

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Aneta Vojtíšková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská problematika pacientů s poruchou zraku

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Pavel Scholz

Autor práce:
Aneta Vojtíšková

Abstrakt

Bakalářská práce na téma *ošetřovatelská problematika pacientů s poruchou zraku* se zabývá zjištěním specifikací v ošetřování u nevidomých nebo slabozrakých pacientů.

V teoretické části naleznete anatomii, fyziologii, vyšetřovací metody, rozsah zrakového postižení a především ošetřovatelství. V této části se zabýváme komunikací, orientací v prostoru, stravováním, rozdáváním léků, správnému vedení, hygienické péči, dokumentům v tištěné formě a vyšetřením u pacientů s poruchou zraku. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zjišťování specifik ošetřovatelské péče u pacientů s poruchou zraku. A to pomocí kvalitativního výzkumu, který probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky výzkumu jsou rozděleny do dvou částí, tedy rozhovory se sestrami na standardních odděleních a také rozhovory s náhodně vybranými pacienty. Tyto rozhovory jsme v práci zpracovali do kazuistik a kategorizovaných tabulek.

Z výsledků naší bakalářské práce vyplývá, že sestra hraje hlavní úlohu v ošetřovatelské péči o pacienta s poruchou zraku. Důležitým faktorem v ošetřování je komunikace a u pacientů s poruchou zraku toto tvrzení platí dvojnásob. Sestra tedy nevykonává jen úlohu pečovatelky, ale i komunikátorky a edukátorky. V teoretické části nazvané ošetřovatelství naleznete správný postup při výkonech prováděných u pacientů s poruchou zraku. Dostatek znalostí v této oblasti může předejít nepříjemným situacím, nebo dokonce zraněním personálu či pacienta.

Abstrakt

The thesis on *Caregivers problems of patients with eye-sight disorders* is focused on discovering of specifications in the field of treatment of blind or sand-blind patients.

The theoretical part of this thesis focuses on anatomy, physiology, screening methods, range of eye-sight disorder and last but not least treatment. In this particular part we take a closer look at communication, orientation in space, eating, distribution of medicaments, correct procedures, hygiene, printed documents and screening of patients with eye-sight disorders. The practical part of this thesis is devoted to discovering of specifics of the treatment care for the eye-sight disordered patients. This is done using qualitative research constructed as semi-structured interview with nurses from ordinary departments as well as with randomly selected patients. These interviews were processed into case interpretations and category charts.

One of the main result of our thesis is that the nurse plays major role in medical treatment of eyesight disordered patient. The important part of treatment is communication - treatment of eye-sight disordered patients is no exception from this rule. Nurse is not only caretaker, but also communicator and educator. The thesis includes the correct procedures of different operations undergone by eye-sight disorder patients. Sufficient knowledge of those can prevent unpleasant situations or even injuries of the medical staff or the patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská problematika pacientů s poruchou zraku“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejné přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Pavlu Scholzovi za cenné rady, čas a podporu při vedení práce. Dále děkuji respondentům za jejich čas a vstřícnost. V neposlední řadě patří mé velké díky rodině, která mě trpělivě podporovala po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie zrakového ústrojí.....	4
1.1.1 Oční koule	4
1.1.2 Bělíma, sclera	4
1.1.3 Rohovka, cornea.....	4
1.1.4 Cévnatka, choroidea	4
1.1.5 Sítnice, retina.....	4
1.1.6 Sklivec	5
1.1.7 Okohybné svaly.....	5
1.1.8 Víčka	5
1.1.9 Slzný aparát	5
1.2 Fyziologie	5
1.2.1 Tyčinky.....	5
1.2.2 Čípky	6
1.3 Vyšetřovací metody	6
1.3.1 Bezkontaktní tonometr	6
1.3.2 Autorefrakto-keratometr.....	6
1.3.3 Vyšetření zrakové ostrosti.....	7
1.3.4 Vyšetření zrakového pole.....	8
1.3.5 Kampimertie.....	8
1.3.6 Perimetrie	9
1.3.7 OCT-SLO	9
1.4 Rozsah zrakového postižení	9
1.5 Příčiny zrakového postižení.....	10
1.5.1 Katarakta	11
1.5.2 Diabetická retinopatie	11
1.5.3 Věkem podmíněná makulární degenerace	12
1.5.4 Trachom	13
1.5.5 Úrazy oka	13
1.6 Klasifikace zrakových postižení	14
1.6.1 Medicínská klasifikace	15
1.6.2 Zrakově postižení u dětí	15
1.6.3 Pacient s vrozenou poruchou zraku.....	15
1.6.4 Pacient se získanou vadou.....	16
1.6.5 Kompenzační pomůcky.....	16
1.6.6 Sdružení zrakově postižených.....	17
1.7 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku	17
1.7.1 Komunikace	18
1.7.2 Orientace v prostoru	19
1.7.3 Stravování.....	19
1.7.4 Rozdávání léků	20
1.7.5 Hygienická péče	20

1.7.6	Správné vedení	21
1.7.7	Dokumenty v tištěné formě	21
1.7.8	Vyšetření a jiné výkony.....	22
2.	Cíl práce a výzkumná otázka	23
2.1	Cíl práce.....	23
2.2	Výzkumné otázky	23
3.	Metodika práce	24
3.1	Použitá metodika	24
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	24
4.	Výsledky	25
4.1	Vyhodnocení rozhovorů se sestrami.....	25
4.2	Výsledky dotazovaných pacientů	47
5.	Diskuze	64
6.	Závěr	69
7.	Seznam použitých zdrojů	70
8.	Klíčová slova	72
9.	Přílohy	73

Úvod

Bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská problematika pacientů s poruchou zraku jsem si vybrala, protože mi tato problematika přijde velice zajímavá a aktuální. V rámci bakalářské práce jsem mohla navštívit tyfloservis, tato návštěva mi přišla velice zajímavá a užitečná.

Naši bakalářskou práci jsme zaměřili pouze na ošetřování slabozrakých nebo nevidomých pacientů. Přesto, že mezi poruchy zraku patří i mnoho dalších onemocnění jako jsou například refrakční vady. Na tuto část poruch zraku jsme se zaměřili, protože zpracování celého tématu by bylo velice obšírné. Podle různých autorů zrak tvoří asi 70-90% zprostředkovaných informací. Úplná nebo částečná ztráta zraku proto způsobuje člověku značný informační deficit. Podle studie WHO z roku 2002 je na světě 37 milionů slepých a 124 milionů slabozrakých osob. V ČR bohužel nebyla uvedena bližší statistika o počtu nevidomých a slabozrakých.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabýváme anatomii a fyziologií, vyšetřovacími metodami, rozsahem zrakového postižení, které určuje kategorizace dle WHO. Podstatnou část jsme zaměřili na ošetřování pacientů s poruchou zraku a jejich specifika. Praktická část práce je tvořena pomocí kvalitativního výzkumu, tedy polostrukturovaných rozhovorů. Na základě výsledků byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u zrakově postižených.

1. Současný stav

1.1 Anatomie zrakového ústrojí

Ke zrakovému ústrojí patří zejména *bulbus oculi*, který vlastní recepční smyslový orgán. Dále jsou k oku připojeny další orgány, které zajišťují ochranu, pohyblivost a další funkce, tyto pomocné struktury nazýváme *organa oculi accessoria*. (Čihák, 2004)

1.1.1 Oční koule

Oční koule (*bulbus oculi*), o průměru 24 mm, je uložena v očníci (*orbita*) v tukovém polštáři. Tvoří ji tři vrstvy: vnější vazivová část, cévnatá střední vrstva a nervová vnitřní vrstva. (Rokyta, 2002)

1.1.2 Bělina, *sclera*

Je silná vazivová blána, tvořící pevný obal bulbu. Při zadním pólu jí prochází zrakový nerv. Na způsob hodinového sklíčka zapadá vpředu do kruhové brázdy bělimy rohovka. (Rokyta, 2002, Dylevský, 2000)

1.1.3 Rohovka, *cornea*

Je složena z tenkých, bezbarvých a průhledných lamel. Představuje asi šestinu oční koule. Je úplně průhledná, bez zbarvení a bezcévná (Čihák, 2004, Merkunová, 2008)

1.1.4 Cévnatka, *choroidea*

Někdy je také uváděná jako živnatka (*uvea*). Je střední vrstvou oční koule. Obsahuje velké množství drobných cév, které zajišťují výživu dalších částí oka. Vpředu cévnatka vybíhá v řasnaté těleso (*corpus ciliare*), které je kruhového válu. (Dylevský 2000, Merkunová, 2008)

1.1.5 Sítnice, *retina*

Vnitřní vrstva oční koule. Sítnice je světločivá. (Čihák, 2004)

1.1.6 Sklivce

Průhledná, čirá, světlolomná, bezbuněčná, vodnatá hmota, vyplňující prostor bulby. Tím vytváří membránu. Voda tvoří 98% sklivce. (Čihák, 2004, Feneis, 1996)

1.1.7 Okohybné svaly

Dělí se do dvou skupin. První jsou svaly přímé, kam patří: m. rectus superior, m. rectus inferior, m. rectus medialis a m. rectus lateralis. Do druhé skupiny patří m. obliquus superior a m. obliquus inferior, které také nazýváme svaly šikmé. (Čihák, 2004)

1.1.8 Víčka

Horní a dolní víčka uzavírají očníci. Povrch víček je kryt kůží bez tukového vaziva. Je to řídká vrstva, která dovoluje pohyby víček. (Čihák, 2004, Merkunová, 2008)

1.1.9 Slzný aparát

Tvoří jej slzná žláza, která leží v horním zevním kvadrantu očníce. Tato žláza produkuje slzy, které slouží k ochraně oka. Smívají z povrchu oční koule prach, zvlhčují ho, tím také umožňují pohyb očních víček a bulbů. (Čihák, 2004)

1.2 Fyziologie

Zrakové ustrojí (organum visus) přejímá zrakové vjemy a vzniklé vzruchy přivádí zrakovou dráhou do primárního zrakového centra. Pomocí zraku získává člověk až 90% informací. Je pro nás patrně nejdůležitějším smyslem.

Viděný obraz se zobrazuje na sítnici a je plochý. Pro prostorové vidění je zapotřebí dvou obrazů na sítnici pravého a levého oka. Oba obrazy se spojí v mozkové kůře a zde se složí v jeden výsledný, plastický obraz. Podmínkou prostorového vidění je tedy pohled oběma očima a zobrazení předmětu na určitých místech sítnice, a to bez vlivu pohybu očí či hlavy. (Dylevský 2000, Merkunová, 2008, Rokyta 2002)

1.2.1 Tyčinky

Mají světločivý úsek. Ploché vesikuly (600- 1 000) jsou tvořeny jemnými membránami a obsahují zrakové barvivo. Toto barvivo po dopadu světelných paprsků

mění barvu - bledne. Tím vyvolá nervový vzruch, který vychází na opačné straně buňky. (Čihák, 2004)

1.2.2 Čípky

Slouží k barevnému vidění. Rozlišujeme tři základní barvy. A to červenou, modrou a zelenou. Tyto tři barvy mají v sítnici čípky, které na ně reagují. Na sítnici dojde k rozložení těchto tří základních barev a výsledný obraz se zase složí zřejmě až v mozkové kůře. (Dylevský, 2000)

1.3 Vyšetřovací metody

Stav zrakových funkcí, hlavně tedy zraková ostrost a zrakové pole jsou velice důležité pro stanovení správné diagnózy a důležitým kritériem pro vývoj a léčbu choroby.

1.3.1 Bezkontaktní tonometr

Toto přístrojové měření patří mezi základní vyšetřovací metody. Provádí se každému přichozímu pacientovi. Jde o velice rychle a bezbolestné vyšetření. Pacient si posadí a opře si bradu do elektricky ovládané opěrky před přístrojem. Sestra klientovi vysvětlí, že se má dívat na bod, který se v přístroji objeví. Poté může proběhnout zaměření a samotné měření oka, které se provádí 1-3 krát. Přístroj má přesný automatický zaměřovač, který si oko pacienta samo najde a neměřené hodnoty vytiskne. Při chybném měření přístroj sám oznámí na obrazovce zprávu, proč k chybě došlo (např. pohyby víčka či změna polohy oka). Před tímto vyšetřením není nutná žádná příprava, sestra pouze vysvětlí výkon pacientovi. I přes to má sestra důležitou úlohu a to starost o toto zařízení. Často se zde usazuje prach, je tedy povinností sestry chránit přístroj. (Navrátilová, 2008)

1.3.2 Autorefrakto-keratometr

Pomocí tohoto přístroje se měří počet dioptrií, měří tedy zakřivení rohovky a dioptrickou sílu oka. Toto vyšetření je nezbytné pro stanovení správného předpisu brýlí. Pacient se stejně jako u bezkontaktního tonometru posadí za přístroj a bradu si opře o

elektricky ovládanou opěrku, čelo si položí na podložku před přístrojem. Celé vyšetření probíhá v rámci několika málo sekund. Výhodou tedy je spolupráce i s méně klidným pacientem či dítětem. Úkolem sestry u tohoto vyšetření je rovněž edukace pacienta a údržba přístroje. (Navrátilová, 2008)

1.3.3 Vyšetření zrakové ostrosti

Centrální zraková ostrost, visus, je schopnost zobrazit okolní svět s jeho detaily zcela ostře. Pro dobrou zrakovou ostrost je předpokladem zcela dokonalá a neporušená funkce žluté skvrny.

Při orientačním vyšetření stačí, když pacient přečte každým okem zvlášť např. noviny nebo nadpisy různé velikosti.

V oftalmologických ordinacích, ale také při preventivních prohlídkách u obvodního lékaře se vyšetřuje zrak pomocí optotypů. Existuje více modelů. Nejpoužívanější jsou Snellenovy písmena, kdy jsou abecední písmena poskládaná v řádcích různé velikosti. Pro vyšetření analfabetů, dětí a lidí neznalých latinskou abecedu se používají hlavně Pflügerové háky. Tyto háky jsou podobné písmenu E, které jsou na tabulce uvedeny v různých směrech a také v různých velikostech. Sestra pacienta požádá, aby znaky, které vidí, nakreslil rukou ve vzduchu. Oba tyto typy se vyšetřují ze vzdálenosti 6 metrů. Hodnoty zrakové ostrosti sestra zapisuje pomocí zlomků nebo desetinných čísel. Vzdálenost, ze které pacient čte / řádek označený číslem velikosti. Plná zraková ostrost se tedy zapisuje 6/6 nebo číslem 1. Při přečtení jen největšího písmene ze vzdálenosti 6 metrů je ostrost oka 6/60. Pokud pacient nepřečte ani největší písmeno, zkracujeme vzdálenost od 5 metrů až po 1 metr. Pokud klient nepřečte písmena nebo háky ani z 1 metru, sestra dá vyšetřovanému počítat prsty ukazované na tmavé destičce. Další pokles ostrosti se pak vyšetřuje pomocí těchto termínů: prsty před okem, světlocit se správnou nebo chybějící projekcí světla. Poslední hodnota je amauróza, kdy se visus rovná nule. Při vyšetření světlocitu je velice důležité druhé oko mít vždy zakryté dlaní a vyšetření několikrát opakovat. Výsledky se pak porovnají i s reakcí zornic.

Při vyšetření zrakové ostrosti lékař často zjistí i jiné závažné problémy. Například, když pacient vynechá některý ze znaků nebo stále natáčí hlavu. V tomto případě může

jít o parézu okohybného svalu. Sestra tedy u vyšetření na optotypech sleduje pacienta, zde má správně zakryté nevyšetřované oko a také pohyby hlavy.

Stejně tak i nemá být opomenut visus nablízko. U pacienta, který selže na optotypech, není výjimkou, že ze vzdálenosti 5 či 10 cm přečte hladce i nejmenší řádek. (Javorník, 2002, Otradovec, 2003)

1.3.4 Vyšetření zrakového pole

Zrakové pole se vyšetřuje pomocí orientačních metod: kampimetrie nebo perimetrie. Tyto vyšetření jsou důležité nejen pro oftalmologii, ale také pro neurologii.

Orientační vyšetření zrakového pole je mnoho druhů. Jejich výhodou je snadné vyšetření u pacienta na lůžku. Mezi nejpoužívanější testy patří „podání rukou“. Vyšetřovanému lékař nastaví obě dlaně a vyzve ho, aby ho chytil za ruku. Pacient, který nemá porušené zorné pole, nejčastěji zaváhá a zeptá se, které ruky se má chytnout. Kdežto klient s poruchou zorného pole se automaticky chytí té ruky, kterou vidí. Tento test lze provést s jedním okem zavřeným nebo můžou být obě oči otevřené. Dále se provádí „počítání prstů“. Pacient si zakryje jedno oko a vyšetřovaným okem se fixuje na lékařův nos. Lékař sleduje stálou fixaci a ukazuje pacientovi v různých kvadrantech různý počet prstů. Pacient vždy musí říct, zda prsty vidí a jaký je jejich počet. Neposlední vyšetřením zrakového pole je i „konfrontační zkouška“. Lékař i pacient od sebe sedí na vzdálenost 1 m. Klient si zakryje jedno oko a lékař zavře to protilehlé. Je velice důležité, aby se klient nezakrytým okem díval do oka lékaři. Lékař pacienta vyzve, aby řekl „ted“ při každém pohybu, který uvidí na periferiích. Lékař pak postupuje kývavým pohybem jednoho či dvou prstů do zorného pole pacienta. Pohyby vede pravou rukou zprava a levou zleva. Cele vyšetření je i při prokázání patologického údaje nutné několikrát zopakovat a prověřit. Důležité je především edukace pacienta o nutnosti očního kontaktu. Takovýchto metod je celá řada. (Otradovec, 2003)

1.3.5 Kampimetrie

Tato metoda se taktéž nazývá jako tangentová síť nebo také Bjerrumovo plátno. Toto vyšetření se používá především při prokázání glaukomu. Principem vyšetření je matné černé sukno v rámu o rozměrech 2x2 m, kdy v centru je červené fixační světlo.

Kolem něj jsou černou nití našity soustředěné kruhy ve vzdálenostech určených tangentou úhlu 5°, 10°, 15°, 20°, 25° a 30°, dále meridiány po 15°, někdy je po obou stranách vyznačena i slepá skvrna. Pacient sedí 1 nebo 2 m před plátnem, hlavu má fixovanou v opěrce brady a vyšetřované oko má ve výši značky. Vyšetření probíhá při standardním difúzním osvětlení bílými terčíky o průměru 1-6 mm, nasazenými na konec delšího, matně černého držátka. Lékař, který stojí stranou tímto držátkem, zvolna posunuje radiálně k centru. Pacient musí nahlásit okamžik, kdy tyto světla uvidí a lékař toto místo označí špendlíkem s černou hlavičkou. Začíná se kolem 30°, pak se mapuje slepá skvrna. Tato metoda, je užitečná i při zjišťování místa přechodu mezi slepotou a vidoucí částí zorného pole. Díky možnosti měnit vzdálenosti vyšetření je kampsimetrie užitečná pro odhalení funkcionálních poruch. (Otradovec, 2003)

1.3.6 Perimetrie

Perimetrií určujeme nepřímou vidění a rovněž hodnotíme periferní vidění. Na toto vyšetření je nutná přístrojová technika. Máme tři metody základní perimetrie, z nichž každá má své výhody i nevýhody. Společným rysem u všech je sférická vyšetřovací plocha a vyšetřovací vzdálenost 33 cm. (Otradovec, 2003)

1.3.7 OCT-SLO

Tímto vyšetřením se diagnostikuje především nemoci sítnice, věkem podmíněná makulární degenerace, diabetická retinopatie a také zelený zákal (glaukom). Lékař díky tomuto vyšetření dokáže odhadnout průběh nemoci a určit tak klientům přiměřenou léčbu. OC je pro pacienta zcela nenáročným vyšetřením. Pacient si opře bradu i čelo o opěrku a fixuje světelný bod. Vyšetření probíhá během několika málo vteřin. Paprsky, které přístroj vysílá, jsou pro oko zcela neškodné. V některých případech je nutné aplikovat oční kapky pro rozšíření zornice. Toto vyšetření není hrazeno pojišťovnou. (Anon., 2008)

1.4 Rozsah zrakového postižení

Dle údajů zjištěných výzkumem zdravotnické organizace WHO v roce 2002 je na světě 37 milionů slepých a 124 milionů slabozrakých osob. Mezi těmito čísly, ovšem

nenajdeme ty, jejichž postižení je způsobeno refrakčními vadami. Z toho jasně vyplývá, že celkový počet osob zrakově postižených osob je ještě daleko vyšší. Podle propočtů této organizace se v roce 2020 ještě zdvojnásobí počet lidí s poruchou zraku. To znamená, že počet slepých lidí se vyšplhá na 76 milionů. Tomuto velkému číslu lze předejít pouze změnami v poskytování zdravotní péče a zlepšením socioekonomického vývoje. (Kuchyňka, 2008)

Rozsah zrakového postižení je v populaci úzce vázán s věkem. Zhruba 82% slepých osob je starších 50 let. Celosvětově je míra slepoty a celkově zrakových postižení větší u žen než u mužů. A to i s přihlédnutím k rozdílné průměrné délce života. Při srovnání absolutních počtů slepých mužů a žen ve světě, tvoří 65% ženy. Významné je i postižení i u dětí, především jde o počty let, kdy je dítě nuceno žít bez použití zraku především v procesu vzdělání. (Kuchyňka, 2008)

V ČR zatím neexistuje žádná rozsáhlejší, nebo podrobná statistika, přesto se odhaduje, že u nás žije 60 000 až 100 000 zrakově postižených, z čehož přibližně 10% jsou lidé nevidomí. (Moravcová, 2004)

1.5 Příčiny zrakového postižení

Katarakta patří celosvětově k hlavním příčinám slepoty, toto onemocnění je příčinou zrakového postižení ve 47,8%. 12,3% slepoty je způsobeno glaukomem, věkem podmíněná makulární degenerace tvoří 8,7%. 5,1% postižení zraku tvoří opacity rohovky způsobené různými onemocněními. Nezanedbatelná je i diabetická retinopatie, která je příčinou 4,8% slepoty. Různá onemocnění u dětí mají v populaci zastoupení 3,9%. Trachom tvoří 3,6% a říční slepota pak 0,8%. Zbýlých 13,0% slepoty je způsobeno dalšími očními postiženími, které jsou dány genetickým vývojem, degenerativními procesy a traumaty. Kataraktu, glaukom, opacity rohovky, diabetickou retinopatii, trachom, říční slepotu, některé příčiny slepoty u dětí a některé další příčiny lze úspěšně léčit, z čehož jasně vyplývá, že slepotě lze předejít a to v celých 75%. (Kuchyňka, 2008)

1.5.1 Katarakta

Šedý zákal postihuje čočku oka a to tak, že se zkalí. Tím se rozostřuje vidění. Svůj lidový název získalo toto onemocnění tak, že při větším stupni zkalení nabývá čočka šedého odstínu. Zákal brání průchodu světla na sítnici, tím poškozují vidění. Většinou postihuje katarakta lidi starší 55 let, jako projev přirozeného stárnutí oka. Po sedmdesátém roku života trpí šedým zákalem až 90% populace. Není výjimkou, že se v posledních letech objevuje toto onemocnění i u lidí mladších padesáti let. Vliv na tento jev má zřejmě dědičnost, ale jasná příčina předčasného zakalení čočky není přesně známá. (Novák, 2009)

Přes velkou snahu snížit podíl katarakty jako příčiny slepoty, zůstává toto onemocnění i nadále její hlavní příčinou. Pouze v zemích, s vysokou úrovní poskytování zdravotní péče, se daří zabezpečit chirurgickou léčbu všem, kteří ji potřebují. Katarakta se vyskytuje hlavně ve vyšším věku, předpokládaná délka života s oboustrannou kataraktou způsobující slepotu je tedy jen zlomkem ze skutečného počtu lidí trpících kataraktou, u kterých ještě nedošlo ke slepotě, ale výrazně jim toto onemocnění omezuje zrak. Pro včasnou léčbu katarakty je důležitá všeobecná informovanost o možnostech chirurgického zákroku. (Kuchyňka, 2008)

1.5.2 Diabetická retinopatie

Jako diabetickou retinopatii chápeme souhrn patologických změn, které souvisejí s celkovým onemocněním diabetem mellitem. V posledních desetiletích se markantně zlepšily možnosti léčby a to především vývojem laserového ošetření sítnice a možností vitreoretinální chirurgii. To vedlo ke snížení slepoty způsobené diabetickou retinopatii hlavně v nejrozvinutějších zemích světa. Protikladem jsou ovšem vzrůstající počty nemocných diabetem. To dokazuje, že i přes rostoucí počet diabetiků je při správném dodržování prevence, je možnost ve většině případů ztrátě zraku zabránit. Pro rozvoj retinopatie u lidí trpících diabetem je podstatná doba trvání tohoto onemocnění. Ta se ale často neshoduje s dobou, kdy je toto onemocnění diagnostikováno, ta bývá často pozdější než vlastní vznik onemocnění. Kolísající hladina glykemie a také hypertenze patří mezi faktory ovlivňující rozvoj diabetické retinopatie. Studuje se také vnější i

vnitřní vlivy jako jsou například těhotenství, perorální užívání antikoncepce, léčba inzulinem, složení stravy, požití alkoholu a mnohé další. Základem léčby a předcházení slepoty způsobené diabetem jsou především komplexní preventivní programy, které zabezpečí pravidelné oční vyšetření všech pacientů s touto chorobou. (Kuchyňka, 2008)

1.5.3 Věkem podmíněná makulární degenerace

VPMD je nejčastější příčinou poklesu zrakové ostrosti v populaci nad 60 let. Při tomto onemocnění je narušena výměna mezi pigmentoepitelem a fotoreceptory v makule. Tímto procesem buňky ztrácejí svoji funkčnost a odumírají, čímž se snižuje zraková ostrost. Toto onemocnění je známo ve dvou formách a to suchá věkem podmíněná makulární degenerace a mokrá věkem podmíněná makulární degenerace. Suchá forma VPMD je častější (asi 90%), její průběh je dlouhodobý a může trvat až několik let. V tomto případě buňky hynou v jednotlivých bodových oblastech, ty se časem zvětšují a začínají splývat. Vlhká forma VPMD se vyskytuje zhruba v 10% případů a je mnohem závažnější než suchá forma. Z cévnatky vyrůstají nové, křehké cévy. To má za následek otok sítnice, nebo její odchlípnutí, krvácení do sklivce a jizvení. (Anon.,2008, Moravcová 2002)

Kouření tabákových výrobků, nedostatek fyzického pohybu, vysoká hladina cholesterolu a nezdravé stravovací návyky, které vedou k obezitě, jsou hlavní rizikové faktory, které může každý ovlivnit a které se podílí na VPMD. Věk, který také patří k rizikovým faktorům, ovlivnit nejde, ale studie ve Velké Británii prokázala, že u lidí, kteří kouří je dvakrát větší riziko rozvoje tohoto onemocnění. Dalším hlediskem je také genetická zátěž v rodinách. Se zvyšujícími znalostmi genetiky a jejich změn působících na rozvoj VPMD vede k možnosti genetického poradenství a upřesnění míry rizika vzniku onemocnění pro osoby s rodinou zátěží. Toto onemocnění se více vyskytuje u žen, ale zřejmě tento jev souvisí s jejich vyšší délkou života. VPMD byla také dokumentována u osob s hypermetropií. Studie zaměřené na zkoumání etnických vlivů naznačují, že onemocnění více vyskytuje u bělochů s modrým a hnědozeleným zabarvením duhovky. Protože možnosti léčby jsou omezeny, klade se důraz hlavně na prevenci a to zejména na omezení kouření a zdravý životní styl. (Kuchyňka, 2008)

1.5.4 Trachom

Trachom je onemocnění, které doprovází lidstvo po celou jeho historii. Toto onemocnění způsobuje bakterie *Chlamydia trachomatis*, která se přenáčí kontaktem, šatstvem apod. Opakované onemocnění vede k jizevnatým změnám spojivky, drážděním rohovky řasami a postupnými nezvratnými zákaly rohovky. V oblastech, kde se toto onemocnění vyskytuje, je často diagnostikováno u dětí a následně v celých rodinách. Slepota, kterou způsobuje ireverzibilní poškození rohovky, lze snadno zabránit. A to především preventivními opatřeními. (Kuchyňka, 2008)

1.5.5 Úrazy oka

Úrazy oka popřípadě obou očí také patří mezi příčiny slepoty. V 50% slepoty na jedno oko a 20% slepoty na obě oči je způsobeno traumaty. Na rozdíl od poranění na jiných částech těla, která by nám mohla přijít zanedbatelná, může i malý úraz na oku způsobit vážné poškození jeho funkce. Pracovní úrazy oko a profesionální poškozená dříve patřila mezi hlavní příčiny traumat. Díky zavedení bezpečnostních pracovních pomůcek a postupů a také jejich přísnému sledování, se podařilo tyto vlivy eliminovat. Naopak zůstává stále poměrně velká mimopracovní úrazovost a to hlavně díky nepoužívání ochranných pomůcek v domácnosti a neodbornému přístupu. Bohužel nejsou výjimkou ani úrazy v dětském věku. Velkou roli v zachování funkcí oka je tedy první pomoc, správná diagnostika a léčba. (Autrata, 2002)

Tyto poranění můžou vzniknout z různých příčin a můžeme je obecně rozdělit na tupá a ostrá. Mechanická poranění oka můžou postihnout očníci a její obsah, víčka, spojivky, žilnatku, čočku i sítnici. (Autrata, 2002)

Tupá poranění vznikají na podkladě nárazu na různé předměty, úderem pěstí, letícími tělesy, při dopravních nehodách a také při pádech z výšky. Při těchto poraněních může dojít k poranění víček, kde vzniká hematoma, poranění bulbu nebo k porušení skeletu očníce. Důsledkem těchto jevů se může vyskytnout ruptura oka s výhřezem nitroočních tkání, či k luxaci nebo evulzi bulbu. Nebo naopak může vzniknout traumatický exoftalmus. (Autrata, 2002)

Ostrá poranění jsou závažnější pro jejich možné komplikace. Bodná poranění můžou proniknout až do dutiny lební, nebo se můžou cizí těla nacházet přímo v oku, ale i mimo něj. Časté jsou taky úrazy způsobeny střelnou ránou, tedy nejvíce zástřely z broků. Mezi tyto poranění patří také tržné rány. Tyto úrazy vždy řeší lékař, proto je důležitý neodkladný převoz do nejbližší nemocnice. V rámci první pomoci přiložíme pouze sterilní obvaz a zajistíme transport. (Autrata, 2002, Moravcová 2002)

Časté jsou i poranění spojivky, kam mimo tupých a ostrých úrazů patří také cizí tělíska. To vyvolá typickou bolest pod víčkem. Důležité je oko si, jak se říká, nemžourat, ale provést důkladnou everzi horního, popřípadě dolního víčka a těleso ze spojivky odstranit smotkem vlhčené vaty. V případě pevně ulpívajícího tělíska v oku je potřeba odborná pomoc lékaře, který provede anestezii oka a předmět odstraní. (Autrata, 2002)

Poranění poleptání popřípadě popálením se neliší od podobných úrazů postihující kůži obličeje. Komplikací těchto poranění na oku může být následné zjizvení tkáně. Mezi nejčastější úrazy poleptáním patří poškození spojivky. Nejnepříznivější je působení louhu, mezi které patří vápno, malta, umělá hnojiva a jiné. Ty způsobují kolikvační nekrózu. Při poleptání oka kyselinami dochází ke koagulační nekróze. Dochází k nim častěji v domácím prostředí, kdy se používá kyselina solná jako čisticí prostředek, nebo také v laboratořích. Následné poškození závisí na době působení škodliviny a také na její koncentraci. V neposlední řadě také na poskytnutí první pomoci. Ta spočívá zejména v opakovaných výplacích oka a spojivkového vaku, je také důležité provést everzi víčka a odstranit zbylé škodlivina, následně se opět několikrát provede výplach. (Autrata, 2002, Moravcová 2002)

1.6 Klasifikace zrakových postižení

Správné a jednotné vymezení pojmu slepota a slabozrakost není vůbec jednoduché, hlavně z důvodu rozdílných názorů na kritéria, které si určují jednotlivé země. Tyto požadavky mají návaznost na legislativu, proces vzdělání, volbu povolání, způsobilost k vykonávání určitých činností a také oblast sociálního zabezpečení. (Kuchyňka, 2008)

1.6.1 Medicínská klasifikace

Slabozrakým nazýváme pacienta, který má zrakovou ostrost lepšího oka s nejlepší možnou korekcí nižší než 6/18 a rovnou nebo lepší než 3/60 a omezení zorného pole je od 10°-20°. Slabozrakost lze dále ještě dělit na lehkou, která dosahuje zrakové ostrosti 6/60 včetně této hodnoty a těžkou, která je pod 6/60. (Kuchyňka, 2008, Aufrata, 2002)

Slepotu lze definovat jako zrakovou ostrost lepší oka s nejlepší možnou korekcí nižší než 3/60, přičemž je zorné pole užší než 10°. Slepotu lze také ještě dělit. A to na praktickou nevidomost, kdy je zraková ostrost pod 3/60 do 1/60 včetně těchto hraničních hodnot. Dále rozlišujeme skutečnou nevidomost a to při hodnotách pod 1/60 zrakové ostrosti, zorné pole je při skutečné nevidomosti méně než 5°. (Aufrata, 2002)

Osoby se zrakovým postižením dělíme také do kategorie podle doby vzniku a to na vrozené a získané vady. (Hamadová, 2007)

1.6.2 Zrakově postižení u dětí

U dětí se zrakové postižení liší od postižení u dospělých. Rozdíl jsou hlavně v možnosti prevence. Při včasném zachycení problému je možné dítě uchránit od mnoha let prožitými se zrakovým postižením. Proto by se léčba u dětí neměla v žádném případě odkládat, delší trvání očního onemocnění by mohlo vést k celoživotním, neléčitelným následkům. Určení zrakového postižení a jeho příčin není u dětí snadné. Omezením je i například obtížnost vyšetřit zrakovou ostrost, pro dítě je toto vyšetření časově náročné a neudrží při něm pozornost. V rozvinutých zemích je řada zrakově postižených dětí zařazena do škol s ostatními dětmi. Kdežto v rozvojových zemích jsou pro děti se zrakovým postižením vybudovány zvláštní školy. Hlavním rozdílem vývoje dětí nevidomých od narození a dětí se získanou poruchou zraku se projevuje ve věku předškolním a školním. (Kuchyňka, 2007P. Říčan, 2009)

1.6.3 Pacient s vrozenou poruchou zraku

U dětí s vrozenou poruchou zraku je diagnostika a léčba velice obtížná, proto je obzvlášť důležitá podpora rodiny. V předškolním věku je u zrakově postiženého dítěte rozvíjena jemná motorika, hlavně díky správné volbě hraček jako jsou stavebnice, skládky atd., ve školním věku, kdy je kladen větší důraz na zrakové vjemy je důležitá

komunikace v rodině a dostatek optických i neoptických pomůcek pro vzdělání. Kontakty s vrstevníky umožní dítěti s poruchou zraku srovnat se s okolím. Děti v tomto věku jsou velice citlivé a jejich zhoršující se vidění může ovlivnit jejich vnímání sebe sama i celého okolí. Při hospitalizaci takového dítěte klademe důraz hlavně na psychickou podporu a navazování vztahů s ostatními dětmi na oddělení. (Říčan, 2009, Navrátilová, 2008)

Společnost i dnes není ke všem skupinám obyvatel tolerantní. Nejinak je to i u pacientů s poruchou zraku. Člověk s poruchou zraku a zejména s optickými pomůckami je mnohdy terčem výsměchu a vtipů i legrační postavou televizních filmů. Toto chování je zrakově postiženými lidmi velice citově vnímáno, zejména jedná-li se o adolescenta a ten si pak nese celoživotní pocit ukřivdění. (Navrátilová, 2008)

1.6.4 Pacient se získanou vadou

Nejčastěji dochází ke ztrátám u starších pacientů. Může k němu dojít ale i v předškolním věku. Pro dítě je pak velice důležité domácí zázemí a spolupráce celého zdravotnického týmu se speciálním pedagogem. Ztráta zraku v produktivním věku vede ke ztrátě stability a možnosti vykonávat svou profesi a koníčky. Tento handicap může vést k poruše vztahů nejen v rodině, ale třeba i na pracovišti. I když se jedinec vyrovná se svou ztrátou zraku a najde si nové profesionální uplatnění, každé jeho další zhoršení zraku může vést k oslabení jeho stability. Pokles zrakového i sluchového vnímání vede také k problémům komunikace s jinými lidmi, a to často zejména u starších pacientů může vyvolat roztrpčení, úzkost, netrpělivost i zvýšenou agresivitu. Také u této věkové kategorie se se ztrátou zraku stupňuje i riziko pádu a následných komplikací. (Navrátilová, 2008)

1.6.5 Kompenzační pomůcky

Stejně jako hluchý člověk potřebuje naslouchátko, tak i zrakově postižení lidé mají své kompenzační pomůcky. I v nemocnici se můžeme setkat s jejich použitím.

Mezi nejznámější pomůcky patří bílá hůl. Ta může mít pro nevidomé klienty 4 funkce. Především jde o funkci signalizační. Bílá barva hole upozorňuje okolí na přítomnost těžce zrakově postižené osoby. Bílá hůl má také funkci ochranou, tím se

rozumí, že nevidomého člověka dopředu upozorní na překážky v cestě. Mezi její další funkce patří orientace v prostoru. Neméně důležitou je i funkce opěrná, kdy se zejména starší nevidomí pacienti můžou o hůl opřít. Mezi další kompenzační pomůcky pro nevidomé patří různé optické pomůcky (lupy, dalekohledové systémy a filtry), opticko-elektronické pomůcky (digitální čtecí zařízení pro nevidomé, televizní lupa) pomůcky na bázi PC (program Asistent) a mnoho dalších pomůcek pro domácnosti, zábavu, orientaci apod. Pro nevidomé pacienty s diabetem mellitem byl v roce 2006 uveden na trh první glukometr opatřený hlasovým výstupem v českém jazyce. Tento přístroj je plně hrazen všemi pojišťovny v ČR. Rovněž je k dispozici i tonometr s hlasovým výstupem. (Tyfloservis, 2007, Moravcová, 2004, Sons, 2002)

1.6.6 Sdružení zrakově postižených

První cesta zrakově postižených osob vede k odbornému lékaři. Ten kromě léčby také informuje pacienty o možnostech života se zrakovým postižením a službách, které jim mohou život značně zkvalitnit. Proto je odkazuje na takzvané Tyfloservisy, popřípadě TyfloCentra. Tyfloservis je poradenským místem pro optické, jednoduché elektronické a mechanické pomůcky. Je zaměřen na terénní, převážně individuální práci s klienty po celém regionu, v němž působí. K tomu mají k dispozici služební auta. Naopak TyfloCentra se zaměřují spíše na ambulantní péči a soustředí se na technicky náročnější pomůcky na bázi PC.

Tyto služby jsou dostupné všem starším 15 let. Zrakově postižení občané zde získají potřebné informace k sebeobsluze a dozví se o nejvhodnějších pomůčkách k usnadnění života bez zraku. Protože ideální neexistuje je potřeba si v těchto centrech všechny pomůcky řádně vyzkoušet a mít pro rozhodnutí dostatečné informace. (Schmidtová, 2008)

1.7 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku

Pobyt v nemocnici patří pro většinu zrakově postižených pacientů k jednomu z nenáročnějších situací. Náhle se ocitá v neznámém prostředí, je nucen dodržovat určitý režim, podstupuje různé vyšetření a zákroky. To vše může vést k intenzivnímu pocitu nejistoty. Neznámé prostředí může způsobit značné obtíže. Z domácího prostředí

jsou nevidomí lidé zvyklí na uspořádání věcí tak, aby vyhovovalo jejich potřebám. Prostory nemocnic nebývají bezbariérová, a proto mohou být pro nevidomého pacienta nebezpečné. (Michálek, 2010)

1.7.1 Komunikace

S nevidomým pacientem by sestra měla jednat zcela přirozeně. Při prvním kontaktu sestry s nevidomým nebo slabozrakým pacientem je důležité oslovení. Je nutné oslovit pacienta jménem, aby bylo jasné, že s ním sestra chce navázat hovor. Jestliže sestra zatím pacientovo jméno nezná, měla by se zlehka dotknout jeho ramene. Samozřejmě se také musí představit, aby zrakově postiženému pacientovi bylo jasné, s kým hovoří a jakou má funkci. Při hospitalizaci je kladen velký tlak na paměť nevidomého pacienta. Může se stát, že si sestru, nebo jiný zdravotní personál zapamatuje podle hlasu, ale nelze to přepokládat vždy. Je tedy zapotřebí, aby se sestra představila při každém kontaktu s nevidomým pacientem. Pakliže se k sestře někdo přidá, je nutné ho také představit. Důležité je také mluvit k pacientovi otočen tváří v tvář, nejlépe tak, aby světlo dopadalo na naši tvář. Při odchodu z místnosti by na to měla sestra upozornit. Lze tím předejít nepříjemným situacím, kdy si bude pacient povídat sám se sebou. Stejně jako když se sestra opět vrátí do místnosti. Nezbytné pro orientaci pacienta v prostoru je přesné vyjadřování, tedy například „napravo, dole“, zcela chybné jsou pokyny jako „tady“ a „támhle“ nebo také ukazování směru rukama. Když při běžném hovoru sestra použije slova jako třeba „vidět“ nebo třeba „podívejte se“ není třeba se za to omlouvat, nebo se to snažit nějak vysvětlit. Lidé se zrakovým postižením to vnímají jako řečnickou frázi, popřípadě jako synonymum „všimnout si“, „dotknout se“. Snaha neurazit pacienta při komunikaci nevhodnými výrazy může naopak rozhovor značně komplikovat a uvést nevidomého pacienta i sestru do značných rozpaků. Mnoho lidí si také myslí, že člověk, který nevidí, se automaticky nezajímá o svůj vzhled. To samozřejmě není pravda, proto když sestra uvidí, že má pacient třeba naopak oblečené triko, je slušností ho na to taktně upozornit. (Hreisíková, 2006, Ševčíková, 2008, Schmidtová, 2008)

1.7.2 Orientace v prostoru

Nevidomí pacient se v neznámém nemocničním prostoru orientuje pomaleji než ostatní pacienti, obvykle k tomu potřebuje někoho, kdo mu prostor patřičně popíše a dovolí mu ho „osahat“. Je dobré uložit zrakově postiženého člověka co nejbližše sesterně. Pacienta je nutné provést po celém oddělení. Nejdříve sestra určí orientační bod, od tohoto bodu vede pacienta podél stěny a přitom ho upozorňuje na různé místnosti, co se v nich děje. Při této obchůzce položíme pacientovu ruku na zábradlí, popřípadě na stěnu. Někteří lidé s poruchou zraku jsou zvyklí počítat kroky od orientačního bodu, což jim usnadňuje pohyb v prostoru. Každou překážku v cestě je nutné odstranit, pakliže to nejde, sestra na ni pacienta upozorní. Na popisu prostoru by se měli podílet oba, tedy nevidomý pacient i sestra. Nevidomého pacienta sestra seznamuje i pokojem, kde bude prozatím bydlet. Pokud sestra nemá s touto činností zkušenosti, může jí být nápomocen sám nevidomý nebo jeho doprovod. Do popisu pokoje patří tvar a velikost místnosti, umístění dveří a oken, uspořádání nábytku, poloha skříní a věšáku, signalizační zařízení na dosah ruky a také popis předmětů, které se vyměňují (např. léky). Při popisu pokoje by sestra měla postupovat od celku k jednotlivostem, od velkých předmětů k malým a od obecného ke konkrétnímu. Sestra by také měla pacienta upozornit na možné překážky, různé výstupy, předměty vyčnívající do prostoru. Při popisu musí být sestra zcela konkrétní a popisovat pacientovi předměty pomoci slov „Po vaší levé straně“ apod. Je dobré si také na pacienta během dne udělat čas a zopakovat si ještě jednou orientaci na pokoji a oddělení. Je také fámou, že slepí lidé mají od narození lepší sluch a hmat. Tento handicap samozřejmě nezaručuje žádné zvláštní schopnosti. (Hreisíková, 2006, Ševčíková, 2008, Schmidtová, 2008, Michálek, 2010)

1.7.3 Stravování

Co se týče obědu, je-li zvykem oddělení, že soběstační pacienti chodí na jídelnu, není nutné nevidomého pacienta izolovat, pokud se na to sám cítí. Stačí, když mu sestra přesně určí místo, kde bude sedět každý den. Na mnoha odděleních se pacienti stravují i na pokoji u stolu. Pokud sestra rozdává pacientům stravu jednotlivě, mohl by mít

nevidomý pacient problém rozeznat svoji porci. Problém by také mohl nastat při záměně jídel, obzvlášť kvůli různým dietám. Proto je důležité, aby sestra dala nevidomému pacientovi jasně na srozuměnou, který tác s jídlem je jeho, ať už jí na jídelně či pokoji. Konzumace jídla patří k jednomu z nejtěžších úkonů nevidomého člověka. Je důležité, aby sestra s nevidomým pacientem při této činnosti komunikovala. Může tak například pacientovi pomoci tím, že mu popíše polohu jídla na talíři a to pomocí hodinových ručiček. Pro nevidomé může být i praktickou pomocí, když jim sestra jídlo naporcuje tak, aby jej mohli jíst pouze lží. U pacientů po krátké době od ztráty zraku nelze předpokládat, že se sám zvládne dovednosti potřebné ke stravování. Tato situace, pro něj může být velice stresující, zejména má-li se stravovat v kolektivu ostatních pacientů. Proto by sestra měla s pacientem dostatečně komunikovat, popřípadě mu zajistit klidné a nikým nerušené prostředí. (Hreisíková, 2006, Ševčíková, 2008, Michálek, 2010)

1.7.4 Rozdávání léků

Při rozdávání léků by u pacientů s poruchou zraku mohlo často dojít k záměně. Proto by sestra měla pacientovi vkládat tablety do dlaně, popřípadě rovnou do úst. Problém také může nastat v případě, že je pacient zvyklý si léky kontrolovat podle hmatu. Sestra by tedy měla pacienta informovat o každé změně léku. A to i v případě, že sestra podá pacientovi lék se stejnou léčivou látkou, ale od jiného výrobce. V případě, že má pacient sebou lékovku s popsánými dny Braillovým písmem, bylo by dobré, aby se s ním sestra domluvila tak, aby pacient mohl své léky brát sám. (Hreisíková, 2006, Michálek, 2010)

1.7.5 Hygienická péče

Soběstační pacienti s poruchou zraku by měli být schopni sami vykonat osobní hygienu v koupelně i u umyvadla. Úloha sestry spočívá v tom, že pacientovi popíše vybavení koupelny a samozřejmě také typ baterie a typ jejího ovládání. I zde platí pravidlo, že sestra pacientům s poruchou zraku popisuje věci od největších k detailům. (Schnidlerová, 2007)

1.7.6 Správné vedení

Při hospitalizaci není výjimkou, že sestra bude muset pacienta s poruchou zraku, doprovodit na různá vyšetření. Je proto důležité znát zásady doprovodu nevidomého pacienta. Většina lidí s tímto onemocněním vycítí jen z tónu hlasu rozpaky či nervozitu. Sestra by tedy měla mluvit s nevidomým pacientem zcela bez rozpaku. Sestra tedy naváže s pacientem kontakt, znovu by se měla představit a vyzve pacienta, aby se jí chytil, popřípadě se ho lehce dotkne na hřbetě ruky. Pacient sestru chytí pod loktem, pokud jde o starší osobu, která potřebuje i fyzickou oporu, sestra by ji měla nechat se pevně chytit za svůj loket a druhou ruku ji opře o záda. Nevidomý pacient by měl jít vždy jeden krok za sestrou, aby mohl vycítit směr jejího pohybu a mohl na něj reagovat. Největší chybou je, když sestra postrkuje nevidomého pacienta před sebou nebo ho naopak za sebou táhne neúměrnou rychlostí. Před každou překážkou musí sestra zpomalit a varovat na ni nevidomého pacienta. Pokud je nutné, aby sestra odvezla pacienta na vozíku, musí ho přivést rovnou k posteli a pacientovi vysvětlí, co po něm žádá. Ruku, za kterou nevidomý pacient drží sestru, ona položí na opěradlo sedačky a upozorní ho, o jaký typ křesla jde. Nevidomý pacient si tak může křeslo osahat, zda je volné a sám se může posadit.

Pokud se sestra ocitne v situaci, kdy si neví rady, je dobré, když se pacienta zeptá, jak by mu mohla pomoci. Nejen že si rozšíří obzory a naučí se něco nového, ale dá tím také pacientovi najevo, že ho bere jako sobě rovného. (Hreisíková, 2006, Ševčíková, 2008, Janáčková, 2008)

1.7.7 Dokumenty v tištěné formě

V nemocnici je řada dokumentů (např. informované souhlasy, nemocniční řád atd.) k dispozici pouze v tištěné formě. V případě nevidomých pacientů je tento sdělovací systém zcela nevhodný. Sestra by se tedy měla domluvit s nevidomým pacientem, jakou formou mu informace sdělí. V případě, že nevidomý pacient vlastní přenosný počítač s hlasovým výstupem a má ho sebou v nemocnici, může mu sestra dokumenty předat v elektronické formě. Popřípadě sebou může mít nevidomý pacient zvukový záznamník a sestra mu informace načte do tohoto záznamníku. Stane-li se, že pacient sebou nemá

žádnou z uvedených kompenzačních pomůcek, je vhodné, aby sestra poprosila návštěvu nevidomého pacienta, nebo jiného pacienta, aby mu tyto informační dokumenty přečetl. (Michálek, 2010)

1.7.8 Vyšetření a jiné výkony

Lékařské výkony můžou být pro pacienta velice stresující, obzvláště v případě, že nevidí a neví co se děje. Zde hraje velkou úlohu sestra, která by měla pacientovi do detailu vše popsat. A to včetně popisu toho co se právě děje, i když zrovna lékař nedělá nic u pacienta. Např. je dobré upozornit nevidomého pacienta: lékař právě píše zprávu. Při aplikaci injekcí, infuzí apod. by sestra pacienta měla upozornit s dostatečným předstihem, než úkon provede. V případě, že sestra něco špatně popíše nebo to dobře nenačasuje, může dojít ke zranění nevidomého pacienta nebo poškození techniky. (Michálek, 2010)

2. Cíl práce a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Zjistit specifika ošetrovatelské péče u zrakově postižených

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče u zrakově postižených?

Výzkumná otázka 2: Znají sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku?

3. Metodika práce

3.1 Použitá metodika

V bakalářské práci byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Tento výzkum byl proveden na vybraných odděleních nemocnice v Českých Budějovicích a nemocnici v Třebíči. Se sestrami pracujícími na těchto odděleních byly realizovány polostrukturované rozhovory, rozhovor trval přibližně půl hodiny a měl 18 otázek. Otázky se týkaly převážně ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou zraku. Celkem bylo dotazováno 6 sester. Se šesti nevidomými pacienty byl uskutečněn rozhovor o 17 otázkách otevřeného typu. Tyto otázky byly zaměřeny především na jejich zkušenosti s hospitalizací. Rozhovory probíhali osobně nebo pomocí aplikace Skype. Výsledky rozhovorů se sestrami i s pacienty jsou zpracovány metodou rámcové analýzy Ritchieho a Spencera. Výsledky budeme vyhodnocovat prostřednictvím Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Prvním zkoumaným souborem byly sestry s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu v Nemocnici České Budějovice, a. s. a Nemocnici Třebíč. Druhým výzkumným vzorkem byli nevidomý pacienti, kteří měli zkušenosti s hospitalizací v nemocničních zařízeních. Toto výzkumné šetření probíhalo v období od února 2012 do května 2012. Celkem bylo dotazováno 6 sester, 3 sestry z nemocnice v Třebíči, z toho 2 sestry pracují na chirurgickém oddělení a 1 na oddělení interním. Dále byly dotazovány 3 sestry z nemocnice České Budějovice a to 2 sestry z očního oddělení a 1 sestra z oddělení následné péče. Pacienti, kterých bylo 6, byli vybráni náhodně. Všichni dotazovaní byli ochotni spolupracovat a znát výsledky výzkumu.

4. Výsledky

4.1 Vyhodnocení rozhovorů se sestrami

Sestra 1A

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry.

Sestře je 32 let. Pracuje na chirurgickém oddělení nemocnice Třebíč. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola ukončena maturitou. Žádné specializované vzdělání neuvádí, na oddělení pracuje 9 let. Na otázku zda někdy pracovala s pacientem s poruchou zraku, odpověděla sestra kladně. Protože pracuje na „špinavém“ chirurgickém oddělení, mají zde hodně pacientů s diabetem mellitem. Dle jejích slov občas přijde pacient, který trpí nejen syndromem diabetické nohy, ale má zároveň poruchu zraku, způsobenou diabetickou retinopatií. Za délku její praxe na chirurgickém oddělení se setkala s cca 2-3 nevidomými pacienty. Její první zkušenost s nevidomým pacientem byla již na střední škole. Ve třetím ročníku, na začátku praxe, kdy byla sestra ze všeho ještě celá nesvá, setkala se na oddělení následné péče se slepou pacientkou. Tato pacientka byla zcela imobilní, a proto vyžadovala kompletní ošetrovatelskou a hygienickou péči. Sestře nepřišlo, že by ošetrovatelská péče byla jiná, než u zcela vidomého pacienta, protože paní byla upoutaná na lůžku. Sestra uvádí, že v té době ještě ani nevěděla, jak má na pacienty sáhnout nebo s nimi komunikovat, protože jak už je uvedeno výše, byla to její zcela první praxe. Pacientka, kterou sestra ošetřovala, ležela na pokoji s další paní, která v průběhu hospitalizace zemřela. Sestra byla nejenom šokovaná prvním setkáním ze smrtí, ale hlavně chováním zdravotnického personálu. Tělo zemřelé pacientky nechali na pokoji, spolu se s nevidomou pacientkou s odpovědí, že „paní stejně nic nevidí, tak je to jedno“. Sestra dále odpovídá, že při dalším setkání s nevidomým pacientem si nebyla jistá, jak se má chovat. Byla v rozpacích a trochu nervózní. S nabírajícími zkušenostmi se ale její přístup zlepšil a nyní si myslí, že už s ošetrovatelskou péčí a celkovým přístupem k pacientům s poruchou zraku nemá problém. V rámci střední školy neměli žádný předmět, který by je připravil na setkání s pacientem s jakýmkoliv smyslovým postižením. Sestra si myslí, že teoretická znalost by byla dobrá, ale nejvíc se naučí z praxe. O pocitu izolovanosti pacienta s poruchou

zraku od ostatních pacientů sestra moc nepřemýšlela, protože se pacienti většinou rychle začlení do chodu oddělení a není tu žádný problém s ostatními pacienty. Sestra uvedla, že je to samozřejmě individuální záležitost, protože záleží na povaze každého člověka. Její zkušenost je ale taková, že nevidomí pacienti neměli problém s integrací. Hygienická péče u pacienta s poruchou zraku dle sestry opět záleží na konkrétnosti jednotlivých pacientů. Většinou se setkává s pacienty, kteří jsou částečně samostatní. Proto hygienická péče nejčastěji probíhá u lůžka s žínkou a lavorem a jednou týdně s doprovodem do koupelny. V případě, že sestra dává nevidícímu pacientovi lavor a chystá mu hygienické pomůcky, pokládá je na stoleček s přesným popisem, kde co leží. Sestře se totiž dříve stalo, že si tuto nutnost neuvědomila a chystala věci k hygieně zcela automaticky. Pacient nevěděl, kde najde přenosné umyvadlo a skončilo to vylitím jeho obsahu do lůžka. Sestra odpověděla, že si byla vědoma své chyby, a proto ví, že se již nebude opakovat. Na chirurgickém oddělení, kde sestra pracuje, se dle jejich zkušeností sestry starají o odpočinek a spánek tak, že dbají, aby v pokojích byl čerstvý vzduch a aby se pacienti cítili pohodlně, ať už se jedná o pacienta vidícího či ne. Sestra opět zdůraznila, že záleží na povaze každého pacienta. Co se týče stravovacích návyků, mobilní pacienti jedí na jídelně. V případě nevidomých pacientů záleží na jejich rozhodnutí. V případě, že chtějí jíst na jídelně, je tam sestra dovede a určí jim místo, kde budou sedět. Většinou se dle sestry pacienti s poruchou zraku rychle zorientují, popřípadě jim pomůžou spolupacienti. Sestra odpovídá, že ať už jí pacient na pokoji či jídelně, předloží před něj podnos, na kterém mu popíše polohu jednotlivých jídel a také to, kde najde příbor. Dříve se sestře stalo, že jí nevidomý pacient o to požádal. V případě nevidomých pacientů sestra po přijetí provedla pacienta po oddělení, tak jak to dělá i s ostatními pacienty. S tím rozdílem, že vedla pacienty podél zdi a podrobně popisovala, okolo čeho zrovna procházejí a co se kde odehrává. Sestře se stalo, že jí pacient požádal, zda by si později neudělala čas, aby to s ním všechno ještě jednou prošla. Nebo že si pacient počítal kroky, které vedly od jeho pokoje k jiným místnostem. Sestra také pacienty seznamuje se signalizačním zařízením a pokládá zvoneček tak, aby na něj pacient dosáhl a přesně věděl, kde ho najde v případě potřeby. Vzhledem ke staršímu věku pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení, kde

sestra pracuje, spočívá komunikace s rodinou na lékaři. Sestra většinou doplní informace, popřípadě vysvětlí rodině to, čemu nerozumí. Podle sestry je stejná komunikace s rodinou u pacientů s poruchou zraku, jako s rodinou jiných pacientů. Dle slov sestry se stává, že za pacientem ani rodina nepřijde, nebo se nezajímá o jeho stav. Co se týče vyprazdňování a vylučování pacienta, ani zde sestra nevidí rozdíl mezi vidícím a nevidomým pacientem. Tak jako tak, zapisuje sestra stolice a u imobilních pacientů se stará o močový katétr. V obou případech nevidomým pacientům sestra vše popíše a ptá se, zda všemu rozumí. Podle sestry je to stejné i u jednotlivých vyšetření stolice nebo moče. Jednoduše pacienta edukuje o provedení jednotlivých procedur bez ohledu na jeho zrak. Sestra si je vědoma zvláštností v ošetřování pacienta s poruchou zraku, přesto se k nevidomým pacientům snaží chovat jako k vidomým pacientům. Sestra uvádí, že by byla nerada, kdyby na nevidící pacienty působila tak, aby z jejího chování měli pocit méněcennosti. Jak již sestra uvedla, postupem času získala více zkušeností s ošetřováním nevidomých pacientů. Sestra tedy přistupuje ke každému pacientovi individuálně a snaží se plnit jeho potřeby. Také uvádí, že při rozdávání léku pacientovi dává léky přímo do ruky, popřípadě na stolek s přesným popisem, kde kelímek leží a také kolik je v něm léků. Vše se snaží pacientovi podrobně popsat a vysvětlit, že se kdykoliv může na vše zeptat. Sestra rovněž považuje za samozřejmost, že jsou pacientovi s poruchou zraku odstraněny všechny překážky z cesty a že i spolupacienti vědí, že je důležité, aby pro nevidícího pacienta zůstalo vše na stejném místě, tak jak si to pacient pamatuje a jak je mu vše popsáno. Na otázku, zda sestra ví něco o činnosti tyfloservisů a tyflocenter odpověděla sestra, že o nich již slyšela. Ví, že se zde sdružují lidé se zrakovým postižením a že jim tyto instituce napomáhají k začlenění do běžného života a také jim poskytují řadu pomůcek. V rámci exkurze na střední škole si pamatuje, že navštívili tyfloservis v Jihlavě, ale detailní průběh si nevybavuje. Sestra si podle vlastních slov do té doby neuvědomila, jak je těžké žít bez zraku a kolik je k tomu potřeba pomůcek. V rámci oné exkurze i práci s nevidomými pacienty se sestra setkala hlavně s bílou holí, různými bzučáky na nalévání vody do hrníčku a skleniček, telefony a hodinky s hlasovým výstupem a u pacientů, kteří měli ještě zachované zbytky zraku i se čtecími lupami. Sestra uvedla, že ji setkání s pacienty

nejvíc ovlivnilo tím, že si uvědomila, jak je ráda, že ona i její rodina jsem zdraví. Také to pro sestru byla zajímavá zkušenost a je ráda, že se časem a zkušenostmi naučila jak se v této péči zdokonalit.

Sestra 2A

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry.

51- letá sestra, její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola ukončena maturitou. Nyní studuje specializační obor geriatric, který by měla ukončit v letošním roce. Pracuje na oddělení následné péče v nemocnici České Budějovice a.s. v dolním areálu. Zde je již 7 let. S pacientem s poruchou zraku se setkala sestra již na střední škole, ale to už si nepamatuje. Na oddělení následné péče se sestra starala o nevidomého pacienta jen párkrát, objevují se zde zřídka kdy, a proto nemá se specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou zraku velké zkušenosti. Nicméně si sestra konkrétně vzpomíná na pacientku, která byla zcela imobilní, v rámci ošetrovatelské péče to s ní bylo náročnější, nejen kvůli jejímu zrakovému postižení, ale kvůli celkově špatnému stavu. Podle sestry tato pacientka potřebovala pomoc při všech běžných činnostech a také měla zvýšený dohled. Teoretické znalosti sestra v praxi vůbec neuplatnila, na střední školu docházela již dávno a není si jistá, zda se vůbec zabývali problematikou zrakově postižených. V rámci studia geriatric, ale mají předmět zaměřený na smyslově postižené osoby. Sestra si myslí, že, co se týče teoretických znalostí, je praxe mnohem důležitější a přínosnější. Na oddělení následné péče jsou převážně nechodící pacienti a od toho se odvíjí celá péče. Pocitu izolovanosti u nevidícího pacienta by sestra předešla seznámením s ostatními pacienty. V případě mobilního pacienta by se snažila vše mu ukázat a důkladně ho po oddělení provést. Hygienická péče na tomto oddělení probíhá u imobilních pacientů u lůžka a jednou týdně v koupelně. Soběstační pacienti chodí samy do koupelny podle potřeby. Sestra prováděla u nevidomé pacientky hygienickou péči u lůžka s pomocí hygienických potřeb a laboru. Vzhledem k tomu, že paní potřebovala pomoc i při koupeli, sestra prováděla omývání sama. Sestra odpověděla, že v tomto ohledu nebyla hygienická péče odlišná od vidících pacientů. Snad jen v komunikaci, kdy se snažila pacientce popsat úkony, které zrovna provádí. Tato pacientka byla velice

neklidná, proto dostávala léky na spaní, dle ordinace lékaře. Sestra si myslí, že porucha zraku je ze všech smyslových onemocnění nejhorší, protože vidící pacient se orientuje v prostoru, dokáže se zabavit ve volném čase četbou knih a podobně. Sestra si myslí, že u nevidomého pacienta, obzvláště ve starším věku, je těžké najít aktivitu pro volný čas, není zde možné ani provádět aktivizační cvičení, mezi které patří na ONP třeba hraní karet, pexesa nebo jiných deskových her. Pacienti dostávají na oddělení následné péče jídlo k lůžku, nevidomou pacientku krmila sestra nebo jiný personál. Ani zde neshledává sestra rozdíl mezi dopomocí u pacienta s poruchou zraku a zcela vidícího pacienta. Na otázku jak pomohla pacientovi s poruchou zraku s orientací v prostoru, sestra odpověděla, že na jejich oddělení mají opravdu málo mobilních pacientů a že s nevidomou paní, o které mluví, to bylo těžké, protože byla upoutaná na lůžku. Takže jí sestra dala zvoneček na dosah ruky a tím veškerá orientace skončila. Pacientka totiž ani sama nepila, takže k ní sestry chodily a dávaly ji napít. Sestra zvedla, že tato pacientka byla celkově inkontinentní, takže měla inkontinentní pleny a močový katétr. Co se týče rodiny, sestra s ní vůbec nekomunikovala. Vzpomíná si, ale na jinou pacientku, která sice nebyla zrakově postižená, ale její dcera ano. Sestra komunikovala s dcerou pacientky, kterou do nemocnice vodil její šestiletý syn. V případě, kdy šlo o úřední jednání, přicházela s dcerou asistentka. Jedinou zvláštností u nevidomé pacientky sestra pociťuje ve zvýšené komunikaci a snaze vše důkladně vysvětlit. V případě mobilnějšího pacienta by sestra odstranila všechny překážky, důkladně ho provedla po pokoji a jídlo by mu dávala ke stolečku s přesným popisem, co na tácu najde. Sestra si je vědoma zvýšené potřeby u pacienta s poruchou zraku, třeba při vyšetřeních na jiném oddělení, popřípadě s dopomocí při běžných činnostech, proto si stěžuje na nedostatek personálu, myslí si, že s větším počtem sester by byla celková péče lepší a mohli by u pacienta trávit více času. O tyfloservisech a tyflocentrech toho sestra moc neví. Dokáže říct, že se sdružují lidé s postižením zraku, ale co je náplní těchto středisek popsat nedokáže. Setkala se již s pomůckami pro lidi se zrakovým postižením a to převážně s bílou holí, speciálními mobilními telefony a také s hlasovým signálem na přechodech a v hromadných dopravních prostředcích. Sestra odpověděla, že zkušenost se zrakově

postiženými ji asi nejvíce ovlivnila v tom, že jí jich bylo hrozně líto a moc nevěděla, jak se k nim má chovat.

Sestra 3A

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry.

Sestře je 56 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola ukončena maturitou. Sestra se v rámci celoživotního vzdělávání účastní pravidelně seminářů. Po dokončení školy pracovala na nervovém oddělení a nyní je již 18 let na očním oddělení nemocnice České Budějovice. V rámci ošetrovatelské praxe se s nevidomými pacientky se setkává často, na očním oddělení jsou nevidomí pacienti hospitalizováni cca 1-2x do měsíce. Se svým prvním nevidomým pacientem se sestra setkala již na neurologickém oddělení, kde byli pacienti s poruchou vidění hlavně z důvodu mozkových nádorů a podobně. Vzpomíná si, že při prvním kontaktu s nevidomým pacientem byla značně nervózní a nesvá, protože nevěděla jak k němu přistupovat. Byl to mladší pán, který byl slepý od narození a sám sestře dopomohl ke zlepšení. S tímto pacientem sestra ztratila zábrany v komunikaci a ošetrovatelské péči u pacientů s poruchou zraku. Nicméně sestra přiznává, že ještě při nástupu na oční oddělení dělala chyby a často se pro radu obracela ke zkušenějším sestřím. Na otázku jak uplatnila teoretické znalosti ze školy, sestra odpověděla, že nijak. Na střední škole se s touto problematikou nesetkala. Čerpala hlavně ze zkušeností ostatních sester a zlepšovala se v průběhu praxe. Dle jejích slov až praxe ukáže dovednosti sestry. Pro sestru bylo výhodou, že oční ambulance poskytovala spoustu letáku a brožur, ale i zde to byly spíše návody všeobecné než přímo týkající se ošetrovatelské péče. Sestra si myslí, že na očním oddělení se nevidomí pacienti izolovaní necítí, protože k nim nikdo nepřistupuje jinak než k pacientům vidícím. Podle sestry je samozřejmostí, že ukládá nevidomého pacienta k vidícím, ale tak, aby byl co nejblíže k toaletě. Podle sestry hodně záleží také na pacientovi. Většinou se setkává s pacienty, kteří se snaží o co největší samostatnost, ale najdou se i tací, kteří se rádi nechají obsloužit. Na očním oddělení se sestra jen málo kdy setkává s imobilním pacientem, proto zde ranní hygiena probíhá ve vlastní péči pacienta. U nevidomých pacientů asistuje sestra, pokud to pacient vyžaduje a potřebuje.

Dle sestry opět záleží na typu člověka a také na době, kdy pacient o zrak přišel. Všeobecně se sestra srovnává s názorem, že mladým lidem se všechno učí lépe, ale huř se s tím vyrovnávají psychicky. Naopak u starších lidí je proces učení a přizpůsobování těžší a je to namáhavé pro ně i zdravotnický personál. Jak už sestra uvedla, pokud je to možné, tak se snaží nedělat rozdíly mezi vidícími a nevidomými pacienty, takže o spánek se starají všichni stejně. Sestry na očním oddělení větrají a večer ještě urovnávají všem postele. Co se týče pasivního odpočinku, záleží to na pacientovi. Sestra se často setkává s Braillovým písmem a také s počítači s hlasovým výstupem. Pacienti na očním oddělení jí na pokoji, buď u stolku, nebo u lůžka. U nevidomých pacientů tomu není jinak. Podle sestry je specifikum to, že pacientovu vše důkladně popíše. Někteří pacienti jsou zvyklí určovat stravu na talíři podle hodinový ručiček. Například „Na dvanácté hodině jsou brambory a na páté máte maso“. Jiným pacientům vyhovuje pouze popsání napravo, nalevo, nahoře a dole. Každého nevidomého pacienta sestra provede po oddělení, ukáže mu kde je inspekční pokoj, kde bude spát on. Sestra pomáhá pacientovi i s orientací na pokoji, kdy mu popíše jeho postel, signalizační zařízení, toaletu, koupelnu a další zařízení pokoje, jako stůl, židle a okno. Sestra dále odpověděla, že pacientovi vždy zodpoví všechny jeho otázky a ujistí se, že všemu rozumí a vše najde. Komunikace s rodinou je většinou na lékaři. Samozřejmě zase podle sestry záleží na stavu pacienta, a kdy o zrak přišel. V případě, že se jedná o čerstvou záležitost, edukuje lékař i sestra rodinu o přístupu k pacientovi a doporučí jim na pomoc tyflocentrum. V péči o vylučování sestra odpověděla, že se opět jedná o zcela individuální věc. Na očním oddělení se o sebe pacienti většinou starají sami. Úkolem sestry je zapisovat stolice, v případě dlouhodobé absence stolice sestra informuje lékaře a dle jeho ordinace pak podává projímavé látky. Sestra také uvedla, že v případě vyšetření moče pacientovi vše důkladně vysvětlí a při potřebě mu u odběru moče asistuje. Co se týče zvláštností ošetrovatelské péče, odpověděla sestra, že nejdůležitějším rozdílem je asi komunikace. Nevidomého pacienta se sestra více dotýká, dává mu tak například vědět, že mluví právě s ním. Popřípadě ho osloví přímo jeho jménem. Jako největší chybu sestra uvedla, když někdo mluví do prostoru, jako například „Pojďte se mnou“. Nevidomý pacient samozřejmě neví, že se mluví na něj.

Jak už sestra uvedla, ambulance spolupracuje s tyfloservisem. Sestra je dobře informovaná o činnosti tohoto zařízení a dokonce ho i navštívila. Nejčastěji se sestra setkala s bílou holí, lupou, počítačem, s různými čtecími pomůckami a Braillovým písmem. Za dobu svého působení na očním oddělení se sestra setkala s velkým množstvím pacientů s poruchou zraku, někteří ji utkvěli v paměti více či méně, ale celkově se jí s nimi pracuje dobře a má kladné zkušenosti. Občas sestře přijde líto některých pacientů, zejména těch mladších, ale i tak se jí na tomto oddělení líbí.

Sestra 4A

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry

Sestra ve věku 26 let s nejvyšším dosažením vzděláním na Jihočeské univerzitě v oboru všeobecná sestra ukončené titulem Bc. Pracuje na chirurgickém oddělení nemocnice v Třebíči. Navštěvuje povinné semináře, 3x ročně. V rámci ošetrovatelské praxe během studia vysoké školy se setkala s nevidomou pacientkou na oddělení urologie. Jako studentka si v ošetrovatelské péči o nevidomé přišla nezkušená a proto nevěděla jak k pacientovi přistupovat. Na oddělení chirurgie se také setkala s pacientem s poruchou zraku. Sestra pocítovala velký soucit a snažila se, aby nevidomému pacientovi uspokojila všechny potřeby. Navíc nebyla od ostatního personálu informována, že pacient nevidí. Proto její první kontakt s tímto pacientem byl chybný, sestra mu řekla „Pojďte se mnou“, načež ji pacient, který se nejevil, jako zrakově postižený odpověděl „A můžete mě tam dovést?“. Pacientovi, kterého sestra ošetřovala, bylo okolo 75 let a oslepl z důvodu šedého zákalu přibližně o šest let dříve. Sestra uvedla, že na první pohled by nepoznala, že jsem o nevidomého pacienta. Na vysoké škole se sestra učila v předmětu komunikace, péči a smyslově postižené. Při prvním kontaktu s nevidomým pacientem ji tyto teoretické znalosti přišli nedostačující a v prvním dnu se cítila nejistá. Na otázku jak by sestra předešla pocitu izolovanosti nevidomého pacienta, odpověděla, že neví. Sestra seznámila pacienta s ostatními pacienty na pokoji a byla ráda, že byl pán společenský typ, takže se rychle začlenil. Hygienická péče probíhá na oddělení chirurgie u soběstačných pacientů ve sprše a u imobilních pacientů u lůžka. Sestra uvedla, že pacient byl velice šikovný a vše zvládl

sám. Pouze mu ukázala, kde je koupelna, dala mu sprchu do ruky a popsala, kde najde hygienické potřeby. Pacient měl zubní protézu, kterou mu sestra vyčistila, než se vysprchoval. Večer před spaním pacientům ustlala postel, aby se jim lépe spalo. Pacient dostával léky na spaní, dle ordinace lékaře, protože trpěl častým buzením. Sestra uvedla, že přes den pacient rád poslouchal rádio. Na chirurgickém oddělení obědvají soběstační pacienti na jídelně, snídaně a večeře jsou na pokoji u stolu. Aby sestra předešla pocitu izolovanosti, jedl i nevidomý pacient s ostatními pacienty. Sestra mu ukázala cestu na jídelnu, při které si pacient osahal stěny a počítal si, kolik kroků musí ujít. Sestra uvedla, že většinou pacienta dovedl jeho spolubydlící z pokoje, se kterým se přátelil. V jídelně sestra pacientovi vyhradila místo, na kterém sedával každý den. Pacient první den sestru požádal, zda by mu na talíři nepopsala polohu jídla. Sestra uvedla, že pacient moc nedodržoval pitný režim, proto často chodila na jeho pokoj, aby se ujistila, že pije. Nevidomý pacient si naléval čaj z konvice do hrníčku, měl sebou čtečku, která mu pípáním oznámila, že je hrníček plný. Pro snadnější orientaci v prostoru prošla sestra s nevidomým pacientem celé oddělení i cestu ven, protože pán byl kuřák. Nevidomí pacient byl zvyklý si osahat stěny a také si na menší vzdálenosti počítal kroky. Sestra dodala, že na cestu ven používal bílou hůl. Sestra také podrobně popsala pacientovi pokoj a dala mu signalizační zařízení na dosah ruky. Pacient přišel na oddělení z domova důchod. Sestra po celou dobu jeho hospitalizace neměla možnost komunikovat s jeho rodinou, protože za ním nikdo nepřišel. Sestra odpověděla, že více chodila na pokoj pacienta s poruchou zraku, aby se ho zeptala, zda něco nepotřebuje. Snažila se mu všechno popsat a usnadnit mu tím orientaci. Léky sestra podávala nevidomému pacientovi přímo do ruky a počkala, až si je zapije. Sestra uvedla, že když jel nevidomý pacient na jiného oddělení, nebo vyšetření, měl sebou vždy doprovod. Sestra na otázku, zda ví něco o činnosti tyfloservisu nebo tyflocentra, odpověděla kladně. Na střední škole byla na exkurzi, kde si sama mohla vyzkoušet jaké to je orientovat se ve tmě. Sestra popsala, že zatemnili okna a udělali naprostou tmu, kde se každý orientoval jen pomocí hmatu a sluchu. Pro sestru to byl velice přínosný zážitek. Sestra uvedla, že pacient po dobu hospitalizace používal slepeckou hůl, šablonu na

bankovky, detektor vody. Nejvíce sestru překvapilo, do jaké míry byl nevidomí pacient samostatný, a jak ji vyprávěl o různých kompenzačních pomůckách.

Sestra A5

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry.

Sestra ve věku 58 let, s nejvyšším dosaženým vzděláním na Jihočeské Univerzitě v oboru všeobecná sestra ukončeným titulem Bc. Na očním oddělení v Nemocnici České Budějovice pracuje již od ukončení střední školy, tedy 37 let. V průběhu praxe na tomto oddělení si sestra udělala výše zmíněné bakalářské studium dálkově. S pacienty s poruchou zraku se sestra setkává dnes a denně. Svoje první setkání s nevidomým pacientem si nevybavuje příliš detailně. Jedině snad pocit nejistoty a nervozity z nového zaměstnání a nových zkušeností. Podle svých slov byla tehdy ještě malá a nezkušená „kuře“ a za dobu praxe na střední se s nevidomým pacientem nesetkala. Na otázku ohledně uplatňování teoretických znalostí v praxi sestra odpověděla, že ze střední školy měla takřka nulové informace o ošetřování zrakově postižených lidí. Čerpala tedy převážně ze zkušeností ostatních sester a brzy se začlenila do chodu oddělení a sama získala potřebné znalosti. Sestra si konkrétně vybavuje několik nevidomých pacientů. Sestra uvedla, že každý pacient, stejně jako přístup k němu je zcela individuální, proto ji v průběhu let uvízlo v paměti několik pacientů, ať v dobrém či zlém smyslu. Nejvíce, ale hovoří o pacientovi, který postupně ztrácel zrak v mladém věku a který se později sám založil o vznik tyflocentra v Českých Budějovicích a který měl jako první v tomto městě vodícího psa. Jak sestra uvedla, u tohoto pacienta nebylo třeba předcházet pocitu izolovanosti, protože byl velice otevřený a komunikativní. Podle sestry se se ztrátou zraku vyrovnal celkem rychle a měl snahu pomáhat i ostatním pacientům v jejich těžkých chvílích. Na očním oddělení ležel opakovaně, takže sestra v průběhu jeho hospitalizací sledovala progresi jeho onemocnění až k úplné slepotě. Sestra uvedla, že pacient dobře znal prostředí oddělení a měl velkou snahu o osamostatnění, takže sestra většinou v hygienické péči jen dopomáhala. V době, kdy měl ještě zachované zbytky zraku a později, kdy o něj přišel úplně, ho sestra doprovázela do koupelny a byla připravena mu v případě potřeby pomoci. Nejednou se podle sestry stalo, že pacient

došel sám do sprchy, než se při ranní hygieně dostala k jeho pokoji. Nebo ho zahlédla při ranním předávání služeb, jak se pomalu sám krade do koupelny. Jak už sestra zmínila, pacient se snažil o co největší samostatnost. V případě spánku a odpočinku tomu nebyla jinak. Sestra s ním v tomto ohledu neměla žádnou práci, protože pacient se velice dobře orientoval v nemocničním. Podle sestry si pacient před spánkem vyvětral a natřepal polštář, a jak sestře několikrát řekl, spalo se mu v nemocnici lépe než doma. V době kdy byl pacient na očním oddělení, nebyl ještě v provozu tabletový stravovací systém a pacienti buď docházeli na jídelnu, nebo jedli v pokoji. Sestry tedy nejdřív rozesli jídlo pacientům k lůžku a pak nandávaly jídlo lidem stojící řadu v jídelně. Sestra odpověděla že pacient i po celkovém oslepnutí striktně odmítal jíst na pokoji a skoro vždy stál v řadě jako první. Paní sanitářka mu pomohl s talířem k stolu, u kterého sedával pravidelně, a sdělila mu, jak má jídlo na talíři rozložené podle hodinových ručiček. Snídani a večeři dostával podle zvyklosti oddělení na pokoj. S orientací na oddělení podle sestry neměl pacient žádný problém. První hospitalizace proběhla ještě při zachování jeho zraku, takže když byl později nevidomý, dobře si vybavoval oddělení, a kudy se kam dostane. Samozřejmě mu i při této činnosti sestra pomáhala, starala se, aby neměl žádné překážky v cestě a při příjmu mu důkladně ukázala pokoj a veškeré zařízení. Pacient byl rozvedený a bydlel sám, později si našel přítelkyni. Nicméně se sestra několikrát setkala i s jeho dětmi, které přicházeli na návštěvu. Rodina se často ptala na otcův stav, nejen lékaře, ale i sestru. A sestra s nimi později, stejně jako s pacientem navázala přátelský vztah. Pacient byl podle sestry zcela samostatný, co se týče vylučování a vyprazdňování. Při nástupu do práce se sestra musela naučit specifika očního oddělení, kam také patří práce s nevidomými pacienty. V průběhu několika měsíců se v této činnosti zdokonalovala. Sestra uvedla, že přistupuje ke každému zrakově postiženému pacientovi, jako ke komukoliv jinému. Samozřejmě bere ohled na jeho handicap při činnostech, jako je rozdávání jídla, léku, aplikaci infuzí a injekcí i při dopomoci při běžných činnostech. Ale zároveň sestra u pacienta podporuje samostatnost. O tyfloservisu a tyflocentra je sestra velice dobře informovaná i díky pacientovi o kterém vyprávěla. Přímo oční oddělení s těmito zařízeními nespolupracuje, protože kontakt s nimi má na starosti oční ambulance. Na otázku s jakými

kompenzačními pomůckami se setkala, odpověděla sestra, že za ty roky asi se všemi. Konkrétně pacient, o kterém sestra hovořila, měl v té době všechny dostupné pomůcky, které byly na trhu a byli pro něj vhodné. Stále si zjišťoval novinky a zasadil se i při založení tyflocentra, kde později pracoval a pomáhal lidem se zrakovým postižením. V nemocnici se sestra nesešla s vodícím psem, i když dle nové vyhlášky, si ho pacient může vzít sebou. Sestra uvedla, že pacient, který měl prvního vodícího psa v Českých Budějovicích, si svoji fenku Betty nechával po dobu hospitalizace u dětí, nebo u přítelkyně. Sestra si nedovede představit, jak by vypadala péče o pacienty, kdyby jeden z nich tam náhodou vodícího psa měl. Sestru v průběhu let ovlivnilo hned několik pacientů. Dále také uvádí, že hodně záleží na době ztráty zraku. U starších lidí je to pro sestru celkově těžší, protože se špatně učí novým věcem. To ale neznamená, že lidé, kteří přijdou o zrak v mladším věku, by na tom byli lépe. Podle sestry záleží na povaze a psychické vyrovnanosti každého z nich.

Sestra 6A

V rozhovoru jsou uvedeny názory sestry.

43- letá sestra, s titulem DiS., kterého dosáhla na vyšší odborné škole zdravotní v Třebíči. Nyní si dálkově dodělává bakalářské studium na Jihlavské vysoké škole. Pracuje na interním oddělení v nemocnici Třebíč, zde je 8 let. V rámci celoživotního vzdělání navštěvuje pravidelně semináře, cca 4x ročně. S pacientem s poruchou zraku se poprvé setkala při svém působení na ORL oddělení, kde před tím pracovala. Na interním oddělení se s nevidomým pacientem setkala jenom jednou. Byla to pacientka ve věku okolo 50 let. Byla zde hospitalizována pro bolest na hrudi. Sestra uvedla, že pacientka byla velice úzkostlivá a měla obavy z budoucnosti. Sestra si nebyla jistá v chování k zrakově postiženým pacientům. Uvedla, že se raději pacientky na všechno ptala. Většinou ji pacientka poradila. Teoretické znalosti v praxi sestra vůbec neuplatnila. Na škole sice měli základy komunikace se smyslově postiženými lidmi, ale z toho si sestra nic nepamatovala. Proto se cítila nejistá v komunikaci a péči o zrakově postiženou pacientku. Na otázku jak by sestra předešla pocitu izolovanosti, odpověděla, že neví. Sestra by nejspíš seznámila pacienta s ostatními na pokoji. Hygienická péče u

pacientky probíhala ve sprše na pokoji. Sestra tam pacientku dovedla a ta se umyla sama. Nejdříve sestra chtěla pacientce pomoci s hygienou, ale ta ji sdělila, že není hloupá a že se umyje sama. O spánek a odpočinek se sestra u pacientky vůbec nestarala, nevěděla, jak by jí s touto činností mohla pomoci. Na interním oddělení jedí pacienti na pokoji, buď u lůžka, nebo u stolu. Nevidomá pacientka docházela ke stolečku na pokoji. Sestra jí tam donesla jídlo. Zprvu ji nenapadlo, že by pacientce měla popsat polohu jídla na talíři. Pacientka proto sestru o takový popis sama požádala. Sestra uvedla, že na vyzvání od pacientky, ji provedla po oddělení a ukázala jí kde je inspekční pokoj, vyšetřovna a kde je její pokoj. S rodinou sestra vůbec nekomunikovala, tato práce spočívala na lékaři. Pacientka bylo v ohledu vylučování a vyprazdňování zcela samostatná. Sestra u pacientky prováděla měření krevního tlaku, pulzu, teploty. Dále měřila EKG a také doprovázela pacientku na rentgenové vyšetření. Sestra popisuje, že si nebyla jistá jak pacientku správně vést. Proto se jí raději zeptala a pacientka jí to sdělila. V Třebíči žádný tyfloservis není, ale sestra odpověděla, že si myslí, že jeden je v Jihlavě. Odpověděla také, že se zde nejspíš sdružují nevidomí lidé a učí se běžným denním činnostem bez použití zraku. Při práci s nevidomou pacientkou se setkala s bílou holí a mobilním telefonem s hlasovým výstupem. Sestra popisuje, že do doby před setkáním s pacientem s poruchou zraku, si nikdy neuvědomila, jak je zrak důležitý.

Tabulka č. 1

Pocit při prvním ošetřování pacienta s poruchou zraku

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nervozita	3			1		1	1
Nejistota	4	1		1		1	1
Málo zkušeností	3		1		1		1
Celkem	11	1	1	2	1	2	3

Tato tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku o tom, jaký měli pocit při práci se zrakově postiženým pacientem.

Nejčastější kategorie *nejistota* byla uvedena celkem 4krát. Kategorie *nervozita* byla uvedena 3krát. Také odpověď *málo zkušeností* byla uvedena 3krát. Sestry č. 1, 2 a 4 odpověděli v jediné kategorii, sestry č. 3 a 5 odpověděli ve dvou kategoriích. Sestra č. 6 odpověděla v kategoriích celkem 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí sester je 11.

Tabulka č. 2

Vnímání sester při uplatnění teoretických zkušeností v praxi

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Žádné znalosti	3	1	1	1			
Nedostačující znalosti	3				1	1	1
Celkem	6	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka zobrazuje odpovědi sester na otázku, jak si myslí, že uplatnily teoretické znalosti ze školy v přístupu a komunikaci se zrakově postiženým pacientem.

Kategorii *žádné znalosti* byla uvedena 3krát a kategorie *nedostačující znalosti* byla uvedena také celkem 3krát. Sestry č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 odpověděly v jediné kategorii. Celkový počet kategorizovaných odpovědí sester je 6.

Tabulka č. 3**Orientace v prostoru**

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Doprovod po oddělení- podél zdi	5	1		1	1	1	1
Ukázka pokoje	3			1	1	1	
Signalizační zařízení na dosah ruky	3	1	1		1		
Odstranění překážek	1					1	
Pacient počítal kroky	2	1			1		
Celkem	14	3	1	2	4	2	1

Tato tabulka zobrazuje odpovědi na otázku o tom, jak sestra pomohla pacientovi s orientací na oddělení po dobu jeho hospitalizace.

Nejčastější kategorie odpovědí *doprovod po oddělení- podél zdi* byla uvedena celkem 5krát. Odpověď *ukázka pokoje* byla uvedena 3krát, kategorie *signalizační zařízení na dosah ruky* byla zodpovězena také 3krát. Kategorie *pacient počítal kroky* byla uvedena 2krát a kategorie odstranění překážek byla uvedena 1krát. Sestry č. 2 a 6 odpověděli v jedné kategorii. Sestry č. 3 a 5 odpověděli v kategoriích 2krát. Sestra č. 1 odpověděla ve třech kategoriích a sestra č. 4 odpověděla v kategorizovaných odpovědích celkem 4krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí sester je 14.

Tabulka č. 4

Hygienická péče

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Dopomoc sestry u lůžka	2	1		1			
Dopomoc sestry v koupelně	2	1			1		
Pacient sám- u lůžka	2				1		1
Pacient sám- v koupelně	2			1		1	
Sestra- celková koupel	1		1				
Celkem	9	2	1	2	2	1	1

Tato tabulka prezentuje odpovědi na otázku, kdo prováděl hygienickou péči u pacienta s poruchou zraku.

Kategorie *dopomoc sestry u lůžka* byla uvedena 2krát. Kategorie *dopomoc sestry v koupelně* byla uvedena taktéž 2krát. Kategorie *pacient- sám u lůžka* byla uvedena 2krát a kategorie *pacient sám v koupelně* byla uvedena rovněž 2krát. Kategorie *sestra- celková koupel* byla uvedena 1krát. Sestry č. 2, 5 a 6 odpověděly v kategoriích celkem 1krát. Sestry č. 1, 3 a 4 odpověděly v kategoriích 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 9.

Tabulka č. 5

Popsání polohy jídla

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Na požádání pacienta	3	1			1		1
Nebylo třeba- krmení	1		1				
Popsání- hodinové ručičky	2			1		1	
Popsání- „vpravo, vlevo“	1			1			
Celkem	7	1	1	2	1	1	1

Tato tabulka zobrazuje odpovědi na otázku, zda sestry popsaly pacientům s poruchou zraku polohu jídla na talíři.

Nejčastější odpověď *na požádání pacienta* byla uvedena 3krát. Kategorie *popsání- hodinové ručičky* byla uvedena celkem 2krát. Odpověď *popsání- „vpravo, vlevo“* byla uvedena 1krát. Kategorie *nebylo třeba- krmení* byla zodpovězena 1 krát. Sestry č. 1, 2, 4, 5 a 6 odpověděly v jedné kategorii a sestra č. 3 odpověděla v kategoriích celkem 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí sester je 7.

Tabulka č. 6

Předcházení pocitu izolovanosti

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nevím	3	1			1		1
Seznámení s pacienty	4	1	1	1			1
Orientace na oddělení	1		1				
Stejný přístup jako k vidícím pacientům	1			1			
Nebylo třeba	2			1		1	
Celkem	11	2	2	3	1	1	2

Tato tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, jak by předešly pocitu izolovanosti pacienta s poruchou zraku od vidících pacientů.

Nejčastější kategorie *seznámení s pacienty* byla uvedena 4krát. Kategorie *nevím* byla uvedena 3krát. Kategorie *nebylo třeba*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *orientace na oddělení* byla uvedena 1krát a kategorie *stejný přístup jako k vidícím pacientům* byla uvedena rovněž 1krát. Sestry č. 4 a 5 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Sestry č. 1, 2 a 6 odpověděly v kategoriích 2krát. A sestra č. 3 odpověděla v kategoriích 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 11.

Tabulka č. 7

Spánek a odpočinek

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Větrání pokoje	3	1		1		1	
Večerní stlaní postele	3			1	1	1	
Léky dle ordinace lékaře	1				1		
Aktivita přes den	2		1	1			
Nevím	1						1
Celkem	10	1	1	3	2	2	1

Tato tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, jak se staraly o spánek a odpočinek pacienta s poruchou zraku.

Kategorie *větrání pokoje* byla uvedena 3krát. Kategorie *večerní stlaní postele* byla uvedena také 3krát. Kategorie *aktivita přes den* byla uvedena 2krát. Kategorie *léky dle ordinace* lékaře byla uvedena 1krát a kategorie *nevím* byla uvedena také 1krát. Sestry č. 1, 2 a 6 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Sestry č. 4 a 5 odpověděly v kategoriích 2krát. Sestra č. 3 odpověděla v kategoriích 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka č. 8

Komunikace s rodinou

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Sestra komunikovala s rodinou	2	1				1	
Sestra nekomunikovala s rodinou	4		1	1	1		1
Komunikace je na lékaři	1			1			
Žádný rozdíl v komunikaci	1	1					
Celkem	8	2	1	2	1	1	1

Tato tabulka zobrazuje odpovědi sester na otázku, zda komunikovaly s rodinou po dobu hospitalizace pacienta s poruchou zraku

Nejčastější kategorii *sestra nekomunikovala*, byla uvedena 4krát. Kategorie *sestra komunikovala*, byla uvedena 2krát. Kategorie *komunikace je na lékaři*, byla uvedena 1krát a kategorie *žádný rozdíl v komunikaci* byla uvedena také 1krát. Sestry č. 2, 4, 5 a 6 odpověděly pouze v jediné kategorii. Sestry č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

Tabulka č. 9

Kompenzační pomůcky pacientů v nemocnici

S- sestry	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zvukový hlásič hladiny vody	3	1			1	1	
Mobilní telefon s hlasovým výstupem	4	1		1		1	1
Počítač s hlasovým výstupem	4	1		1		1	1
Bílá hůl	4	1		1	1		1
Hodinky/budík s hlasovým výstupem	2	1				1	
Čtecí lupa	3	1		1		1	
Braillovo písmo	2			1		1	
Šablona na bankovky	2				1	1	
Vodící pes	1					1	
Celkem	25	6	0	5	3	8	3

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi sester na otázku, s jakými pomůckami se setkali při ošetřování pacientů s poruchou zraku.

V kategorii odpovědi *mobilní telefon s hlasovým výstupem* sestry odpověděly 4krát. Kategorie *počítač s hlasovým výstupem* byla uvedena 4krát. A kategorie *bílá hůl* byla uvedena taktéž 4krát. Kategorie *zvukový hlásič hladiny vody* byla uvedena 3krát a také kategorie *čtecí lupa* byla uvedena 3krát. V kategorii odpovědi *hodinky/budík s hlasovým výstupem* sestry odpověděly 2krát. Kategorie odpovědi *Braillovo písmo* byla uvedena 2krát a kategorie *šablona na bankovky* byla také uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *vodící pes* byla uvedena 1krát. Sestra č. 2 nedopověděla v žádné kategorii, tzn. 0krát. Sestry č. 4 a 6 odpověděly v kategoriích 3krát. Sestra č. 3 odpověděla v pěti kategoriích, tzn. 5krát. Sestra č. 1 odpověděla v kategoriích celkem 6krát a sestra č. 5 odpověděla v kategoriích 8krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí sester je 25.

4.2 Výsledky dotazovaných pacientů

Pacient 1B

V rozhovoru jsou vždy uvedeny názory klienta.

Pacient ve věku 87 let bydlí v Domově pro seniory Hvízdal. Navštěvoval gymnázium, němci ale začali okupovat Sudety a byl nucen s rodinou utéct do Českých Budějovic. Zde na gymnáziu nebylo místo, takže přešel na obecnou školu. I přes vysoké IQ, mu nebylo doporučeno navštěvovat střední školu, kvůli zrakovým problémům. Vyučil se tedy na prodavače. Pacient je vdovec, žena mu umřela, když mu bylo šedesát let. Pacient má zachované zbytky zraku, vidí vše ve veliké mlze, které s postupem času ještě více houstne, trpí věkem podmíněnou makulární degenerací. Pacient dříve navštěvoval tyfloservis pokaždé, kdy to jen bylo možné. Nyní mu to už zdravotní stav nedovoluje. Do tyfloservisu dochází jenom, když mu syn zařídí odvoz z domova. První návštěvu tyfloservisu absolvoval před čtyřmi lety. Tyto služby si velice oblíbil, hlavně kvůli milým a vstřícným pracovnícím. Pacient uvedl, že je velice sečtělý a rád se učí novým jazykům, proto se velmi brzy začal učit Braillovo písmo. Začal studovat i na počítači s hlasovým výstupem, ale na ten mu nebyla schválena dotace. Před časem se začal učit chůzi s bílou holí. Mezi jeho kompenzační pomůcky patří i dva psací stroje. Jeden Pichtův a jeden německý, který má o jeden bod více, než český. Dále vlastní čtecí lupu s výstupem na monitor, který mu načítá tak velká písmena, aby na ně viděl. Když je unavený, nebo ho bolí nohy, používá podpůrné chodítka na kolečkách. Nedávno byl hospitalizovaný na interním oddělení v nemocnici České Budějovice. Jel pouze na ambulanci, kde paní doktorka rozhodla, že si ho tam nějaký čas nechají. Na oddělení ho odvezl zřízenec. Sestra na oddělení si ho převzala a zavezla ho na pokoj. Zde mu popsala, kde najde koupelnu a toaletu. Pacient si cestu prošel podél zdi. Uvedl, že vzhledem k únavě mimo pokoj nechodil. V průběhu deseti dní hospitalizace sestra provedla u pacienta hygienu jednou. Jinak se respondent sprchoval sám, nebo prováděl ranní hygienu u lůžka s žínkou a lavorem. V tomto případě mu sestra umyla záda. Pacient se stravoval na pokoji. Sestra mu vždy položila ták na vysunovací desku stolu, kde si talíř i rozlohu jídla pacient osahal sám. Pacient uvedl, že když byl na obědě

s pracovními Tyfloservis, popsaly mu polohu jídla na talíři pomocí hodinových ručiček a to pro něj bylo daleko lepší. Sestry na to, ale sám neupozornil, protože je nechtěl otravovat a přidělovat jim práci. Za pacientem do nemocnice chodil syn a přítelkyně z domova důchodců. Když chodil do jídelny v přízemí domova, doprovázela ho a do teď mu pomáhá v neznámém prostředí. Pacient neví, jestli sestra komunikovala i s rodinou. Pacient je zvyklý chodit spát okolo deváté hodiny, na noc bere i léky na spaní, protože se v noci často budí. Na interním oddělení chodil spát okolo půl desáté, kdy mu sestřičky donesly léky na spaní. Sestry dávaly pacientovi léky do ruky, podaly mu pití a počkaly, až si je zapije. Dále sestry u pacienta měřily krevní tlak, pulz, aplikovaly mu subkutánní injekce do břicha, napojovaly mu infuze a podávaly mu inhalačně léky. Pacient uvedl, že sestry mu popsaly vše, co u něj budou dělat a proto se cítil velice dobře. Pacient se po dobu hospitalizace necítil izolovaný, ležel na pokoji ještě s jedním pacientem, se kterým se si velice rozuměl. Dlouhou chvíli si krátil poslechem radia a vždy se těšil na návštěvy. Na interním oddělení se pacientovi líbilo, byl rád, že ho „dali dohromady“. Sestry na něj působily velice mile a vstřícně. V péči o nevidomé pacienty by sestřím poradil hlavně trpělivost a také, aby komunikovaly s pacienty a vše jim podrobně popsaly.

Pacient 2B

V rozhovoru jsou zaznamenány odpovědi a názory klienta.

84- letá žena, která se trpí kataraktou. V mládí navštěvovala gymnázium a později nástavbu na strojírenské průmyslové škole. Pracovala později jako dělnice v papírnách a dále na poště. Pacient dříve navštěvovala tyfloservis, dnes tam již nechodí. Má s tímto zařízením dobré zkušenosti. Líbil se jí přístup pracovníků a to, že jí vše vysvětlily. Jako kompenzační pomůcky používala bílou hůl, ale nyní nemůže. V domově pro seniory Hvízdal se pohybuje pomocí chodítka. Zde dobře zná prostředí, takže jí nedělá problém se někam dostat. Ráda chodí na muzikoterapii, kde se zazpívá. K této činnosti patří i drobné cviky na rozpohybování kloubů, které pacientka provádí v sedě podle sociální pracovníce. V oblíbenosti má také společné předčítání knížek. Sama už číst nemůže, přesto, že to byla její oblíbená činnost. Dříve také používala k této činnosti čtecí lupu. Před

rokem byla pacientka hospitalizovaná na traumatologickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, pro zlomeninu ramenního kloubu. Poté byla převezena na oddělení následné péče. Na traumatologické oddělení se pacientce líbilo, podle jejich slov měly sestry plno práce, přesto na ni byly milé. Její zážitky z následné péče jsou zcela odlišné. Sestry zde byly velice nevlídné. Po přijetí na ONP byla uložena na pokoj s dvěma dalšími pacientkami. Sestry se ji nepředstavily. Na oddělení se vůbec neorientovala, v podstatě nevěděla kde je. Jedna z jejich spolupacientek, byla tak hodná, že ji trochu provedla po pokoji. Nikam jinam pacientka nechodila. Ze sester pociťovala nezájem. Na otázku, jak probíhala hygienická péče, pacientka odpověděla, že ráno sestra položila lavoir na stolek a řekla jí, ať se umyje. Pacientka si opláchla obličej, více prý nepotřebovala, když stejně nikam nechodila. Sestry na oddělení následné péče, pak vždy jen odnesly pomůcky k hygieně a uklidily pacientce mýdlo do stolečku. Pacientka má zubní protézu a tu jí spolubydlící každý večer namočila do kelímku s vodou. Sestry v domově ji po návratu vzaly do koupelny a pořádně ji umyly. Respondentka se po dobu hospitalizace stravovala u lůžka. Snídaně i večeře ji sestry nosily zabalené v igelitu, někdy jí ho roztrhly, ale jindy s tím měla sama potíže. I oběd se jí jedl špatně, protože ji pravá ruka bolela v rameni, takže jedla vše lžící z levé ruky. Sestry ji v tomto ohledu nijak nepomohly. Na návštěvy za ní jezdil syn i dcera. Dcera jednou přišla kvůli práci mimo návštěvní hodiny a jedna ze sester na ni byla velice nepříjemná a nechtěla ji za pacientkou pustit. Nakonec k návštěvě svolila. Na oddělení následné péče se pacientce spalo velice špatně. Byla nervózní a cítila se nevyspat. V noci slyšela křik z jiných pokojů a jedna z jejích spolubydlících v noci chrápala. Prášky na spaní nebere, a proto ji nenapadlo o ně požádat. V domově pro seniory je zvyklá se ukládat ke spánku okolo osmé hodiny večerní. Pacientka měla po dobu hospitalizace zavedený permanentní močový katétr. Sestry ji podávaly léky do ruky, kde si pacientka spočítala počet tablet. Napočítala o jednu méně, než dostává v domově pro seniory. Pacientka to sestře řekla. Sestra jí odpověděla, že dostala všechny léky, které má napsané. Pokud je pacientka nechce, řekne panu doktorovi, že nespolupracuje. Pacientku to velice rozzlobilo, ale další dny už se neozvala. Měla ze sester strach, tak raději nic neříkala. Na otázku, zda se po dobu hospitalizace cítila pacientka izolovaně, odpověděla, že ano.

Bylo jí zde nepříjemně a jediné na co se těšila, bylo to, až se vrátí zpátky do domova pro seniory. Když nad tím pacientka později přemýšlela, řekla si, že je to asi normální přístup, ale přesto jí to mrzelo. Respondentka uvedla, že by sestřám v přístupu k nevidomým pacientům poradila, aby byly vlídnější a poslouchaly jejich námitky. Ze své zkušenosti z oddělení následné péče byla znechucená, ale byla by nerada, kdyby to vrhalo špatný stín na celou nemocnici. Věří, že na jiných odděleních je péče na jiné úrovni a nechovají se k pacientům, jako k přítěži. Ať už jde o pacienty vidící nebo ne.

Pacient 3B

V rozhovoru jsou uvedeny názory a odpovědi klienta.

Mladík ve věku 24 let, studuje na Jihočeské univerzitě, zdravotně sociální fakultě, obor rehabilitace a psychosociální péče. Nynějším rokem končí studium v bakalářském programu. Rád by ve vzdělávání pokračoval. Pacient je nevidomý od narození, kdy onemocněl retinopatií nedonošených. Do tyfloservisu dochází pravidelně a to konkrétně v Českých Budějovicích. Jak respondent uvedl, chodí to toho zařízení velice rád. Mezi jeho záliby patří i kurz vaření, který je také pod záštitou tyfloservisu. V tomto kurzu nejde jenom o vaření podle receptu, ale i o běžné činnosti v kuchyni, jako je krájení apod. Pacient si sám dokáže udělat například tousty. Jak sám uvedl, vidící lidé si neuvědomují, jak je to pro nevidomé těžké, a jaký je to úspěch, když se jim to povede. Dále mezi aktivity tyfloservisu patří kurz sebeobsluhy, kde pracovníce učí své klienty například orientovat se v dopravním systému. K tomu jim slouží reproduktor zabudovaný v městské hromadné dopravě. Když nevidomí cestující zamíří na tento lokátor speciální ovladačem, ozve se číslo linky a směr jízdy. Pokud chce nastoupit, zmáčkne na ovladači jiné tlačítko a to upozorní řidiče, že nastupuje nevidomý člověk. Pracovnice tyfloservisu, tak chodí na zastávky a nacvičují s nimi tuto činnost. Dále do kurzu sebeobsluhy patří i nácvik hygienických dovedností, prostorová orientace, popis pomůcek a jiné. Respondent je velice zdatný v technických věcech. Mezi jeho nejoblíbenější kompenzační pomůcky proto patří počítač s hlasovým výstupem a klávesnicí s Braillovým písmem. Sám si naprogramoval a zhotovil přehrávač pro zvukové soubory. Dále takové vlastní mobilní telefon s hlasovým výstupem a mnoho

drobných pomůcek jako jsou ozvučené hodinky a budík. K orientaci v prostoru používá respondent bílou hůl. Ve věku devíti let byl hospitalizován v Nemocnici České Budějovice na dětském oddělení. Byl zde kvůli plánovanému chirurgickému zákroku pro odstranění kýly. Na hospitalizaci nemá respondent příliš dobré vzpomínky. Sice už to bylo dávno a ležel zde jen asi tři dny, ale na detaily si pamatuje. Při prvním kontaktu sestra vůbec nemluvila s ním, ale s jeho matkou. To ovšem respondent moc neřešil, protože většinou toho, co lékaři a sestry říkali, nerozuměl. Na oddělení by se sám neorientoval. Zdravotnický personál ho po prostoru dětského oddělení neprovedl. Proto ho matka provedla po pokoji, aby si mohl osahat cestu alespoň na toaletu. Stále si pamatuje, že když sestry braly ostatní chlapce večer do koupelny, aby se mohli umýt, jeho nechaly na pokoji. Vysprchovala ho maminka, když přišla na návštěvu. Ve většině věcí mu pomáhali jeho spolubydlíci. Byli to dva chlapci ve věku patnácti let. Na dětském oddělení se pacient stravoval na pokoji. Sestry mu sem donášely jídlo. Ani s touto činností mu nijak nepomohly. Dříve pacient potřeboval popsat polohu jídla, ale nestalo se tak. Proto mu stravování trvalo déle. V dnešní době už jídlo na talíři pozná sám, osahá si ho příborem, s kterým už pozná kde co je. Sestry komunikovaly s jeho matkou, když přišla na návštěvu, co jí ale říkaly, si pacient nepamatuje. Přes den se respondent zabavil sám, protože sebou měl svoje hračky, nebo se bavil s kamarády. Na dětském oddělení se mu spalo dobře. Sestry občas večer vyvětraly pokoj a daly povel ke spánku. Většinou si chlapci, ale ještě chvíli povídali. Sestry u respondenta podávaly stravu a při bolesti analgetické kapky. Po dobu hospitalizace se respondent cítil trochu izolovaný, ale vzhledem ke krátké době hospitalizace, mu čas na dětském oddělení uběhl rychle. Cítil ze strany sester i ostatního zdravotnického personálu odstup a zřejmě asi strach při komunikaci. Na otázku, co by poradil sestřím v přístupu k nevidomým pacientům, odpověděl, že by se neměly bát komunikovat. Respondent uvedl, že chápe, že ne všichni nevidomí jsou příjemní. Přesto by asi nikoho neurazilo, kdyby se sestry na něco zeptaly. I ze zkušeností ze školy ví, že personál v nemocnici není v přístupu k nevidomým pacientům vyškolený. Například v předmětu rehabilitace, měli na tomto oddělení seminář, kde jim fyzioterapeutka popisovala různé cviky. Za celé dvě hodiny si respondenta skoro nevšímal. Ostatním ukazovala cviky a potom si je na sobě

zkoušeli. Jeho z tohoto nácviku vynechala. Respondent uvedl, že se mohl ozvat, ale v té chvíli na sebe nechtěl strhávat pozornost, a ani na to neměl náladu. Respondent také odpověděl, že existuje spousta brožur i knížek, které radí jak přistupovat k nevidomým pacientům. Myslí si, že kdyby tyto materiály byly dostupné pro všechny zdravotníky, péče o nevidící pacienty by se zlepšila.

Pacient 4B

V rozhovoru jsou zaznamenány názory a odpovědi klienta.

36 -letá žena, vystudovala střední ekonomickou školu. Pacientka přišla o zrak při nádorovém onemocnění mozku. Po ztrátě zraku si udělala rekvalifikační maserský kurz. Masáže nyní provozuje v Jihlavě, kde také bydlí. V tomto městě také navštěvuje tyfloservis. Po ztrátě zraku se musela naučit všem činnostem bez použití zraku, to pro ni bylo stresující a velice těžké období. V tyfloservisu se jí velice líbilo, dokonce tam jako dobrovolník pracoval muž, který byl také nevidomý. Navštěvovala kurzy sebeobsluhy, kde jí učili vařit a uklízet. Také se zde učila prostorovou orientaci. Pracovníci tyfloservisu také navštívili její domov, aby jí a manželovi ukázali, jak přizpůsobit byt pro nevidící osoby. V těhotenství se zde také učila péči o dítě. Mezi respondentčiny kompenzační pomůcky patří bílá hůl, mobilní telefon s hlasovým výstupem, počítač s hlasovým výstupem, lokátory vody, akustický budík, hodinky, colortest, šablona na bankovky a další. V nemocnici byla hospitalizovaná na neurochirurgickém oddělení. Později také ležela na gynekologicko-porodnickém oddělení, kde se jí narodila dcera. Byla zde hospitalizovaná i se svým doprovodem- manželem. Pacientka byla ráda, že tam byl s ní a se vším jí pomohl. Měla dojem, že sestry s nevidomými rodičkami neměly velké zkušenosti. Už v ordinaci gynekologie se jí stalo, že sestra vyšla z ordinace a zavolala „Další, pojd'te si dál“. Pacientka měla problém s tím, že nevěděla, kdo je další a proto se radši zeptala. V nemocnici v Jihlavě se jí líbilo, byla ráda, že je tam příjemný, i když trochu nejistý personál. S orientací na oddělení jí pomohl manžel, který věděl, na co všechno by jí měl upozornit. Sestra šla s nimi, ukazovala jim zařízení oddělení. Byla velice milá. Gynekologicko - porodnické oddělení bylo podle respondentky velmi hezky vybavené. Na porodním sále, byli ribstoly, různé stoličky a

také gymnastický míč. I porodnické křeslo bylo nové. K tomuto pokoji také patřila sprcha, tam byla i s manželem. Později na šestinedělí se umývala sama. Sestra ji vždy dovedla do sprchy a počkala, až vykoná hygienu. Také se zde stravovala na pokoji. Manžel s ní už na oddělení šestinedělí nebyl. Přesto, trávil s pacientkou celé dny. Sestry pacientce donesly jídlo a manžel jí popsal jeho polohu. Jednou se jí stalo, že než ji sestry donesly jídlo, zaslechla jejich hovor z chodby. Sestry se bavily o respondentu a říkaly, že ta „slepá“ je tak šikovná, že vše zvládá sama. V té chvíli se pacientka cítila velice trapně a styděla se. Vzhledem k tomu, že manžel byl s pacientkou téměř neustále, komunikovaly sestry i s ním. Působily na něj velice mile. Pacientce se na oddělení spalo velice dobře, proto se sestry o její spánkové návyky nemusely starat. Sestry pomáhaly pacientce s nácvikem kojení a další péči o dítě, u všeho jim asistoval manžel pacientky. Na otázku, zda se pacientka po dobu hospitalizace cítila izolovaná, odpověděla, že ne. Bylo jí na oddělení dobře a měla velkou radost ze své dcery. Sestrám, by pacientka poradila, aby se nebály komunikovat nevidícím pacientem a snažily se vcítit do jejich situace. Není lehké se pohybovat v zcela neznámém prostředí, a proto tito pacienti potřebují větší péči.

Pacient 5B

V rozhovoru jsou vyjádřeny názory a odpovědi klienta.

Žena ve věku 27 let, nyní studuje na Jihočeské Univerzitě obor rehabilitace a psychosociální péče. V letošním roce končí bakalářské studium. Upřímně doufá, že vše zvládne v pořádku. V 16 letech přišla o zrak, díky autoimunitnímu onemocnění. Od té doby navštěvuje tyfloservis i tyflocentrum. Dříve tyto zařízení navštěvovala pravidelně. Nejdříve docházela do tyfloservisu a tyflocentra v Praze, kde bydlí. Později také v Českých Budějovicích, kde začala studovat. Učila se zde prostorové orientaci, kde se také postupně učila důležité trasy v Praze i v Českých Budějovicích. Také chodila do kurzu sebeobsluhy, kde se učila základy vaření, úklidu a běžných denních činností. Jako kompenzační pomůcky pacientka používá bílou hůl s vysílačkou pro nevidomé, kterou používá při orientaci v městské hromadné dopravě. Také vlastní mobilní telefon a notebook s hlasovým výstupem, colortest a další drobnější pomůcky. Několikrát byla

hospitalizovaná na očním a gynekologickém oddělení v pražské nemocnici Motol. Z očního oddělení má příjemný pocit, protože tu sestry i ostatní zdravotní personál byly zvyklí na kontakt se zrakově postiženými. Na gynekologickém oddělení byly sestry v přístupu k pacientce spíše nejisté a nervózní. Prvnímu kontaktu se setrou většinou došlo při přijetí na oddělení. Pacientka uvedla, že chápe, že s ní sestry mají více starostí než s vidícími pacienty. S orientací jí sestry na očním oddělení velice pomohly. Sestry byly pacientce kdykoliv k dispozici. Daly pacientce zvonek s ujištěním, že může kdykoliv zazvonit. Sestra také pacientku provedla po pokoji, ukázala kde je její lůžko, kde najde toaletu a sprchu. Mimo pokoj pacientka používala k orientaci v cizím prostředí bílou hůl. Pacientka se sprchovala sama, sestra ji vždy dovedla ke dveřím koupelny a později ji odvedla zase zpátky k lůžku. Na obou odděleních se pacientka vždy stravovala na pokoji, kam ji sestry donesly ták s jídlem. Většinou ji nalily i pití. Pacientka uvedla, že požádala sestru, aby jí popsala polohu jídla na talíři. Na oddělení za pacientkou většinou rodina nechodila, spíše přátelé. Proto sestry s rodinnými příslušníky nemohly komunikovat. Na otázku, zda sestra pomohla pacientce s jejími spánkovými návyky, odpověděla respondentka, že není důvod, aby si v této činnosti někdo pomáhal. Sestry měřily u pacientky fyziologické funkce, aplikovaly injekce a podávaly jí léky. Také ji vodily na vyšetření a pomohly ji zde třeba najít místo k sezení. Pacientka odpověděla, že se po dobu hospitalizace cítila trochu izolovaná. Podle jejich slov se nevidící člověk ať už v nemocnici nebo, kdekoli jinde, cítí, že je trochu jiný. Sestrám by poradila, aby s pacienty co nejvíce komunikovaly. Více než s vidícími pacienty, protože nevidomý potřebuje vše podrobně popsat. To že člověk nevidí, neznamená, že si nepředstavuje, co se kolem něj děje. Pacientka se sama velice brání dalším hospitalizacím, snaží se zůstat doma, kde je ve známém prostředí se známými lidmi.

Pacient 6B

V rozhovoru jsou popsány názory a odpovědi klienta.

Muž ve věku 34 let. Vystudoval reálné gymnázium. Po ztrátě zraku, o který přišel při autonehodě se angažuje jako dobrovolník v tyfloservis. Do tohoto zařízení začal

chodit jako klient ve svých 21 letech. Navštěvoval zde kurz sebeobsluhy, kde se učil drobným denním činnostem a také prostorové orientaci. Nyní aktivně hraje goalball. Je to obdobná hra jako fotbal. Míč je v tomto případě opatřen zvukovým zařízením, díky kterému se nevidomí hráči orientují. Aby byli podmínky všech hráčů vyrovnané, jsou povinni nosit neprůhledné klapky. Tento sport pacienta velice baví a dává mu pocit rovnoprávnosti s vidícími lidmi. Mezi respondentovy kompenzační pomůcky patří bílá hůl, počítač a mobilní telefon s hlasovým výstupem a další různé nástroje. V nemocnici byl několikrát hospitalizován, nejdříve na traumatologickém oddělení nemocnice U sv. Anny, poté několikrát na chirurgii téže nemocnice. Respondent uvedl, že vzhledem k jeho aktivnímu stylu života nejsou úrazy výjimkou. Sestra s nevidomým pacientem většinou navázala první kontakt, tak že ho oslovila, nebo se ho dotkla. Respondentovi se ale už stalo, že ho sestra sice dovedla do ordinace, ale uvnitř ho pustila a musel si židli hledat sám. Na chirurgickém oddělení se zorientoval s pomocí sestry, která ho provedla po oddělení i pokoji. Většinou to sestru napadlo samo, nebo o to pacient přímo požádal. Když si zlomil nohu, právě při goalballu, byla jeho orientace v nemocnici ještě víc stížená. Naštěstí po čase dostal „chodící“ sádku. Hygienickou péči pacient vykonával sám. Buď došel ke koupelně sám, nebo ho tam dovedla sestra. Respondent uvedl, že se stravovala na pokoji u lůžka, nebo stolu. Sestry mu sem přinesly jídlo a on se najedl sám. Popsat jídlo už nepotřebuje. Na návštěvu za pacientem často docházela i rodina. Rodiče se často ptali na stav svého syna i sester. Mezi těmi byl respondent oblíbený. Pacient odpověděl, že se mu na oddělení vesměs spalo dobře. Jednou však měl jako spolubydlicího staršího pána, který velice hlasitě chrápal. Proto se už respondent těšil domů, až se pořádně vyspí. Sestry u pacienta měřily krevní tlak, pulz, teplotu a podávaly mu infuze. Aplikovaly injekce od bolesti a celkově pacientovi pomáhaly s čímkoliv, co potřeboval. Pacient uvedl, že se po dobu hospitalizace necítil izolovaný. Sestry na něj byly velice milé a také za ním často chodila rodina, přátelé a spoluhráči z goalballu. Na otázku co by sestram doporučil v přístupu k nevidomým lidem, odpověděl respondent, aby zvýšeně komunikovaly. Občas se mu stane, že na něj někdo mluví, jako kdyby byl retardovaný. Proto by byl rád, kdyby si sestry a nejenom ty, uvědomili, že nevidící člověk neznamená mentálně zaostalý.

Tabulka č. 10**Pomoc s orientací v prostoru**

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Žádná orientace	1		1				
Doprovod	2			1	1		
Jiný pacient	1		1				
Sestra- doprovod po pokoj	4	1			1	1	1
Sestra- doprovod po oddělení	2					1	1
Signalizační zařízení na dosah ruky	1					1	
Celkem	11	1	2	1	2	3	2

Tato tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, kdo a jak jim pomohl zorientovat se na oddělení.

Kategorie odpovědi *sestra- doprovod po oddělení* byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *sestra- doprovod po oddělení* byla uvedena 2krát. Pacienti odpověděli v kategorii *doprovod* 2krát. Kategorii *žádná orientace* byla uvedena 1krát. Kategorie *jiný pacient* byla uvedena 1krát a kategorie *signalizační zařízení na dosah ruky* byla uvedena taktéž 1krát. Pacienti č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích 1krát. Pacienti č. 2, 4 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát a pacient č. 5 odpověděl v kategoriích 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí pacientů je 11.

Tabulka č. 11**Hygienická péče v nemocnici**

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dopomoc sestry	1	1					
Sám v koupelně	4	1			1	1	1
Sám u lůžka	1		1				
Pouze obličej	1		1				
Doprovod	1			1			
Celkem	8	2	2	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, jak probíhala hygienická péče po dobu hospitalizace a kdo jim přitom pomáhal.

Kategorie *sám v koupelně* byla uvedena celkem 4krát. Kategorie *dopomoc sestry* byla uvedena 1krát. Kategorie *sám u lůžka* byla uvedena 1krát. Kategorie *pouze obličej* byla uvedena rovněž 1krát i kategorie *doprovod* byla uvedena 1krát. Pacienti č. 3, 4, 5 a 6 odpověděli v kategoriích 1krát. Pacienti č. 1 a 2 odpověděli v kategoriích celek 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí pacientů je 8.

Tabulka č. 12

Popis polohy jídla v nemocnici

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Bez popisu polohy jídla	3	1	1	1			
Popis sestrou pomocí hodinových ručiček	1				1		
Popis sestrou na vyzvání	1					1	
Popis není nutný	1						1
Popis by byl lepší	2	1		1			
Celkem	8	2	1	2	1	1	1

Tato tabulka popisuje odpovědi pacientů na otázku, jak se stravovali na oddělení po bodu hospitalizace a zda jim v tom sestra nějak pomohla.

V kategorii *bez popisu polohy jídla* byla uvedena odpověď 3krát. Kategorie *popis by byl lepší* byla uvedena 2krát. Kategorie *popis sestrou pomocí hodinových ručiček* byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *popis sestrou na vyzvání* byla uvedena 1krát. A kategorie *popis není nutný*, byla uvedena také celkem 1krát. Pacienti č. 2, 4, 5 a 6 odpověděli v kategoriích 1krát a pacienti č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 8.

Tabulka č. 13**Pocit izolovanosti v průběhu hospitalizace**

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Žádný pocit izolovanosti	3	1			1		1
Naprostá izolace	1		1				
Částečný pocit izolovanosti	2			1		1	
Pocit „jsem jiný“	1					1	
Raději by byl doma	3		1	1		1	
Celkem	10	1	2	2	1	3	1

Tato tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, zda se po dobu hospitalizace cítili izolovaní.

Kategorie *žádný pocit izolovanosti* byla uvedena 3krát. V kategorii *raději by byl doma*, odpověděli pacienti 3krát. Kategorie *částečný pocit izolovanosti* byla uvedena 2krát. Kategorie *naprostá izolace* byla uvedena celkem 1krát. A kategorie *pocit „jsem jiný“* byla uvedena také 1krát. Pacienti č. 1, 4 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 1krát. Pacienti č. 2 a 3 odpověděli v kategoriích 2krát a pacient č. 5 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka č. 14

Spánek a odpočinek po dobu hospitalizace

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Spalo se dobře	4	1		1	1		1
Spalo se špatně	1		1				
Sestry vyvětrali pokoj	1			1			
Léky na spaní	1	1					
Pomoc při této činnosti nevyžaduje	3				1	1	1
Celkem	10	2	1	2	2	1	1

Tato tabulka odkazuje na odpovědi pacientů, jak se jim po dobu hospitalizace spalo na oddělení a zda jim v tom sestra nějak pomohla.

Nejčastější kategorie *spalo se dobře*, byla uvedena 4krát. Kategorie *pomoc při této činnosti nevyžaduje*, byla uvedena 3krát. Kategorie *spalo se špatně*, byla uvedena 1krát. Kategorie *sestry větrali pokoj*, byla uvedena 1krát a kategorie *léky na spaní*, byla uvedena taktéž 1krát. Pacienti č. 2, 5 a 6 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. A pacienti 1, 3 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka č. 15**Komunikace s rodinou**

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Nevím	1	1					
Sestry komunikovala více s rodinným doprovodem než s pacientem	1			1			
Sestry byla na rodinu nepříjemné	1		1				
Sestry komunikovali s rodinou a byli milé	2				1		1
Rodina pacienta nenavštěvovala	1					1	
Celkem	6	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, zda sestra komunikovala s jejich rodinnými příslušníky a jak na ně působila.

Kategorie *sestry komunikovali s rodinou a byli milé*, byla uvedena 2krát. Kategorie *nevím* byla uvedena 1krát. Kategorie *sestra komunikovala více s rodinným doprovodem, než s pacientem* byla uvedena 1krát a kategorie *rodina pacienta nenavštěvovala*, byla uvedena také 1krát. Pacienti č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 6.

Tabulka č. 16

Kompenzační pomůcky pacientů

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Pichtův psací stroj	1	1					
Čtecí lupa	2	1	1				
Bílá hůl	4			1	1	1	1
Počítač s hlasovým výstupem	4			1	1	1	1
Mobilní telefon s hlasovým výstupem	4			1	1	1	1
Další drobnější pomůcky	4			1	1	1	1
Celkem	19	2	1	4	4	4	4

Tato tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, jaké používají kompenzační pomůcky.

Kategorie odpovědi *bílá hůl* byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *počítač s hlasovým výstupem* byla uvedena 4krát. V kategorii *mobilní telefon s hlasovým výstupem* pacienti odpověděli 4krát a kategorie *další drobnější pomůcky* byla také uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *čtecí lupa* byla uvedena 2krát a kategorie *Pichtův psací stroj* byla uvedena 1krát. Pacient č. 2 odpověděl v jedné kategorii, tzn. 1krát. Pacient č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Pacienti č. 3, 4, 5 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí pacientů je 19.

Tabulka č. 17

Rady pacientů pro sestry

P- pacienti	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Trpělivost	1	1					
Více komunikace	5	1	1		1	1	1
Nebát se zeptat na radu	4	1		1	1	1	
Vlídny přístup a pochopení	1		1				
empatie	2			1	1		
Více znalostí	1						1
Celkem	14	3	2	2	3	2	2

Tato tabulka zobrazuje odpovědi pacientů na otázku, co by sestřám poradili v přístupu k nevidomým pacientům.

Kategorie *více komunikovat* byla uvedena celkem 5krát. V kategorii *nebát se zeptat na radu* pacienti odpověděli 4krát. Kategorie *empatie* byla uvedena 2krát. Kategorie *trpělivost* byla uvedena 1krát. Kategorie *vlídny přístup a pochopení* byla uvedena 1krát a kategorie *více znalostí* byla také uvedena 1krát. Pacienti č. 2, 3, 5 a 6 odpověděli v kategoriích 2krát. Pacienti č. 1 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 14.

5. Diskuze

V naší bakalářské práci s názvem *Ošetrovatelská problematika pacientů s poruchou zraku* jsme zjišťovali specifika ošetrovatelské péče, které sestry vykonávají při práci s nevidomými, nebo těžce zrakově postiženými lidmi. Byly provedeny rozhovory se sestrami z Nemocnice České Budějovice, a.s. a také z Nemocnice Třebíč. Otázky byly zaměřeny na celkovou ošetrovatelskou péči a její specifika u pacientů s poruchou zraku. Druhým výzkumným vzorkem byli pacienti s poruchou zraku. I u nich probíhal výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly zaměřeny na zkušenosti s hospitalizací, kdy jsme kladli důraz na roli sestry v tomto procesu.

První oblastí našeho zájmu bylo zjistit, jak dotazované sestry vnímají úroveň svých teoretické znalosti a zda je uplatňují v praxi. Během rozhovorů se ukázalo, že dotazované sestry si myslí, že nemají téměř žádné teoretické znalosti anebo velice malé a v ošetrování nevidomých pacientům je neuplatnily, viz tabulka č. 2. Sestry uvedly, že čerpají ze zkušeností služebně starších sester. Také se dotazované sestry shodly, že při první zkušenosti s pacientem s poruchou zraku, se cítily nejisté a nervózní, viz tabulka č. 1. Jak uvádí Janáčková a Weiss (2008), sestry by s nevidomým pacientem měly jednat zcela přirozeně a nebát se komunikace.

Další oblastí, kterou se zabýváme, je orientace na oddělení a pokoji pacienta s poruchou zraku. Podle Hreusíkové (2006) by si sestra měla zvolit orientační bod, od kterého projde s pacientem s poruchou zraku celé oddělení podél zdi. Ani jedna dotazovaná sestra neuvedla, že by si určila orientační bod. Dotazované sestry nejčastěji odpověděly, že pacienta provedly okolo zdi po oddělení a také ho provedly po pokoji, viz tabulka č. 3. Stejně jako to uvádí Michálek a kol. (2010). Dotazované sestry také zmínily, že pacientům daly signalizační zařízení na dosah ruky. Oproti tomu část dotazovaných pacientů uvedla, že je sestra neprovedla po oddělení ani pokoji, viz tabulka č. 10. V jejich případě se této úlohy zhostil jejich doprovod nebo jiný pacient. Jeden z dotazovaných pacientů dokonce odpověděl, že se po dobu hospitalizace na oddělení vůbec neorientoval. Tato skutečnost je podle mě důsledkem nejistoty sester ze setkání s nevidomými pacienty.

Další oblastí našeho zájmu, byla hygienická péče po dobu hospitalizace nevidomých pacientů. Podle Schnidlerové a kol. (2007) by každý soběstačný nevidomý pacient měl zvládnout kompletní hygienickou péči sám. Například si nastavit teplotu vody, ovládat sprchu, vymáčknout pastu z tuby, umýt si vlasy ale také se třeba oholit. K této činnosti je zapotřebí, aby pacient dobře znal prostředí koupelny a přípravky, které jsou k hygieně určeny. Tyto úkony a mnoho dalších praktických dovedností se zrakově postižení učí v tyfloservisu, v kurzu sebeobsluhy. Z odpovědí dotazovaných sester vyplývá, že většina pacientů, se kterými se setkaly, tuto činnost zvládla samostatně, či s malou pomocí. V případě zcela soběstačných pacientů tato dopomoc spočívala v doprovodu do koupelny a popisu prostředí, viz tabulka č. 4. Pacienti na tuto otázku nejčastěji uvedli, že hygienu provedli samostatně v koupelně, viz tabulka č. 11. Část pacientů uvedla, že se umývali u lůžka. Jeden z těchto pacientů si, ale opláchl pouze obličej. Jak tento pacient uvedl, bylo to proto, že sestra před něj postavila lavor s vodou a nedala mu žádné pokyny a ani nijak nepomohla. Z jiného rozhovoru s pacientem vyplynulo, že sestry se o pacientovi hygienické návyky vůbec nestaraly a tuto starost přenechaly na pacientově doprovodu. Podle mého názoru k této situaci došlo z důvodu nejistoty sester ze setkání s nevidomým pacientem.

Dále jsme se zabývaly oblastí stravování po dobu hospitalizace pacientů s poruchou zraku. Jak uvádí Michálek a kol. (2010), je stravování pro zrakově postižené občany jednou z nejsložitějších činností a často s ní potřebují pomoc, obzvláště jedná-li se o pacienty, kteří přišli o zrak v nedávné době. Taktéž Hreusíková (2006) toto tvrdí potvrzuje. Dále také uvádí, že není třeba nevidomého pacienta oddělovat od ostatních pacientů. Oba zdroje se shodují, že jídlo by sestra měla nevidomým pacientům popsat pomocí hodinových ručiček, nebo slovy „vpravo, vlevo“. Dotazované sestry tuto skutečnost uvedly i během rozhovorů, popis jídla vykonaly automaticky, popřípadě na požádání samotných pacientů, viz tabulka č. 5. Z odpovědí pacientů ovšem vyplývá, že jim nikdo popis neumožnil, přes to, že popis by jim stravování usnadnil, viz tabulka č. 12. Pouze malá část dotazovaných pacientů uvedla, že jim sestra popsala polohu jídla na talíři. Myslím si, že celková péče o pacienty s poruchou zraku, tedy i v oblasti stravování, spočívá hlavně v interakci sestry a pacienta. Pokud si tedy sestra, nebo

nevidomý pacient neví rady s nějakou činností, měli by spolu navzájem komunikovat a problém vyřešit společně.

Dále jsme se také zabývali otázkou pocitu izolovanosti u pacienta s poruchou zraku, a jak by sestra tomuto jevu mohlo předejít. Nejčastější odpovědí sester bylo, že nevidomého pacienta seznámily s ostatními pacienty na pokoji. Překvapivě některé sestry odpověděly, že neví, jak by pocitu izolace u pacientů s poruchou zraku předcházely, nebo že nad touto skutečností vůbec nepřemýšlely. Podle mého názoru by do této kategorie spadala i orientace na oddělení, potažmo v areálu nemocnice. Pacient, tím bude mít možnost jít mimo oddělení, např. do kantýny, a nebude jeho pohyb omezen jen na pokoj a chodbu. Stejný názor vyjádřila v rozhovoru jen jedna sestra. Z odpovědí dotazovaných sester v rozhovoru také vyplývá, že pacienti byli natolik společenští, že pomoc sestry v tomto ohledu nepotřebovali. Tento výsledek prezentujeme v tabulce č. 6. Pacienti se v odpovědi na otázku, neshodli jednoznačně. Část dotazovaných pacientů se necítila izolovaná, sestry se jim dostatečně věnovaly a brzy navázali kontakt i s ostatními pacienty. Další pacienti uvedli, že se částečně cítili izolovaní, zejména kvůli cizímu prostředí. Jeden z pacientů se cítil absolutně odstrčený. Z rozhovoru s ním vyplývá, že si ho sestry na oddělení vůbec nevšímalý. Tyto výsledky prezentujeme v tabulce č. 13. Jak už jsem uvedla výše, myslím si, že v případě ošetřování pacientů s poruchou zraku je důležitá komunikace. Pokud jedna strana nekomunikuje, může nastat mnoho problémů a nepříjemných situací.

Součástí práce sestry je také komunikace s rodinou pacienta. Podle Moravcové (2004) je nedílnou součástí terapie u pacientů s poruchou zraku podpora rodiny. Dle této autorky se často stává, že pacienti v nemocnici všemu rozumí, ale po příchodu domů se vyskytnou problémy. Toto jednání lze uplatnit zejména u dětí, či starších lidí. V našem výzkumu komunikovala s rodinou nevidomého pacienta malá část dotazovaných sester, viz tabulka č. 8. Ostatní sestry s rodinou nekomunikovaly. Zvláště mě překvapilo tvrzení jedné sestry, že komunikace s rodinou spočívá pouze na lékaři. Dotazovaní pacienti se shodli, že sestry byly na rodinu velice milé. Jeden z dotazovaných pacientů však má zcela opačnou zkušenost. Z odpovědí dalšího dotazovaného pacienta vyplývá, že sestra mluvila na jeho doprovod, více než na něj, viz

tabulka č. 15. Což považuji za hrubou chybu. Tento názor podporuje i Michálek a kol. (2010), kdy poukazuje na špatnou komunikaci zdravotního personálu s osobou se zrakovým postižením. Podle něj se největší chyby sestry dopouštějí právě při opomíjení pacienta a rozpravě pouze s doprovodem. Také jednání může vyvolat u pacienta pocit méněcennosti.

V naší výzkumné části bakalářské práce jsme se také zaměřili na používání kompenzačních pomůcek v nemocničním prostředí. Jak uvádí Michálek a kol. (2010) řada nevidomých pacientů požívá kompenzační pomůcky. A to nejen hmatové (Braillovo písmo), ale také pomůcky s hlasovým výstupem. Proto by personál nemocnice neměl být překvapen, že si pacienti s poruchou zraku tyto pomůcky vezmou také do jejich zařízení. Dotazované sestry se po dobu hospitalizace pacienta s poruchou zraku, nejčastěji setkaly s bílou holí a počítačem či mobilem s hlasovým výstupem, viz tabulka č. 9. Jak některé sestry při rozhovoru zmínily, bylo pro ně setkání s kompenzačními pomůckami velkým překvapením. Já sama jsem také při setkání s nevidomými lidmi byla překvapená, kolik je na trhu dostupných pomůcek. Častou pomůckou v nemocnici jsou i čtecí lupy u pacientů se zachovanými zbytky zraku. Pouze jedna sestra se setkala s vodícím psem. Dotazovaní pacienti potvrdili, že si sebou do nemocnice nejčastěji vzali nezbytnou bílou hůl a mobilní telefon či počítač s hlasovým výstupem, viz tabulka č. 16. Osobně mě překvapili pomůcky jako je šablona na bankovky, či zvukový hlásič vody.

Poslední diskutovanou oblastí byli rady od pacientů pro sestry. Janáčková a Weiss (2008) uvádí, že je při ošetrovatelských úkonech naprosto nezbytná komunikace. Nevidomému pacientovi je třeba vše řádně a s předstihem vysvětlit. S tímto názorem se ztotožňuje většina dotazovaných pacientů, viz tabulka č. 17. Častou odpovědí bylo také, že by se sestry neměly bát zeptat, když si nebudou vědět rady. Dále se ve výsledcích objevily odpovědi jako je trpělivost a pochopení. Jak už je tu několikrát zmiňováno, i já souhlasím, že základem ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou zraku je komunikace. Jeden z pacientů sám uvedl, že ke zlepšení ošetrovatelské péče by prospěla větší informovanost zdravotnického personálu.

Z kvalitativního šetření vyplývá, že sestry si nejsou jisty zásadami ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku. Nicméně s opakovanými zkušenostmi a v interakci s pacienty si tyto dovednosti osvojují.

6. Závěr

Oko je pro člověka nejdůležitějším smyslovým orgánem. Je ale také velice citlivé a může mít nejrůznější vady a onemocnění, které mohou vyústit až ve slepotu. Mezi tato onemocnění patří například slabozrakost, vrozený šedý zákal, zelený zákal, retinopatie nedonošených, praktická slepota a absolutní slepota. Dle WHO žije na světě 37 milionů slepých a 124 milionu slabozrakých osob.

Cílem této práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku. Zároveň jsme chtěli porovnat zkušenosti sester z nemocničního prostředí a samotných nevidomých pacientů. Zaměřili jsme se tedy na zvláštnosti v ošetrovatelské péči u pacientů nevidomých a slabozrakých. Na počátku našeho výzkumu jsme si stanovili dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku? Výzkumná otázka č. 2: Znají sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou zraku? Obě naše výzkumné otázky jsou zodpovězeny.

Mezi specifika ošetrovatelské péče u nevidomých pacientů patří především komunikace, která se prolíná všemi složkami ošetrovatelství. Sestra zde slouží jako pacientovi oči, měla by mu tedy popsat vše kolem sebe i probíhající a nadcházející procesy. Dalším specifíkem je správně vedení nevidomého pacienta. Pro pacienty s poruchou zraku je také nezbytná prostorová orientace na pokoji i celém oddělení, po kterém by je sestra měla provést. Další úlohou sestry je nevidomému pacientovi dopomáhat při hygieně, stravování a dalších běžných činnostech. Základem ošetrovatelské péče je vstřícný přístup a interakce mezi sestrou a pacientem s poruchou zraku.

Výsledky této práce zpracujeme jako edukační materiál pro sestry, který sestrám poskytne potřebné informace. Mohou se tak vyvarovat nepříjemným pocitů a možným problémům spojeným s hospitalizací nevidomých pacientů na standardních odděleních.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANON., 2008. *OCT-vyšetření*. [online]. [cit. 2012-22-2]. Dostupné z: http://www.duovize.cz/cs/oct-vysetreni-182/?gclid=CLaL-p2p_bACFQRJ3wodfCE7AQ
2. ANON.,2008. *Oční vady*. [online]. [cit. 2012- 15-1]. Dostupné z: <http://www.ocnivady.eu/makularni-degenerace>
3. AUTRATA R. a J. VANČUROVÁ, 2002. *Nauka o zraku*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 226 s. ISBN 80-7013-362-7.
4. ČÍHÁK R, 2004. *Anatomie 3. 2., upr. a dopln. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2 673s. ISBN80-247-1132-X
5. DYLEVSKÝ I., 2000. *Somatologie*. Olomouc: Etapa, 480s. ISBN80-86297-05-5
6. FENEIS H., 1996. *Anatomický obrazový slovník*. Praha: Grada Publishing, 464 s. ISBN 80-7169-197-6
7. GAVORNÍK P., 2002. *Vybrané kapitoly z oftalmologie*. Trnava: Slovak Academic Press, 331s. ISBN 80-889008-95-7
8. HAMADOVÁ P., 2007. *Oftalmopedie*. Padio, edice pedagogické literatury. Brno, 127s. ISBN 978-7315-159-1
9. HREISÍKOVÁ E., 2006. *Sestra a nevidiaci pacient*. Sestra, 2006. Január-február. 47s. ISSN 13359444
10. JANÁČKOVÁ L., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál,136s. ISBN 978-80-7367-477-9
11. KUČYHNKA, P. a KOL., 2007. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing, 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8
12. MERKUNOVÁ A, OREL M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, 301s. ISBN 978-80-247-1521-6
13. MICHÁLEK M., 2010. *Náš nevidomý pacient*. Praha: Okamžik, 62s. ISBN 978-80-86932-26-2
14. MORAVCOVÁ D., 2004. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vízem*. Triton, 203s. ISBN 80-7254-476-4

15. NAVRATILOVÁ A., 2008. *Moderní vyšetření nitroočního tlaku a dioptrické síly oka*. Florenc. č. 5. Roč. 4. 20s. ISSN 1801-464X
16. NOVÁK P., 2009. *Oko-okno do lidské duše*. Diagnóza v ošetrovatelství. Č. 3. Roč. 16-17s. ISSN 1801-1349
17. OTRADOVEC J., 2003. *Klinická neurooftalmologie*. Praha: Grada Publishing, 488s. ISBN 80-47-0280-0
18. ŘÍČAN P. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 604s. ISBN 80-247-1049-8
19. ROKYTA R. a KOL., 2002. *Somatologie I. a II.* 2002. Praha: Epolex Bohemia, 264 s. ISBN 80-86432-49-1
20. SCHINDLEROVÁ O., 2007. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Praha:Tyfloservis, 96s. ISBN 978-80-239-8822-2
21. SCHMIDTOVÁ Z. A KOL., 2008. *Vybrané odbory ošetrovatelstva*. Praha: Osvěta, 149s. ISBN 978-80-8063-295-3
22. ŠEVČÍKOVÁ J., 2007. *Pomoc zrakově postiženým občanům*. Sestra. 30s. ISSN 1210-0404
23. ŠEVČÍKOVÁ J., 2008. *Komunikace s nevidomými a těžce zrakově postiženými*. Sestra, 55-56s. ISSN 1210-0404
24. ŠEVČÍKOVÁ J., 2008. *RHB a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany*. Sestra, 54-55s. ISSN 1210-0404
25. SONS ČR, 2002. *Bílé hůl-kategorizace a názvosloví bílých holí*. [online]. [cit. 2012-17-5]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/docs/bilehole/01.php>
26. SONS ČR, 2002. *Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené v členění na jednotlivé typy, včetně seznamu dodavatelů*. [online]. [cit. 2012-16-5]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/pomucky.php>
27. TYFLOSERVIS, 2007 *Mluvicí glukometr-pomůcka pro diabetiky*. Diagnóza v ošetrovatelství. Č. 6. roč. 3. 234s. ISSN 1801-1349

8. Klíčová slova

Poruchy zraku

Ošetrovatelská péče

Nevidomý pacient

Komunikace

9. Přílohy

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovorům pro sestry

Příloha č. 2 – Otázky k rozhovorům pro pacienty

Příloha č. 3 – Edukační materiál pro sestry

Příloha č. 1 – otázky k rozhovorům pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Aneta Vojtíšková a ráda bych Vám položila několik otázek. Předem Vám děkuji za čas a ochotu. Vaše odpovědi si budu zaznamenávat do notesu. Rozhovor je zcela anonymní.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaká je délka vaší praxe?
3. Na jakém oddělení pracujete?
4. Pracovala jste v rámci ošetřovatelství s pacientem s poruchou zraku?
5. Jaká byla Vaše první zkušenost s pacientem s poruchou zraku?
6. Jaký jste měla pocit při práci se zrakově postiženým pacientem?
7. Jak si myslíte, že jste uplatnila teoretické znalosti ze školy v komunikaci a přístupu ke zrakově postiženému?
8. Jak byste předešla pocitu izolovanosti pacienta s poruchou zraku od vidících pacientů?
9. Jak probíhala hygienická péče u pacienta s poruchou zraku?
10. Řekněte mi, prosím, jak jste se starala o spánek a odpočinek pacienta s poruchou zraku?
11. Řekněte mi prosím, jak jste se starala o výživu pacienta se zrakovým postižením?
12. Jak jste pacientovi s poruchou zraku pomohla s orientací na Vašem oddělení?
13. Jak jste komunikovala s rodinou?
14. Jak jste se starala o vyprazdňování a vylučování pacienta s poruchou zraku?
15. Jaké zvláštnosti v ošetřovatelské péči jste vykonávala u pacienta s poruchou zraku?
16. Víte něco o činnosti tyflocentra, nebo tyfloservisu?
17. Jaké kompenzační pomůcky používal pacient po dobu hospitalizace?
18. Ovlivnila Vás nějak zkušenost se zrakově postiženým pacientem?

Příloha č. 2 Otázky k rozhovorům pro pacienty

Dobrý den, jmenuji se Aneta Vojtíšková a ráda, bych se vás zeptala na Vaše zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. Proto Vám teď položím několik otázek, Vaše odpovědi si zaznamenám do notesu. Rozhovor je zcela anonymní.

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Navštívil/a jste tyfloservis nebo tyflocentrum?
4. Co jste se zde dozvěděl/a a jaký to pro Vás mělo přínos?
5. Jaké používáte kompenzační pomůcky?
6. Byl/a jste někdy hospitalizován v nemocnici? Na jakém oddělení?
7. Vzpomenete si detailněji na průběh Vaší hospitalizace?
8. Jak s Vámi sestra navázala první kontakt?
9. Jak jste se zorientoval na oddělení?
10. Pomohla Vám s orientací na oddělení sestra?
11. Jak probíhala Vaše hygienická péče a jakou úlohu v ní měla sestra?
12. Popište mi prosím, jak jste se stravoval na oddělení, kde jste byl hospitalizován.
Jak Vám sestra s touto činností pomohla?
13. Komunikovala všeobecná sestra i s Vaší rodinou?
14. Pomohla Vám sestra s Vaším spánkovými návyky?
15. Co všechno u Vás ještě sestra dělala?
16. Cítil jste se po dobu hospitalizace izolovaný/á? Jestli ano, z jakého důvodu?
17. Co byste sestřám poradil/a v přístupu k nevidomým pacientům?
18. Co považujete za největší chybu v přístupu osob vidících s osobou se zrakovým postižením?

Příloha č. 3 – edukační materiál pro sestry

NEVIDOMÝ PACIENT



Slovo úvodem

Z výsledků bakalářské práce, kterou jsme zpracovávali na téma Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou zraku, vyplynulo, že sestry jsou při ošetřování nevidomých pacientů nejisté. Pro nevidomého pacienta může být pobyt v nemocnici velice stresující. Většina nevidomých pacientů vycítí z hlasu i chování nervozitu a nejistotu zdravotního personálu. Pakliže si nejste jistá, co máte dělat, nebojte se. I pacient, který nevidí je jenom člověk, takže se nezdávejte zeptat, nebo poprosit o radu.

Jak navázat první kontakt?

Při Vašem prvním kontaktu s nevidomým, nebo slabozrakým pacientem je důležité oslovení. Je nutné oslovit pacienta jménem, aby bylo jasné, že s ním chcete navázat hovor. Jestliže zatím pacientovo jméno neznáte, měla byste se zlehka dotknout jeho ramene. Samozřejmě se také nezapomeňte představit a říct jakou máte funkci, aby zrakově postiženému pacientovi bylo jasné, s kým hovoří. Je tedy zapotřebí, abyste představila při každém kontaktu s nevidomým pacientem. Pakliže se k Vám při hovoru někdo přidá, je nutné ho také představit. Důležité je také mluvit k pacientovi otočení tváří v tvář, nejlépe tak aby světlo dopadalo na Vaši tvář. Nezapomeňte upozornit i na Váš odchod, předejdete tak trapné situaci, kdy si bude nevidomý pacient povídat sám se sebou v prázdné místnosti.

Jak ukázat nevidomému pacientovi oddělení a pokoj?

Nevidomý pacient se v neznámém nemocničním prostoru orientuje pomaleji, než ostatní pacienti, obvykle k tomu potřebuje někoho, kdo mu prostor patřičně popíše a dovolí mu ho „osahat“. Je dobré uložit zrakově postiženého člověka co nejbližše sesterně. Pacienta je nutné provést po celém oddělení. Někteří lidé s poruchou zraku jsou zvyklí počítat kroky například od jejich pokoj, či sesterny, což jim usnadňuje pohyb v prostoru. Nezapomeňte každou překážku v cestě odstranit, pakliže to nejde, měla byste na ni pacienta včas upozornit. Na popisu prostor, by se měli podílet oba, tedy nevidomý pacient i Vy. Nevidomého pacienta seznamte i s pokojem, kde bude prozatím bydlet. Pokud nemáte s touto činností zkušenosti, může Vám být nápomocen

sám nevidomý, nebo jeho doprovod. Při popisu byste měla být zcela konkrétní a popisovat pacientovi předměty pomoci slov „Po vaší levé straně“ apod. Vždy se začíná od největších věci k naprostým detailům.

Jak vést nevidomého pacienta?

Pacient se Vás chytí pod loktem, pokud jde o starší osobu, která potřebuje i fyzickou oporu, měla byste ji nechat se Vás pevně chytit za loket a druhou ruku ji opřít o záda. Nevidomí pacient by měl jít vždy 1 krok za Vámi, aby mohl vycítit směr vašeho pohybu a mohl na něj reagovat. Největší chybou je, když sestra postrkuje nevidomého pacienta před sebou, nebo ho naopak za sebou táhne neúměrnou rychlostí. Před každou překážkou musíte zpomalit a varovat na ni nevidomého pacienta.

Co informované souhlasy a jiné dokumenty?

Většina dokumentů je v nemocnici v tištěné formě. V případě nevidomých pacientů je tento sdělovací systém zcela nevhodný. Měla byste se domluvit s nevidomým pacientem, jakou formou mu informace sdělíte. V případě, že nevidomý pacient vlastní přenosný počítač s hlasovým výstupem a má ho sebou v nemocnici, můžete mu dokumenty předat v elektronické formě. Popřípadě sebou může mít nevidomý pacient zvukový záznamník a vy mu informace načtete do tohoto záznamníku. Stane-li se, že pacient sebou nemá žádnou z uvedených kompenzačních pomůcek, je vhodné, abyste poprosila návštěvu nevidomého pacienta, nebo jiného pacienta, aby mu tyto informační dokumenty přečetl.

Jak pomoci nevidomému pacientovi s hygienou?

Vaše úloha spočívá v tom, že pacientovi popíšete vybavení koupelny a samozřejmě také typ baterie a typ jejího ovládání. I zde platí pravidlo, že se pacientům s poruchou zraku popisuje věci od největších k detailům. V případě mytí u lůžka, je důležité, abyste pacientovi přesně popsala, kde na stolečku najde mycí potřeby a lavorek s vodou. Pokud pacient sám nevykoná hygienu, je postup stejný jako u vidících pacientů. Nezapomeňte s pacientem komunikovat a popisovat mu veškeré Vaše pohyby a úkony.

Jak usnadnit nevidomému pacientovi stravování?

Je důležité, abyste dala nevidomému pacientovi jasně na srozuměnou, který tác s jídlem je jeho, ať už jí na jídelně, či pokoji. Konzumace jídla patří k jedněm z nejtěžších úkonů nevidomého člověka. Je důležité, abyste s nevidomým pacientem při této činnosti komunikovala. Můžete tak například pacientovi pomoci tím, že mu popíšete polohu jídla na talíři a to pomocí hodinových ručiček. Pro nevidomé může být i praktickou pomocí, když jim jídlo naporcujete tak, aby jej mohli jíst pouze lží. U pacientů po krátké době od ztráty zraku, nelze předpokládat, že se sám zvládne dovednosti potřebné ke stravování.

Jak podat léky?

Měla byste pacientovi vkládat tablety do dlaně popřípadě rovnou do úst. Problém může nastat v případě, že je pacient zvyklí si léky kontrolovat podle hmatu. Měla byste pacienta informovat o každé změně léku. A to i v případě, že podáváte pacientovi lék se stejnou léčivou látkou, ale od jiného výrobce. V případě, že má pacient sebou lékovku s popsányými dny Braillovým písmem, bylo by dobré, abyste se s ním domluvila tak, aby pacient mohl své léky brát sám.

A co vyšetření?

Lékařské výkony můžou být pro pacienta velice stresující, obzvláště v případě, že nevidí a neví co se děje. Zde jste jeho zrakem Vy. Vše mu detailně popište a to včetně výkladu toho co se právě děje, i když zrovna lékař nedělá nic u pacienta. Např. je dobré upozornit nevidomého pacienta: lékař právě píše zprávu. Při aplikaci injekcí, infuzí apod. byste pacienta měla upozornit s dostatečným předstihem, než úkon provede.

Hlavní zdroje:

HREISÍKOVÁ E., 2006. *Sestra a nevidiaci pacient*. Sestra, 2006. Január-február. 47s. ISSN 13359444

JANÁČKOVÁ L., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál,136s. ISBN 978-80-7367-477-9

MICHÁLEK M., 2010. *Náš nevidomý pacient*. Praha: Okamžik, 62s. ISBN 978-80-86932-26-2

SCHINDLEROVÁ O., 2007. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Praha:Tyfloservis, 96s. ISBN 978-80-239-8822-2

ŠEVČÍKOVÁ J., 2008. *Komunikace s nevidomými a těžce zrakově postiženými*. Sestra, 55-56s. ISSN 1210-0404