

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Simona Váňová

**Ošetřovatelská péče o pacienta s diagnózou
odchlípení sítnice**

Nursing care of a patient with retinal detachment

Bakalářská práce

Praha, červen 2011

Autorka práce: Simona Váňová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucí práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF

Odborný konzultant: mjr.MUDr. Libor Hejsek

Předpokládaný termín obhajoby: září 2011

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 30.6.2011

.....

Ráda bych poděkovala všem, kteří svými připomínkami a zkušenostmi přispěli k napsání mé bakalářské práce; zejména PhDr. Marii Zvoníčkové za vstřícné vedení a trpělivost a MUDr. Liboru Hejskovi za laskavost a příjemnou spolupráci po dobu působení v ÚVN.

OBSAH

Úvod	7
------------	---

KLINICKÁ ČÁST

1. Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí	9
1.1 Anatomie zrakového ústrojí	9
1.2 Fyziologie zraku	13
2. Odchlípení sítnice	14
2.1 Patogeneze odchlípení sítnice	15
2.2 Rizikové faktory pro vznik odchlípení sítnice	16
2.3 Příznaky odchlípení sítnice	17
2.4 Vyšetřovací metody	18
2.5 Léčba odchlípení sítnice	22
2.6 Pooperační péče	25
2.7 Pooperační komplikace	25
2.8 Prevence odchlípení sítnice	26
3. Průběh hospitalizace	27
3.1 Údaje z lékařské anamnézy	27
3.2 Průběh hospitalizace před operací	29
3.3 Průběh hospitalizace v operační den	30
3.4 Průběh hospitalizace po operaci	32

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4. Ošetřovatelský proces	35
4.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu	35
4.2 Fáze ošetřovatelského procesu	36
4.3 Model funkčních typů zdraví Marjory Gordonové	37
4.4 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové	38
4.5 Krátkodobý plán ošetřovatelské péče	45
4.6 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče	59

5. Psychologická problematika	61
5.1 Psychologické hodnocení pacienta	63
6. Edukace pacienta	65
Závěr	70
Přehled použitých zdrojů	71
Seznam příloh	73

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou odchlípení sítnice. Jedná se o jeden z akutních stavů v očním lékařství, který ohrožuje zrak pacienta a který je třeba včas řešit operací. Dochází totiž k odlučování smyslového epitelu (nikoliv tedy celé sítnice, jak naznačuje název) od epitelu pigmentového, což vede k rychlému poškození fotoreceptorů.

Cílem této bakalářské práce je vytvoření přehledného teoretického podkladu pro ty, kteří se o odchlípení sítnice a možnostech současné léčby tohoto onemocnění chtějí dozvědět více. V ošetrovatelské části je mým cílem zpracování kazuistiky, ve které formou ošetrovatelského procesu zachytím komplexní péči o pacienta, který právě podstoupil operační léčbu.

V klinické části stručně popisuji anatomii oka a fyziologii zraku a zabývám se odchlípením sítnice – jeho charakteristikou, příčinami, příznaky, diagnostickými metodami, léčbou i pooperační péčí, včetně možných komplikací. Dále uvádím případ třiatřicetiletého pacienta, který na oční kliniku původně přišel k plánované transplantaci rohovky, ale při vyšetření zadního segmentu oka mu bylo diagnostikováno odchlípení sítnice. Jedná se o polymorbidního pacienta, kterého závažné oční problémy provází již více než deset let. Situace je výrazně komplikována tím, že jde o jeho jediné, pouze se zbytky zraku, vidoucí oko.

V další části se věnuji ošetrovatelské problematice. Ošetrovatelskou anamnézu jsem získala na základě modelu Marjory Gordonové. Pro vytvoření krátkodobého plánu péče jsem zvolila operační den, kdy pacient podstoupil výkon v celkové anestezii. Následuje psychologická problematika zaměřená na akceptaci těžké zrakové ztráty a jednotlivá edukační témata.

KLINICKÁ ČÁST

„Je zbytečné léčit oko bez hlavy, hlavu bez těla a tělo bez duše.“

Hippokratés

1. Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí

1.1 Anatomie zrakového ústrojí

Zrakové ústrojí se skládá z periferní části, zrakové dráhy a zrakového ústředí. Periferní část je uložena v očnici a tvoří ji oční bulby a jejich přídatné orgány (víčka, spojivka, slzné ústrojí a okohybné svaly), které oko chrání před poškozením a zajišťují správné postavení a pohyb obou očí.

Oční bulbus (*bulbus oculi*)

Oční bulbus (viz příloha č.1) má přibližně kulovitý tvar, jeho předozadní průměr je v dospělosti 24 mm. Na bulbu se rozlišuje přední a zadní pól, ekvátor (pomyslná linie na největším obvodu oka, jejíž rovina prochází středem oka a dělí je na přední a zadní polovinu) a meridiány, které se označují podle čísel jako na hodinovém ciferníku.

Stěna očního bulbu je složena ze tří rozdílných vrstev:

- zevní vazivové – tvořené bělimou a rohovkou
- střední cévnaté – tvořené cévnatkou, řasnatým tělískem a duhovkou
- vnitřní světločivné – představované sítnicí

Nitrooční prostor tvoří přední a zadní oční komora, které jsou vyplněny komorovou vodou, čočka a sklivec.

Při zadním pólu oka, mírně nasálněji, vystupuje z bulbu oční nerv.

Bělima (*sclera*)

Bělima je bílá a neprůhledná, obsahuje velmi málo cév. Vytváří pevný vazivový obal, do kterého se upínají všechny okohybné svaly – přímé v meridiánech č. 3, 6, 9 a 12 a šikmé za ekvátorem. Tloušťka skléry kolísá od 0,3 do 1mm, nejsilnější je v zadní části bulbu. Zevní plocha bělimy je kryta

spojivkou, která přechází i na vnitřní plochu víček. V místě zvaném limbus přechází bělima v rohovku.

Rohovka (*cornea*)

Rohovka je hladká, lesklá, o průměru asi 11 mm a tloušťce přibližně 1 mm. Nemá cévy a je zcela průhledná. Pro vysoký obsah senzitivních nervových vláken, která nemají myelinové obaly, je nejcitlivější tkáň lidského těla.

Rohovka má pět vrstev. Přední plocha je kryta pětivrstevnatým epitelem, který má značnou regenerační schopnost, zadní plocha endotelem. Vlastní tkáň rohovky - stroma - tvoří asi 9/10 průřezu rohovky. Bowmanova membrána odděluje stroma od epitelu, Descemetova membrána od endotelu.

Za normálního stavu nemá rohovka žádné cévy, je vyživována z cévních pletení kolem jejího okraje, z komorové vody a částečně ze slz.

Vzhledem k optické mohutnosti 43 dioptrií (z celkových 58) je rohovka nejdůležitější složkou optického systému oka.

Cévnatka (*choroidea*)

Choroidea je tenká blanka, která obsahuje velké množství cév. Hlavní funkcí cévnatky je výživa oka, zejména zevních vrstev sítnice. Obsahuje hnědý pigment, který zabraňuje rozptylu světelných paprsků uvnitř oka. Vpředu přechází cévnatka v řasnaté tělísko.¹

Řasnaté tělísko (*corpus ciliare*)

Přední plocha řasnatého tělíska vybíhá v 70 – 80 ciliárních výběžků, které produkují komorovou tekutinu. Dovnitř do oka z něj směřují vlákna závěsného aparátu, na nichž je zavěšena čočka (*lens cristalina*) - bikonvexní tělísko složené z pouzdra, kůry a jádra. Podkladem řasnatého tělíska je hladký sval *musculus ciliaris*, který svými kontraktilními schopnostmi zajišťuje akomodaci.

¹ Autrata, R.; Vančurová, J.: Nauka o zraku, IDV PZ, Brno 2002, s.13-18

Duhovka (*iris*)

Duhovka je pokračováním cévnatky a řasnatého tělíska. Její barva závisí na síle pigmentové vrstvy, na typu a množství pigmentu a na hloubce uložení pigmentových buněk.²

Duhovka má tvar mezikruží. Její vnitřní okraj se označuje jako zornicový, zevní jako kořen duhovky. Uprostřed duhovky je okrouhlý otvor – zornice (*pupilla*), jejíž šířku ovládají dva hladké svaly – radiálně uspořádaný *musculus dilatator pupillae* a cirkulárně uspořádaný *musculus sphincter pupillae*. Při osvětlení se zornice zužuje, v šeru rozšiřuje.³

Kromě optických funkcí (regulace množství procházejícího světla, regulace hloubky ostrosti obrazu, potlačení okrajových lomných vad čočky a rohovky) zornice ovlivňuje cirkulaci komorové tekutiny.⁴

Sítnice (*retina*)

Sítnice je jemná průhledná membrána tvořící světločivnou vrstvu stěny oka. Skládá se z deseti vrstev (viz příloha č.2). S mozkem je spojena zrakovou dráhou. Její zadní optická část (*pars optica*) obsahuje světločivé buňky (tyčinky a čípky), přední slepá část (*pars caeca*) pokrývá vnitřní stranu řasnatého tělesa a zadní plochu duhovky. Obě části jsou od sebe odděleny zubovitou linií (*ora serrata*).

Sítnici lze rozdělit na dvě hlavní vrstvy:

1. Zevní vrstva jednovrstevného pigmentového epitelu (*stratum pigmentosum*) leží na cévnatce. Zajišťuje a kontroluje látkovou výměnu mezi choroideou a zadními vrstvami sítnice, které jsou touto cestou vyživovány.

2. Vnitřní vrstva sítnice – neuroretina – obsahuje světločivé nervové buňky a nervová vlákna. Výběžky světločivných buněk – tyčinky a čípky – jsou zanořeny do pigmentového epitelu.⁵ Jejich podrážděním začíná proces vidění. Rozložení tyčinek a čípků je nerovnoměrné. Čípků, kterými rozlišujeme barvy a vidíme ostře

² Dylevský, I.: Funkční anatomie, Grada Publishing, Praha 2009, s. 442 - 444

³ Autrata, R.; Vančurová, J.: Nauka o zraku, IDV PZ, Brno 2002, s. 19

⁴ Dylevský, I.: Funkční anatomie, Grada Publishing, Praha 2009, s. 443

⁵ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 137

za denního světla, je asi 7 miliónů. Jsou nakupeny v oblasti zadního pólu oka v místě nejostřejšího vidění – žluté skvrně (*macula lutea*). Od makuly do periferie čípků ubývá. V periférii se nacházejí jen tyčinky, jejichž počet se odhaduje na 130 miliónů a slouží pro černobílé vidění za šera a v noci. Svazky zrakových vláken se spojují v místě terče zrakového nervu (*papilla nervi optici*) a opouští bulbus jako zrakový nerv.⁶

Přídavné orgány oka

Oční víčka (*palpebrae*) chrání oko před nečistotami, oslněním a poraněním. Z okrajů víček vyrůstají řasy (*ciliae*), které zachytávají prach. Při okrajích víček jsou umístěny hlenové a mazové žlázy.

Spojivka (*conjunctiva*) je tenká průhledná sliznice, která pokrývá vnitřní plochu víček a volnými záhyby, tzv. přechodnými řasami (*fornix conjunctivae*) přechází na bělimu a upíná se na limbu rohovky. Prostor mezi přední částí oka a víčky se nazývá spojivkový vak.

Slzný aparát je tvořen slzotvornou a slzovodnou částí. Slzná žláza (*glandula lacrimalis*) uložená v horním zevním okraji očnice produkuje slzy. Ty se pomocí vývodů dostávají do spojivkového vaku a stékají do vnitřního koutku, kde se nachází slzné body, kterými začíná slzovodné ústrojí. Tím jsou slzy odváděny do slzného váčku a do dolního nosního průduchu.

Okohybné svaly umožňují dokonalou souhru pohybů obou očí. Na každém oku jsou čtyři přímé a dva šikmé svaly.⁷

⁶ Autrata, R.; Vančurová, J.: Nauka o zraku, IDV PZ, Brno 2002, s. 21

⁷ Autrata, R.; Vančurová, J.: Nauka o zraku, IDV PZ, Brno 2002, s.24-27

1.2 Fyziologie zraku

Zrak představuje schopnost organismu vnímat světlo v rozsahu 400 až 750 nm vlnové délky elektromagnetického vlnění. Zrakem rozumíme vnímání světla, barev, tvarů, pohybu, rychlosti, zrychlení, kontrastu, hloubky, rozlišovací schopnost a adaptaci.

Rohovka, komorová voda, čočka a sklivec tvoří optické prostředí oka. Tím proniká světlo na sítnici, kde vzniká obraz pozorovaných předmětů. V místě dopadu světla na sítnici dojde k podráždění a vzniklý vzruch je zrakovou dráhou převeden do zrakového centra.

Rozeznáváme dvojí vidění; centrální, kdy paprsky dopadají na žlutou skvrnu, a periferní, kdy paprsky dopadají mimo ni. Pokud dojde k podráždění periferních smyslových buněk, člověk bezděčně pohne očima tak, aby se předmět zobrazil v místě nejostřejšího vidění – žluté skvrně.

Schopnost oka přizpůsobit se různé intenzitě světla se nazývá adaptace. Adaptace na světlo (přechod ze tmy do světla) je rychlá, adaptace na tmu (přechod ze světla do tmy) trvá asi půl hodiny.

Akomodace je schopnost oka vidět předměty ostře na různou vzdálenost. Akomodační oblast je omezena dalekým a blízkým bodem. Dalekým bodem je nejvzdálenější bod, který ještě vidíme, blízkým ten, který vidíme ostře při maximálním akomodačním úsilí.

S akomodací souvisí konvergence a zúžení zornic. Při pohledu na blízký předmět se osy obou očí sbíhají tak, aby v obou očích dopadl paprsek na žlutou skvrnu.⁸

⁸ Autrata, R.; Vančurová, J.: Nauka o zraku, IDV PZ, Brno 2002, s. 32-34

2. Odchlípení sítnice

Odchlípení sítnice (*amotio retinae*) je závažné oční onemocnění, které ohrožuje zrak pacienta. Může vzniknout kdykoliv během života, nejčastěji ale postihuje lidi středního a vyššího věku. U dětí dochází k odchlípení sítnice jen zřídka; může se rozvinout jako důsledek retinopatie u nedonošených novorozenců, při nitroočních tumorech, traumatu nebo krátkozrakosti.⁹

Při amoci (viz příloha č.3) se odlučuje smyslový epitel neuroretiny od pigmentového epitelu, který zůstává fixován k cévnatce. Mezi neuroretinou a pigmentovým epitelem se hromadí subretinální tekutina pocházející buď ze sklivce (jde o zkapalněný sklivec) nebo z cévnatky. Obnovuje se tak prostor mezi zevním a vnitřním listem očního pohárku, který existoval v časném embryonálním období.

Přítomnost tekutiny uvolňuje sítnici do sklivcové dutiny. Zevní světločivná vrstva sítnice je vyživována nepřímo, živiny se k ní dostávají zprostředkovaně z cévnatky, proto její oddělení od ostatních vrstev vede k rychlému poškození fotoreceptorů. Na nedostatečnou výživu je citlivá zejména makula – místo nejostřejšího vidění. Pokud se odchlípení rozšíří do makulární krajiny, je vize pacienta značně zhoršen. Retinální amoce je tedy urgentní stav, zejména je-li zasažena či ohrožena právě makula. Pokud se včas podaří odchlípenou sítnici znovu přiložit, může se funkce fotoreceptorů zcela obnovit. Jestliže však amoce trvá týdny či dokonce měsíce, sítnice atrofuje a porucha vidění je trvalá; stav končí slepotou.

Odchlípení sítnice se dělí do dvou hlavních skupin:

- a) Primární – rhegmatogenní amoce, jejíž příčinou je trhлина či díra v sítnici
- b) Sekundární – nerhegmatogenní, bez trhliny, odchlípení je způsobeno jiným očním onemocněním, například proliferativní diabetickou retinopatií nebo nitroočním nádorem¹⁰

⁹ kolektiv autorů: Sestra a urgentní stavy, Grada Publishing, Praha 2008, s.449

¹⁰ Rozsival, P. et al.: Oční lékařství, Galén, Praha 2006, s. 257

2.1 Patogeneze odchlípení sítnice

2.1.1 Rhegmatogenní odchlípení sítnice

Rhegmatogenní odchlípení sítnice (rhegma = trhlina) vzniká přibližně u 1 z 10 tisíc obyvatel ročně. Postihuje predisponované jedince s degenerativními změnami sítnice, sklivce nebo cévnatky.¹¹

Hlavními faktory uplatňujícími se v patogenezi rhegmatogenního odchlípení sítnice jsou:

- defekty sítnice (díry, trhliny), které umožňují průnik nitrooční tekutiny
- tah degenerovaného a odlučujícího se sklivce
- porušená adheze mezi smyslovým a pigmentovým epitelem sítnice

U defektů sítnice se rozlišují díry a trhliny.¹² Díry jsou okrouhlé, vznikají v místech zeslabení sítnice atrofií a degenerací. Vyskytují se u 5-7% populace. Mají nízké riziko odchlípení sítnice. Trhliny jsou způsobeny trakcí sklivce, riziko amoce je u nich podstatně vyšší. Trhlina, která způsobí odchlípení sítnice, se nazývá primární. Sekundární trhliny vznikají později z jiných příčin.¹³

Přibližně k 15% amocí dochází po přímém úrazu oka (kontuzi či perforujícím poranění), kdy se náhle deformuje bulbus a dochází k odtržení sítnice od *ora serrata*. V místě úderu také může dojít k rozpadu sítnice a to i s odstupem několika měsíců od úrazu.¹⁴

2.1.2 Nerhegmatogenní odchlípení sítnice

Nerhegmatogenní odchlípení sítnice - bez trhliny, vzniká jako následek jiného očního onemocnění. Může být způsobeno buď vitreoretinální trakcí nebo subretinální exsudací.

¹¹ Rozsival, P. et al.: Oční lékařství, Galén, Praha 2006, s. 257

¹² Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 152

¹³ Kuchynka, P.: Oční lékařství, Grada Publishing, Praha 2007, s. 347

¹⁴ Rozsival, P. et al.: Oční lékařství, Galén, Praha 2006, s. 257

a) Trakční odchlípení sítnice

Senzorická část sítnice je volně spojena s pigmentovým epitelem, od kterého může být odloučena trakcí. Trakční pruhy a membrány s následným odchlípením sítnice jsou častou komplikací proliferativní diabetické retinopatie, perforujícího poranění, většího sklivcového krvácení a retinopatie nedonošených.¹⁵ Membrány vyrůstající ze sítnice do sklivce se postupně retrahují, způsobují tah za sítnici, nadzvedávají ji a na konec ji v celém rozsahu odloučí.

b) Exsudativní odchlípení sítnice

Exsudativní odchlípení sítnice vzniká hromaděním exsudátu či transsudátu v subretinálním prostoru. Příčinou bývá nádor cévnatky (nejčastěji maligní melanom), metastáza, uveitida a vzácně také těhotenská retinopatie.¹⁶

2.2 Rizikové faktory pro vznik odchlípení sítnice

- Krátkozrakost (myopie) je nejrozšířenějším rizikovým faktorem. Krátkozrací lidé mají 10x vyšší riziko odchlípení sítnice než ostatní. Riziko stoupá s věkem a výškou myopie.
- Familiární výskyt zvyšuje riziko odchlípení, zejména při myopii. Dědí se dispozice k odchlípení sítnice, ne samotná amoce.
- Odchlípení sítnice druhého oka je obzvláště vysokým rizikem.
- Odstranění čočky (afakie) či přítomnost umělé nitrooční čočky (pseudofakie) bývají provázeny ablací sklivce, opět představují vyšší riziko u krátkozrakých jedinců.
- Abnormální vitreoretinální adheze, které podporují vznik trhlin.¹⁷

¹⁵ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 155

¹⁶ Rozsival, P. et al.: Oční lékařství, Galén, Praha 2006, s. 258

¹⁷ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 153

2.3 Příznaky odchlípení sítnice

Příznaky typické pro prodromální stádium:

- blesky (fotopsie) – signalizují dráždění sítnice sklivcovou trakcí
- vystupňované „poletující mušky“ (*muscae volitantes*)
- tmavé „šmouhy a saze“ před okem

Subjektivní příznaky:

- stín v příslušné části zorného pole – ukazuje na pravděpodobnou lokalizaci trhliny. Postup odchlípení nemocný vnímá jako šířící se stín, závoj či oponu
- metamorfopsie (vnímání zakřiveného obrazu) a snížená zraková ostrost jsou projevem pokročilého onemocnění a odchlípení makuly

Objektivní příznaky:

- zastřený, šedavý reflex od očního pozadí
- odchlípená sítnice je šedavě zkalená, nelze diferencovat kresbu choroidálních cév
- mírně elevovaná sítnice vytváří beránkovité řasy, velké odchlípení zachvívající se až vlající balóny
- sítnicová trhlina či díra se jeví jako červeně prosvětlující ložisko s ostrými okraji
- mnohočetné trhliny a díry různého tvaru a velikosti
- prognosticky nepříznivými symptomy jsou makulární díry u očí s degenerativní myopií, hypotonie oka a ablace cévnatky¹⁸

¹⁸ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 153-154

2.4 Vyšetřovací metody

Pro určení správné diagnózy se kombinují subjektivní i objektivní vyšetřovací metody, základní a doplňující oční vyšetření.

Anamnéza

Při zjišťování anamnézy je vhodné zaměřit se nejdříve na nynější onemocnění. V případě odchlípení sítnice přivádějí nemocného k lékaři světelné fenomény jako blesky, zvýšený výskyt sklivcových zákalů, vnímání zvětšující se clony či zatahující se záclony, které se nejdříve objevuje na periférii a postupuje směrem k centru. Pokud odchlípení postihuje makulu, nemocný ztratí zrakovou ostrost. Dojde-li k totální amoci sítnice, vzniká slepota.

Následuje doplnění rodinné a osobní anamnézy, zejména u chorob s prokázanou dědičností (glaukom, vyšší refrakční vady, amoce) a systémových nemocí (diabetes mellitus, hypertenzní choroba, revmatismus).¹⁹

Vyšetření zrakové ostrosti do dálky

Vyšetření zrakové ostrosti je třeba provést před dalšími vyšetřeními. Pacient totiž ještě není prohlídkou ovlivněn (oslnění, únava očí). Každé oko se vyšetřuje zvlášť.

Zraková ostrost, neboli vízus, je míra rozlišovací schopnosti oka – schopnosti identifikovat dva prostorově oddělené body jako dva (tzv. *minimum separabile*). Z funkčně anatomického hlediska musí dojít k podráždění dvou čípků, které jsou od sebe odděleny dalším čípkem, na který se promítne mezera mezi těmito objekty. Veličina, která toto popisuje, se nazývá minimální úhel rozlišení (MÚR či MAR).

Zraková ostrost se zkouší ze vzdálenosti 5 nebo 6 m nejčastěji na Snellenových optotypech s čísly či písmeny. Pro děti a negramotné se používají

¹⁹ Kvapilíková, K.: Vyšetřování oka, IDV PZ, Brno 1995, s. 23

obrázkové optotypy, Pflügerovy háky (E) nebo Landoltovy prstence (C).

Výsledek zrakové ostrosti se udává zlomkem, v němž číselník znamená vzdálenost, ze které vyšetřovaný četl, a jmenovatel číselníku označující vzdálenost, ze které by daný řádek přečetl zdravý člověk. Normální vize je 5/5 či 6/6, někdy se udává jako podíl, tedy 1,0.

Pokud pacient nevidí ani největší znak, zkouší se čtení prstů na černé podložce, nejprve ze vzdálenosti 1 m a poté i větší. Někdy nemocný rozezná pouze pohyb před okem či světelnou projekci. Pokud nemocný nevnímá ani světlo, jde o úplnou slepotu – amaurózu.²⁰

V poslední době byly vyšetřovací tabule zdokonaleny a sestaveny dle tzv. logaritmu minimálního úhlu rozlišení (logMÚR, ev. LogMAR = Minimal Angle of Resolution). Jako znaky se používají Sloanovy písmenové optotypy nebo Landoltovy prstence. Dva sousední řádky se velikostí liší o 0,1 log jednotek. Na každém řádku je pět písmen, mezera mezi nimi odpovídá tloušťce jednoho písmene a vzdálenost mezi řádky je rovna výšce písma na menším řádku. Každé písmeno má svou matematickou hodnotu 0,02 log jednotek. LogMAR měří ztrátu zrakové ostrosti, proto pozitivní hodnoty znamenají omezení zrakové ostrosti a hodnoty negativní normální či lepší zrakovou ostrost. Tabule logMAR byly původně navrženy pro studii ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study). Jsou daleko přesnější než Snellenovy optotypy a v současnosti získávají stále větší klinickou popularitu.²¹

Variety zápisu zrakové ostrosti jsou uvedeny v příloze č.5.

²⁰ Hejsek, L.: Vyšetřovací metody, přednáška pro bakalářské studium, Praha 2009

²¹ Shaw, M.E.; Lee, A.; Stollery, R.: Ophthalmic Nursing, Wiley-Blackwell, Oxford 2010, str. 29- 31

Tonometrie

Jedná se o měření nitroočního tlaku pomocí přístrojů, které tlakem deformují rohovku.

Bezkontaktní elektrický tonometr (air-puff) se nedotýká oka. Měří oploštění rohovky vyvolané náhlým nárazem vzduchu. Je vhodný ke screeningovým vyšetřením.

Schiötzův impresní tonometr se nasazuje na znecitlivěnou rohovku pacienta. Hodnoty nitroočního tlaku se odečítají v tabulce v mmHg.

V současnosti nejpřesnějším tonometrem je Goldmannův aplanační tonometr. Jde o kuželovité aplanační tělíčko s plochým koncem, připojené ke štěrbinové lampě. Nitrooční tlak se měří po anestezii rohovky a jejím zbarvení fluoresceinem. Přenosný aplanační tonometr (Draegerův, Perkinsův) umožňuje měření i u ležících pacientů.²²

Oftalmoskopie

Oftalmoskopie slouží k vyšetření očního pozadí – sítnice, cévnatky a papily zřetivého nervu. Podrobnější vyšetření se provádí v mydriáze a tmavé místnosti.

Při přímé oftalmoskopii se používá ruční oftalmoskop s vlastním zdrojem světla. Drží se asi 3 cm od vyšetřovaného oka. Obraz je přímý a asi 16x zvětšený.

Nepřímá oftalmoskopie se provádí pomocí nepřímého oftalmoskopu, který má lékař nasazený na hlavě. Vyšetřuje se ze vzdálenosti asi $\frac{3}{4}$ metru za pomoci spojné čočky (+14 až +30D). Obraz je obrácený, prostorový a asi 3x zvětšený. Nepřímá oftalmoskopie umožňuje prohlédnout větší část očního pozadí.

²² Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 29-30

Biomikroskopie

Jedná se o vyšetření štěrbinovou lampou (svazek světelných rovnoběžných paprsků prochází úzkou štěrbinou), která má osvětlovací a zvětšovací část. Štěrbínová lampa slouží k vyšetření předního segmentu (rohovky, duhovky, čočky) a při použití speciálních čoček zadního segmentu oka.

Goldmannova třízrcátková kontaktní čočka je rozptylka o síle -40 dioptrií, přikládá se přímo na rohovku. Umožňuje vyšetřit i oblasti nedostupné pro oftalmoskopii.

Volkova čočka je asférická čočka o síle +90 dioptrií, při vyšetření se drží před okem. Obraz je převrácený a neumožňuje pohled do periferie očního fundu.²³

Ultrazvukové vyšetření

Ultrasonografie (echografie) je důležitou součástí očních vyšetřovacích metod. Umožňuje zjištění změn i v místech, která nelze běžně prohlédnout. Ultrazvukový přístroj musí mít velmi vysokou citlivost, protože rozdíly mezi nitrooční tekutinou, čočkou a sklivcem jsou malé.

V oftalmologii se používají dva ultrazvukové módy:

- A-scan: vyhodnocuje lineární odražený signál v jedné ose, výsledkem je graf, který vypovídá o akustických vlastnostech vyšetřované tkáně
- B-scan: užívá divergentní signál a dává anatomicky názornější představu o nitroočních strukturách

Ultrasonografie je důležitá zejména při diferenciální diagnóze primární amoce, ablace cévnatky, tumoru, luxace čočky či cizích nitroočních tělísek a všude tam, kde není dostatečná transparence optických médií.²⁴

²³ Kolín, J.: Oční lékařství, Karolinum, Praha 2007, s. 13-14

²⁴ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 33

2.5 Léčba odchlípení sítnice

Léčba amoce je výhradně chirurgická. Cílem operace je znovupřiložení odchlípené sítnice či alespoň makuly a uzavření trhliny. Funkční výsledek operace závisí především na včasnosti výkonu a jeho správné volbě.

Možnosti operačního řešení odchlípení sítnice jsou:

- Kryoretinopexe
- Pneumatická retinopexe
- Episklerální plombáž
- Pars plana vitrektomie
- Cerkláž
- Kombinace metod

Kryoretinopexe (kryokoagulace)

Při kryokoagulaci se sítnicové defekty a degenerativní ložiska ošetřují pod zrakovou kontrolou nepřímým binokulárním oftalmoskopem. Koncem kryosondy, která je ochlazená rozpínáním plynu CO₂ nebo N₂O na -70°C, se zatlačí na skléru tak, aby byla sítnice v kontaktu s pigmentovým epitelem a cévnatkou. Kryokoagulace vyvolá aseptický zánět a vytvoří pevnou jizvu, která uzavře trhlinu a zabrání pronikání nitrooční tekutiny pod sítnici.²⁵

Pneumatická retinopexe

Pneumatickou retinopexi je možné využít pouze u trhliny sítnice lokalizované v horních kvadrantech. Do oka se injekčně aplikuje bublina plynu, která svým povrchovým napětím trhlinu uzavírá.

²⁵ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 155

Episklerální plombáž (bukláž)

Episklerální plombáž je založena na principu vpáčení (indentaci) skléry a cévnatky tlakem plomby, což blokuje trhlinu. Velikost, profil a uložení plomby se volí podle počtu, lokalizace a tvaru trhlin sítnice. Vpáčení skléry přesně v místě trhliny je dosaženo přiměřeným dotažením stehů. Plomby jsou vyrobeny ze silikonového kaučuku, mají pěnovou či solidní konzistenci.

Pokud není třeba vstupovat do nitra oka (např. kvůli drenáži subretinální tekutiny či intraokulární injekcí plynu), je episklerální plombáž nejbezpečnější metodou ošetření odchlípení sítnice.²⁶

Pars plana vitrektomie

Pars plana vitrektomie (PPV) je mikrochirurgická operace sklivce a sítnice. Nazývá se podle *pars plana corporis ciliaris*, místa, kterým chirurg vstupuje do oka, aniž by způsobil poškození sítnice.

Pars plana vitrektomie je indikována zejména u:

- obrovských trhlin sítnice
- trhlin zadního pólu oka, které nelze uzavřít zevní cestou
- rhegmatogenních odchlípení komplikovaného sklivcovým krvácením
- trakčních odchlípení sítnice
- hnisavých endoftalmitid
- po perforujících poraněních

V současnosti je pars plana vitrektomie preferovaná u všech typů odchlípení sítnice.

Zavedení pars plana vitrektomie do oční chirurgie umožňuje ošetřit i stavy, které byly do té doby neoperabilní a většinou byly příčinou slepoty. Operace se

²⁶ Kuchynka, P.: Oční lékařství, Grada Publishing, Praha 2007, s. 351-352

provádí pod mikroskopem s pomocí elektronicky řízené mikrochirurgické jednotky.

Podstatou PPV jsou tři sklerotomie – vstupy, jimiž chirurg zavádí infúzi, kterou je do oka přiváděna tekutina nezbytná k udržování konstantního nitroočního tlaku, světlovod a vitrektom (gilotinový nůž) či jiné nástroje. Během operace je sítnice přiložena k cévnatce tekutými perfluorokarby, látkami o vysoké specifické hmotnosti a velmi nízké viskozitě. Po přiložení sítnice se provede endolaserová baráž okrajů trhliny a perfluorokarbon je nahrazen vnitřní tamponádou, která zevnitř přitlačí sítnici k pigmentovému epitelu. K tomu slouží expanzivní plyny, které se spontánně vstřebají (SF_6 – hexafluorosulfid, C_3F_8 – perfluoropropan) či silikonový olej, který je třeba z oka později vypustit.²⁷

Cerkláž

Cerkláž doplňuje pars plana vitrektomii. Pod spojivku a okohybné svaly se 12 mm od limbu našívá silikonový pásek, který navozuje cirkulární indentaci. Tím dojde ke snížení sklivcové trakce a blokování trhlín sítnice.

Cerkláž je indikována při prognosticky nepříznivých odchlípeních sítnice, výrazných sklivcových trakcích, mnohočetných trhlinách a dírách sítnice či při nepřehledných odchlípeních a reoperacích.²⁸

²⁷ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 135-136

²⁸ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s. 156

2.6 Pooperační péče

Po operaci odchlípení sítnice je nutné sledovat nitrooční tlak, stav předního segmentu oka (rohovky, zornice, přední komory) a dbát na dodržování předepsané polohy pacienta, zejména jeho hlavy, aby byla vnitřní tamponáda co nejúčinnější. Pacientovi jsou topicky aplikována antibiotika se steroidy případně antiglaukomatika aj.

Po ukončení hospitalizace ambulantní oftalmolog dále sleduje nitrooční tlak, upravuje terapii, sleduje resorpci plynu a extrahuje spojivkové stehy.

2.7 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace zahrnují bolest a podráždění oka, vzestup nitroočního tlaku, dvojité vidění, krvácení do přední komory, sklivcového prostoru či pod sítnici. Dalšími možnými komplikacemi je nepřiložení sítnice, recidiva odchlípení, nitrooční infekce a slabý návrat vizu.

Při použití silikonového oleje může dojít k jeho emulzifikaci, která si vyžádá jeho předčasnou evakuaci. Dostane-li se olej do přední komory oka, zvyšuje riziko vzniku sekundárního glaukomu.

Komplikace mohou výjimečně způsobit až ztrátu vidění, proto by si pacient měl být vědom, že operace představuje jedinou možnost záchrany zraku nebo alespoň jeho zbytků.²⁹

²⁹ Kuchynka, P.: Oční lékařství, Grada Publishing, Praha 2007, s. 351-352

2.8 Prevence odchlípení sítnice

Cílem prevence je včasné rozpoznání a ošetření všech lézí, které ohrožují oko odchlípením sítnice. Profylakticky se provádí fotokoagulace argonovým laserem, při které musí být všechna optická média oka čirá, a kryokoagulace, kterou lze použít i u částečných zákalů čočky a sklivce a u ložisek v periferii.

Indikací je zejména druhé oko u obrovských trhlin sítnice, jehož riziko postižení je velmi vysoké, dále ložiska s výraznou sklivcovou trakcí a familiární zátěž.

Rizikové vitreoretinální faktory jako střední a těžká myopie či stavy po operaci odchlípení sítnice se řeší nechirurgickými opatřeními. Pacientům se nedoporučuje pracovní a sportovní činnost, která ohrožuje oko přímým úrazem (box, kontaktní sporty, míčové hry, skoky do vody ...). U těhotných žen již nejsou samotné rizikové faktory indikací k císařskému řezu.³⁰

³⁰ Kraus, H.: Kompendium očního lékařství, Grada Publishing, Praha 1997, s.156-157

3. Průběh hospitalizace

V rámci kazuistiky uvádím případ pana P. (*1977), který byl 25.10.2010 přijat na Oční kliniku Ústřední vojenské nemocnice v Praze k plánované keratoplastice (transplantaci rohovky) pravého oka pro neovaskularizace rohovky.

Při vyšetření v arteficiální mydriáze (biomikroskopie a UZ-B scan) mu byla diagnostikována amoce pravého oka - sítnice byla elevována v dolní periferii až po oblast makuly. Pacient byl proto indikován ke kombinované operaci – transplantaci rohovky a pars plana vitrektomii v celkové anestezii.

Vizus pravého oka – jediného vidoucího – byl 1/60, nitrooční tlak měřený kontaktně byl 9 torrů.

Při vizitě byl pacient informován o typu a o průběhu operačního výkonu a seznámen s možnými komplikacemi. Pacient s operací souhlasil, což stvrdil svým podpisem.

3.1 Údaje z lékařské anamnézy

Rodinná anamnéza

- z oftalmologického hlediska bezvýznamná, oba rodiče a bratr žijí

Osobní anamnéza

- atopický exém, astma bronchiale od tří let
- pankreatitida při parotidě v dětství, pravostranná antromastoidektomie
- operace pravostranné tříselné kýly
- v roce 2007 diagnostikována roztroušená skleróza, léčená v Německu

Oční anamnéza

- do 20ti let viděl dobře, brýle nenosil
- úrazy: ve 20ti letech na squashi úraz levého oka – traumatická katarakta
- záněty: uveitidy obou očí, rohovkový vřed levého i pravého oka
- operace: pacient celkem prodělal více než 30 operací obou očí

levé oko: výměna nitrooční čočky pro traumatickou kataraktu, vitrektomie pro amoci, která nebyla dokončena pro profúzní krvácení, paliativní transplantace rohovky pro perforaci rohovkového vředu, je amaurotické

pravé oko: transplantace rohovky, výměna nitrooční čočky, vitrektomie pro amoci, evakuace silikonového oleje

Pracovně-sociální anamnéza

- provozní v hotelu
- žije u rodičů, s partnerkou

Farmakologická anamnéza(charakteristika všech léků je uvedena v příloze č.10)

a) perorálně

- Protectum Ginko Extra 1 tbl. ráno
- Xyzal 5 mg tbl. ráno nalačno při potížích

b) intramuskulárně

- Interferon beta 1 ampule v sobotu, v pondělí a ve středu

c) lokálně do pravého oka

- Solcoseryl gel 3x denně

Alergologická anamnéza

- Alergie na prach, pyl, stafylokoky, streptokoky, Augmentin a Zyrtec

3.2 Průběh hospitalizace před operací

Pan P. absolvoval kromě vyšetření oftalmologem (viz výše):

- přijímací pohovor se sestrou - při kterém byla zjištěna ošetrovatelská anamnéza a založena sesterská dokumentace. Pacient byl seznámen s chodem oddělení, s právy pacientů a s použitím signalizace. Byl informován o důvodech nasazení identifikačního náramku a o možnosti uložení klíčků od skříně a nočního stolku do trezoru oddělení po dobu, kdy bude na operačním sále.
- odběry krve a moče – důležité pro výkon v celkové anestézii: krevní obraz a diferenciál, hemokoagulační vyšetření (INR, APTT), sedimentaci krve, biochemické vyšetření krve a moče. Výsledky s výjimkou ALT a triacylglycerolů, jejichž hodnoty byly zvýšené, v mezích normy.
- EKG, RTG srdce a plic – bez patologického nálezu
- interní konzilium – se závěrem, že je kardiopulmonálně kompenzovaný a schopný podstoupit výkon v celkové anestezii
- anesteziologické konzilium – při kterém byl pacient informován o způsobu a průběhu plánované celkové anestezie a o možných rizicích. Anesteziolog také naordinoval večerní premedikaci a premedikaci před výkonem (viz dále). Poanestetickou péči naplánoval na dospávacím pokoji lůžkového oddělení oční kliniky.
- edukaci sálovou sestrou – o sálovém provozu, o tom co se s ním bude dít od příjezdu na operační sál až do ukončení výkonu a přeložení na dospávací pokoj. Pacient vše již zná z předchozích hospitalizací.

Stálá oční medikace pravého oka byla doplněna o kapky Tobradex 3x denně, večer byl podán podle ordinace anesteziologa Xyzal 5 mg 1tableta.

3.3 Průběh hospitalizace v operační den (2.den hospitalizace)

Pacient byl od půlnoci lačný a nepil. Tělesná teplota, puls krevní i oční tlak byly v normě. Pacient neudával žádné akutní obtíže.

V 7.00, po zavedení periferní žilní kanyly v oblasti zápěstí levé horní končetiny, bylo panu P. přes infúzní pumpu aplikováno podle ordinace anesteziologa 100 ml fyziologického roztoku s 1 ampulí Syntophyllinu a 100 mg Hydrocortisonu.

Pravé oko bylo na výkon připravováno aplikací očních kapek Tobradex po dvou hodinách do operace (v 7.30 a 9.30). Mydriatika, dle přání operátéra, aplikována nebyla.

V 9.45, na výzvu z operačního sálu, byla intramuskulárně podána premedikace (Midazolam 5 mg a Atropin 0,5 mg) a pacient byl převezen na operační sál.

Průběh operačního výkonu:

Po nastřížení spojivky byla v oblasti pars plana zavedena infúze Ringerova roztoku, který v oku v průběhu výkonu udržuje stabilní tlak. Pomocí trepanu operatér odstranil poškozenou rohovku pacienta a po dobu operace zadního segmentu oka ji nahradil keratoprotézou o velikosti 7,25 mm. Dále operace pokračovala vitrektomií - pomocí vitrektomu byl odstraněn silikon (z předchozí operace), lokalizována amoce dolní poloviny sítnice, ve které byly trhliny. Sítnice byla přiložena pomocí dekalínu. Operatér provedl terapeutickou retinektomií, endolaserbaráž ležící sítnice a pod vnitřní kontrolou zevní kryokoagulaci.

Poté lékař keratoprotézu odstranil a nahradil ji terčem dárcovské rohovky. Sklivcový prostor oka vyplnil vnitřní tamponádou – silikonovým olejem. Následovala sutura sklerálních vstupů a spojivky. Operace trvala celkem 2,5 hodiny. Na závěr bylo oko sterilně překryto. Po zotavení z anestezie operatér naordinoval polohování na břiše.

Ve 12.30 byl pacient uložen na dospávací pokoj lůžkového oddělení oční kliniky. Spontánně dýchal, byl při vědomí a klidný. Barva kůže a nehtových lůžek byla normální, sterilní krytí oka neprosakovalo. Pacient byl napojen na pulzní oxymetr a pravidelně po 15ti minutách mu byl měřen krevní tlak a puls.

Ordinace po celkové anestezii:

1. Dokapat infúzi ze sálu – Ringerův roztok 1/1, zbývá 400 ml doplnit 2mi ampulemi Novalginu a nechat kapat rychlostí 200 ml/hodinu
2. Měřit TK, TF, SpO₂ každých 15 minut po dobu 2 hodin
3. Při poklesu SpO₂ pod 95% podat kyslík přes kyslíkovou masku rychlostí 5 litrů/min.

Ve 14.30, po zhodnocení zdravotního stavu lékařkou, byl pan P. přeložen na standardní pokoj.

Péče o pacienta v operační den je podrobně rozpracována v ošetřovatelské části jako krátkodobý plán péče.

3.4 Průběh hospitalizace po operaci

První pooperační den (4.den hospitalizace)

- Ráno odstraněn obvaz operovaného oka, proveden výplach sterilním fyziologickým roztokem a toaleta řas
- Ráno vytažena periferní žilní kanyla, místo jejího zavedení bylo bez známek infekce
- Kontrola vízu pravého oka: pacient rozezná pohyb před okem, určí směr přicházejícího světla
- Nitrooční tlak není možné změřit bezkontaktním tonometrem, je zjišťován lékařem palpačně
- Vyšetření na šterbinové lampě:
 - klidný pooperační nález, rohovkové i spojivkové stehy drží, mateřská rohovka je zašedlá, s drobnými neovaskularizacemi, dárcovský terč je čirý, přední komora mělká, bez silikonového oleje
 - ve sklivcovém prostoru je silikonový olej, sítnice leží
- Medikace (charakteristika léků je uvedena v příloze č.10)
 - perorálně přidány tablety Equoral 100 mg 2x denně
 - lokálně do pravého oka: Maxitrol mast 5x denně, Solcoseryl gel 3x denně a oční kapky Refresh 4x denně
- Naordinovány odběry krve: krevní obraz a mineralogram (Na, K, Cl, Ca), výsledky byly v normě
- Podaná analgetika:
 - ve 13.00 Novalgin 500 mg perorálně 1 tableta
 - ve 20.00 Novalgin 500 mg perorálně 1 tableta
- Ve 21.00 intramuskulárně aplikován Interferon

- Pravé oko bylo na noc sterilně překryto

Další průběh hospitalizace (5. – 18. den)

- 2x denně kontrola nitroočního tlaku, krevního tlaku, pulsu a tělesné teploty
- perorální a lokální medikace stejná jako první pooperační den,
od 2.11. (9.den hospitalizace) pro elevaci nitroočního tlaku lokálně aplikovány oční kapky Cosopt 2x denně
- 5.11. (12.den hospitalizace) byly vytaženy spojivkové stehy, při večerní vizitě lékař diagnostikoval bublinu silikonového oleje v přední komoře, palpačně je oko mírně hypotonické, sítnice leží, trvá polohování na břiše, obličejem dolů
- 8.11. (15.den hospitalizace) na operačním sále provedena punkce a laváž přední komory oka, výkon proběhl bez komplikací

Propuštění (19.den hospitalizace)

- 12.11. je pacient propuštěn domů, je mu doporučen klidový režim a nadále polohování na břiše.
- K chronické medikaci přidáno:
 - perorálně tablety Equoral 100 mg 2x denně
 - lokálně do pravého oka: Maxitrol mast 5x denně, Solcoseryl gel 3x denně a oční kapky Refresh 4x denně
- Pacient bude 1x týdně docházet ke svému praktickému lékaři na kontroly krevního obrazu a mineralogramu.
- Kontrolu na oční ambulanci ve vitreoretinální poradně má naplánovanou za tři dny.
- Vízus pravého oka zůstává nezměněn (prsty před okem, určí směr přicházejícího světla)

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

To cure sometimes. – Vyléčit někdy.

To relieve often. – Ulevit často.

To comfort always. – Utěšit vždycky.

nápis na Mayo Clinic v Minneapolis v USA

4. Ošetrovatelský proces

4.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu:

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla z USA do Evropy na konci 60. let jako model vstřícného přístupu k ošetrování pacientů. Jde o činnosti sestry, pro které se sama aktivně rozhoduje na základě hlubšího poznání nemocných. Člověk je chápán holisticky – jako celek.³¹

Termín holismus (z řeckého *holos* – celek) zavedl v roce 1926 jihoafrický politik J. Ch. Smuts ve své knize „Holismus a evoluce“. Holistická teorie chápe všechny živé organismy jako jednotné celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Pokud dojde k poruše jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému.³²

Světová zdravotnická organizace charakterizuje ošetrovatelský proces jako soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin či celých komunit.

Smyslem ošetrovatelského procesu je zabezpečení kvalitního a odborného postupu při uspokojování potřeb nemocných, dovoluje pacientovi podílet se na péči.

Ošetrovatelský proces je:

- otevřený, dynamický a přizpůsobivý systém
- individualizuje přístup k potřebám jednotlivých pacientů
- je plánovitý a cílený
- přizpůsobuje se osobním potřebám pacienta
- je interpersonální, vyžaduje přímou komunikaci s pacientem³³

³¹ Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství, ISV, Praha 2000, s. 61

³² Mastiliaková, D.: Úvod do ošetrovatelství, I.díl, Systémový přístup, Karolinum, Praha 2003

³³ Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství, ISV, Praha 2000, s. 62

4.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je cyklický, má pět fází, které se vzájemně prolínají a opakují se.

1. Ošetrovatelská anamnéza – posuzování, sběr informací

Jde o osobní údaje pacienta, poznání jeho denních návyků a získání specifických informací, které pomohou přiblížit život pacienta a zpříjemnit mu pobyt v nemocnici.

2. Ošetrovatelská diagnóza

Jedná se identifikaci potřeb nemocného na základě získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza je zaměřena na stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů z hlediska sestry i z hlediska nemocného. Ošetrovatelské diagnózy se dělí na:

- aktuální = přítomný problém či potřeba
- potenciální = ohrožení nemocného případnými riziky
- syndromové = kombinace aktuálních a potenciálních diagnóz, které vytvářejí typický soubor ošetrovatelských diagnóz (ošetrovatelský syndrom)

Sesterskou diagnózu je možné stanovit vlastními slovy, nebo podle formalizované taxonomie NANDA (North American Nurse Diagnosis Association).

- ### 3. Plánování ošetrovatelské péče – vytýčení ošetrovatelských strategií a intervencí, stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče.
- ### 4. Realizace – uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Je zaměřena na dosažení stanovených cílů.
- ### 5. Vyhodnocení – zhodnocení efektu poskytnuté péče objektivně zdravotníky i subjektivně pacientem.³⁴

³⁴ Šamánková, M.: Základy ošetrovatelství, Karolinum, Praha 2006, s. 32-34

4.3 Model funkčních typů zdraví Marjory Gordonové

Dr. Marjory Gordon, autorka modelu funkčních typů zdraví, se narodila v Clevelandu, ve státě Ohio. Je profesorkou ošetřovatelství na Boston College a prezidentkou North American Nursing Diagnoses Association. Její model je výsledkem grantu, financovaného v 80. letech vládou USA.

Tento model představuje nejkompexnější pojetí člověka v současném ošetřovatelství. Sestra podle něj může zhodnotit zdravotní stav zdravého i nemocného člověka a získá tak informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, na jejímž podkladě stanoví aktuální i potenciální ošetřovatelské diagnózy a může efektivně naplánovat a realizovat svoji péči.³⁵

Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
1. Výživa a metabolismus
2. Vylučování
3. Aktivita a cvičení
4. Spánek, odpočinek
5. Vnímání, poznávání
6. Sebekoncepce, sebeúcta
7. Plnění rolí, mezilidské vztahy
8. Sexualita, reprodukční schopnost
9. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
10. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
11. Jiné

³⁵ Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IDV PZ, Brno 1999, s. 167-168 a 177

4.4 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové

Údaje pro sepsání ošetřovatelské anamnézy jsem získala při rozhovoru s panem P. v den příjmu na lůžkové oddělení (viz příloha č.6), pozorováním a z lékařské i ošetřovatelské dokumentace. V operační den jsem doplnila informace důležité pro vytvoření krátkodobého ošetřovatelského plánu. Pan P. souhlasil s uvedením těchto údajů, pokud bude zachována jeho anonymita.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Od tří let trpí pan P. atopickým ekzémem a bronchiálním astmatem (toto onemocnění je v dlouhodobé remisi). Do svých dvaceti let se cítil jako zcela zdravý mladý muž.

Ve dvaceti letech, při sportování, poranil panu P. squashový míček levé oko a způsobil mu traumatickou kataraktu, což byl počátek jeho očních problémů. Na obou očích opakovaně prodělal uveitidy (zánětlivá onemocnění živnatky), které byly řešeny konzervativně. Následovala další oční onemocnění, pro která byl pan P. hospitalizovaný na různých očních klinikách, včetně zahraničních. Podstoupil řadu operačních výkonů (např. výměnu oční čočky v obou očích, vitrektomie, keratoplastiky pro rohovkové vředy), kterých bylo, jak pacient sám uvádí, více než třicet. Při jednom z výkonů došlo k těžkému nitroočnímu krvácení a pan P. v devětadvaceti letech na levé oko oslepl.

To, že se zrak na jediném vidoucím oku stále zhoršuje, nese velmi těžce. Doufá, že další operace toto zhoršování alespoň zpomalí.

Ve třiceti letech byla panu P. diagnostikována roztroušená skleróza, se kterou se léčí v zahraničí. Po aplikaci interferonu beta (třikrát týdně) se cítí více unavený, proto si jej nechává aplikovat (od partnerky – je zdravotní sestra) na noc a preventivně užívá Ibalgin, aby potlačil případné chřipkové příznaky. Nyní je toto onemocnění k klidové fázi, jen občas pociťuje brnění rukou.

Pan P. je alergický na prach, pyly, roztoče, streptokoky, stafylokoky Augmentin a Zyrtec. Před deseti lety přestal kouřit, alkohol pije příležitostně.

Na oční klinice Ústřední vojenské nemocnice je hospitalizován potřetí. Zná denní režim lůžkového oddělení a snaží se jej dodržovat.

2. Výživa, metabolismus

Pan P. měří 178 cm a váží 135 kg, jeho body mass index je 42. Uvědomuje si, že je hodně obézní. Přibývat na váze začal po dvacátém roce, kdy se objevily problémy s očima a nemohl již aktivně sportovat.

Pan P. vyrůstal v rodině, která se věnuje pohostinství. Luxusní jídla mu proto nejsou vzácná; nedokáže říct, které má vlastně nejraději. Říká, že to, co na jídle oceňuje, je jeho množství.

Obvykle jí 4 – 5 porcí denně, problémy s chrupem ani s polykáním nemá. Pan P. se dokáže najíst sám, je vhodné informovat jej o rozložení stravy na talíři. V nemocnici má předepsanou racionální dietu č. 3. Raději jí u sebe na pokoji než ve společné jídelně.

S udržováním pitného režimu nemá pan P. potíže. Bez problémů denně vypije dva litry i více tekutin. Má rád minerální vody, zelený čaj, ale nevyhýbá se ani slazeným nápojům.

Den před operací je pacient informován, že může večeřet a až do půlnoci přijímat tekutiny. Ráno, v operační den, mu do zápěstí pravé horní končetiny byla zavedena periferní žilní kanyla a podle ordinace anesteziologa podáno 100 ml fyziologického roztoku s 1 ampulí Syntophyllinu a 100 mg Hydrocortisonu. V průběhu operačního výkonu, který trval 2,5 hodiny, byl ještě intravenózně podán infúzní roztok Plasmalyte a Ringerův roztok, celkem 1500 ml. Znamky dehydratace se po operaci neobjevily.

Aby po operaci nedošlo k rozvoji nauzey a zvracení, byla ještě na operačním sále podána 1 ampule Torecanu, opět nitrožilně. Pacient si na dospávacím pokoji, ani po zbytek dne, na nevolnost nestěžoval. 2 hodiny po operaci pan P. začal přijímat čaj, zpočátku po lžičkách a později ve větším množství. Večer měl již

chut' k jídlu, snědl více než polovinu večeře (bramborovou kaši s dušenou šunkou). Další dny se již běžně stravoval.

3. Vylučování

Pan P. nemá žádné potíže s vyprazdňováním moče. Kvůli omezenému zrakovému vnímání si zvykl močit vsedě. Uvědomuje si, že roztroušená skleróza může poškodit svěrače močových cest, způsobovat inkontinenci či závažné záněty.

Stolicí má pan P. pravidelnou, vyprazdňuje se jedenkrát denně, obvykle po snídani. Bolestivé nucení na stolicí ani bolesti či zvýšené úsilí při defekaci nepocituje. Projímadla neužívá. Zvýšeným pocením trpí při větší námaze a stresu.

V operační den byl ráno spontánně na stolicí a vymočil se ještě před intramuskulární aplikací premedikace. Močení se obnovilo brzy po operaci, močil asi 15 minut po uložení na dospávací pokoj, použil močovou láhev. Později byl již schopen s doprovodem dojít na WC. První pooperační den, po odstranění sterilního krytí na jediném vidoucím oku, chodil na WC sám.

Zvýšená tělesná teplota se po operaci nevyskytla.

4. Aktivita, cvičení

Dříve, před úrazem, se pan P. věnoval celé řadě sportovních aktivit (tenis, squash, lyžování, plavání, posilovna). Nyní je kvůli poškození zraku jeho aktivita výrazně omezena. Při roztroušené skleróze se navíc často cítí velmi unavený.

Volný čas tráví s rodinou, pasivním odpočinkem - poslouchá hudbu, pouští si televizi. Velmi rád komunikuje s přáteli, buď přímo, nebo alespoň přes telefon. Fyzickou kondici si snaží zlepšovat dvakrát týdně ve fitness centru, za pomoci soukromého trenéra, který vybírá vhodné, bezpečné a spíše rehabilitační aktivity.

V běžných denních aktivitách se snaží o udržení maximální míry soběstačnosti. Doma se pohybuje bez pomoci. Venku potřebuje doprovod, což vždy zajišťuje někdo z rodiny či známých. Ve známém prostředí zvládne dojít

na toaletu, umýt se, vykoupat, oholit se elektrickým holicím strojkem a obléci se. Je rád, pokud mu někdo z blízkých poradí s výběrem oblečení a zkontroluje jeho úpravu. Vzhledem k tomu, že žije s rodiči a partnerkou, nenakupuje, nevaří a ani se nepodílí na udržování domácnosti. O nehty na rukou a nohou mu jedenkrát týdně pečuje pedikérka.

Při příjmu do nemocnice byla u pana P. podle Barthelova testu všedních činností, ve kterém získal 90 bodů, stanovena lehká závislost (viz příloha č.8). Na vlastní přání byl pan P. uložen na jednolůžkový pokoj s toaletou a koupelnou, který zná z předchozích hospitalizací. Po základním zorientování je schopen pohybovat se po pokoji sám, dojít si na toaletu a umýt se. Pokud zná prostředí, sám se i osprchuje. Bojí se infekce nohou, proto vždy do sprchy nosí „žabky“.

První dvě hodiny po operačním výkonu tráví pan P. na lůžku na dospávacím pokoji, v poloze na zádech. Po přeložení na standardní pokoj se snaží dodržovat naordinovanou polohu na břiše, s podloženým čelem. Tato poloha mu není úplně příjemná. Na břiše se snaží vydržet alespoň 20 minut, pak si ulevuje tím, že si lehne na bok. Nejvíce mu vyhovuje poloha vsedě na lůžku či židli, se sklopenou hlavou. Sklopenou hlavu udržuje i při chůzi.

Vzhledem k tomu, že jeho jediné, alespoň částečně vidoucí oko, bylo po operaci překryto sterilním obvazem, snížil se výsledek Barthelova testu základních všedních činností z 90 na 65 bodů (viz příloha č.8). Bylo třeba zajistit panu P. pomoc při příjmu potravy a tekutin, převlékání, doprovodem při chůzi, zejména na WC.

5. Odpočinek, spánek

Pan P. subjektivně potíže se spánkem nemá. Je zvyklý usínat po půlnoci, někdy i později. Celkem spí 7-8 hodin denně. Hypnotika neužívá. V noci se nebudí.

Přes den se často cítí unavený, což však nepovažuje za nedostatek spánku, nýbrž za důsledek roztroušené sklerózy. Vetší únavu řeší tím, že si jde lehnout.

V nemocnici, stejně jako doma, usíná pozdě. Sleduje televizi a má zapnutý

počítač s hlasovým výstupem. Večer před výkonem se panu P. hůře usínalo, musel myslet na výsledek operace. Podle ordinace anesteziologa mu byla ve 22 hodin podána tableta Xyzalu.

První noc po operaci pociťoval pan P. mírnou bolest pravého oka, více jej však trápilo potřebné polohování, není totiž zvyklý spát na břiše. Dostal tabletu Apo-Ibuprofenu 400 mg. Přesto se ráno cítil nevyspalý a přes den pospával.

6. Vnímání, poznávání

Pan P. je orientován osobou, místem i časem. Jeho prostorová orientace je značně ztížena kvůli zrakovému handicapu. Na levé oko je zcela slepý, pravým okem dokáže rozlišit světlo a tmu, rozeznává obrysy a vnímá pohyb.

V nemocničním pokoji a koupelně je schopen pohybovat se sám, na chodbě oddělení mu, kromě personálu, pomáhají velké barevné čtverce na linoleu podlahy a zábradlí na stěnách, kterého se může přidržovat. Vzhledem k tomu, že je na oční klinice hospitalizovaný opakovaně, dokáže rozeznat některé lékaře a sestry podle hlasu.

Pan P. absolvoval několik hodin výuky samostatného pohybu a prostorové orientace pro nevidomé a slabozraké v Tyfloservisu. Zdokonalil si orientaci pomocí hmatu, ale bílou hůl zatím odmítá. Před časem uvažoval, že si pořídí vodícího psa, ale bojí se alergie.

Slyší dobře, ale sluch se mu po omezení zrakového vnímání rozhodně nezlepšil.

Bolest snáší pan P. velmi špatně, je na ni výrazně citlivý. Hned jak se nějaká objeví, užívá analgetika. Při příjmu k hospitalizaci žádné bolesti neměl. Bolesti se objevily bezprostředně po operaci pravého oka, proto byla panu P. podána analgetika, nejdříve intravenózně, později ve formě tablet.

Po operaci, kdy bylo jediné, alespoň částečně, vidoucí oko kryté sterilním obvazem, pan P. vůbec neviděl. Tuto situaci přijal rezignovaně, jako nezbytnou nutnost. Nechtěl být zcela závislý na ošetřovatelském personálu a již večer po operaci se ve svém pokoji pohyboval sám. Jako výhodu bral to, že pokoj a

koupelnu zná z předchozích hospitalizací.

První pooperační den vnímal pravým okem pohyb a rozeznával směr přicházejícího světla. Pátý pooperační den dokázal spočítat prsty před okem.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Před poškozením zraku vedl pan P. velmi aktivní život. Byl sebevědomým mladým mužem, který byl zvyklý spoléhat sám na sebe.

Nyní je do značné míry závislý na druhých, což jej velmi trápí. Změnil se také jeho fyzický zjev – výrazně přibral na váze, levé nevidomé oko atrofovalo a často mívá kožní problémy, které se projevují zejména v obličeji.

Přiznává, že své choroby vnímá jako „křivdu osudu“. Často se cítí psychicky špatně a „k ničemu“. Přesto, že je pro něj rodina velkou oporou, říká, že je pro ně jen „koule u nohy“.

Největší obavy má z bezmoci, samoty a úplné slepoty.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan P. je svobodný. Spolu s partnerkou a čtyřletou dcerou žije v domě u rodičů.

Pracuje jako provozní v hotelu s restaurací. I při hospitalizaci vyřizuje spoustu pracovních hovorů. Uvědomuje si, že může pracovat jen díky tomu, že hotel patří rodině. Díky rodině je také dobře finančně zajištěný.

Onemocnění pana P. jeho rodinu výrazně stmelilo. Snaží se, aby mu zajistili maximální péči a komfort, včetně materiálního. Další obrovskou oporou jsou pro pana P. jeho přátelé. Po dobu hospitalizace má pan P. několik návštěv denně a velmi často telefonuje. Nesnáší pocit samoty a izolace.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pan P. vede aktivní sexuální život. Žije s partnerkou, se kterou má čtyřletou dceru, a čekají další dítě, syna.

Pan P. doufá, že žádné z dětí nezdědí jeho zdravotní problémy.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Samotná ztráta zraku představuje velmi náročnou životní situaci. V kombinaci s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou se pro pana P. stala tato situace natolik tíživou, že dokonce před třemi lety začal uvažovat o spáchání sebevraždy. Tehdy začal pan P. pravidelně docházet na konzultace k psychologovi. Je rád, že ho psycholog „vytáhl z nejhoršího“, přesto se někdy neubrání pocitům naprosté marnosti. Vyčítá si, že pro své děti nedokáže být dobrým tátou.

Z možností úplné ztráty zraku se ještě zcela nevyrovnal. Tyfloservis přestal navštěvovat po několika málo lekcích. Tvrdí, že na tom ještě není tak špatně...

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan P. není členem žádné církve, ale není ani typickým ateistou. Věří, že existuje „Něco transcendentálního“, co člověka převyšuje. Doufá, že život každého člověka má smysl, i když on sám jej v tom svém momentálně nevidí.

Svůj žebříček hodnot musel s postupujícím časem a nemocemi přehodnotit. Vždy měl, jako většina lidí, na prvním místě zdraví. O to sice přišel, ale žít musí dál. Za nejdůležitější ve svém životě považuje rodinu a přátele. V životě si chce „ještě užít“.

4.5 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Krátkodobý plán péče je sestaven k operačnímu dni, tj. 2.dni hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy jsem seřadila podle naléhavosti, proto nejsou akutní a potenciální diagnózy od sebe odděleny.

Přehled ošetrovatelských diagnóz stanovených k operačnímu dni

1. Riziko vzniku časných pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu v celkové anestezii
2. Akutní bolest v důsledku operačního výkonu
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti s operačním výkonem a sníženou pohybovou aktivitou
4. Riziko infekce z důvodu operačního výkonu a zavedení periferního žilního katétru
5. Riziko pádu a poranění z důvodu poškozeného zrakového vnímání a výkonu v celkové anestezii
6. Deficit sebepéče v důsledku nemožnosti zrakového vnímání a celkové anestézie
7. Narušený spánek z důvodu bolesti a pooperačního polohování

1. RIZIKO VZNIKU ČASNÝCH POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ V DŮSLEDKU VÝKONU V CELKOVÉ ANESTEZII

Cíl: Včasné odhalení příznaků časných pooperačních komplikací

Plán:

- první 2 hodiny po operaci uložit pacienta na dospávací pokoj
- monitorovat fyziologické funkce dle ordinace lékaře (vědomí, tělesnou teplotu, krevní tlak, puls /frekvenci, rytmus, kvalitu/, saturaci krve kyslíkem)
- kontrolovat operační ránu – prosakování obvazu
- podávat infúze dle ordinace lékaře
- při poklesu saturace krve kyslíkem pod 95% podat kyslíkovou maskou kyslík
- 2 hodiny po operaci, po konzultaci s lékařem, převést pacienta na standardní pokoj
- 2 hodiny po operaci začít podávat tekutiny po lžičkách
- zajistit signalizační zařízení v dosahu pacienta

Realizace:

Ve 12.30, po ukončení operace v celkové anestezii jsme pana P. převezly na dospávací pokoj lůžkového oddělení. Byl při vědomí, reagoval na oslovení i pokyny. Barvu kůže i nehtových lůžek měl normální. Sterilní obvaz, který kryl operované oko, byl suchý, neprosakoval. Tělesná teplota byla 36,2°C.

Pacienta jsem napojila na pulzní oxymetr, který kontinuálně měří puls a saturaci krve kyslíkem. Na pravou paži jsem panu P. upevnila širokou manžetu od digitálního tonometru a ponechala ji tam pro další měření. Krevní tlak a puls

jsem první dvě hodiny po operaci měřila každých 15 minut, obě hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí (krevní tlak od 140/80 do 120/75, puls od 95 do 78).

Saturace krve kyslíkem při přijetí pana P. na dospávací pokoj byla 90%, proto jsem, podle ordinace, podala pomocí kyslíkové masky kyslík rychlostí 5 litrů za minutu. Pacientovi jsem doporučila hluboké dýchání. Do pěti minut se saturace zvýšila na 95%.

Pan P. byl z operačního sálu předán s infúzí Ringerova roztoku 1/1, ve které zbývalo 400 ml. Do tohoto množství jsem přidala 2 ampule Novalginu (viz ošetřovatelská diagnóza č.2 - Akutní bolest, str. 48) a pomocí infúzní pumpy ji intravenózně podala rychlostí 200 ml za minutu.

Pan P. po operaci nezvracel, ani nepociťoval nevolnost.

Hodnocení:

Pacient nevykazuje příznaky časných pooperačních komplikací. Fyziologické hodnoty se pohybují v rozmezí normy. Operační rána je sterilně krytá, obvaz neprosakuje.

Po dvou hodinách na dospávacím pokoji byl pan P. přeložen na standardní pokoj lůžkového oddělení.

2. AKUTNÍ BOLEST V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO VÝKONU

Cíl: Zmírnění bolesti na hodnotu 3 a méně do 1 hodiny od doby, kdy si pacient na bolest stěžuje.

Plán:

- zvolit vhodnou škálu pro hodnocení bolesti
- seznámit pacienta se způsobem hodnocení bolesti
- informovat pacienta, aby bolest oznámil, jakmile se objeví
- sledovat neverbální projevy pacienta
- zaznamenat lokalizaci, charakter a stupeň závažnosti bolesti
- překročí-li bolest stupeň 3, podat analgetika podle ordinace lékaře a jejich podání zaznamenat
- sledovat účinek podaných analgetik
- informovat lékaře, pokud nebude léčba bolesti dostatečně účinná
- zajistit klidné prostředí a pohodlí pacienta

Realizace:

Pana P. jsem již před výkonem informovala o možnosti tlumení pooperační bolesti a seznámila jej se způsobem, kterým budeme bolest hodnotit. Vzhledem k výraznému zrakovému deficitu u pacienta nepoužíváme vizuální analogovou škálu, ale pouze slovní hodnocení bolesti pomocí stupnice 0-10, kdy 0 představuje stav bez bolesti a 10 maximální možnou bolest. Pan P. si toto hodnocení pamatuje z předchozí hospitalizace.

Ve 12.30, po uložení na dospávací pokoj, se v obličeji pana P. objevuje bolestivá grimasa. Pan P. označil bolest operovaného oka stupněm 4 a popisoval ji jako bodavou a řezavou. Proto jsem, podle ordinace, do infúze Ringerova roztoku

přidala 2 ampule Novalginu a pomocí infúzní pumpy jej rychlostí 200 ml za minutu intravenózně aplikovala. Ve 13.00 pan P. pociťoval úlevu a ve 13.30 dosahovala bolest pouze stupně 1.

Ve sledování bolesti jsem nadále pokračovala v pravidelných 30ti minutových intervalech.

Bolest začala opět nastupovat ve 21.00 (stupeň 2). K bolesti pravého oka se přidala i tupá bolest hlavy a ve 21.30 (stupeň 3) podala noční sestra perorálně 1 tabletu analgetika Apo-Ibuprofen 400 mg. Pacientovi se ulevilo a přibližně ve 22.30 usnul.

Hodnocení:

Bolest pravého oka (stupeň 4) bezprostředně po operaci se po intravenózním podání analgetik podařilo do 1 hodiny snížit na velmi mírnou (stupeň 1).

Večerní bolest oka a hlavy (opět stupeň 4) se zmírnila a do jedné hodiny po perorálním podání analgetika pacient usnul.

3. RIZIKO VZNIKU TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM A SNÍŽENOU POHYBOVOU AKTIVITOU

Cíl: Včasné rozpoznání příznaků tromboembolické nemoci

Pacient zná preventivní opatření a příznaky tromboembolické nemoci

Plán:

- zajistit správné přiložení kompresivní bandáže dolních končetin, kontrolovat její funkčnost
- sledovat prokrvení a teplotu dolních končetin
- časně mobilizovat pacienta
- seznámit pacienta s příznaky tromboembolické nemoci a preventivními opatřeními
- cvičení s dolními končetinami, podpora svalové činnosti dolních končetin
- zajistit dostatečnou hydrataci pacienta

Realizace:

Pacient byl s příznaky tromboembolické nemoci a její prevencí seznámen den před operací (viz edukace str. 66).

Jako komprese dolních končetin byly zvoleny elastické punčochy velikosti XL. S jejich správným nasazením pomohla panu P. již noční sestra, dříve než vstal z postele.

Po přeložení z dospávacího na standardní pokoj jsem panu P. z postele odstranila její dolní čelo, abych mu usnadnila polohování na břicho, nutné po proběhlé operaci, a současně umožnila cvičení s dolními končetinami.

Pacient minimálně 1x za hodinu (kromě doby, kdy spal) prováděl 10 pohybů prsty u nohou a 10 pohybů v kotníku (kroužení, flexe a extenze).

Časná mobilizace byla zajištěna již 2 hodiny po operaci, kdy byl pacient schopen v doprovodu na WC. Přesto byly elastické punčochy z preventivních důvodů ponechány až do rána druhého dne.

Intravenózně bylo panu P. podáno celkem 1500 ml infúzních roztoků. Perorálně začal tekutiny přijímat již 2 hodiny po operaci, vypil přibližně 750 ml.

Hodnocení:

Pacient zná a dodržuje preventivní opatření vzniku tromboembolické nemoci. Příznaky tromboembolické nemoci se neobjevily.

4. RIZIKO INFEKCE V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO VÝKONU A ZAVEDENÍ PERIFERNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU

Cíl: Včasné rozpoznání příznaků infekce

Plán:

- před ošetřováním pacienta provádět hygienickou dezinfekci rukou
- při zavádění a ošetřování periferního žilního katétru dodržovat zásady asepse a antisepse
- při každém kontaktu s pacientem sledovat místo vpichu periferního žilního katétru – zarudnutí, otok, bolestivost, barva kůže v okolí
- v případě prosakování či uvolnění operačního krytí provést sterilní převaz
- kontrolovat tělesnou teplotu 2x denně

Realizace:

Po dezinfekci pokožky pacienta (Cutasept F) jsem do oblasti zápěstí pravé horní končetiny zavedla periferní žilní katétru o velikosti 20 G. Pro její fixaci jsem použila transparentní krytí (Tegaderm), které umožňuje průběžnou kontrolu místa vpichu. Periferní katétru ani aplikace infúzních roztoků nedělala panu P. žádné potíže. Po ukončení podávání infúzních roztoků jsem kanylu propláchla fyziologickým roztokem a do katétru zavedla plastový mandrén příslušné velikosti.

Tělesnou teplotu jsem měřila bezprostředně po operaci (36,2 °C) a večer v 19.00 (36,6°C).

Sterilní krytí operovaného oka jsem kontrolovala při každém kontaktu s pacientem.

Hodnocení:

Místo zavedení periferního žilního katétru je klidné, bez zarudnutí, otoku, bolesti i pálení. Tělesná teplota pana P. není zvýšená.

Sterilní krytí operovaného oka je suché, čisté a dobře drží.

5. RIZIKO PÁDU A PORANĚNÍ V SOUVISLOSTI S POŠKOZENÝM ZRAKOVÝM VNÍMÁNÍM A VÝKONEM V CELKOVÉ ANESTEZII

Cíl: Minimalizace rizika pádu a poranění

Plán:

- zhodnotit aktuální riziko pádu (Morse)
- umístit signalizační zařízení v dosahu pacienta
- zajistit pacientovi potřebné pomůcky na dosah ruky
- kolečka od postele natočit a zabrzdit tak, aby nemohlo dojít k zakopnutí
- dveře od pokoje a WC nechávat buď zcela zavřené či zcela otevřené
- na pokoji pacienta větrat pomocí nastavení okna do ventilační pozice
- dodržovat rozmístění věcí na pokoji tak, jak je pacient zvyklý
- při chůzi pacienta po operaci vždy zajistit doprovod

Realizace:

Realizace probíhala podle plánu. Po operaci riziko pádu podle stupnice Morse dosahovalo 75 bodů (viz příloha č.9), což již představuje vysoké riziko.

Signalizační zařízení jsem umístila na noční stolek a pana P. požádala, aby jej použil vždy, když bude potřebovat vstát z lůžka. Noční stolek jsme s panem P. uzpůsobili tak, aby mu vyhovoval. Přál si na něm hlavně mobilní telefon a hrnek s čajem.

Při opuštění lůžka (na WC, ke stolu) jsme pacienta vždy doprovázely.

Hodnocení:

U pana P. nedošlo k pádu ani k úrazu

6. NEDOSTATEK SEBEPÉČE V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO VÝKONU A PORUCHY ZRAKOVÉHO VNÍMÁNÍ

Cíl: Uspokojení potřeb pacienta v oblasti

- a) vyprazdňování a hygieny
- b) příjmu potravy a tekutin
- c) oblékání

Plán:

- zhodnotit aktuální stupeň soběstačnosti
- informovat pacienta o uložení signalizačního zařízení
- aktivně pacientovi nabízet pomoc

a) vyprazdňování a hygiena

- na první 2 hodiny po operaci zajistit k lůžku močovou láhev, informovat pacienta
- po jejím použití umožnit pacientovi umytí rukou
- zajistit dostatek soukromí při vyprazdňování
- zajistit doprovod do koupelny
- informovat pacienta o uložení pomůcek pro hygienu, nepřemísťovat je bez vědomí pacienta
- zjistit, zda je pacient schopný samostatně provádět jednotlivé úkony (spláchnutí WC, regulace teploty vody, umytí a osušení rukou, čištění zubů)

b) příjem potravy a tekutin:

- 2 hodiny po operaci začít podávat tekutiny po lžičkách
- tekutiny nalít do hrnečku, informovat pacienta o jeho umístění
- zjistit, zda si pacient přeje jíst
- zajistit přinesení jídla na pokoj, informovat pacienta o druhu jídla
- pomoci s nakrájením jídla
- popsat rozložení jídla na talíři pomocí čísel jako na hodinovém ciferníku
- zajistit podložku, která zabrání klouzání talíře po stolku

c) oblékání:

- umožnit pacientovi, aby si vybral oblečení, které mu vyhovuje
- při převlékání zajistit soukromí
- pomoci pacientovi se svlékáním a oblékáním
- zkontrolovat, zda je pacient upravený, napravit případné nedostatky

Realizace:

Stupeň soběstačnosti po operaci dosahoval 65 bodů (viz příloha č.8).

a) vyprazdňování a hygiena

Ihned po uložení pana P. na dospávací pokoj jsem k jeho lůžku připravila močovou láhev. Po jejím použití si mohl otřít ruce navlhčenou jednorázovou žínkou.

Na standardním pokoji již pan P. preferoval doprovod na WC, kde mohl být ponechán o samotě. Sám zvládl také večerní hygienu, chtěl pomoci jen s vytlačáním zubní pasty na kartáček.

b) příjem potravy a tekutin:

Na čaj, který jsem panu P. začala podávat 2 hodiny po operaci, reagoval dobře. Na noční stolek jsem mu proto připravila plastový hrnek do $\frac{3}{4}$ naplněný čajem. Pan P. tak mohl pít sám.

V 18.00 hodin měl již pacient chuť na večeři – dušenou šunku s bramborovou kaší. Pomohla jsem mu s nakrájením masa a popsala rozložení jídla na talíři. Pan P. se u stolu dokázal sám najíst lžící.

c) oblékání:

Po přeložení pana P. na standardní pokoj jsem mu pomohla s převlečením z jednorázové košile do jeho pyžama.

Hodnocení:

Panu P. nebylo příjemné, že je odkázaný na pomoc zdravotnického personálu, snažil se co nejvíce úkonů sebezpečně zvládat sám. Jeho fyziologické potřeby byly splněny.

7. NARUŠENÝ SPÁNEK Z DŮVODU BOLESTI A POOPERAČNÍHO POLOHOVÁNÍ

Cíl: Pacient spí alespoň 4 hodiny bez přerušení

Plán:

- zajistit optimální podmínky pro odpočinek a spánek
- pomoci pacientovi upravit požadovanou polohu
- před usnutím podat analgetika ke zmírnění bolesti
- podat naordinovaná hypnotika, pokud pacient ve 23 hodin nespí
- v noci minimalizovat rušení pacienta při kontrolování naordinované polohy
- kontrolovat dodržování polohy na břicho minimálně 1x za hodinu

Realizace:

Pan P. měl připravenou postel již od přeložení na standardní pokoj (odstranění dolního čela postele) a hlavu vypodloženou polštářem tak, aby mu poloha na břicho co nejvíce vyhovovala a přitom nedocházelo k tlaku na operované oko.

Analgetikum Apo-Ibuprofen 400 mg podala noční sestra ve 21.30. Ta také pravidelně kontrolovala dodržování správného polohování, které bylo třeba v noci 2x upravovat. Ve 23.00 pacient spal. V noci byl několikrát vzhůru, ale hypnotikum ani další analgetikum nechtěl.

Hodnocení:

U této ošetrovatelské diagnózy cíl nebyl splněn. Pan P. není zvyklý spát na břicho, v noci se často budil a 2x musel být vzbuzen, aby se vrátil do správné polohy. Ráno se pacient cítil unavený.

4.6 Dlouhodobý plán péče

Z dlouhodobého hlediska bude při ošetřování pacienta důležité zaměřit se především na tyto oblasti: prevence infekce, pooperační bolest, pooperační polohování a edukace a podávání informací.

Prevence infekce

Po odstranění sterilního krytí je třeba k operovanému oku přistupovat asepticky, předepsanou oční medikaci (antibiotikum s kortikoidy) aplikovat pravidelně po řádné hygienické dezinfekci rukou z výšky, tak, aby se lahvička s kapkami či tuba s mastí nedotkla oka, víček ani řas.

Je nezbytné pacienta opakovaně upozorňovat, aby si do oka nasahal, nemnul ho a v případě slzení se utíral buničinou či papírovým kapesníkem až pod okem, ideálně na úrovni lícni kosti a po použití buničinu ihned vyhodil.

Do operovaného oka se také nesmí dostat žádná voda. Před aplikací medikace je vhodné oko vypláchnout sterilním fyziologickým roztokem a řasy očistit sterilní vatovou štětičkou.

Při každém ošetřování oka je důležité sledovat jeho vzhled a všimnout si zejména známek počínajícího zánětu (zhoršující se zarudnutí, otok či hnisavá sekrece a vzhledu transplantované rohovky (nejeví-li známky rejekce).

Při pohybu pacienta mimo lůžkové oddělení a na noc je vhodné oko chránit sterilním obvazem.

Pooperační polohování

Dodržování pooperační polohy indikované operátorem není snadné, ale pro příznivý výsledek operace nezbytné, proto je důležité získat pacienta pro spolupráci. Účelem této polohy je umožnit sítnici, aby se vrátila do fyziologické polohy a setrvala v ní.

V případě pana P. jde o polohování vleže na břicho, vsedě a při chůzi se sklopenou hlavou (více viz edukace str.66).

Pooperační bolest

Po operaci je třeba sledovat výskyt bolesti minimálně tři dny. Pokud nedojde ke zvýšení nitroočního tlaku, je bolest dobře zvládnutelná pomocí perorálních analgetik.

Nitrooční tlak se u pana P. pohyboval ve fyziologickém rozmezí, bolest bylo třeba tlumit jen první pooperační den.

Kromě bolesti může být operované oko drážděno spojivkovými stehy, úlevu poskytne aplikace předepsané oční masti. K extrakci stehů se přistupuje 5.- 7. pooperační den po topické anestezii.

Součástí ošetřování pana P. samozřejmě zůstává i péče typická pro zrakově postiženého pacienta, tzn. zajištění bezpečného prostředí, podpora sebepéče a využívání dalších smyslů, komunikace a poskytování kvalitních informací. Důležitá je též psychická podpora a spolupráce s rodinou.

Pobytu nevidomého pacienta v nemocnici se podrobněji věnuje příloha č.11.

5. Psychologická problematika

Zrak je pokládán za nejdůležitější zdroj informací o realitě. Závažné oslabení zraku (slabozrakost) nebo jeho ztráta (praktická či úplná slepota) představuje výrazný psychologický a společenský faktor, který ovlivní život nejen takto postiženého člověka, ale i jeho blízkých. Ve společnosti se ze zrakově postiženého člověka automaticky stává outsider. Tento handicap je o to bolestnější, že zraková ztráta sama o sobě omezuje jen výkonové možnosti, zatímco motivace a vůle postiženého člověka být a žít jako normálně vidoucí lidé zůstává nenarušena.

Oslabení či ztráta zrakové schopnosti u jedince v produktivním věku ovlivní možnost uspokojování jeho potřeb, zálib a vykonávání jeho profese, což často přináší ekonomické problémy a negativně se přenáší i do úrovně partnerských vztahů. I když se postižený s oslabením zraku časem vyrovná a najde své nové uplatnění, každé další zhoršení očního nebo dalšího onemocnění ohrozí jeho stabilitu a může jej vrátit na počátek cesty akceptace tohoto závažného postižení.

Stupeň akceptace zrakové ztráty je velmi individuální a závisí na osobnosti a konkrétních životních podmínkách daného člověka, na jeho životním stylu v minulosti i současnosti. Podstatnou dimenzí osobnosti, která má velký význam pro akceptaci, resp. inakceptaci handicapu je sebezpřijetí postižené osoby. Pokud je nepodmíněné a nezávislé na vnějších okolnostech, dochází k akceptaci ztráty zraku snadněji. Nepřijímá-li však postižený člověk sám sebe a nesplňuje-li své představy a ideály, situaci po oslepnutí samozřejmě zvládá obtížněji.

Další důležitou dimenzí významnou v procesu akceptace je sklon k závislosti na druhých lidech. Jde o rys trvalého rázu a velmi obtížně se překonává. Tato závislost se může objevit až po ztrátě zraku.

Významným pozitivním faktorem akceptace je motivace postižené osoby dělat něco pro druhé (tzv. prosociální inteligence). Ti, kteří mají rádi lidi a snaží se v mezích svých možností pro ně něco dělat, mají velkou šanci dosáhnout vysokého stupně samostatnosti a sociální integrace.

Čálek uvádí 3 základní fáze psychologické reakce při oslepnutí:

1. šok
2. deprese
3. akceptace

Na těžkou, nevyléčitelnou ztrátu zraku reaguje člověk zpravidla ochromením. Tento šok je považován za obrannou reakci, která pomáhá chránit duševní integritu. Šok není vhodné přerušovat vyzýváním ke statečnosti či vnucováním optimistické nálady. Pokud pošokové ochromení trvá déle (více než 24 hodin), je třeba zajistit odbornou pomoc psychiatra či psychologa specializovaného na posttraumatické stresové reakce.

Po počátečním šoku nastupuje depresivní fáze, charakterizovaná žalem, zoufalstvím a truchlením. Mívá podoby od ztráty komunikace provázené nepřetržitým pláčem až po bouřlivé truchlení (tzv. agitované deprese). Objevují se tendence hledat viníka oslepnutí či sebeobviňování. U slepého člověka existuje reálné nebezpečí sebevražedného pokusu, proto by neměl být ponecháván o samotě. Nebezpečná je i nerealistické optimistická reakce, která může vyústit ve zkratové jednání. Tuto fázi, i když je pro okolí nepříjemná, je vhodné nechat odeznít. Je třeba sledovat, zda nedochází k psychotické dekompenzaci projevující se zmateností a ztrátou kontaktu s realitou. V takovém případě je opět nutné vyhledat specializovaného odborníka.

Akceptace zrakové ztráty - nejdříve se jedná o počáteční uklidnění a zájem o to, co v nastalé situaci dělat. V této fázi je již možné postiženého přiměřeným tempem učit některé sebeobslužné činnosti. Vždy je nutný individuální přístup s přihlédnutím ke konkrétnímu životnímu příběhu daného člověka. Je třeba počítat s tím, že dosažená akceptace podléhá určitým výkyvům a závisí zejména na okolnostech, jak se postiženému daří naplňovat kvalita jeho života.³⁶

³⁶ Čálek, O.: Akceptace těžké ztráty zraku, studijní materiál vzdělávacího programu pro edukačně-rehabilitační pracovníky tyfopedického typu, Univerzita Jana Amose Komenského, Praha 2007

5.1 Psychologické hodnocení pacienta

Pan P. býval velmi aktivní, sebevědomý a optimisticky založený člověk. Rád vyhledával společnost a míval dominantní postavení. Bavilo ho rychlé životní tempo a cítil se neohrožený. To se však změnilo, když začal přicházet o zrak.

Zpočátku doufal, že jde o dočasnou záležitost, která se samozřejmě spraví. Podstoupil řadu vyšetření a zákroků, od kterých očekával vyléčení. Když tomu tak nebylo a zrak se nadále zhoršoval, začal si uvědomovat, že se ke svému původnímu bezstarostnému stylu života nevrátí.

Uzavřel se do sebe a na okolní svět zanevřel. Navenek se choval výrazně arogantně. Do Tyfloservisů přestal docházet po několika málo lekcích. Měl pocit, že mezi tyto lidi nepatří.

Poslední pomyslnou „kapkou“ se stala roztroušená skleróza, diagnostikovaná v době, kdy s partnerkou čekali první dítě. Pan P. si nedokázal představit, jak bude žít dál. Jediné východisko začal spatřovat v sebevraždě. Naštěstí se svěřil rodičům, kteří pro něj vždy představovali velkou oporu. Ti zajistili péči psychologa, který panu P. dokázal pomoci. K tomuto období se již nechce více vracet; je rád, že je za ním.

S panem P. jsem se setkala při dvou hospitalizacích. Při první měl potíže související s roztroušenou sklerózou (silné bolesti horních končetin) a výrazně zhoršený atopický ekzém v obličeji. Byl velmi uzavřený, většinou odpovídal jednoslovně a i to jakoby mu dělalo potíže. Také jeho spolupráce s léčením nebyla ideální (často si mnul oko, což při tehdejší diagnóze – rohovkový vřed – situaci ještě zhoršovalo). Svým postojem dával najevo: dejte mi pokoj, stejně nic nemá cenu...

Při současné hospitalizaci mě velmi překvapil – nestrání se druhých, spontánně komunikuje a má dobrou náladu. Souhlasí se spoluprací při vytváření mé bakalářské práce a bere to jako zpestření pobytu v nemocnici.

Myslím, že psychický stav pana P. je do značné míry závislý na momentálním zdravotním stavu. Jeho pokožka je nyní klidná a ani příznaky roztroušené

sklerózy se zrovna neprojevují.

Pan P. se mi svěřil, že kromě zdravotního stavu mu dělá starosti jeho role otce. Je rád, že s partnerkou budou mít další dítě, ale vadí mu, že dětem nedokáže být dobrým tátou. Stačí, aby si s dcerou hrál půl hodiny a cítí se unavený. Také jej mrzí, že dětem nikdy nebude moct přečíst pohádku...

6. Edukace pacienta

Edukace (z lat. *educare* = vést vpřed, vychovávat) je definována jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.³⁷

Pan P. si jednotlivá témata edukace vyslechl. Doplňující dotazy neměl, tvrdil, že všechno již zná z předchozích operací.

Prevence tromboembolické nemoci

Tromboembolická nemoc je stav, při kterém se uvnitř žíly tvoří krevní sraženina (trombus), která se může uvolnit, putovat krevním řečištěm (embolus) a ucpat jednu z plicních tepen, což by nemocného mohlo ohrozit na životě.

K tromboembolické nemoci může dojít, pokud je žilní tok zpomalen, například když člověk delší dobu nepohybuje dolními končetinami. Projevy tromboembolické nemoci závisí na umístění a rozsahu trombu či embolu. Je třeba, aby pacient informoval lékaře nebo sestru pokud cítí bolest v lýtku, bolest na hrudi, pocit nedostatku vzduchu nebo se na lýtku objeví otok.

Preventivní opatření:

- *Kompresivní bandáž* zužuje cévy dolních končetin a tím zvyšuje proudění žilní krve. Ke kompresi se používá elastické obinadlo nebo elastické punčochy. Bandáž se provádí ráno v den operace, dříve než pacient vstane z postele. Kompresivní bandáž se, pokud to bude možné, ponechá až do následujícího dne.
- *Cvičení dolními končetinami* je velmi účinným preventivním opatřením. Svalová činnost zvyšuje průtok krve v žilách. Po operaci bude pacient každou hodinu provádět 10 pohybů v oblasti kotníku a s prsty u nohou (kroužení, krčení a natahování, krčení a propínání špiček).

³⁷ Juřeniková, P.: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Grada Publishing, Praha 2010, s.9

- *Včasná mobilizace pacienta po operaci* – 2 hodiny po operaci může pacient v doprovodu opustit lůžko.
- *Dodržování pitného režimu* – před a při operaci bude potřeba tekutin hrazena pomocí infúzí a opět 2 hodiny po operaci začne pacient přijímat tekutiny sám.
- *Nenosit těsné oblečení*
- *(Farmakologická prevence tromboembolické nemoci není u pana P. plánovaná)*

Pooperační polohování

U pana P. se jako vnitřní tamponáda oka použil silikonový olej, který tlačí na sítnici a ta tak zůstává přiložená k cévnatce.

Po operaci je nutné, aby pacient dodržoval polohu vleže na břiše, kterou určil lékař podle lokalizace odchlípení sítnice. Pod čelo může použít složený polštář nebo nafouknutý cestovní polštářek ve tvaru U, složený ručník či molitanový klín pod ramena a hrudník a pod nohy malý molitanový váleček, aby tato poloha byla co nejméně nepříjemná. Pacient je informován o tom, že je důležité zůstat na břiše i v noci, což pro většinu lidí není přirozené, proto bude někdy třeba jej probudit a polohu upravit. Každou hodinu si od této polohy může odpočinout maximálně na 5 minut.

Vsedě či při chůzi je třeba, aby se pacient díval směrem dolů, na podlahu. Další variantou je, že se o stůl opře předloktím a na to si položí čelo. Pokud by se v oblasti obličeje tvořily otoky, můžeme použít chladivý gelový obklad.

Tuto polohu je třeba dodržovat minimálně 10 dní; popřípadě i déle, podle rozhodnutí lékaře.

Péče o operované oko:

- Oko nemnout a nesahat si do něj
- Minimálně týden se do oka nesmí dostat žádná voda – oko nemýt a obličej raději jen otírat. V nemocnici budou oko vyplachovat pouze sestry sterilním fyziologickým roztokem. Má-li pacient doma pocit zalepeného oka, je možné jej propláchnout borovou vodou, Oftalem eventuelně okolí otřít převařenou (vystydlou) vodou.
- Antibiotické kapky si bude aplikovat 5x denně (v 7, 10, 13, 16 a 19 hodin, není třeba kvůli kapání vstávat v noci)
- Na osušení očního okolí používat čistý papírový kapesník a po použití ho ihned vyhodit
- Vlasy mýt v záklonu, nejlépe za pomoci druhé osoby.
- Příznaky infekce, při kterých je třeba vyhledat očního lékaře: zarudnutí, zvýšená bolest, hnisání, pocit zhoršeného vidění
- Po operaci je třeba dodržovat klidový režim, odpočívat, zbytečně se nepředklánět, nezvedat těžší předměty (nad 2 kg), nepobývat v prašném, infekčním či zakouřeném prostředí.

Aplikace očních kapek

Sestra s pacientem provádí nácvik aplikace očních kapek před propuštěním, za pomoci umělých slz nebo sterilního fyziologického roztoku:

- pacient si umyje ruce mýdlem a vodou
- posadí se, eventuelně si lehne, pokud mu to více vyhovuje
- připravenou lahvičku s očními kapkami dobře protřepe
- nedominantní levou rukou si jemně stáhne spodní víčko
- mírně zakloní hlavu a podívá se vzhůru
- levou rukou pomocí ohnutého malíčku odšroubuje víčko lahvičky a nikam jej neodkládá, což zabraňuje kontaminaci očních kapek

- z výšky, aniž by se lahvičkou dotkl řas či okolí oka, aplikuje jednu kapku pod oddálené spodní víčko. Některým pacientům vyhovuje držení lahvičky mezi palcem a prostředníkem, kdy se volným ukazováčkem mohou opřít v oblasti obočí a jejich ruka je tak stabilnější.
- pacient jemně zavře oči, palcem a ukazováčkem si stiskne kořen nosu a pomalu počítá do 60ti, což snižuje systémovou absorpci léku
- pokud má ve stejnou dobu aplikovat další kapky či mast, je třeba dodržet 15ti minutový rozestup, mast se aplikuje jako poslední

Dieta při roztroušené skleróze

Roztroušená skleróza se méně často vyskytuje v zemích kolem rovníku. Její výskyt stoupá tam, kde je v potravě více nasycených tuků a méně polynenasycených mastných kyselin s dlouhým řetězcem. Svůj podíl na výskytu této nemoci má také malá spotřeba ryb, menší expozice slunečnímu světlu a snížený obsah vitamínu D.

Racionální opatření:

- snížení obezity, která omezuje motorické aktivity
- při zácpě zvýšit příjem ovoce, zeleniny a vlákniny
- dostatečný příjem tekutin

Dieta ARMS (Action for Research for Multiple Sclerosis) spočívá ve:

- snížení dávky saturevaného tuku – omezení tučných mléčných výrobků, tučného masa a pečiva připravovaného na saturevaném tuku, před vařením červeného masa odkrojit viditelný tuk
- zvýšení dávky polynenasycených mastných kyselin, stopových prvků a vitamínů

potraviny obsahující n-3 a n-6 mastných kyseliny s dlouhým řetězcem:
rostlinné oleje, semena, luštěniny libová masa, drůbež, listová
zelenina, brokolice, špenát, rybí olej, rybí maso, mořské plody.³⁸

³⁸ Svačina, Š. a kol., Klinická dietologie, Grada Publishing, Praha 2008, str. 257

ZÁVĚR

Odchlípení sítnice je velmi závažné postižení oka, které vyžaduje léčbu na specializovaném vitreoretinálním pracovišti. Včasný operační zákrok dokáže zachránit zrak nemocného. Pacienti většinou odchází domů již první či druhý pooperační den, poučení o následném režimu a hlavně o nezbytném polohování.

Pan P. na oční klinice strávil téměř tři týdny. Původně přišel k plánované transplantaci rohovky a amoce u něj byla diagnostikována až při příjmu. V průběhu hospitalizace prodělal dva operační výkony – vitrektomií kombinovanou s transplantací rohovky v celkové anestezii a později laváž přední komory oka v anestezii lokální. Jeho prognóza však z očního hlediska přesto není příznivá. Patologický proces, který začal před třinácti lety, postihuje obě oči. Pravé oko, které je pacientovým jediným alespoň částečně vidoucím okem, bude třeba v budoucnu opět operovat, což však nezaručí, že budou zachráněny alespoň zbytky zraku.

Pro vytvoření krátkodobého plánu péče jsem zvolila operační den. Stanovila jsem 7 ošetřovatelských diagnóz, které jsem seřadila podle míry naléhavosti. Z aktuálních diagnóz považuji za nejdůležitější akutní bolest a deficit sebepéče, z potenciálních pak riziko časných pooperačních komplikací, riziko pádu a riziko infekce. Cíle u těchto hlavních diagnóz se podařilo splnit. Nesplněný cíl zůstal u jedné ošetřovatelské diagnózy – porucha spánku. Polohování, důležité po operaci odchlípené sítnice, zapříčiňovalo, že se pacient často budil.

Z dlouhodobého hlediska bude třeba zaměřit se na psychiku pana P.. Ta totiž, spolu s jeho dalšími nemocemi, ovlivňuje také kolísání zrakových funkcí. V budoucnu pan P. bude muset akceptovat pomoc Tyfloservisu a smířit se s tím, že místo aby dětem pohádky četl, bude je vyprávět...

PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Autrata, R.; Vančurová, J.: *Nauka o zraku*. IDV PZ, Brno 2002, ISBN 80-7013-362-7
2. Čálek, O.: *Akceptace těžké ztráty zraku*, studijní materiál vzdělávacího programu pro edukačně-rehabilitační pracovníky tyflopedického typu. Univerzita Jana Amose Komenského, Praha 2007
3. Dylevský, I.: *Funkční anatomie*. Grada, Praha 2009, ISBN 978-80-247-3240-4
4. Hejsek, L.: *Vyšetřovací metody* - přednáška pro bakalářské studium. Praha 2009
5. Juřeniková, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada, Praha 2010, ISBN 978-80-247-2171-2
6. Kolín, J.: *Oční lékařství*. Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-80-246-1325-3
7. Kraus, H.: *Kompendium očního lékařství*. Grada, Praha 1997, ISBN 80-7169-079-1
8. Kuchynka, P. a kol.: *Oční lékařství*. Grada, Praha 2007, ISBN 978-80-247-1163-8
9. Orel, M.; Facová, V. a kol.: *Člověk, jeho smysly a svět*. Grada, Praha 2010, ISBN 978-80-247-2946-6
10. Rozsival, P. et al.: *Oční lékařství*. Galén, Praha 2006, ISBN 80-7262-404-0
11. Shaw, M.E.; Lee, A.; Stollery, R.: *Ophthalmic Nursing*. Wiley-Blackwell, Oxford 2010
12. Staňková, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. IDV PZ, Brno 2001, ISBN 80-7013-323-6
13. Svačina, Š. a kol.: *Klinická dietologie*. Grada, Praha 2008, ISBN 80-247-2256-6

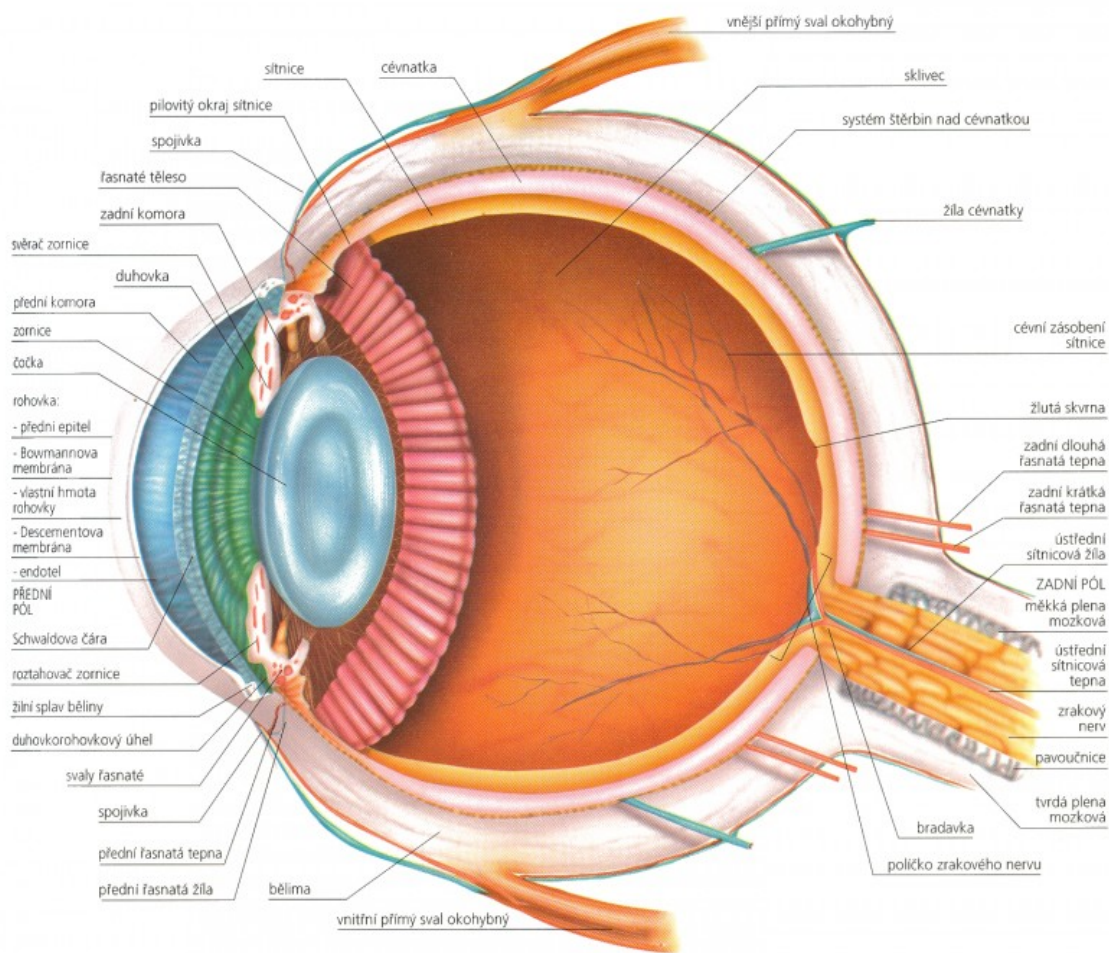
14. Šamánková, M.: *Základy ošetrovatelství*. Karolinum, Praha 2006, ISBN 80-246-1090-4
15. Trachtová, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. IDV PZ, Brno 1999, 185 s., ISBN 80-7013-285-X
-
16. *Atlas anatomie*, nakladatelství SVOJTKA a VAŠUT, Praha 1996, ISBN 80-7180-092-9
17. Joint Commission Resources: *Prevence pádů ve zdravotnictví, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*, Grada, Praha 2007, ISBN 978-80-247-1715-9

SEZNAM PŘÍLOH

(zdroje jsou uvedeny u jednotlivých příloh)

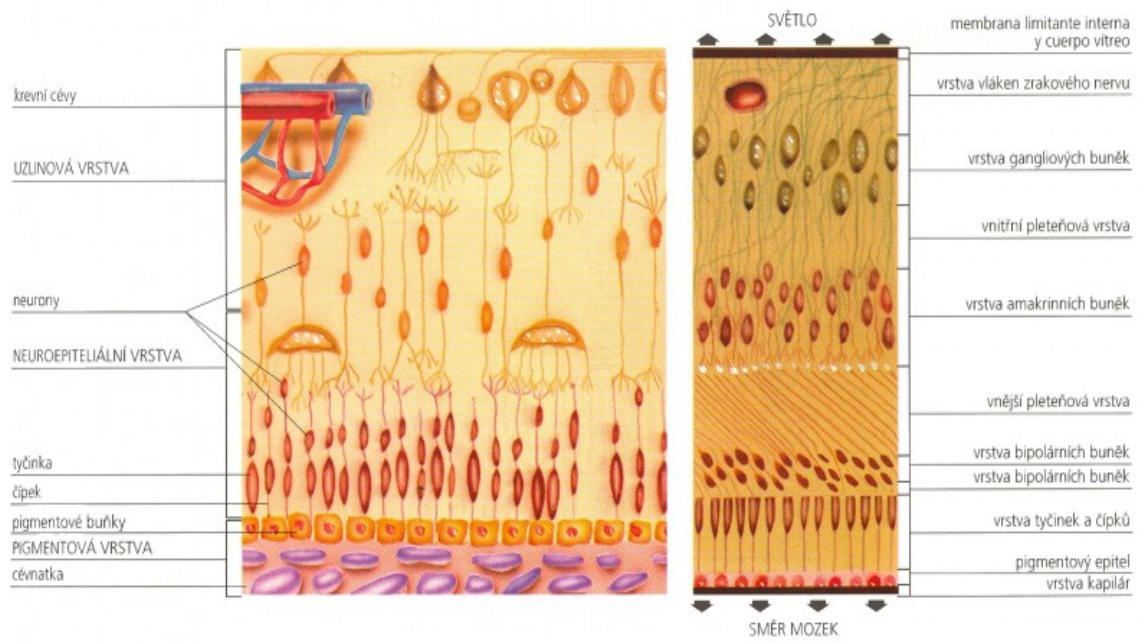
1. Horizontální řez okem
2. Řez sítnicí
3. Odchlípení sítnice
4. Optotypy – Snellenův, logMar
5. Tabulka
6. Ošetřovatelská anamnéza
7. Plán ošetřovatelské péče
8. Barthelův test
9. Stupnice rizika pádu - Morse
10. Přehled léků uvedených v bakalářské práci
11. Pobyt nevidomého pacienta v nemocnici

Horizontální řez okem



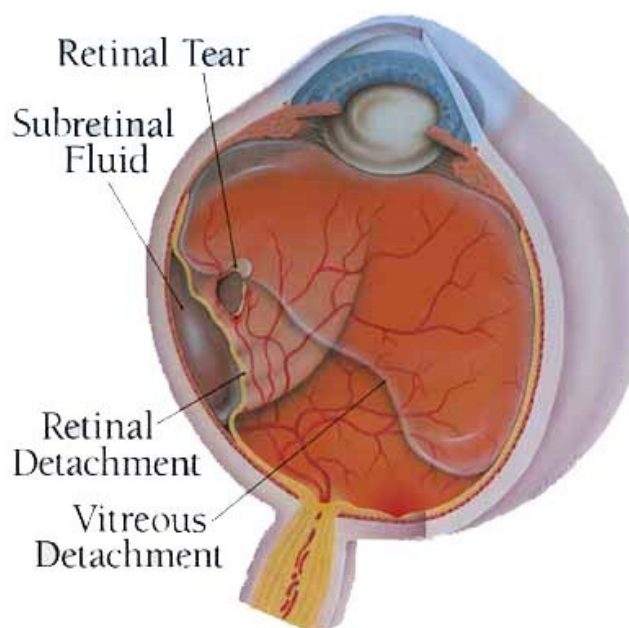
Zdroj: Atlas Anatomie, nakl. Svojtka a Vašut, Praha 1996, str. 59

Řez sítnicí

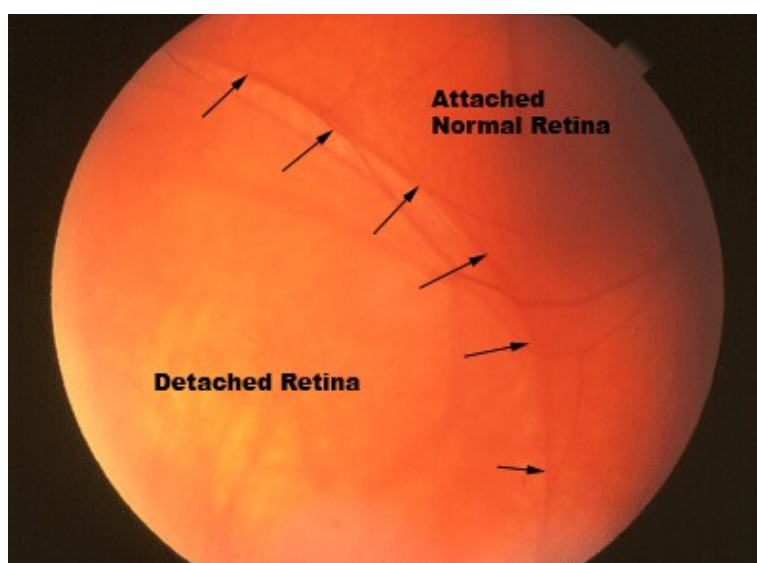


Zdroj: Atlas anatomie, nakl. Svojtka a Vašut, Praha 1996, str. 59

Odchlípení sítnice

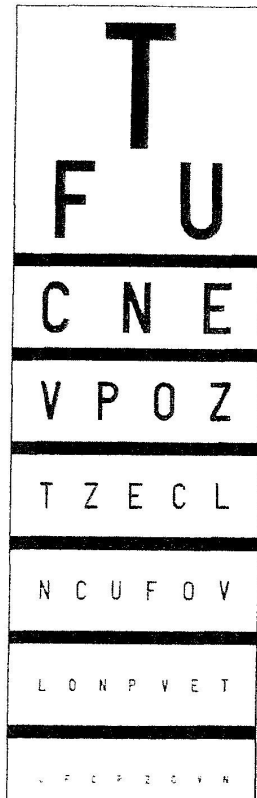


zdroj: <http://familymedicinehelp.com/wp-content/uploads/2010/11/retinal-detachment.jpg>

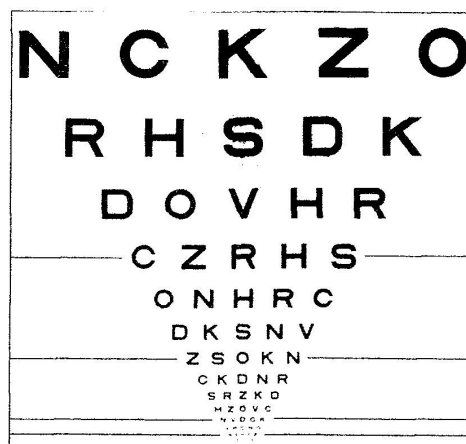


zdroj: <http://www.floridalionsfoundation.org/Retinal%20Detachment.htm>

Optotypy



Snellenův optotyp



LogMAR

Možnosti zápisu zrakové ostrosti

Snellenovy optotypy systém:		MAR	logMAR	Desítková soustava
metrický	nemetrický (USA, UK)			
6/60	20/200	10	1.0	0.10
6/48	20/160	8.0	0.9	0.13
6/38	20/125	6.3	0.8	0.16
6/30	20/100	5.0	0.7	0.20
6/24	20/80	4.0	0.6	0.25
6/19	20/60	3.2	0.5	0.32
6/15	20/50	2.5	0.4	0.40
6/12	20/40	2.0	0.3	0.50
6/9	20/30	1.6	0.2	0.63
6/7.5	20/25	1.25	0.1	0.80
6/6	20/20	1.00	0.0	1.00
6/4.8	20/16	0.80	-0.1	1.25
6/3.8	20/12.5	0.63	-0.2	1.58
6/3.0	20/10	0.50	-0.3	2.00

Podle: <http://webvision.med.utah.edu/book/part-viii-gabac-receptors/visual-acuity/>

Pozn.: Zvýrazněný řádek = vÍzus zdravého emetropického oka

Ošetřovatelská anamnéza

Zdroj: 3. LF UK, Ústav ošetřovatelství

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení: *J.P.*
Věk: *33 let*
Vyznání: *bez vyznání*
Povolání: *provodní v hotelu s restaurací*
Národnost: *česka*
Osoba, kterou lze kontaktovat: *partnerka, rodiče*
Oslovení: *p. pan. P.*

Datum přijetí: *25. 10. 2010*
Hlavní důvod přijetí: *plánovaná transplantace rohovky*
Datum a kam propuštěn: *12. 11. 2010, domů*

Lékařská diagnóza:

- neovaskularizace rohovky pravého oka*
- zánětlivá sítnice - zjištěno při přejmu*
- nutriční skleróza*
- atopický ekzém*

Jak je nemocný informován o své diagnóze? *ano*

Osobní anamnéza: *ve 20 b letech úraz levého oka - nyní amaurotická, atopický ekzém, astma bronchiální (od 3 let), četné operace obou očí (katarakta, vitrektomie, keratoplastika), od r. 2007 nutriční skleróza*

Rodinná anamnéza: *oba rodiče i bratr ažij z oftalmologického hlediska bezvýznamná*

Vyšetření: *oční - biomikroskopie, UZ - B scan, vizus, nitrooční tlak, EKG, RTG srdce a plic, KREV (krevní obraz, diferenciál, biochemie, hemokoagulace, sedimentace), moč (biochemie), INTERNÍ, MĚSÍČNÍ LABORATORIE*

Terapie: *indikována operace keratoplastika + pars plana vitrektomie, práčková medicína*
a) *perorálně: Proctium Ginko Extra 1tbl 1x/d, Xyval 5mg 1tbl 2x denně ráno při pohybu, po operaci Equoral 100mg 1tbl 2x denně*
b) *intraoční: Interferon Beta 1 ampule (pondělí, středa, sobota)*
c) *lokálně do pravého oka Solcoseryl gel 3x denně*

Důležité informace o stavu nemocného:

polymorbní pacient, monokulius - pouze číhly zraku na pravém oku, aplikace interferonu beta - 3x týdně (pondělí, středa, sobota - večer)

Alergie: jídlo Ne Ano pokud ano, které.....
léky Ne Ano pokud ano, které... *Aspirin, Zyrtec*
jiné Ne Ano pokud ano, které... *pračky, pyl, Staphylococcus, staphylococcus*

Nemocný má u sebe tyto léky: *Prokabin, Ginko, F. Na, Tydol, Splicucept, Interferon Beta*

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada).....

*Je při vědomí, orientován časem, místem i prostorem,
je klidný a spolupracuje.*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

*Žije s partnerkou v rodci,
má 1 dítě, další děti.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?... *č. plánované operaci*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?... *vše začalo úrazem rány*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?... *ano, velmi*
je m. zcela odkázán na pomoc blízkých
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane?... *snad se zlepší příběh*
nemocnění právě oka
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici?... *je to známá tady*
6. Jak dlouho tu podle Vás budete?... *týden až dva?*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý?... *s rodiči, partnerkou a dcerou*
já jsem závislý na nich
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?... *rodiče, partnerka, bratr*
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu?... *bratři si dělat*
starosti
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat?...
Ano, všichni z rodiny, praxe!
11. Co děláte rád ve volném čase?...
Trávím čas s rodinou, práci, u počítače, klenze, ... hudba
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?...
Stejně jako dříve

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? **Ano** **Ne**
pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? **Ano** **Ne**
pokud ano, upřesněte..... *občas bolesti rukou - kvůli roubování; stáří
vci, pokud jsem unavený*

- Na čem je bolest závislá? *aktivita, psychologický stav*.....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? *odpočívám, léky na bolest*.....

- Došlo po naší léčbě k úlevě? **Úplně** **Částečně** **Ne**

- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *dáť léky od bolesti, nechat v klidu*.....

Hodnocení sestry: *Pacient je výrazně citlivý na bolest, snaží ji spát.*
⇒ zajistit adekvátně tlumení bolesti po operaci!

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? **Ano** **Ne** - *zabím*
pokud ano, upřesněte..... *čekám, že po operaci nebudu moct spát*

- Měl jste potíže i doma? **Ano** **Ne**

- Usínáte obvykle těžko? **Ano** **Ne** *ale poudě*

- Budíte se příliš brzy? **Ano** **Ne**
pokud ano, upřesněte.....

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže?.....

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?..... *ne*

- Berete doma léky na spaní, **Ano** **Ne**
pokud ano, které.....

- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ano, pokud jsem unavený*

Hodnocení sestry: *Zabím bez problémů - ty je možné ovládat po operaci*
(bolest, pětikování)

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při umytí? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální / často atopický ekzém
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? .. *krém Excipial* ..
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: *kůžě vyprázdnit bez projevu ekzému. Po koupeli promazávat hydratačním prostředkem*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *pomálek, problémy špatně vidím*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne *ale mimo pokoj jen s doprovodem*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? .. *stejně jako dříve* ..

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *na levé oko více zrakem, pravým jen obrysy*
- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: *výrazně zrakové omezení => zvýšený deficit doplnit
Po operaci po zalepení pravého oka => více pomoci
Pomoc na poranění a pádu*

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? **Ano** **Ne**
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? **Ano** **Ne**
- pokud vyšší (o kolik?)... *asi o 30 kg*
- pokud nižší (o kolik?).....

c) Změnila se vaše váha v poslední době? **Ano** **Ne**
- pokud ano, o kolik kg jste **zhubnul**..... **přibral**.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? **Ano** **Ne**
- Co obvykle jíte?.....

- Je něco, co nejíte? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, co a proč?.....

- Máte zvláštní dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?.....

Hodnocení sestry: *Pac. obzvláště na jídle oceňuje hlavě jeho množství*
?? jídle - nabízet pomoc (nahrávání...)

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil **snížil** **nezměnil**
- Co rád pijete?
 vodu **mléko** **ovocné šťávy**
kávu **čaj** **nealkoholické nápoje**
- Co nepijete rád?..... *mléko, nealkoholické nápoje, kávu*
- Kolik tekutin denně vypijete?..... *2 litry a více*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? **Ano** **Ne**

Hodnocení sestry: *Dostatečný příjem tekutin bez známek dehydratace*

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí?..... 1x denně
- Kdy se obvykle vyprazdňujete?..... většinou ráno po snídani
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil,
Pokud ano, co je to?..... **Ano** **Ne**
- Máte nyní problémy se stolicí?
Pokud ano, jak by se daly řešit?..... **Ano** **Ne**

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?.....
Hodnocení sestry:..... vyprazdňování máte i stolicí bez problémů

7. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte..... astmatický záchvat - jako dítě, naposledy v 9ti letech
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano** **Ne** **Nevím**
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? **Ano** **Ne** - už 10 let
Pokud ano, kolik?.....
Hodnocení sestry:..... Dýchání bez potíží

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?
- Svědí Vás kůže?

Ano Ne
 Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: *kůže bez výrazných problémů, pouze v obličej svědí místa*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?

Ano Ne

Pokud ano, co děláte? *právního*

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?

Ano Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?

Ano Ne

Pokud ano, upřesněte... *rehabilitace kvůli nutnosti sjezdu*

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?

Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *počítač, mobilní telefon, TV, rádio, noviny*

- Můžete něco udělat v jejich uskutečnění? */*

Hodnocení sestry: *Pacient potřebuje kontakt s příbuznými a přáteli, bude mít větší návrat*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem pohlavním životě?

Ano Ne

Pokud ano upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

Ano Ne

Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: */*

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *střední hokejovou*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše dosavadní role manžela(manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?

Ano Ne *už teď je zmenána, neměl by/ dobrý otec*

Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? *partnerka, dítě, další dítě "na cestě"*

- S kým společně žijete? *partnerka, dcera, rodiče*

- Kdo se o Vás může postarat? *partnerka, rodiče, bratr, přátelé*

- V jakém bytě žijete?..... *rodinný dům*
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu?..... **Ano** **Ne**
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu?..... **Ano** **Ne**
- Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?.....
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?.....

Hodnocení sestry: *Důležité je najít vhodnou míru dopomoci, ponechat prostor pro sebepeči. Psychická podpora!*

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

<input checked="" type="checkbox"/> Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
<input checked="" type="checkbox"/> Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	<input checked="" type="checkbox"/> Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
<input checked="" type="checkbox"/> Rychle chápe	Pomalů chápá
Nechápavý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
<input checked="" type="checkbox"/> Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*Polymorbidní pacient s výrazně omezeným arakajm vnímáním.
 Základní úkony sebepeči zvládá sám, větší problém nastane po operaci, kdy vůbec (krevní sterilnímu krytí jedineho vidoucího oka vůbec nevidí).
 Je výrazně citlivý na bolest => dostatečně tlumit po operaci.
 Vysoké nruko pádu / poranění.*

Fyziologické funkce při příjmu:

- krevní tlak : 135/85
- puls : 56
- tělesná teplota : 36,2 °C

Plán ošetrovatelské péče

Zdroj: 3.LF UK, Ústav ošetrovatelství

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jméno, příjmení, r.č., dg.

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče
26. 10.	Riziko vzniku časných pooperačních komplikací Riziko vzniku pooperačních komplikací Riziko vzniku pooperačních komplikací Riziko vzniku pooperačních komplikací Riziko vzniku pooperačních komplikací	včasné odhalení příznaků časných pooperačních komplikací	<ul style="list-style-type: none"> na 2 hodiny po operaci ubrát pacienta na desigátnici pokoj monitorovat fyziologické funkce: cte, oční tlak, krevní tlak, teplo, saturace krevního kyslíkem - SpO₂) kontrolovat opomíchaní námi - pozorování obrysu podržet níže cte oční tlak po poklesu SpO₂ pod 90% podat O₂ kyslíčkovou maskou 2 hod po operaci, po inkubaci ledně přivést pacienta na standardní pokoj 2 hod po operaci zůstat podávat tekutiny po ledětech zapsat signaturu záznam v desánu pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> pacient poskytl je příznaky časných pooperačních komplikací fyziologické hodnoty se pohybují v mezech normy operativní rána je sterilně kryta, cte na nepřesady je 2 hod po operaci byl pacient převezen na standardní pokoj
	AKUTNÍ BOLEST V OBLASTI 3 A 4 MEZÍ OPERAČNÍHO MÍSTNÍ	zmírnění bolesti na hodnotu 3 a méně do 1 hodiny	<ul style="list-style-type: none"> zvezt vhodnou škálu pro měření bolesti seznámit pacienta se způsobem měření bolesti informovat pacienta aby bylo ovládnutí získat se objem sklebovat nevhodnými pojmy pacienta zorganizovat dekompresi charakteru stupňů závažnosti bolesti prekox - 1 bolus slypš 3, podat analgetika cte oční tlak ledně, putání zranění sklebovat účinné podání analgetik informovat lékaře, pokud nebude účinná bolestí dostatečně utlumená zapsat údaje poskytnuté a hodnoty pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> bolus přičinila (slypš 4) bezprostředně po operaci se po informování pacienta analgetika podána do 1 hodiny snížila na velmi nízkou (slypš 1) pacient bolest přivést cte a hlavy (cpe slypš 4) se snížila a do 1 hodiny po podání analgetika pacient usnul

Zdroj: 3.LF UK Ústav ošetřovatelství

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jméno, příjmení, r.č., dg.

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče
	<p>RIZIKO VZNIKU TRAMPLOZEMBOLE MEMEI</p> <p>V souvislosti s operacím výkonem a sníženou pohybovou aktivitou</p>	<p>Věrné naplnění průběžné hemostatické nemocí, pacient zař. preventivní opatrění a průběžná hemostatické nemocí</p>	<ul style="list-style-type: none"> zajistit správné přiblížení kompresivní bandáže dolních končetin, kontrolovat její funkčnost sledovat průběh a teplo dolních končetin časné mobilizovat pacienta seznámit pacienta s příznaky hemostatické nemoci a s preventivními opatřeními cvičení s dolními končetinami, postepová souborá gymnastika dolních končetin zajistit desinfekci hygienou pacienta před ošetrováním pacienta provést hygienickou dezinfekci rukou po zavedení a ošetření příkrasů evakuačních drah dle návodu a zapsat se po každém kontaktu s pacientem sterilizovat místo znečistěnou katétru - znečistění, ubírat kontrolovat, není-li kůže v okolí v případě porušení či poškození garzové klyš provést sterilizaci převaz každé kontrolovat tělesnou teplotu zhlednost akutní rako pádu (Morse) umístet signalizační zařízení v dosahu pacienta početné pomůcky zapsat pacientovi na dostatek míry koléčka postelky nastavit tak aby vedle k základní čistota podlahy a WC nebyla zeta znečistěná ubra čistota podle účelu realizace péče dotázat pacienta na její v pokoj. hl. jak je pacient spokojen po ověření operaci vždy zapsat dopravní 	<p>→ pacient zař. a účinně je preventivní opatření vzniku hemostatické nemoci</p> <p>→ příznaky hemostatické nemoci se neobjevily</p> <p>→ místo znečistěno ubírat katétru je kůže, bez znečistění, obdu, bolavé i, pálení</p> <p>→ tělesná teplota není zvýšená</p> <p>→ steriliz. klyš. garzová dráha je suchá, čistá a dobře čist.</p> <p>→ neobjev. k pádu ani k úrazu</p>
	<p>RIZIKO PÁDU A PORANĚNÍ</p> <p>V souvislosti s postupem imobilizací a výkonem v celkové anestezii</p>	<p>minimalizace rizika pádu a poranění</p>		

Zdroj: 3. LF UK, Ústav ošetrovatelství

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jméno, přijetí, r.č., dg.

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče
	<p>NEURASTENIE SEBEPŘÍČE V důsledku spornosti ke výkonu a pomocí známých vinníků.</p>	<p>úspěšně "převzít" v oblasti a) vypracování a) myšlen b) příjmu práva a) tekutiny c) občerstvení</p>	<ul style="list-style-type: none"> • znechotit abnormální sítěpí soběstřednosti (Bachy) • informovat pře o úlevě s významného zvládnutím • aktivně nabízet pomoc <p>a) • na z hod po operaci zajistit k léčbě množství látek, informovat pacienta</p> <ul style="list-style-type: none"> • po jejím použití umožnit pacientovi vypracování • zajistit dostupnost součástí na vypracování • zajistit dostupnost od kempolky a na ne • informovat pacienta o úlevě pomůck • po vyšetření, nepřeměňovat je ke jeho režimu • zajistit, zda se pacient schopný provádět jezmetivě úkony výškovy <p>b) • z hod po operaci zabra předání tekutiny po krevních</p> <ul style="list-style-type: none"> • tekutiny nalez do hrudky, informovat pacienta o jeho úlevě • zjistit, zda si pacient přeje jíst • zjistit přísavku jídla na jeho informovat pacienta o stavu jídla • pomoci s nakrájením jídla • popsat voličem jídla na talíři pomoci otěel jídla na nahrazení výživu • zjistit podporu která zvládnutí krevních tímě po stěhu 	<p>→ problémy pana P. byly spíše → co nejvíce úlevě sebepeč se snažil zvládnut sám bylo mu příjemné být zeta vložkou na pomoci zvládnutí krev převzít.</p>

Zdroj: 3.LF UK Ústav ošetřovatelství

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jméno, příjmení, r.č., dg.

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče
	<p>NARUŠENÁ SPÁNEK z důvodu bolesti a poruch režimu spánku</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pacient spí klidně 4 hodiny bez přerušení 	<p>c) • umístění pacienta, aby si vybral oblíbené, které mu vyhovuje</p> <ul style="list-style-type: none"> • při překážkách zajistit soukromí • pomoci pacientovi se sblížením a oblékáním • zkontrolovat, zda je pacient upravený, napravit případné nedostatky • zajistit optimální podmínky pro užívání a spánek • pomoci pacientovi upravit požadovanou polohu • před usnutím provést analgetika ke snížení bolesti • pokud pacient ve 3hod. nesí, počkat na rozložení hypnotika • v noci při kontrolování naorientované polohy minimalizovat rušení pacienta • minimálně 1x za hodinu kontrolovat dechovými polohy 	<p>→ CA nebyl splněn. Pan P. není zvyklý spát na břiše. V noci se častěji budí a z. musí být vloženo, aby se mohl do správné polohy. Léčno se cítí unavený</p>

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

26. 10.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

656

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

25. 10.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

906

Stupnice rizika pádů (Morse)

Příjem: 25. 10.

1. Pád v anamnéze, nynější nebo v posledních 3 měsících	Ne 0 Ano = 25
2. Přidružené diagnózy	Ne = 0 Ano = 15
3. Pomůcky k chůzi	Žádné, klid na lůžku, kolečkové křeslo, pomoc zdravotní sestry = 0 Berle, hůl, chodítka = 15 Nábytek = 30
4. Intravenózní vstup	Ne 0 Ano = 20
5. Chůze, pohyb	Normální, klid na lůžku, imobilní = 0 Slabá = 10 Porušená = 20
6. Duševního stav	Vědom si svých schopností = 0 Zapomíná na svá omezení = 15

Celkem: 55b.

Den operace: 26. 10.

1. Pád v anamnéze, nynější nebo v posledních 3 měsících	Ne 0 Ano = 25
2. Přidružené diagnózy	Ne = 0 Ano = 15
3. Pomůcky k chůzi	Žádné, klid na lůžku, kolečkové křeslo, pomoc zdravotní sestry = 0 Berle, hůl, chodítka = 15 Nábytek = 30
4. Intravenózní vstup	Ne = 0 Ano = 20
5. Chůze, pohyb	Normální, klid na lůžku, imobilní = 0 Slabá = 10 Porušená = 20
6. Duševního stav	Vědom si svých schopností = 0 Zapomíná na svá omezení = 15

Celkem: 75b.

Úroveň rizika	Skóre
Bez rizika	0 - 24
Nízké riziko	25 - 50
Vysoké riziko	> 50

Podle: Joint Commission Resources: *Prevence pádů ve zdravotnictví, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*, Grada, Praha 2007, str. 79

Přehled léků uvedených v bakalářské práci

Informace, není-li u léku uvedeno jinak, jsou čerpány z on-line databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv:

<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

APO-IBUPROFEN 400 mg = *nesteroidní antirevmatikum, analgetikum, antipyretikum*, potahované tablety

Indikace: symptomatická léčba zánětlivých a degenerativních kloubních chorob, např. revmatoidní artritida nebo osteoartróza, distorze kloubů, zhmoždění pohybového aparátu, při horečnatých stavech a zánětlivých onemocněních horních cest dýchacích, bolestech zad, hlavy, zubů

Nežádoucí účinky: pocit na zvracení, zvracení, pálení žáhy, průjem, zácpa, nadýmání, bolest v nadbřišku, bolest hlavy, závrať, zánět sliznice žaludku, žaludeční nebo dvanáctníkový vřed, krvácení z trávicího traktu, proděravění sliznice trávicího traktu, alergické reakce jako horečka, vyrážka, poškození jater, ledvin

ATROPIN 0,5mg = *parasympatolytikum*, injekční roztok

Indikace: premedikace před celkovou anestézií (snižuje sekreci v respiračním ústrojí, upravuje frekvenci tepu a arteriální tlak v průběhu celkové anestézie), antidotum při intoxikaci inhibitory acetylcholinesterázy a jinými parasympatomimetickými látkami, bradykardicko-hypotenzivní syndrom při akutním infarktu myokardu s postižením spodní a zadní stěny myokardu

Nežádoucí účinky: útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, porucha akomodace, fotofobie, tachykardie, retence moče, bolesti hlavy, obstipace. Ve vyšších dávkách hypertermie vyvolaná blokadou pocení, záškuby až svalové křeče, halucinace, zmatenost až ztráta vědomí.

COSOPT = *antiglaukomatikum*, oční kapky

Indikace: snížení zvýšeného nitroočního tlaku u pacientů s glaukomem

Nežádoucí účinky: pálení a bodání v oku, zčervenání oka, rozmazané vidění, slzení a svědění oka, pocit hořkosti v ústech, vzácně dušnost

EQUORAL 500 mg = *imunosupresivum*, měkká tobolka

Indikace: k prevenci rejekce transplantovaného orgánu (ledviny, játra, srdce, plíce, slinivka břišní a kostní dřeň) a reakce mezi příjemcem a transplantátem po transplantaci kostní dřeně, léčba autoimunitních onemocnění: nitroočního zánětu (endogenní uveitidy), nefrotického syndromu, revmatoidní artritidy, psoriázy, atopické dermatitidy.

Nežádoucí účinky: třes, zhoršení funkce ledvin, zvýšený krevní tlak, bolest hlavy, zvýšení hladiny krevních tuků, brnění, nechutenství, nucení na zvracení, průjem, bolesti žaludku, otoky dásní, poruchy jaterních funkcí, zvýšené hladiny kyseliny močové nebo draslíku v krvi, snížené hladiny hořčíku v krvi, svalová bolest nebo křeče, zvýšené ochlupení a únava.

Poznámka: v průběhu dlouhodobé léčby přípravkem Equoral je nutné sledování ukazatelů funkce ledvin (plazmatické hladiny kreatininu, urey, kyseliny močové), funkce jater, monitorování krevního tlaku a hladin draslíku v séru.

HYDROCORTISON 100 mg = *kortikosteroid*, prášek pro přípravu injekčního roztoku

Indikace: Endokrinní onemocnění, primární nebo sekundární nedostatečnost kůry nadledvin, systémový lupus erythematosus, alergické stavy, asthma bronchiale, anafylaktické reakce, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, thyreotoxická krize, akutní stavy spojené s nedostatečností kůry nadledvinek

Nežádoucí účinky: kožní vyrážka, otoky v obličeji nebo dušnost a potíže s dýcháním, akutní pankreatitida, perforace žaludečního nebo duodenálního vředu, může potlačit nebo změnit příznaky některých infekcí, snížit odolnost k infekcím, plicní embolie, zánět žil

INTERFERON BETA = injekce

Indikace: léčba roztroušené sklerózy (snižuje míru relapsů a progresi invalidity)

Nežádoucí účinky: příznaky chřipkového syndromu, pacient může mít několik hodin po aplikaci zimnici, bolesti ve svalech a kloubech, zvýšenou únavu.

Poznámka: chřipkový syndrom je možné zvládat podáváním nesteroidních antirevmatik (ibuprofenu či paracetamolu) v době vpichu a v případě objevení se některého z příznaků. Syndrom odezní většinou po několika hodinách.

(zdroj: http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/interferon_beta.html)

MAXITROL = kombinace antibiotika (*neomycin a polymyxin B*) a glukokortikoidu (*dexamethason*), oční kapky nebo oční mast

Indikace: záněty oka citlivé na glukokortikoidy, které jsou provázeny bakteriální infekcí, nebo u nich existuje riziko bakteriální infekce oka.

Nežádoucí účinky: alergické reakce projevující se svěděním, řezáním a zarudnutím kůže víček, při dlouhodobém používání může vyskytnout zvýšení nitroočního tlaku, glaukom, riziko perforace rohovky, zpomalení hojení ran a vzácně může dojít ke vzniku katarakty

MIDAZOLAM 5 mg = *benzodiazepin*, injekční roztok

Indikace: sedativum před diagnostickými nebo léčebnými výkony, jako sedativum při úvodu do celkové anestézie, součást kombinované anestézie, sedativum v intenzivní péči

Nežádoucí účinky: srdeční zástava, změny srdeční frekvence, pokles krevního tlaku, rozšíření krevních cév, útlum dýchání či zástavu dechu, dechovou tíseň, křeč hlasivek.

NOVALGIN = *analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum*, injekční roztok nebo tablety

Indikace: silná akutní nebo chronická bolest, horečka nereagující na jinou léčbu

Nežádoucí účinky: kožní a slizniční příznaky (svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky), dušnost a méně často trávicí potíže, otoku (včetně otoku hrtanu),

těžké křeče průdušek, poruchy srdečního rytmu, pokles krevního tlaku, akutní zhoršení funkce ledvin, v místě vpichu injekce se může objevit bolest a místní reakce, zánět žil

PROTECTUM GINKO EXTRA = *nutriční přípravek, multiantioxidanty* (lutein, zeaxantin, ginko biloba, zinek)

Zlepšuje výživu očí a posiluje jejich ochranný systém.

Má velmi dobrou snášenlivost.

(čerpáno z příbalového letáku nutričního přípravku)

REFRESH = umělé oční slzy, oční kapky

poskytuje úlevu pro podrážděné oko, speciální složení zabraňuje vyschnutí oka a eliminuje tak možnost vzniku syndromu suchého oka, kapky odstraňují podráždění způsobené prachem, oslněním, pyly, vzdušným znečištěním a dlouhodobou námahou. Složením jsou velmi podobné lidským slzám.

(čerpáno z příbalového letáku)

SOLCOSERYL = oční gel

Indikace: léčba onemocnění a poranění rohovky a spojivky oka

Nežádoucí účinky: pálení v místě aplikace, alergie, projevující se jako překrvení, pálení, svědění nebo otok.

SYNTOPHYLLIN = *bronchodilatancium*, injekční roztok

Indikace: bronchiální astma, chronická obstrukční plicní nemoc

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolesti hlavy, neklid, nespavost, méně časté jsou palpitace a závratě, vzácně hemateméza nebo meléna, exantém, při vyšších plazmatických koncentracích mohou vzniknout epileptické záchvaty, po rychlé intravenózní injekci se může objevit hypotenze.

TOBRADEX = kombinace antibiotika (tobramycin) a kortikoidu (dexamethason), oční kapky

Indikace: zánětlivá oční onemocnění, reagující na léčbu steroidy, pro která jsou indikovány kortikosteroidy a při kterých hrozí povrchová bakteriální infekce nebo riziko bakteriální oční infekce.

Nežádoucí účinky: bolest oka, podráždění oka, nepříjemné pocity v oku, oční alergie, zvýšený tlak v oku, zánět oka, zánět povrchu oka s poškozením povrchu, svědění oka, svědění očního víčka, zčervenání očního víčka, rozmazané vidění, otok oka, suché oko, otok očního víčka, zvýšená produkce slz, špatná nebo hořká chuť, bolest hlavy, spasmy hlasivek, nosní sekrece, glaukom, šedý zákal, citlivost na světlo, závrať, zvracení, nevolnost

XYZAL 5 mg = antialergikum, potahované tablety

Indikace: léčba onemocnění (příznaků) spojených s alergickou rýmou (včetně perzistující alergické rýmy), chronickou kopřivkou neznámého původu (chronická idiopatická urtikarie).

Nežádoucí účinky: sucho v ústech, bolest hlavy, únava a ospalost/malátnost, vyčerpání a bolesti břicha, palpitace, křeče, poruchy vidění, otoky, svědění, vyrážka, kopřivka, dušnost, zvýšení tělesné hmotnosti, bolest svalů, agresivní nebo nervózní chování, hepatitida, změna jaterních funkcí a nevolnost.

Příloha č.11

Amos, B. et al.

Pobyt nevidomého pacienta v nemocnici

Převzato z publikace sdružení Okamžik: Váš nevidomý pacient, str. 42-49

dostupné on-line na:

http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Publikace/PDF_ke_stazeni/Vas_nevidomy_pacient.pdf



K nejspíš nejhorší situacím pro nevidomého pacienta bude nejspíše patřit dlouhodobý pobyt v nemocnici, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v lůžkách nebo jiném podobném zařízení. Jaké otázky mu mohou přicházet na mysl:

- Jak ke mně bude personál nemocnice přistupovat?
- Nebudu považován za nesvéprávného nebo třeba naopak za člověka, který žádou pomoc vidících nepotřebuje?
- Seznámí mě někdo s objektem a prostorami, kde bych se měl pohybovat?
- Pokud to bude zapotřebí, doprovodí mě někdo tak, aby to nebylo nepříjemné oběma stranám?
- Budu mít možnost používat své pomůcky, třeba přenosný mluvící počítač?
- Jak to bude probíhat při vyšetřeních nebo dokonce v případě operace? Budu o všem závčas informován?
- Jak rozeznám personál, zdravotní sestry od lékařů, svého ošetřujícího lékaře a podobně?
- Budou zdravotní sestry dávat pro mne na stejné místo jídlo, léky a jiné předměty, abych je mohl najít sám?
- Bude někdo schopen mi poradit ohledně toalety, jídelny, společenské místnosti a jiných prostor?
- Budu mít možnost volně se pohybovat tam, kde to zvládnu, poskytnete mi někdo doprovod tam, kam to nezvládnu?
- Jak se vyznám v léčičích, jak ohlížím procedury a vyšetření, budu mít možnost seznámit se s tištěnými materiály nemocnice?
- Budu mít možnost využívat služby, jako je kadeřník, obchod apod.?

Pobyt v nemocnici obvykle patří mezi náročné životní situace. Člověk se ocitá v neznámém prostředí, jehož pravidlům se musí přizpůsobit, prochází vyšetřeními, podstupuje různé zákroky, možná má i obavy z diagnózy nebo z léčby. V nemocnici pobývá celodenně, nemůže ji opustit a vrátit se do vlastního prostředí. To vše může způsobovat velké znejištění. Pokud je pacient navíc nevidomý, je mnoho dalších příčin pro pocity nejistoty: s novým prostředím se seznamuje obtížněji, čeká ho řada neznámého. Zatímco domácí prostředí má přizpůsobeno tak, aby vyhovovalo jeho možnostem a potřebám, pobytové zařízení se zrakovým handicapem obvykle nepočítá. Naprostá většina informací má vizuální charakter a je tedy nevidomému nepřístupná. Prostory nebývají bezbariérové, ale mohou být pro nevidomé ho naopak až nebezpečné. V této kapitole se pokusíme nastínit problémy, které může pobyt v nemocnici nevidomému přinášet a nabídneme některé možnosti jejich řešení. I když budeme zmiňovat především nemocnici, situace je velmi podobná v dalších pobytových zařízeních: lázních, léčebnách, rehabilitačních zařízeních apod.

Nástup do nemocnice

Nevidomý člověk se s novým prostředím seznamuje pomaleji než vidící a obvykle k tomu potřebuje pomoc někoho, kdo mu prostor dobře popíše a patřičným způsobem mu umožní „osvojit si ho“. Na tom, jak prostory (prostředí) popisovat, by se měli oba účastníci – tedy nevidomý a vidící – dobře dohodnout. Pomůže vyjasnit si a používat jednoznačné pojmy, na které je nevidomý zvyklý. Nehodí se neurčitě výrazy jako „tady“, „kousek dál“ apod. Ideálním řešením by bylo seznámení s prostředím za pomoci instruktora prostorové orientace a samostatného pohybu nevidomých. Reálnější řešením může být pomoc zkušeného sociálního pracovníka nebo poučeného laika. Tato informovaná osoba s nevidomým prostředím projde, upozorní ho na úskalí a pomůže mu najít potřebné trasy, tj. orientační linie a body a jiné prvky důležité pro jeho orientaci a samostatný pohyb.

To, že nemá člověk možnost přijímat informace vizuálně, klade velké nároky na paměť. Zorientovat se v nemocničním pokoji znamená zapamatovat si celé jeho uspořádání. Nástup do nemocnice nebo jiného pobytového zařízení znamená pro nevidomého příliv nových informací, které navíc nejsou vždy v takové podobě, aby jim mohl porozumět.

Informace, které jsou v písemné podobě

Řada informací (např. informovaný souhlas, dokumenty na nástěnkách) je pacientům k dispozici v písemné podobě. Ta je pro nevidomého samozřejmě méně nedostupná. Předkládáme tedy některá řešení:

- pokud nevidomý využívá notebook nebo jinou obdobnou pomůcku, je možné dodat mu na místě informace v elektronické podobě;
- pokud má zvukový záznamník: namluvit informace do něj;
- požádat o přečtení někoho blízkého v rámci návštěv, případně jiného pacienta.

Orientace na pokoji

Nevidomého je zapotřebí seznámit s uspořádáním pokoje, ve kterém bude přebývat. Toto seznámení by měl provést někdo, kdo s tím má zkušenost, například příbuzný nebo doprovázející sociální pracovník. Nevidomý sám může být dobrým poradcem pro vidícího, který takovou zkušenost nemá.

Co může patřit do popisu dané místnosti: tvar, velikost, umístění dveří, oken, důležitých předmětů jako je zvonek na personal, uspořádání nábytku, věšáku, umístění pravidelně vyměňovaných předmětů, jako jsou léky apod.

Při popisu postupujeme od celku k jednotlivostem, od obecného ke konkrétnímu, od velkých předmětů k malým a jejich vzájemným souvislostem atd. V rámci tohoto popisu je nutné se vyvarovat označení jako „tady, tam“ a naopak být konkrétní: „po vaší levé straně, v levém rohu“. Dále je nutné upozornit na případná nebezpečí (např. předměty trčící do prostoru, umístěné na stolcích, architektonické prvky překážející ve volném pohybu, různé výstupky).

Pokud nevidomý pacient zažádá o nadstandardní pokoj (samostatný s vlastním sociálním zařízením), bylo by od nemocnice vstřícné vyhovět mu, je-li to v jejich možnostech. Má potom šanci více si uzpůsobit prostředí svým potřebám a jednodušší možnost přístupu k sociálnímu zařízení. Zároveň mu ostatní pacienti nenarušují jeho pořádek ve věcech a prostoru.

Jídlo a léky

Personál nemocnice přiděluje pacientům každodenně jídlo a léky. Pokud se jídlo nerozdává zvlášť každému jednotlivě (je zvykem odkládat ho na společný stůl), může mít nevidomý pacient problém poznat svou porci. Důležitě je to především v případě, kdy se jedná o dítě (např. kvůli dietě) liší. Samotná konzumace jídla patří k nejobtížnějším dovednostem nevidomého člověka, zejména pokud jde o jídla, která vyžadují dobrou souhru zraku a jemné práce rukou s přiborem (ryby, jídla sestávající z více součástí, omáčky hrožící znečištěním). Cennou pomocí může být vstřícný personál, který se s nevidomým dohodne na způsobu popisu jeho porce na talíři. Pro některé nevidomé bude nezahánějící praktickou pomocí zvláštní naporcování jídla tak, aby ho mohl konzumovat jen ližící. U jednotlivců krátce po ztrátě zraku nelze předpokládat dobré zvládnutí různých dovedností potřebných k stravování v kolektivu a současně může být stravování velmi stresujícím prokem vedoucím k odmítnutí stravy na minimum potřebné k překonání hladu. Proto je velmi vhodné o stravování s nevidomým pacientem komunikovat volně a třeba i ve chráněném prostředí (mimo ostatní pacienty).

U léků by byla případná záměna ještě závažnější. Kromě záměny léků může nastat ještě další situace nepřijemná pro pacienta, který nemá možnost zrakové kontroly. Pokud je zvyklý na opakovaně podávané léky, které již rozezná hmatem, velmi ho znejistí situace, kdy se určitý lék při stejném dávkování změní (např. jiný výrobce vyrábí stejný lék v jiném tvaru, jedna tableta je nahrazena dvěma tabletami s nižší silou). V případě takové změny je nutné pacienta informovat. Pokud má pacient svůj vlastní zásobník léků označený Braillovým písmem, pak je velmi vhodné umožnit mu jeho používání a dohodnout se na pravidlech, která bude personál respektovat.

Pohyb v zařízení

Nemocniční budovy bývají obvykle komplikovaně uspořádané, se spoustou nástrah pro člověka, který nevidí. Překážkou, o kterou se může zranit je např. pojízdný stolek, na němž sestry rozvázejí léky, či mokrá podlaha po vyféní. Jako účinné opatření může být probrání těchto nebezpečí s nevidomým pacientem nebo s jeho zkušeným průvodcem a seznámení personálu s těmito nebezpečími, popřípadě organizační opatření po dobu pobytu

nevidomého na příslušném oddělení (nezanechávání pojízdných stolků na chodbě, odklizení velkých květináčů z obvyklé trasy nevidomého jdoucího po chodbě).

Při svém pobytu v nemocnici mohou být pacienti odesláni na vyšetření mimo oddělení, na kterém leží. Pro nevidomého, který se nemůže orientovat pomocí nápisů a šipek, by to byl nejspíše zcela nereálný nebo velmi obtížný úkol i s případným popisem trasy. V tomto případě bude zřejmě jedinou možností osobně doprovodit pacienta. Správná technika doprovodu má svá pravidla, která uvádíme na konci kapitoly Od vrátnice k ordinaci.

Používání kompenzačních pomůcek

Většina nevidomých používá ve svém každodenním životě řadu kompenzačních pomůcek, které jim usnadňují vykonávání různých činností. Tyto pomůcky jsou buď zvukové nebo hmatové. Dodnes řadu lidí překvapí, že nevidomí mohou používat počítač. Umožňuje jim to hlasový nebo hmatový výstup. V případě hlasového výstupu čte počítač text a náhradními textovými popisy opatřené grafické prvky. Hmatový výstup (Braillovský řádek) poskytuje totéž, ale na hmatném displeji prostřednictvím Braillova písma. Další ozvučené pomůcky jsou např. mobilní telefon, hodinky, indikátor vodní hladiny (pro nalévání nápojů). Mezi kompenzační pomůcky využívající hmat patří především bílá hůl. Do pobytového zařízení si nevidomý pacient může vzít některé kompenzační pomůcky s sebou, personál by tím tedy neměl být zaskočen.

Orientace mezi lidmi

Nevidomý pacient si nepřečte cedulku na plášti ani nerozezná lékaře či zdravotní sestru podle uniformy. Při komunikaci s nevidomým je tedy nutné se vždy představit. Své blízké a lidi, se kterými se často setkávají, rozeznají nevidomí podle hlasu. V nemocnici se však setkají s řadou nových lidí a rozlišení podle hlasu pro ně může být velmi obtížné. Proto je dobré představit se opakovaně vždy, když zdravotník s nevidomým hovoří. Když zdravotník mluví k nevidomému, měl by ho oslovit na začátku jménem, aby dotyčný poznal, že informace je určena právě jemu. V nepřehlednějších situacích (hlučné prostředí, více lidí pohromadě) může být oslovení doplněno taktním

dotekem na předloktí či paži nevidomého, nikoliv však rázným uchopením, které působí nepříjemně a u někoho může vyvolat úlek a stres. Při ukončování rozhovoru s nevidomým (obzvláště ve skupině lidí) nebo při odcházení z místnosti, kde nevidomý zůstává, je dobré tyto skutečnosti oznámit, např. „odcházíme“ nebo „teď už se obracím na vašeho souseda“. Každý nevidomý nejspíše zažil nepříjemnou situaci, kdy hovoří k osobě, která od něj ve skutečnosti již odešla.

Lékařské úkony

Lékařská vyšetření mohou být doprovázena pacientovou obavou. Obava je o to větší, pokud pacient netuší, co se právě děje, ani co se bude dít. Zde je velká úloha zdravotníka – informovat více než jiné pacienty, včetně popisu toho, co probíhá, ale nevidomý to nevidí: lékař prohlíží zprávu, chystá se použít nějaký nástroj, zdravotní sestra chystá infuzi. Zejména s dostatečným předstihem před okamžikem, kdy bude následovat zákrok (např. aplikace injekce), je důležité, aby to nevidomý pacient věděl předem a nelekl se. Při zanedbání dostatečně věcného a dobře načasovaného popisu chystaného úkonu může v některých případech dojít k úrazu, poškození materiálu či techniky.

Vodící pes ve zdravotnickém pobytovém zařízení

Možnou přítomnost vodícího psa je nutno řešit dříve, než k pobytu pacienta dojde. Pobytu psa mohou bránit hygienické důvody, zejména v případě nemocnic. U ostatních pobytových zařízení (lázně, rehabilitační zařízení) je situace různá. Zkušenosti držitelů vodících psů jsou velmi individuální. Záleží jak na vstřícnosti daného zařízení, tak na přístupu majitele vodícího psa. Zejména u lázni se vyskytuje specifický problém tam, kde pobývá klientela z muslimských zemí, kde je pes považován za „nečistý“ zvíře. Na nepochození někdy narážejí držitelé vodících psů, kteří chtějí mít při pobytu v zařízení jak průvodce, tak vodícího psa. Přítomnost vodícího průvodce odůvodňují pomocí, kterou pes nezastane (čtení, orientace v neznámém prostředí, pomoc při vyřizování). Zároveň se obávají dlouhodobě opustit psa, o kterého se zavázali celodenně pečovat a který při dlouhodobém odloučení zapomíná své návyky.

Hlavním důvodem, proč umožnit přítomnost vodícího psa, je větší samostatnost a psychologická pohoda nevidomého pacienta. Obojí je prospěšné jak nevidomému pacientovi, tak personálu pobytového zdravotnického zařízení. Problematice vodících psů ve zdravotnických zařízeních se více věnuje samostatná příloha této kapitoly.

Jak přistupovat k pobytu nevidomého pacienta ve zdravotnickém zařízení:

- Počítejte s tím, že nevidomý pacient bude potřebovat z důvodu svého handicapu specifickou pomoc.
- To nic nemění na základním faktu, že nevidomý pacient je rovnoprávným členem s právem rozhodovat o svých záležitostech.
- Největší problémy bude nevidomému pacientovi pravděpodobně způsobovat získávání informací a samostatný pohyb.
- Žádné pobytové zařízení nejspíš nebude ideálně bezbariérové. Každý nevidomý má však své individuální schopnosti, jak bariéry zvládat. Spolupracujte s ním tak, aby mohl být v co největší míře samostatný. Tam, kde potřebuje pomoc, poskytněte ji.
- Domluvte se s nevidomým pacientem, abyste zjistili jeho možnosti a potřeby. To pak povede k lepšímu porozumění na obou stranách.