



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Diabetická retinopatie z pohledu sestry

Vypracoval: Petra Kratochvílová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název práce: Diabetická retinopatie z pohledu sestry

Teoretická část bakalářské práce: V úvodu teoretické části bakalářské práce se zabýváme charakteristikou onemocnění diabetické retinopatie, rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou. Diabetická retinopatie patří v dnešní době k nezávažnější mikrovaskulární komplikaci diabetu mellitu. Jedná se poškození sítnicových cév v důsledku hyperglykémie. Vysoká hodnota glykovaného hemoglobinu způsobuje hypoxii tkání a následně dochází k neovaskularizaci cév. Tyto novotvořené cévy bývají velmi často nedokonalé a jejich stěna bývá zdrojem edému a krvácení. Diabetická retinopatie má několik forem, které vedou k výrazným a nevratným poruchám zraku diabetiků. V konečném stadiu vede také k úplné slepotě. Odborná péče o diabetika vyžaduje komplexní mezioborovou spolupráci internisty, diabetologa, a také oftalmologa. Subjektivní příznaky diabetické retinopatie jsou různé od bezpříznakového průběhu, přes změnu kvality zraku, pozorování zvlněného obrazu, světelných záblesků, létajících vloček v zorném poli nemocného s postupným bezbolestným poklesem zraku. V případě, že diabetická retinopatie nepostihne makulu (místo nejostřejšího vidění), je pak diabetická retinopatie opravdu bez příznaků, což prokazuje její zákeřnost a závažnost.

V třetí podkapitole se věnujeme znalostem a dovednostem sester, které by sestra pečující o nemocného s diabetickou retinopatií měla ovládat. Základem každé ošetrovatelské péče, by měla být kvalitní edukace, dále se věnujeme zvláštnostem jako jsou chůze a komunikace se zrakově postiženým. Další část je zaměřená na specifika činností všeobecných sester pracujících na očním oddělení.

Cíl práce: Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií. K tomuto cíli byla zvolena výzkumná otázka, jaká znají všeobecné sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií.

Metodika práce: Pro výzkumné šetření k bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Dopředu byl sestaven polostrukturovaný rozhovor. Před samotným zahájením výzkumu bylo požádáno o povolení výzkumného šetření ve zdravotnickém zařízení v Praze. Tato žádost byla odsouhlasena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a s výzkumem souhlasila také vrchní sestra očního oddělení, ve kterém výzkum probíhal. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2016.

Dotazovanými byly všeobecné sestry pracující na očním oddělení v pražské nemocnici. Rozhovory probíhaly individuálně a po předchozím souhlasu dotazovaných sester. Podkladem k rozhovoru bylo 12 připravených otázek, které byly vybrány na základě předem prostudované odborné literatury. Sestry s nahráváním rozhovorů na diktafon souhlasily, poté byly rozhovory doslovně přepsány a vytisknuty. Získaná data byla dále zpracovávána pomocí metody tužka-papír a následně byly vytvořeny kategorie a podkategorie. Z otázek a odpovědí byly vytvořeny 4 kategorie, které se dále rozšířily o několik podkategorií.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor pro kvalitativní výzkumné šetření tvořilo deset všeobecných sester. Kritériem k vytvoření rozhovoru byla práce na očním oddělení, proto byl výběr výzkumného souboru záměrný.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření lze usoudit, že všeobecné sestry na očním oddělení, kde výzkum probíhal, poskytují pacientům s diagnózou diabetická retinopatie kvalitní ošetrovatelskou péči. Znalosti sester ohledně příčin vzniku diabetické retinopatie, rizikových faktorů diabetické retinopatie a možných příznaků diabetické retinopatie jsou dobré. Sestry si uvědomují a také znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií a jsou schopny tato specifika aplikovat v praxi.

Závěr: Bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla přehled o diabetické retinopatii a problematice ošetrovatelské péče o pacienta s diabetickou retinopatií. Také by mohla být použita jako zdroj informací pro sestry, které o pacienty s diabetickou

retinopatií pečují. Praktickým výstupem této práce je návrh na mezioborový seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s diabetickou retinopatií na očním oddělení.

Klíčová slova: Sestra, ošetrovatelská péče, sítnice, diabetická retinopatie, diabetes mellitus

Abstract

Title of the thesis: Diabetic Retinopathy from the Perspective of Nurse

The theoretical part of the thesis: In the introduction to the theoretical part of the bachelor thesis we deal with the characteristics of diabetic retinopathy, the risk factors, diagnostics and treatment. Diabetic retinopathy is one of the most serious microvascular complication of diabetes mellitus nowadays. It is a damage of retinal vessels as a subsequence of hyperglycaemia. High value of glycosylated haemoglobin causes tissue hypoxia and leads to neovascularisation of vessels. These neovascular vessels are often imperfect and their wall is a frequent cause of oedemas and bleeding. Diabetic retinopathy has several forms, which lead to major and irreversible sight damages in diabetics. It can lead to total blindness in the final stage. Special care of a diabetic requires a complex interdisciplinary cooperation of an internist, a diabetologist and also an ophthalmologist. There are various subjective symptoms of diabetic retinopathy, from an asymptomatic course via a sight quality alteration, seeing wavy image, light flashes, flying flakes in the field of vision with gradual painless declination of sight. Unless diabetic retinopathy affects macula (the point of the sharpest sight) diabetic retinopathy is really asymptomatic, which proves its insidiousness and seriousness.

The third chapter deals with the knowledge and skills that a nurse caring of a patient with diabetic retinopathy should master. Quality education should be the base of each nursing care. We also focus on some specifics like walking and communication with a visually impaired person. The other part focuses on specific activities of general nurses working at an ophthalmology department.

The goal of the thesis: The goal of the thesis was to determine the specifics of nursing care of patients with diabetic retinopathy. A research question, what specifics of the care of patients with diabetic retinopathy general nurses knew, was chosen to achieve the goal.

Methodology of the work: A qualitative research method was chosen for the bachelor thesis. A semi-structured interview was prepared in advance. Before starting the research itself an application for permission of the research in a healthcare facility in Prague was lodged. This application was accepted by the vice-director for health care of the clinic and by the head nurse of the ophthalmology department where the research was performed. The research was performed in March 2016.

General nurses working at the ophthalmology department of a Prague hospital were the respondents. The interviews were held individually after prior consent of the questioned nurses. The interview was based on 12 prepared questions chosen on the base of literature studied in advance. The nurses agreed with recording of the interviews, then the interviews were transcribed literally and printed. The obtained data was then processed by means of the paper and pencil method and categories and subcategories were produced. Four categories were produced from the questions and answers, which were subsequently divided into several subcategories.

Research sample: The research sample for the qualitative research consisted of ten general nurses. The selection of the research sample was intentional as working at an ophthalmology department was the criterion for preparation of the interview.

Results: We may conclude from the research results that the general nurses from the ophthalmology department where the research was held provide patients with diabetic retinopathy with quality nursing care. The knowledge of the causes of the occurrence of diabetic retinopathy, the risks factors of diabetic retinopathy and possible symptoms of diabetic retinopathy is good among the nurses. The nurses are aware of and are familiar with the specifics of the nursing care of patients with diabetic retinopathy and are able to apply such specifics in the practice.

Conclusion: The bachelor theses was conceived to provide an insight into diabetic retinopathy and the problems of the care of patients with diabetic retinopathy. It may also be used as a source of information for nurses that care of patients with diabetic

retinopathy. A proposal for an interdisciplinary seminar aimed at the problems of the care of a patient with diabetic retinopathy at an ophthalmology department is a practical output of this work.

Key words: Nurse, nursing care, retina, diabetic retinopathy, diabetes mellitus

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat Mgr. Jitce Tamáš Otáskové za vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem osloveným dotazovaným sestřám za jejich ochotu spolupracovat a za poskytnutí rozhovorů. Také bych chtěla poděkovat MUDr. Aleně Landové za konzultaci k mé bakalářské práci a za zajímavé informace ohledně problematiky diabetické retinopatie.

OBSAH

Úvod.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Diabetes Mellitus	14
1.2 Diabetická retinopatie.....	14
1.2.1 Klasifikace onemocnění.....	15
1.2.2 Rizikové faktory.....	16
1.2.3 Diagnostika	17
1.2.4 Terapie diabetické retinopatie	18
1.3 Znalosti a dovednosti sestry	20
1.3.1 Edukace v diabetologii.....	20
1.3.2 Chůze se zrakově postiženými.....	22
1.3.3 Komunikace se zrakově postiženými	23
1.3.4 Sestra na očním oddělení.....	24
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Výzkumná otázka.....	28
3 METODIKA	29
3.1 Metodika výzkumu.....	29
3.2 Výzkumný soubor	30
4 KATEGORIZACE ROZHOVORŮ.....	31
4.1 Kategorie 1 „Diabetická retinopatie“	32
4.1.1 Podkategorie - Vznik diabetické retinopatie	32
4.1.2 Podkategorie - Rizikové faktory diabetické retinopatie	33

4.1.3	<i>Podkategorie – Kontroly u očního lékaře</i>	35
4.1.4	<i>Podkategorie - Příznaky diabetické retinopatie</i>	35
4.1.5	<i>Podkategorie - Vyšetřovací metody u diabetické retinopatie</i>	36
4.2	Kategorie 2 „Mydriatika“	38
4.2.1	<i>Podkategorie - Používaná mydriatika</i>	38
4.2.2	<i>Podkategorie – Působení mydriatik a diabetiků</i>	39
4.3	Kategorie 3 „Fluorescenční angiografie a laser“	40
4.3.1	<i>Podkategorie – Ošetrovatelská péče před fluorescenční angiografií</i>	40
4.3.2	<i>Podkategorie – Ošetrovatelská péče po fluorescenční angiografii</i>	42
4.3.3	<i>Podkategorie – Ošetrovatelská péče po laseru</i>	43
4.4	Kategorie 4 „Informovanost sester“	44
4.4.1	<i>Podkategorie – Nové metody v léčbě DR</i>	44
4.4.2	<i>Podkategorie – Samovzdělávání sester</i>	44
5	DISKUZE	46
6	ZÁVĚR	53
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
8	SEZNAM PŘÍLOH	60

Seznam použitých zkratek

ČR	Česká Republika
DB	Do blízka
DD	Do dálky
DM	Diabetes mellitus
DR	Diabetická retinopatie
FAG	Fluorescenční angiografie
NOT	Nitrooční tlak
NPDR	Neproliferativní diabetická retinopatie
OCT	Optická koherentní tomografie
PAD	Perorální antidiabetika
PDR	Proliferativní diabetická retinopatie
PPV	Pars plana vitrektomie
TK	Krevní tlak
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

Úvod

Zrak patří mezi smysl, kterým je člověk schopen vnímat okolní svět a orientovat se v prostředí. Proto je zrak považován za jeden z nejdůležitějších lidských smyslů. Častá příčina ztráty zraku bývá systémové onemocnění Diabetes Mellitus. Ke dni 31.12.2013 byl podle ÚZIS ČR počet léčených pacientů s Diabetes Mellitus 861 647 pacientů. Počet nově zjištěných nemocných s tímto onemocněním bylo 72 600 a počet úmrtí v souvislosti s Diabetes Mellitus bylo 25 508. Diabetickou retinopatií bylo v roce 2013 postiženo necelých 103 000 pacientů léčených na Diabetes Mellitus, z toho úplnou slepotou trpělo 2 458 pacientů. Tato čísla jsou velmi alarmující, protože každým rokem nově zjištěné případy přibývají a právem se tak stává Diabetes Mellitus civilizační a velmi nebezpečnou chorobou.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, protože již několik let pracuji na očním oddělení. Tato práce je velmi náročná po fyzické ale také psychické stránce. Velmi často bývám přímým svědkem situací, kdy se pacientovi až neuvěřitelně zlepší jeho vnímání okolí díky operaci očí. Na druhé straně jsou i takové situace, kdy lékař sděluje klientovi nepříznivou zprávu se smutnou prognózou a klient se pak musí smířit s diagnózou. Toto onemocnění a jeho komplikace jsou nejčastější příčinou ztráty zraku u diabetiků. Nejčastěji, ale ne zpravidla vždy, se diabetická retinopatie odhalí u dlouhodobě trvajícího Diabetu Mellitu, protože pro její vznik má velký význam chronická hyperglykémie. Diabetická retinopatie dlouho nezpůsobuje pacientovi žádné subjektivní potíže, a proto jsou diabetiky velmi často opomíjeny oční kontroly, které jsou pro něho v tomto případě velmi důležité. Pokud by diabetici dodržovali oční prohlídky, tak by léčba byla zahájena včas a bylo by tak možné předejít 80-95 % případům těžkého zrakového postižení.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií. Specifika jsou zjišťována polostrukturovaným rozhovorem u všeobecných sester pracujících na očních odděleních a očních ambulancích.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM), česky úplavice cukrová neboli cukrovka, je soubor chronických onemocnění, která se projevují mimo jiné také poruchou metabolismu sacharidů. Diabetes Mellitus I. i II. typu vznikají důsledkem úplného nebo relativního nedostatku inzulínu v těle. Oba typy si jsou podobné v příznacích, ale liší se v příčině. Kromě základních dvou typů DM existuje ještě také gestační diabetes a tzv. sekundární diabetes. Hlavním projevem diabetu je zvýšená hladina cukru v krvi a nedostatek energie (Škrha, 2010).

DM I. typu vzniká kvůli destrukci beta buněk vlastním imunitním systémem, což vede k nedostatku inzulínu a celoživotní závislosti na aplikaci inzulínu. Tato autoimunitní reakce může být spuštěna mírnou virózou či jiným podrážděním např. štípnutím komára. DM II. typu je nerovnováha mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy. Slinivka tedy produkuje velké množství inzulínu, ale tělo je vůči němu rezistentní. Tento typ diabetu se léčí podáváním perorálních antidiabetik (PAD), které zvyšují citlivost k inzulínu. Inzulínová rezistence bývá často léčena kombinovanou terapií – jak aplikací inzulínu, tak podáváním PAD (Perušičová, 2016).

1.2 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie (DR) patří mezi nejzávažnější a typickou mikrovaskulární komplikaci DM I. i II. typu. Toto onemocnění v důsledku hyperglykémie poškozuje cévy včetně kapilár na sítnici, která je velmi důležitá pro zrak. Zvýšená hodnota glykovaného hemoglobinu způsobuje hypoxii tkání nejčastěji na žilním konci kapilár. Poté dochází k neovaskularizaci cév, které bývají zpravidla funkčně nedokonalé a jejich stěna bývá často zdrojem edému a krvácení. DR je jedna z nejzávažnějších komplikací DM, v konečném stadiu vede k výrazné poruše zraku diabetiků. Podle Rencové (2010)

je DR nejčastější příčinou ztráty zraku populace v produkčním věku. Na celém světě trpí DR 50 milionů lidí. 8-10 milionů lidí oslepne každý rok a zhruba 6-8 milionů slepých lidí každý rok zemře. Odborná péče o diabetika vyžaduje komplexní multioborový přístup a spolupráci všech odborníků, kteří se na léčbě diabetika podílejí (Watkinson, Seewoodhary, 2008).

1.2.1 Klasifikace onemocnění

Mezinárodní klasifikace dělí DR na neproliferativní (NPDR) a proliferativní (PDR) s přítomností a nepřítomností diabetické makulopatie. Dělení vychází z potřeby definovat hranici pro indikování či neindikování laserové léčby (Švancarová, 2012).

Neproliferativní DR, která je považována za první stadium DR lze dále dělit na počínající, středně pokročilou a pokročilou. Prvním projevem NPDR jsou mikroaneurysmata, která jsou na sítnici viditelná jako červené tečky. Tyto tečky mohou prasknout a vznikají tak mikrohemoragie, ze kterých může vzniknout tzv. tvrdý exsudát, který je na sítnici vidět jako žlutavé dobře ohraničené ložisko (Švancarová, Sosna, 2012). Pokročilá NPDR je charakterizována tzv. vatovitými exsudáty, venózními abnormalitami a ischemií periferie sítnice (Rybka, 2007).

Druhým stádiem DR je proliferativní forma, pro kterou jsou typické přítomnosti novotvořených cév kdekoli na sítnici bez účasti či účasti doprovodné fibrózní tkáně. Novotvořené cévy vznikají kvůli chronické hypoxii sítnice. Stěna těchto novotvořených cév je velmi křehká a často dochází k jejich rupturám a poté k masivnímu krvácení do sklivce – hemoftalmu. Pokročilá PDR se projevuje preretinálním a intraretinálním krvácením, odchlípením sítnice a neovaskularizací na duhovce. Podle dynamiky rozlišujeme na počínající či vysoce rizikovou (Sosna, 2009).

DR se dále může komplikovat vznikem diabetické makulopatie. Příčinou vzniku je poškozená stěna kapiláry, která vede ke zvýšenému pronikání krevního séra do tkáně sítnice s následným vznikem edému a výsevem tvrdých exsudátů. Výsledkem je pak pro pacienta zhoršená zraková ostrost (Sosna, 2009).

Subjektivní příznaky DR jsou různé od bezpříznakového průběhu, přes změnu kvality zraku, pozorováním zvlněného obrazu, světelných záblesků, létajících vloček v zorném poli, po změnu refrakce s postupným bezbolestným poklesem zraku během několika týdnů, měsíců, roků až po úplnou ztrátu vidění. Přítomny mohou být také bolesti oka i očníce. Pokud není diabetickou retinopatií postižena makula, pak je nemoc opravdu bez symptomů, což prokazuje zákeřnost a závažnost DR (Beszédešová, 2007).

1.2.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory se rozlišují na extraokulární a intraokulární. Nejdůležitějším extraokulárním faktorem je špatná kompenzace hladiny cukru v krvi. Pro správnou kompenzaci je důležité řídit se hodnotami glykovaného hemoglobinu. Beszédešová (2007) uvádí, že hodnota glykovaného hemoglobinu nad 6% je již vysoce riziková. Obecně tedy platí, čím lepší kompenzace diabetu, tím nižší riziko vzniku DR.

Mnoho diabetiků trpí také hypertenzí, která je považována za další rizikový faktor pro vznik DR. Hodnota krevního tlaku, která by neměla negativně ovlivnit DR, je hodnota krevního tlaku 130/80 mmHg. Hodnota systolického tlaku 170 mmHg je uváděna za kritickou v souvislosti s DR.

Dalším rizikovým faktorem pro vznik DR je hyperlipoproteinémie. Za kritickou hodnotu hladiny cholesterolu je považována hodnota 6,5-7,8 mmol/l, u triacylglycerolů je to hodnota mezi 2,3-5,6 mmol/l (Sosna, 2009).

Pokročilá DR může být indikátorem renálního postižení a diabetická nefropatie může zhoršovat stadium DR. V takové situaci se hovoří o tzv. retino-renálním syndromu (Beszédešová, 2007). Zvýšená agregace destiček, celkový počet destiček, počet leukocytů a jejich zvýšená viskozita a hematokrit jsou také považovány za velmi rizikové faktory pro komplikace DR, protože srážení krevních destiček a erytrocytů spolu s hypertenzí poškozují centrální sítnicové žíly a tepny (Watkinson, 2008).

Prevalence a závažnost DR se zvyšuje s přibývajícím věkem u DM I. typu, ale ne u DM II. typu. Těhotné ženy s DM I. typu mají dvojnásobně vyšší riziko vzniku

proliferativní DR než ženy, které těhotné nejsou. Antikoncepce s vysokou dávkou estrogenů je také považována za vysoce rizikový faktor DR (Sosna et al, 2011).

Okulární rizikové faktory jsou odpovědné za to jak, kdy a do jaké míry se DR rozvine. Mezi okulární faktory patří žilní okluze, katarakta, která může zhoršovat stávající makulopatii. Mezi další faktory patří také radiace, tumor a uveitida (Sosna, 2009).

Studie z Číny popisuje vyšší výskyt DR mezi obyvateli z města oproti obyvatelům žijících na venkově. Rozdíly jsou dány úrovní hospodářského rozvoje a souvisejícím životním stylem. Urbanizace vede k fyzické nečinnosti, požíváním potravy s vysokým obsahem glukózy, tuků a kalorií. Obezita, která následuje při tomto životním stylu je také jedna z rizikových faktorů vedoucích ke vzniku DR (DU et al, 2011).

1.2.3 Diagnostika

Právě diagnostika DR je často opomíjena, protože průběh DR je často asymptomatický. Velmi důležitá je včasná detekce DR, umožňující také včasnou léčbu, která vede k zachování centrální zrakové ostrosti. Podmínkou pro tuto detekci je odeslání pacienta včas na oční oddělení (Švancarová, Sosna, 2012). Oftalmologa by měl každý diabetik navštívit vždy při zjištění DM a poté minimálně 1x za rok (Sosna, et al 2011). Důležitou informací pro lékaře je také typ a délka trvání DM, ale také druh léčby. Údaj o kompenzaci diabetu se hodnotí podle hladiny glykovaného hemoglobinu HbA1c. Mnoho diabetiků o této hodnotě neví, ale také zhruba polovina diabetiků k očnímu lékaři nenosí průkaz diabetika (Švancarová, Sosna, 2012).

Oční vyšetření začíná vyšetřením zrakové ostrosti pomocí různých optotypů (viz Příloha 1), kdy sestra ukazuje pacientovi v určité vzdálenosti jednotlivé znaky, většinou písmena či čísla, shora dolů, kdy nahoře jsou znaky největší a s každým dalším řádkem se znaky zmenšují. Vyšetření se provádí u každého oka zvlášť, nevyšetřované oko musí sestra řádně zakrýt. Podobně se také vyšetřuje zraková ostrost do blízka, kdy pacient drží před očima speciální tabulku s napsanými texty, které se od sebe liší právě velikostí písma. Tyto tabulky se jmenují Jägerovy (viz Příloha 2), (Mašitová, 2009).

Dalším očním vyšetřením je měření nitroočního tlaku. Ten se měří buď aplanačním tonometrem, který bývá součástí štěrbinové lampy, bezkontaktním tonometrem (viz Příloha 3), nebo kontaktním tonometrem. Poté pacient přistupuje ke štěrbinové lampě (viz Příloha 4), laicky označované jako mikroskop. Na štěrbinové lampě probíhá biomikroskopické vyšetření předního i zadního segmentu oka v mydriáze, která nastane při opakovaném vkapávání kombinace krátkodobých mydriatik. Tyto oční kapky aplikuje sestra do spojivkového vaku nemocného na základě ordinace lékaře. Pomocí čočky a štěrbinové lampy se provede vyšetření fundu včetně periferie. K dlouhodobému sledování DR je také vhodná stereoretinofotografie v 7 polích mapující celou sítnici ve stereoskopickém obraze, umožňujícím zjistit i edém sítnice (Perušičová, 2016).

Jako další vyšetřovací metoda DR je Fluorescenční angiografie (FAG), která se provádí ve specializovaných očních poradnách pro pacienty s diabetem. Jedná se o kontrastní vyšetření, kdy sestra na žádost lékaře aplikuje do kubitální žíly roztok sodné soli fluoresceinu, který má žluté zbarvení. Ten se během 8-10 sekund dostane do sítnicového řečiště. Na sériích fotografií se sleduje případné prosakování fluoresceinu ze sítnicových cév, které se projevují jako světlá hyperfluorescenční místa. Úlohou sestry je při tomto vyšetření asistence lékaři a příprava pacienta k vyšetřením, která zahrnuje již zmiňované zavedení periferního žilního katétru do kubitální žíly a rozkapání pacientových očí mydriatiky.

Nejnovější neinvazivní bezkontaktní metodou při diagnostice DR je optická koherenční tomografie (OCT), která zobrazuje mikrostruktury biologické tkáně v příčném řezu ve vysokém rozlišení na základě měření času a intenzity odrazu světelného vidění na rozhraní dvou opticky odlišných vrstev. OCT se využívá při hodnocení tloušťky sítnice v okulární krajině po předchozí laserové terapii, kdy se hodnotí zlepšení nebo zhoršení stavu (Švancarová, Sosna, 2012).

1.2.4 Terapie diabetické retinopatie

V léčbě DR je na prvním místě stabilizace hladiny glykémie, kompenzace diabetu a všech uváděných rizikových faktorů, především hypertenze, hyperlipoproteinémie

(Máliš, Javorková, 2008). Jestliže je kompenzace nedostatečná, provádí se laserová fotokoagulace sítnice. Principem působení fotokoagulačního laseru (viz Příloha 5) je absorpce světelného záření pigmentovými buňkami a přeměna světelné energie v teplo, které koaguluje prosakující mikrovaskulární sítnicové abnormality. Tím se dosáhne ke snížení prokrvení oka a následnému oslepnutí. Mnoho pacientů čeká od laserové fotokoagulace zlepšení stavu, ale je nutné je poučit o tom, že dojde pouze ke stabilizaci stavu. Tedy nedojde ke zlepšení, ale prozatím ani ke zhoršení stavu (Švancarová, Sosna, 2012). Laserové ošetření sítnice potlačuje ischemii, která je hlavní příčinou novotvorby cév a blokuje působení růstových faktorů (Rencová, 2010). Laserové ošetření sítnice snižuje riziko oslepnutí o 50-60%. Problémem ale je, že ve stádiu, kdy je pro pacienty fotokoagulace nejvhodnější, jsou pacienti ještě bez subjektivních příznaků a k vyšetření oftalmologem nedojde. Malajská studie uvádí, že pouze polovina nemocných s DR byla ošetřena laserem, druhá polovina lékaře vůbec nenavštívila kvůli neznalosti. Tento fakt zdůrazňuje důležitost dostatečné edukace a její význam pro vznik komplikace u DR (Huang, 2009).

Studie zabývající se vlivem intravitreálním podáváním přípravků jako jsou Lucentis, Macigen a Avastin přináší také pozitivní výsledky. Tyto látky působí proti endotelovému růstovému faktoru, zejména v kombinaci s laserovým ošetřením. Tato kombinovaná terapie zlepšuje zrakovou ostrost až ve 40% případů (Sosna et al, 2011).

Pokud se DR zhoršuje i přes laserové ošetření sítnice, pacient je odeslán k operačnímu řešení k tzv. pars plana vitrektomii (PPV). Jde o mikrochirurgický zákrok ve sklivci a na sítnici. Principem operace je odstranění zakaleného sklivce a následné znovupřiložení sítnice. Do prostoru místo sklivce je zaveden infuzní roztok s těžko vstřebatelnými plyny nebo silikonovým olejem. Tím se provede vnitřní tamponáda a dojde k přiložení sítnice. Silikonový olej se do sklivcového prostoru implantuje natrvalo jako trvalá vnitřní tamponáda (Švancarová, Sosna, 2012).

1.3 Znalosti a dovednosti sestry

1.3.1 Edukace v diabetologii

„Diabetes mellitus může vzniknout ve kterémkoliv věku. Když se objeví, provází zpravidla člověka až do konce života. Proto je důležité, aby byl diabetik se svým stavem dobře obeznámen a mohl si podle okolností sám upravovat léčbu, aniž by musel čekat na ordinaci lékaře. Základní součástí léčby je tedy výchova pacienta orientovaná především na vytváření správných návyků“ (Rybka, 2006, s. 108).

Úspěch léčby DM je závislý hlavně na postoji pacienta k jeho nemoci a také na tom, do jaké míry bude pacient respektovat a dodržovat lékařovo a sesterské doporučení. Právě proto je velmi důležité nezapomínat na edukaci pacienta, protože edukace je nedílnou součástí léčby (Knížková, 2014).

Edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků, kteří jsou velmi často také přítomni při edukaci, začíná již prvním kontaktem pacienta s lékařem či sestrou. Nejčastěji se sestra setkává s diabetikem a edukuje ho již v době hospitalizace, v diabetologických a oftalmologických ambulancích, sestra také navštěvuje diabetika v jeho domácím prostředí. (Rybka, 2006).

Edukace diabetika v současné době probíhá převážně v diabetologických centrech, která bývají součástí velkých nemocnic. Často ale edukace probíhá na lůžkovém oddělení či na ambulanci v nemocnici. Nemocní mají při edukaci hlavně strach a jsou velmi rozrušení, proto ani nemá smysl zatěžovat je velkým množstvím nových informací, které následně nemocný stejně zapomene. Další edukace probíhá při pravidelných kontrolách u diabetologa, internisty a oftalmologa. Při této edukaci se rozšiřují znalosti a dovednosti nemocného, které jsou pro něho více problémové, a není si v nich tolik jistý. Na edukaci diabetiků je v posledních letech kladen velký důraz, a proto se diabetologové z celého světa snaží najít vhodný a účinný způsob kvalitní a efektivní edukace diabetiků.

Důležitou roli v edukaci hraje motivace pacienta, která je nezbytná pro přístup pacienta k nemoci. Jen řádně edukovaný a motivovaný diabetik si bude sám dobře

a samostatně upravovat dávky inzulínu na základě monitoringu glykemií (Soukupová, 2013).

Sestra musí mít předem jasnou představu o tom, jak seznámí nemocného s novými informacemi a jaké pomůcky k edukaci použije. Časový rozvrh edukace je individuální, a proto je každá edukace na stejné téma pro sestru novou zkušeností. Ne každý pacient novým informacím hned rozumí a sestra musí samozřejmě také přihlídnout k intelektovým schopnostem a k věku pacienta (Malíková, 2011).

Pro sestru je cílem edukace, aby diabetik přijal změnu životního stylu, aby měl diabetik dostatečné vědomosti o nemoci, o akutních i chronických komplikacích DM a dietním režimu. Také aby samostatně zvládal např. aplikaci inzulínu, a aby znal vhodná místa pro aplikaci inzulínu. Pacient musí také ovládat techniky selfmonitoringu, musí znát možné změny chování, které se mohou objevit při špatně kompenzované terapii diabetu jako je hypo/hyperglykémie a o okamžité první pomoci při vzniku těchto příznaků. Pacient musí znát důležitost kontrol u diabetologa i oftalmologa. Neméně důležité je také zdůraznění důležitosti kontrol u lékaře internisty, který kontroluje krevní tlak a celkový stav pacienta (Chlup, 2009).

Podle Vižďové (2004) hraje v diabetologické oční ambulanci sestra nejdůležitější roli. Také uvádí, že kvůli velkému zahlcení pacienty v diabetologických ambulancích, je pro nemocné důležité a nezbytné je poučit o nutnosti donést si s sebou dostatek jídla, léky či inzulín. Protože se nemocní musí připravit na to, že na vyšetření budou čekat dlouhé hodiny.

Úskalí, s nimiž se dnes potýkají poskytovatelé zdravotní péče ale i pacienti, je neustále se měnící legislativa, snižující se počet kvalifikovaných zdravotníků a zvyšující se počet osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje radikální změnu životního stylu. Tyto skutečnosti pak vedou k tomu, že jsou sice nemocnému podávány dostatečné informace, ale bohužel bez zpětné vazby, bez ověření zda nemocný informacím rozuměl a zda informace pochopil. Výsledkem pak bývá nedostatečně informovaný nebo nedostatečně zručný nemocný, který neví, jak správně inzulín aplikovat, jak se správně stravovat a k jakým odborníkům má docházet k pravidelným kontrolám.

Důsledky neefektivní edukace pak často bývají: nepochopení informací od zdravotních pracovníků, neschopnost jednat podle doporučení, nedodržování léčebného režimu a podceňování preventivních opatření (Vllová, 2013).

1.3.2 Chůze se zrakově postiženými

Zrak se významně podílí na naší představě o okolním světě. Závažné je postižení od narození či v raném věku. U DR se ale jedná o získanou ztrátu kvality i kvantity zraku. Škála postižení je od lehčích očních vad přes postižení se zbytky zraku, kdy pacient vidí např. jen pohyb nebo rozlišuje světlo či tmou, anebo se jedná o absolutně nevidomé. Tím pádem pacient ztrácí představu o okolním světě. Tělo si tuto dysfunkci nahrazuje zvýšením sluchového a hmatového vnímání. Sluch se stává přesnějším díky tréninku a hmat nemocní s postižením zraku využívají nejen pro prostorovou orientaci (haptický prostor), kdy si pacient pomáhá rukama a předchází tak nárazům ale také používá hmat ke čtení Braillova písma.

Sestra musí znát míru zrakového postižení u nemocného a uzpůsobit mu prostředí, ve kterém se nachází. Odstranit rušivé podněty z okolí nebo například zabezpečit osvětlení, které nemocný potřebuje. Při chůzi je důležité, aby sestra postiženému nabídla paži, nebo se postiženého zeptala, jak je zvyklý chodit s doprovodem. V žádném případě postiženého sestra netáhne před sebou. Optimální způsob vedení sestrou je, když postižený položí ruku na rameno sestry a ta jde před ním. Sestra umožní postiženému vybrat si buď pravé, nebo levé rameno s přihlédnutím na následnou bezpečnost cesty. Vhodně je jít s postiženým prostředkem chodby, tedy dále od zdi a jiných možných překážek. Sestra má tak přehled o prostoru a může během doprovodu odstraňovat případné překážky a nenarušuje tak intimní zónu postiženého. Sestra na očním oddělení se ale velmi často setkává s pacienty, kteří ještě nejsou adaptovaní na slepotu, v takovém případě lze použít pro sestru méně výhodný postup, kdy sestra drží nemocného za obě ruce a je k němu čelem. Tím pádem sama sestra chodí pozpátku. Pro sestru je tato možnost vedení zrakově postiženého velmi náročná, protože sestra nemá přehled o prostoru, do kterého spolu s postiženým vstupuje a chůze je značně

pomalá. Sestra má ale v tomto případě přehled o pacientovi, o tom jak se tváří a jak vypadá. Třetí možnost vedení nevidomého je držet nemocného kolem ramen a za bližší ruku. Jedná se o těsný kontakt, chůze dvojice je obtížná ale postižený toto vedení bere jako vyjádření podpory, blízkosti v náročných situacích. Sestra v takovém případě může nemocného vždy bezpečně zachytit, pokud by bylo nemocnému např. na omdlení (Venglářová, 2006).

1.3.3 Komunikace se zrakově postiženými

Dle Kristové (2009) je základem verbální komunikace: „*Schopnost navázat, udržet a také ukončit slovní kontakt. Pomocí slov sestra vysvětluje, získává, poslouchá, přesvědčuje, povzbuzuje a také mnohokrát motivuje. Měla by s nimi nakládat a používat je opatrně, cíleně a uvědoměle*“ (Kristová, 2009, s. 56).

Podle Kapounové (2007) je pro fungování mezilidských vztahů velmi důležitá komunikace. Ošetrovatelskou komunikaci považuje za zvláštní typ sociální komunikace a bez ní nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Se zrakově postiženými je vhodné mluvit přirozeně a jasně. Častou chybou bývá domněnka, že nevidomí vidí jen úplnou tmou. Sestra zdraví nevidomého jako první a pozdraví ho také s oslovením, aby nevidomý věděl, že je pozdrav směřován jemu. Při rozhovoru je velmi důležité, aby měla sestra s nevidomým oční kontakt a neodvracela od nevidomého svoji tvář, protože nevidomí to obvykle poznají. Sestra musí pamatovat vždy na to, aby při komunikaci jednala přímo s nemocným a nikoli s doprovodem. Při vstupu do místnosti postiženého seznámí s místností a vždy postiženému popisuje, co zrovna sama dělá. Seznámí nevidomého dopředu s průběhem zákroku či vyšetření např.: „Teď vám vyhrnu rukáv a odezinfikuji předloktí.“ Pacienty, kteří mají zrak v pořádku, sestra často upozorňuje na fakta, která spolu s vyšetřením nastanou. Například „teď to píchne, bude tlačit, trochu zapálí“ v takovém případě je tato informace pro nevidomého určitě užitečná a také nezbytná. S věcmi nevidomého sestra nesmí nijak manipulovat bez jeho vědomí. Často se sestra pracující na očním oddělení setkává s vodícím psem. Tento vodící pes má přístup do zdravotnického zařízení

a je velmi nevhodné na tohoto psa mlaskat, hvízdát na něj, hladit ho, či dokonce krmit (Janáčková, Weiss, 2008).

1.3.4 Sestra na očním oddělení

Všeobecná sestra, která pracuje na očním oddělení, by měla znát všechny problémy, které se týkají očního onemocnění a jejich komplikací. Tyto znalosti ji velmi usnadní práci a lépe pak zvládá péči o zrakově postižené osoby. Sestra by měla znát prevenci očních nemocí, jejich diagnostiku i terapii. Také by měla znát nejčastější diagnostikovaná onemocnění, která se nacházejí na jejím oddělení. Nedílnou součástí je pak také asistence lékaři při ošetřování nemocných. Sestra na očním oddělení musí být obeznámena s veškerou přístrojovou technikou a musí s ní umět pracovat, ale také musí umět se o ni starat před a po vyšetření (Nejedlá et al, 2005).

Častý výkon, který sestra provádí je aplikace očních léčiv do očí – kapek a mastí. Sestra musí znát základní rozdělení očních léčiv a jejich účinky na lidské oko. Nedílnou součástí je také zvláštní uložení některých léčiv i tuto informaci musí sestra znát (Nováková, 2011). Úlohou sestry je podrobné vysvětlení vyšetření, příprava pacienta před vyšetřením a spolupráce spolu s asistencí oftalmologovi. Součástí péče o oči je aplikace očních kapek, kdy sestra musí dodržovat zásady mytí rukou před a po aplikaci očních kapek (Watkinson, 2008).

Mydriáza - pro vyšetření předního i zadního segmentu oka, je potřeba speciálními očními kapkami způsobit mydriázu. Ta nastane při opakovaném vkapávání kombinace krátkodobých mydriatik do spojivkového vaku pacienta. Nejčastější krátkodobá mydriatika jsou oční kapky Mydrum (Unitropic), Neosynephrine a Homatropin. Sestra musí také vědět, že právě u diabetiků nastává mydriáza obtížněji a pomaleji než u zdravých osob. Proto je zde důležité diabetika uklidnit a vysvětlit mu, proč bude tato příprava trvat delší dobu (Perušičová, 2016).

Zraková ostrost do dálky (DD) - Před samotným vyšetřením sestra informuje pacienta o průběhu vyšetření. Pokud nemocný používá dioptrickou korekci, pak sestra

řekne nemocnému, aby si tuto korekci nasadil, a vyzve ho, aby se posadil a zakryl si nevyšetřované oko. Pokud zakrytí oka sám pacient nezvládá, pak se pacientovi nasazují speciální zkušební brýlové obruby, do kterých se do místa nevyšetřovaného oka vloží okluzor, který nevyšetřované oko zcela zakryje. Během vyšetření si sestra všimá chování pacienta. Zda se předklání či nahýbá. Pro vyšetření zrakové ostrosti DD se využívá mnoha druhů optotypů. Jsou to bílé tabule obsahující v rádcích černé znaky (písmena, čísla). Je také možnost rozsvítit tyto bílé tabule, pro zvýšení kontrastu. V každém řádku je jiná velikost znaku. Od horního řádku směrem dolů se znaky zmenšují. Pacient musí dodržet vzdálenost, ze které tyto znaky čte. Často tato vzdálenost bývá 5 či 6 metrů. Sestra vyzve pacienta ke čtení daných znaků od největšího po nejmenší, které je schopen přečíst. Výsledek pak sestra zaznamenává pod dohledem lékaře do dokumentace pacienta (Brímová, 2013).

Zraková ostrost do blízka (DB) - K vyšetření zrakové ostrosti do blízka se nejčastěji využívají Jägerovy tabulky. Jedná se o odstavce s texty, kdy je každý odstavec vytištěn jinou velikostí písma a označený od č. 1 až do č. 14. Pacient čte text ze vzdálenosti asi 40 cm. Zdravý člověk, který nepotřebuje brýlovou korekci DB přečte bez námahy text č. 1. Vyšetření provádí lékař a sestra jen sleduje reakce a chování pacienta. Výsledek sestra zaznamená do dokumentace pacienta (Brímová, 2013).

Zorné pole - Pro vyšetření zorného pole slouží perimetrie. Zorné pole se definuje jako prostor, který člověk vidí i při změně směru pohledu (Mašitová, 2009). „*Perimetrie je metoda používaná k vyšetření centrálního i periferního zorného pole, která nám dává informace o funkci sítnice, optického nervu a nitrolebního úseku zrakové dráhy*“ (Řehák et al., 2011, s.73). Pro orientační vyšetření zorného pole lze využít tzv. konfrontační metodu, kdy se rozeznává rozsah pole mezi námi a pacientem. Sestra sedí přibližně metr od pacienta a požádá ho, aby si zakryl například pravé oko. Sledujeme, kdy pacient zachytí pohyb námi drženým předmětem, například výrazná tužka, kterou sestra posouvá od periferie do centra. Rozsah zorného pole se vyšetřuje nazálně, zespona a seshora (Hornová, 2011). K vyšetření zorného pole lze také použít tzv. kinetickou perimetrii na přístroji, který se nazývá kinetický perimetr. Perimetr musí být uložen v dobře zatemnělé místnosti, aby pacient viděl dobře světelné body. Sestra

pacienta vždy poučí před samotným začátkem vyšetření, k čemu vyšetření slouží a jaké reakce a spolupráce jsou od něj očekávány. Sestra zalepí jedno oko, to které nebude vyšetřované a řekne pacientovi, aby si opřel bradu a čelo do zářek přístroje. Sestra poté pohybuje celým rámem kinetického perimetru, na kterém pacientovi promítá světelný bod. Od pacienta se očekává, že sestře oznámí, kdy světelný bod začne vidět a kdy tento bod vidět přestane (Brímová, 2013).

K vyšetření zorného pole také bezpochyby patří Amslerova mřížka (viz Příloha 6). Je to kartička s černým/bílým pozadím, na kterém je vytištěna mřížka buď bíle či černě. Vzdálenost vyšetření je 30 cm. Místnost, ve které se Amslerovou mřížkou vyšetřuje, musí být dostatečně osvětlená. Pacient má za úkol sledovat linie mřížky a informovat lékaře o tom, zda se mřížky nějak nemlží či nevlí. Zda jsou rovné či ne. Výhoda tohoto vyšetření je také fakt, že Amslerovu mřížku dostává pacient také domů a tak může kontrolovat svůj zrak i v domácím prostředí. Sestra Amslerovu mřížku pacientovi daruje a poučí ho o tom, pokud by zjistil nějakou změnu ve vidění mřížek, aby se okamžitě dostavil k oftalmologovi (Brímová, 2013).

Optická koherentní tomografie (OCT) - „Vyšetření OCT umožňuje zobrazení struktury sítnice. Rozlišuje jednotlivé vrstvy a změří také jejich tloušťku. Superluminiscenční dioda vysílá laserový paprsek, který prochází zornicí a měří časový rozdíl v odrazu kontrolního paprsku od referenčního zrcadla a paprsku odraženého od jednotlivých vrstev sítnice. Zpoždění odrazu paprsků je barevně kódováno a skládá dvojrozměrný obraz průřezu tkání“ (Brímová, 2013, s 27).

Sestra poučí pacienta před samotným vyšetřením a výsledek poté vytiskne a založí do pacientovy dokumentace.

Fluorescenční angiografie (FAG) - FAG slouží k vyšetřovací metodě, která slouží k diagnostice cévních sítnicových onemocnění. Před samotným vyšetřením lékař pacienta seznámí s průběhem a svůj souhlas s vyšetřením pacient stvrdí svým podpisem v informovaném souhlasu, který sestra lékaři připraví spolu s identifikačními údaji pacienta a datem vyšetření. Před vyšetřením sestra podá pacientovi antihistaminikum per os a rozkape oči mydriatiky. Sestra zavede pacientovi periferní žilní katétr, kvůli injekční aplikaci 10% sodné soli fluoresceinu. Po aplikaci fluoresceinu se za 10-15

vteřin objeví barvivo na očním pozadí, poté se naplní cévnatka a sítnicový oběh oka - artérie, kapiláry a vény. Lékař co nejrychleji udělá snímek očního pozadí. Sestra kontroluje během vyšetření celkový stav pacienta a všechny změny hlásí ihned lékaři. Ve zdravém oku je fluorescein asi minutu po podání z očního oběhu vyplaven. U patologických stavů se abnormálně plní cévní systém oka a barvivo prosakuje z cév.

Po vyšetření sestra poučí pacienta o důležitosti pitného režimu, kvůli rychlejšímu vyplavení fluoresceinu z těla. Sestra také upozorní pacienta o možném zbarvení kůže a moči a vysvětlí mu, že tento stav není patologický. Podle vyšetření FAG je indikována následná fotokoagulační léčba diabetické retinopatie (Brímová, 2013).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií.

2.2 Výzkumná otázka

Jaká znají všeobecné sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Bakalářská práce a její teoretická část vznikla na podkladě prostudované odborné literatury. Před samotným studiem bylo zažádáno o rešerši v Národní lékařské knihovně v Praze. Odborná literatura byla dostupná v již zmiňované Národní lékařské knihovně, ale také v knihovně pražské nemocnice, kde bylo prováděno výzkumné šetření. Výzkum byl zaměřen na výkony, které dotazované sestry nejčastěji provádějí u nemocných s diabetickou retinopatií. Tyto výkony byly zmíněny v teoretické části bakalářské práce.

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována kvalitativním šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Dotazované byly všeobecné sestry pracující na očním oddělení. Výzkumné šetření probíhalo na očním oddělení nemocnice hlavního města v Praze. Před samotným výzkumem bylo zažádáno o povolení výzkumného šetření ve zdravotnickém zařízení. Tato žádost byla odsouhlasena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2016. Protože jsem zaměstnankyní nemocnice a pracuji na oddělení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, nebylo zapotřebí absolvovat zde praxi. Výzkumné šetření probíhalo v době mého pracovního volna a vedoucí zaměstnanci s tímto mým postupem souhlasili.

Každá z dotazovaných sester byla požádána o provedení rozhovoru, všechny souhlasily. Rozhovory probíhaly po skončení jejich pracovní doby. Osloveno bylo deset všeobecných sester. Rozhovory probíhaly na specializovaných vyšetřovnách, a nebo na denní místnosti zaměstnanců v odpoledních hodinách.

Podkladem k rozhovoru bylo 12 připravených otázek (viz Příloha 7), u některých dotazovaných sester byly ještě otázky rozšiřovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Otázky byly vybrány na základě předem prostudované odborné literatury, která tvoří základ teoretické části bakalářské práce. Dotazované sestry byly předem informovány o zaměření rozhovoru a o účelu celého rozhovoru. Rozhovory byly u všech dotazovaných sester nahrávány na diktafon, s nahráváním souhlasily všechny.

Byly také ujištěny, že veškeré získané informace jsou jen k účelu výzkumného šetření této bakalářské práce a jsou plně anonymní. Časová náročnost rozhovorů byla přibližně 20 minut na 1 rozhovor.

Nahrané rozhovory byly doslovně přepsány a vytisknuty (viz Příloha 8). Data, která byla získána od dotazovaných sester, byla dále zpracována pomocí metody tužka-papír (Švaříček, et al, 2007), následně byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které poté byly zpracovávány (viz Příloha 9). Rozhovory s dotazovanými sestrami byly očíslovány a každé sestře bylo přiřazeno číslo, např. S1 (Sestra1).

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 10 všeobecných sester (S1 – S10), které pracují na očním oddělení pražské nemocnice. Věkové rozmezí sester bylo od 25 do 62 let. Jediným kritériem pro vytvoření rozhovoru byla práce na očním oddělení. Výběr dotazovaných sester byl tedy záměrný.

Sestry byly velmi ochotné a žádná z nich uskutečnění rozhovorů neodmítla. Z dotazovaných sester má jedna úspěšně vystudovanou Vyšší odbornou školu a dvě sestry mají také specializační studium v Brně. Pro všeobecné sestry v minulých letech existovala tzv. dlouhodobá příprava v ortoptice a pleoptice v Brně, která byla posléze pomaturitním specializačním studiem. Absolventi tohoto specializačního studia získali odbornou způsobilost k výkonu povolání ortoptistky. Délku praxe na očním oddělení dotazované sestry uvedly v rozmezí od 2 do 25 let. Celkovou praxi uvedly sestry v rozmezí od 8 do 35 let. Všechny dotazované sestry absolvovaly střední zdravotnickou školu ve studijním oboru všeobecná sestra.

4 KATEGORIZACE ROZHOVORŮ

Tabulka 1 - Identifikační údaje dotazovaných sester

Identifikace sester	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba praxe celkem	Doba praxe na očním oddělení
S1	Postgraduální	35 let	25 let
S2	Postgraduální	26 let	18 let
S3	Středoškolské	8 let	7 let
S4	Středoškolské	16 let	15 let
S5	Středoškolské	28 let	20 let
S6	Středoškolské	9 let	2 roky
S7	Středoškolské	15 let	2 roky
S8	Středoškolské	20 let	15 let
S9	Středoškolské	18 let	5 let
S10	Středoškolské	25 let	15 let

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce 1 je pro lepší srozumitelnost uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání sester, délka praxe celkem a jejich doba praxe na očním oddělení. Tato data byla zjištěna při položení první otázky, která se zaměřovala právě na tyto informace. Výzkumu se zúčastnilo deset sester, pracujících na očním oddělení. Dvě sestry uvedly postgraduální vzdělání v Brně, kde absolvovaly specializaci v ortoptice a pleoptice (S1, S2). Zbylé sestry uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, které dokončily maturitní zkouškou v oboru všeobecná sestra.

Na základě získaných dat byly po zpracování rozhovorů vytvořeny 4 kategorie.

- Kategorie 1 „Diabetická retinopatie“
- Kategorie 2 „Mydriatika“
- Kategorie 3 „Fluorescenční angiografie a Laser“
- Kategorie 4 „Informovanost sester“

4.1 Kategorie 1 „Diabetická retinopatie“

Všechny dotazované sestry přišly již někdy během své praxe na očním oddělení do kontaktu s nemocným s diabetickou retinopatií.

Kategorie „Diabetická retinopatie“ byla rozšířena o pět podkategorií. Podkategorie „Vznik diabetické retinopatie“, „Rizikové faktory diabetické retinopatie“, „Kontroly u očního lékaře“, „Příznaky diabetické retinopatie“ a „Vyšetřovací metody u diabetické retinopatie“.

4.1.1 Podkategorie - Vznik diabetické retinopatie

Podkategorie vznik diabetické retinopatie byla zaměřena na to, co považují sestry za hlavní příčinu vzniku diabetické retinopatie. Téměř všechny sestry (S1, S3, S4, S6, S7, S10) odpověděly, že příčinou tohoto onemocnění je Diabetes Mellitus neboli cukrovka. Sestra 1 opověděla: *„Pacient nedrží dietu, nestará se o kontrolní vyšetření, to znamená, že cukr dělá nepořádek v celém organismu. Cukr ničí cévy v celém těle a to se odráží i na očním pozadí.“* Sestra 10 uvedla: *„Neléčená cukrovka, ale vlastně i léčená, protože i ta má pak komplikace, kterým se nedá zabránit.“* Podobný názor měla i sestra 3: *„Myslím, že když člověk dodržuje dietu a celkově všechna doporučení, těm změnám v těle se podle mě u cukrovky nedá zabránit.“* Pět dotazovaných sester také uvedlo jako důvod vzniku diabetické retinopatie poškození cév. Sestra 5 uvedla, že za vznik DR může určitě vysoký cukr, díky kterému se ničí cévy na sítnici. Odpověď sestry 6 byla: *„Podle mě je to problém celé cukrovky. Cukrovka poškozuje cévy v celém těle, a poškozuje je i v oku.“* Sestra 7 považuje za nejzásadnější příčinu nefunkční cévy na sítnici, které způsobuje diabetes mellitus. Sestra 9 na otázku odpověděla: *„No, podle mě je to dlouhodobá vysoká hladina cukru v krvi, která se projevuje na cévách sítnice.“* Vysokou hladinu glykémie uvedly kromě sestry 9 také další tři dotazované sestry. Sestra 2 odpověděla: *„... když nedrží dietu a glykémie v krvi mu vylítává nad hranici normy.“* Sestra 4 považuje také za příčinu diabetické retinopatie: *„... cukrovka, takže vlastně vysoká hladina cukru.“* Nedodržení doporučeného léčebného režimu uvedly tři

sestry. „Nedodržování režimu diabetiků, to znamená, že nedržej dietu a nechoděj na kontroly ke svým doktorům,“ odpověděla Sestra 8. Sestry 1 a 2 uvedly nedodržení režimu ve smyslu, nedodržování diabetické diety. Jako další příčinu vzniku diabetické retinopatie uvedly 3 sestry zanedbávání kontrol. Sestra 2 uvedla: „*Pacienti taky dost často kašlou na kontrolní a preventivní vyšetření na očním, takže je to určitě taky příčina pak tý konečný fáze, kdy lidi úplně oslepnou.*“ Odpověď Sestry 1 zněla, že se nemocní nestarají o svá kontrolní vyšetření. Sestra 8 odpověděla, že nemocní nechodí na kontroly ke svým doktorům.

- Diabetes Mellitus – S1, S3, S4, S6, S7, S10
- Poškození cév – S1, S5, S6, S7, S9
- Vysoká glykémie – S2, S4, S5, S9
- Nedodržení režimu – S1, S2, S8
- Zanedbání kontrol – S1, S2, S8

4.1.2 Podkategorie - Rizikové faktory diabetické retinopatie

Podkategorie rizikové faktory diabetické retinopatie byla zaměřena na znalosti sester ohledně těchto faktorů. Všechny sestry odpověděly, že rizikový faktor diabetické retinopatie je kouření, nadváha a obezita. Jen sestra 1 uvedla jako rizikový faktor dekompenzovaný diabetes mellitus: „*Tak jak už jsem řekla, je to dekompenzovaný diabetes, takže nedodržování diety, určitě genetika, alkohol, kouření, potom bych řekla obezita.*“ Sestra 3 svoji odpověď formulovala takto: „*Rizikovej faktor je určitě kouření u cukrovkářů, protože to taky není nic dobrého na cévy v těle a asi i nedostatek pohybu, což se pak projevuje obezitou a dalšíma komplikacema s tím spojenýma.*“ Sestra 7 považuje za rizikový faktor kouření a také obezitu, která podle jejích slov může za všechny nemoci. Tři sestry považují za rizikový faktor samotné onemocnění diabetes mellitus a délku trvání tohoto onemocnění. Sestra 7 svoji odpověď rozvedla takto: „*Záleží na tom, jak dlouho má nemocný cukrovku a v jakém stavu se nacházejí jeho*

cévy a celkově jak ta cukrovka stihla už zdevastovat tělo...“Sestra 4 uvedla jen cukrovku a Sestry 8 a 9 se shodly, že rizikovým faktorem je také doba, po kterou nemocní mají diabetes mellitus diagnostikován. Rizikový faktor nedodržování režimu uvedly čtyři sestry. Sestra 5 ohledně nedodržování režimu svoji odpověď formulovala takto: *„Hodně diabetiků nedodrží diabetickou dietu. Myslí si, že když týden před kontrolou cukr omezí, a následná kontrola glykémie vyjde v pořádku, pak jim nic nehrozí.“* Sestry 1 a 2 uvádějí nedodržování diety a Sestra 6 odpověděla nedodržování doporučeného režimu. Rizikový faktor genetika a alkohol uvedla jen Sestra 1. Nedostatek pohybu odpověděla Sestra 3, která ještě ve své odpovědi uvedla: *„Lidi si taky neuvědomujou závažnost celé diabetické retinopatie, protože oni si často myslí, že když zatím vidí dobře, že to nemusí řešit a často pak přicházejí, když už jsou nevratný ztráty zraku.“* Rizikový faktor životní styl uvedly dohromady tři sestry. Sestra 4 uvedla celkově nezdravý životní styl a sestra 9 odpověděla špatný životní styl. Rizikový faktor vysoký cholesterol ve své odpovědi uvedla jen Sestra 5: *„...obezita a s tím spojený vysoký cholesterol.“* Rizikový faktor věk uvedly pouze Sestry 8 a 10.

- Kouření, Obezita, Nadváha – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Dekompenzovaný Diabetes – S1
- Doba trvání DM – S4, S7, S8, S10
- Nedodržování režimu – S1, S2, S5, S6
- Genetika – S1
- Alkohol – S1
- Nedostatek pohybu – S3,
- Životní styl – S4, S9, S10
- Vysoký cholesterol – S5
- Věk – S8, S10

4.1.3 Podkategorie – Kontroly u očního lékaře

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jak často by měl podle dotazovaných sester navštěvovat nemocný s diabetickou retinopatií očního lékaře. Sestra 1 odpověděla takto: *„Chodějí podle toho, jak je pošle internista a diabetolog, možná že u nich to stačí jednou za rok, pokud nejsou problémy. Pokud jsou problémy a jsou sledováni, tak k nám chodí minimálně 2x za rok.“* Devět dotazovaných sester odpovědělo, že nemocní chodí minimálně 1x za rok na kontroly k očnímu lékaři, pokud není potřeba chodit častěji. Sestra 6 uvedla: *„Myslím, že chodí 1x za rok, ale pokud se objeví nějaký zhoršení určité mají přijít k očnímu hned.“* Sestra 10 se při odpovědi zamyslela a poté odpověděla, že chodí 1x za rok, ale sama přiznala, že neví jako často by měli nemocní s diabetickou retinopatií opravdu chodit na kontroly. *„Kontroly u očního jsou hodně podceňovaný i u zdravých lidí. Spousta lidí ani neví, že by k očnímu chodit měli. Diabetici obecně k nám chodí jednou za rok na všechna kontrolní vyšetření,“* odpověděla Sestra 3.

- 2x za rok – S1
- 1x za rok – S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10

4.1.4 Podkategorie - Příznaky diabetické retinopatie

Podkategorie příznaky diabetické retinopatie se zaměřuje na názor sester, ohledně situací, při kterých podle nich nemocní s diabetickou retinopatií přichází na vyšetření k očnímu lékaři. Všechny dotazované sestry odpověděly, že to jsou různé změny a poruchy zraku. Sestra 2 odpověděla, že nemocní přicházejí s různými formami poruch vidění a *„... my je tu pak vyšetřujeme a zjišťujeme příčinu. Opakovaně se už stalo, že pacienti už měli nález na očním pozadí, ale vůbec nevěděli, že mají cukrovku.“* Sestra 4 uvedla, že častým důvodem návštěv pacientů s diabetickou retinopatií je změna ve vidění ať už v kvalitě či v kvantitě. Sestra 1 a 3 uvedly jako častý příznak fenomény v podobě padajících sazí a různých záblesků. Sestra 3 svoji odpověď formulovala takto:

„Určitě to jsou různé formy změn ve vidění. Lidi pak vidí padání sazí, blesky anebo mají pocit takových těch černých opon např. ve vnějším kvadrantu a tak.“ Sestra 5 uvedla: *„Všichni lidi chodí k očnímu lékaři, když mají problémy se zrakem. U nemocných s diabetickou retinopatií to není jiné. Mají v zorném poli různé fenomény, na které nejsou zvyklí a to je přivede k očnímu.“* Sestra 1 odpověděla velmi obsáhle: *„Lidi začnou blbě vidět ... lidi chodějí nejčastěji s tím, že se tam udělá trhлина a začne to krváčet do sklivce. Pak ten nemocný vidí ty specifický obrazy jako je padání sazí, protože ta krev se tam přelejvá v tom optickým médiu kterým je sklivec.“* Sestra 6 ve své odpovědi uvedla, že nemocní s diabetickou retinopatií přicházejí na vyšetření k očnímu i v situaci, kdy jdou jen na pravidelnou kontrolu.

- Poruchy zraku – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Fenomény, padání sazí, blesky – S1, S3, S5
- Černá opona – S3
- Haemophtalmus – S1
- Pravidelná kontrola – S6

4.1.5 Podkategorie - Vyšetřovací metody u diabetické retinopatie

V této podkategorii jsme zjišťovaly, jaké vyšetřovací metody se podle sester nejčastěji uplatňují při diagnostice a léčbě diabetické retinopatie. Všechny sestry uvedly vyšetření zrakové ostrosti do dálky a do blízka. Sestra 3 do této odpovědi zahrnula také měření nitroočního tlaku: *„Úplně všichni pacienti tady u nás podstupují základní vyšetření oftalmologem. Vyšetří se u nich jak vidějí do dálky na optotypech, jak vidějí do blízka to jsou ty malé Jägerovy tabulky, sestra změří taky hodnotu nitroočního tlaku“.* Sestra 6 uvedla podrobnější odpověď u vyšetřování zraku do dálky: *„... na optotypech. Vždy se vyšetřuje jen jedno oko a druhé je zakryté. Pak se zakryje to druhé oko a vyšetřuje se druhé oko.“* Sestra 10 u vyšetření do blízka uvedla: *„Pacienti si před očima drží tabulku s různou velikostí textu a ten text čtou, ty tabulky se jmenujou*

Jägerovy“ Čtyři sestry uvedly jako další vyšetřovací metodu peritest, což je vyšetření zorného pole. Sestra 3 toto vyšetření specifikovala: „*Taky se vyšetřuje kvalita periferního vidění a k tomu pak slouží přístroj peritest. U tohohle vyšetření nesmí bejt nemocný rozkapanej, protože pak vidí špatně, a rozmazaně a výsledek tohohle vyšetření by byl zkreslenej a vlastně pak k ničemu.*“ Sestra 2 dodala, že speciální přístroj peritest obsluhuje sestra. Také vyšetřovací metodu fluorescenční angiografii uvedly téměř všechny sestry, kromě S3, která jako jediná zmínila také vyšetřovací metodu měření nitroočního tlaku. Odpověď Sestry 1 zněla: „... *většinou chtějí ti doktoři angiografii, aby se přesně zjistilo, jaká céva propouští.*“ Sestra 2 uvedla, že podle nálezu na očním pozadí pak následuje vyšetření fluorescenční angiografie. Sestra 4 řekla, že fluorescenční angiografie je vyšetření kontrastní látkou. Sestra 5 odpověděla, že : „...*diabetici chodí na fluorescenční angiografii.*“ Podle Sestry 7 je potřeba zjistit stav cév na sítnici a proto se provádí fluorescenční angiografie. Sestra 9 uvedla: „...*pro diagnostiku retinopatie je určitě důležitá fluorescenční angiografie, kdy se zjistí jaké cévy jsou porušený na tý sítnici.*“ Vyšetření v mydriáze uvedlo pět sester z deseti. Odpověď Sestry 1 byla: „*Tak především teda doktoři chtějí rozkápnout oči a v mydriáze udělat pořádně vyšetření očního pozadí Goldmannem, aby to bylo opravdu úplně i do těch postranních partií očního pozadí. Pokud tam lékař uvidí už nějaký exsudáty díky těm nefunkčním cévám, tak většinou chtějí ti doktoři angiografii aby se přesně zjistilo, jaká céva propouští.*“ Kromě Sestry 3 uvedly všechny dotazované sestry metodu laserové koagulace a chirurgického zákroku Pars plana vitrektomie. Sestra 1 odpověděla: „*Laserou koagulací se to většinou léčí. A když laserová koagulace nepomůže, když je ta trhlina velká, a ten tah těma cévama je tak velkej, že utrhne sítnici úplně, tak se potom dělá tzv. pars plana vitrektomie, kde se vypustí sklivce a místo toho sklivce se natlačí vzduch nebo silikonovej olej, a tím tlakem by si ta sítnice měla lehnout zase zpátky.*“ Sestra 10 jako jediná, uvedla ve své odpovědi vyšetření OCT.

- Vyšetření do dálky, do blízka – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Fluorescenční angiografie – S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Laserová fotokoagulace – S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10

- Operace, pars plana vitrektomie – S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Vyšetření v mydriáze – S1, S2, S3, S5, S10
- Peritest – S1, S2, S3, S8
- Nitrooční tlak – S3
- OCT – S10

4.2 Kategorie 2 „Mydriatika“

Kategorie Mydriatika byla rozšířena o dvě podkategorie a to o podkategorii „Používaná mydriatika“ a „Působení mydriatik u diabetiků“

4.2.1 Podkategorie - Používaná mydriatika

Tato podkategorie sloužila ke zjištění názvů mydriatik, která se nejvíce používají na očním oddělení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření. Všechny sestry znají a používají mydriatické oční kapky Neosynephrine a Mydrum. Takzvaná dlouhodobá mydriatika Atropin, Homatropin a Scopolamin uvedly 4 sestry (S1, S2, S5, S7). Sestra 1 odpověděla: *„Takže to je Neosynephrine, Mydrum, pak je tam i Atropim a Homatropin a Scopolamin, což jsou ale dlouhodobý mydriatika, jakože ta mydriáza pak člověku vydrží na oku dýl než po Mydru a Neosyphrinu.“* Sestra 2 uvedla: *„Nejpoužívanější je tu Mydrum a Neosynephrine. Používáme ale i Scopolamin, Homatropim a Atropim. Všech pět kapek se společně nazývá Mydriatické kolo, které se občas také kape nemocnému.“* Odpověď Sestry 3 byla: *„Mydriatik je celá řada, ale nejpoužívanější jsou tady Mydrum a Neosynephrine, což jsou krátkodobý mydriatika a mydriáza po několika hodinách zmizí.“* Sestra 7 ve své odpovědi uvedla: *„Používá se Mydrum a Neosynephrine, pak jsou ještě další jako je Scopolamin, Atropin a Homatropin, ale to jsou kapky, který udržej mydriázu po delší dobu než Mydrum a Neosynephrine.“*

- Neosynephrine – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Mydrum – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Atropim – S1, S2, S5, S7
- Homatropin – S1, S2, S5, S7
- Scopolamin – S1, S2, S5, S7

4.2.2 Podkategorie – Působení mydriatik a diabetiků

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké vnímají dotazované sestry rozdíly v rozkapávání diabetiků oproti rozkapávání pacientů, kteří cukrovku nemají. Všechny dotazované sestry odpověděly naprosto shodně. Uvedly, že diabetici se rozkapávají velmi špatně a vytvoření mydriázy je vždy časově náročné. Sestra 1 odpověděla: *„Někdy je fakt problém rozkapávat diabetika, protože ty mydriatické kapičky na něj absolutně nefungují a musí se kapat opakovaně a několikrát.“* Sestra 2 řekla, že se diabetici rozkapávají velmi špatně a trvá dlouho, než se zornice roztáhnou. Sestra 3 například uvedla: *„U cukrovkářů jsou ty oční svaly a cévy v nich tak ochablý, že vlastně na mydriatika skoro nereagují a zornice se tím pádem nezvětšuje, anebo se zvětšuje hodně pomalu a špatně.“* Odpověď Sestry 4 byla: *„Diabetici se rozkapávají špatně, trvá to mnohem déle než u zdravého člověka a taky je zapotřebí kapat mydriatika častěji, než u zdravého člověka.“* Sestra 5 řekla, že mydriatika působí stejně, ale jen u diabetiků začátek účinku mydriatik trvá delší dobu. Sestra 8 odpověděla: *„Člověk, kterej nemá cukrovku, je rozkapanej během 15-ti minut, ale diabetik se rozkapává hrozně dlouho a musí se mydriatika nakapat třeba 5x nebo i víckrát, prostě dokud ta mydriáza nevznikne.“* Sestra 9 svoji odpověď formulovala takto: *„To je vždycky konec, když se rozkapává diabetik. Trvá to hrozně dlouho a musí se kapat mockrát za sebou.“* Sestra 10 ve své odpovědi uvedla, že se musí počítat s tím, že mydriáza u diabetika nastane za delší dobu, a proto musí mít sestra časovou rezervu, než půjde diabetik na vyšetření v mydriáze.

- Časová náročnost – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10

4.3 Kategorie 3 „Fluorescenční angiografie a laser“

Kategorie Fluorescenční angiografie a laser byla rozšířena o další tři podkategorie. „Ošetrovatelská péče před fluorescenční angiografií“, „Ošetrovatelská péče po fluorescenční angiografií“ a „Ošetrovatelská péče po laseru“

4.3.1 Podkategorie – Ošetrovatelská péče před fluorescenční angiografií

V této podkategorii byla zjišťována ošetrovatelská péče před fluorescenční angiografií a vše co je podle sester potřeba udělat před samotným vyšetřením. Tři sestry (S4, S6, S9) u tohoto vyšetření nikdy nebyly. Ale všechny měly povědomí, o jaké jde vyšetření a že je to vyšetření s kontrastní látkou. Sestra 4 odpověděla takto: *„Vím, že je to kontrastní vyšetření, takže je potřeba zajistit žilní vstup a rozkapat oči do absolutní mydriázy. Taky je potřeba mít vyplněný a podepsaný informovaný souhlas lékařem i samotným pacientem.“* Sestra 6 uvedla: *„... zhruba tuším, o jaké jde vyšetření. Do žily se aplikuje Fluorescein a pacient musí být rozkapanejší. Doktorka pak dělá na speciálním mikroskopu fotky a sleduje se, kde fluorescein prosakuje do okolí.“* Sestra 9 odpověděla, že ví co je fluorescenční angiografie za vyšetření ale dle jejích slov nikdy nepečovala o pacienty, kteří by toto vyšetření podstupovali. Edukaci ve smyslu, že se pacient poučí o průběhu vyšetření, uvedly 4 sestry (S2, S3, S5, S8). Sestra 2 pacienta ve zkratce poučí, co bude pacienta čekat, podrobněji ho prý poučí lékař. Sestra 3 uvedla: *„Já nemocnému vysvětlím, co mu budu kapat do očí za kapičky a proč, a také proč mu budu zavádět kanylu, kterou následně zavedu.“* Sestra 5 a 8 odpověděla, že se musí pacientovi všechno vysvětlit. Pouze Sestra 1 ve své odpovědi uvedla, že se pacienta před samotným vyšetřením zeptá, zda je na něco alergický. 6 sester (S1, S2, S3, S5, S8, S10) zahrnuje do své odpovědi podání jedné tablety Flonidanu. Sestra 3

řekla: „*Taky se musí dát tableta Flonidanu, kvůli alergii. I když nemocný řekne, že na nic alergický není, vždycky se může něco objevit.*“ Sestra 5 odpověděla, že se Flonidan dává pacientovi kvůli možné alergické reakci na kontrastní látku. Sestra 8 si na název tablety na alergii nemohla sama vzpomenout, ale po ukončení rozhovoru si na něj vzpomněla. Sestra 10 také podá tabletu Flonidanu kvůli případné alergické reakci, ale sama dodává, že alergickou reakci na kontrastní látku u tohoto vyšetření ještě nezažila. Sestra 1 ve své odpovědi také uvedla: „... *v podstatě by měl podepsat informovaný souhlas s vyšetřením, kde podepisuje, že s vyšetřením souhlasí a kde je napsáno vše ohledně tohoto vyšetření...*“ Sestra 3 považuje za základ každého vyšetření podepsání informovaného souhlasu. Sestra 4 odpověděla: „*Taky je potřeba mít vyplněný a podepsaný informovaný souhlas lékařem a samotným pacientem.*“ Podepsaný informovaný souhlas uvedly také další čtyři sestry (S2, S5, S8, S10). Všechny dotazované sestry se shodly, že samotnému vyšetření předchází mydriáza u pacienta a zvedení intravenózní kanyly. Vpravení kontrastní látky do krevního řečiště uvedlo šest sester (S1, S2, S5, S6, S8, S9). Sestra 1 svoji odpověď formulovala: „... *zavedu mu intravenózní kanylu, na které je nasazený dětský set, ve kterém je fyziologický roztok a přes tu hadičku se pak aplikuje stříkačkou Fluorescein.*“

- Edukace – S2, S3, S5, S8
- Dotaz na alergii – S1
- 1 tbl Flonidan – S1, S2, S3, S5, S8, S10
- Informovaný souhlas – S1, S2, S3, S4, S5, S8, S10
- Mydriáza – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Intravenózní kanyla – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Kontrastní látka – S1, S2, S5, S6, S8, S9

4.3.2 Podkategorie – Ošetřovatelská péče po fluorescenční angiografii

V otázce jaká je ošetřovatelská péče po fluorescenční angiografii odpověděly všechny sestry stejně v oblasti extrakce intravenózní kanyly. Sestra 1 odpověděla: „*intravenózní kanyla se pacientovi chvíli nechá, aby se nevytahovala hned...*“ Sestra 3 zbaví pacienta intravenózní kanyly ihned po vyšetření kvůli tomu, aby nemocného neobtěžovala. Sestra 7 ve své odpovědi uvedla: „*Vyndám mu kanylu a místo vpichu zajistím sterilním tamponem a přelepím náplastí.*“ Poučení po vyšetření uvedlo dohromady osm sester, z toho sedm dotazovaných sester (S1, S2, S3, S5, S8, S9, S10) své poučení zaměřilo na žluté zbarvení, které se může objevit a tři sestry se zaměřují také na poučení o mydriáze (S1,S7,S10). Sestra 1 pacienta seznámí s dalším postupem po vyšetření a informuje ho: „*... že bude žlutěj, že bude mít rozostřený vidění.*“ Sestra 2 pacienta poučí o žlutém zbarvení kůže a očí. Sestra 3 odpověděla: „*Taky mu řeknu, aby se nelekl toho, že bude mít žluté zbarvení kůže i moče a vysvětlím mu vše, co se týká vylučování fluoresceinu z těla.*“ Sestra 9 na otázku odpověděla: „*Určitě se musí pacient poučit, co a jak bude následovat a jak se mu bude vylučovat z těla ten fluorescein. To vím, oni mají pak trochu nažloutlou kůži, kvůli tomu, jak se fluorescein dostává do ostatních cév.*“ Sestra 7 vysvětlí pacientovi, proč vidí rozmazaně, ale ujistí ho, že jeho zornice se zase zmenší. Sestra 10 ve své odpovědi uvedla: „*...vysvětlím pacientovi, že může vidět rozmazaně, kvůli mydriáze. Řeknu mu, že bude mít trochu nažloutlou kůži, a aby se neleknul, když zpozoruje, že je jeho moč trochu svítivě žlutá. Vysvětlím mu, že to dělá ta kontrastní látka, která se z těla začne hned vylučovat. No, ale to je jenom na pár hodin.*“ Šest sester (S1, S2, S3, S7, S8, S10) ve svých odpovědích také uvedly, že se pacient posadí po vyšetření zhruba na 30 minut do čekárny. Sestra 1 svoji odpověď rozvedla následovně: „*Pokud je tu nemocný s doprovodem, pak většinou odcházejí hned, pokud se na to sám pacient cítí. Ti nemocní se musejí rozkoukat, protože jsou jednak oslnění tím rozkapáním a ta kamera, jak tam střílí ty obrázky tak to taky bliká a ti pacienti pak vstanou a vidí úplně červeně.*“ Sestra 2 čekání pacienta v čekárně odůvodnila: „*... když by se objevily nějaké komplikacem tak aby byl pod dohledem.*“ Sestra 3 pacienta doprovodí do čekárny, kde čeká, než lékař

napiše zprávu. Tři dotazované sestry (S2, S4, S6) se po vyšetření zaměřují na sledování celkového stavu pacienta.

- Extrakce intravenózní kanyly – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Poučení – S1, S2, S3, S5, S7, S8, S9, S10
 - Žluté zbarvení – S1, S2, S3, S5, S8, S9, S10
 - Mydriáza – S1, S7, S10
- Čekárna 30 minut – S1, S2, S3, S7, S8, S10
- Celkový stav – S2, S4, S6

4.3.3 Podkategorie – Ošetrovatelská péče po laseru

U otázky jaká je ošetrovatelská péče po fotokoagulačním laseru odpověděly všechny sestry téměř shodně. Ošetření nepovažují za zátěžové. Jediná Sestra 3 u tohoto vyšetření nikdy nebyla, ale uvedla, že ví, že se po vyšetření kapou oční kapky s obsahem kortikosteroidů pro zklidnění očí. Sestra 1 a 10 se zmínily o tom, že se pacient po výkonu posadí na chvíli do čekárny. Odpověď Sestry 1 zněla: „*Speciální péče po laseru není nutná, ti pacienti to snáší celkem dobře, ale taky jim říkám, ať se radši na chvíli posadí v čekárně...*“ Sestra 10 uvedla: „*K samotnému zákroku mě doktor vůbec nepotřebuje, pokud pacient spolupracuje. Po laseru si zase lidi sednou na chvíli do čekárny a já jim nakapu kapky na zklidnění oka. Někdy si ztěžujou, že je oči pálí a slzí.*“ Nakapání očních kapek s obsahem kortikosteroidů ve svých odpovědích uvedly všechny dotazované sestry. Sestra 5 ve své odpovědi uvedla: „*Ošetření laserem je nenáročný výkon. Pacienti ho snášejí dobře. Pokud pacient nelítá očima ze strany na stranu a udrží se koukat směrem, který mu řekne lékař, pak laser trvá asi 2 minuty. Někdy je potřeba, abych pacientovy držela hlavu v mikroskopu, protože ji tam někdy sami neudrží. Po laseru se aplikují buď oční kapky, anebo mast a pacient odchází domů.*“ Sestra 1 odpověděla, že lékař někdy chce po sestře nakapat speciální kapky, protože jsou, dle jejích slov po laseru oči začervenalé

a trochu citlivé. Sestra 2 uvedla, že se laserové vyšetření dělá ambulantně a trvá jen pár minut. Sestra 4 ve své odpovědi řekla, že laserové vyšetření je bezbolestné.

- Čekárna – S1, S10
- Kortikosteroidy – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10

4.4 Kategorie 4 „Informovanost sester“

V této kategorii jsme se zaměřili na znalosti sester ohledně nových metod v léčbě diabetické retinopatie a na samovzdělávání sester. Tato kategorie byla rozšířena o podkategorie „Nové metody“ a „Samovzdělávání sester“.

4.4.1 Podkategorie – Nové metody v léčbě DR

V této podkategorii bylo zjišťováno, zda znají dotazované sestry nějaké nové metody v léčbě diabetické retinopatie. Všechny sestry uvedly stejnou odpověď, že žádné novinky neznají. Sestra 1 odpověděla: „*Ani ne. Já znám jen to, co se tady u nás dělá, a to je tamta fotokoagulace a pak chirurgický zákrok pars plana vitrektomie, ale to nebude žádná novinka.*“ Sestra 5 uvedla, že ji nikdy nenapadlo „*pídit se*“ po nových metodách. Odpověď Sestry 8 zněla: „*neznám, tady se nikdy nic nového nezkoušelo a zkoušet ani nebude. A já samotná se o novinky nezajímám.*“

4.4.2 Podkategorie – Samovzdělávání sester

Cílem této otázky bylo zjistit, odkud získávají dotazované sestry informace o problematice diabetické retinopatie. Sestra 1 uvedla, že informace nezískává a dodala: „*Hodně mě naučila ta specializace v Brně a s tím si vystačím. Samozřejmě mi taky doktorka řekne třeba nějaké nové poznatky z těch jejich kongresů, to ano.*“ Sestra 2

odpověděla, že není mnoho času na získávání nových poznatků o diabetické retinopatii, ale přiznala, že občas se na oddělení začne diskuze na určitá onemocnění a lékaři jim pak nějaké novinky říkají. Sestra 3 se účastní spolu s kolegyněmi každý rok oftalmologických konferencí a také dodala, že má předplatné časopisu Lékařské noviny, kde prý bývá také část věnovaná sestrám a informace o diabetické retinopatii v něm občas najde. Sestra 4 navštěvuje také jen některé konference zaměřené na oftalmologii. Sestra 5 na položenou otázku odpověděla, že informace nikde neshání, protože je pro ni nejlepší škola praxe. Sestra 7 odpověděla: *„Těch informací ohledně ošetřovatelství je tolik, že nestíhám problematiku diabetický retinopatie sledovat.“* Sestra 8 uvedla, že pokud ji něco zajímá, ptá se většinou přímo lékařů, kteří ji problematiku objasní. Sestra 9 diskutuje o problematice v oftalmologii se staniční sestrou a s lékaři. Odpověď Sestry 10 zněla: *„Nejčastěji od naší doktorky, protože ta má velký znalosti. Týchle problematice se hodně věnuje a hodně o ní ví.“*

- Postgraduální studium – S1
- Lékař – S1, S2, S8, S9, S10
- Oftalmologické konference – S3, S4
- Časopis Lékařské noviny – S3
- Informace nevyhledávám – S1, S4, S5, S6, S7, S8
- Praxe – S5
- Staniční sestra – S9

5 DISKUZE

Téma této bakalářské práce bylo vybráno po domluvě s vedoucí práce záměrně. Již několik let pracuji na očním lůžkovém oddělení. Obor oftalmologie mě fascinuje a celý obor považuji za takový zázrak. Péče o pacienty s diabetickou retinopatií se ve zdravotnickém zařízení, ve které probíhalo výzkumné šetření, odehrává převážně ve specializovaných vyšetřovnách a protože já pracuji na standardním lůžkovém oddělení, nepřijdu příliš často do kontaktu s pacienty, kteří mají diabetickou retinopatii. O to více pro mě bylo zpracovávání tohoto tématu přínosem.

Na téma diabetická retinopatie bylo vydáno mnoho odborné literatury. Suchá (2014) ve své závěrečné bakalářské práci uvádí velký problém se získáváním literatury k tématu ošetrovatelství v oftalmologii. Přiznávám, že i já jsem měla velký problém při získávání literatury, kde by byla alespoň z části uváděna ošetrovatelská péče u nemocných s diabetickou retinopatií, protože mnoho odborné literatury pro všeobecné sestry na toto téma opravdu neexistuje.

Samotnému výzkumu předcházela příprava polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval otázky pro identifikaci dotazovaných a dalších 12 otázek zaměřených na odborné znalosti sester. Na začátku každého rozhovoru byly zjištěny identifikační údaje všeobecných sester. Tyto identifikační údaje byly: věk, nejvyšší dosažené vzdělání a počet let praxe na očním oddělení. Nejvyšší věk a také nejdélší dobu praxe na očním oddělení uvedla S1. Na otázky odpovídala hned bez rozmyšlení a každou otázku dokázala rozvést do detailů. Všechny sestry absolvovaly střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra. Dvě dotazované sestry S1, S2 uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání specializační studium v Brně v oboru ortoptika a pleoptika. Dobu praxe do deseti let na očním oddělení uvedly čtyři sestry, šest sester uvedlo délku své praxe na očním oddělení vyšší než 15 let.

Na základě získaných dat byly pro zpracování rozhovorů vytvořeny 4 kategorie – Diabetická retinopatie, Mydriatika, Fluorescenční angiografie a laser a poslední kategorie se jmenuje Informovanost sester.

První kategorie „Diabetická retinopatie“ byla rozšířena o dalších pět podkategorií. První podkategorie „Vznik diabetické retinopatie“ byla zaměřena na to, co považují dotazované sestry za hlavní příčinu vzniku DR. Podle Sosny (2011) je hlavní příčina vzniku DR dlouhodobá a opakovaná hyperglykémie, díky které dochází ke změnám ve struktuře a funkci cévní stěny kapilár sítnice. Čtyři dotazované sestry ve své odpovědi uvedly také vysokou glykémii v krvi, šest sester uvedlo za příčinu DR samotné onemocnění DM. Dá se předpokládat, že tím sestry myslely také zvýšenou hladinu cukru v krvi. Pět dotazovaných sester přiřadilo mezi příčiny vzniku DR poškození cév. Sestra 6 odpověděla, že DM nepoškozuje cévy jen na sítnici, ale také v celém těle: *„No, podle mě je to problém celé cukrovky. Cukrovka poškozuje cévy v celém těle, a poškozuje je i v oku.“* Jako další příčiny vzniku DR uvedly tři sestry nedodržení režimu diabetiků s čímž souvisí nedodržování diabetické diety a stejné tři sestry také uvedly, že vinu na vzniku a progresi DR má také fakt, že pacienti s touto nemocí zanedbávají kontroly u oftalmologa. Druhá podkategorie „Rizikové faktory diabetické retinopatie“ byla zaměřena na znalosti sester ohledně těchto rizikových faktorů. Dekompenzovaný diabetes uvedla pouze Sestra 1. Sosna (2009) považuje za rizikový faktor hyperlipoproteinémií, tedy vysokou hladinu tuků v krvi. Vysokou hodnotu cholesterolu ve své odpovědi uvedla pouze Sestra 5: *„Hodně diabetiků nedodržuje diabetickou dietu. Myslí si, že když týden před kontrolou cukr omezí, a následná kontrola glykémie vyjde v pořádku, pak jim nic nehrozí. Další faktor je asi taky kouření, obezita a s tím spojený vysoký cholesterol.“* Sosna také zmiňuje hypertenzi, kterou ve svých odpovědích nezmínila ani jedna sestra. Podle Sosny (2011) má také vliv doba trvání DM. Tento rizikový faktor odpověděly čtyři sestry. Sestra 1 jako další rizikový faktor uvedla genetiku, ale dle Valešové (2002) vliv genetiky na vznik DR dosud nebyl prokázán. Souvislost se vznikem a progresí DR nebyla prokázána ani u obezity, kouření a požívání alkoholu, přičemž tyto rizikové faktory uvedly všechny dotazované sestry. Cílem třetí podkategorie s názvem „Kontroly u očního lékaře“ bylo zjistit, jak často by podle dotazovaných sester měl nemocný s DR navštěvovat očního lékaře při kontrolách. Zákonnou povinnost oční dispenzarizace diabetiků dříve nařizovala Vyhláška 60/1997 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou

se stanovují nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékařem, která byla ale dne 1.1.2008 zrušena. Podle mého názoru stanovoval zákon interval očních prohlídek zcela nelogicky. V zákoně bylo uvedeno: diabetická retinopatie 1x za 3 měsíce, prostá forma 1x za 12 měsíců, závažné formy 1x za 3-6 měsíců. Podle tohoto měli být všichni nemocní s DR kontrolováni 1x za 3 měsíce a pak je asi zbytečné dále řešit, zda se u nemocného jedná o prostou formu či závažnou formu diabetické retinopatie. Oproti tomu Švancarová (2012) ve své publikaci uvádí, že by měl každý diabetik navštívit oftalmologa vždy při zjištění DM a po té minimálně 1x za rok. Z výzkumného šetření na otázku četností kontrol u oftalmologa odpověděla pouze Sestra 1 frekvenci 2x za rok. Ostatních devět sester odpovědělo 1x za rok. Sestra 6 také uvedla, že navštívit oftalmologa by nemocný měl pokaždé, pokud zaregistruje zhoršení ve svém zraku: „*Myslím, že chodí 1x za rok, ale pokud se objeví nějaký zhoršení určité mají přijít k očnímu hned.*“ Sestra 10 také řekla, že sama neví, jak často by měli nemocní chodit na kontroly k očnímu lékaři, ale uvedla, že na jejich pracoviště chodí zpravidla 1x za rok.

Při psaní bakalářské práce jsem požádala o konzultaci MUDr. Landovou, která se specializuje na sítnicová onemocnění oka. Na problematiku četností očních kontrol diabetiků mi odpověděla následovně: „*Záleží na tom, jestli mají, anebo nemají projevy té cukrovky na očním pozadí. Pokud mají diagnózu cukrovky, tak by mělo být vyšetřeno oční pozadí při diagnostice DM, protože mnoho pacientů, kteří mají diagnostikovaný diabetes, s ním už dlouho běhají bez léčby. Pokud se zjistí, že mají diabetickou retinopatii nově, tak se zvou třeba už za půl roku, anebo když progreduje to onemocnění, když mají špatnou kompenzaci toho diabetu, nespolupracují s diabetologem, tak si je zveme třeba po tom půlroce. A když mají už diabetickou retinopatii, že zvažujeme laser, anebo když už je centrum vidění ohrožený, tak si je pozvu na kontrolu třeba za 2 nebo 3 měsíce. Takže záleží na tom, pokud tam mají nějaké změny, tak se zvou častěji, klidně za 2 nebo 3 měsíce, čtvrt roku, nebo za půl roku, ale ti co na očním pozadí nemají nic, se zvou nebo by se měli zvat 1x za rok. Měli*

by je posílat diabetologové, a vyžadovat od nich ty výsledky vyšetření, což se bohužel ne vždycky děje.“ Celý přepis rozhovoru s lékařkou přikládám v Příloze 11.

Čtvrtá podkategorie „Příznaky diabetické retinopatie“ se zaměřovala na názor sester, ohledně příznaků, se kterými podle nich nemocní s DR přicházejí nejčastěji na vyšetření k oftalmologovi. Rybka (2006) uvádí, že postižení očního pozadí probíhá u diabetiků nepozorovaně. Pacienti vnímají zhoršené vidění až při závažném nález na očním pozadí. Všechny dotazované sestry na otázku odpověděly, že to jsou různé formy poruchy zraku. Rybka (2006) také uvádí, že pocit rozmazaného vidění přetrvává někdy 2-3 týdny u nově zjištěných diabetiků, kteří měli původně vysoké glykémie. Sestra 2 uvedla: *„Pacienti chodí s různými formami poruch vidění a my je tu pak vyšetřujeme a zjišťujeme příčinu. Opakovaně se už stalo, že pacienti už měli nález na očním pozadí, ale vůbec nevěděli, že mají cukrovku.*“ Fenomény, jako je padání sazí a blesky před očima uvedly 3 sestry. Haemophtalmus, což je nahromaděná krev ve sklivci, uvedla pouze Sestra 1. Pátá podkategorie s názvem „Vyšetřovací metody u diabetické retinopatie“ měla za úkol zmapovat, jaké vyšetřovací metody se nejčastěji provádějí při diagnostice a léčbě DR. Všech deset dotazovaných sester odpovědělo klasické vyšetření zrakové ostrosti do dálky a do blízka. Jančárová (2004) uvádí postup při vyšetřování zrakové ostrosti. Všechny sestry znají postup při vyšetřování zrakové ostrosti na optotypech a znají také Jägerovy tabulky. Vědí také, že pro toto vyšetření je potřeba zkoušet vždy jen jedno oko a druhé oko mít zakryté. Perušicová (2003) považuje za další diagnostickou metodu měření nitroočního tlaku u nemocného s DR. Tuto činnost uvedla pouze Sestra 3. Švancarová (2012) uvádí ve své publikaci jako další diagnostickou metodu fluorescenční angiografii a nejnovější neinvazivní bezkontaktní metodu OCT. Při výzkumném šetření uvedly fluorescenční angiografii téměř všechny sestry, kromě Sestry 3. Stejně sestry, tedy kromě Sestry 3 také uváděly laserovou fotokoagulaci, která je ale spíše řazena do léčby DR, než do diagnostiky. Některé dotazované sestry uvedly vyšetření v mydriáze, kterému také předchází vyšetření zorného pole nemocného. Podle mého názoru jsou tyto dvě metody základem každého očního vyšetření, které by se mělo provádět u všech nemocných, kteří mají problém se zrakem. Sama díky své praxi na očním oddělení vím, že příčin, kvůli kterým

může člověk vnímat zhoršené vidění je mnoho a vyšetření v mydriáze a vyšetření zorného pole, dokáže velmi dobře zúžit možné příčiny této poruchy vidění. Chirurgický zákrok, jako poslední řešení v léčbě diabetické retinopatie uvedlo devět dotazovaných sester také kromě Sestry 3.

Druhá kategorie s názvem „Mydriatika“, měla za cíl zmapovat povědomí sester o působení mydriatik u nemocných s DM. První podkategorie zjišťovala, jaká mydriatika dotazované sestry znají a používají. V této otázce se jasným favoritem stala krátkodobá mydriatika Mydrum a Neosynephine. Tuto odpověď uvedlo všech deset dotazovaných sester. Z těchto deseti sester uvedly ještě 4 sestry tzv. dlouhodobá mydriatika, kterými jsou Atropin, Homatropin a Scopolamin. Druhá podkategorie se již zaměřila na to, jaké vnímají sestry rozdíly v rozkapávání diabetiků oproti pacientům, kteří DM nemají. Jednoznačně se všechny sestry shodly, že největší rozdíl je v časové náročnosti. Všechny uváděly časovou prodlevu v projevu účinku mydriatických kapek u diabetiků. Také podle Vižďové (2004) se mydriáza u diabetiků navozuje obtížně a proto musí sestra pacienty nabádat k trpělivosti. Sestra 10 odpověděla: *„Cukrovkáři se rozkapávají hrozně pomalu, takže s tím se musí počítat a musíme mít časovou rezervu, pokud mají jít na vyšetření v mydriáze.“*

Třetí kategorie „Fluorescenční angiografie a laser“ byla rozšířena o další tři podkategorie. První podkategorie byla zaměřena na ošetrovatelskou péči před fluorescenční angiografií. Brimová (2013) zmiňuje důležitost edukace, sepsání informovaného souhlasu, podání antihistaminik, rozkapání pacientů a zavedení intravenózní kanyly. Tři dotazované sestry u tohoto vyšetření nikdy nebyly. I přesto ale tyto tři sestry věděly spolu s ostatními dotazovanými, že je před vyšetřením potřeba pacienta rozkapat mydriatickými kapkami a zavést intravenózní kanylu. Jediná Sestra 1 se před samotným vyšetřením zeptá pacienta, zda je na něco alergický, nicméně šest dotazovaných sester podá před vyšetřením pacientovi 1 tabletu antihistaminika Flonidanu. Zajištění podepsaného informovaného souhlasu uvedlo sedm dotazovaných sester. Druhá podkategorie se zaměřovala na ošetrovatelskou péči po fluorescenční angiografii. Všechny sestry nezapomněly uvést ve svých odpovědích potřebu vyndat po skončení fluorescenční angiografie intravenózní kanylu. Sestra 1 kanylu nevytahuje

hned po vyšetření, naopak Sestra 3 uvedla: „*Ještě když sedí nemocný na vyšetřovně, tak mu vyndám kanylu, aby ho neobtěžovala a doprovodím ho do čekárny*“. Sosna (2016) upozorňuje na možnou anafylaktickou reakci po podání fluoresceinového barviva do krevního řečiště a dodává: „*Pokud se dostaví svědění a vyrážky, musíme být opatrní, neboť se může jednat o prodrom anafylaktického šoku. Kanylu proto nikdy nerušíme předčasně. Nejlépe je ji nechat až 20 minut po aplikaci kontrastní látky*“ (Sosna, 2016, s. 80). Brímová (2013) opět klade důraz na poučení pacienta a kontrolu celkového stavu. V tomto případě kromě Sestry 4 poučení pacienta po vyšetření uvedly všechny sestry. Sedm sester zaměřuje informace k pacientovi o žlutém zabarvení kůže a moče a tři sestry vysvětlí pacientovi důvod dočasného rozmazaného vidění v souvislosti s mydriázou očí. Sledování celkového stavu uvedly jen tři sestry, ale jsem přesvědčena, že pacienta po vyšetření sledují všechny sestry. Sestra 1 odpověděla, pokud je pacient s doprovodem a cítí se dobře, může odejít domů ihned. Cílem třetí podkategorie bylo zjistit, jakou provádějí dotazované sestry ošetrovatelskou péči po vyšetření fotokoagulačním laserem. Všechny sestry uvedly, že toto laserové ošetření sítnice není pro pacienta nijak zátěžové. Sestra 5 uvedla, že je někdy potřeba, aby přidržovala hlavu pacienta v potřebné poloze, která je pro toto vyšetření velmi důležitá a pacient by se měl vydržet alespoň chvíli nehýbat. Sestra 1 a Sestra 10 posadí pacienta po laserovém ošetření sítnice na chvíli do čekárny. Nakapání zklidňujících očních kapek do laserovaného oka uvedly všechny dotazované sestry včetně Sestry 3, která u vyšetření nikdy nebyla.

Účelem čtvrté kategorie bylo zmapovat informovanost sester ohledně nových metod v léčbě DR. V první podkategorii „Nové metody v léčbě DR“ odpověděly všechny sestry shodně a to tak, že žádné nové trendy v léčbě DR neznají. Cílem druhé podkategorie „Samovzdělávání sester“ bylo zjistit, odkud dotazované sestry získávají informace o problematice DR. Sestra 5 odpověděla, že nejlepší informace získává v praxi a s tímto názorem musím souhlasit, protože i mě samotná poskytla práce na očním oddělení a pečování o zrakově postižené nejvíce zkušeností a informací.

Opomíjeno je ze stran sester tedy jen zjišťování nových metod a informací o léčbě DR. Otázkou zůstává, proč tomu tak je. Pět z deseti dotazovaných sester uvedlo,

že nové informace z oftalmologie získávají od lékařů a dvě sestry také uvedly, že navštěvují oftalmologické konference. Myslím si tedy, že jsou dostatečně informovány ze stran lékařů a problém bude jinde. Při vyhledávání informací o nových trendech v léčbě diabetické retinopatie jsem totiž zjistila, že žádné nové trendy nejsou, proto je pochopitelné, že sestry žádné novinky neznají.

Podle mého názoru práce sester na očním oddělení nese svá specifika. Z vlastní zkušenosti a praxe vím, že je zde důraz kladen na sestry manuálně i technicky zdatné, protože sestry přicházejí do styku se speciálními diagnostickými přístroji, které musí sestra nejen umět bezchybně ovládat, ale také se o ně musí umět starat. Stejně tak musí sestra umět připravit nemocného na různá vyšetření a vysvětlit mu vše potřebné podle svých kompetencí. Také si myslím, že základem v péči o nemocné s diabetickou retinopatií je edukace, ve které se sestra zaměřuje na téma dodržování diabetického režimu a dokáže nemocného přesvědčit o tom, aby nezanedbával kontroly u očního lékaře. Stejný názor má také Soukupová (2013), která dodává, že jen díky kvalitní edukaci lze předejít pozdním komplikacím diabetu mellitu. Podle mého názoru si diabetik neuvědomuje, že to je právě on sám, kdo ovlivňuje, zda bude jeho kompenzace diabetu mellitu uspokojivá. Je totiž dokázané, že dobrá kompenzace diabetu mellitu spolu s pravidelnými kontrolami u očního lékaře zmenší riziko ztráty zraku o 80-95 %. Z vlastní zkušenosti vím, že další činností sestry je samozřejmě také bezchybné aplikování očních léků do spojivkového vaku nemocného tak, aby se sestra nedotkla lahvičkou oka či řas nemocného a zabránila tak případnému přenosu infekce z jednoho pacienta na druhého. Sestra by měla také znát postupy u diagnostických a léčebných výkonů, jako je vyšetření zrakové ostrosti, příprava nemocného před vyšetřením a po něm. Sestra by měla také zvládat zajistit žilní přístup nemocného před kontrastním vyšetřením FAG. Tuto činnosti ale považuji snad za naprostou samozřejmost v dovednostech sestry. Dále by sestra měla také znát základní možné projevy hypo/hyperglykémie a měla by v takovýchto situacích ovládat první pomoc. V neposlední řadě by sestra měla také znát a ovládat základní pravidla komunikace se zrakově postiženými a chůzi s nimi, protože i zde jsou různá důležitá specifika oproti jiným nemocným, kteří zrakově postižení nejsou.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jaká znají všeobecné sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií? Výsledky kvalitativního šetření byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s deseti všeobecnými sestrami pracujícími na očním oddělení pražské nemocnice. Podkladem k rozhovoru bylo 12 připravených otázek, u některých dotazovaných sester byly ještě otázky rozšiřovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Otázky byly vybrány na základě předem prostudované odborné literatury, která tvoří základ teoretické části bakalářské práce.

Z výsledků výzkumného šetření lze usoudit, že sestry na očním oddělení, kde výzkum probíhal, poskytují pacientům s diagnózou DR kvalitní ošetrovatelskou péči. Znalosti sester ohledně příčin vzniku DR, rizikových faktorů DR a možných příznaků DR jsou dobré. Vyšetřovací metody, které se u pacientů s DR provádějí, sestry znají, protože až na výjimky jsou při nich přímo přítomny.

Stanovený cíl bakalářské práce – Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií - byl zjištěn a na výzkumnou otázku – Jaká znají všeobecné sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů s diabetickou retinopatií? - se podařilo najít odpovědi. Sestry si uvědomují a znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů s DR a jsou schopny tato specifika aplikovat v praxi. Jsou to činnosti, při kterých sestra asistuje lékaři, kdy připravuje nemocného na vyšetření a také ho dostatečně poučí o průběhu tohoto vyšetření. Sestra věnuje svoji pozornost také celkovému stavu pacienta a v případě jakéhokoli zhoršení stavu nemocného musí být sestra vždy připravena zasáhnout a vědět jak nemocnému pomoci.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla přehled o diabetické retinopatii a problematice ošetrovatelské péče o pacienta s diabetickou retinopatií a mohla být použita jako zdroj informací pro sestry, které o pacienty s diabetickou retinopatií pečují.

Praktickým výstupem této práce je návrh na seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s diabetickou retinopatií, který přikládám jako Přílohu 10. Vedoucí zaměstnanci očního oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření, tento návrh semináře uvítali a jsou přesvědčeni, že bude přínosem pro všeobecné sestry pracující nejen na ambulancích očních klinik, ale také pro sestry, které pracují na standardních lůžkových odděleních. Při úspěšné obhajobě této bakalářské práce a po domluvě s vedoucí práce bude také zveřejněna kazuistika na kongresu „Budějovice kazuistické“, který se koná 6.10.2016 v Českých Budějovicích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BESZÉDEŠOVÁ, N., 2007. Screening diabetickej retinopatie. *Interní medicína pro praxi.* , 9(7-8), 345-348. ISSN: 1212-7299.

BEZKONTAKTNÍ TONOMETR. *Julioptika* [online]. 2016 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.julioptika.cz/pages/pristrojove-vybaveni>

BRÍMOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelská péče v oční chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 112 s. ISBN 978-80-7013-552-5.

DU, ZD. et al., 2011. Epidemiological characteristics and risk factors of diabetic retinopathy in type 2 diabetes mellitus in Shandong Peninsula of China. *International Journal of Ophthalmology* [online]. 4(2), 202-206. [cit. 2015-12-22]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3340709/>

HORNOVÁ, J., 2011. *Oční propedeutika*. Praha: Grada. 103 s. ISBN 978-80-247-4087-4.

HUANG, O. et al., 2009. Lack of awareness amongst community patients with diabetes and diabetic retinopathy: the Singapore Malay eye study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* [online]. 38(12), 1048-1055. [cit. 2015-12-22]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052439>

CHLUP, R., 2009. Terapeutická edukace. Racionální přístupy k léčbě osob s diabetem. Terapeutická edukace ve 3. miléniu. Pořadatel R. Chlup. *Interní Medicina*. 11, B6- B9. ISSN: 1212-7299.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS,P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANČÁROVÁ, H., 2004. Vyšetření zrakové ostrosti -visu u dětí. *Pediatric pro praxi*, 5(3), 155-156. ISSN: 1213-0494.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KNÍŽKOVÁ, G., 2014. Edukace diabetiků ve stáří. *Geriatric a gerontologie*. 3(1), 44-45. ISSN: 1805-4684.

KRISTOVÁ, J., 2009. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-4.

KUBĚNA, T., 2015 Hlavní přístrojové vybavení našeho pracoviště. MUDr. Tomáš Kuběna, oční ordinace. [online]. 2015 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.kubena.cz/text/o-nas/pristrojove-vybaveni.php>

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v bytových zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁLIŠ, V., JAVORKOVÁ, N., 2008. Diabetes mellitus z pohľadu oftalmológa. *Via practica*. 7(8), 319-322. ISSN 1336-4790.

MAŠITOVÁ, K., BENEŠOVÁ, P., 2009. Vyšetřovací metody v oftalmologii. *Sestra*. 19(1), 56-57. ISSN 1210-0404

NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ A., 2005. *Ošetrovatelství IV/2*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-034-2.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80 247-3422-4.

- PERUŠIČOVÁ, J., 2016. *Diabetes mellitus v kostce II*, 2. vydání. Praha: Maxdorf. 155 s. ISBN 978-80-7345-478-4.
- RENCOVÁ, E., 2010. Praktické aspekty postižení očí diabetika. *Medicína pro praxi*. 7(1), 28-31. ISSN: 1214-8687.
- RYBKA, J., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
- RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-802-4716-718.
- ŘEHÁK, J., REHÁK, M., 2011. *Venózní okluze sítnice*. Praha: Grada. 138 s. ISBN 978-80-247-3480-4.
- SOSNA, T., 2009. Diabetická retinopatie. *Medicína pro praxi*. 6(5), 270-275. ISSN: 1214-8687.
- SOSNA, T. et al., 2011. Diabetická retinopatie a ostatní oční komplikace diabetu. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. 13(4), 407-413. ISSN: 1212-4184
- SOSNA, T., 2016. *Diabetická retinopatie*. Praha: AXONITE CZ, 2. přepracované vydání. 280 s. ISBN 978-80-88046-05-9
- SOUKUPOVÁ, R., 2013. Význam edukace u pacientů s diabetem. *Florence*. 9(1-2), 19-22. ISSN: 1801-464X
- SUCHÁ, V., 2014. *Oční vyšetření na oddělení z pohledu sestry*. Bakalářská práce. České Budějovice.

ŠKRHA, J., 2009. *Diabetologie*. Praha: Galén. 417 s. ISBN 978-807-2626-076.

ŠVANCAROVÁ, R., SOSNA, T., 2012. Oční komplikace diabetu. *Medicína pro praxi*. 9(3), 127-130. ISSN: 1214-8687.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠTĚRBINOVÁ LAMPA TAKAGI. *Spiritmedical* [online]. 2016 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.spiritmedical.cz/cs/ocni-ambulance/sterbinove-lampy/sterbinova-lampa-takagi.html>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Uzis* [online]. 2015 [cit. 2015-12-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2013>

VALEŠOVÁ, L., HYCL, J., 2002. *Diabetická retinopatie*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-230-3

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

VIŽĐOVÁ, D., KOLÁŘ, P., 2004. Péče o pacienty s diabetickou retinopatií. *Sestra*, 14(12), 15. ISSN: 1210-0404

VLHOVÁ, Hana., 2013. Edukace diabetiků. *Florence*. 9(1-3), 13-15. ISSN: 1801-464X

Vyhláška č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, 1997. In: Sbíрка zákonů ČR [online], částka 20. [cit. 2016-03-21] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-60>

WATKINSON, S., SEEWOODHARY, R., 2008. Ocular Complications Associated with Diabetes Mellitus. *Nursing Standard* [online]. 22(27), 51-7. [cit. 2015-12-28].

Dostupné z:

<http://search.proquest.com/nursing/docview/219838427/13BAEF6C86C3B4FE225/2?accountid=16730/>

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Optotypy

Příloha 2 – Jägerova tabulka

Příloha 3 – Bezkontaktní tonometr

Příloha 4 – Štěrbínová lampa

Příloha 5 – Laserový fotokoagulátor

Příloha 6 – Amslerovy mřížky

Příloha 7 – Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 8 – Rozhovory se sestrami (příloha na kompaktním disku)

Příloha 9 – Ukázka zpracování rozhovorů

Příloha 10 – Návrh na mezioborový seminář

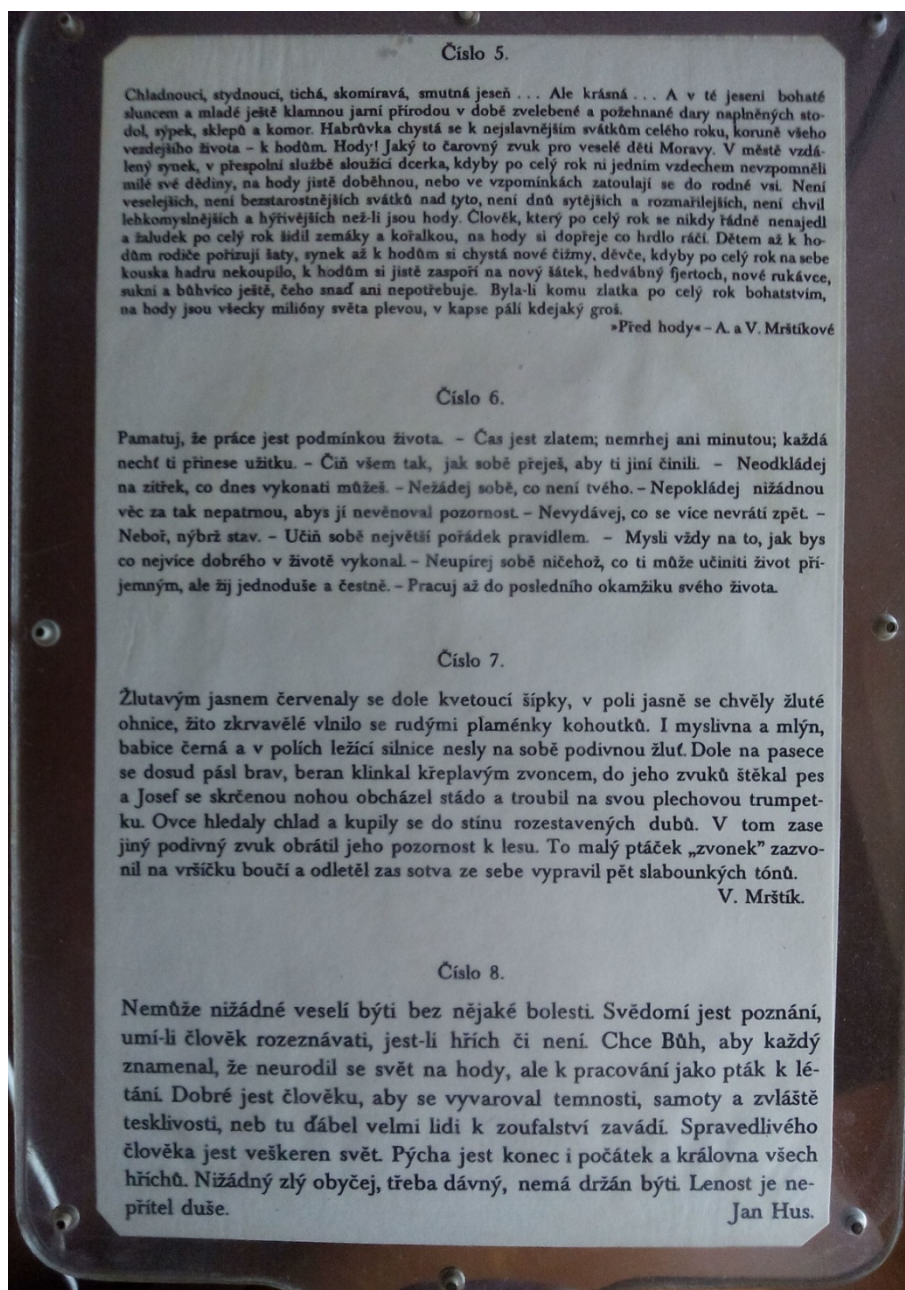
Příloha 11 – Rozhovor s lékařkou (příloha na kompaktním disku)

Příloha 1 – Optotypy



Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Jägerova tabulka



Zdroj: vlastní

Příloha 3 – **Bezkontaktní tonometr**



Zdroj: www.julioptika.cz

Příloha 4 – Štěrbínová lampa



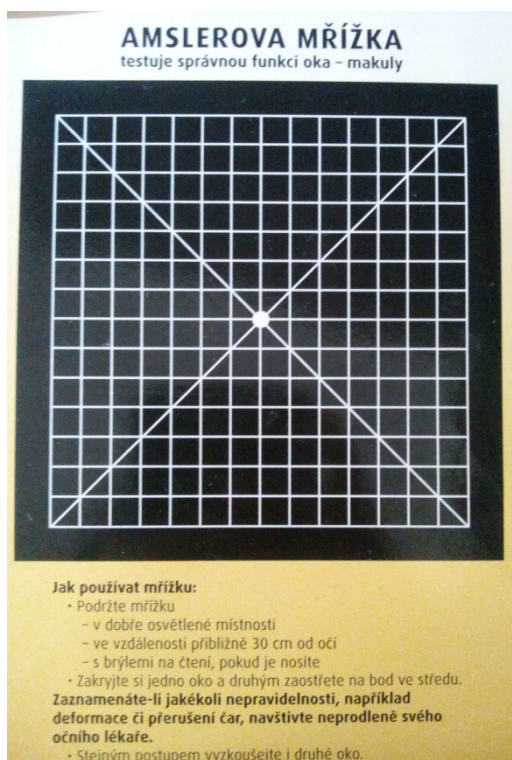
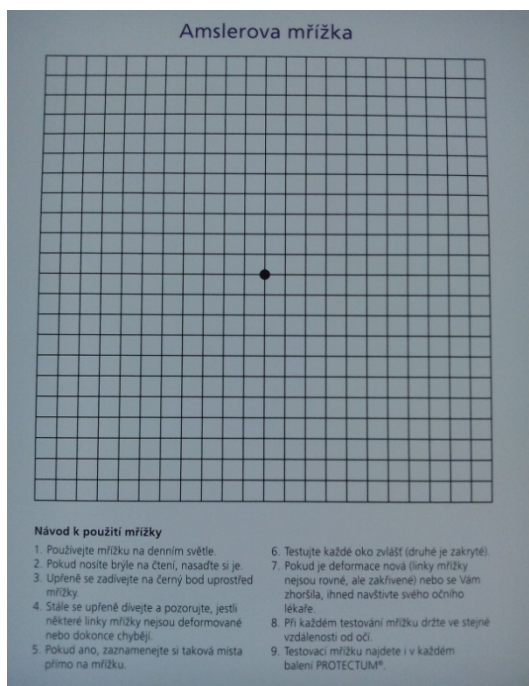
Zdroj: www.spiritmedical.cz

Příloha 5 – Laserový fotokoagulátor



Zdroj: www.kubena.cz

Příloha 6 – Amslerovy mřížky



Zdroj: vlastní

Příloha 7 – Seznam otázek k rozhovoru

Identifikační údaje:

- Kolik je vám let?
- Kolik let pracujete jako všeobecná sestra?
- Kolik let pracujete na očním oddělení?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Jaká je podle vás příčina vzniku DR?
2. S jakými rizikovými faktory se nejčastěji setkáváte u nemocných s DR?
3. S jakými příznaky chodí nemocní s DR nejčastěji k očnímu lékaři?
4. Jak často chodí nemocní s DR na kontroly k očnímu lékaři?
5. Jaké jsou nejčastější vyšetřovací metody na vašem oddělení u nemocných s DR?
 - Vyšetřujete také ostrost do dálky a do blízka?
6. Jaká mydriatika používáte na vašem oddělení?
7. Jak působí mydriatika u diabetiků v porovnání se zdravým člověkem?
8. Jaká je ošetrovatelská péče o pacienta před vyšetřením FAG?
9. Jaká je ošetrovatelská péče o pacienta po vyšetření FAG?
10. Ošetřuje se na vašem oddělení DR laserem? Jaká je ošetrovatelská péče po tomto zákroku?
11. Znáte nějaké nové metody v léčbě DR?
12. Odkud získáváte informace o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s DR?

Zdroj: vlastní

Příloha 9 – Ukázka zpracování rozhovorů

Sestra 1 (S1)

- 1. Věk, praxe na očním oddělení, doba praxe celkem, nejvyšší dosažené vzdělání v oboru**

62 let, 25 let praxe, SZŠ + oftalmologická specializace v Brně

KAT ①

- 2. Jaká je podle Vás příčina vzniku Diabetické retinopatie?**

PODKATEGORIE ①

„Tak určitě příčina Diabetické retinopatie je cukrovka, tedy dekompenzovaná cukrovka. Pacient nedrží dietu, nestará se o kontrolní vyšetření, to znamená, že cukr dělá nepořádek v celém organismu, Cukr ničí cévy v celém těle a to se odráží i na očním pozadí. Protože molekula cukru, když je jich tam víc zeslabuje cévní stěny, které pak nemusí být celistvé a filtrují okolo a dělají tam problémy.“

KAT ①

- 3. S jakými rizikovými faktory se nejčastěji setkáváte u nemocných s diabetickou retinopatií?**

PODKATEGORIE ②

„Tak jak už jsem řekla je to dekompenzovaný diabetes, takže nedodržování diety, určitě genetika, alkohol, kouření, potom bych řekla obezita.“

KAT ①

- 4. S jakými příznaky chodí nemocní s diabetickou retinopatií nejčastěji k očnímu lékaři?**

PODKATEGORIE ④

„No ty lidi začnou blbě vidět. Vlastně jak ty cévy na očním pozadí propouštěj, tak se tam tvořej různé tromby a jsou nepropustný. Nám to říkal profesor takhle, když není sítnice dostatečně prokrvovaná, nemá dostatek kyslíku pak vysílá jakýsi impulsy do mozku, že potřebuje kyslík, a ten mozek aby ji zachránil tamzačne tvořit nové cévy, který jsou ale naprosto nefunkční a špatný. Ty novotvořené cévy můžou udělat i takovou tvrdou krustu, a tahem zvednou sítnici. Takže lidi chodějí nejčastěji s tím, že se tam udělá trhlina a začne to krváčet do sklivce. Pak ten nemocný vidí ty specifický obrazy jako je padání sazí, protože ta krev se tam přelejvá v tom optickým médiu kterým je sklivec. Pokud ale nemocný chodí pravidelně na oční kontroly, pak se to sleduje a ten doktor vidí jak to tam vypadá. Ale když se na to nemocný vykašle pak k nám chodí už s finálním stádiem a přicházejí s haemophthalmem. (pozn. krev nahromaděná ve sklivci). Nemocní můžou mít asi i blesky, protože když je nadzvedlá sítnice tak tam tyhle vjemy můžou bejt a taky teda to padání sazí.“

LATO 5. Jak často chodí nemocní s diabetickou retinopatií na kontroly k očnímu lékaři? PODĚKATESDZIE 3

„Chodějí podle toho, jak je pošle internista a diabetolog, možná že u nich to stačí jednou za rok, pokud nejsou problémy. Pokud jsou problémy a jsou sledovaní, tak k nám chodí minimálně 2x za rok.“

LATO 6. Jaké jsou nejčastější vyšetřovací metody na vašem oddělení u nemocných s diabetickou retinopatií? PODĚKATESDZIE 5

„Tak především teda doktoři chtějí rozkápnout oči a v mydriáze udělat pořádně vyšetření očního pozadí Goldmannem, aby to bylo opravdu úplně i do těch postranních partií očního pozadí. Pokud tam lékař uvidí už nějaký exsudáty díky těm nefunkčním cévám, tak většinou chtějí ti doktoři angiografii aby se přesně zjistilo jaká céva propouští. Následně potom se rozhodne zda tam ještě pomůže laserová koagulace. Laserou koagulací se to většinou léčí. A když laserová koagulace nepomůže, když je ta trhlina velká, a ten tah téma cévama je tak velkej, že utrhne sítnici úplně, tak se potom dělá tzv. pars plana vitrektomie, kde se vypustí sklivce a místo toho sklivce se natlačí vzduch nebo silikonovej olej, a tím tlakem by si ta sítnice měla lehnout zase zpátky. To je to poslední co se dá dělat, ale musím říct, že jsou po tomhle fakt dobrý výsledky. Těm lidem to pomůže, i kdyby měli jen orientaci, že by nebyli úplně slepí.“

Vyšetřujete zrakovou ostrost do dálky?

„do dálky se vyšetřuje optotypama, to snad známe všechny, ne?“

Vyšetřujete zrakovou ostrost do blízka?

„Jo, Jägerovy tabulky. Taky vyšetřujeme zorné pole peritestem, nebo kinetickým perimetrem, pak taky dostávají lidi domu Amslerovu mřížku, to většinou u věkem podmíněných degenerací, kdy ty lidi mají v podstatě taky problémy s viděním ale ten problém je v makule, protože makula je takovej dólíček ve kterým je nejvíc těch očních tělísek.“

LAT. ②

7. **Jaká mydriatika používáte na vašem oddělení?**

PODKATEGORIE ①

„Takže to je Neosynephrine, Mydrum, pak je tam i Atropim a Homatropin a Scopolamin, což jsou ale dlouhodobé mydriatika, protože ta mydriáza pak člověku vydrží na oku dýl než po Mydru a Neosynephrinu.“

LAT. ②

8. **Jak působí mydriatika u diabetiků v porovnání se zdravým člověkem?**

PODKATEGORIE ②

„No někdy je fakt problém rozkapávat diabetika, protože ty mydriatické kapičky na něj absolutně nefungují a musí se kapat opakovaně a několikrát. To se někdy lidi rozkapávají třeba i hodinu nebo hodinu a půl. Zdravého člověka máte většinou rozkapányho během čtvrt hodiny.“

LAT. ③

9. **Jaká je péče o pacienta před vyšetřením FAG?**

PODKATEGORIE ①

„U pacienta se zavede dekurz, zeptáme se ho jestli je na něco alergický, dávají se preventivně i když není alergický, kdyby náhodou byla akutní alergie na něco z té kontrastní látky, tak se dává tabletový Flonidan, který nemá hypnotické účinky jako Dithiaden, zeptáme se pacienta jestli už někdy na vyšetření FAG byl, v podstatě by měl podepsat informovaný souhlas s vyšetřením, kde podepisuje že s vyšetřením souhlasí a kde je napsáno vše ohledně toho vyšetření a lékař by mu měl vše vysvětlit. Já pak jako sestra pacienta rozkapu mydriatikama a zavedu mu intravenózní kanylu, na které je nasazený dětský set, ve kterém je fyziologický roztok a přes tu hadičku se pak aplikuje stříkačkou 10 ml fluoresceinu.“

LAT. ③

10. **Jaká je péče o pacienta po vyšetření FAG?**

PODKATEGORIE ②

„Pacienta seznámíme s tím co bude následovat po vyšetření, že bude lehce žlutý, že bude mít rozostřené vidění, intravenózní kanyla se pacientovy chvíli nechává, aby se nevytáhla hned. Většinou ti nemocní tu čekají asi 30 minut po vyšetření, aby nebyly náhodou nějaké komplikace. Pokud je tu nemocný s doprovodem, pak většinou odcházejí hned, pokud se na to sám pacient cítí. Ti nemocní se musejí rozkoukat, protože jsou jednak oslnění tím rozkapáním a ta kamera, jak tam střílí ty obrázky tak to taky bliká a ti pacienti pak vstanou a vidí úplně červeně.“

LAT. ③ 11. Ošetřuje se na vašem oddělení diabetická retinopatie laserem? Jaká je péče o pacienta po tomto zákroku? **PODKATEGORIE ③**

„Ano, laserem tady ošetřujeme jeden den v týdnu. Nějaká speciální péče po laseru není nutná, ti pacienti to snášejí celkem dobře, ale taky jim říkám, ať se radši na chvíli posadí v čekárně. Někdy chce lékař po tomhle vyšetření aplikovat speciální kapky s obsahem kortikosteroidu, to je buď Flucon a nebo Flarex. Ty oči můžou být po laseru začervenalé a trochu citlivé.“

LAT. ④ 12. Znáte nějaké nové metody v léčbě diabetické retinopatie? **PODKATEGORIE ①**

„Ani ne. Já znám jen to, co se tady u nás dělá a to je tamta fotokoagulace a pak chirurgický zákrok pars plana vitrektomií, ale to nebude asi žádná novinka.“

LAT. ④ 13. Odkud získáváte informace o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s diabetickou retinopatií? **PODKATEGORIE ②**

„Já ve svém věku už moc informace nezískávám. Hodně mě naučila ta specializace v Brně a s tím si vystačím. Samozřejmě mi taky doktorka řekne třeba nějaké nové poznatky z těch jejich kongresů, to ano.“

DIABETICKÁ RETINOPATIE Z POHLEDU SESTRY

(Seminář zaměřený na problematiku a specifika ošetrovatelské péče u pacientů s dg. diabetická retinopatie)

Obsah:

- Charakteristika diabetické retinopatie
(příčiny vzniku, rizikové faktory, diagnostika, terapie)
- Edukace nemocného jako součást prevence
- Specifika chůze se zrakově postiženým
- Specifika komunikace se zrakově postiženým
- Role sestry při diagnostice a léčbě diabetické retinopatie
- Kazuistika pacienta s dg. diabetická retinopatie

Posláním semináře je komplexní pohled na problematiku při ošetrování pacientů s dg. diabetická retinopatie.

Seminář je určený zejména pro všeobecné sestry pracující na očních odděleních a ambulancích, které mohou přispět k prevenci progresu diabetické retinopatie.

V závěru semináře je zveřejněna krátká kazuistika pacienta s dg. diabetická retinopatie sledovaným několik let na oční ambulanci.