro tupozraké a šilhající děti. Zpočátku v nich pedagogičtí pracovníci vykonávali činnost výchovnou i léčebnou, postupně byli

v odborné péči nahrazování sestrami ortoptistkami. V současné době zůstala v naší zemi jediná léčebna zrakových vad. Přední odborníci z oboru očního lékařství se mohou angažovat v České společnosti dětské oftalmologie a strabologie a v České společnosti ortoptistek, která byla založena v roce 1994 (Jeřábková, 2010).

1.2 Anatomie oka

Zrak je pro člověka důležitým zdrojem informací. Oko (viz Příloha 1), coby součást zrakového ústrojí, bývá proto považováno jako nejvýznamnější smyslový orgán (Mourek, 2012).

Pro správnou funkci zrakového ústrojí je nutné bezchybné fungování dvou hlavních složek: senzorycké (zrakově smyslové) a motorické (pohybové). Senzorycká složka se skládá z periferní části tvořené očními bulby, ze zrakových drah, ze zrakového centra v mozkové kůře. Motorická složka je tvořena okoohybnými svaly (viz Příloha 2), okoohybnými nervy, jejich jádry a motorickými centry mozkové kůry. Nemalou roli pro správné fungování zraku zastávají též přídatné orgány oka (Hromádková, 2011).

1.3 Fyziologie oka

„Pod pojmem zrak rozumíme vnímání světla, barev, tvarů, kontrastu, hloubky, rozlišovací schopnost a adaptaci“ (Hromádková, 2011, s. 25). Zrakem jsme schopni vnímat světlo různých vlnových délek. Lidské oko rozlišuje nejen světlo a tmu, rychlost a směr pohybu, ale i objekty nacházející se v blízkém i vzdáleném okolí. Díky zraku se člověk dokáže orientovat v prostoru (Mourek, 2012).

K fotoreceptorům na sítnici prochází světlo přes rohovku, oční komorovou vodu, čočku a sklivec. Tyto tkáně nazýváme optickým, nebo lomivým aparátem oka, protože mají schopnost lomivosti až 59 dioptrií do dálky (Mourek, 2012). Z místa podráždění sítnice paprskem dojde k přenosu vzruchu zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku. Aby mohl člověk zaostřovat předměty na různé vzdálenosti, potřebuje čočka měnit svou dioptrickou mohutnost. Tento děj označujeme jako akomodaci. Čočka musí

být pružná, elastická, závěsný aparát ovládaný ciliárním svalem řasnatého tělesa neporušený (Mourek, 2012).

Podle toho, na které místo na sítnici dopadne paprsek sledovaného objektu, rozlišujeme vidění centrální a periferní. Centrální v případě, že paprsek dopadl na žlutou skvrnu. Pokud paprsek podráždí fotoreceptory mimo žlutou skvrnu, dojde k reflexnímu pohybu oka tak, aby paprsek dopadl přímo na ni, tedy místo nejostřejšího vidění (Hromádková, 2011).

Abychom viděli obraz ostře, potřebujeme, aby se paprsky světla protínaly na sítnici. K tomu je zapotřebí ideální poměr mezi předozadní délkou bulvy a lomivostí optických prostředí. Pokud je tento poměr narušen, projeví se refrakční vady. Krátkozrakost (myopie) je stav, kdy se paprsky spojují před sítnicí. Korigujeme skly rozptylkami. Spojí-li se paprsky za sítnicí, jde o hypertmetropii, neboli dalekozrakost. Korigujeme skly spojkami. V případě, kdy se paprsek lomí ve více osách, hovoříme o astigmatismu. Tuto úchylku vyrovnávají cylindrická skla (Hornová, 2011).

Zraková ostrost (visus) je schopnost oka rozlišit nejmenší úhlovou vzdálenost dvou bodů, identifikovat je odděleně. V místě nejostřejšího vidění je tento úhel jedna minuta. Zrakovou ostrost na dálku vyšetřujeme na optotypech, do blízka pomocí Jägerových tabulek (Rozsival, 2006).

Zorné pole je široký prostor kolem bodu, na který zaměřujeme zrak. Označujeme jej také jako periferní vidění. Není důležitá jeho ostrost, ale rozsah. Je velice důležité pro orientaci v prostoru a vyšetřujeme ho na perimetru (Hamadová, 2007).

Barvocit je schopnost oka vnímat světlo různých vlnových délek a tím poznávat barvy. Fotoreceptory zodpovědné za barevné vidění jsou čípky, kterých je nejvíce na žluté skvrně. Směrem od ní čípků i schopnosti barevného vidění ubývá. Vyšetřujeme také schopnost oka adaptovat se na různou intenzitu světla a citlivost na kontrast (Hamadová, 2007).

1.4 Jednoduché binokulární vidění

Jednoduché binokulární vidění (dále JBV) je schopnost mozku vytvořit jeden prostorový vjem ze dvou samostatných obrazů viděných každým okem zvlášť. Fúze

těchto separátních obrazů v mozkové kůře je podmíněna dokonalou senzomotorickou činností obou očí, umožňuje člověku prostorový odhad (Mourek, 2012).

Schopnost JBV není vrozená, ale postupně se vyvíjí od narození do šesti let. První dva měsíce života dítě používá více jedno oko, druhé může fyziologicky zašilhat. Od druhého měsíce se začíná uplatňovat binokulární reflex a dítě zapojuje obě oči. Třetí měsíc se rozvíjí reflex konvergence a divergence, kdy dítě pozoruje předměty blízké i vzdálené. Další měsíc se přidává schopnost akomodace, tedy zaostřování těchto předmětů. Reflex fúze, čili schopnost spojovat obrazy v jeden smyslový vjem, k čemuž dochází v mozkové kůře, můžeme očekávat od šestého měsíce. V dalších měsících dochází k upevňování všech výše zmíněných reflexů, k upevňování souhry mezi akomodací a konvergencí, k rozvoji prostorové orientace a do šestého, až sedmého roku ke stabilizaci binokulárního vidění (Hromádková, 2011).

Podmínkami normálního JBV jsou neporušené sensorické a motorické složky: fyziologický vývoj oka a jeho pomocných orgánů, správně pracující okoohybné ústrojí, shodná refrakce očí, centrální fixace na foveu, fyziologický rozsah zorného pole, funkční zraková dráha, normální funkce CNS, schopnost fúze, spolupráce konvergence a akomodace (Rozsival, 2006).

JBV můžeme rozdělit na tři vývojové stupně: superpozici, fúzi a stereopsi. Nejjednodušším vývojovým stupněm je superpozice, neboli simultánní vidění. Na sítnici očí dopadají dva různé obrazy, které se spojí v jeden. Např. do pravého oka promítneme lva, do levého klec, výsledkem je obraz lva v kleci. Dalším stupněm je fúze, která spojuje stejné obrazy promítané na sítnice obou očí v jeden smyslový děj. Dle rozsahu sítnice, na kterém k ní dochází, dělíme fúzi na foveolární, ta je nejhodnotnější (obrazy se spojují v makulární jamce), makulární (k fúzi dochází v rozsahu žluté skvrny) a paramakulární (spojení obrazů probíhá na sítnici přesahující makulu). Fúzi můžeme též dělit na sensorickou, to je bez pohybu očí, a motorickou, ke které je zapotřebí pohybu očí tak, aby se osy obou očí setkaly na pozorovaném objektu. Nejvyšším stupněm JBV je stereopse, zodpovědná za prostorové vnímání. Hlubkové vjemy vznikají, přestože části obrazů dopadají na lehce disparátní body sítnice. (Disparátní body sítnice jsou takové, které spolu nekorespondují a vyvolávají

diplopii-dvojité vidění. Fyziologickou diplopií se člověk naučí nevnímat.) Díky stereopsi vnímáme třetí rozměr (Hromádková, 2011).

1.5 Poruchy binokulárního vidění

Dojde-li ve vývoji JBV k poruše, jedinec je ohrožen patologií v podobě amblyopie, strabismu a anomální retinální korespondence (Hromádková, 2011).

1.5.1 Amblyopie

„Amblyopie (tupožrakost) je snížení zrakové ostrosti různého stupně při normálním anatomickém nálezu na oku“ (Hromádková, 2011, s. 39). Na rozdíl od strabismu nejsou patrné žádné organické změny na oku. Amblyopie může postihnout jedno, ale taky obě oči. Příčinou je abnormální zraková stimulace během období zrakového vývoje. Může vzniknout od narození, až do ukončení vývoje zrakových funkcí v 7-8 letech.

Amblyopii můžeme podle příčiny vzniku rozdělit na kongenitální (vrozenou), která je neléčitelná, v některých případech může dojít k nepatrnému zlepšení. Amblyopia ex anopsia vzniká nepoužíváním oka. Může vzniknout po narození například při zakalení optických struktur, nebo může vzniknout okluzní tupožrakost při dlouhodobém zakrytí obvazem po úraze, nebo při léčbě amblyopie a strabismu. Dále rozlišujeme tupožrakost anizometropickou způsobenou rozdílným počtem dioptrií očí. Ametropická vznikne při refrakčních vadách, především u dalekozrakosti. Postihuje jedno nebo obě oči. Meridionální tupožrakost rovněž může postihnout jedno nebo obě oči a příčinou je velký vrozený astigmatismus. Relativní amblyopie je způsobena malou organickou vadou. Amblyopie při strabismu je způsobena útlumem fovey šilhajícího oka. Různé typy se mohou vzájemně kombinovat (Hromádková, 2011).

Nejčastěji se dnes setkáváme s tupožrakostí u šilhajících. V důsledku nepoužívání šilhajícího oka k vidění, se stává oko tupožrakým. Typickými rysy amblyopie je snížení zrakové ostrosti různé intenzity. Objevují se změny fixace obrazu na sítnici, může zůstat centrální na foveu, nebo je excentrická (parafoveolární, paramakulární, periferní). Čím je fixace od fovey dále, tím horší zraková ostrost. Dalšími rysy jsou poruchy lokalizace a rozlišovací schopnosti (Hromádková, 2011).

1.5.2 Anomální retinální korespondence

Anomální retinální korespondence (dále ARK) je patologickým binokulárním viděním. Fovea vedoucího oka a místo na sítnici uchýleného oka, na které dopadá obraz pozorovaného předmětu, spolupracují a mají společnou lokalizaci. ARK se vyskytuje až u 60 % šilhajících dětí. Je nutné rozlišovat ARK a excentrickou fixaci, která je poruchou monokulární. ARK dělíme na harmonickou (HARK) a disharmonickou (DARK). Rozdíl je ve spolupráci mezi foveou vedoucího oka a místem na sítnici uchýleného oka. U HARK spolupracuje místo dopadu obrazu, úhly šilhání a úchyly se shodují. U DARK spolupracuje místo mezi foveou a místem dopadu obrazu na sítnici. Úhel šilhání je větší než úhel úchyly. Anomálie vyšetřujeme na troposkopu pomocí objektivního a subjektivního úhlu šilhání. Objektivní úhel změříme, zatímco subjektivní vnímá pacient. U normální retinální korespondence (NRK) by rozdíl neměl překročit 3°. U malých dětí lze operací změnit ARK na NRK. Problém nastává u starších dětí a dospělých, u kterých již došlo k fixaci. Operační vyrovnaní očí může způsobit paradoxní foveolární diplopii (Hromádková, 2011).

1.5.3 Strabismus – heterotropie

„Strabismus je stav, kdy při fixaci předmětu nablízko nebo do dálky se osy očí neprotínají v témže bodě. Je vždy přítomna větší nebo menší porucha jednoduchého binokulárního vidění. Je poruchou hlavně funkční, doprovázená asymetrickým postavením očí“ (Hromádková, 2011, s. 50). „Strabismus zahrnuje různorodou a početnou skupinu klinických jednotek, jejichž společným jmenovatelem je porucha paralelního postavení očí“ (Odehnal, 2008).

Třídění strabismu není jednotné. Strabismus můžeme rozdělit do dvou velkých skupin na konkomitující (dynamický) a inkomitující (paralytický), který se vyskytuje v menší míře, především u dospělých. Příčinou paralytického strabismu jsou vrozené či získané obrny okohybných svalů, je porušena motilita očí (Rozsival, 2006). Hromádková (2011, s. 51) uvádí příklad třídění strabismu ve své knize (viz Příloha 3).

Příčin vzniku konkomitujícího strabismu je mnoho. Anatomické vady oka naruší optické osy vidění, což následně způsobí poruchu postavení očí (Odehnal, 2008).

K optickým překážkám můžeme zařadit refrakční vady, špatné brýlové korekce, dlouhodobé obvazy oka, zakalené optické prostředí. Sensorické překážky tvoří poruchy zrakové dráhy. Poruchy okohybných svalů tvoří motorické překážky. Centrální překážky jsou způsobené poruchami vyšších mozkových center. Nermalou roli při vzniku strabismu hraje multifaktoriální dědičnost (Hromádková, 2011). Vyšší incidenci šilhání také pozorujeme u dětí předčasně narozených, zvláště s velmi nízkou porodní váhou. Až ve 40 % se strabismus projeví u dětí polystigmatizovaných (např. Downův či Turnerův syndrom). Šilhání také mohou způsobit úrazy hlavy (Odehnal, 2008). Konkomitující strabismus je nejrozšířenějším druhem šilhání. Vyskytuje se převážně v dětském věku. Pro tento druh strabismu je typická volná motilita očních bulbů ve všech směrech, není přítomno dvojité vidění, velikost úchyly primární i sekundární je shodná, oko je ohroženo tupozrakostí. Podle směru úchyly dělíme dynamické šilhání na konvergentní a divergentní (Rozsival, 2006).

Konvergentní strabismus – esotropie je úchyly, při které se osy vidění obou očí sbíhají. Až 75 % šilhajících dětí trpí právě touto úchyly. Jednostranná esotropie ohrožuje postižené oko amblyopií a anomální retinální korespondencí. Při léčbě se snažíme tuto úchyly převést na střídavou esotropii. Esotropie střídavá je charakteristická střídáním očí ve fixaci. Oči nejsou ohroženy tupozrakostí, může se vyskytnout ARK. Dalším typem konvergentního strabismu je strabismus akomodativní. Ten je spojen s refrakční vadou hypermetropií. Typický akomodativní strabismus lze korigovat brýlovými skly, úchyly se tím upraví. Atypický strabismus je spojen se šilháním při pohledu do blízka. Upravuje se bifokálními skly. Částečně akomodativní strabismus se koriguje brýlemi, ale je nutná i chirurgická intervence. Vrozená esotropie má nejasnou příčinu vzniku a léčí se chirurgicky, co nejdříve po vzniku. Esotropie může vzniknout akutně, např. při dlouhodobě zakrytém oku obvazem a je doprovázená diplopií, kterou již není CNS schopno utlumit. Může být doprovázena nauzeou a zvracením. Neupraví-li se do půl roku od vzniku, je nutná operace (Rozsival, 2006; Hromádková, 2011).

Divergentní strabismus – exotropie je úchyly, při které se osy vidění obou očí rozbíhají. Jde o úchyly méně častou, vznikající většinou později než esotropie.

Vyskytuje se přibližně u 25 % šilhajících dětí. V některých případech bývá obtížně poznatelná, nemusí ji doprovázet poruchy binokulárního vidění. (Rozsival, 2006; Hromádková, 2011).

Vertikální strabismus (sursumvergens) je způsoben hyperfunkcí dolních šikmých okohybných svalů. „*Projeví se jako výrazné uchýlení jednoho nebo obou očí v addukci a při pohledu vzhůru*“ (Rozsival, 2006, s. 139).

Pseudostrabismus je zdánlivé šilhání, které je způsobeno anatomickými odchylkami- širokým kořenem nosu, zúžením očních štěrbin, či větším kožním záhybem u vnitřního koutku (Odehnal, 2008).

1.6 Vyšetřovací metody ve strabologii

Na stanovení diagnózy strabismu se podílí oftalmolog, ortoptista a zrakový terapeut, kteří provádějí řadu specializovaných vyšetření. Metody při vyšetřování strabismu dělíme na objektivní a subjektivní. Zvolení metod se odvíjí od věku pacientů. U novorozenců a malých dětí vyšetřujeme objektivními postupy, subjektivní metody postupně přidáváme od tří let, vyžadují spolupráci vyšetřovaného. Kompletního ortoptického vyšetření je možno dosáhnout až u dětí starších čtyř let (Hromádková, 2011).

Vyšetření vždy začíná pečlivým odebráním anamnézy. V rodinné anamnéze pátráme po onemocnění zrakových vad u rodinných příslušníků několik generací zpětně. V rámci osobní anamnézy se ptáme rodičů na prenatální vývoj, průběh porodu, poporodní adaptaci, prodělaná onemocnění, úrazy, alergie, užívání léků. Následuje speciální oční anamnéza, která zjistí aktuální zrakové problémy, jejich historii, dosavadní způsoby léčby. Součástí odběru anamnézy je pozorování vyšetřovaného (Hromádková, 2011). Cíleně je nutné se dotázat, zda dítě má, či nemá epilepsii. Při cvičení na některých přístrojích by mohlo dojít k vyvolání epileptického záchvatu (Jeřábková, 2010).

Vyšetření zrakové ostrosti má za úkol odhalit tupozrakost a také refrakční vady. U novorozenců je prověřována reakce zornic na osvit. U starších dětí vyšetřujeme vždy každé oko zvlášť, druhé je nutné pečlivě zalepit. Dítě s amblyopií bude zakrytí

vedoucího oka odmítat. Vždy vyšetřujeme jako první oko pravé. U dětí do dvou let sledujeme reakce na pohyb předmětů, hraček na vzdálenost čtyři metry. Po druhém roce věku již k vyšetření lze použít Snellenovy optotypy obrázkové. Rodiče natrénují doma s dítětem názvy obrázků pro snadnější spolupráci při vyšetření. Předškoláky je možno vyšetřovat na optotypech pomocí jednotlivých Pflügerových háků. Snellenovy řádkové optotypy s písmeny a čísly použijeme při vyšetření školních dětí. Velmi přesné jsou optotypy s Landoltovými prstenci, protože přerušení prstence odpovídá právě 1 minutě. Vidění do blízka vyšetřujeme pomocí Jägerových, či E tabulek. Pomocí optotypů také vyšetřujeme rozlišovací schopnosti (Hromádková, 2011; Hornová, 2011).

Vyšetření refrakce oka se provádí u malých dětí skiaskopicky očním zrcátkem, nebo retinoskopem v cykloplegii (ochabnutí řasnatého tělesa, což rozšíří zornici a brání akomodaci do blízka) vyvolané Atropinem. Toto vyšetření rozliší dalekozrakost, krátkozrakost, astigmatismus. U větších dětí a dospělých se vyšetřuje refrakce oka na digitálních autorefraktorech, není nutná cykloplegie. S růstem se refrakce oka mění, proto je žádoucí vyšetření v cykloplegii opakovat každé dva roky (Hromádková, 2011).

Vyšetření fixace odhalí amblyopii a rozliší, zda je fixace centrální, či excentrická. Vyšetřuje se pomocí rohovkových reflexů, oftalmoskopem, pomocí Haidingerova svazku a pomocí lokalizace oko-ruka. Pohyblivost očí - motilitu je nutné vyšetřit v devíti pohledových směrech orientačně pozorováním a kvantitativně například na perimetru. Zlatým standardem vyšetření a hodnocení strabismu je krycí test (cover test), ke kterému není zapotřebí téměř žádných pomůcek ani spolupráce vyšetřovaného. Test je proveditelný ve všech věkových kategoriích a vyšetřovat pomocí zakrývacího testu by měli rutinně všichni oftalmologové. Neboť jak praví Hromádková (2011, s. 67) „o tomto testu by měl být poučen a měl by ho ovládat každý pediatr“. Krycí test odkryje poruchu postavení očí, odliší vedoucí a šilhající oko, odhalí zjevné a skryté šilhání (heteroforii). Vyšetřovaný fixuje zrak na světelný bod, nebo předmět blízký a to ve vzdálenosti asi 0,4 m, či daleký v 5-6 m. Vyšetřující zakrývá střídavě oči rychle (alternující fáze) a potom pomalu (intermitentní fáze). Pomocí prizmat – hranolů lze změřit velikost úchylky (Hromádková, 2011).

K dalším vyšetřením ve strabologii lze použít přístroje, které změří např. úhel šilhání: Maddoxův kříž, troposkop, perimetr. Stereopsi měříme na troposkopu, stereoskopu, nebo pomocí Titmusova testu. Další testy vyšetřují jednoduché binokulární vidění, konvergenci, fúzi, velikost úchyly, korespondenci sítnic, zornicovou vzdálenost. Nesmíme opomenout ani základní oční vyšetření- vyšetření očního pozadí a biomikroskopii oka, které mohou odhalit organické příčiny strabismu (Rozsival, 2006; Hromádková, 2011).

1.7 Metody léčby strabismu

Velkou roli v léčbě strabismu hraje čas. Je žádoucí, aby úspěšná léčba strabismu a tupozrakosti byla ukončena před nástupem dítěte do školy. Komplexní léčba zahrnuje konzervativní a chirurgické postupy. Konzervativní léčba je zaměřena na korekci refrakčních vad, léčbu tupozrakosti pomocí pleoptických cvičení a okluze, dále zahrnuje obnovení a rozvoj binokulárního vidění pomocí ortoptických cvičení. Chirurgická léčba v posledních letech převažuje. Nedokáže sice vyřešit např. tupozrakost, ale zajistí paralelní postavení očí a lepší podmínky pro konzervativní léčbu. Rovněž její kosmeticko- psychologický efekt má velký význam. Cílem léčby je oko bez tupozrakosti, s vyrovnanou zrakovou ostroší, s korigovanou refrakční vadou, oko, které prostorově vidí a zjevně nešilhá (Hromádková, 2011; Odehnal, 2013).

1.8 Sestra ve strabologické ambulanci

Kompetence sestry pracující ve strabologické ambulanci řeší vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. § 4 řeší kompetence všeobecné sestry, § 11 kompetence ortoptisty. Pro práci v této ambulanci je požadováno vzdělání v oboru ortoptista. Ortoptista musí být registrovaný u MZ ČR a mít platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ortoptista může pracovat samostatně bez odborného dohledu po třech letech výkonu povolání pod odborným dohledem. *„Za výkon povolání ortoptisty se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a diagnostické péče poskytované ve spolupráci s lékařem*

pacientům s motorickými nebo senzorickými očními poruchami, a prevence těchto poruch“ (Zákon č. 96/2004 Sb.). Sestry dříve získávaly odbornost v ortoptice dvouletým specializačním studiem. V současné době lze studovat obor ortoptista pouze v bakalářském programu na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. definuje činnosti ortoptisty takto: „*poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči pacientům s oční poruchou, ve spolupráci s lékařem vykonává činnosti při poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a dispenzární péče s cílem dosažení co nejlepší zrakové ostrosti a navození jednoduchého binokulárního vidění u vrozených i získaných očních vad.*“ Při poskytování zdravotní péče dodržuje právní předpisy a standardy, hygienicko-epidemiologický režim, vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje pacientovi informace, podílí se na praktickém vyučování a přípravě standardů.

1.8.1 Role sestry v ortoptice

„*Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti“* (Farkašová, 2006, s. 180). Profese sestry nezahrnuje jen roli jednu, ale celý systém rolí. Role sestry jsou podmíněny historicky, v průběhu času se vyvíjely a ke změnám dochází stále. Sestra už není jen asistentkou lékaře plnící jeho ordinace, ale v některých případech se stává téměř jeho rovnocennou partnerkou a často a významně se na léčebném procesu podílí sama v rámci svých kompetencí. Sestra je poskytovatelkou ošetrovatelské péče, je manažerkou, edukátorkou, nositelkou změn, advokátkou, výzkumníci i mentorkou (Farkašová, 2006).

Ve strabologické ambulanci pracuje sestra - ortoptistka s odpovídajícím odborným vzděláním. Je vhodné, aby sestra získala zkušenosti s ošetrovatelskou péčí a s některými výkony praxí na lůžkovém očním oddělení (ideálně dětském) a také v oftalmologické ambulanci. V roli poskytovatelky ošetrovatelské péče musí bezpečně ovládat aplikaci léků do oka, obvazové techniky oka, musí umět připravovat, používat a ošetřovat přístroje a nástroje k vyšetření pacientů, profesionálně ovládat další ošetrovatelské výkony. Asistuje lékaři při vyšetřeních a zákrocích, sama provádí vyšetření na speciálních přístrojích. Musí zvládnout podržet dítě správným způsobem

při vyšetřeních, která to vyžadují. Sestra v roli manažerky organizuje chod ambulance, má na starosti administrativní úkony. Sestra nositelka změn se ve svém oboru vzdělává a aplikuje nové poznatky do praxe. Sestra edukátorka ve strabologické ambulanci opakovaně poskytuje informace nejen pacientům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Sestra výzkumnice v tomto oboru vyrábí pomůcky pro pleoptická cvičení. Sestra mentorka ochotně a erudovaně poskytne rady a podělí se o své zkušenosti z praxe se studenty připravujícími se k výkonu povolání. Sestra je prostředníkem ve vztahu lékař- pacient (Hromádková, 2011).

1.8.2 Ortoptistka a komunikace

Ve strabologické ambulanci se sestra může setkat s pacienty všech věkových kategorií, ale tu největší tvoří děti. Vysoké nároky jsou kladeny na komunikační dovednosti sestry, především v komunikaci s dětským pacientem (Růžičková, 2010). „*Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem, jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem*“ (Venglářová, 2006, s. 11). Strabologickou ambulanci vyhledávají pacienti se zrakovým postižením. Snížená kvalita vidění komplikuje pacientům přísun informací a zvyšuje nároky na kvalitu komunikace sestry s pacientem. Ke každému pacientovi sestra musí přistupovat individuálně, s ohledem na jeho věk, zrakovou vadu, schopnosti a rozumové schopnosti. Sestra uplatní směrem k pacientovi především verbální komunikaci, naopak směrem od pacienta se musí naučit vyhodnotit i neverbální projevy (Venglářová, 2006).

„*Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická*“ (Plevová, 2011, s. 52). Vyžaduje znalosti vývojových období a jejich zvláštností od narození až do dospívání. Sestra v komunikaci s dítětem a jeho rodiči musí vystupovat profesionálně, trpělivě, důsledně, empaticky. Doporučuje se oslovovat dítě dle jeho přání, přizpůsobit se v komunikaci jeho výšce, dítě často chválit a motivovat jej, na nepříjemné zákroky je připravit hrou, nikdy dítěti nelhat, mluvit stručně a srozumitelně (Plevová, 2011). Velmi důležitá je rovněž komunikace a spolupráce s rodiči dětských pacientů, kteří potřebují rady, uklidňující slova, povzbuzení, motivaci ke cvičení s dětmi, odpovědi na otázky (Hromádková, 2011).

1.8.3 Ortoptistka a edukace

Slovo edukace v sobě skrývá výchovu a vzdělávání. Výchovou se snažíme cílevědomě, záměrně a pozitivně rozvíjet potřeby, postoje, zájmy a chování jedince. Vzděláváním rozvíjíme jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. K učení jedinců dochází během edukačního procesu. Edukační proces je ovlivněn edukantem, edukátorem, edukačními konstrukty a edukačním prostředím. Ve zdravotnictví je edukantem většinou klient a jeho rodinní příslušníci, edukátorem je lékař či nelékařský zdravotnický personál, edukačními konstrukty jsou plány, materiály, standardy, edukačním prostředím je např. ordinace, ambulance, nemocniční pokoj. Edukační standard je závazná norma, která udržuje vysokou kvalitu edukace a je předem pečlivě naplánovaná (Juřeníková, 2010).

Edukace v ošetrovatelství si klade za cíl vychovávat a vzdělávat pacienta v péči o vlastní zdraví. Učí, jak předcházet nemocem, jak udržet nebo navrátit zdraví, jak dosáhnout zkvalitnění života. Výchovně vzdělávací činnost zdravotníků je nesmírně důležitá. Správně informovaný pacient a jeho rodinní příslušníci, kteří se zapojují do ošetrovatelského procesu, mohou významně urychlit léčení i rekonvalescenci. Výchova a vzdělávání zasahuje do všech oblastí prevence. V primární prevenci je edukantem zdravá populace. V sekundární prevenci jsou cílem edukačního procesu klienti s konkrétními diagnózami. Snažíme se dosáhnout změny chování klientů v léčebném procesu, abychom předešli možným komplikacím onemocnění. Terciální prevencí se zabývají specializované profese. Řeší trvalé následky onemocnění, či úrazů tak, aby se zlepšila kvalita běžného života klientů (Svěráková, 2012).

Edukace je dlouhodobý proces. Pokud je pacientem dítě, zaměřujeme se nutně při edukaci nejen na něj samotné, ale i na rodiče. Musíme zjistit, jaké informace rodiče o onemocnění dítěte mají, jakým způsobem se k nim dostali, jak jim rozumí, jak se s nimi vyrovnávají a zda jsou dostatečné. Musíme si také ověřit, zda jsou rodiče schopni a ochotni se učit (Sedlářová, 2008).

Ve strabologické ambulanci jsou edukanty klienti s onemocněním zraku, především děti a jejich rodiče. Při léčbě šilhání a tupozrakosti je spolupráce s rodiči nutná! Rodič musí být podrobně informován o příčinách a důsledcích těchto vad. Musí být zapojen

do léčby a vědět, jaké následky způsobí nedodržováním léčebného režimu. Edukací v ortoptické ambulanci předáváme rodičům teoretické znalosti, ale také rozvíjíme jejich praktické dovednosti. Sestra musí rodiče naučit aplikaci okluzoru, očních kapek a mastí, správnou péči o brýle dítěte. Edukuje rodiče o možnostech ortoptických a pleoptických cvičení v domácím prostředí. Motivuje rodiče k výrobě pomůcek, doporučuje vhodné hračky (Hromádková, 2011).

Děti se zrakovým postižením mají stejné základní fyzické, rozumové a emocionální potřeby jako zdravé děti. Vzhledem k jejich postižení však vyplývají také potřeby speciální. Na osvojení některých dovedností potřebují děti se zrakovým postižením více času. Všechno, co se chystáme dítě naučit, doprovázíme slovním popisem. Vysvětlujeme z jakého důvodu a jakým způsobem činnost provádíme. Ortoptistka musí myslet na kompenzační smysly, které se dítě naučilo používat a kterým důvěřuje. U malých dětí je to převážně hmat. Předměty, pomůcky a přístroje, které během cvičení používá, by si dítě mělo mít možnost osahat (Sikorová, 2011).

1.9 Sestra v ortoptické cvičebně

Významná je role sestry při provádění ortoptických a pleoptických cvičení v ortoptických ordinacích. Ortoptistky zde pracují samostatně. Tuto profesi by si měly vybírat osobnosti vyrovnané, klidné, trpělivé, spolehlivé, vynalézavé, ochotné se neustále vzdělávat, sledovat a učit se nové metody a postupy v tomto oboru. Ortoptistky si organizují chod ambulance, vedou pečlivě dokumentaci o pacientech, zaznamenávají průběh cvičení, pokroky v léčbě, konzultují další postupy s lékařem. Ortoptistky používají ke své práci mnohé přístroje, které musí bezpečně ovládat, znát jejich princip a všechny funkce, dbát o jejich čistotu a údržbu. Ke cvičení musí mít připraveny mnohé pomůcky, některé musí dokonce samy vyrobit. Ortoptistka dbá o jejich obměnu a atraktivitu pro dětského pacienta. Neustále se musí snažit děti motivovat a zaujmout, aby cvičily rády a s nadšením. Musí si umět získat důvěru dětí, aby ochotně spolupracovaly a braly cvičení jako poutavou hru, rozhodně ne jako nutnost. Malého pacienta musí zbavit strachu, či úzkosti z používaných přístrojů a pomůcek. Ortoptistka ke každému musí přistupovat individuálně, trpělivě, empaticky,

musí dítě sledovat, kontrolovat po celou dobu cvičení, opakovaně vlídně vysvětlovat. Jen dobrá spolupráce přináší výsledky (Růžičková, 2010 Hromádková, 2011).

Ortopticko-pleoptická léčba probíhá ambulantně, ideálně alespoň dvakrát týdně. Intenzivní léčbu v trvání 6-8 týdnů nabízí Léčebna zrakových vad ve Dvoře Králové nad Labem. V některých městech fungují mateřské školy pro děti se zrakovými vadami. Nabízejí speciální program a ortopticko- pleoptická cvičení pod vedením zkušených ortoptistek v moderních cvičebnách. Ortoptická a pleoptická léčba trvá několik týdnů, měsíců i let. Vyžaduje trpělivost, důslednost a aktivní spolupráci rodičů. Je velmi důležité zahájit léčbu včas, aby si dítě neneslo trvalé následky celý život (Jeřábková, 2010).

1.10.1 Ortoptická cvičení

Cílem ortoptických cvičení je obnova jednoduchého binokulárního vidění. Ke cvičení indikuje pacienta oftalmolog. Náprava JBV je možná pouze v dětském věku. Hromádková (2011) uvádí vhodný věk pro ortoptická cvičení 4-8 let, Jeřábková (2011) tvrdí, že je možné, pokud dítě dobře spolupracuje, začít s cvičením ve 2,5 letech a horní věkovou hranici posouvá na 12 let. Lékař může výjimečně indikovat k ortoptické léčbě i dospělého pacienta.

Ortoptická cvičení probíhají na speciálních ortoptických přístrojích, pomocí kterých dochází k dráždění makuly, popřípadě zrakového centra. Přístroje jsou založeny na rozdělení obrazů obou očí, tzv. disociaci. Před zahájením cvičení je nutné pacienta pečlivě vyšetřit. Ortoptista vyšetřuje pohyblivost očí, zrakovou ostrost (rozdíl mezi oběma očima by neměl být větší než tři řádky na optotypu), fixaci, retinální korespondenci (u pacientů s ARK cvičení není doporučeno). Na základě výsledků vyšetření ortoptistka stanoví postup cvičení. Předpokladem pro zahájení cvičení je samozřejmě důležitá spolupráce klienta (Hromádková, 2011).

Ortoptická cvičení probíhají na troposkopu, synoptoforu, cheiroskopu, stereoskopu a pomocí prizmat, také na konvergometru, nebo svalovém trenažéru (Jeřábková, 2011).

Pro diagnostiku a léčbu v ortoptice je nejdůležitějším přístrojem troposkop a jeho modernější digitální verze s více funkcemi synoptofor (viz Příloha 4). Rameny tohoto přístroje lze pohybovat dovnitř a ven a nahoru a dolů pro každé oko zvlášť. Je velmi

důležité před cvičením dítě k přístroji správně usadit. Ortoptistka nastaví opěrku brady a čela tak, aby oči byly přesně před okuláry, nastaví pupilární distanci, což je vzdálenost středů zornic. Během cvičení musí ortoptistka sledovat rohovkové reflexy dítěte (Hromádková, 2011). Na synoptoforu, či troposkopu lze cvičit odtlumování, superpozici, fúzi, šířku fúze a stereopsi (Jeřábková, 2011).

Na cheiroskopu (viz Příloha 5) se cvičí spolupráce očí do blízka, cvičí se odtlumování a superpozice. Přístroj tvoří dva okuláry s čočkami o dioptrické síle +8. Jedním okem dítě vidí obrázek, který má překreslit na papír, tužku a papír vidí druhým okem. Pro správné překreslení obrázku je důležitá spolupráce obou očí. Pokud dítě oči střídá, nakreslí obrázek menší, či větší, posunutý ve směru úchylky šilhání. Na cheiroskopu lze cvičit i s malými dětmi, které neumí kreslit, trénují lov na motýly. Jedním okem dítě pozoruje kovového motýlka, kterým sestra pohybuje. Druhým okem vidí kovovou síťku, kterou drží v ruce. Dítě se snaží ulovit motýla do sítě (Jeřábková, 2011).

„Základním principem stereoskopu je oddělení zorných polí a obrázků pro obě oči zpravidla mechanickou přepážkou“ (Modlingerová, 2013, s. 18). Stereoskopů se v praxi používá více druhů. Pomocí obrázků se nacvičuje fúze, což je schopnost spojení dvou stejných obrazů oběma očima v jednoduchý vjem, a stereopse, čili prostorové vidění.

Prizmata (viz Příloha 6) jsou hranoly ze skla nebo umělé hmoty, která lámou paprsek světla tak, že přemístí obraz sledovaného předmětu z periferie do místa nejostřejšího vidění. Jsou druhou nejdůležitější pomůckou při ortoptických cvičeních. Používá se sada prizmat, nebo prizmatické lišty, pomocí nichž se procvičuje fúze v prostoru a diploptika. Cvičení vyžaduje hluboké teoretické znalosti a také zkušenosti ortoptistky. Žádoucí je také dobrá spolupráce dítěte (Čaněcká, 2009).

K základním cvičením v ortoptice patří také cvičení pohyblivosti očí a konvergence. U těchto cvičení je nutné pevně fixovat hlavu. Doporučuje se tato cvičení provádět denně alespoň 5 minut, je tedy vhodné instruovat rodiče a motivovat je k domácímu cvičení. Cvičení motility a konvergence je možné provádět i na přístrojích (Jeřábková, 2011).

1.10.2 Pleoptická cvičení

Pleoptická cvičení jsou součástí pleoptické léčby, jejíž cílem je léčba tupozrakosti. Principem léčby amblyopie je zakrytí vedoucího oka, aby bylo oko tupozraké donuceno přijímat podněty (Kuchynka, 2007).

Nelze-li malým dětem předepsat brýle, znevýhodňuje se vedoucí oko kapkami Atropinem, tzv. cykloplegií. Další možností je optická penalizace, kdy se vedoucí oko znevýhodňuje a tupozraké zvyhodňuje pomocí brýlové korekce. Optickou penalizací je možné kombinovat s cykloplegií (Hromádková, 2011).

„Okluze vedoucího oka, zavedená do léčby strabismu Buffonem již v roce 1743 zůstává dodnes suverénní léčbou tupozrakosti“ (Hromádková, 2011, s. 99). Okluze zlepšuje zrakovou ostrost tupozrakého oka, zmenšuje jeho útlum a působí preventivně proti vzniku ARK. Okluze vedoucího oka je přímá, pokud okluzí zakrýváme tupozraké oko, jedná se o okluzi nepřímou. Okluzi rozlišujeme totální, kdy oko zakrýváme okluzory náplast'ovými, látkovými, plastovými, či z kůže (viz Příloha 7). Parciální okluze dosáhneme penalizací, cykloplegií, mřížkováním brýlového skla. Sektorovou okluzi zakrýváme pouze část brýlového skla. Úspěšnost léčby amblyopie s věkem klesá, jak uvádí Hromádková (2011, s. 101) u dětí 2-4 letých se pohybuje okolo 84 % u 6 – 9 letých 51 %. Důležitým úkolem ortoptistky je proto motivovat rodiče i děti ke spolupráci, edukovat je ve správném přikládání okluze, přesvědčovat je o důsledném dodržování nošení okluzoru. Pokud dítě okluzor nesnáší, je možné jej nahradit okluzní kontaktní čočkou. Opět je důležitá spolupráce rodičů i dítěte a jejich ochota kontaktní čočku do oka aplikovat (Hromádková, 2011).

Pleoptická cvičení doplňují okluzi a dělíme je na aktivní a pasivní. Pasivní pleoptickou léčbu provádí oftalmolog, nebo ortoptistka ve své cvičebně pomocí přístrojů. Jsou to např. centrofor, barevné filtry, prizmata, Campbellův zrakový stimulátor (dále CAM). CAM (viz Příloha 8) stimuluje mozkové centrum otáčejícími se terči se vzorem šachovnice. Terčů je sedm, každý se otočí dokola za jednu minutu. Vzor se postupně zmenšuje, začíná se největším. Aktivní pleoptickou léčbu provádí pacienti především doma. Vždy s okluzí a především na blízkou vzdálenost. Zkušená ortoptistka doporučí nejen cvičení, ale i vhodné pomůcky. Cvičení se zaměřuje

na koordinaci oko- ruka. Patří sem vybarvování omalováněk, vystřihování, hraní se stavebnicemi, čtení, hraní společenských her (Modlingerová, 2013). K aktivní léčbě patří i sledování televize, nebo hraní počítačových her samozřejmě vše s okluzí vedoucího oka. Doporučuje se také rodičům, aby dítě vyhledávalo v textu písmena O a C (Kuchynka, 2007).

V současné době existují aplikace do moderních elektronických přístrojů, tabletů, mobilů určené pro děti se zrakovými vadami. Tyto aplikace trénují zrak a jemnou motoriku, čímž podporují spolupráci oko- ruka (Bártová, 2013).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika práce sestry ve strabologické ambulanci.

Cíl 2: Zjistit roli sestry z pohledu rodičů dětí léčených ve strabologické ambulanci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika práce sestry ve strabologické ambulanci?

Výzkumná otázka 2: Jaká je role sestry z pohledu rodičů dětí léčených ve strabologické ambulanci?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Praktická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat jsme zvolili individuální polostrukturované rozhovory se sestrami ortoptistkami pracujícími ve strabologických ambulancích v Jihočeském kraji a s rodiči klientů, kteří se v těchto ambulancích léčí.

Výběr sester byl záměrný. Byly osloveny všechny sestry v Jihočeském kraji, které v době sběru dat pracovaly ve strabologické ambulanci a zároveň samostatně vedly ortopticko- pleoptická cvičení. Jednalo se o šest sester ve čtyřech městech Jihočeského kraje. Čtyři sestry ze tří měst byly ochotné rozhovory poskytnout a zúčastnit se našeho výzkumného šetření. Dvě sestry se odmítly účastnit. Jedna sestra uvedla, že se této problematice nevěnuje a nemůže a nechce se k ní vyjadřovat. Druhá sestra je již v důchodu a uvedla, že by odpovídala naprosto shodně s kolegyní, se kterou pracují v jedné ambulanci již přes třicet let. Domluvit si schůzky se sestrami telefonicky, se ukázalo jako nemožné. Sestry proto byly požádány o rozhovor osobním kontaktem na jejich pracovištích. Se třemi sestrami jsme si domluvily termíny rozhovoru dle jejich časových možností, jedna sestra poskytla rozhovor hned při prvním setkání.

Výběr rodičů byl záměrný. Podmínkou bylo, že jejich dítě má, nebo mělo zrakovou vadu, která vyžaduje, nebo vyžadovala léčení ve strabologické ambulanci v Jihočeském kraji a jejichž dítě docházelo na ortopticko- pleoptická cvičení. Osloveni byli čtyři rodiče. Dva rodiče dětí z mého okolí, další dva dotazovaní byli se souhlasem lékaře osloveni v čekárně strabologické ambulance.

Všichni účastníci, sestry i rodiče, byli seznámeni s tématem a účelem výzkumného šetření a rovněž s otázkami. Byli ujištěni, že získané informace budou využity pouze pro potřeby této bakalářské práce. Byli rovněž ubezpečeni o zachování jejich anonymity.

Rozhovory se sestrami se odehrály na jejich pracovištích. Tři ve strabologických ambulancích, jeden v ortopticko-pleoptické cvičebně v mateřské škole. Rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře mimo ordinační dobu, jen občas byly

rušeny telefonickým objednáváním klientů. Osnovu rozhovoru tvořilo 24 převážně otevřených otázek (viz Příloha 9), které byly podle potřeby rozvíjeny, nebo doplňovány dalšími podotázkami. Sestry byly velice vstřícné, ochotné podělit se o své bohaté zkušenosti ze svého oboru. K některým otázkám se sestry vyjadřovaly velice obsáhle. Nejkratší rozhovor trval třicet šest minut, nejdelší jednu hodinu a čtyřicet minut.

Rozhovory s rodiči probíhaly na různých místech. Dva na lavičce v parku, jeden v kavárně, třetí u dotazované doma. Rodiče odpovídali na 13 převážně otevřených otázek (viz Příloha 10), které byly podle potřeby rozvíjeny, nebo doplňovány dalšími podotázkami. Průměrná délka rozhovoru byla patnáct minut.

Sestry i rodiče souhlasili se zvukovým záznamem rozhovorů s tím, že k bakalářské práci bude přiložen pouze jejich doslovný písemný přepis. Do textové podoby byly rozhovory převedeny v programu Microsoft Word (viz Příloha 12).

Pro následnou analýzu rozhovorů jsme zvolili metodu otevřeného kódování. Jak uvádí Švaříček, Šedřová (2007, s. 211): „*kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem.*“ Pomocí metody papír- tužka jsme údaje řádek po řádku analyzovali (viz Příloha 11) a následně vytvořili čtyři kategorie, které jsme rozšířili o další subkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnily čtyři sestry a čtyři rodiče. Všechny sestry jsou absolventkami středních zdravotnických škol a mají ukončené specializační vzdělávání v oboru Ošetřovatelská péče v ortoptice a pleoptice. Tři sestry pracovaly na očním lůžkovém oddělení. Všechny sestry mají v Registru zdravotnických pracovníků platnou registraci pro všeobecnou sestru a ortoptistu. Všechny dotazované pracují ve strabologické ambulanci a minimálně jednou týdně samostatně vedou ortoptická a pleoptická cvičení pro klienty. Dvě sestry navíc samostatně provádí ortoptická a pleoptická cvičení s dětmi v mateřských školách. Jedna sestra pracuje s klienty do 18 let, tři sestry se setkávají ve své praxi s klienty všech věkových kategorií. Délka praxe ve strabologických ambulancích se u dotazovaných pohybuje

v rozmezí 10 až 36 let. Věk sester je 32 až 59 let. Identifikační údaje sester jsou strukturalizovány v Tabulce 1.

Druhý výzkumný soubor tvořili rodiče dětí, které mají zrakovou vadu, docházely na ortopticko- pleoptická cvičení a jsou klienty strabologické ambulance. Všichni dotazovaní byli matkami dětí. Pro důsledné zachování anonymity, byla v prepisech rozhovorů změněna jména dětí a neuvádíme, ve které ambulanci jsou děti léčeny. Tři děti se léčí ve strabologické ambulanci pro strabismus a myopii, jedno dítě pro amblyopii. Průměrný věk dětí je čtyři roky. Identifikační údaje rodičů jsou strukturalizovány v Tabulce 2.

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných sester

SESTRY	SESTRA 1	SESTRA 2	SESTRA 3	SESTRA 4
Věk	57	32	53	59
Délka praxe ve strabologické ambulanci	14	9	24	36
Praxe na lůžkovém očním oddělení	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Registrace	<i>Všeobecná sestra, Ortoptista</i>	<i>Všeobecná sestra, Ortoptista</i>	<i>Všeobecná sestra, Ortoptista</i>	<i>Všeobecná sestra, Ortoptista</i>
Věková kategorie klientů	<i>všechny věkové kategorie</i>	<i>všechny věkové kategorie</i>	<i>všechny věkové kategorie</i>	<i>0-18 let</i>
Ortoptická a pleoptická cvičení	<i>1x týdně</i>	<i>5x týdně</i>	<i>1x týdně</i>	<i>5x týdně</i>
Ortoptická a pleoptická cvičení v mateřské škole	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2: Identifikační údaje dotazovaných rodičů

RODIČE	RODIČ 1	RODIČ 2	RODIČ 3	RODIČ 4
Dítě	<i>chlapec</i>	<i>dívka</i>	<i>dívka</i>	<i>dívka</i>
Věk dítěte	<i>4 roky</i>	<i>5 let</i>	<i>4 roky</i>	<i>4 roky</i>
Zraková vada	<i>strabismus, myopie</i>	<i>strabismus, myopie</i>	<i>strabismus, myopie</i>	<i>amblyopie</i>
Hereditární zátěž	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>neví</i>
Ortoptická a pleoptická cvičení	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>

Zdroj: vlastní zpracování

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

4.1.1 Kategorie Interakce

Kategorii Interakce jsme doplnili čtyřmi subkategoriemi. Sestra-ortoptistka je ve své praxi každodenně vystavena sociálním interakcím ve vztazích sestra-klient, sestra-rodíč klienta a samozřejmě sestra- lékař. Funguje též jako prostředník ve vztahu lékař-klient, či lékař-rodíče dítěte. Všechny sestry se v rozhovorech zmiňují o významném faktoru, který výrazně ovlivňuje jejich práci a tím je screening zrakových vad. Vytvořili jsme tedy další podkategorii sestra-screening.

V subkategorii sestra-dítě sestry poukázaly na vysokou potřebu a nutnost individuálního přístupu ke každému klientovi ve všech oblastech preventivní, léčebné a diagnostické péče. Je pro ně samozřejmé přizpůsobit se věku klienta. S2: *„Většinou potom si je vezmeme dozadu, podle toho, jak jsou na tom věkově, jo.; ...některý děti to zvládnou ve třech a nějaký dítě ani v pěti letech to nedokáže; ...až bude v takovém vývoji, že je schopný to pochopit.“* S4: *„Když přijde do ordinace, podle toho, jak je starý dítě, že jo, zase se musí k tomu přistupovat.“* Dále je dle dotazovaných sester nutné brát v potaz individuální potřeby a zájmy dítěte. S1: *„když vidím, že jsou otrávený...tak řeknu, no dobře, tak teď dáme do klece tygříčka, nebo budeme chytat motýlka, nebo traktúrka strkat do garáže, to jak u koho.“* S2: *„Nějaký to dítě není schopný se soustředit ani půl hodiny a nějaký to dítě vydrží hodinu.“* S3: *„Když je potřeba víc času, tak to nekoukáme na čas, koukáme na to, aby bylo dítě vyšetřeno.“* S4: *„Je to individuální, co to dítě potřebuje, aby se nebálo;...musí pořádk s každým novým dítětem pracovat úplně jinak, přizpůsobit se mu;...to dítě má čas na to, si to rozmyslet.“*

Děti většinou vstupují do nového prostředí s obavami a ze strachu pak odmítají spolupracovat. Dvě sestry mají dobrou zkušenost s postupným zvykáním dětí na prostředí ordinace nebo cvičebny. S1: *„řekneme, tak tady si hraj v čekárně, pozvolna je pozveme na ambulanci, ne že bysme si ho nevšimli, já řeknu, tady jsou hračky...,*

takže dítě se tak nějak adaptuje a najednou se mu to strašně moc líbí..., jim pustíme video a oni jsou vykulení z toho, že my tam máme i pohádku, takže s děťátkem začne být docela dobrá spolupráce.“ S4: „někdy chodí děti i na zvykání, ...řekneme, přijďte mezi tím, zaťukejte, že se jdete podívat, prohlídnete si, pohrajete si v ordinaci, zase odejdete; ...přijde s náma do tý cvičebny, rozhlídne se, koukne se, dítě si pak sedne a jakmile začne pracovat, tak se rodič ztratí, to dítě už si potom nevzpomene.“ Také R3 uvádí první návštěvu ve cvičebně jako spíše seznamovací: „...ukazovala malé, co budou dělat, aby si zvykla a nebála se.“

Dále jsme zjistily, že pro dotazované sestry je vlastní vysoká míra empatie, která usnadňuje vzájemnou interakci s klienty. S1: *„Už je vidět, že je děťátko ospalý, umudlaný. řeknu, tak pojď, tak si tady maluj;...člověk to musí dělat s citem, protože na vás hodně visí.“* S4: *„Snažíme se, abych se dopátrala, jestli to dítě už mi jenom třeba nechce udělat radost;...přečtete jedním okem a to druhý už vidíte, že na to moc nereaguje a nemůže člověk říct, nevidí na to oko, nebo vidí na něj špatně, ale je to tím, že už se na něj nesoustředí, nechce.“* Rodiče v rozhovorech zmiňují a oceňují kladný přístup sester i lékařů k dětem. Dá se říct, že empatická sestra je ve slovníku rodičů sestra hodná, příjemná, zkušená. R1: *„jsou hrozně hodný, usmívaj se a uměj to s těma dětma; ...ony jsou hrozně hodný obě, takový pohodový, žádněj stres.“* R3: *„ale byly na nás hodný a časem se to poddalo, Andulka začala spolupracovat.“* R4: *„už v telefonu byly příjemný, v ordinaci taky.“*

Sestry v rozhovorech uvádějí, že komunikace s dětskými klienty je odlišná od komunikace s dospělými klienty a musí zohledňovat například jejich věk, rozumové schopnosti, či zrakovou vadu. S1: *„A s dospělejma se rychleji domluvíte, lépe vám to popíše než děťátko, takže se musíte ptát různýma způsobama, je to nahoře, dole, uprostřed, je vylezlej, není...“* S4: *„Musím opatrně, opakovaně, aby to dítě mě pochopilo, co já po něm chci;...zkusit to s tím dítětem znova, protože přece jenom, některý děti těžko říkají, tohle sklíčko je lepší, to se mi líbí, to se mi nelíbí;...takže se musí i ty otázky, který jim klademe, tak musíme strašně obměňovat...“* Z rozhovorů s rodiči vyplývá, že pro komunikaci jejich dítěte se zdravotníky je nutná důvěra,

sympatie, vztah. R3: „*má sestřičku ráda, takže s ní šla...*“ R1: „*už bere sestřičku jako starou známou, má ji rád, furt jí něco vykládá.*“

Edukací rozumíme výchovu a vzdělávání. Ortoptické sestry se v otázkách, týkajících se této problematiky, shodují. Všechny preferují při práci s dětskými klienty hravou formu edukace. Při ortoptických a pleoptických cvičeních se snaží děti zaujmout, přičemž uplatňují vlastní kreativní myšlení. S3: „*Tak jako tohle je to ideální, že takovou metodou hry, že sem přijdou a že se na nás těší, a že si tady vlastně hrajeme a to je baví...*“ S4: „*Děti to berou ale jako hru. Docela je to sranda: já, já vidím díru v ruce, jak je to možný; ...a taky mají děti trošičku změnu, všude jsou jiný obrázky.*“ S1: „*Nebo když sedí u CAMu a dívají se na kolečka tak je to nebaví, tak jim dám fixičku, snažím se je motivovat, ...tak si něco tady na tu destičku namaluj, ale stále se dívej na tu destičku.*“ S2: „*Takže i různé věci na tabletu děláme. Ne pořád, ale je to něco jinýho; ...takže беру si je sama, vysvětlím co a jak, dělám si s nima to cvičení, vysvětlím.*“ Při domácím cvičení přebírá roli edukátora rodič, který s dítětem ortoptická a pleoptická cvičení provádí. Jak říká R4: „*ono je to vlastně jednoduchý, hrajeme si, něco vyrábíme, akorát přitom musí mít brejle a tu klapku.*“

Vzájemnou spolupráci dětí a sester posilují motivační faktory. Sestry motivují děti k dalším činnostem především pochvalou, odměnou a častým střídáním činností. S4: „*Stačí malá změna a ty děti to zase baví; ...a to dítě nedokáže v kuse pracovat, tak to rozdělit, nechat ho dělat něco jinýho, chce to prostě pořád nějakou změnu.*“ S3: „*S tím, že když sem přijdou na cvičení, tak jim řeknu, aby mi přinesli něco ukázat; ... zase příště přijdou, že se zase těší, co budeme dělat zase jinýho; ...vlastně sem přijde, tak za zásluhy, že má obrázky, koukne se tam; ...ale když mají tupozrakost, jsou hodný, tak za zásluhy třeba tu půl hodinku doma dopilovávají na počítači.*“ V rozhovorech s rodiči lze vysledovat pochvalu jako motivační faktor u R1, R3 a R4. R3 například říká: „*chodí si pro pochvalu...*“. R4: „*oni ji vždycky chválí.*“ R1: „*sestřička vždycky chválila, jaký má hezký obrázky na klapičce.*“ Dále se vyskytuje jako motivace odměna, a to, jak od sester: R1: „*a že mu ukáže pěkný obrázky, když je tak pěkně nosí brejličky.*“ Tak od rodičů: R4: „*a já jí pak třeba něco koupím.*“

V další podkategorii jsme sledovali interakce mezi sestrou a rodiči klientů. Všechny dotazované sestry uvedly, že rodiče klientů se účastní každého vyšetření dítěte v ambulanci, ale do cvičeben k ortopticko-pleoptickým cvičením si sestry děti berou samostatně bez rodičů. Všechny potvrdily, že se děti bez rodičů lépe soustředí. S3: „Vždycky při každém vyšetření, i kdyby měl nespolupracovat ten rodič, u toho vyšetření je.“ S2: „To si většinou beru sama, protože oni s rodičema nechťejí, nespolupracujou.“ S4: „Cvičí bez rodičů, protože oni s rodičema ty děti se tolik nesoustředí.“ Rodiče absolvují se svými dětmi všechna vyšetření ve strabologické ambulanci. Potvrzují, že do cvičebny chodí děti samy. R1: „a jak se otevřou dveře ordinace a vyleze sestřička, tak hned ahoj a už maže dovnitř.“ R2: „už byla v ordinaci na cvičení sama.“

Sestry s rodiči komunikují při každém setkání s klientem ať v ambulanci, nebo při cvičení. Často řeší s rodiči různé problémy telefonicky. Rodiče poskytují sestrám a lékařům potřebné informace o dítěti. S3: „Samozřejmě se sepíše s rodičema anamnéza, porodní váha, poporodní průběh, jak dítě prospívá, kdy si všimli třeba toho zašilhávání.“ S1: „Někteří si moc nepamatují, já se třeba zeptám: od kolika jste nosila brýle? A maminka odpovídá, já už fakticky nevím; ...nebo než si dítě zvykne na brýle, na určitou tu osu, volají rodiče, že je mu z toho špatně.“ S4: „Podle toho, jak se domlouváme s rodičema, s tím dítětem, jestli nemá potíže žádný, nebo má, něco se mu nelíbí a podle vyšetření se potom všechno upravuje; ...rodiče v tom docela potom jako tápou, volají, jdou na kontrolu dřív.“ R1: „anebo se zeptáme sestřičky, nebo paní doktorky, když něco potřebujem; ...sestřička vždycky říká, zavolejte, nebojte se, ptejte se.“ R3: „takže teď už nelovím na netu a radši se vždycky rovnou zeptám v ordinaci, vždycky mi všechno hezky vysvětlili.“ R4: „tak jsem i volala, co mám dělat, sestřičky vždycky uklidňovaly a že si zvykne.“

Nejčastěji sestry v rozhovorech v souvislosti s edukací rodičů použily slova: instruují, vysvětlují, doporučují, radím. Také rodiče tato slova zmiňují. S1: „Instruuju rodiče, aby mu to dávali po chvilkách; ...vysvětlí, instruuje, jak mají ty brejličky nosit, proč, okluzory, pleoptiku; ...se snažím instruovat rodiče, aby s nima cvičili; ...vysvětlím jim, jak cvičit; ...takže vysvětluju, vysvětluju.“ S2: „Dáváme jim letáky, dáváme jim

internet stránky, kde si můžou prostě zjistit, co chtějí; ...oni musí pochopit, jak to má smysl, to jim říkáme pokaždý; ...anebo kdykoli zavolat a můžou se zeptat. Není problém. S3: „Já jim tady můžu poradit, ale ne nařít; ...todleto doporučuju těm rodičům...je to ideální tadleta knížka na to; ...takže to vlastně doporučuju doma práce na blízko; ...když jim vysvětluju, jak se zakrývá, ta péče potom. S4: „S rodičema se musí spolupracovat, musí se jim všechno vysvětlovat; ...upozornit rodiče- vy máte brýle, dítě by se mělo nechat vyšetřit; ...vysvětlíme rodičům, co je budou učit; ...takže je instruuje... co můžou dělat doma; ...snažíme se vysvětlit ukázat; ...a když dostanou od nás instrukce, nápady.“ R1: „co nám sestřička řekla, že máme udělat, děláme; ...vždycky vysvětluju; ... sestřička říkala, ...mi vysvětlila.“ R2: „jak nás poučila; ...vysvětlila a ukázala cviky.“ R3: „sestřička vysvětlovala; ...vždycky mi všechno hezky vysvětlili; ...sestřička nám doporučila.“ R4: „vysvětlili nám.“

Sestry v rozhovorech zdůrazňují důležitou roli domácího cvičení v léčbě klientů strabologických ambulancí. Neúnavně rodičům opakovaně připomínají, že je nutné, aby s dětmi cvičili a trávili s nimi čas. S1: „Když se jim rodiče věnujou, tak je to znát, když se jim nevěnujou, tak je to taky znát; ...rodiče jsou detailně poučeni, vysvětlím jim, jak cvičit.“ S2: „Doma už to záleží na těch rodičích; ...my jim řekneme, co mají dělat, zalepit oko, stavět puzzle, navlíkat korálky.“ S3: „Ta péče v pleoptice je opravdu nejdůležitější doma; ...záleží to na rodičích; ...říkám, všechno práce, aby pracoval mozek, oko, ruka.“ S4: „Když nebudou doma pracovat, tady to nezachráníme; ...ukážeme, řekneme; ...takže jsou ty rodiče poučeni, co mají s těma dětma dělat; ...pořád chceme, aby tam u toho seděl ten rodič, aby se mu věnoval, aby s dítětem mluvil, aby ho kontroloval.“ Všichni rodiče, kteří se účastnili výzkumného šetření, jsou si vědomi důležitosti domácího cvičení a doma s dětmi cvičí. R1: „a cvičení, to se snažíme, co nám sestřička řekla, že máme dělat, děláme skoro každý den.“ R2: „cvičili jsme i doma, ale dceři to nepomohlo.“ R3: „a musíme samozřejmě doma cvičit; ...cvičíme poctivě, protože chci Andulce pomoci.“ R4: „takže odpoledne jsme spolu a cvičíme.“

Třetí subkategorie se zabývá interakcemi sestry-lékař. Z rozhovorů je patrné, že práci sestry-ortoptistky ovlivňuje nejen oftalmolog, se kterým úzce spolupracuje,

ale rovněž interakce s pediatri. Dotazované sestry si očních lékařů, se kterými denně pracují v jedné ordinaci, cení jako odborníků a váží si jich. Shodně označují spolupráci s oftalmologem jako výbornou a oceňují vzájemný denní kontakt, který umožňuje rychlé řešení problémů s klienty. S4: „*Je strašně důležitý pro tu práci, abychom si rozuměli všichni; ...doktorka je šikovná, vstřícná, ...cením si jí jako odborníka; ...když máme nějakou trošku problém, něco se nám nezdá, chceme konzultaci, ona tady vyšetří si taky dítě; ...spolupráce u nás v tomhleto je strašně jakoby dobrá a jednoduchá právě v tom, že jsme v jedné ordinaci, kde je cvičebna, ordinace, všechno v jednom.*“ S3: „*Paní doktorka stanoví diagnózu a určí, kterým dětem je třeba cvičení a já si pak určím cvičení co je třeba.*“ S2: „*Doktoři určí diagnózu a cvičení je na mně; ...většinou ty těžší věci dělá doktor; ...vždycky je ta spolupráce, že potřebuju, řeknu a paní primářka udělá, takže není problém.*“ S1: *Pan doktor je vynikající odborník; ...pan doktor mi třeba řekne, na co se více zaměřit.*“

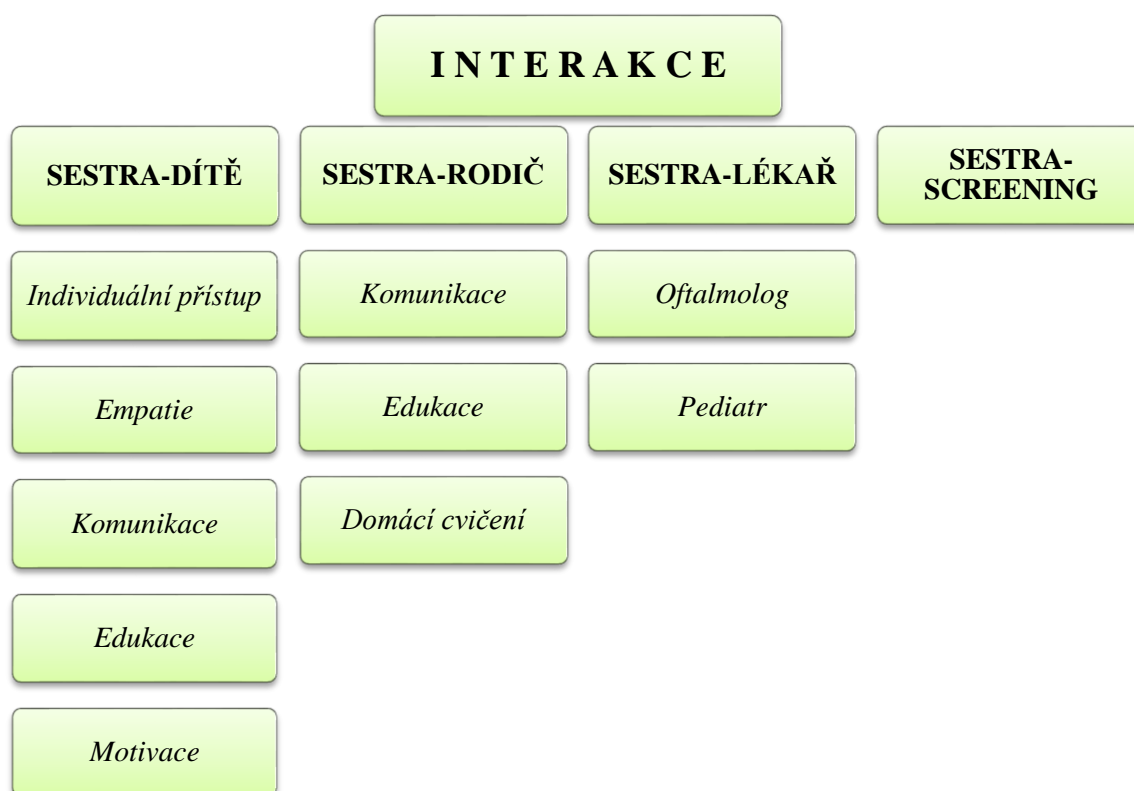
Roli pediatri sestry v rozhovorech zmiňují především v souvislosti s prevencí, s včasným záchytem zrakových vad při preventivních prohlídkách, se screeningem a s hlídáním pravidelných kontrol ve strabologické ambulanci. S3 zastává názor, že by se pediatri měli záchytu zrakových vad věnovat více a pečlivě na preventivní prohlídce ve třech letech, protože se stále objevují děti, u kterých se na tupozrakost přijde pozdě. S1 říká, že pro pediatri byly organizovány očními lékaři semináře o včasném screeningu očních vad. S2 a S4 si myslí, že situace se lepší a pediatri se screeningu věnují více. S1: „*Rodiče by měli nejdříve kontaktovat svého pediatra a ten rozhodne o nutnosti očního vyšetření; ...v rámci preventivních prohlídek, by se měli více na to zaměřit pediatri.*“ S2: „*dětský lékaři na to víc dbaj, oni se teď opravdu víc snažej a kontrolujou ty oči; ...musí k nám přes pediatra.*“ S3: „*Co bych ráda změnila, ale nezměním, je s těma děckařema ten problém a je to celorepublikově, ...když nechce tak nechte a pak je tam tenhle zádrhel.*“ S4: „*Chceme, aby to šlo všechno přes toho pediatra, aby pediatr věděl, a musí si ten pediatr to dítě hlídat, jestli na ty kontroly chodí pravidelně; ...jsme rádi, když pediatri posílají záchyt i v tom smyslu, že v rodině je brýlová vada; ...je to na pediatrech, který to dělaj ten screening.*“ Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že tři rodiče R1, R3 a R4 byli odesláni k očnímu vyšetření

pediatrem. R1, R2 a R3 si všimli zrakové vady u dítěte sami a poté oslovili ve dvou případech pediatra, R2 se rovnou objednali na oční ambulanci. U dítěte R4 odhalil pediatr amblyopii na tříleté prohlídce: „*doktorka nás okamžitě poslala na oční, že by to mohla být tupozrakost.*“

Subkategorie sestra- screening částečně zasahuje do interakcí mezi sestrou a pediatry. V současné době se ale včasným zachytem zrakových vad zabývají i soukromé subjekty, které pomocí přístroje Plusoptix nabízejí screening ve školkách a na veřejných akcích. S4: „*nám pomáhá ten Tyflokabinet s tím Plusoptixem, který ten záchyt dělá opravdu dobře; ...takže ten záchyt tady má Plusoptix Lions club, od Lions clubu má Tyflokabinet koupenej Plusoptix a v rámci prevence dělají tenhle ten screening.*“ S3: „*ted' je ideální vlastně ten screening, kterej se dělá ve školce, to je pomoc veliká.*“ Ne všechny dotazované hodnotí screening zcela kladně. Sestry S1, S2 a S4 vidí ve svých ordinacích obrovský nárůst klientů, u kterých se nakonec žádná vada podrobným očním vyšetřením nenajde. S4: „*oni tam dělají screening a my jsme teda zásobovaný strašným způsobem dětma.*“ S1: „*screening ve školkách není špatnej, akorát nám to komplikuje život a hlavně všem očním lékařům.*“ S3 naopak doporučuje screening rodičům: „*fakt ten screening to je bezvadná věc; ...volají mi třeba ze školky rodiče, že takovou blbost si nechtějí nechat udělat, co si na to myslím, tak já říkám vždycky, to si nechte, to je bezvadný.*“ Také S4 doporučuje rodičům screening přes Tyflokabinet, pokud mají obavy ze zrakové vady u dítěte v případě, že do ordinace se dostanou až za delší dobu: „*ty objednací doby jsou dlouhý, tak jim sami doporučíme, ať si zajdou ještě na ten screening...*“, *nebo pokud se vyskytuje v rodině brýlová vada: „až bude trochu starší, nechte si ho vyšetřit, třeba stačí jen ten screening, když si nechají udělat.*“ Všechny sestry uznávají a chválí, že screening zachytí včas některé těžké zrakové vady, na které by se jinak přišlo pozdě. S1: „*není to špatný, někdy opravdu upozorní na tupozrakost, nebo velké rozdíly na očích.*“ S2: „*oni sice z 50 % máme hodně pacientů a nic to není, ale občas se tam vyskytnou nějaký vady hodně velký.*“ Z rodičů, kteří se účastnili výzkumného šetření, má zkušenost se screeningem R4: „*pak mi sestřička poradila, ať si ještě necháme oči změřit v Tyflokabinetu tím Plusoptixem.*“

Zajímalo nás také, jestli se dotazované sestry samy na screeningu podílejí. Všechny odpověděly, že z časových důvodů je to pro ně nepředstavitelné, přestože by se rády na screeningu podílely. S4: „já kdybych na to měla peníze, tak bych to ještě více rozběhla, ale už jsem taky stará, no.“

Schéma 1: Kategorie Interakce



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.2 Kategorie Speciální činnosti sestry- ortoptistky

V kategorii speciální činnosti sestry ortoptistky jsme se snažili zjistit, jaká specifika přináší dotazovaným sestrám praxe ve strabologické ambulanci a ortopticko- pleoptické cvičebně a čím se práce sestry na těchto pracovištích liší. Tato pracoviště tvoří podkategorie této části. Všechny dotazované pracují ve strabologické ambulanci, ve které spolupracují s lékařem oftalmologem. S1, S3 a S4 pouze s jedním lékařem, S2 se dvěma lékaři. S4 pracuje s věkovou kategorií klientů do 18 let. S1, S2, S3 se setkávají v ambulanci i s dospělými klienty. V ambulanci sestry vyšetřují klienty samostatně, nebo u vyšetření lékaři asistují. S1 popisuje, že se rodičům ne vždy daří udržet dítě během vyšetření: „*takže tam musíme třeba dávat svorky nebo držet to víčko...*“ S2: „*to má paní primárka, takže to jí jenom asistuju.*“

K vyšetření klientů dochází jak na ambulanci, tak na cvičebně. Všechny dotazované uvedly, že při prvním setkání s klienty je nejdůležitější podrobná anamnéza. S2: „*poprvé přijde s rodičema, tak to se zeptáme na věci v rodině, kdo nosí brýle, kdo měl jakou nemoc.*“ S3: „*samozřejmě se sepíše s rodičema anamnéza, porodní váha, poporodní průběh, jak dítě prospívá, kdy si všimli toho zašilhávání...*“ S4: „*a pak se vyptáváme na tu anamnézu....., protože se bere rodinná, osobní, a potom to onemocnění se kterým přišli, ty jejich potíže, který mají...snažíme se, aby tam nic nevypadlo.*“ R1 a R2 potvrzují v rodině hereditární zátěž. Zrakovou vadu má u R1 otec, u R2 matka. R1: „*no, manžel nosí brýle a malinko mu oko jakoby ujíždí.*“ R2: „*sama mám stejnou vadu, takže mě to tolik nepřekvapilo.*“ V rodině R3 nikdo zrakovou vadu nemá. R4 je samoživitelka a s otcem dítěte se nestýká. Nemá žádné informace o tom, jaké choroby se v jeho rodině vyskytují. R4: „*takže nevím, jestli tam v té rodině něco maj, asi je to chyba, prý to může být dědičný.*“ S1 a S4 zdůraznily při odběru anamnézy cílený dotaz na epilepsii. Klient trpící tímto onemocněním nesmí cvičit například na přístroji CAM. S1: „*důležitý je taky, abych znala anamnézu dítěte, protože třeba u dětí, které mají epilepsii, těch mívám taky dost, tak tady musí být člověk na pozoru při práci s přístrojema. Třeba na CAMu přístroji nesmí vůbec, protože by dítě mohlo dostat epileptický záchvat.*“ S4: „*nesmí na to (CAM) děti s epilepsií, aby se nevyvolal záchvat.*“

S1, S2, S4 vyšetřují zrak na optotypech při každém vyšetření na ambulanci, S4 visus vyšetřuje v případě potřeby i ve cvičebně v mateřské škole. S4: „*zkusíme jestli, podle věku dítěte taky, jestli už půjde vyšetřit zrak; máme tam buď obrázkovej optotyp, nebo jsou ty háky, to písmenko E, anebo jsou písmenka, číslice.*“ V souvislosti s vyšetřením zrakové ostrosti se S2 a S4 zmiňují o vhodné domácí přípravě k tomuto vyšetření v závislosti na věku dítěte. S2: „*a učeť se ty éčka, to je vlastně takový nejtěžší...*“ S4: „*nejčastěji od druhého roku věku už zkoušíme ty obrázky...dá se to naučit i menší dítě; ...takže je instruujeme, když to dítě ještě nečeť, co můžou dělat doma a zkoušet na tu další kontrolu.*“ R1 vzpomíná na první vyšetření visu ve strabologické ambulanci, kdy bylo jejímu dítěti dva roky: „*a sestřička mu ukazovala obrázky na takový ty obrazovce, co se zkouší vidění.*“

Před vyšetřením očního pozadí u dětí je nutné navodit cykloplegii. Pouze jedna sestra - S2 uvedla, že dítě na vyšetření připravují rodiče rozkapáváním doma. S1, S3, S4 rozkapávají klienty v ambulanci v den vyšetření. S3: „*my si ty děti hned rovnou, když jdou na strabismus, tak si je rovnou tady rozkapáváme.*“ S4: „*takže převážně se musí rozkapávat kapičkama; ...spíš používáme tydle kapky a rozkapává se spíš v ordinaci.*“ Rodiče se k rozkapávání v ordinaci vyjadřují ve dvou případech. R1: „*no a pak jsme se domluvili, že ho rozkapou.*“ R2: „*plakala, bránila se, když ji kapala do oka sestřička kapky.*“

Sestry ortoptistky pracují s celou řadou přístrojů. Měla jsem možnost pozorovat dvě sestry v ortopticko- pleoptické cvičebně, jak s přístroji pracují a jak vedou cvičení s klientem. S4 velice podrobně popsala přístroje, způsob a účinky jejich použití. Všechny dotazované sestry nejčastěji používají troposkop, synoptofor, cheiroskop, stereoskop. S1, S2, S4 používají CAM. S1 a S4 cvičí s prizmaty, S2 s nimi nepracuje, neboť: „*ty jsou hodně náročný, to jakoby mám pocit, že jsem nepochopila dodneška, ...prizmata jsou hodně těžký vyšetření, to jako já nedělám.*“ V rozhovorech s rodiči jsme našli zmínku o přístrojích u R3: „*když jsem to poprvé všechno viděla, ty přístroje a tak, tak jsem nechápala, k čemu jsou dobrý a jak můžou pomoci a jak s nima může pracovat.*“

Pro léčbu tupozrakosti jsou velmi důležitá pleoptická cvičení. Jsou to cvičení zaměřená na činnosti, které podporují spolupráci mozek, oko, ruka. S3: *„je to taková ta školková práce.“* Všechny sestry zdůrazňují nutnost ideálně každodenního cvičení doma s rodiči. Jak říká S1: *„já nemám moc prostoru, protože máme ambulance; ...ideální by bylo aspoň dvakrát týdně, ale z časových důvodů to nejde, takže se snažím instruovat rodiče, aby s nima cvičili.“* S4 uvádí mnoho příkladů činností, které mohou rodiče s dětmi cvičit doma. Tyto činnosti se provádějí s okluzí, čili zakrytím netupozrakého oka. Rodiče R1, R2, R3 i R4 se svými dětmi doma cvičí. R4 uvádí příklady domácích pleoptických cvičení: *„hrajeme si, něco vyrábíme, akorát přitom musí mít brejle a tu klapku, ...kreslila, puzzle skládá ráda.“* R3 popisuje, jak její dcera ráda vybarvuje obrázky a navléká korálky.

Všechny dotazované sestry pracují s okluzory různého typu a jsou schopné edukovat rodiče, jak s nimi správně manipulovat, kdy je používat, a jak dlouho je mají děti nosit. S3: *když jim vysvětluju, jak se zakrývá, péče potom, protože to tahá, jak to mají ošetřit tu kůži;...nelíbí se mi třeba ten okluzor, kterej je na brejle, kterej je takovej s tím vlasem, to tady nemám teda dobrý zkušenosti...stoprocentní je zkrátka zalepení.“* R1 a R4 se shodují s výběrem okluzoru pro dítě, oba preferují náplast'ové okluzory. R3 má lepší zkušenost s látkovým okluzorem: *„ted' už jenom látkový používáme, když byla Andulka malá, lepili jsme náplast'ový, ale když pak začala nosit brejličky celý den, zkusili jsme látkový a zalíbily se nám.“*

S2 a S4 vyzdvihují výhody předškolních zařízení, ve kterých je možné domluvit s personálem nasazení okluzoru na většinu činností, které spolupráci mozek, oko, ruka podporují. S2: *„dávají ty děti do školky...těm dětem se to nalepí na nějaký ty hry a vlastně sfoukne se to dopoledne a odpoledne a doma už to záleží na rodičích.“* S4: *„takže my jsme radši, když to dítě, když musí nosit okluzor, tak aby ho mělo po dobu tý školky; ...my dáme děvčatům, paním učitelkám seznam dětí, který mají okluzi, kolik hodin to mají nosit, kdy to mají sundávat.“* Téma předškolního zařízení lze vysledovat v rozhovorech s R3 a R4. R3 ve školce problém s používáním okluzoru nemají: *„paní učitelky s tím taky nemají problém.“* R4 mají domluvený přestup do předškolního zařízení zaměřeného na zrakové vady. V předchozí školce nebyli spokojeni: *„ve školce*

kam chodila předtím, jí je raději sundali, když brečela, nemohli jsme se furt domluvit s nima; ...doporučili školku speciální; ...od září bude Eliška chodit tam.“

Všechny dotazované sestry vedou ortopticko- pleoptická cvičení samostatně. S1 a S3 jednou týdně, S2 a S4 denně. S2 a S4 také docházejí cvičit do mateřské školy. Všechny si cvičení organizují samy na základě diagnózy stanovené lékařem. S3: *„paní doktorka stanoví diagnózu a určí, kterým dětem je třeba to cvičení a já si pak určím cvičení, co je třeba.“* S2: *„Doktoři určí diagnózu a cvičení je na mně, dítě si pak ještě sama vyšetřím.“* Sestry si samostatně vedou dokumentaci o cvičení a zapisují informace o klientech. S3: *„píše se to všechno, musí bejt, v dnešní době se musí všechno psát.“* Na cvičení se dotazované sestry připravují s ohledem na individuální potřeby klienta. S1: *„ při dalších setkáních u každého promyslím, co s ním budu dělat.“* S2: *„dělám to všechno po večerech, vymejšlet, tisknout si nějaký obrázky, sledovat ty novinky, tak je to taky náročný, protože vím, že to to dítě nebaví dělat pořád to samý.“* S4: *„ve cvičebně je to o tom, že si pokaždý vymyslíme něco jinýho, jednou jsme pracovali na tom přístroji, pak musíme vymyslet něco na jiným; ...člověk nemůže ustrnout, musí pořád něco novýho vymejšlet a něco pro ně dělat, jinak by je to nebavilo.“* S3: *„ty děti to nesmí přijmout s tím, že musí, ale že to je hra.“*

Schéma 2: Kategorie Speciální činnosti sestry ortoptiky



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.3 Kategorie Spokojenost se zaměstnáním

Ve výzkumném šetření jsme se také zaměřili na spokojenost sester se zaměstnáním. V rozhovorech jsme analyzovali motivační faktory, které posilují sestry v jejich práci, ale zkoumali jsme i demotivující faktory, které jsou zdrojem nespokojenosti sester.

V podkategorii Motivační faktory uvádíme na prvním místě lásku k dětem. S1, S3 a S4 během rozhovorů opakovaně vyjadřují radost z práce s dětskými klienty. S1 se rozhodla věnovat ortoptice především proto, že je to práce s dětmi: „*hlavně teda jsou tady děti, které mám hrozně ráda, člověk má k nim vztah a je to taková krásná práce.*“ S1 také zmiňuje, že bez kladného vztahu k dětem není možné tuto práci vykonávat: „*člověk musí mít vztah k dětičkám, jinak by to nemohl dělat a srdcem.*“ Rovněž S3 raději pracuje s dětskými klienty a myslí si, že je práce s dospělými horší než s dětmi: „*kvůli tomu, že ty dětičky mám ráda; ...s dětičkama je práce těžká, ale hezká; ...práce s těma dětičkama je ideální, mám je ráda; ...psychologii nemám, ale dětičky ráda mám, takže...*“ S4 chtěla vždycky pracovat s dětmi, v dětském domově nebo v jesličkách a považuje za splnění snu, že celý profesní život může pracovat s dětmi jak v ordinaci, tak ve cvičebně v mateřské škole: „*baví mě to pořád s těma dětma, tam je krásný, když vidíte, jak ty děti reagujou, jak se spolu bavíte, jaký mají nápady, jak myslí, jak překvapí strašně moc ty děti.*“ S4 také krásně a pohotově odpověděla na otázku, co ji v práci motivuje a těší: „*ty děti!*“ S2 však v rozhovoru uvádí, že ji práce ve strabologické ambulanci nenaplňuje, tíhne spíše k práci na lůžkovém oddělení, kde je věková kategorie klientů neomezená, a více by jí vyhovovala práce ve směnném provozu. Říká: „*je to náročný na psychiku pracovat s těma dětma.*“ Lásky k dětem je motivačním faktorem pro sestry, ale rovněž se zpětně odráží v přístupu dětských klientů ke cvičení. V rozhovorech s rodiči najdeme opakovaně výraz: „*má sestřičku ráda; má ji rád*“ R1, R2, R4 říkají, že se jejich děti na cvičení těší.

Dalším významným motivačním faktorem, který sestřím přináší pocit, že jejich práce má smysl, je pokrok v léčbě. Všechny dotazované sestry motivují výsledky jejich práce. S1: „*moje práce mě strašně naplňuje, protože má smysl a to mě baví, protože vidíte ty výsledky.*“ S2: „*jenom to zlepšení těch dětí.*“ S3: „*a ta práce potom, když vidíte*

ty výsledky, tak je to krásný.“ S4: „vidíme pokrok u těch dětí, ...že se zlepšuje s tím zrakem, že se zmenšuje úchylka, že vycvičíme tu tupozrakost; ...když vidíme od kontroly ke kontrole ten posun k tomu lepšímu, tak to je, tam je vidět ten výsledek potom!“ Stejným způsobem jsou motivováni rodiče k domácímu cvičení. R3: „a hlavně vidíme ty výsledky, zlepšuje se to a máme naději, že budou obě očička koukat a bez šilhání.“ R4: „, takže věřím, že to bude čím dál lepší a že Eliška uvidí na obě oči stejně a třeba bude jednou bez brejlí, cvičíme poctivě.“

Výsledkem práce sester ortoptistek je mimo jiné spokojenost dětí a rodičů, která zpětně přináší radost i sestrám. Samy dotazované sestry uvádějí spokojenost dětí a rodičů jako motivační faktor. S1: *„takže s děťátkem začne být dobrá spolupráce i rodiče jsou z toho vykulení a říkají: jémine, to jakmile jsme někam přišli, dítě řvalo, to není možný, takže jsou spokojený.“* S2: *„když se ty děti zlepší a ty rodiče mají radost, tak to stojí za to, že jo.“* S3: *je to o tom, abyste viděla za sebou práci a že jsou rodiče šťastní, že mají koukací dítě a že já jsem šťastná, že se nám to povedlo.“* S4: *„když přijdou a nic jim nejde, nic se jim nedaří a odchází a krásně všechno umí a jde to a vidíte, že vidí líp, že se naučili dobře nosit brýle, jsou spokojený, že jsou šťastný, že se jim tu líbí, rodiče, že jsou spokojený.“* Spokojenost dětí a rodičů můžeme výzkumným šetřením potvrdit u rodičů R1: *„a sestřička i paní doktorka jsou hrozně hodný, usmívaj se a uměj to s těma dětma, už to dělaj dlouho a jsou fajn.“* R2: *„hodnotím kladně prostředí ordinace, jako by šly děti do herny a ne do ordinace.“* R3: *„Ne, my jsme moc spokojení, hlavně aby nám paní doktorka se setřičkou vydržely, občas vyhrožujou důchodem!“*

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry- ortoptistky se musí na svou práci ve cvičebnách připravovat. Často ve svém volném čase vyrábějí pomůcky, které následně využívají při ortoptických, či pleoptických cvičeních. Zatímco S2 vnímá tuto přípravu jako náročnou a připravující ji o její volný čas, S4 naopak vnímá kreativitu spojenou s výrobou pomůcek jako motivační faktor: *„proto mě ta práce taky dřív bavila...my jsme musely pořád něco vymejšlet pro ty děti, vyrábět si, protože nic nebylo, tak jsme si musely vyrábět obrázky do toho troposkopu...vymejšlet špátličky; ...obrázky*

do stereoskopu ze začátku nebyly žádný, musely jsme si je malovat; ...a pořád je pro ty děti něco tvořit, vymyšlet; ...vymyslely jsme něco pro ně a tak to bylo bezvadný.“

V podkategorii Demotivační faktory jsme analyzovaly z textu stížnosti dotazovaných sester například na nedostatek finančního ohodnocení, ale i nedocenenost ortoptické specializace ze strany vedení, ze strany zaměstnavatele. Především S1 je zklamaná z přístupu zaměstnavatele k její specializaci. A přes to, že za ni její přímý nadřízený bojuje a stojí za ní, nic se nemění. S1 vnímá tento boj jako marný: *„to mě štve to nedocenení...je to náročná práce, velice náročná a navíc specializovaná; ...spolužačky se ptají: tak co, už sis to vybojovala tam u vás..., říkám nevybojovala jsem si vůbec nic, snažilo se vedení, ale marně.“*

O nedostatečném finančním ohodnocení své práce se zmiňují tři sestry S1, S2, S3. S1: *„sestra ortoptistka by měla být v nějaké třídě dobrej, kvalitní, kdy prostě by měla být dobře zaplacená a já teda zaplacená nejsem dobře.“* S2: *„tak ano, protože to není lukrativní obor, no.“* S3: *„protože přitom to ocenění nějak není, ty naše kódy to je takový minimum; ... je to o tom, abyste viděla za sebou práci..., o tom dleto to není o těch penězích.“*

Všechny dotazované sestry se shodují, že v Jihočeském kraji je nedostatek sester, nedostatek ortoptistek. Pociťují to denně ve své praxi. Přibývá jim klientů, je velký tlak dostat se na vyšetření právě na tato specializovaná pracoviště. S2, S3 nemají v ordinaci ani cvičebně personální zastoupení, což se negativně promítá i do interakcí s rodiči klientů. S2: *„docela jsem vypadla nadlouho a ty rodiče se cítili strašně dotčeně, že tady nejsem; ...takže vy tady zase nebudete?! Takový úšklebky, to se mi teda nelíbí.“* S1: *„ortoptické sestry v kraji nejsou; ...ortoptistů je hrozně málo.“* Nedostatku zdravotnického personálu si všímají i rodiče. R1 a R3 zmiňují důchodový věk lékařů i sester ve strabologických ambulancích a vyjadřují obavy, jestli je někdo nahradí. R4 říká: *„štve mě to shánění oční doktorky a čekání, ale za to nemůžou, že jich je málo.“*

Dotazované sestry rovněž trápí vysoká pracovní vytíženost a s ní související časová tíseň. S narůstajícím počtem klientů v ordinacích i ve cvičebnách, se prodlužují objednávací lhůty, prodlužuje se čekací doba v čekárně, každé akutní ošetření naruší

plynulý chod ambulance. Ke klientům sestry přistupují individuálně, takže není možné vždy dodržet stanovený čas na vyšetření nebo cvičení, jak jej například určují zdravotní pojišťovny. S1 to vyjádřila takto: „člověk vlastně dá ze sebe, co vlastně může ze sebe dát, že tu práci dělá zodpovědně, kterou mám hrozně ráda a je v práci přesčas, že máme končit ve tři a já odcházím někdy v půl páté a někdy ve čtvrt na šest, protože máme těch dětí! To my neznáme, abychom šli na oběd, na to nemám čas a prostor.“ S4: „co by mě akorát trápilo, možná ten čas, kterej je vymezenej, kterej určujou pojišťovny, jak trávit s dítětem..., uspěchaná doba i v tý ordinaci na všechno, že se trošičku chvátá; ...my nejsme nafukovací, nevydržíme dělat až do večera...“ S2: „oficiálně pracuju tady, mám nějakou pracovní dobu, ty lidi to vůbec nerespektujou.“ Rodiče se k vytíženosti ambulancí také v rozhovorech vyjadřují. R1: „má tam chudák furt narváno, tak nechci otravovat a zdržovat; ... nás objednali snad za půl roku; ...tak jsme si počkali, než jsme se dostali na řadu, i když jsme byli objednaní;...to čekání na kontrolu je někdy protivný.“ R4: „jenže to není tak jednoduchý se někam objednat hned; ...nejdřív za půl roku vás vezmou; ...mají narváno, furt plná čekárna.“

Schéma 3: Kategorie Spokojenost se zaměstnáním



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.4 Kategorie Vzdělávání

Kategorii Vzdělávání jsme rozdělili na dvě subkategorie. Ve výzkumném šetření jsme se zajímali, zda a jakým způsobem dotazované sestry získávají nové informace v oboru a dále jsme zkoumali názor dotazovaných na současné vzdělávání ortoptistů.

S1 se tématu dotkla v rozhovoru jen okrajově. Z textu vyplývá, že na setkání s ortoptistkami jezdí, ale více se ke vzdělávání nevyjádřila. S2, S3, S4 uvedly, že se o nové poznatky zajímají. Jezdí na školení, kongresy, semináře, S2 navíc uvádí jako zdroj informací internet: *„sleduju to všechno na netu“*. S3: *„a na ty školení jezdím do Prahy, na Moravu, všude, kde tyhle ty jsou, protože nechci zakrknět.“* S4 oceňuje, že má možnost se vzdělávat jak ve strabologii, tak ve všeobecném očním lékařství: *„protože jsme jak ortoptistky, tak všeobecný sestry, tak jezdíme na oftalmologický i strabologický kongresy; spousta se toho taky dělá jednodenního jenom, semináře.“*

Sestry se vzdělávají se zájmem, nejen proto, že jim to ukládá zákon. S4: *„my se vzděláváme, vlastně musíme, ale hlavně nás to baví; ...pořád si myslím, že jsme v obraze a snažíme se a ještě nás to taky nepřestalo bavit někam takhle jet a vzdělávat se; a kdybych neměla něco vědět, tak by i samotný mi to vadilo.“* S3: *„nejsem názoru, že nic nového není, je určitě.“*

Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny dotazované nemají stejné možnosti ke vzdělávání. Zatímco S4 a S3 mají plnou podporu zaměstnavatele, S2 žádnou podporu nevnímá a říká: *„všechno si platíme ze svého, všechnen svůj volný čas, kdy já odjedu na dva dny z domova v mém volném čase, ještě si na to musím vzít dovolenou, oni nám to nevynahradí, žádnou motivaci teda nemám.“*

Zeptali jsme se sester na jejich názor na současné vzdělávání budoucích ortoptistů. Všechny se shodují v tom, že v současné době je v Jihočeském kraji ortoptistů nedostatek. Dřívější specializační vzdělávání sester- ortoptistek bylo zrušeno, a než byl vytvořen samostatný bakalářský studijní obor Ortoptista, vznikla prodleva a chybí odborníci v praxi. S3 nesouhlasí se zrušením specializačního vzdělávání. Považuje za důležitou praxi u lůžka před doplňováním specializace, například na očním oddělení před studiem ortoptiky: *„já jsem zastáncem toho, že když někdo něco dělá v nějakém oboru, tak by měl mít nejdřív praxi, než by postupoval; ...protože ta teorie je úplně*

o něčem jiným.“ Také S1, S2 a S4 nesouhlasí s oddělením ortoptisty od všeobecné sestry a studiem bez předchozí praxe. S1: *„navíc se to oddělilo od profese zdravotní sestry, takže ty holky nemají zkušenosti ani ze zdravotnictví, ani s dětma, nechodí na praxe.“* S2: *„oni studujou několik let a pak přijdou a nevědí nic; ...nemají zkušenosti s pacienty, s dětmi s pooperačními stavy; ...já myslím, že by se mělo nejdřív udělat základní vzdělání, potom jít třeba pět let k lůžku a pak si dodělat nějakou specializaci jo, než tohle.“* S4: *„pořád si myslím, že tam z toho zdravotnictví asi kus bude chybět, toho vzdělání celkovýho, nevím.“* S1 a S4 rovněž negativně vnímají zrušení možnosti dálkového studia, které by umožnilo studium i lidem, kteří již musí pracovat a nemohou si dovolit denní studium. Dle dotazovaných sester jsou to lidé, kteří už mají určité životní zkušenosti a vědí, že by je práce ortoptisty naplňovala, že by je bavila práce s dětmi. S1: *„je škoda, že zrušili specializační vzdělávání pro sestry; ...když někdo vyjde ze školy a potřebuje pracovat, potřebuje se osamostatnit a ty peníze to je v dnešní době problém; takže se snaží pracovat a tak by taky rád šel studovat.“* S4: *„strašně by ji ta práce bavila, ale nemůže. Ona je optometrista a nemůže na denní studium; má rodinu, má děti...ona už musí pracovat.“* S4 říká: *„uvidíme, jak se to osvědčí v praxi; ...aspoň tady v tom Jihočeském kraji jsme všichni už starý, by se dalo říct, budeme končit za chvíli a potřebujeme, aby přišli mladí, aby se ještě stihli zaučit a mohli pokračovat v tom dál.“*

Schéma 4: Kategorie Vzdělávání



Zdroj: vlastní zpracování

5 Diskuze

Výběr účastníků výzkumného šetření z řad sester ortoptistek byl záměrný, a jak jsme zjistili velmi omezený. V celém Jihočeském kraji v současné době fungují pouze čtyři strabologické ambulance, ve kterých pracují sestry se specializací Ošetrovatelská péče v ortoptice a pleoptice. Pouze do těchto ambulancí je možné docházet na ortopticko- pleoptická cvičení. Sestry ze dvou ambulancí docházejí i do mateřských škol, kde rovněž vedou ortopticko- pleoptická cvičení. V jedné ambulanci pracují sestry dvě, jedna z nich už dosáhla důchodového věku, na ostatních pracovištích pracuje vždy jedna sestra ortoptistka. Pouze na jednom pracovišti má za sebe ortoptistka náhradu pro případ dovolené, či nemoci, dvě sestry za sebe žádnou náhradu nemají a v případě jejich nepřítomnosti se ortopticko- pleoptická cvičení musí zrušit. Má to negativní vliv na vztah mezi sestrou a rodiči klientů. Vyjádřila to výstižně v rozhovoru S2: „...*jsem měla samý angíny za sebou, docela jsem vypadla na dlouho a ty rodiče se cítili strašně dotčeně, že tady nejsem.*“

Šetřením jsme také zjistili, že v Jihočeském kraji v současné době samostatně nepracuje žádný ortoptista, který získal odbornost podle zákona č.96/2014 Sb. studiem samostatného oboru Ortoptista v bakalářském programu na vysoké škole. Zoubková (2015) ve své bakalářské práci zjistila, že ani na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek žádný ortoptista, ani sestra se specializací v tomto oboru nepracují, zatímco ve Fakultní nemocnici Motol v Praze na očním oddělení pro děti a dospělé pracuje sestra, která provádí ortopticko- pleoptická cvičení a stará se o čistotu a stav optických pomůcek.

Výzkumného šetření se tedy zúčastnily čtyři sestry se specializací v ortoptice ze čtyř strabologických ambulancí v Jihočeském kraji. Byli jsme touto situací, tedy nedostatkem odborníků ortoptistů v praxi, zaskočení. Tuto situaci komentovala i S1: „*chtěla si tady jedna paní doktorka otevřít strabologickou ambulanci, ale nedovolili jí to, protože nemá sestru, ale ortoptické sestry tady v kraji nejsou.*“ Oslovit sestry nebylo jednoduché, vzhledem k jejich vytíženosti. Po marných pokusech domluvit si schůzku telefonicky, jsme zvolili osobní návštěvu v ambulancích. Tím byl problém vyřešen, schůzky domluveny.

Výběr účastníků šetření z řad rodičů, jejichž děti se léčí ve strabologické ambulanci a docházejí na ortopticko- pleoptická cvičení, byl záměrný. Rozhovory jsme vedli se čtyřmi rodiči předškolních dětí. Třem dětem byly v době výzkumného šetření čtyři roky, jednomu dítěti bylo pět let. Tři děti se léčí pro strabismus a myopii, jedno dítě má amblyopii. R1, R2 a R3 si všimli šilhání u svých dětí sami. R1 ve věku patnácti měsíců dítěte, R2 ve dvou letech dítěte, R3 v půl roce života dítěte. R4 byla upozorněna na zrakovou vadu – amblyopii u svého dítěte dětskou lékařkou na preventivní prohlídce ve třech letech. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Hromádkové (2011), která ve své publikaci uvádí, že strabismus vzniká u dětí od narození, nejčastěji mezi druhým a třetím rokem života dítěte. Hromádková (2011) rovněž tvrdí, že k záchytu zrakové vady by mělo dojít v předškolním věku, ideálně do tří let dítěte, nejpozději však v pěti letech.

Sestra ortoptistka se denně ve své praxi setkává s lékařem oftalmologem, s klienty a jejich rodiči. Ve výzkumném šetření jsme se zabývali jejich vzájemnými interakcemi. Dle Vágnerové (2010) na sebe lidé vzájemně působí, vnímají projevy jeden druhého a nějakým způsobem je zpracovávají. Vzniká mezi nimi vztah, do kterého se promítnou nejen jejich zkušenosti, ale i aktuální situace. Venglářová (2006) upřesňuje, že sestra směrem ke klientovi uplatňuje více verbální interakci, zatímco směrem od klienta musí vyhodnocovat především neverbální projevy. V rozhovorech jsme sledovali příklady komunikačních dovedností sester. Musí se přizpůsobovat dítěti, klást otázky tak, aby rozumělo, na co se sestry ptají, co po něm chtějí. Zpětně sestry vyhodnocují, zda si děti nevymýšlí, jestli nejsou unavené, jestli se nestydí nebo nebojí. S4 to vyjádřila takto: *„snažíme se, abych se dopátrala, jestli to dítě už mi jenom třeba nechce udělat radost, anebo támhle Andulka řekne, že vidí dvakrát, tak já to řeknu taky dvakrát.“*

Venglářová (2006) ve své publikaci zdůrazňuje individuální přístup ke klientům s ohledem na jejich věk, rozumové schopnosti, zrakovou vadu, či dovednosti. Všechny dotazované sestry takto ke svým klientům přistupují. Přizpůsobují se věku klientů, jejich potřebám a zájmům i schopnostem a to jak při vyšetřeních, tak při ortopticko – pleoptických cvičeních. Sestry ve velké míře uplatňují své zkušenosti z praxe, znalosti z vývojové psychologie a také je jim vlastní vysoká míra empatie. Vágnerová (2010) považuje empatii, čili vcítění, v mezilidských vztazích za velmi důležitou. Říká,

že dokáže-li učitel poznat, co dítě zrovna prožívá, může rychleji a efektivněji reagovat. Jednou z rolí, kterou dotazované sestry zastávají, je role edukátorky. Zjistili jsme, že sestry dokáží včas rozpoznat, zda se jejich malí klienti bojí, zda se ještě soustředí, zda se nudí, jestli se snaží a nejde jim to. Sestry se rychle situaci přizpůsobují. Například tím, že klientům dopřejí čas na zvykání a seznámení se s prostředím ordinace i cvičebny, dále častým střídáním činností. Hromádková (2011) vyžaduje, aby sestry vedly pestrá cvičení, která udrží pozornost a trpělivost dítěte, a na která se budou děti těšit. Rovněž Bednáriková, Nováková, Teichmannová (2010) ve svém článku zdůrazňují individuální přístup ke klientovi, zmiňují, že je nutné získat dítě ke spolupráci, což vyžaduje trpělivost a empatii ze strany sestry. Dotazované sestry vedou cvičení formou hry, umí děti zaujmout a zajistit si jejich spolupráci. Potvrdili to v rozhovorech i rodiče. Děti všech účastníků šetření z řad rodičů se na cvičení těší a chodí na ně rádi. V našem výzkumném šetření rodiče hodnotí sestry jako příjemné, hodné, umí to s těmi dětmi, umí je zaujmout a přimět je ke spolupráci.

Vzájemnou spolupráci dětí a sester posilují motivační faktory. „*Motivy jsou faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu*“ (Vágnerová, 2010, s. 168). Sestry potřebují vzbudit u dětí zájem o cvičení a využívají k tomu především pochvalu, odměnu a časté střídání činností, které udržuje pozornost a zájem dítěte. Rodiče potvrzují, že jejich děti jsou k domácímu cvičení motivovány sestrami pochvalou za činnosti, kterým se doma věnují. R3 například říká, že její dcera nosí sestram namalované obrázky, navléknuté korálky, protože je ráda chválena. Také dcera R4 ukazuje sestram sestavené puzzle, či poskládané stavebnice, vyfocené doma maminkou na mobil. I zde je největší motivací k domácí práci pochvala od sestry. Při návštěvě ve cvičebně jsme měli možnost pozorovat, jak sestry motivují děti k cvičení novými obrázky v přístrojích, obrázky namalované na cheiroskopu dětem oznámují velkou jedničkou, především však stále dítě zaměstnávají novými činnostmi. S2 také nechává děti za odměnu cvičit na tabletu.

Dále jsme se zabývali vzájemnými interakcemi mezi sestrami a rodiči klientů. Hromádková (2011), považuje v ortoptice a pleoptice spolupráci ortoptistek s rodiči

za zvláště důležitou. Zdůrazňuje nutnost osvětové činnosti sestry. Ta musí poskytovat dostatek informací rodičům a komplexně odpovídat na jejich otázky, aby byli rodiče motivováni k domácímu cvičení. Rovněž je musí seznámit s následky případné nespolupráce. Rodiče je ale také potřeba povzbuzovat, uklidňovat, poskytovat jim rady. Ošmerová (2010) ve svém článku spolupráci s rodiči považuje za stěžejní úkol ortoptistky. Také Lajčíková (2010) ve svém článku spolupráci s rodiči zdůrazňuje jako nutnou k úspěšnému zvládnutí jakéhokoliv očního onemocnění. Dotazované sestry mají zkušenosti s rodiči různé. Někteří rodiče spolupracují, jsou zodpovědní, dětem se věnují. Dle dotazovaných sester je takových rodičů většina, patří k nim i rodiče, se kterými jsme vedli rozhovory. Bohužel se sestry ve své praxi setkávají i s nespolupracujícími rodiči. Takto to vyjádřila S2: *„oni si myslí, že přijdou k nám jednou, my tady s ním zacvičíme, uděláme okluzi a dítě je vyléčený. Oni nechápou, že je to napořád. Takže někdy je ta spolupráce fakt těžká.“* Sestry rodiče nutit ke spolupráci nemohou, jejich jedinou možností, jak na rodiče působit, je neustále trpělivě vysvětlovat, zdůrazňovat, doporučovat.

Interakce mezi sestrami a rodiči probíhají v první řadě verbálně. Sestry komunikují s rodiči při každém setkání, při vyšetřeních v ordinaci i při předávání dětí na cvičení. Od rodičů sestry potřebují zjistit všechny informace o dítěti. Často si rodiče nemohou na některé důležité informace vzpomenout. Sestry musí své dotazy opakovat, specifikovat, informace pokaždé doplňovat. Všechny dotazované zdůrazňují význam správně odebrané anamnézy. S1 a S4 zvláště upozornily, že je nutné položit cílený dotaz rodičům, zda jejich dítě má, či nemá epilepsii. Zmiňují se o tom i Bednáriková, Nováková, Teichmannová (2010). Význam anamnézy uvádí i Odehnal (2008). Ve svém článku upozorňuje, že anamnestické údaje získané od rodičů mohou být nepřesné, neměly by se podceňovat, je důležité dítě vždy pečlivě vyšetřit. Jednou z příčin vzniku zrakových vad u dětí je multifaktoriální dědičnost. R1 a R2 potvrzují, že jejich děti mají stejnou vadu jako rodiče. U rodiče R4 jsme se setkali s tím, že rodina se nestýká s otcem a nemá potřebné anamnestické údaje k dispozici. I na toto je potřeba myslet.

Všechny sestry provádějí osvětu směrem k rodičům. Neustále jim opakují, že musí doma s dětmi pracovat a zpětně si ověřují, zda se tak děje, či nikoliv. Dotazované sestry

v roli edukátorek rodiče instruuji, vysvětlují, ukazují, doporučují, poskytují jim rady, zodpovídají otázky. Dotazovaní rodiče v rozhovorech potvrzují, že se nebojí na cokoliv zeptat, když si neví rady, volají do ordinace, konzultují se sestrami problémy dětí, například s přijetím nových optických pomůcek. Sedlářová (2008) ve své knize uvádí, že pokud je pacientem dítě, musí sestra edukovat i rodiče. V ortoptice a pleoptice to platí obzvláště. Malé dítě si nemůže uvědomovat, jaké následky do života si nedodržením léčby ponese. Zodpovědnost je plně na rodičích. Pěkně to vyjádřila S2: „*někdy to nechtějí sami pochopit (rodiče), nebo dělají scény, že dítě bude nosit brejle, okluzi; pak to dítě, že jo, v osmnácti si řekne, no tak kdybyste se mnou cvičili, tak bych viděl!*“ Hromádková (2011) ve své publikaci uvádí, že sestra musí naučit rodiče také správné techniky nalepování okluzoru, aplikace očních kapek i mastí, péči o brýle. Sestry poskytují rodičům informace, rady a doporučení. Doporučují rodičům například vhodné knihy, pracovní sešity, optické pomůcky, hračky, stavebnice, hry a často také odkazují na internetové stránky, ať už jako na zdroj informací pro rodiče, nebo na motivační pleoptickou pomůcku pro dítě. Sestry rodičům zdůrazňují, že při cvičení na tabletu, nebo počítači musí na dítě také dohlížet, kontrolovat jej a hlídat čas.

Domácí cvičení má v ortoptice a pleoptice nezastupitelnou roli. Ortoptistky kladou velký důraz na to, aby rodiče s dětmi každý den cvičení prováděli. Všechny dotazované sestry se na tom shodují a věnují nemalé úsilí edukaci a motivaci rodičů i dětí. Jak říkají S2 a S3 nutit rodiče nemohou. Opakovaně a neúnavně ale vysvětlují, jaký má cvičení smysl. Rodičů jsme se ptali, jaký postoj ke cvičení mají, zda pravidelně s dítětem pracují a kdo všechno z rodiny se na cvičení podílí. V rodině R1 se podílí na cvičení matka a babička, otec má k němu poněkud laxní vztah, přestože se jako dítě sám léčil. Rodina se však snaží cvičit denně a chápe důležitost domácího cvičení. R2 doma cvičili, než byla u dcery změněna diagnóza a cvičení ztratilo smysl. R3 bere cvičení zodpovědně, cvičí matka i babička. Jak R3 říká: „*cvičíme poctivě, protože chci Andulce pomoci, nechci, aby mi jednou vyčítala, že jsem se na ni vykašlala.*“ Také R4 cvičí poctivě s dcerou každý den. Zřejmě jsme měli štěstí na zodpovědné rodiče.

Další významnou subkategorií jsme sledovali interakce mezi sestrou a lékařem. Práci ortoptistky přímo ovlivňuje oftalmolog, se kterým pracuje v ordinaci. Ošmerová

(2010) nazývá sestru v oční ambulanci pravou rukou lékaře. Právě každodenní kontakt hodnotí dotazované sestry jako výhodu. Umožňuje rychlé řešení problémů, možnost okamžité konzultace. Dotazované sestry označují spolupráci s oftalmology jako výbornou, bezvadnou. Z rozhovorů vyplývá, že sestry si lékařů, se kterými pracují, váží jako odborníků ve své profesi. S4 považuje za důležité, aby si v práci všichni rozuměli, aby si dokázali říct, co se jim líbí, či nelíbí. Se vztahy na pracovišti je velmi spokojená a dokonce, přestože mohla kariérně postoupit výš, rozhodla se zůstat v ordinaci, právě kvůli výborným vztahům na pracovišti. Dobrá spolupráce a vztahy na pracovišti se pozitivně odráží také na klienty a jejich rodiče, kteří oceňují příjemnou atmosféru v ordinaci.

Práci sestry ortoptistky ovlivňují nepřímo také pediatři. Hrají velkou roli při záchytu zrakových vad. Odehnal (2013) vyjmenovává případy, kdy je nutné, aby pediatr odeslal dítě k oftalmologovi. Především u tupozrakosti je ideální diagnostikovat tuto vadu do tří let věku dítěte. Na tom se všichni odborníci shodují. Odehnal (2008) doporučuje pediatrům pečlivě provést vyšetření zrakové ostrosti, se zalepením střídavě obou očí, na preventivní prohlídce ve třech letech. Také Bečková (2014) zdůrazňuje pečlivé zakrytí oka při vyšetření visu, neboť děti při tomto vyšetření často podvádějí. Dotazované sestry zaznamenaly v záchytu zrakových vad pediatrii zlepšení, stále se však dle jejich názoru stává, že dítě přichází k oftalmologovi se závažným postižením oka pozdě. Tuto zkušenost uvádí S2, S3. S1 a S4 se zmiňují, že byly pro pediatrii Českou oftalmologickou společností pořádány semináře na téma včasného záchytu zrakových vad v rámci preventivních prohlídek. Rovněž ortoptistky pořádají semináře, pro sestry, které pracují v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost a dětských lékařů (Štěrbová, 2010). Hromádková (2011) tvrdí, že například jednoduchý zakrývací test, který odhalí strabismus i amblyopii, by měl každý pediatr zvládnout. Také Odehnal (2008) popisuje zakrývací test, jako nejjednodušší test k odhalení zjevného i skrytého šilhání, který se dá provést v jakékoliv ordinaci, bez potřeby pomůcek.

Zásadní pro profesní život ortoptistek, dětí i jejich rodičů se zdá být v posledních letech screening. Z výzkumného šetření vyplývá, že se rozmáhá screeningová metoda

záchytu zrakových vad pomocí přístroje Plusoptix. Vyšetření tímto přístrojem za poplatek nabízejí různé společnosti nejčastěji v mateřských školách a na veřejných akcích. Vyšetření lze provést u dětí již od šesti měsíců. Sestry ortoptistky vítají tuto možnost, ale mají určité výhrady. S3 považuje tento screening za výbornou pomoc v záchytu zrakových vad a doporučuje ho rodičům. S1 vnímá screening spíše jako komplikaci v její praxi. V souvislosti se screeningem narůstá počet klientů v ordinaci a často se stává, že se u dětí podrobným očním vyšetřením žádné onemocnění zraku nepotvrdí. S1 zastává názor, že rodiče by nejdříve měli s hodnotami naměřenými Plusoptixem zajít za pediatrem a ten by měl erudovaně rozhodnout, zda je nutné dítě odeslat k oftalmologovi. Oftalmolog na základě vyšetření rozhodne, zda je nutná dispenzarizace ve strabologické ambulanci. To je v souladu s doporučením České společnosti dětské oftalmologie a strabologie, která vydala v roce 2014 „*Doporučený postup screeningového testu přístrojem Plusoptix v České republice*“ (ČSDOS, 2014), kde je přesně definováno, kdo a jakým způsobem může vyšetření provádět a jakým způsobem se data naměřená Plusoptixem vyhodnocují. Dle doporučení ČSDOS, by měl screening ideálně provádět pediatr, dále ho může provádět oftalmolog, ortoptista, zrakový terapeut a optometriska. Tři posledně jmenovaní mohou vyšetřit pouze refrakci, optometriska navíc jen pod odborným dohledem oftalmologa, který zodpovídá za závěr. Pouze oftalmolog může tímto přístrojem vyšetřovat kromě refrakce i šilhání, tupozrakost a anisokorii. Oftalmologové nemají časovou kapacitu k provádění systematického screeningu. Dle doporučení ČSDOS má být v případě positivity testu kontaktován pediatr, který vyšetří visus a určí další postup. Toto doporučení bylo vydáno především proto, aby nebyli dále zahlcováni dětské oftalmologové pacienty (ČSDOS, 2014). S4 screening hodnotí kladně, ale rovněž zaznamenala v ordinaci nápor dětských klientů. Screening doporučuje rodičům v případě, že v rodině je brýlová vada, a také rodičům, kterým se zdá objednávací lhůta do ordinace dlouhá, a chtějí vyšetřit hned. Této možnosti využila například R4, která nechtěla čekat půl roku na vyšetření. Plusoptixem byly její dceři naměřeny hodnoty, které pak urychlily objednání do strabologické ambulance. Z informací, které jsme získali, se zdál být screening ve svých počátcích spíše výdělečnou činností a opravdu zbytečně zahlcoval oční

ambulance. Na základě doporučení ČSDOS se začíná dařit situaci korigovat. Dle našeho názoru by bylo ideální, kdyby Plusoptix vlastnil každý pediatr a v rámci preventivních prohlídek, by screening systematicky prováděl. Bylo by jistě i v zájmu zdravotních pojišťoven, tuto činnost podporovat. Pozitivní je, že někteří pediatři už Plusoptix vlastní a screening rodičům nabízejí. Bohužel, zatím tuto možnost nemohou využít pro své děti všichni.

Druhou kategorií jsme nazvali *Speciální činnosti sestry ortoptistky*. Sestry, které se účastnily našeho šetření, pracují ve strabologické ambulanci a samostatně vedou ortoptická a pleoptická cvičení ve cvičebnách. V ambulancích spolupracují s lékaři oftalmology, ve cvičebnách pracují samostatně. Do strabologických ambulančí dochází klienti rozsáhlého věkového rozpětí. Sestry se zde setkávají s dětmi prakticky od narození až do plnoletosti, S1, S2, S3 navíc s dospělými klienty, tedy se všemi věkovými kategoriemi. Spektrum onemocnění a zrakových vad, se kterými se zde dotazované setkávají, je velice rozmanité. Hromádková (2011) doporučuje, aby sestra ortoptistka získala praktické dovednosti na lůžkovém očním oddělení, aby perfektně zvládala techniky aplikace očních léků, obvazové techniky, jednoduchých očních vyšetření a zákroků, aplikaci kontaktních čoček, okluzorů. Stejný názor zastává také Ošmerová (2010). Tři dotazované sestry pracovaly na očních lůžkových oddělení, pouze S4 pracovala na interně, protože však ve strabologické ambulanci pracuje přes 30 let, její teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nepopiratelné a záviděníhodné. Sestry v ambulancích vedou dokumentaci, jak říká S4: „*v dnešní době se musí všechno psát, všechno podepisovat, takže všechno v kartě má paní doktorka napsáno.*“ Dále organizují, komunikují, edukují, objednávají pacienty, připravují je na vyšetření rozkapáváním očí, vyšetřují visus, asistují lékařům při vyšetřeních, umí pacienty uklidnit, děti správným způsobem podržet.

Sestry ortoptistky navíc ovládají ortoptické a pleoptické přístroje. Umí srozumitelně vysvětlit, na jakém principu pracují, což jsem si ověřila osobně při svých setkáních s dotazovanými sestrami a samozřejmě umí tyto přístroje prakticky ovládat. Měla jsem možnost pobýt jeden den v ortoptické cvičebně a sledovat práci ortoptistky. Z mého pohledu je práce s těmito přístroji velmi náročná a vyžaduje hluboké teoretické

znalosti i praktické zkušenosti. Potvrdila jsem si stejný názor Hromádkové (2011), který uvádí ve své publikaci. Dotazované se rovněž starají o čistotu a údržbu těchto přístrojů, S1 se zmiňuje o samozřejmé desinfekci a předcházení rizik infekce.

K základním vyšetřením v oční ambulanci je vyšetření zrakové ostrosti, tedy visu, na optotypech. Toto vyšetření je dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. plně v kompetenci ortoptisty. Dotazované sestry visus vyšetřují u všech klientů. Přizpůsobují se věku a schopnostem dítěte, S4 tvrdí, že na obrázkovém optotypu lze vyšetřit již dvouleté, spolupracující dítě. Sestry v souvislosti s vyšetřením visu instruuji rodiče, aby děti naučili základní sadu obrázků, starší děti doma trénují „éčka“, čili Pflügerovy háky, aby usnadnili vyšetření v ambulanci. Bečková (2014) ve svém článku domácí přípravu na vyšetření rovněž doporučuje. V Dětském očním centru Kukátko, kde Bečková pracuje, dávají rodičům sady obrázků, které rodiče doma děti naučí, také doporučují, aby si děti doma hrály s krasohledy, dalekohledy, popřípadě starými fotoaparáty, aby se nebály přístrojů, které na podobném principu pracují. Hru s dalekohledy zmiňuje a doporučuje i S3.

Vysoce specifická je práce ortoptistek na cvičebně. Dotazované mají cvičebny v sousedství strabologické ambulance, dvě sestry navíc docházejí na cvičebny v mateřských školách. Organizace cvičení je zcela v kompetenci ortoptistek. Cvičení si plánují, připravují, vyrábějí si pomůcky, vedou si podrobnou dokumentaci. Mají tak přehled o činnostech, které s dítětem prováděly a mohou je obměňovat, aby děti cvičení bavilo. Cvičebny jsou vybaveny přístroji a pomůckami. V rozhovorech nejčastěji zmiňovanými přístroji jsou troposkop, S3 ho nazývá její pravou rukou, synoptofor, cheiroskop, CAM, stereoskop a pak následují další. S1 a S4 používají na cvičení také prizmata, S2 si netroufá a přenechává cvičení s nimi lékaři. Jeřábková (2011) ve svém článku označuje prizmata za nedílnou součást ortoptických cvičení. Také Čaněcká (2009) a Grellová a Teichmannová (2010) je považují za běžnou ortoptickou pomůcku využívanou při cvičení. Ortoptistky by tedy měly cvičení s touto pomůckou ovládat. Na obranu S2 musím zmínit, že je z dotazovaných sester nejmladší a ortoptice se věnuje poměrně krátkou dobu. Její hlavní pracovní náplní je práce ve strabologické ambulanci. Sama říká: *„řekla bych, že my to děláme ve svém volném čase; ...takže my cvičíme, když*

si na to uděláme čas a děláme to tak strašně málo.“ Jeřábková (2011) ve svém článku dále představuje nejčastěji používané přístroje v ortoptice. Jsou jimi synoptofor, či starší troposkop, cheiroskop a stereoskop. Zde nalzáme shodu s dotazovanými. O tom, že práce s těmito přístroji je specifická a náročná, jsou přesvědčeni i rodiče klientů. Takto se vyjádřil R3 na otázku co si představuje pod pojmem ortoptista: „...asi sestřička z oční ordinace; ...určitě má nějakou specializaci, když jsem to poprvé všechno viděla, ty přístroje a tak, tak jsem nechápala, k čemu jsou dobrý a jak můžou pomoci a jak s nima může pracovat.“ Musím se přiznat, že i mně připadá ortoptika velice složitá, jak ta teoretická, tak i ta praktická.

Na práci s klienty ve cvičebně se musí ortoptistky připravovat. Hromádková (2011) je přesvědčena, že pestrost cvičení je pro dětské klienty zásadní. Sestry v rozhovorech hovoří o přípravách na cvičení s různým zaujetím. Všechny si uvědomují nutnost častého střídání činností i pomůcek. U přístrojů se snaží zaujmout například stále novými obrázky. V pleoptice využívají řadu pomůcek, které často i samy vyrábějí. Grellová a Teichmannová (2010) ve svém článku píše, že ortoptistka musí umět pomůcky na vyšetření i cvičení vyrábět. Zatímco S2 má pocit, že přichází přípravou na cvičení po večerech o svůj volný čas, S4 vzpomíná na své začátky v ortoptice, kdy si musely sestry malovat obrázky a vyrábět většinu pomůcek samy, s láskou. Sama říká, že ji kreativita jejího povolání vždycky velmi bavila, a byla též dalším důvodem, setrvat v ortoptice tolik let. Sestry jsou přesvědčeny, že v dnešní době se pomůcky k domácímu pleoptickému cvičení dají snadno sehnat a rodičům není problém poradit, čemu se doma věnovat. R3 říká, že sestra jim poradila tolik věcí, že jsou schopny s dcerou vymýšlet činnosti, jak pro cvičení doma, tak venku, například i při koupání v bazénku. R4 v domácím cvičení také problém nevidí a říká: „ono je to vlastně jednoduchý, hrajeme si, něco vyrábíme, akorát přitom musí mít brejle a tu klapku.“ Děti, které ortoptická a pleoptická cvičení vnímají jako hru, lépe se uvolní a lépe spolupracují. S tímto názorem se ztotožňují jak dotazované sestry, tak například Bečková (2014).

Ve třetí kategorii jsme se zaměřili na spokojenost sester ortoptistek se svým zaměstnáním. Logicky se zde vytvořily dvě subkategorie. Ptali jsme se sester,

co je v jejich práci těší a motivuje a také co je naopak profesně trápí. Jednoznačně největším motivem pro tři dotazované jsou děti jako takové a možnost s nimi pracovat. Z rozhovorů s S1, S3 a S4 doslova číší láska k dětem. Mají děti rády, rozumí jim a umí s nimi pracovat. Pouze pro S2 není práce s dětmi sama o sobě motivující, říká o ní, že je psychicky náročná a neplánuje zůstat ve strabologické ambulanci natrvalo. Uspokojení přináší sestřím pokrok v léčbě. Dosažené výsledky je utvrzují v tom, že jejich práce má smysl, že stojí za to dětem se maximálně věnovat, rodiče neustále povzbuzovat, opakovaně přesvědčovat k domácí práci. Dobré výsledky a zlepšení motivují také děti a rodiče, kteří jsou následně spokojeni s léčbou. Spokojení, šťastní rodiče a spokojené, šťastné děti jsou zpětně zdrojem spokojenosti sester ortoptistek. Všichni mají společný cíl: dítě, které nebude ve svém životě omezené zrakovou vadou, nebude omezené například ve výběru povolání z důvodu zrakové vady, nebude viditelně stigmatizované.

Každá strana má dvě mince, a povolání ortoptistky má i své stinné stránky, které sestřím zneprůjemňují profesní život. Kupodivu na otázku, co sestry profesně trápí, odpověděly různě. Na odpovědi jistě mělo vliv pracoviště, zaměstnavatel, věk dotazovaných, délka praxe. V jednom případě se sestra cítí velmi podhodnocena. Je sestrou specialistikou, získala specializaci v náročném oboru, své práci věnuje maximum, obětuje jí část svého volného času a zaměstnavatel ji nedocení. Odmítá ji vyplácet jako specialistku a ani jí nekompenzuje její úsilí například odměnou. O tom, že ortoptika není lukrativní obor a finanční ohodnocení je nízké se zmiňují i další dotazované sestry. S přibývajícími pacienty souvisí vysoká vytíženost ordinací. Prodlužují se objednací lhůty, ubírá se čas, který by klienti potřebovali na vyšetření, v některých ambulancích pracují ještě dlouho po ordinačních hodinách, aby uspokojili všechny klienty. S1 si stěžuje, že ani nemá čas dojít si na oběd. Tato situace je způsobena nejen s vysokým nárůstem klientů, ale i nedostatkem personálu. Mne osobně velmi překvapilo, že v Jihočeském kraji je ortoptistek tak málo. Pouze pět a to se některé chystají do důchodu. Situace v jiných krajích by stála za zmapování. Dlouhých objednacích lhůt, dlouhého čekání před vyšetřením i nedostatkem sester si všímají také rodiče. Neobviňují z této situace sestry, spíše kritizují celkové poměry

ve zdravotnictví. R4: „*To by se měli zamyslet asi jinde, že to nestačí, že jo. Furt to člověk slyší, že je málo lékařů, málo sester.*“

S4 si také posteskla nad stářím přístrojového vybavení cvičeben. Dle jejího názoru je ortoptistů málo a výrobcům se finančně nevyplatí investovat do vývoje a výroby nových přístrojů. Vývoj se ubírá cestou elektronických zařízení, vznikají programy a aplikace do chytrých zařízení, které podporují spolupráci oko ruka, rozvíjejí jemnou motoriku a trénují zrak (Bártová, 2013). Dotazované sestry vnímají tuto možnost pouze jako doplňkovou léčbu, činnost za odměnu. S3 se zajímala o program na počítač, dle jejích slov však spolupráce ze strany dodavatele vázla. S2 se podařilo získat tablet s programem, který na cvičebně využívá jako motivační pomůcku za odměnu. Osobně si myslím, že v dnešní elektronické době, možnost využití počítačů a tabletů nelze přehlížet. Středisko rané péče Eda vyvinulo vlastní aplikaci do tabletů, která podporuje spolupráci mozek, oko, ruka, stimuluje zrak a procvičuje jemnou motoriku. V aplikaci lze nastavit různé kategorie a obtížnosti, dle individuálních potřeb dítěte. Rodiče mají navíc zpětnou vazbu, protože si v sekci dovednosti zkontrolují, jak si dítě vedlo. Nevýhodou této aplikace je, že je podporována pouze v zařízení iPad, což může být pro některé rodiče limitující.

Zajímavou alternativou se jeví projekt Diagnostika a léčba strabismu, o kterém se rozepisuje Heřmanská (2015) ve své bakalářské práci. Projekt vznikl na katedře kybernetiky elektrotechnické fakulty ČVUT v Praze a je zatím ve fázi testování. Skládá se ze dvou částí, první bude využívána v ortoptických cvičebnách, druhá je určena pro domácí použití. Jednotlivé úkoly pro domácí práci bude zpřístupňovat a následně kontrolovat ortoptista. Tento program bude podporován běžně dostupnými operačními systémy používanými v elektronických zařízeních.

Heřmanská (2015) nás ve své bakalářské práci seznamuje i s dalšími aplikacemi pro elektronická zařízení, které jsou v současné době již použitelné. Dva studenti pardubické univerzity vytvořili aplikaci Anna pro tablety. Tato aplikace je schopná elektronicky simulovat cvičení na přístroji CAM. Také Dětské oční centrum Kukátko vytvořilo léčebné herní aplikace, které je možné zakoupit do chytrých zařízení. Jak se zdá vývoj tímto směrem se ubírá rychle dopředu. Určitě je to zajímavá varianta

pro zpestření a doplnění ortopticko- pleoptických cvičení. Ale přejme si, aby nenahradila zvláště u domácího cvičení činnosti, při kterých si rodiče s dětmi hrají a posilují jimi nejen spolupráci mozek, oko, ruka, ale taky vztah rodič- dítě.

Ve výzkumném šetření nás dále zajímalo vzdělávání dotazovaných sester. Chtěli jsme zjistit, jakým způsobem si doplňují informace a znalosti sestry ortoptistky a chtěli jsme znát jejich názor na současný způsob vzdělávání v oboru ortoptista. Povinnost celoživotního vzdělávání nelékařských profesí stanovuje zákon. Hromádková (2011) říká, že: „*dobré ortoptisky mají snahu se stále učit a zlepšovat svou práci.*“ Ortoptistky, které se účastnily výzkumného šetření, jsou dobrými ortoptistkami, protože snahu stále se vzdělávat a zajímat se aktivně o novinky ve strabologii i oftalmologii mají. Jezdí na školení, kongresy, semináře, pátrají po novinkách na internetu. Některé ve svém osobním volnu a na vlastní finanční náklady, některé mají ke vzdělávání lepší podmínky. S4 velice oceňuje lékařku, která vždycky sestrám vzdělávání umožňovala a na kongresy jezdí společně. Důležitou součástí vzdělávacích akcí je vyměňování zkušeností s kolegyněmi. Semináře a workshopy pořádá například Česká společnost ortoptistek, nebo oftalmologická sekce České asociace sester. Obor ortoptista definovaný zákonem 96/ 2004 Sb. je v současné době možné studovat pouze prezenčně na jediné vysoké škole v České republice. Specializační vzdělávání sester v ortoptice a pleoptice bylo zrušeno. Tato situace se dotazovaným sestrám nelíbí z několika důvodů. Myslí si, že obor dostuduje nedostatečný počet uchazečů, protože během studia zjistí, že je to obor finančně málo lukrativní, nebo zjistí, že to není práce, jakou si představovali. Dotazované byly spokojené s dřívějším modelem specializačního vzdělávání. Sestry, které vykonávaly praxi na očním oddělení, měly zkušenosti s péčí o dětské pacienty, si vybíraly studium ortoptiky, protože věděly, co obnáší a měly představu, jak své teoretické znalosti uplatní v praxi. Druhým argumentem proti současnému systému je nemožnost dálkového studia. S1 a S4 mají ve svém okolí zájemce o ortoptiku, rádi by v oboru pracovali, ale nemůžou si dovolit studovat prezenčně z ekonomických důvodů, jsou to lidé výdělečně činní, kteří už mají rodiny. Dále je položena otázka, jak se v praxi osvědčí oddělení ortoptistů od profese všeobecné sestry. S1 vyjádřila obavy, zda ortoptistům nebude část zdravotnického vzdělání

chybět. Až praxe ukáže, jak se nový model vzdělávání osvědčí. Bylo by zajímavé prozkoumat tuto situaci v jiných krajích naší republiky, kde samostatné ortoptické ambulance fungují. Jakým způsobem ortoptisti spolupracují s oftalmology, jak jsou financováni, zda mají časový prostor k depistáži zrakových vad.

Přes počáteční obavy z výzkumného šetření v pro mne zcela neznámé oblasti, se mi nakonec bakalářská práce zpracovávala velice dobře. Postupné pronikání do tajů strabologie a především velmi příjemné rozhovory se vstřícnými sestrami ortoptistkami, které mi mnohé pomáhaly pochopit, mne pohltilo. Profil ortoptistky jako „*sestry klidné, trpělivé, spolehlivé, s dobrým postřehem, logickým úsudkem, snahou se stále učit a svou práci zlepšovat*“ (Hromádková, 2011, s. 156) se naprosto hodí na sestry, se kterými jsem měla možnost vést rozhovory. Myslím si, že pro práci ortoptisty se nehodí každý. Samozřejmě musí mít předpoklady zvládnout teorii oboru. Velmi důležitý je ale osobnostní profil. Láska k dětem, empatie a kreativita jsou vlastnosti, které se nedají naučit, ty musí člověk mít, anebo je získat zkušeností. Snad nastupující ortoptisté, kteří budou první tři roky pracovat pod odborným dohledem, dokáží tyto vlastnosti a zkušenosti od sester, jako byly naše dotazované, nasát. Rodiče, kteří se účastnili výzkumného šetření, se jednoznačně shodli, že přístup sester i lékařů je profesionální, příjemný a lidský, i proto jsou ochotni, tak říkajíc, mávnout rukou nad dlouhým čekáním v čekárnách ordinací. Rozhovory s rodiči potvrdily, že role sester ortoptistek je specifická, nezastupitelná a významná. Přejme si, aby nová generace ortoptistů byla stejně kvalitní po profesní i lidské stránce, jako ta, která, bohužel, bude v brzké době strabologické ambulance opouštět.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká jsou specifika práce sestry ve strabologické ambulanci a zjistit roli sestry z pohledu rodičů dětí v této ambulanci léčených. Ve strabologických ambulancích pracují sestry se specializačním vzděláním v oboru Ošetřovatelská péče v ortoptice a pleoptice. Tyto sestry pracují v ambulanci společně s oftalmologem. Organizují chod ambulance, provádějí samostatně některá vyšetření. Přípravují klienty k vyšetření. Asistují lékařům při vyšetřeních, či zákrocích, umí podržet dítě správným způsobem. Jsou prostředníky ve vztahu dítě- lékař, nebo rodič- lékař. Kromě práce v ambulanci vedou sestry ortoptistky samostatně ortopticko- pleoptická cvičení. Potřebují k tomu hluboké teoretické znalosti i praktické dovednosti. Pracují zde s ortoptickými a pleoptickými přístroji. K pleoptickým cvičením používají ortoptistky pomůcky, na jejichž výrobě se samy podílejí. Sestry ortoptistky připravují cvičení tak, aby se na něj děti těšily a považovaly je za hru.

Nejčastějšími vadami zraku, se kterými se sestry ortoptistky setkávají při své praxi na cvičebně, jsou tupozezrakost a šilhání. K nápravě těchto vad zraku je zapotřebí spolupráce klienta i jeho rodičů, či osob, které o dítě pečují. Velkou roli hraje domácí cvičení. Úkolem sestry ortoptistky je rodičům poskytovat informace, rady, naučit je pečovat o optické pomůcky, aplikovat léky do spojivkového vaku, motivovat je k domácímu cvičení, doporučovat pomůcky ke cvičení. K tomu je zapotřebí komunikačních schopností, empatie a trpělivosti.

Rodiče očekávají od sester vlídný a trpělivý přístup. Neváhají obracet se na sestry s dotazy i s problémy. Především očekávají, že jejich dítě bude vyléčeno.

Cíl bakalářské práce byl splněn. Zjistili jsme, že práce ve strabologické ambulanci je vysoce specifická, a že pro rodiče je sestra ortoptistka prostředníkem k nápravě zrakové vady jejich dítěte.

Při práci na výzkumném šetření nás zaskočil nedostatek strabologických ambulancí a sester ortoptistek v Jihočeském kraji, jehož následkem jsou ambulance přeplněné a objednávací lhůty dlouhé. Ulehčením by mohla být větší angažovanost pediatrů v depistáži a dispenzarizaci zrakových vad. Zapojit pediatry ve větší míře se snaží, jak lékaři oftalmologové, tak ortoptistky prostřednictvím seminářů a workshopů.

Vyvstává otázka, kolik pediatriů v Jižních Čechách provádí v rámci preventivních prohlídek vyšetření zraku pomocí Plusoptixu, zda provádějí zakrývací test, zda vyšetřují visus s řádně zalepeným okem, jestli odesílají k oftalmologovi včas děti s hereditární zátěží. Zajímalo by nás také, jestli je dodržováno v Jihočeském kraji doporučení ČSDOS k provádění screeningového testu Plusoptixem.

Bakalářská práce by mohla přiblížit práci sestry ortoptistky uchazečům o studium ortoptiky. Poznatky o důležitosti včasného zachytu zrakových vad by mohly být využity k přípravě přednášky pro sestry pracující v ordinacích pediatriů.

7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTOVÁ, L., 2013. Máme vlastní aplikaci na iPady: Eda play. *Raná péče*. 3(1), 8-9. ISSN neuvedeno. MK ČR E 20501

Binocular s.r.o., 2015. Centrum estetické chirurgie Litomyšl, fotogalerie [online]. [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.binocular.cz/index.php/site/galerie/id/8/stranka/13>.

BEČKOVÁ, V., 2014. Vyšetření dětských očí. *Florence*. 10(2), 20. ISSN 1801-464X.

BEDNÁRIKOVÁ, I., NOVÁKOVÁ, H., TEICHMANNOVÁ, B., 2010. Pleoptická cvičení tupozrakosti u dětí. *Florence*. 6(2), 30-31. ISSN 1801-464X.

ČANĚCKÁ, P., 2009. Cvičení fúze v prostoru prizmaty u šilhajících dětí. *Sestra*. 19(6), 33. ISSN: 1210-0404.

Doporučený postup screeningového testu přístrojem Plusoptix v České republice, 2014. [online]. ČSDOS. [cit. 2015-09-12]. Dostupné z <http://www.detskeocni.cz/Odborne-clanky-C1/Doporučený-postup-screeningového-testu-A4.html>

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetřovatelství teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

GRELLOVÁ, G., TEICHMANNOVÁ, B., 2010. Ortoptické cvičení v Očních mateřských školkách. *Florence*. 6(2), 32. ISSN 1801-464X.

HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z., 2007. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. 125 s. ISBN 978-80-731-5159-1.

HEŘMANSKÁ, V., 2015. *Léčba tupozrakosti*. Olomouc. Bakalářská práce. PřF UP

HORNOVÁ, J., 2011. *Oční propedeutika*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-40874.

HROMÁDKOVÁ, L., 2011. *Šilhání*. 3. nezměň. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 978-80-7013-530-3.

JEŘÁBKOVÁ, A., 2010. *Česká společnost ortoptistek se představuje*. [online]. 4oci.cz [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://www.4oci.cz/ceska-spolecnost-ortoptistek-se-predstavuje_4c123.

JEŘÁBKOVÁ, A., 2011. Ortoptické cvičení 1. část. *Česká oční optika*. 8(1), 52-53. ISSN 1211-233X.

JEŘÁBKOVÁ, A., 2011. Ortoptické cvičení 2. část. *Česká oční optika*. 8(2), 42-43. ISSN 1211-233X.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUCHYNKA, P., a kol., 2007. *Oční lékařství*. Praha: Grada. 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.

MK OPTIK. Váš prodejce brýlí a kontaktních čoček. *Dětské okluzory*. [online] [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.mkoptik.cz/cz/doplňkovy-sortiment/detske-okluzory/10>.

MODLINGEROVÁ, E., 2013. Víte co je ortoptika? *Raná péče*. 3(1), s. 17-18. ISSN neuvedeno. MK ČR E 20501

MOUREK, J., 2012. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

NETTER, F. H., 2012. *Netterův anatomický atlas člověka*, 2.vyd. Brno: Computer Press. 540 s. ISBN 978-80-264-0079-0.

ODEHNAL, M., 2008. Strabismus. *Postgraduální medicína*. [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/strabismus-367843>.

ODEHNAL, M., 2013. Několik pohledů na strabismus. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 9(4), 32-33. ISSN: 1801-1349.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

ROZSÍVAL, P. et al, 2006. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

RŮŽIČKOVÁ, Z., 2010. Ošetrovatelská péče v dětské oftalmologii. *Nemocniční listy fakultní nemocnice Brno*. 11(1), 14-15. ISSN neuvedeno.

SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 245 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠTÁVA, M., 2015. Ordinace odborného očního lékaře. MUDr. Michal Štáva. *Oční onemocnění* [online] [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.stavaocniambulance.cz/ocni-onemocneni>.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2010. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011.[online]. [cit. 2014-10-25]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2014-10-25]. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2004, částka 30, §5 a §12. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#cast1>.

ZOUBKOVÁ, K., 2015. *Ošetrovatelská péče u dětí s vybranými vadami zraku*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU

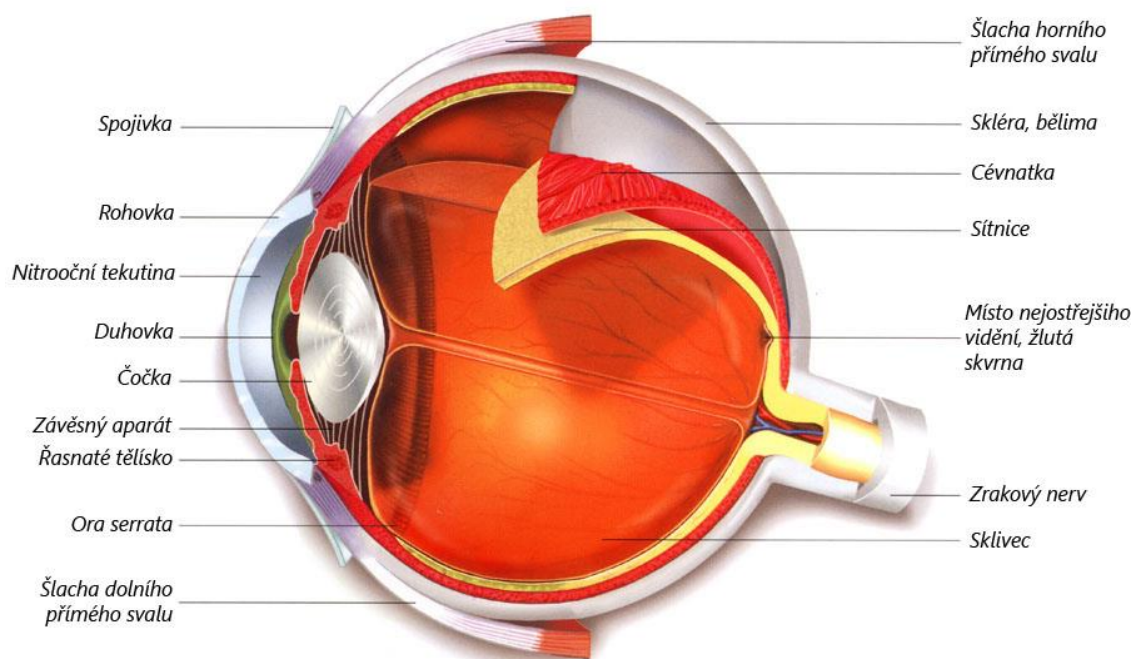
8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1	Anatomie oka
Příloha 2	Okohybné svaly
Příloha 3	Rozdělení strabismu
Příloha 4	Synoptofor
Příloha 5	Cheiroskop
Příloha 6	Sada prizmat
Příloha 7	Okluzory
Příloha 8	Campbellův zrakový stimulátor
Příloha 9	Otázky pro sestry ortoptistky
Příloha 10	Otázky pro rodiče dětí se zrakovou vadou
Příloha 11	Ukázka zpracování rozhovorů
Příloha 12	CD

Příloha 1

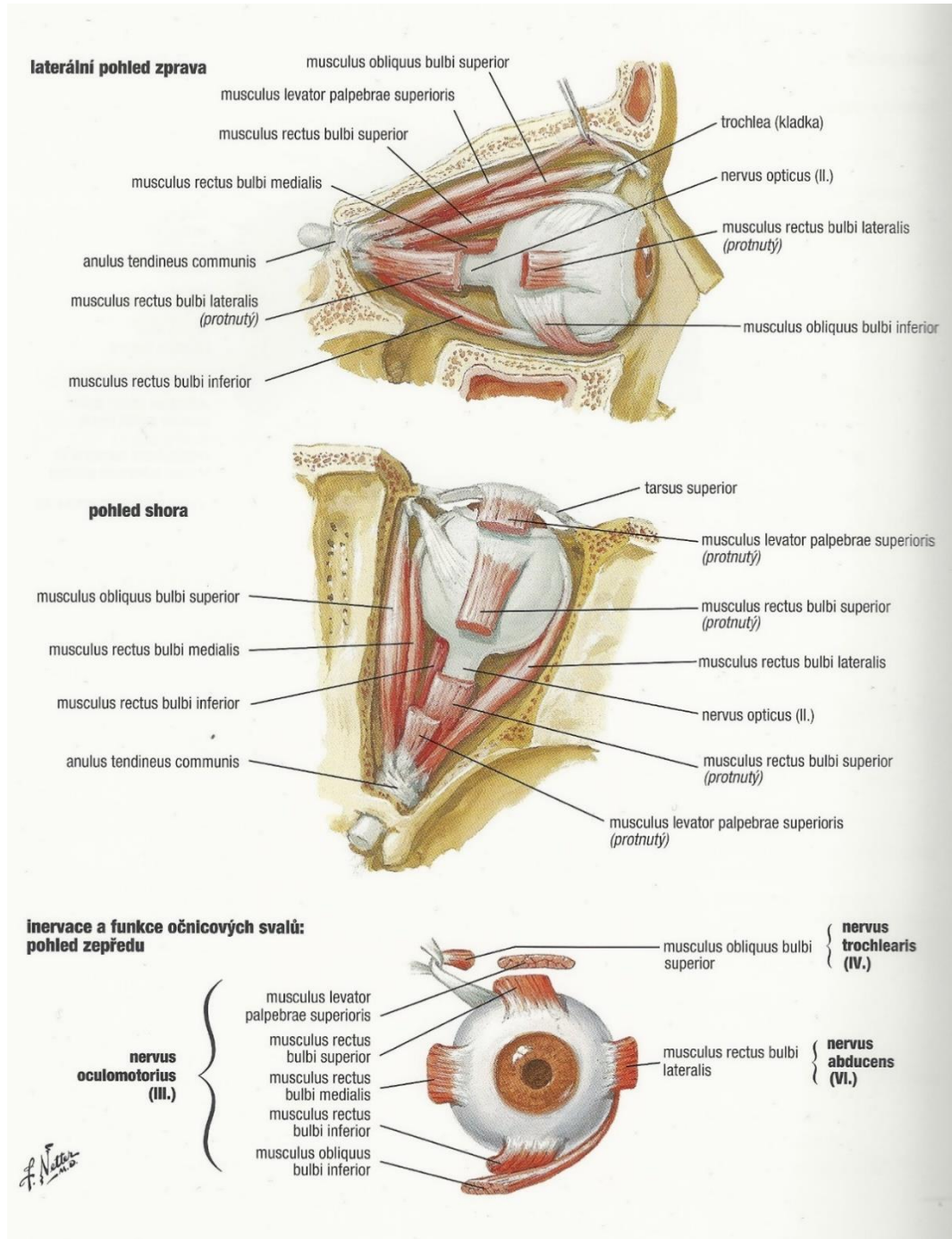
ANATOMIE OKA



Zdroj: ŠTÁVA, M., 2015. Ordinance odborného očního lékaře. MUDr. Michal Štáva. *Oční onemocnění* [online] [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.stavaocniambulance.cz/ocni-onemocneni>.

Příloha 2

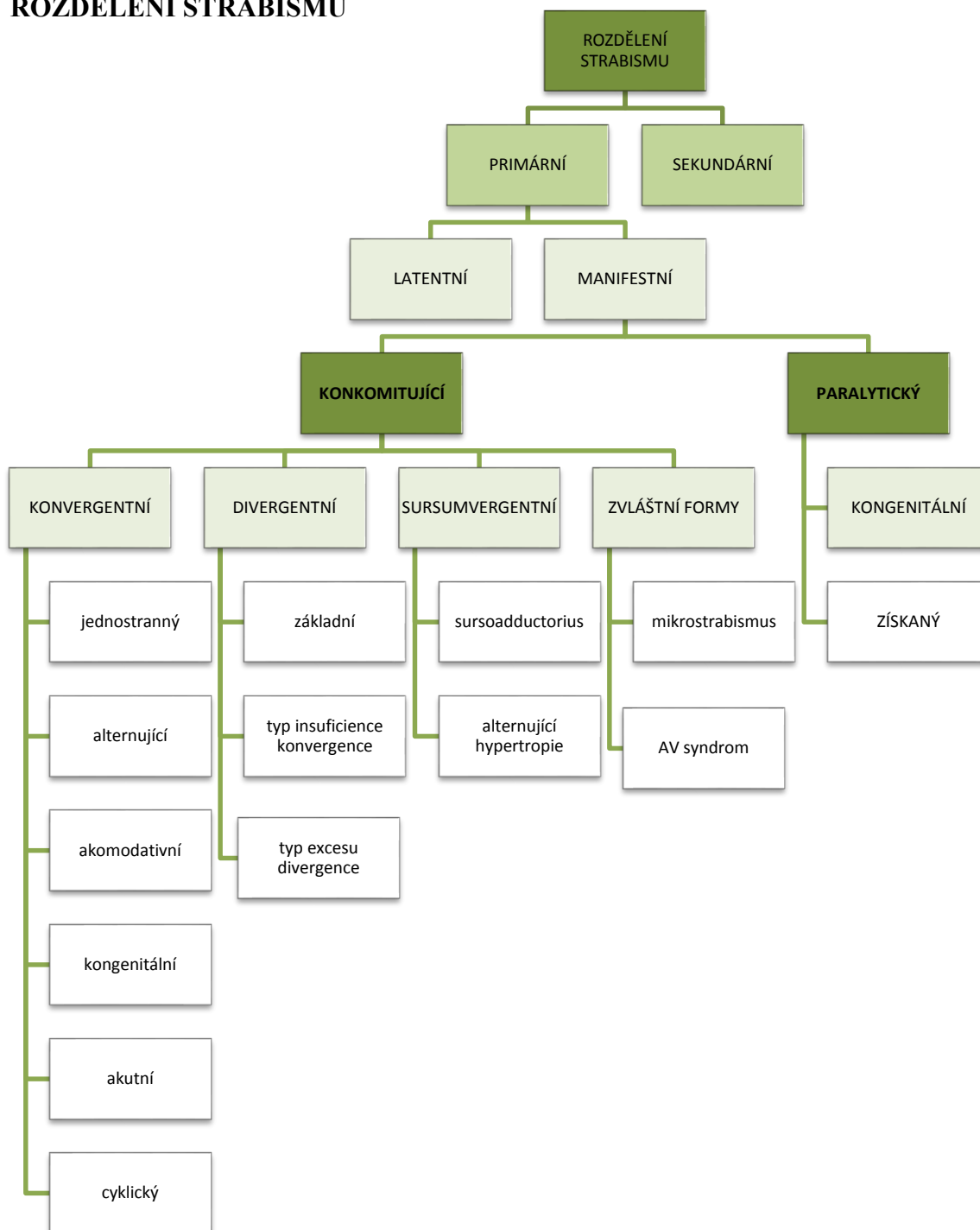
OKOHYBNÉ SVALY



Zdroj: NETTER, F. H., 2012. *Netterův anatomický atlas člověka*, 2.vyd. Brno: Computer Press. 540 s. ISBN 978-80-264-0079-0

Příloha 3

ROZDĚLENÍ STRABISMU



Zdroj: HROMÁDKOVÁ, L., 2011. *Šilhání*. 3. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 978-80-7013-530-3.

Příloha 4

Synoptofor



Zdroj: JEŘÁBKOVÁ, A., 2011. Ortoptické cvičení- 1. část. 4. *oci.cz*. [online]. 1 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: http://www.4oci.cz/ortopticke-cviceni-1-cast_4c508

Příloha 5

Cheiroskop



Zdroj: Binocular s.r.o., Centrum estetické chirurgie Litomyšl, fotogalerie [online]. s.1 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.binocular.cz/index.php/site/galerie/id/8/stranka/13>

Příloha 6

Sada prizmat



Zdroj: ČANĚCKÁ P., 2009. Cvičení fúze v prostoru prizmaty u šilhajících dětí. *Sestra*. 2009. 19(6), 33. ISSN: 1210-0404.

Příloha 7

Okluzory

náplast'ové



látkové plst'ové



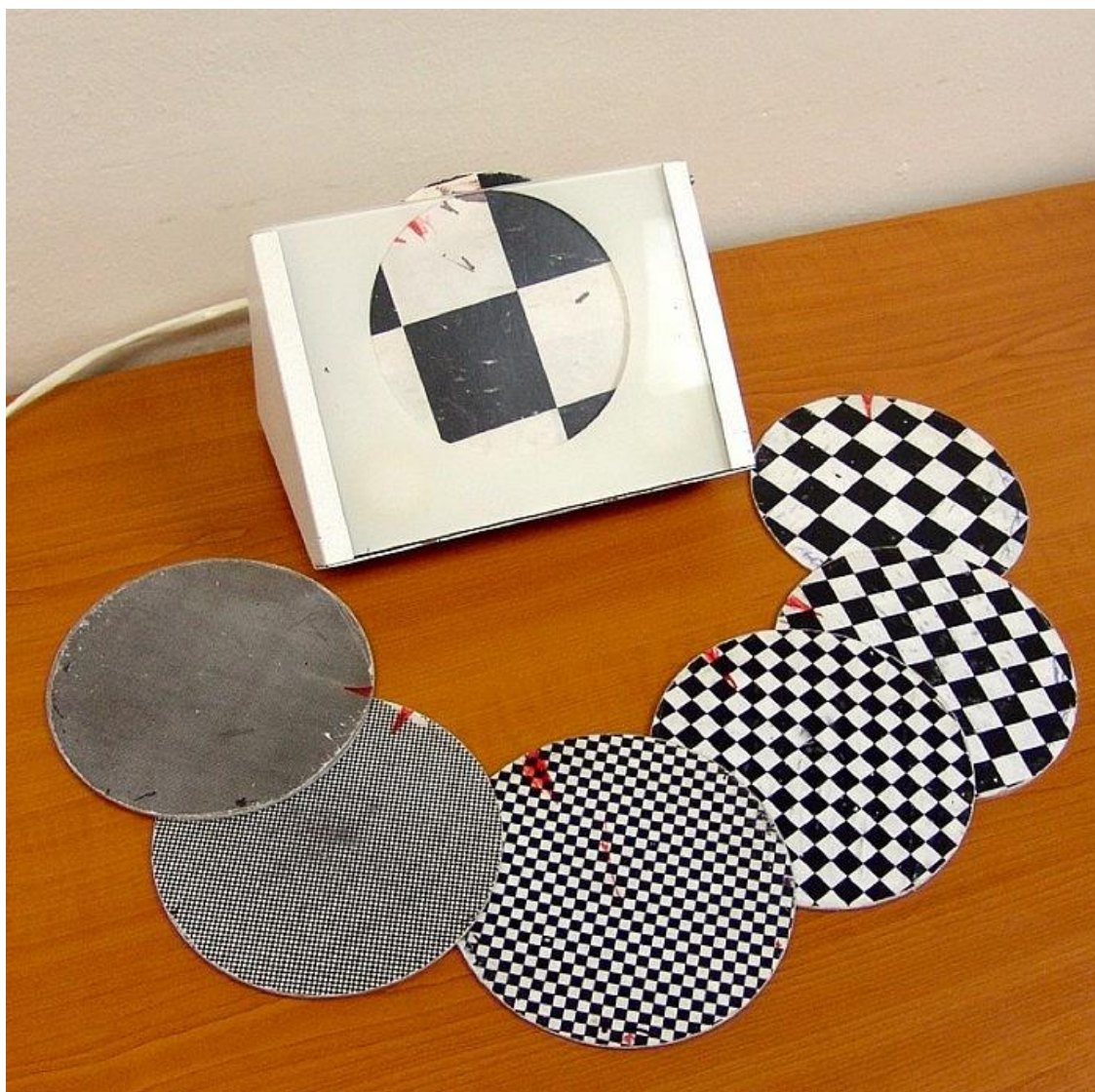
gumové



MK OPTIK. Váš prodejce brýlí a kontaktních čoček. Dětské okluzory. [online] [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.mkoptik.cz/cz/doplňkový-sortiment/dětské-okluzory/10>.

Příloha 8

Campbellův zrakový stimulátor



Zdroj: Binocular s.r.o., Centrum estetické chirurgie Litomyšl, fotogalerie [online]. s.1 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.binocular.cz/index.php/site/galerie/id/8/stranka/13>

Příloha 9

OTÁZKY PRO SESTRY- ORTOPTISTKY

1. Můžete mi prosím popsat svoji profesní kariéru?
2. Proč jste zvolila zdravotnickou profesi?
3. Proč jste se rozhodla věnovat ortoptice?
4. S jakou věkovou kategorií klientů nejčastěji spolupracujete?
5. Jak ovlivňuje věk klientů vaši práci?
6. Jakým způsobem spolupracujete s rodiči dětských klientů?
7. Jak byste popsala vaši spolupráci s oftalmologem?
8. Jakými poruchami zraku se ve své ordinaci zabýváte?
9. V čem vidíte hlavní náplň své práce?
10. Co musí klient absolvovat, než se dostane do vaší péče?
11. Myslíte si, že se do vaší péče dostávají klienti včas?
12. Spolupracujete s pediatry, účastníte se screeningu ve školkách?
13. Můžete mi, prosím, popsat, jak probíhá vaše první setkání s klientem?
14. Jak probíhají další setkání a jak se na ně připravujete?
15. Kolik času můžete věnovat klientovi při jednom setkání?
16. Jak dlouho zůstává klient ve vaší péči?
17. Ke své práci potřebujete řadu přístrojů a pomůcek, můžete mi o nich něco říct?
18. Jakou roli hraje v ortoptice a pleoptice domácí cvičení?
19. Jakým způsobem klienty, či jejich rodiče edukujete?
20. Jaké jsou vaše možnosti motivovat klienty, či jejich rodiče k domácímu cvičení?
21. Jaký máte názor na současné možnosti vzdělávání ortoptistů?
22. Jakým způsobem získáváte nové informace ve vašem oboru?
23. Co vás ve vaší práci motivuje a těší?
24. Je něco, co vás profesně trápí a ráda byste to změnila?

Příloha 10

OTÁZKY PRO RODIČE DĚTÍ SE ZRAKOVOU VADOU

1. Budu v našem rozhovoru používat slovo „ortoptistka“, co si pod tímto pojmem představujete?
2. Můžete mi, prosím, popsat, s jakým očním onemocněním se vaše dítě léčí?
3. Kdo vás jako první na tuto vadu, či onemocnění upozornil?
4. Jaké informace o této vadě, onemocnění máte?
5. Jakým způsobem jste tyto informace získali?
6. Stačí vám informace, které máte, nebo cítíte potřebu vědět víc?
7. Na koho se obracíte s dotazy ohledně onemocnění vašeho dítěte a proč?
8. Co všechno jste museli absolvovat, než jste se dostali do péče ortoptistky?
9. Jak proběhlo vaše první setkání s ortoptistkou?
10. Jak vnímá vaše dítě léčbu, cvičení?
11. Jaký postoj k léčbě, cvičení máte vy?
12. Podílíte se na léčbě, cvičení i vy, nebo někdo z rodiny?
13. Změnili byste rádi něco ve spolupráci se zdravotníky?

Příloha 11

Ukázka zpracování rozhovorů

Rozhovor č. 2

32 myslím. Předškoláků máte nejmíc? Ty předškolní to už jsou mazáci jakoby ale dvouletý dítě
33 ani čtyřletý vám tady neudělá to, co já potřebuju. *INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP - VĚK*

34 **5. Jak ovlivňuje věk klientů vaši práci?**

35 Tak to jsou různé. Někdo tady ve třech letech umí ukázat éčko a někdo to neumí ani v pěti, jo
36 takže. Individuálně podle vývoje dítěte.

37 **6. Jakým způsobem spolupracujete s rodiči dětských klientů?**

38 Myslíte jakoby při tom cvičení nebo celkově? Celkově a pak i u toho cvičení. Někdy je to
39 docela těžký ta spolupráce s těma rodičema. Oni nejsou schopni pochopit, že třeba musej ty děti
40 nosit tu okluzi třeba pět hodin denně. Že jakoby nespolupracujou moc. Já bych si zrovna
41 myslela, že to je v jejich zájmu, aby jejich dítě vidělo. Oni si myslí, že přijdou k nám jednou,
42 my tady s ním zacvičíme, uděláme okluzi a dítě je vyléčený. Oni nechápou, že to je napořád.
43 Takže někdy je ta spolupráce fakt těžká. Měli by doma s nimi taky cvičit? Doma jo, oni
44 většinou dávají ty děti do školky, nevím jak to je třeba v Budějovicích, my tady máme speciální
45 třídu, kam já chodím cvičit a těm dětem se to nalepí na nějaký ty hry a vlastně sfoukne se to
46 dopoledne a odpoledne a doma už to záleží na těch rodičích. Jak se rodiče naučí cvičit? No to
47 není nic těžkýho, to my jim řekneme, co mají dělat, zalepit oko, stavět puzzle, navlíkat korálky
48 nějaká činnost, kde se zapojí i mozek. Ale nosit ven to v žádným případě. Ale stejně ty děti
49 občas přijdou a mají to nalepený, no. Myslím si, že ty rodiče, co to nemají načtený, tak je to pro
50 ně těžký pochopit. Od koho rodiče dostávají první informace? Dáváme jim letáky, dáváme
51 jim internet, stránky, kde si můžou prostě zjistit, co chtějí. Někdy to nechtějí sami pochopit,
52 nebo dělají scény, že dítě bude nosit brejle, okluzi. Pak to dítě, že jo v osmnácti si řekne, no tak
53 kdybyste se mnou cvičili, tak bych viděl. *SPOLUPRÁCE SE STRA RODIČ*
EDUKACE
DOPORUČENÍ

54 **7. Jak byste popsala vaši spolupráci s oftalmologem?**

55 Jo tak to máme bezvadnou spolupráci, my jsme tady vlastně jenom tři, co máme tady ty
56 zkoušky, já jediná sestra a dva doktoři, takže my spolupracujeme v pohodě. Doktoři určí
57 diagnózu a cvičení je na mně. Dítě si pak ještě sama vyšetřím, jak potřebuju já, ale většinou ty
58 těžší věci dělá doktor.

59 **8. Jakými poruchami zraku se ve své ordinaci zabýváte?**

60 Tupozrakostí a šilháním. To je jedno s druhým. Když dítě šilhá, tak to jedno očičko nefunguje.
61 Tak to asi nejmíc a pak takový ty školní myopie, kdy děti přestávají vidět na tabuli, kdy je na
62 tam na ty děti největší nápor- první, druhá třída a zhorší se jim vidění. Ale nejmíc asi ta

2

Zdroj: vlastní zpracování

