

Ošetrovatelská péče o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci

Jana Kyseláková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana Kyseláková**
Osobní číslo: **H18003**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci**

Zásady pro vypracování

Studium odborné literatury.

Vymezení významu cévnatky, její možné úrazy a onemocnění.

Zmapování medicínských přístupů k léčbě maligního melanomu cévnatky a realizované ošetrovatelské péče u pacientů s tímto onemocněním, jež vyžaduje enukleaci.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Realizace výzkumu pro posouzení ošetrovatelské péče u pacientů s maligním melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci metodou polostrukturovaného rozhovoru, zpracováním kazuistik a zúčastněného pozorování.

Prezentace výsledků výzkumu a návrhy doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HEISSIGEROVÁ, Jarmila. *Oftalmologie: pro pregraduální i postgraduální přípravu*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2018. ISBN 978-80-7345-580-4.
- KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5079-8.
- LEITMAN, Mark W. *Manual for eye examination and diagnosis*. Ninth edition. Hoboken: Wiley Blackwell, 2017. ISBN 978-1-119-24361-8.
- ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-316-6.
- STUDNIČKA, Jan. *Onemocnění sítnice a cévnatky v praxi*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4945-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 5. 2021

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci. Cílem práce bylo zmapovat řešení problematiky melanomu cévnatky vyžadující enukleaci očního bulbu u vybraných pacientů Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno, se zaměřením na oblast ošetrovatelské péče a edukace těchto pacientů, popř. podat návrhy na změnu v přístupech v uvedených oblastech, které by měly vést k vyšší úrovni zajištění zmíněné péče a edukace.

Řešení práce je postaveno na kvalitativním výzkumu prostřednictvím zpracovaných kazuistik. Ke sběru informací byly využity techniky analýzy dokumentů, přímé pozorování, polostrukturované rozhovory s pěti klienty/pacienty podstupujícími chirurgický zákrok – enukleaci z důvodu melanomu cévnatky.

Z kazuistik vyplynulo, že na vybraném zdravotnickém pracovišti je prováděná perioperační ošetrovatelské péče a edukace na dobré úrovni. Kazuistiky nám však také pomohly nalézt oblasti, kde je možné ošetrovatelskou péčí a edukací pacientů po enukleaci očního bulbu doplnit a zdokonalit. Na tyto oblasti je zaměřen návrh do praxe (mapa péče u pacientů před enukleací a po enukleaci a edukační materiály: edukační záznam, edukační plán, edukační leták na téma: „Průvodce pacienta péčí o oční důlek“ aj.).

Klíčová slova: enukleace, pacient, indikace, perioperační péče, ošetrovatelské intervence, edukace.

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with nursing care for patients who suffer from uveal melanoma and need to undergo enucleation. The aim of the work was to map the solution of the issue of choroidal melanoma requiring enucleation in selected patients of the Eye Clinic of the University Hospital Brno, focusing on the field of nursing care and education of these patients, or make proposals for a change in approaches in these areas, which should lead to a higher level of provision of the mentioned care and education.

The solution of the work is based on qualitative research using the case history method. Techniques of document analysis, direct observation, and semi-structured interviews with five clients/patients undergoing surgery – enucleation, due to uveal melanoma, were used to gather information.

The case reports has shown that perioperative nursing care and education are performed at a good level at the selected health care facility. Furthermore, the case reports also helped us to find areas where it is possible to supplement and improve nursing care and education of patients after eyeball enucleation. The proposal for practice is focused on these areas (map of care for patients before and after enucleation and educational materials: educational record, educational plan, educational leaflet on the topic: "A Patient's Guide to Care of the Eye Socket", etc.).

Keywords: enucleation, patient, indications, perioperative care, nursing interventions, education.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Pavle Kudlové, PhD., za cenné rady a připomínky, které mi byly poskytnuté v průběhu zpracování bakalářské práce. Dále pak bych chtěla poděkovat svým spolupracovníkům z Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno za vstřícný přístup při poskytování odborných konzultací. V neposlední řadě patří díky mojí rodině za podporu v období zpracování práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 CÉVNATKA, JEJÍ VÝZNAM, ÚRAZY A ONEMOCNĚNÍ	14
1.1 VÝBĚR A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH ODBORNÝCH POJMŮ ŘEŠENÉHO PROBLÉMU.....	14
1.2 CÉVNATKA A JEJÍ VÝZNAM V LIDSKÉM OKU	16
1.3 ÚRAZY A ONEMOCNĚNÍ CÉVNATKY	18
1.3.1 Úrazy cévnatky.....	18
1.3.2 Onemocnění cévnatky	20
2 MELANOM CÉVNATKY A MEDICÍNSKÉ PŘÍSTUPY K JEHO LÉČBĚ	22
2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY, PŘÍZNAKY A DIAGNOSTIKA MELANOMU CÉVNATKY.....	23
2.2 TERAPIE	25
2.3 ENUKLEACE A ZPŮSOB PROVEDENÍ.....	26
2.4 MOŽNÉ KOMPLIKACE U PACIENTŮ SPOJENÉ S ENUKLEACÍ	29
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A EDUKACE U PACIENTŮ S MELANOMEM CÉVNATKY UPLATŇOVANÁ NA OČNÍ KLINICE FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO	32
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY	33
3.2 EDUKACE PACIENTŮ	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE, METODIKA A POUŽITÉ METODY	42
4.1 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	42
4.2 METODIKA VÝZKUMU	42
4.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ VÝZKUMU	43
4.4 ORGANIZACE SBĚRU DAT	44
5 KAZUISTIKY PACIENTŮ	45
5.1 KAZUISTIKA Č. 1	45
5.1.1 Anamnéza pacienta M1	45
5.1.2 Katamnéza pacienta M1	45
5.1.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M1.....	48
5.2 KAZUISTIKA Č. 2	50
5.2.1 Anamnéza pacienta M2.....	50
5.2.2 Katamnéza pacienta M2	50
5.2.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M2.....	52
5.3 KAZUISTIKA Č. 3	54

5.3.1	Anamnéza pacientky Ž1	54
5.3.2	Katamnéza pacientky Ž1	54
5.3.3	Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacientky Ž1	56
5.4	KAZUISTIKA Č. 4	58
5.4.1	Anamnéza pacienta M3	58
5.4.2	Katamnéza pacienta M3	58
5.4.3	Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M3	60
5.5	KAZUISTIKA Č. 5	62
5.5.1	Anamnéza pacienta M4	62
5.5.2	Katamnéza pacienta M4	62
5.5.3	Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M4	65
5.6	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ S NELÉKAŘSKÝM ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM OČNÍ KLINIKY (VYBRANÝMI VŠEOBECNÝMI SESTRAMI) A OČNÍ PROTETIČKOU	67
5.7	UPLATNĚNÍ NOVÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	69
6	DISKUSE	72
6.1	ODRAZ ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY VE STANDARDECH A ODBORNÝCH PUBLIKACÍCH, SROVNÁNÍ	72
6.2	OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE	76
6.3	EDUKACE PACIENTŮ	77
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	89
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Zrak patří k nejdůležitějším smyslům člověka. Umožňuje vidění – vnímání světla, barev, pohybu a tvarů. Zdravému člověku zrak zprostředkovává až 80 % všech informací z jeho okolí. Smyslovým orgánem zraku je lidské oko, jež řadíme k párovým orgánům lidského těla. Oko, respektive oči, zároveň patří k nejpohyblivějším orgánům v lidském těle. Lidské oči nemají ovšem jen význam biologický. Oči byly, jsou a do budoucna také stále budou středem pozornosti malířů, autorů krásné literatury, nejrůznějších filmových či hudebních žánrů. Oči již dříve našly rovněž své místo v oblasti folkloru. Barva (popř. i velikost) očí – oční duhovky, může jedinci přidávat na atraktivitě, v řadě případů může mít také význam při výběru partnera. Zmíněná barva rovněž sehrála svou negativní roli v rámci prosazování rasových teorií a ideologií (rasová politika nacistů zkoumající kvalitu rasy podle barvy kůže, vlasů a oční duhovky). Oči, zejména pak samotné oko, má v neposlední řadě své významné místo rovněž v náboženství a s ním spojeným okultismem nebo symbolikou (např. uhranutí). Mohou být také i indikátorem mnoha onemocnění člověka.

Člověk se jen velmi těžko vyrovnává v případě úrazu nebo onemocnění se ztrátou (či jen pouhým omezením) funkčnosti jakéhokoliv svého smyslu – smyslového ústrojí (sluch, chuť, čich, hmat). Stejně tak je tomu i v případě zraku, kde jeho omezení nebo úplnou ztrátu ponese kdokoliv z nás pravděpodobně nejhůře. Adekvátní náhrady, které by stoprocentně dokázaly zastoupit smyslové orgány, včetně oka, se i přes veškerou snahu vědců nepodařilo prozatím zkonstruovat, ale na jejich dalším vývoji se ovšem neustále pracuje. Z toho důvodu náš stát vynakládá nemalé finanční prostředky, mj. i na vědecko-výzkumnou práci v oblasti oftalmologie, která se nezaměřuje pouze na prevenci očních onemocnění a jejich včasného detekování, ale také na výzkum orientovaný na dosažení nových poznatků o mechanismu vzniku těchto onemocnění a co nejefektivnější léčby za podpory nejnovějších metod.

Ke zhoršení nebo ztrátě zraku (úplné slepotě) může dojít vícero způsoby. Slepota může být vrozená nebo získaná (zde pak jako následek úrazu či onemocnění). Některé závažné úrazy nebo onemocnění mohou gradovat takovým způsobem, že u pacientů bude nutné přistoupit k evisceraci u očního bulbu (dále jen eviscerace) nebo enukleaci celého očního bulbu (dále jen enukleace), v ojedinělých případech pak k exenteraci očnice (dále jen exenterace). Pomineme-li úrazy, pak k enukleaci (popř. exenteraci) je nutno někdy přistoupit jako ke krajnímu řešení melanomu uvey. Mezi nejčastější melanomy uvey patří melanom cévnatky.

Již jen samotné onemocnění melanomem cévnatky a případnou následnou částečnou ztrátu zraku (pomineme-li možný následný metastatický proces), nesou samozřejmě pacienti velmi těžce. Navíc pokud se léčba pacienta v konečné fázi neobejde bez enukleace anebo dokonce exenterace, pak se nepochybně jedná ve většině případů o velmi traumatizující záležitost. Zejména proto, že enukleace i exenterace jsou do určité míry mutilujícími chirurgickými zákroky, neboť oční protézy nejsou vždy zcela schopny kosmetický dopad operace eliminovat.

Oční klinika Fakultní nemocnice Brno, kde autorka pracuje, je jedním z mála pracovišť v rámci České republiky, které je schopno diagnostiku a léčbu pacientů s melanomem cévnatky komplexně zajistit a v případě nepříznivé prognózy stádia onemocnění realizovat i enukleaci. Téma bakalářské práce, které se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci, bylo proto navrženo autorkou práce k řešení záměrně. Na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno Bohunice pracuje již od roku 2009. Zpočátku pracovala na pozici všeobecné sestry oční ambulance, následně jako vedoucí sestra ambulantního stacionáře. Dále postoupila na místo staniční sestry lůžkové jednotky, aktuálně pracuje ve funkci vrchní sestry této kliniky. Během svého působení se na tomto pracovišti s pacienty s melanomem cévnatky opakovaně mnohokrát setkala. Zpočátku zejména při vlastní realizaci ošetrovatelské péče, později z pozice staniční sestry, zodpovědné mj. jiné za ošetrovatelskou péči na lůžkové jednotce kliniky a nyní již z pozice vrchní sestry kliniky, zodpovědné za komplexní řízení ošetrovatelské péče na ambulantní části i na lůžkové jednotce. Z tuto dobu ze všech hledisek tedy poznala, jak může být diagnóza tohoto onemocnění a eventuální enukleace pro některé pacienty stresující a s jakými případnými aspekty se musí vyrovnat.

Z tohoto pohledu si je plně vědoma závažnosti uvedeného onemocnění a následků, které přináší. Je si současně (na základě vlastních zkušeností) plně vědoma určitého prostoru, v jehož rámci je možno kvalitativně posunout ošetrovatelskou péči a s tím spojenou i edukaci u těchto pacientů. Tento posun by pak měl u pacientů pozitivně přispět nejen k optimalizaci celkového léčebného procesu, ale i k jejich spolupráci a návratu k plnohodnotnému dřívějšímu životu.

Autorka práce proto skromně předpokládá, že její bakalářská práce bude tak nejenom svým obsahem, ale především aplikací výstupů práce do praxe na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno, přínosem pro nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry) při zabezpečování ošetrovatelské péče o uvedené pacienty a tím i přínosem pro pacienty samotné.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNATKA, JEJÍ VÝZNAM, ÚRAZY A ONEMOCNĚNÍ

Lidské oko patří k nejdokonalejším a zároveň také k nejsložitějším orgánům lidského těla. Svými vlastnostmi a schopnostmi již po staletí přitahuje a rovněž překvapuje vědce z celého světa, kteří se snaží porozumět jeho komplikované struktuře a také mechanismu vidění. Nové poznatky se pak snaží tito vědci využít a přenést z oblasti výzkumné do praxe, kterou např. reprezentuje nejenom vývoj nových fotoaparátů, kamer apod., ale také např. vývoj tzv. bionického oka, (prozatím využitelného u robotů), které by se v budoucnu po vyřešení připojení k nervovému systému mohlo uplatnit jako náhrada lidského oka. Nemalou pozornost vědci rovněž neustále zaměřují na prevenci, vznik, průběh a léčbu onemocnění (nebo poranění) jednotlivých částí lidského oka nebo také na pokusy s transplantacemi celého oka.

Jednou z částí lidského oka, bez jejíž správné funkce nemůže oko naplňovat svou úlohu, je cévnatka. Ke zhoršení její funkce či dokonce k její absolutní dysfunkci může dojít jednak úrazem nebo také onemocněním. Mezi nejzávažnější postižení ovšem bezesporu patří melanom cévnatky, jež může vyústit v enukleaci, v ojedinělých případech dle situace i dokonce exenteraci.

1.1 Výběr a vymezení základních odborných pojmů řešeného problému

V tomto výběru jsou uvedeny základní (stěžejní) pojmy, které jsou využity při řešení daného tématu v rámci bakalářské práce a mají vztah ke struktuře oka a melanomu cévnatky. Tyto vychází především z Velkého lékařského slovníku (Vokurka et al., 2015) a dále z Lexikonu očního lékařství (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008), který byl sice vydán již v dřívější době, ovšem svým rozsahem nebyl dosud překonán. Pojmy jsou z těchto dvou odborných publikací vybírány tak, jak se jevíly uživatelsky přívětivější. Pojmy jsou řazeny abecedně.

Bulbus oční

Bulbus oculi. Oční koule. Je mírně asymetrická a skládá se ze tří vrstev: zevní – bělimy, střední – žilnatky a vnitřní – sítnice. Zadní část oční koule je vyplněna čirou rosolovitou tkání – sklivcem (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 52-53).

Enukleace

Operační odstranění kulovitých ohraničených útvarů (očního bulbu, některých nádorů). (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 117).

Epitéza

Druh náhrady určité části těla, která má pouze kosmetický význam, na rozdíl od protézy, která představuje i náhradu funkční (Vokurka et al., s. 275).

Eviscerace

Odstranění vnitřku, vnitřního obsahu, vnitřních orgánů, tkání. Eviscerace očního bulbu je odstranění vnitřních struktur oka s ponecháním sklerálního obalu např. při endoftalmitidě. (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 122)

Exenterace

Operační odstranění patologického obsahu. Např. exenterace očnice je vyjmutí oka i s celým obsahem očnice. (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 123)

Choroidea

Cévnatka. Součást oka, vrstva mezi retinou a sklérou. Obsahuje krevní cévy vyživující struktury oka a pigment, který absorbuje nadbytek světla, a brání tak jeho rozptýlu (Vokurka et al., s. 443).

Melanom

Zhoubný nádor z pigmentových buněk obsahující melanin. Bývá zejména na kůži, ale může být i na sliznicích či v oku (Vokurka et al., s. 616).

Mutilace

Zmrzačení, znetvoření (Vokurka et al., s. 665).

Oftalmologie

Oční lékařství, obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou očních onemocnění (Vokurka et al., s. 716).

Oculus

Oko. Párový orgán zraku přibližně kulového tvaru, uzpůsobený k přijímání světelných podnětů a jejich přeměně na nervové impulsy, které jsou vedeny do mozku. (Vokurka et al., s. 719-720).

Orbita

Očnice, oční jamka. Kostěný prostor v lebce, v němž je uloženo oko (Vokurka et al., s. 727).

Protéza

Umělá náhrada části těla (končetiny chrupu aj.), která plní funkci chybějícího orgánu. Pro náhrady s pouze kosmetickým významem se někdy užívá termín epitéza (Vokurka et al., s. 832). (Poznámka autorky: V některé odborné literatuře je uváděn místo názvu protéza název **Epitéza** – viz výše.)

Retina

Sítnice. Vnitřní vrstva oka, která obsahuje nervové buňky citlivé na světlo. Tyto buňky převádějí energii dopadajícího světla na nervové vzruchy, které jsou vedeny zrakovým nervem do mozku. Tím je umožněno vnímání obrazu (Vokurka et al., s. 875).

Skléra

Sclera. Bělíma. Je zevní vrstvou oka, na kterou se upínají okoohybné svaly. Je to bílá neprůhledná tkáň, která tvoří asi 80 % pevného obalu oka. Udržuje tvar oka a chrání nitrooční struktury (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 43).

Uvea

Živnatka. Cévnatá pigmentovaná vnitřní část oka, zabezpečující jeho výživu. Zahrnuje cévnatku, duhovku a řasnaté těleso (Vokurka et al., s. 1055).

Visus

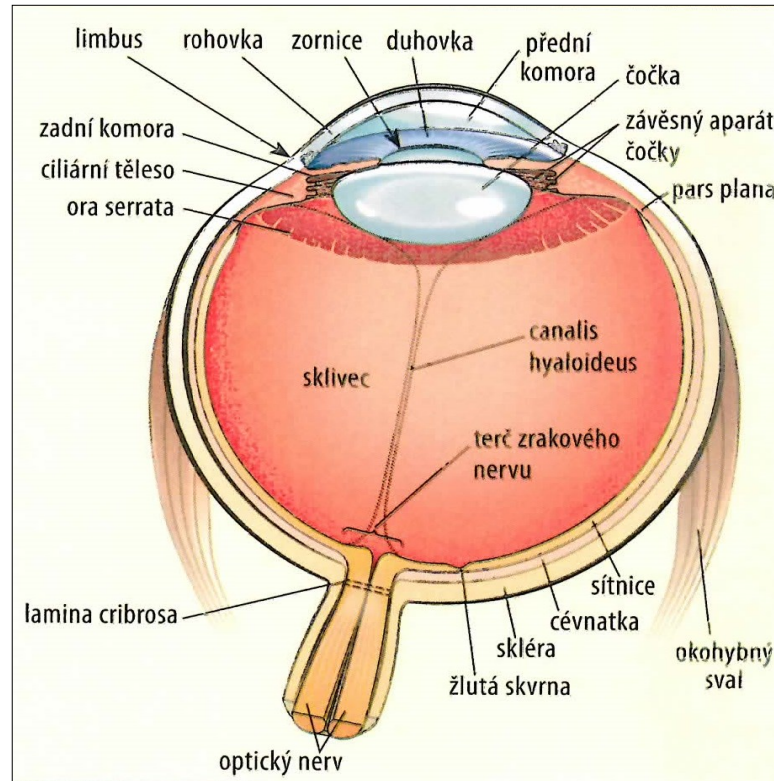
Zrak. Jeden ze základních smyslů umožňující vnímat a vyhodnocovat světelné podněty (v oblasti vidění elektromagnetického spektra) a získávat tak informace o objektech okolního světa. K zrakovému ústrojí patří oko, zrakový nerv, zraková dráha a příslušné části mozku a oblasti týlního laloku (Vokurka et al., s. 1109). (Poznámka autorky: V mnoha odborných publikacích, ale i v praxi, je uváděn místo termínu visus termín vizus, v bakalářské práci je proto použit termín vizus.)

1.2 Cévnatka a její význam v lidském oku

Cévnatka je nepostradatelnou a nenahraditelnou součástí lidského oka. Cévnatkou rozumíme střední vrstvu stěny oka, která se nachází mezi sítnicí a bělimou – viz obrázek 1.

Vnější plocha cévnatky sousedí přes řídké vazivo s vnitřní plochou bělimy (sclera). Na její vnitřní plochu pak přiléhá sítnice (retina). Vpředu cévnatka přechází v řasnaté tělísko (Poznámka autorky: V některé odborné literatuře je uváděn název těleso místo tělísko.

Název byl proto v celé práci dále sjednocen na těleso.). Cévnatka obsahuje velké množství cév, z čehož je také odvozen i její název. Barva cévnatky je temně hnědá, což je způsobeno velkým obsahem pigmentu. Je tvořena řídkým kolagenním vazivem, pigmentovými buňkami, fibroblasty a elementy imunního systému (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 57).



Obrázek 1 Anatomie oka (Heissigerová et al., 2018)

Cévnatka v lidském oku plní následující základní a nepostradatelné funkce (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008, s. 57):

- výživu oka
- udržování stálé teploty oka, tj. odvádí teplo, které vzniká při fotochemických procesech v sítnici

I přesto, že cévnatka je poměrně tenká (její tloušťka se pohybuje v rozmezí od 0,2 mm vpředu do 0,4 mm vzadu), působí v lidském oku i mechanicky. Pružným napětím (jež je způsobeno elasticností vazivových sítí a krevním tlakem v klikatě probíhajících kapilárách) táhne za okraj řasnatého tělesa (corpus ciliare) k němuž je připojena směrem dozadu a tím napíná závěsný aparát čočky a pomáhá udržovat zaostření oka na dálku (Čihák et al., 2004).

Cévnatka se skládá z několika vrstev, které mají svou nezastupitelnou funkci, a to (Rozsival et al., 2017):

1. Z vnitřní Bruchovy membrány, která je tvořena elastickými a kolagenními fibrilami a je hraniční membránou mezi cévnatkou a sítnicí.
2. Střední – lamina choriocapillaris, husté síť fenestrovaných kapilár, které zajišťují výživu zevní třetiny neuroretiny difuzí přes Bruchovu membránu.
3. Ze zevní vrstvy – lamina vasculosa, která je tvořena velkými cévami, většinou vénami.

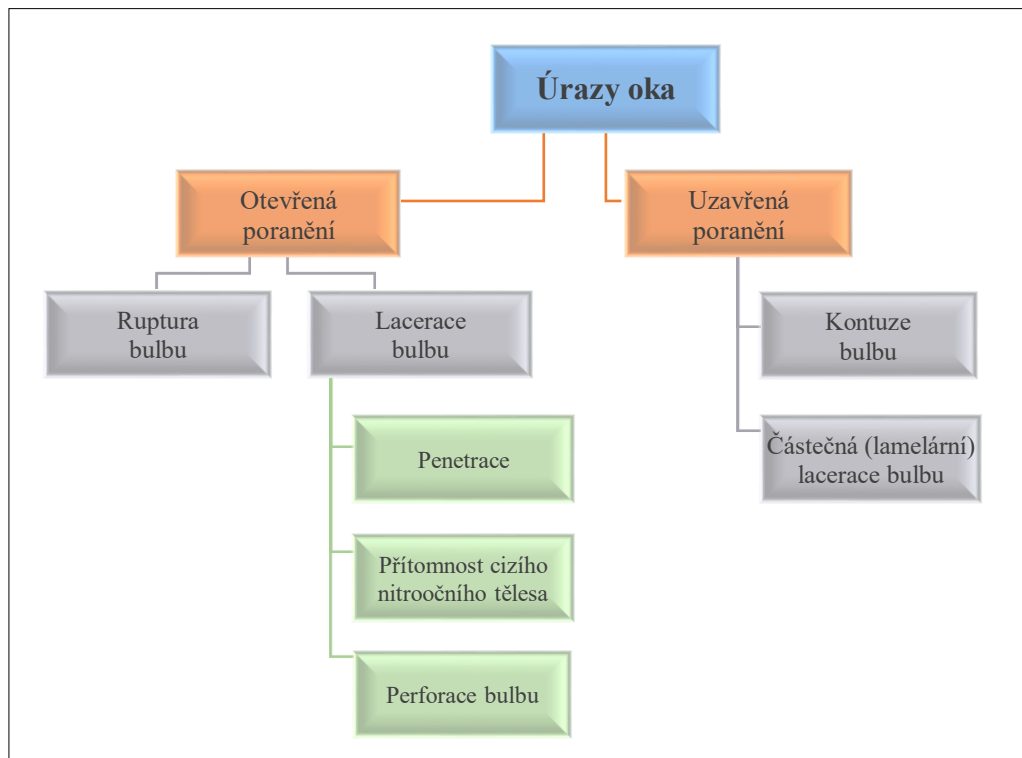
Některé odborné publikace označují i řídké vazivo za jednu z vrstev cévnatky – lamina suprachoroidea (Čihák et al., 2004). Jiné odborné publikace uvádějí až pět vrstev cévnatky (včetně lamina suprachoroidea) – Hallerovu (středně velké cévy cévnatky) a Sattlerovu (velké cévy cévnatky) vrstvu – v podstatě lamina vasculosa (Heissigerová et al., 2018).

1.3 Úrazy a onemocnění cévnatky

Cévnatku, stejně jako i jiné neodmyslitelné součásti lidského oka, mohou postihnout nejenom úrazy, ale onemocnění. Tato v řadě případů mohou přerůst ve značné zdravotní komplikace, v některých případech pak mohou vyústit i v monokulární či dokonce binokulární (zejména u úrazů) slepotu. Člověk tak může přijít o jeden ze svých smyslových orgánů.

1.3.1 Úrazy cévnatky

Úrazy oka a s nimi v řadě případů spojená poranění i některých jeho částí včetně cévnatky je možno označit za velmi častou příčinu monokulární slepoty. Mezi rizikové faktory řadíme věk, pohlaví a místo vzniku. Nejhojněji je možno se setkat s úrazem oka ve věku kolem 30 let, častěji u mužů. Mezi nejčastější místa úrazu patří domácnost (42 %), dále zaměstnání (19 %) a sportoviště (13 %). Převažují pak tupá poranění (33 %) nad poraněními ostrými (27 %). Jednotná terminologie, která popisovala poranění oka, vychází v současnosti ze standardizované terminologie mechanických poranění, přijaté v roce 1996 pod názvem Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) – viz obrázek 2. Tato terminologie poskytuje jednoduchý a komplexní systém pro popis jakéhokoliv druhu mechanického traumatu oka. Úrazy oka jsou podle ní děleny na otevřená a uzavřená poranění. Zadní segment oka, do kterého patří i cévnatka, pak postihují především mechanická poranění (Studnička et al., 2018).



Obrázek 2 Schéma rozdělení úrazů oka dle standardizované terminologie BETT

K úrazu cévnatky může dojít následkem celé řady otevřených i uzavřených poranění oka, popř. jako následek jeho některých specifických poranění.

Úraz cévnatky tak může nastat:

A. U otevřených poranění oka

Lacerací bulbu – většinou ostrým předmětem, jež zasáhne i zadní segment oka, tj. i cévnatku nebo přítomností cizího nitroočního tělesa (Studnička et al., 2018).

B. Při uzavřených poranění oka

Těžkou kontuzí bulbu – může dojít v některých případech i k ruptuře cévnatky a tzv. choroidálnímu krvácení (Studnička et al., 2018).

C. Poraněními ve specifických případech

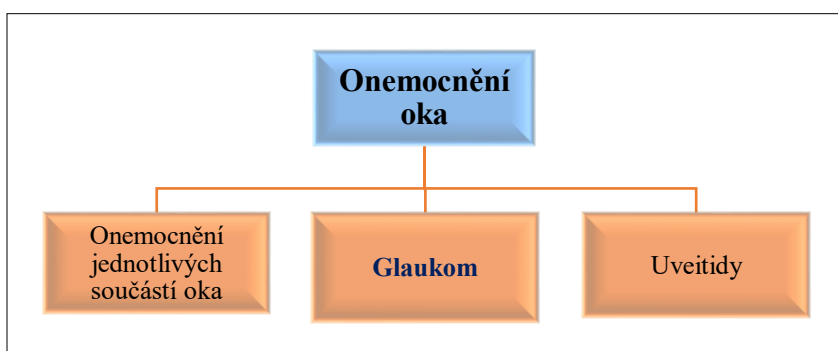
Poškození laserovým paprskem – průmyslovým laserem či laserovou zbraní anebo při operaci oka za využití laseru, popř. při operaci v zadním segmentu oka operátorem (Kuchynka et al., 2016). K takovýmto případům dochází jen ojediněle.

Velmi dobrou orientaci v rozdělení a popisu úrazů oka – jeho jednotlivých částí, kromě publikací autorů uvedených v podkapitole, nabízí např. publikace (Heissigerová et al., 2018; Špačková et al., 2012), ale i mnoho dalších.

1.3.2 Onemocnění cévnatky

S onemocněním oka se lze setkat velmi často. Tato onemocnění jsou v řadě případů pro pacienty velmi nepříjemná, často bolestivá. Mohou končit poškozením zrakového orgánu, někdy i s následnými trvalými následky. V případě některých onemocnění může být ohrožen i život pacienta, některá mohou vyústit i v jeho smrt.

Onemocnění oka je obvykle děleno dle onemocnění jednotlivých strukturálních součástí oka (Rozsival et al., 2017; Heissigerová et al., 2018; Kuchynka et al., 2016) a další. Možné zjednodušené rozdělení onemocnění oka je znázorněno na obrázku – viz obrázek 3.



Obrázek 3 Schéma rozdělení onemocnění oka

Tak jako i jiné strukturální součásti oka, rovněž i cévnatka – součást uvey, může být postižena nejrůznějšími onemocněními. Onemocnění cévnatky existuje celá řada a není možno (a ani není účelem této práce) je podrobně vyjmenovat a charakterizovat. Proto jsou níže uvedeny jen skupiny možných onemocnění cévnatky bez dalšího dělení či podrobnějšího popisu.

Tyto skupiny onemocnění cévnatky je možno vymezit následovně (Rozsival et al., 2017):

- choroitidy, intermediální a zadní uveitidy (záněty)
- malformace (vrozená úchylka tvaru, znetvoření)
- atrofie (zmenšení nebo oslabení normálně vyvinutého orgánu nebo jeho částí)
- degenerace (úbytek až ztráta specializované funkce buněk, nebo tkáně, či výsledek působení některých faktorů – onemocnění, stárnutí apod.)
- melanomy

Především uvedené melanomy cévnatky pak patří k nejzávažnějším afekcím vyskytujícím se u člověka, jež ohrožují nejenom jeho zdraví, mohou ho také ohrožovat i na jeho životě, mohou také (jak bylo uvedeno výše) končit i úmrtím.

Podrobnější rozdělení a výklad onemocnění cévnatky je možno dohledat v publikacích (Studnička et al., 2018; Kuchynka et al., 2016; Mazal a Herle, 2011) apod.

2 MELANOM CÉVNATKY A MEDICÍNSKÉ PŘÍSTUPY K JEHO LÉČBĚ

Melanom cévnatky řadíme spolu s melanomem duhovky a řasnatého tělesa mezi tzv. uveální melanomy, které patří mezi nejzávažnější a nejčastější nitrooční melanomy u dospělých. Melanom cévnatky tvoří až 85 % všech uveálních melanomů, melanom řasnatého tělesa 9 % a duhovky 6 % (Leitman, 2017). Obvykle bývají tyto melanomy jednostranné. Problémem pro pacienty není jen samotný melanom, ale i případné metastázy, které mohou následně vznikat především v játrech (dále také v podkožních tkáních, plicích, kostech, v ojedinělých případech i v mozku).

Míra výskytu uveálního melanomu se pohybuje od 0,2 do 0,3 na milion jedinců v afrických/asijských populacích a okolo 6 na milion jedinců v europoidní populacích. Průměrný věk diagnózy je okolo 60 let a vyskytuje se u obou pohlaví přibližně stejně. Uveální melanom sdílí některé rizikové faktory spolu s kožním melanomem – jako je např. světlá barva pleti, modré oči, červené/blond vlasy, pihy (Helgadottir a Höiom, 2016).

Melanom cévnatky (melanoma choroideae) se oftalmologicky jeví jako různě velký, ohraničený pigmentovaný, ale i amelanotický útvar, který má nejčastěji polokulovitý tvar. Při porušení Bruchovy membrány má nádor typický hříbovitý tvar. Častými komplikacemi jsou krvácení do sklivce, rozptýlené pigmentové buňky ve sklivci, odchlípení sítnice, sekundární glaukom aj. Melanom cévnatky může prorůstat i do skléry a šířit se extrabulbárně. Diferenciálně diagnosticky se lékař zaměřuje především na choroidální névus, dále na hemangiom, oční metastázy jiných malignit a zadní skleritidu (Vlková, Pitrová a Vlk, 2008).

Benigní choroidální névus je nejčastějším ložiskovou lézí cévnatky dospělého věku, která se vyskytuje u 5 až 20 % jedinců bílé rasy. Útvar obsahuje benigní atypické (většinou vřetenobuněčné) melanocyty. Může být vrozený, většinou bývá ale diagnostikován až v dospělém věku (Kuchynka et al., 2016).

Mezi rizikové faktory maligního zvratu tohoto névu (Shields a Shields, 2015) dle mnemotechnické pomůcky TFSOM – „To Find Small Ocular Melanoma“ řadí:

- T: (Thickness) Tloušťku > 2 mm
- F: (Fluid) Subretinální tekutinu

- S: (Symptoms) Subjektivní obtíže (typicky záblesky a tzv. plovoucí zápalky)
- O: (Orange) Oranžový pigment na povrchu ložiska
- M: (Margin) Okraje tumoru ≤ 3 mm od terče zrakového nervu

Pokud jsou přítomny tři nebo více rizikových faktorů, ložisko má více než 50% pravděpodobnost růstu a pravděpodobně se bude také jednat o malý choroidální melanom (melanom cévnatky).

Typický maligní melanom cévnatky je možno vidět na následujícím obrázku – viz obrázek 4.



Obrázek 4 Melanom cévnatky (Oční klinika, 2017)

2.1 Rizikové faktory, příznaky a diagnostika melanomu cévnatky

Významnou roli v prognóze melanomu cévnatky, jeho včasnému záchytu a v neposlední řadě také k následné léčbě (a v konečném důsledku k zachování zdraví či života pacienta) sehrávají rizikové faktory tohoto onemocnění, příznaky a diagnostika.

Rizikové faktory vzniku

Mezi rizikové faktory vzniku melanomu cévnatky je možno zahrnout (Studnička et al., 2018):

- příslušnost ke Kavkazské rase (jen velmi vzácně se vyskytuje u jiných ras)
- fototyp 1

- věk (většinou nad 50 let)
- expozice slunečnímu záření
- syndrom dysplastických névů (např. velké množství pigmentových névů na kůži, větší riziko maligního zvratu)
- kongenitální okulodermální melanocytóza (Otův névus) – hyperpigmentace cévnatky, na episkléře a kůži víček
- neurofibromatóza (např. autosomálně dominantní onemocnění, především výskyt nádorů ze Schwannových buněk mj. i u oka)
- pigmentový névus cévnatky (maligní zvrát u 1/10 000 případů)
- fakomatóza (Sturgeův-Weberův syndrom) – sporadický výskyt, naevus flammeus v obličeji (tzv. „skvrny portského vína“), hemangiomy měkkých plen mozkových

Mezi prognosticky negativní faktory můžeme např. zahrnout (Studnička et al., 2018):

- histologický typ
- velikost melanomu (prominence nad 10 mm)
- porušení Bruchovy membrány
- extrabulbární propagace
- přítomnost metastáz
- chromozomální abnormality (ztráta chromozomu 3 a zdvojení chromozomu 8)

Příznaky

V závislosti na umístění může být vznik a růst melanomu asymptomatický (probíhá bez příznaků) – pokud roste v přední části před ekvátorem bulbu. Jestliže vznikne a roste za ekvátorem, pak dojde ke vzniku symptomů včetně zhoršeného vidění časněji. Klinické příznaky souvisí s místem vzniku a růstu a postižením okolních struktur v bulbu, jako jsou např. sklivec, skléra, čočka. Pak pacienti většinou popisují výpadky zorného pole, padání sazí nebo fotopsii (zrakové halucinace – např. záblesky, světla, jiskření). Bolest oka se objevuje u velkých nádorů podléhajících nekróze. Dosti často s melanomem cévnatky lze spojit i odchlípení sítnice (Kuchynka et al., 2016).

Diagnostika

Diagnóza se dá určit prostřednictvím následujících vyšetření (Kuchynka et al., 2016):

- oftalmoskopií (zahrnuje vyšetření zevního segmentu a fundu obou očí tzv. biomikroskopickým vyšetřením na štěrbinové lampě a nepřímou oftalmoskopií – prostřednictvím nepřímého oftalmoskopu)
- ultrasonografií (umožňuje zejména určit velikost nádoru, vztah k okolním strukturám nebo prokázat extrabulbární šíření)
- angiografií – fluorescenční nebo indocyaninová (odliší melanom od některých lézí s podobným obrazem)
- magnetickou rezonancí (prokáže se především přítomnost a rozsah extrabulbárního šíření melanomu)
- a biopsií (používá se především u nejasných případů při lokalizaci melanomu za ekvátorem – jehlou, u melanomu před ekvátorem i např. blokovou biopsií)

Oční klinika Fakultní nemocnice Brno využívá k vyšetření pacientů výše uvedené diagnostické metody kromě biopsie, která je v České republice prováděna jen minimálně.

2.2 Terapie

Včasný záchyt a precizní diagnostika melanomu cévnatky a správně zvolená terapie má v mnoha případech zásadní vliv na celkový výsledek léčby pacienty s tímto onemocněním. Výběr terapie ovlivňuje celá řada faktorů. Jedná se např. o lokalizaci a velikost melanomu, přítomnost nebo absenci extrabulbárního šíření, zrakovou ostrost postiženého oka a stav druhého oka nebo přítomnost metastáz. Dále má na terapeutický postup vliv také celkový stav a věk pacienta. Je možná i kombinace jednotlivých terapeutických metod (viz níže), není ovšem potvrzeno, zda kombinace pozitivně ovlivňuje pacientovu životní prognózu (Kuchynka et al., 2016).

Terapeutické metody lze obecně rozdělit na konzervativní (neinvazivní) a operační, tj. chirurgické (invazivní).

1. Konzervativní metody (Kuchynka et al., 2016):

- sledování pacienta (možné u stabilizovaných lézí a tehdy, pokud bude pacient pravidelně docházet na kontroly, doporučuje se také u vážně nemocných polymorbidních pacientů vysokého věku)

- laserová terapie – fotokoagulace
- transpupilární termoterapie (indikována u nádorů na zadním segmentu)
- brachyterapie – naštílení lokálního zdroje beta záření – aplikátoru s Rutheniem (^{106}Ru) na skléru (vhodná u pacientů s melanomem s příznivou prominencí ložiska)
- ozáření ze zevního zdroje – proudem protonů, využitím Cyber kníže nebo Lekselova gama nože (indikováno u rozsáhlých a nepříznivě lokalizovaných nádorů)

V současné době je možno ještě zmínit další rozvíjející se konzervativní terapeutickou metodu, a to tzv. fotodynamickou terapii, tj. kombinované použití laseru a intravenózně aplikované léčebné látky u malých, nízké aktivních lézí, lokalizovaných v oblasti centra sítnice (Studnička et al., 2018).

2. Chirurgické metody (Kuchynka et al., 2016):

- enukleace (je indikována u velkých melanomů s rozsáhlou amocí sítnice, krvácením do sklivce a sekundárním glaukomem)
- endo nebo exoresekcce nádoru (provádí se u zbytkového tumoru po předchozí brachyterapii)
- exenterace (při extrabulbárním šíření tumoru)
- protonová terapie očních onkologických onemocnění (není zatím v České republice dostupná (Hornáčková, 2019)).

Pokud je na základě dostupných vyšetřovacích metod stanovena s vysokou pravděpodobností diagnóza maligního melanomu cévnatky, nejedná se o extrabulbární šíření a léze je z nějakého důvodu nevhodná pro některou z výše uvedených neinvazivních metod, je přistoupeno po důkladné edukaci pacienta k enukleaci bulbu.

K enukleaci ovšem nepřistupujeme jen ve spojení s melanomem. Tento zákrok může být indikován např. při vážném poškození oka úrazem, u slepého a bolestivého oka nebo oka kosmeticky nepřijatelného.

2.3 Enukleace a způsob provedení

Enukleace je součástí oční chirurgie (oftalmochirurgie), která patří k rychle se rozvíjejícím chirurgickým oborům. Týká se velmi malého orgánu, kde většina operací probíhá pod

operačním mikroskopem, a to za použití speciálních resterilizovatelných nebo jednorázových (na jedno použití) mikronástrojů (Vícha et al., 2011). Enukeace probíhá na operačním sále v celkové anestezii pacienta.

Samotná enukleace jako oftalmochirurgický výkon spočívá v:

- nasazení rozvěrače víček – slouží k otevření a stabilizaci očních víček a k dobré vizualizaci operačního pole
- provedení 360° peritomie spojivky – přerušení spojivky od limbu cirkulárně od limbu rohovky
- disekci Tenonské fascie od skléry – provádí se nůžkami natupo ve všech kvadrantech k uvolnění Tenonské fascie a vizualizace skléry a úponu okohybných svalů
- lokalizací a podvazu všech přímých svalů svalovým hákem a jejich myotomie – přerušení všech okohybných svalů od úponu na oční bulbus; dále přerušení šlachy horního šikmého svalu a svalového břicha dolního šikmého svalu
- aplikaci trakční sutury na sklerální úpon vnitřního (eventuálně také zevního) přímého svalu – slouží v dalších krocích k trakci (tahu) očního bulbu směrem dopředu (ven z očnice) při provádění vlastní enukleace bulbu; sutura slouží také jako značení k lepší stranové orientaci očního bulbu pro patologa (značení suturou se uvádí v žádance na histologii)
- přerušení (přestřižení, někdy také užíván název transekce) optického nervu enukleačními nůžkami (vlastní enukleace) – trakce směrem ven, trakce nůžkami opačným směrem (tedy do hrotu očnice) pomáhá k zisku co největšího úseku zrakového nervu v rámci enukleovaného oka; enukleované oko je podrobena makroskopické inspekci pro možnost extrabulbární propagace tumoru (hyperpigmentace, propagace tumoru v oblasti perforujících cév apod.)
- hemostáze kauterizací nebo přímou kompresí v oblasti hrotu očnice – stavění krvácení arteria centralis retinae (tepna zásobující krví sítnici oka) bezprostředně po přerušení optického nervu
- sutuře Tenonské fascie – jednotlivými stehy vstřebatelnou suturou
- horizontální sutuře spojivky – pokračovací vstřebatelnou suturou
- kompresním obvázání (bandáží) – s trváním několik dní po operaci (volitelné)

Operační tým při enukleaci tvoří:

- operatér/ka
- instrumentář/ka
- a sálová sestra/bratr

Chirurgické nástroje a ostatní pomůcky potřebné k enukleaci (síta pro enukleaci – instrumentárium) – viz příloha P I.

Počet realizovaných enukleací za poslední dekádu v České republice, tj. od roku 2010 do roku 2019 (s dosud nekompletními údaji za rok 2020), je uveden níže – viz tabulka 1.

Tabulka 1 Počet výkonů 75371 (enukleace a eviscerace bulbu) provedených v letech 2010-2020 v České republice (Národní registr, 2021)

Rok	Celkový počet výkonů 75371	Počet výkonů 75371 pro diagnózu C693	Počet výkonů 75371 pro diagnózu C693**
2010	180	48	59
2011	189	37	55
2012	159	32	40
2013	172	36	49
2014	149	23	40
2015	165	43	56
2016	182	44	51
2017	183	40	52
2018	146	48	52
2019	165	47	60
2020*	106	27	41
Celkem	1 796	417	555

* Kompletní data za rok 2020 nebyla v době zpracování bakalářské práce v rámci Národního registru hrazených zdravotních služeb k dispozici.

** Diagnóza, pro kterou je výkon prováděn, nemusí být vždy uvedena nebo vyplněna správně; v tomto sloupci je uveden počet výkonů 75371 u pacientů, kterým byla ve stejném roce, jako byl proveden výkon, vykázána diagnóza C693 na libovolném dokladu. Hodnotíme tedy počet výkonů 75371 u pacientů s diagnózou C693 (bez ohledu na diagnózu, na kterou byl vykázáán výkon 75371).

Před samotnou enukleací je nutný souhlas pacienta s tímto zákrokem, který pacient dává prostřednictvím informovaného souhlasu (svým podpisem na tento dokument) – viz příloha P II. Pacient také dává svým podpisem na tzv. stranový formulář souhlas se stranou výkonu (operovaná strana je označena na kůži čela nesmazatelnou barvou a oko je rozkapáno – rozšířena zornice pomocí kapek, aby byla minimalizována možnost omylu).

2.4 Možné komplikace u pacientů spojené s enukleací

Komplikace mohou, a také nastávají ve spojení s celou řadou nejrozličnějších chirurgických zákroků. U oftalmochirurgie, konkrétně pak u enukleace, tomu není jinak. Zmíněné komplikace mohou vznikat přes veškerou snahu operátora a dalších členů operačního týmu o odvedení co nejpreciznější práce již při samotné operaci. Mohou se též dostavit i v pooperačním období, a to i přes úsilí ošetřujícího lékaře nebo i nelékařského zdravotnického personálu zajistit u pacienta tu nejlepší zdravotní péči. Jejich vznik je rovněž možný v souvislosti s nedostatečnou spoluprací nebo edukací pacienta po enukleaci

Komplikace lze rozdělit na:

1. Peroperační

A. Vzácné

- fraktura stěn očníce (mediální či spodní) – spíše teoretická, pouze při obzvlášť hrubé manipulaci v oblasti očníce
- nedostatečná resekce (enukleace) bulbu – vzácná, excize malé části zřetelného nervu při enukleaci event. excize v oblasti zadního pólu oka, tedy nekompletní enukleace s rizikem ponechání zadního pólu oka s uveální tkání v očníci (enukleován musí být celý, intaktní bulbus s pahýlem zřetelného nervu v délce cca 1 cm, jinak hrozí riziko ponechání tumoru v očníci a riziko imunitní reakce na uveální tkáň oka – sympatická oftalmie)

B. Méně časté

- krvácení – nedostatečné hemostáze, následně vznik retrobulbárního hematomu s prolapsem měkkých tkání a rozestupu (dehiscence) rány

C. Nečekané komplikace

- konverze na exenteraci očníce – např. při zjevné extrabulbární propagaci nádoru je nutná konverze na exenteraci očníce (odstranění všech měkkých tkání očníce včetně periostu)

- k nečekaným komplikacím můžeme také zařadit jiné blíže nespecifikované překážky, anatomické anomálie apod.

D. Další komplikace

- mohou vznikat např. jako alergická reakce na dezinfekční látku nebo v souvislosti s anestezií

2. Pooperační

A. Časté

- hematom a edém víček – téměř obligátní, vznik je daný mechanickou manipulací kolem měkkých tkání očnice, obecně platí: čím šetrnější provedení, tím menší otok (spíše dočasná kosmetická záležitost)

B. Méně časté

- pooperační bolest (povrchová)
- infekce – při peroperačním zavlečení infekce, následně je možný rozvoj zánětu pojivové tkáně očnice (orbitocelulitidy), někdy až nekrózy měkkých tkání
- krvácení – provokačními faktory mohou být kašel, Valsalvův manévr, zvracení, změna polohy těla, nepřiměřená fyzická aktivita, nedodržení doporučení lékaře; následně vznik retrobulbárního hematomu s prolapsem měkkých tkání a rozestup rány
- rozestup (dehiscence) rány – částečný, popř. úplný; provokační faktory mohou být stejné jako při krvácení, tedy kašel, nepřiměřené mechanické působení na nezhojenou ránu, někdy spontánní ruptura sutury
- abnormální postavení víček (malpozice); ptóza (pokles víčka – očekává se kvůli absenci očního bulbu), entropium (víčko stočené do důlku) nebo ektropium (víčko stočené zevně)
- anomální konfigurace důlku – změlčení celého důlku, které způsobí vypadávání až znemožnění nošení oční protézy

3. Vzniklé v souvislosti s chováním pacienta (zejména po ukončení jeho hospitalizace)

A. Vzácné

- rozestup (dehiscence) rány – částečný, popř. úplný – provokačním faktorem může být mechanické působení na nezhojenou ránu nebo náročná fyzická

aktivita (spojeno zejména s nedodržováním doporučení pooperačního režimu v prvních třech měsících po enukleaci – především v období těsně po ukončení hospitalizace), někdy spontánní ruptura sutury

B. Méně časté

- zánět pooperační rány – především v souvislosti s nedostatečnou péčí o oční důlek nebo s nedodržováním doporučení pooperační péče v prvních třech měsících po enukleaci

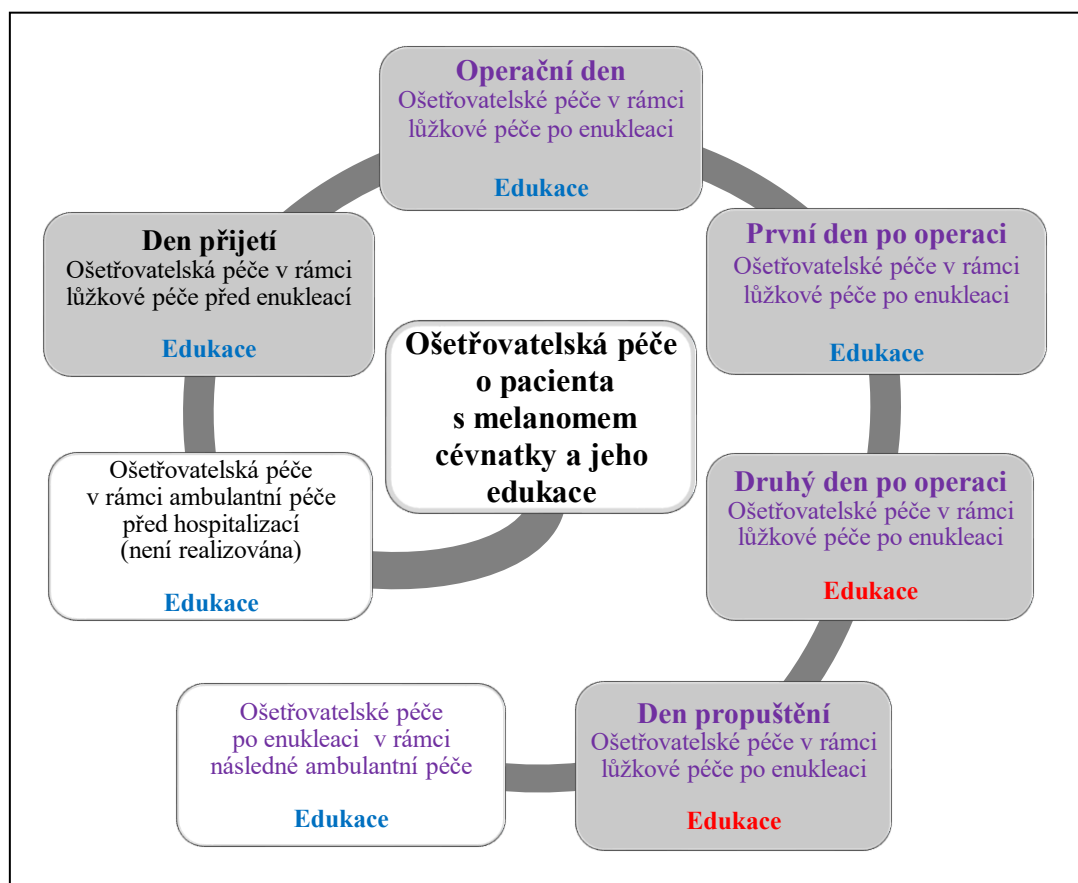
Personál zdravotnického zařízení, kde je enukleace realizována, se vždy snaží tyto komplikace všemi možnými způsoby a prostředky eliminovat. K minimalizaci počtu komplikací také bezpochyby výraznou měrou přispívá nejenom rozvoj oftalmologie a oftalmochirurgie, ale také posun v ošetrovatelské péči a v edukaci pacientů.

Na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno ve zpracovatelském období nedošlo u sledovaných pacientů v pooperačním období k žádným komplikacím. V pooperačním období se u části pacientů vyskytly hematomy, edém víček a pooperační bolest a u jednoho pacienta přechodně mírné krvácení z pooperační rány.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A EDUKACE U PACIENTŮ S MELANOMEM CÉVNATKY UPLATŇOVANÁ NA OČNÍ KLINICE FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Ošetrovatelská péče a s ní spojená edukace pacientů má své nezastupitelné místo v celém komplexu odborných činností, vztahujících se k řešení nejenom negativního zdravotního stavu jedinců, případně skupin osob. Stejně je tomu i v případě pacientů s melanomem cévnatky, jež si v konečné fázi vyžádal enukleaci.

Zmíněnou ošetrovatelskou péčí, spolu s edukací, lze ve vztahu k uvedeným pacientům znázornit schematicky – viz obrázek 5.



Obrázek 5 Schématické znázornění ošetrovatelské péče o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci a jeho edukace

Jednotlivé segmenty této ošetrovatelské péče a edukace realizované u pacientů uvedené na schématu jsou obsahově charakterizovány níže. Nejdůležitější období z pohledu ošetrovatelské péče a edukace takových to pacientů jsou na schématu odlišena barevně.

3.1 Ošetrovatelská péče o pacienty

Ošetrovatelskou péčí podle aktuálně platné Koncepce ošetrovatelství se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi (Ministerstvo, 2004a). Ošetrovatelská péče jako pojem je také v současnosti vymezena v zákoně (Parlament, 2011), a to následovně:

Ošetrovatelská péče je taková péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti (Parlament, 2011). Podle tohoto zákona je ošetrovatelská péče jedním z druhů zdravotní péče, která je vymezena ve stejném zákoně. V dřívější době byla ošetrovatelská péče vymezena samostatně – v dnes již zrušené vyhlášce (Ministerstvo, 2004b).

Fakultní nemocnice Brno se snaží všem svým pacientům zabezpečit zdravotní a ošetrovatelskou péči jako její součást na nejvyšší možné úrovni. U pacientů s melanomem cévnatky je na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno (jak před, tak i po enukleaci) jako zcela dostačující poskytována prostřednictvím nelékařského zdravotnického personálu pouze základní ošetrovatelská péče, kterou definuje vyhláška (Ministerstvo, 2011) následovně:

Základní ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu (Ministerstvo, 2011).

Oční klinika je také samozřejmě schopna poskytnout uvedeným pacientům, jejichž zdravotní stav to vyžaduje i **specializovanou ošetrovatelskou péči**, kterou definuje stejná vyhláška. U pacientů s uvedeným onemocněním a realizovanou enukleací nebylo prozatím nutné tuto specializovanou ošetrovatelskou péči poskytovat.

Oční klinika Fakultní nemocnice Brno poskytuje pacientům, u nichž byl diagnostikován melanom cévnatky (před, ale také i po případné enukleaci) jak ambulantní, tak i lůžkovou

zdravotní péči. Tyto formy zdravotní péče definuje opět zákon (Parlament, 2011) takto:

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče (Parlament, 2011).

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu (Parlament, 2011)

Jednodenní zdravotní péče nebo zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (jako zbývající ostatní formy zdravotní péče, které také definuje zmíněný zákon) nejsou těmto pacientům v souvislosti s uvedeným onemocněním a operačním zákrokem ze strany oční kliniky poskytovány.

Pro úplnost je vhodné ještě zmínit pojem zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, která se u všech pacientů, rovněž tak i pacientů oční kliniky, vede. Z další vyhlášky (Ministerstvo, 2012) je ovšem možno tuto dokumentaci vymezit následovně:

Zdravotnická dokumentace je dokumentace, která s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi (Ministerstvo, 2012).

Na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno je tato zdravotnická dokumentace vedena jako dokumentace lékařská (vedena lékaři) a jako dokumentace ošetrovatelská (vedena všeobecnými nebo praktickými sestrami). Každá tato dokumentace je vedena odděleně, a to jen v elektronické podobě.

Zásadní ve vztahu k ošetrovatelské péči je vedení dokumentace ošetrovatelské, již lze vymezit takto:

Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání ošetrovatelské péče poskytované konkrétní osobě – pacientovi/klientovi, kvalifikovanou sestrou a ostatními členy týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry pracují (Kudlová, 2016). Při vymezení této dokumentace je možno také uvést že je to dokumentace, jež zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti týkající se poskytování ošetrovatelské péče konkrétním pacientům. Může to být např. ošetrovatelská anamnéza, denní záznamy sester (Stupková, 2017).

Ošetrovatelská péče je uvedeným pacientům v rámci ambulantní a lůžkové péče poskytována následovně:

A. Před hospitalizací a po ukončení hospitalizace (v rámci ambulantní péče)

Předhospitalizační ošetrovatelská péče:

- není u těchto pacientů realizována

Posthospitalizační ošetrovatelská péče spočívá v:

- ošetření pacientova důlku v případě zanedbání péče o tento důlek pacientem (v ojedinělých případech), která spočívá v odebrání stěru z důlku na bakteriologické vyšetření, výplachu důlku roztokem Braunolu + Aqua pro injekce 1:20 ml (tzv. toaleta očního důlku)

B. Po dobu hospitalizace (v rámci lůžkové péče)

Předoperační ošetrovatelská péče zahrnuje:

- aplikace ATB profylaxe do operovaného oka a aplikace mydriatik dle ordinace lékaře
- provedení celkové hygieny pacientem nebo dopomoc sestrou nebo sanitářkou
- monitorace fyziologických funkcí a záznam hodnot do dokumentace
- před operací výplach operovaného oka zředěným dezinfekčním roztokem Braunolu + Agua pro injekce v poměru 1:20 ml nebo borovou vodou
- provedení bandáže dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci
- podání premedikace a provedení záznamu do dokumentace (zápis o čase podání)
- transport a předání pacienta na dispečinku operačních sálů; po předání pacienta, úprava lůžka pro pooperační péči

Příprava pacienta před operací je v podstatě realizovaná s ohledem na aktuální zdravotní stav a pacientovy komorbidity.

Pooperační ošetrovatelská péče spočívá v:

- včasné mobilizaci pacienta
- sledování močení a dopomoc na toaletu
- kontrole a hodnocení žilního vstupu

- kontrole kompresivního krytí
- neposlední řadě péči o ránu, tj. péči o oční důlek vzniklý po enukleaci

Vzniklý oční důlek po enukleaci je vidět i s hematomem okolí důlku na následujícím obrázku – viz obrázek 6.



Obrázek 6 Oční důlek u pacienta po enukleaci

Ošetrovatelská péče na oční klinice probíhá na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz, kde touto ošetrovatelskou diagnózou je klinické posouzení týkající se lidské reakce na zdravotní stav/životní procesy nebo náchylnosti jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci. Tyto ošetrovatelské diagnózy se pak využívají ke stanovení zamýšlených výsledků ošetrovatelské péče a následnému plánování konkrétních ošetrovatelských intervencí (Herdman a Kamitsuru, 2020).

Na oční klinice jsou na základě zkušeností ve vztahu k těmto pacientům stanoveny následující ošetrovatelské diagnózy: poloha a pohybový režim, sledování, hygiena, strava, bolest, vyprazdňování, spánek a odpočinek, léčba, péče o ránu a také edukace. Tyto ošetrovatelské diagnózy spolu s ošetrovatelskými intervencemi jsou shrnuty do mapy péče u pacientů před enukleací a po enukleaci – viz příloha P III.

Ošetrovatelská péče o pacienta ve vztahu k její nejdůležitější části, tj. ošetrovatelské péči v rámci lůžkové péče po enukleaci, bude v rámci praktické části bakalářské práce podrobena zkoumání.

3.2 Edukace pacientů

Edukace obecně znamená výchovu nebo vzdělání (Kraus et al., 2014). Cílem edukace je pak nejenom předání určitých vědomostí a poznatků, ale také i dosažení jisté změny v chování člověka (Krátká, 2016). To samé platí i u člověka – pacienta. Edukace ve vztahu k pacientům potom umožňuje zvýšení péče o zdravotní stav pacienta pacientem samým.

U pacientů s diagnostikovaným melanomem cévnatky (a u nichž je plánována a poté také provedena enukleace) je klinikou edukační proces zajišťován v rámci sekundární prevence – edukací probíhající u již nemocných jedinců a následně pak v rámci terciární prevence – edukace zaměřené na jedince, kteří již mají trvalé a nezvratné změny ve svém zdravotním stavu (Juřeníková, 2010) – enukleací přijdou o jedno své oko.

Ve vztahu k uvedeným pacientům edukace na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno probíhá:

A. Před hospitalizací a po ukončení hospitalizace (v rámci ambulantní péče)

Jedná se o edukaci v období od diagnostikování melanomu po přijetí k hospitalizaci za účelem enukleace a po ukončení hospitalizace po provedené enukleaci, kdy pacienti dochází na plánovanou kontrolu do onkologické poradny – ve schématu na obrázku 4 nezvýrazněná pole).

Edukace pacienta probíhá individuální a přímou formou.

Metoda edukace pacienta je využívána teoretická (mluvené slovo, tj. rozhovor a vysvětlování – u zásad chování pacienta do jeho hospitalizace a následně po hospitalizaci – u zásad chování pacienta mezi kontrolami v onkologické poradně, tj. zprvu po třech měsících, poté jedenkrát za rok).

Cíl edukace je zde kognitivní – soustřeďuje se na poskytnutí specifických informací, vědomostí, kterým edukant rozumí a může tak jednat a rozhodovat se ve prospěch svého zdraví (Krátká, 2016).

Předhospitalizační edukace zahrnuje:

- edukaci pacienta v kapání profylaktických kapek před operací
- edukaci (poučení) k provedení interního předoperačního vyšetření cestou praktického lékaře

Posthospitalizační edukace spočívá v:

- opakování edukace v péči o oční důlek
- dovysvětlení nejasností u pacienta stran nejasností v péči o oční důlek

B. Po dobu hospitalizace (v rámci lůžkové péče)

Tuto edukaci je možno rozdělit na edukaci předoperační a edukaci pooperační (ve schématu na obrázku 4 zvýrazněná pole).

Edukace pacienta zde probíhá individuální a přímou formou.

Metoda edukace pacienta je po dobu jeho hospitalizace využívána teoretická (mluvené slovo, tj. rozhovor a vysvětlování – u zásad chování pacienta do operace a rovněž po operaci) a také teoreticko-praktická i praktická (opět mluvené slovo, tj. rozhovor a vysvětlování – instruktáž a asistování – při péči o oční důlek).

Cíl edukace je zde kognitivní a rovněž psychomotorický – zaměřuje se na získání způsobilostí a schopností naučit se určitou dovednost a realizovat ji v životě (Krátká, 2016).

Předoperační edukace zahrnuje:

- zdůraznění nutnosti dodržování dietních opatření – lačnění a zákazu kouření
- dodržování pravidelných intervalů podávání očních kapek

Pooperační edukace spočívá v:

- poučení pacienta o klidovém pooperačním režimu
- edukaci pacientka o nutnosti polohování na neoperované straně
- edukaci o nutnosti časně mobilizace po operaci jako prevence trombembolického onemocnění
- edukaci o nutnosti vymočení se do 6 hodin od posledního močení

Za zcela zásadní u pacientů s tímto onemocněním a po enukleaci je v rámci pooperační edukace jeho edukace ve vztahu k péči o oční důlek vzniklý po této enukleaci. Většinou (pokud nenastanou pooperační komplikace, které by edukaci znemožnily) edukace probíhá druhý den po operaci a také ráno v den propuštění pacienta (na obrázku 4 zvýrazněno červeným písmem).

Edukační proces v ošetrovatelství je nejčastěji členěn do pěti fází a to (Juřeníková, 2010; Krátká, 2016):

1. Počáteční pedagogické diagnostiky
2. Projektování
3. Realizace
4. Upevňování a prohlubování učiva
5. Zpětné vazby

Na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno se takto tento proces (u uvedených pacientů ve vztahu k edukaci v péči o oční důlek po enukleaci) osvědčil.

Edukační proces u pacienta ve vztahu k jeho nejdůležitější části, tj. k edukaci v péči o oční důlek po enukleaci, bude v rámci praktické části bakalářské práce podroben zkoumání.

Závěrem je možno uvést

Vznik melanomu cévnatky a následná enukleace očního bulbu znamená pro pacienty v řadě případů určitý přelom v jejich životě, může se do určité míry odrazit i v jejich dalším pracovním, rodinném nebo osobním životě. Tito jedinci pak budou muset do budoucna přizpůsobit svou každodenní činnost (v zaměstnání, domácnosti, sportu apod.) novému handicapu, jež tato enukleace přinesla. Pacienti s tímto onemocněním tvoří jen malou část pacientů s oftalmologickými potížemi (onemocněními). O to může ovšem v některých případech být problematičtější diagnostika takovéhoto onemocnění či následná terapie, závažnější mohou být případně následky onemocnění.

Zdravotnická zařízení v České republice se, pokud možno, snaží ve vztahu k tomuto onemocnění využívat a prosazovat do medicínské praxe nejmodernější diagnostické a léčebné metody a postupy. To je jediné limitováno dostupnými finančními prostředky. Poskytování zdravotních služeb se v našem státě neobejde bez právních předpisů, které by kvalitativně podporovaly mj. i poskytování zdravotní péče, kde mezi druhy zdravotní péče patří i ošetrovatelská péče a s ní spojená edukace pacientů. Těmito předpisy náš stát disponuje a dle potřeby průběžně přijímá další.

Ošetrovatelská péče o pacienty s melanomem cévnatky končícím enukleací, včetně jejich edukace, se na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno neobejde bez dostatečné erudice

nelékařského zdravotnického personálu, zejména pak všeobecných a praktických sester. Na jejich vzdělání i praktickou přípravu náš stát již tradičně dbá a též věnuje značné finanční prostředky. Tento nelékařský zdravotnický personál (včetně sanitářek) se snaží potřebnou úroveň ošetrovatelské péče zabezpečit i přes situaci, která v období zpracování této bakalářské práce v souvislosti s pandemií COVID-19 v České republice od března 2020 přetrvává, a jenž výraznou měrou zasáhla i zdravotnický systém našeho státu.

Ošetrovatelská péče u pacientů s oftalmologickými problémy a jejich edukace, konkrétně pak u pacientů s výše uvedeným onemocněním, mají stejně jako u pacientů v jiných chirurgických oborech svá specifika, s nimiž je třeba počítat. V rámci této ošetrovatelské péče a edukace těchto pacientů je také do budoucna zcela jistě co zlepšovat. Návrhy na tato zlepšení a zejména pak jejich případné zavedení do praxe musí ovšem v každém případě být přínosem jak pro oblast zdravotní péče o pacienta, tak v konečném důsledku zejména pro pacienta samotného. Jaká zlepšení připadají v úvahu po zmapování této ošetrovatelské péče a edukace, nabízí odpověď praktická část bakalářské práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE, METODIKA A POUŽITÉ METODY

Výzkum je zpracován metodou vícepřípadové kvalitativní studie pacientů po enukleaci – tj. vyjmutí očního bulbu.

4.1 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, popsat a analyzovat ošetrovatelské intervence prováděné u osob s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci (dále participantů).

Participanty byli pacienti Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno, kteří s výzkumem souhlasili a podepsali informovaný souhlas se zařazením – viz příloha P IV.

Díličí cíle:

1. Zjistit, posoudit a analyzovat ošetrovatelské intervence, které jsou u participantů prováděny před, v průběhu a po provedeném zákroku (enukleaci).
2. Zjistit, posoudit a analyzovat edukační proces, jenž je u participantů realizován.
3. Podat návrhy na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů s tímto onemocněním, jež by měly vést ke kvalitativně vyšší úrovni zajištění této péče a edukace.

4.2 Metodika výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu bylo přistoupeno k vypracování kazuistik u pacientů, u nichž byl diagnostikován melanom cévnatky a u nichž byla následně provedena enukleace a kteří také naplnili níže stanovená kritéria. V oblasti zdravotnictví je na kazuistiku nahlíženo jako na popis jednotlivých případů (osob) nebo případů onemocnění, kde primární roli sehrává vznik, vývoj, projevy a dopady změněného zdravotního stavu s údaji o jeho počátku, vývoji, popř. okolnostech, které mohly vývoj anebo aktuální stav ovlivnit (Chrastina, 2019).

Při tomto kvalitativním výzkumu byly užity níže uvedené techniky sběru dat:

Kvalitativní dotazování

Výzkum byl podpořen **polostrukurovaným rozhovorem s uvedenými pacienty**. Účelem tohoto rozhovoru bylo zaznamenat pozitivní, ale i kritické postřehy pacientů z celkového průběhu jejich léčby se zaměřením na ošetrovatelskou péči, která jim byla poskytnuta, včetně jejich edukace v rámci lůžkové péče. Otázky rozhovoru – viz příloha P V.

Polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

Tento druh rozhovoru byl realizován s uvedeným nelékařským zdravotnickým personálem kliniky (vybranými všeobecnými sestrami) a s oční protetičkou. Cílem rozhovoru se všeobecnými sestrami bylo ověřit vhodnost a dostatečnost ošetrovatelské péče (ošetrovatelských intervencí) a edukačního procesu u pacientů s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci a také získat náměty pro případné kvalitativní zlepšení této péče nebo edukace. Záměrem rozhovoru s oční protetičkou bylo získat informace o připravenosti uvedených pacientů na aplikaci oční protézy. Otázky rozhovorů – viz příloha P V. Při všech rozhovorech byl k záznamu využit záznamový arch.

Pozorování

V rámci pozorování byla ve vztahu k participantům výzkumu (uvedeným pacientům), zvolena metoda zúčastněného (někdy též nazývaného participantního) pozorování. Tato metoda umožňuje velmi dobře popsat co se děje, kdo nebo co se zúčastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a také proč. Aby byla eliminována pozice pozorovatele jako pouhého pasivního registrátora údajů, mělo by být uvedené pozorování doplněno neformálním rozhovorem s každým pacientem (Hendl, 2016), což také bylo učiněno. Zpracovatelka bakalářské práce se v rámci zúčastněného pozorování zaměřila rovněž na provádění stěžejních ošetrovatelských intervencí u těchto pacientů po enukleaci. U pacientů se zaměřila na chování pacientů před a po enukleaci a také na edukaci pacientů v péči o oční důlek po enukleaci včetně toho, jak tito pacienti péči sami zvládnou. Průběžně získávané informace z pozorování byly zaznamenávány na předpřipravené záznamové archy. Vzory archů – viz příloha P VI.

Obsahová analýza dokumentů

Zde šlo o analýzu dat ze zdravotnické dokumentace jednotlivých pacientů, zařazených do výzkumu.

4.3 Charakteristika participantů výzkumu

Pacienti

Výběr pacientů pro výzkum byl záměrný. Pacienti zařazení do výzkumu (participantí výzkumu) museli splňovat vybraná kritéria – jednalo se tedy o pacienty:

- s diagnostikovaným melanomem cévnatky
- u nichž byla realizována na uvedené oční klinice enukleace

- kteří souhlasili se zařazením do výzkumu a podepsali informovaný souhlas se zařazením do výzkumu
- jež souhlasili s použitím osobních údajů ze zdravotnické dokumentace a s fotodokumentací a se zachováním anonymity pacienta

Nelékařský zdravotnický personál

Mezi participanty výzkumu byl zahrnut i nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry) oční kliniky. Jednalo se o jednu všeobecnou sestru lůžkové jednotky kliniky se specializací v chirurgických oborech, staniční sestru této jednotky a dvě všeobecné sestry, které zajišťují ambulantní ošetrovatelskou péči na onkologické poradně kliniky.

Výrobce očních protéz

Dále v rámci zpracování bakalářské práce byla oslovena oční protetička, jež se zabývá výrobou očních protéz, a která je dominantním výrobcem těchto protéz pro pacienty zmíněné oční kliniky, u kterých byla realizována enukleace.

4.4 Organizace sběru dat

Sběr dat byl prováděn na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno (lůžková jednotka a ambulantní část kliniky – onkologická poradna) během pracovní doby, a to průběžně od 1. října 2020 do 30. dubna 2021 poté, co byl výzkum povolen zástupkyní zdravotnického náměstka pro nelékařský zdravotnický personál Fakultní nemocnice Brno – viz příloha P VII. Dále byl sběr dat prováděn z důvodu přetrvávající pandemie COVID-19 bezkontaktně (telefonicky) s oční protetičkou, zajišťující výrobu očních protéz pro výše zmíněné pacienty oční kliniky.

5 KAZUISTIKY PACIENTŮ

Výzkumu se účastnilo pět pacientů (4 muži a 1 žena). Pacienti jsou v bakalářské práci z důvodu zachování anonymity a také z důvodu zajištění harmonizace v souladu s platnými právními předpisy, uvedeni u vypracovaných kazuistik pod kódy M1 až M4 u pacientů mužského pohlaví a Ž1 u pacientů ženského pohlaví.

5.1 Kazuistika č. 1

Pacient M1, muž, věk 64 let

5.1.1 Anamnéza pacienta M1

Druh anamnézy	Popis anamnézy
Osobní anamnéza	Dilatovaná kardiomyopatie, stav po srdečním selhávání v r. 2012, stav po implantaci kardiostimulátoru s defibrilátorem, sekundární mitrální regurgitace, Diabetes mellitus 2. typu na dietě, stav po pneumonii v r. 2011, hepatopatie, CHOPN.
Osobní anamnéza oční	S očima se dosud neléčil, brýle na čtení i do dálky.
Pracovní anamnéza	Starobní důchodce.
Farmakologická anamnéza	Bisoprolol 5 mg tbl. p. o. 1-0-1, Entresto 97/103 mg tbl. p. o. 1-0-1, Verospiron 25 mg tbl. p. o. 0-0-1, Spiolto 2,5 mg 2-0-0 inh., Purinol 100 mg tbl. p. o. 0-0-1/2, Digoxin 0,125 mg tbl. p. o. 1-0-0.
Farmakologická anamnéza oční	Neudává.
Alergická anamnéza	Neudává.
Sociální anamnéza	Vdovec, bydlí sám v přívěsu.
Abúzus	Kouří 5-6 cigaret denně, alkohol neguje.

5.1.2 Katamnéza pacienta M1

Participant M1 ve věku 64 let s tělesnou hmotností 72 kg, výškou 190 cm o BMI 19,94 kg/m², starobní důchodce – dříve zedník a taxikář, vdovec, bydlící sám ve zhoršených podmínkách – automobilovém přívěsu. Participant M1 (dále jen pacient) vlastní řidičský průkaz skupiny B. Je přijat v pátek dne 24. 7. 2020 na oční kliniku pro došetření solidní léze choroidey, zjištěné během ambulantního ultrazvukového vyšetření, a pro pokles vizu levého oka v délce trvání několika měsíců.

Lékařem je s pacientem provedena kontrola vidění. Vidění pravého oka je bez korekce 0.7 s korekcí + 1.5 Dsf. Vidění levého, postiženého oka je bez korekce 0.6. Pacientovi je změřen nitrooční tlak bezkontaktní tonometrem na pravém oku je hodnota 11 mmHg a na levém oku je hodnota nitroočního tlaku 13 mmHg. Pacient je diabetik na dietě. Je kuřák, kouří 5 až 6 cigaret denně. Jeho fyziologické funkce při přijetí – TK 102/69 mmHg, tep 65/min. Při příjmu je pacient orientovaný, klidný, spolupracující. Některé dotazy je třeba opakovat nebo i zvýšit hlas, protože hůře slyší. Spánek je pravidelný, bolesti neudává. Potíže s močením nemá, stolici má 1x za 2 dny. S pacientem je proveden Barthel test základních všedních činností – 100 bodů, dle výsledku je nezávislý a dle stupnice pádů Morse je bez rizika, běžná ošetrovatelská péče. Pacient je seznámen s prostorovým uspořádáním a chodem oddělení a informován o režimu vizit. Dle ordinace lékaře jsou objednána vyšetření v rámci onkologického screeningu rentgenová vyšetření srdce + plíce, ultrazvukové vyšetření břicha, magnetická rezonance mozku a odběry krve před interním vyšetřením – krevní obraz, základní biochemický soubor a koagulační vyšetření. Pacientovi je provedeno ultrazvukové vyšetření levého oka, kde byla prokázána solidní léze. Pacient a jeho dcera jsou lékařem seznámeni s plánem vyšetření a délkou hospitalizace.

Dne 27. 7. 2020 jsou dle ordinace lékaře pacientovi provedeny odběry krve na onkologické markery – NSE, thymidinkináza, volný hemoglobin. Po provedení odběrů je pacientovi podána chronická medikace p. o. a do obou očí 3x denně aplikován Unitropic gutt. Na následující den, je plánováno ultrazvukové vyšetření břicha na 7:30 hod. Pacient je edukován sestrou o nutnosti lačnění a dodržování pitného režimu až do vyšetření, což akceptuje. Pacient je diabetik na dietě, proto provedena kontrola glykémie glukometrem, hodnota je v normě. Protože je pacient kuřák, je poučen o zákazu kouření, čemuž rozumí. Po návratu z vyšetření je pacientovi podána chronická medikace p. o. a snídaně. Nález ultrazvukového vyšetření je bez patologie. Další den je provedeno interní předoperační vyšetření. Při vyšetření je zjištěno, že kardiostimulátor stimuluje bránici a je nutno jej přeprogramovat před plánovanou magnetickou rezonancí. Dle vyjádření kardiologického konzilia je možné toto vyšetření provést. Po zkompletování výsledků lékařem jsou 31. 7. 2020 pacient i jeho dcera informováni o povaze onemocnění a možnostech léčby. Pacient předběžně souhlasí s enukleací levého bulbu, proto je následně odeslán na anesteziologické vyšetření před plánovaným operačním výkonem. Po dohodě s rodinou pak odchází do večera 2. 8. 2020 (na víkend) na propustku domů.

Po návratu z propustky 3. 8. 2020 je u pacienta provedena magnetická rezonance pod dohledem anesteziologa s defibrilátorem. Před vyšetřením je nutné nastavení kardiostimulátoru do modu magnetické rezonance, úprava je provedena na kardiostimulační ambulanci. Pacientovi jsou provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN. Je mu zaveden periferní žilní katétr Vasofix do levé horní končetiny vena mediana cubiti, po vyšetření je tento katétr zrušen. Místo vpichu je klidné. Vyšetření musí být ovšem předčasně ukončeno pro fibrilace. Po návratu na oddělení je u pacienta provedena kontrola fyziologických funkcí a glykémie. Hodnoty jsou v normě. Pacient potíže neudává. Na magnetické rezonanci je potvrzena solidní léze levého oka bez viditelných metastatických ložisek. Po zhodnocení výsledků vyšetření lékařem je pacient seznámen s dalším postupem. Pacient potvrzuje, že to chápe. Dle výsledků je indikována enukleace levého oka. Operační výkon je naplánován na 6. 8. 2020. Pacient s enukleací souhlasí, lékař tedy s pacientem sepisuje informovaný souhlas s výkonem a stranový protokol. Následující den je pacient odeslán s interním a kardiologickým vyšetřením na anesteziologickou ambulanci k předoperačnímu vyšetření. Je provedena aplikace očních kapek Tobradex 3x denně do levého oka, jako ATB profylaxe před operačním výkonem. Pacient je klidný, na cílený dotaz sestry, zda má nějaké otázky ohledně plánovaného výkonu, odpovídá, že vše chápe, ale má obavy, jak bude oko vypadat po výkonu. Večer je pacientovi podána dle ordinace anesteziologa premedikace Lexaurin 1,5 mg tbl. a nízkomolekulární heparin Fraxiparin 0,6 ml s. c. v 17:00 hod jako prevence TEN. Pacient je poučen sestrou o nutnosti lačnění od půlnoci, zákazu kouření a pořadí na operačním sále; pacient potvrzuje, že pochopil.

V den operace je pacientovi ráno zaveden periferní žilní katétr Vasofix do pravé horní končetiny vena mediana cubiti a dle aktuální glykémie a ordinace lékaře podána 10% glukóza 500 ml a inzulin Humulin R i. v., je také zkontrolován TK a provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN. Sestrou je proveden výplach levého oka roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml. Poté jsou aplikována mydriatika do operovaného oka dle ordinace lékaře 1x Unitropic kapky. Pacientovi je podána premedikace Lexaurin 1,5 mg tbl. 30 min před výkonem. Pacient je před užitím poučen o vymočení, což provádí. Po operaci jsou monitorovány fyziologické funkce pacienta na dospávacím pokoji. Stabilizovaný pacient je převezen na standardní oddělení. Na oddělení je provedena kontrola fyziologických funkcí, saturace kyslíku, kontrola glykémie a dle ordinace lékaře podána 10% glukóza + inzulin Humulin R (dle aktuální glykémie).

Pacientovi jsou sestrou prováděny pravidelné kontroly fyziologických funkcí a kompresivního krytí levého oka. Pacient je sestrou edukován o polohování, dle ordinace lékaře je doporučena poloha na zádech nebo na pravém boku. Pacient potvrzuje, že to tak bude provádět. Pacient je dle aktuálního stavu následně mobilizován. Na toaletu je doprovázen. Po vykapání infúze je provedena kontrola glykémie pomocí glukometru. Výsledek glykémie je v normě. Kontroly žilního vstupu dle klasifikace Maddona, MAD 0. Bolesti pacient neudává a analgetika na noc nepožaduje.

První den po operaci pacient udává zhoršenou prostorovou orientaci, proto je mu nabídnuta dopomoc při ranní hygieně, což pacient vítá. Bolesti pacient neudává. Při vizitě je proveden převaz operační rány lékařem, rána je klidná a nekrvácí, víčka jsou s plošným hematomem. Po provedení toalety rány je aplikován Tobradex oční mast. Pacient je sestrou seznámen s plánem edukace a zároveň hned edukován v péči o důlek. Připomínky k tomuto neměl. Periferní žilní katétr je vytažen, místo vpichu je klidné bez známek zánětu. V průběhu dne, před každou aplikací Tobradexu oční masti, je pacient edukován před zrcadlem sestrou. Na pacienta je mluveno hlasitě, protože hůře slyší. Bolesti neudává. Druhý den po operaci je pacient ráno opět edukován sestrou k výplachu důlku a pomůckám na výplach. Pacient má obavy, zda péči bude doma zvládat sám. Nácvik je proveden před zrcadlem. Po výplachu důlku je provedena aplikace Tobradexu masti již samotným pacientem. Další den již pacient provádí výplach důlku a aplikaci masti Tobradex 4x denně samostatně pod dohledem sestry. Na dotaz, zda nechce, aby někdo z rodiny byl seznámen s péčí o důlek, odpovídá, že bydlí sám a péči určitě zvládne.

Druhý den po operaci – 10. 8. 2020 je pacient po kontrole lékařem u vizity propuštěn do domácí péče. Je mu vydán poukaz na výrobu individuální oční protézy a telefonní kontakt na očního protetiky.

5.1.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M1

Pacientovy fyziologické funkce v době přijetí i v průběhu hospitalizace byly pravidelně monitorovány a byly v normě. Pacientův implantovaný kardiostimulátor s defibrilátorem neměl na průběh enukleace žádný vliv, měl ovšem vliv na jeho předvyšetření, a to u vyšetření magnetickou rezonancí. Jeho kontrolní odběry a vyšetření před operací byly v normálním rozmezí hodnot, v pooperačním období nebyla nutná jejich kontrola. Pacient byl diabetik na dietě, proto byly prováděny pravidelné kontroly glykémie před operací

i v pooperačním období. Pacient byl kuřák, ale v rámci svých možností se snažil dodržovat léčebný režim.

Z výsledků rozhovoru s tímto pacientem vedeným v den propuštění (otázky rozhovoru – viz příloha P V) vyplynulo ve spojitosti s první otázkou, že pacient se domnívá, že jeho další život enukleace pravděpodobně nijak neovlivní. Uvedl také, že ho zarazilo, že nebude moci řídit půl roku auto, a to kvůli prostorové orientaci. Pacient na otázku, jak hodnotí ošetrovatelskou péči a co by doporučil ve vztahu k ní zlepšit nebo doplnit, odpovídá: „*V nemocnici se mi líbilo.*“ Ke zbytku otázky se nevyjádřil. Jestli by pacient uvítal po dobu jeho hospitalizace psychologickou pomoc, odpověděl „*Nevím.*“ Edukaci ve vztahu k péči o oční důlek ze strany sester hodnotil velmi kladně. Materiál, který by mu i doma připomněl úkony v péči o oční důlek, by přivítal.

Na základě zpracované kazuistiky, pozorování pacienta a rovněž rozhovoru s ním, a také na základě pozorování prováděných ošetrovatelských intervencí, lze dále vyvodit pro jednotlivé dílčí cíle bakalářské práce následující závěry:

Dílčí cíl 1, tj. oblast ošetrovatelským intervencím. Žádné závažné komplikace se u pacienta v perioperačním období nevyskytly. Pacient byl při příjmu orientovaný, klidný, a s personálem kliniky spolupracoval. Samotnou enukleaci snášel dobře, jen první den po operaci udával dočasnou zhoršenou prostorovou orientaci. Ošetrovatelské intervence u pacienta probíhaly na standardní úrovni, nebyly ničím narušeny. Při pozorování jednotlivých ošetrovatelských intervencí se nezjistila ze strany nelékařského zdravotnického personálu lůžkové jednotky žádná pochybení. U tohoto pacienta nebylo potřeba stanovit žádné jiné ošetrovatelské diagnózy a provádět tak další ošetrovatelské intervence (příspěvek k naplnění dílčího cíle 1).

Dílčí cíl 2, tj. oblast edukace. Při edukaci pacienta problémy nevystaly. Pacient zvládl péči o důlek velmi rychle, byl v ní samostatný. Pomůcky dokázal popsat. Pacient hned u prvního převazu neměl problém se na sebe podívat do zrcadla a přijmout podobu obličeje po enukleaci. Z pozorování pacienta před i po enukleací lze vyvodit, že tento zákrok nebyl pro něho v jeho životě zásadní (příspěvek k naplnění dílčího cíle 2).

Dílčí cíl 3, tj. oblast návrhů na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů. Na základě realizovaného výzkumu u tohoto pacienta lze vyvodit, že někteří pacienti by uvítali informační materiál, který by mohli jako oporu využít v domácím

prostředí v péči o oční důlek. Tento materiál ve formě letáku byl navržen (příspěvek k naplnění dílčího cíle 3)

Žádná z anamnéz neměla vliv na průběh enukleace ani na perioperační péči o pacienta či jeho edukaci.

5.2 Kazuistika č. 2

Pacient M2, muž, věk 75 let

5.2.1 Anamnéza pacienta M2

Druh anamnézy	Popis anamnézy
Osobní anamnéza	Hypertenzi a onkologické onemocnění neguje, benigní hyperplazie prostaty, st. p. cystektomií varlete v r. 2019, v r. 2020 kolonoskopie – vše dle pacienta bez patologie. V r. 2020 st. p. zánětu zubu v tomto období rozvoj zarudnutí pravého oka.
Osobní anamnéza oční	V mládí viděl dobře, nyní nosí brýle na dálku i na blízko, oční operace nebyly, od června r. 2020 rozvoj zarudnutí postupně obou očí a rozvoj clony na pravém oku.
Pracovní anamnéza	Pracuje při starobním důchodu v rodinné firmě jako jednatel.
Farmakologická anamnéza	Omnice 0,4 mg tbl. 1-0-0, Gefin 5 mg tbl. 0-0-1.
Farmakologická anamnéza oční	Tobradex kapky 3 dny před plánovaným příjmem do pravého oka 3x denně.
Alergická anamnéza	Neudává.
Sociální anamnéza	Bydlí s manželkou.
Abúzus	Nekuřák, alkohol příležitostně.

5.2.2 Katamnéza pacienta M2

Participant M2 ve věku 75 let s tělesnou hmotností 99 kg, výškou 185 cm o BMI 28,93 kg/m², pracuje při starobním důchodě jako jednatel v rodinné firmě. Vlastní řidičský průkaz skupiny B, hodně času tráví za volantem. Participant M2 (dále jen pacient) bydlí v rodinném domě s manželkou. Je přijat na oční kliniku 31. 8. 2020 po předchozí hospitalizaci k operačnímu řešení pravého oka pro zhoubnou neoplazii cévnatky.

Lékařem je pacientovi při příjmu provedena kontrola vidění. Vidění pravého, postiženého oka je korekce 0,6. Vidění levého oka je bez korekce 0,3. Pacientovi je změřen nitrooční tlak bezkontaktním tonometrem, na pravém oku je hodnota 17 mmHg a na levém

oku je hodnota nitroočního tlaku 16 mmHg. Pacient žádnou dietu nedrží. Chuť k jídlu je dobrá a hmotnost má stabilní. Pacient neuvádí žádné abúzy. Jeho fyziologické funkce při přijetí – TK 128/78 mmHg, tep je 70/min. Při příjmu je pacient orientovaný, spolupracující. Udává bolesti v oblasti kotníku spíše chronického charakteru, podle potřeby užívá Diclofenac tbl., nyní ale bolesti nemá. Potíže s močením nejsou, ale močí častěji. Stolicí má pravidelnou, byla dnes ráno. Spí dobře. S pacientem je proveden Barthel test základních všedních činností – 100 bodů, pacient je nezávislý. Podle stupnice pádů dle Morse je pacient bez rizika, běžná ošetrovatelská péče. Pacient je seznámen s prostorovým uspořádáním a chodem oddělení. Je mu také provedeno interní předoperační vyšetření a anesteziologické konzilium. Pacient je dle výsledků obou vyšetření schopen operačního výkonu v celkové anestézii. Během dne je pacientovi 2x aplikován sestrou Tobradex kapky do pravého oka, jako profylaxe ATB před operačním výkonem. V 17:00 hod je mu podán Fraxiparin 0,6 ml s. c. jako prevence TEN. Pacient je seznámen u večerní vizity s pořadím na operačním sále. Ve 21:00 hod je mu podána premedikace Hypnogen 10 mg tbl. dle ordinace anesteziologa a je taktéž poučen o lačnění a omezení pitného režimu. Od půlnoci je zakázáno pacientovi užívat cokoliv p. o.

Následující den je před operačním výkonem pacientovi proveden výplach operovaného oka roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml. Pacientovi je rovněž podána chronická medikace dle ordinace lékaře, aplikován Tobradex kapky a Atropin kapky pro maximální mydriázu operovaného oka. Jsou provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN. Před podáním premedikace Prothazin 25 mg tbl., je pacientovi doporučeno vymočení. Pacient je transportován na lůžku na operační sál. Na operačním sále je pacientovi také zaveden periferní žilní katétr Vasofix do vena cephalica na pravé horní končetině. Po operaci a stabilizaci pooperačního po stavu na dospávacím pokoji je pacient transportován na lůžkové oddělení kliniky. Tam je pacientovi provedena kontrola fyziologických funkcí a saturace a poté je mu podána dle ordinace lékaře intravenózně 5% Glukóza 500 ml. Kontroly žilního vstupu dle klasifikace Maddona, MAD 0. Pacientovi jsou sestrou prováděny pravidelné kontroly fyziologický funkcí a kompresivního krytí operační rány. Pacient je edukován sestrou o polohování, dle ordinace lékaře je vhodná poloha na zádech nebo na levém boku. Dle aktuálního stavu je pacient po vykapání infúze mobilizován jako prevence TEN. Pacient močí spontánně na toaletě, kam mu byl zabezpečen doprovod. Bolesti neudává. Pacient v noci spal, potíže neudával. Rána neprosakuje.

První den po operaci pacient samostatně provádí hygienu, dopomoc nepožaduje. Při vizitě je proveden převaz operovaného pravého oka lékařem. Na víčku je edém i hematom, sutura drží, důlek je klidný. Po provedení toalety rány je aplikován Tobradex mast do důlku. Dle nálezu je možná edukace pacienta – pacient je sestrou seznámen s plánem edukace a zároveň hned edukován v péči o oční důlek. Pacient, ale udává, že se na to, aby se o důlek staral sám, necítí. Opakovaně je mu sestrou vysvětlena péče, kterou bude muset provádět, aby došlo ke zhojení. Pacientovi je sestrou vytažen periferní žilní katétr, místo vpichu je bez známek zánětu, dle Maddona, MAD 0. Na žádost pacienta je k edukaci přizvána manželka. Oběma je vysvětlena péče o důlek a aplikace masti. Za pomoci zdravotnického personálu manželka provádí výplach důlku borovou vodou a aplikuje Tobradex mast.

Druhý den po operaci je pacient vyzván, zda nechce sám za pomoci sestry provést výplach důlku a aplikaci masti. Toto odmítá, opět se na to necítí. Pacient vyžaduje kontrolu druhého oka. Důlek je ošetřen sestrou a provedena kontrola lékařem. S pacientem je domluveno, že se edukace opět zúčastní manželka. Manželka za dohledu zdravotnického personálu samostatně zvládá výplach důlku a aplikaci masti.

Třetí den po operaci – 4. 9. 2020 při ranní vizitě je pacientovi oznámeno, že je možné propuštění do domácího prostředí. Na dotaz, zda zvládne péči o důlek, je ošetřujícím lékaři sděleno, že manželka pacienta je edukována.

5.2.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M2

Všechny pacientovy fyziologické funkce v době přijetí i v průběhu hospitalizace byly v normě. Jeho kontrolní odběry a vyšetření před enukleací byly v normálním rozmezí hodnot. Pacient byl nekuřák, v dodržování léčebného režimu se nevyskytl žádný problém. Při přijetí pacient udával chronické bolesti kotníku, tyto bolesti nebyly během hospitalizace řešeny, s enukleací neměly souvislost. Jiné bolesti pacient neudával. Pacientova nespolupráce měla vliv na jeho edukaci, musela být přizvána manželka, byla tak omezena pacientova samostatnost a zvýšena závislost na druhé osobě.

Z výsledků rozhovoru s tímto pacientem vedeným v den propuštění (otázky rozhovoru – viz příloha P V) vyplynulo v souvislosti s první položenou otázkou, že pacient má obavy o to, že nebude moci dělat nejrůznější aktivity jako dříve. K otázce ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace uvedl: „*Připomínky nemám, těžko hodnotit.*“ K případným doporučením k této ošetrovatelské péči nesdělil nic. Ohledně eventuální psychologické

pomoci v průběhu jeho hospitalizace pacient odvětil: „*Psychologickou pomoc nepotřebuji, nejsem na tom ještě tak špatně.*“ Na otázku, jak hodnotí přípravu v péči o oční důlek vzniklý po enukleaci, odpověděl, že v jeho případě to bylo zbytečné, že se o to postará manželka. „*Materiál na doma,*“ jak nazval pacient případný instruktážní materiál, jež by v domácím prostředí jako podporu v péči o oční důlek využil, by přivítal, a to zejména pro manželku, která bude o tento důlek pečovat.

Na základě zpracované kazuistiky, pozorování pacienta a rovněž rozhovoru s ním, a také na základě pozorování prováděných ošetrovatelských intervencí, lze dále vyvodit pro jednotlivé dílčí cíle bakalářské práce následující závěry:

Dílčí cíl 1, tj. oblast ošetrovatelských intervencí. Žádné závažné komplikace se u pacienta v perioperačním období nevyskytly. Vyskytly se ovšem v pooperačním období, a to zejména ve vztahu k péči o ránu, konkrétně pak v péči o oční důlek pacientem. Pacient byl při příjmu klidný a spolupracující, po operaci byl ovšem nervózní, měl zhoršenou prostorovou orientaci. Ošetrovatelské intervence u pacienta probíhaly, tak jako u všech ostatních pacientů, na standardní úrovni. Při pozorování jednotlivých ošetrovatelských intervencí se nezjistila ze strany nelékařského zdravotnického personálu lůžkové jednotky žádná pochybení. V souvislosti s problémy u tohoto pacienta ve vztahu k jeho edukaci v péči o oční důlek (blíže viz níže) je ovšem vhodné u takovýchto pacientů stanovit některé další ošetrovatelské diagnózy, a to připravenost na zlepšení sebepéče, narušený obraz těla a připravenost na zlepšení sebepojetí. Vzhledem k chování pacienta bylo vhodné pacientovi nabídnout i pomoc psychologa. (příspěvek k naplnění dílčího cíle 1).

Dílčí cíl 2, tj. oblast edukace. Edukační proces u pacienta byl narušen tím, že se pacient nechtěl podílet na péči o oční důlek, necítil se na to. Alespoň pohled na důlek ovšem před ukončením hospitalizace nakonec zvládl. Při každém ošetření důlku byl sice aktivně sestrou vyzván k samostatnosti v péči o oční důlek, toto ale neakceptoval. Proto byla k edukaci přizvána manželka, která bez problémů péči zvládla. K takovému řešení – přítomnosti osoby blízké u edukace, se přistupuje v průměru asi v 10 % případů (u této skupiny sledovaných to bylo ve dvou případech z pěti, což představuje výjimečných 40 % případů). Do budoucna je takto vhodné u stejných nebo podobných případů přistupovat obdobně (příspěvek k naplnění dílčího cíle 2).

Dílčí cíl 3, tj. oblast návrhů na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů. Na základě realizovaného výzkumu u tohoto pacienta lze vyvodit, že v podobných případech bude nutné uplatňovat některé nově stanovené ošetrovatelské

diagnózy, a z nich vyplývající ošetrovatelské intervence, které byly navrženy – viz výše a viz tabulka 2 (příspěvek k naplnění dílčího cíle 3).

Žádná z anamnéz neměla negativní vliv na průběh enukleace, ani na perioperační péči o pacienta či jeho edukaci.

5.3 Kazuistika č. 3

Pacientka Ž1, žena, věk 69 let

5.3.1 Anamnéza pacientky Ž1

Druh anamnézy	Popis anamnézy
Osobní anamnéza	Bolesti zad trvající dva roky ve sledování na ortopedii, operace karpálního tunelu oboustranně v r. 2000, operace halluxu v r. 2000. Jinak se s ničím neléčí.
Osobní anamnéza oční	V mládí viděla dobře, brýle zatím nenosí. Poslední rok zhoršení vidění, došetřena za hospitalizace v září r. 2020, zjištěn velmi suspektní maligní melanom.
Pracovní anamnéza	Starobní důchodkyně, dříve čistička vozů v dopravním podniku.
Farmakologická anamnéza	Diclofenac 100 mg tbl. 0-1-0 p. o.
Farmakologická anamnéza oční	Tobradex gtt. 1-1-1 do levého oka dva dny před plánovaným přijetím k hospitalizaci.
Alergická anamnéza	Neudává.
Sociální anamnéza	Rozvedená, bydlí sama.
Abúzus	Kouří 8-10 cigaret denně asi 30 let. Alkohol neguje.

5.3.2 Katamnéza pacientky Ž1

Participantka Ž1 ve věku 69 let s tělesnou hmotností 40 kg, výškou 154 cm a BMI 16,87 kg/m², starobní důchodkyně – dříve čistička vozů v dopravním podniku, rozvedená, bydlí sama v bytě. Participantka Ž1 (dále jen pacientka) byla přijata 1. 10. 2020 na oční kliniku pro operační řešení tumorózního ložiska levého oka. Při onkologickém screeningu nebyly prokázány metastázy.

Lékařem je s pacientkou provedena kontrola vidění. Vidění pravého oka je bez korekce 0,9 a s korekcí + 0,5 Dsf. je vidění 1,0. Vidění levého oka je pouze světelná projekce a pohyb před okem. Pacientce je změřen bezkontaktním tonometrem nitrooční tlak na pravém oku je hodnota tlaku 19 mmHg a na levém oku je hodnota tlaku 12 mmHg. Pacientka žádnou

dietu nedrží, chuť k jídlu moc nemá. Pacientka je silná kuřačka, kouří 8-10 cigaret denně. Její fyziologické funkce při přijetí – TK 115/65 mmHg, tep 72/mim. Při příjmu je pacientka orientovaná, klidná, spolupracuje, spánek má pravidelný. Aktuálně bolesti neudává (užívá dlouhodobě Diclofenac tbl. p. o.). Potíže s močením sice neudává, ale trpí chronickou zácpou, stolicí má 1x za 3-4 dny. Pacientka je poučena při příjmu sestrou o dostatečném pitném režimu a o vhodné stravě. S pacientkou je proveden Barthel test základních činností 100 bodů – nezávislá a dle stupnice pádů Morse je bez rizika, běžná ošetrovatelská péče. Pacientka je seznámena s prostorovým uspořádáním a chodem oddělení a informována o režimu vizit. Pacientce je dále provedeno anesteziologické předoperační vyšetření, zde je doporučeno doplnění EKG záznamu, záznam je bez patologie. Pacientka je schopná výkonu v celkové anestezii. Pacientce je aplikován Tobradex oční kapky 3x denně do levého oka jako profylaxe před operačním výkonem. Kapky pacientka aplikovala již dva dny před nástupem do nemocnice. Odpoledne provedla samostatně koupel. Pacientka je klidná. V 17:00 hod je pacientce podán nízkomolekulární heparin Fraxiparin 0,3 ml s. c. a při večerní vizitě je seznámena s pořadím na operačním sále a poučena o nutnosti lačnění od půlnoci a zákazu kouření. Premedikace pacientce nebyla ordinována.

Druhý den ráno – v operační den jsou pacientce provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN a kontrola TK. Pacientce je sestrou proveden výplach levého oka roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml a jsou aplikována mydriatika Unitropic 1x dle ordinace lékaře. Premedikace Lexaurin 3 mg tbl. p. o. je pacientce podána na zavolání anesteziologické sestry z operačního sálu. Pacientka je poučena o nutnosti vymočení před užitím premedikace a dodržování klidového režimu před odjezdem na operační sál. Pacientce je na sále před operací také zaveden periferní žilní katétr Vasofix do pravé horní končetiny do vena mediana cubiti. Po operaci a stabilizaci stavu na dospávacím pokoji je pacientka transportována na standardní pokoj oční kliniky. Na oddělení je provedena kontrola fyziologických funkcí a saturace. Dle ordinace lékaře je podána 5% glukóza 500 ml i. v. Pacientce je prováděna pravidelná kontrola fyziologických funkcí a pravidelné kontroly kompresivního krytí levého oka. Pacientka je poučena sestrou o polohování, dle ordinace lékaře je doporučena poloha na zádech nebo na pravém boku. Po vykapání infúze je provedena kontrola periferního žilního katétru a krytí. Sledování dle stupnice Maddona, MAD 0. Pacientka je dle aktuálního stavu mobilizována. Je zabezpečen její doprovod na toaletu. Krytí neprosakuje. Bolesti pacientka neudává.

První den po operaci se pacientka cítí nejistá v prostoru, proto je jí nabídnuta dopomoc při ranní hygieně. Udává mírné bolesti hlavy, ale analgetika nepožaduje. Při vizitě je u pacientky proveden převaz důlku a aplikace Tobradex masti do důlku lékařem. Pacientka sama žádá o vysvětlení další péče o důlek. Periferní žilní katétr je vytažen, místo vpichu a okolí je klidné bez známek zánětu. Během dne je pacientka seznámena s edukačním plánem a je hned také provedena edukace pacientky sestrou. Odpoledne pacientka žádá, aby mohla aplikaci Tobradexu masti do důlku provádět sama. U večerní vizity pacientka udává bolesti hlavy, dle VAS 3-4, dle ordinace lékaře podán Novalgin 500 mg tbl. 1x p. o., po podání do 1 hodiny pacientka udává úlevu a dle stupnice VAS 2.

Druhý den po operaci pacientka ranní hygienu již provádí samostatně, žádnou bolest neudává. Pacientka samostatně před zrcadlem provádí pod dohledem sestry výplach důlku ředěným roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml. Po kontrole důlku lékařem pacientka samostatně za dohledu sestry aplikuje Tobradex mast do důlku.

Třetí den po operaci – 5. 10. 2020 je pacientka po kontrole očního důlku lékařem propuštěna do domácí péče. Pacientce je vydán poukaz na výrobu individuální oční protězy a telefonní kontakt na očního protetiky. Pacientka zcela samostatně zvládá výplach i aplikaci masti do důlku. Dokáže připravit a popsat pomůcky k péči o důlek.

5.3.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacientky Ž1

Všechny pacientčiny fyziologické funkce v době přijetí i v průběhu hospitalizace byly v normě, nedošlo k žádné změně ani v pooperačním období. Vidění levého oka bylo pouze světelná projekce a pohyb před okem, což je jeden z typických příznaků vzniku a růstu melanomu cévnatky (Kuchynka et al., 2016). Odběry krve před operačním výkonem byly také v normě, pouze při anesteziologickém vyšetření bylo ordinováno kontrolní EKG, jež bylo bez patologie. Pacientka byla silná kuřačka, ale léčebný režim před operací i po operaci dodržovala.

Z výsledků rozhovoru s touto pacientkou vedeným v den propuštění (otázky rozhovoru – viz příloha P V) vyplynulo ve vztahu k první otázce, že když se pacientka o nutnosti enukleace dozvěděla, nemohla se s touto skutečností smířit. Již před operací ovšem tento problém, jak pacientka uvedla, konzultovala s dcerou a lékařem. To jí údajně hodně pomohlo a byla tak na enukleaci do určité míry připravena již před operací. Jestli nějak enukleace ovlivní její další život, nedokázala odpovědět. Dále pacientka hodnotila přístup

v ošetrovatelské péči po dobu hospitalizace jako „*Velmi dobrý.*“ K případným dalším doporučením ve vztahu k této ošetrovatelské péči se již ovšem nevyjádřila. Psychologickou pomoc pacientka nepotřebovala. Jak uvedla: „*Byla jsem s tímto smířena.*“ Ve vztahu k edukaci v péči o oční důlek pacientka sdělila: „*Byla jsem velmi dobře poučena, nebyl žádný problém.*“ K potřebě nějakého instruktážního materiálu, který by mohla využít v péči o oční důlek, se pacientka vyjádřila odmítavě (pravděpodobně proto, že tuto péči zvládla brzy sama a velmi dobře).

Na základě zpracované kazuistiky, pozorování pacienta a rovněž rozhovoru s ním, a také na základě pozorování prováděných ošetrovatelských intervencí, lze dále vyvodit pro jednotlivé dílčí cíle bakalářské práce následující závěry:

Dílčí cíl 1, tj. oblast ošetrovatelských intervencí. Žádné závažné komplikace se u pacientky v perioperačním období nevyskytly. Pacientka byla po dobu hospitalizace klidná, orientovaná a spolupracovala. První den po operaci však byla v prostoru částečně nejistá a bolela ji hlava, což ovšem spojovat přímo s chirurgickým výkonem je problematické, spíše lze toto spojit s celkovým stavem po enukleaci. Ošetrovatelské intervence u ní probíhaly na standardní úrovni, nebyly ničím narušeny. Při pozorování jednotlivých ošetrovatelských intervencí se nezjistila ze strany nelékařského zdravotnického personálu lůžkové jednotky žádná pochybení. U této pacientky tak nebylo potřeba stanovit žádné jiné ošetrovatelské diagnózy a provádět tak další intervence (příspěvek k naplnění dílčího cíle 1).

Dílčí cíl 2, tj. oblast edukace. Při edukaci pacientky žádné potíže nenastaly. Pacientka sama jevila o tuto problematiku zájem. Péči o důlek zvládla. Pomůcky dokázala popsat. Pacientka hned u prvního převazu neměla problém se na sebe podívat a přijmout podobu obličeje po enukleaci (příspěvek k naplnění dílčího cíle 2).

Dílčí cíl 3, tj. oblast návrhů na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů. Na základě realizovaného výzkumu u této pacientky nebylo možno vyvodit žádné návrhy na případné změny v uvedených oblastech (příspěvek k naplnění dílčího cíle 3).

Žádná z anamnéz neměla negativní vliv na průběh enukleace ani na perioperační péči o pacientku či její edukaci.

5.4 Kazuistika č. 4

Pacient M3, muž, 57 let

5.4.1 Anamnéza pacienta M3

Druh anamnézy	Popis anamnézy
Osobní anamnéza	S ničím se neléčí, operace APPE ve 22 letech.
Osobní anamnéza oční	V mládí viděl dobře, brýle na čtení 2 roky, nyní dva měsíce blesky před levým okem a rozvoj stínu z nazální strany asi jeden měsíc s rozostřeným viděním.
Pracovní anamnéza	Podnikatel.
Farmakologická anamnéza	Neudává.
Farmakologická anamnéza oční	Neudává.
Alergická anamnéza	Neudává.
Sociální anamnéza	Ženatý, bydlí s rodinou.
Abúzus	Kouří 15 cigaret denně asi 30 let, alkohol příležitostně.

5.4.2 Katamnéza pacienta M3

Participant M3 ve věku 57 let s tělesnou hmotností 81 kg, výškou 173 cm o BMI 27,41 kg/m², podnikatel, ženatý, bydlí s manželkou a spolu s rodinou syna v rodinném domě. Participant M3 (dále jen pacient) vlastní řidičský průkaz skupiny B. Pacientovi byl již v září r. 2020 proveden onkologický screening pro tumorózní lézi levého oka charakteru maligního melanomu. Dle provedených vyšetření bez zachycených metastáz a vzhledem k rozsahu léze byl indikován CyberKnife ve Fakultní nemocnici Ostrava. Zde pro velikost léze byla ale doporučena enukleace. Pacient je s odstupem dvou měsíců 17. 11. 2020 akutně přijat na oční kliniku pro vysoký nitrooční tlak, zvracení a bolesti hlavy.

Lékařem je s pacientem provedena kontrola vidění. Vidění pravého oka je s korekcí + 1 Dsf. 1,0. Vidění levého, postiženého oka, je omezeno na světlocit, světelná projekce je vadná. Pacientovi je změřen nitrooční tlak bezkontaktním tonometrem, na pravém oku je hodnota 18 mmHg. a na levém oku je hodnota 60 mmHg. Pacient žádnou dietu nedrží. Jeho fyziologické funkce při přijetí – TK 141/82 mmHg, tep 54/min. Je silný kuřák, kouří 15 cigaret denně. Pacient je přijatý pro akutní bolesti hlavy včetně levého oka, bylo mu

zvracení. Je orientovaný, při vědomí. S pacientem je proveden Barthel test základních všedních činností – 100 nezávislý a dle stupnice pádů Morse je bez rizika, běžná ošetrovatelská péče. Pacient udává výraznou, neustupující, tupou bolest hlavy, kterou hodnotí dle VAS číslo 8. Pacientovi je zaveden žilní katétr Vasofix pravá horní končetina vena mediana cubiti a dle ordinace lékaře je podán 20% Manitol 250 ml. i. v. a Novalgin 1 amp. i. m. a po vykapání infuze dále Torecan 1 amp. a fyziologický roztok 100 ml i. v. Pacient udává mírný ústup bolesti dle VAS číslo 5.

Pacient je informován lékařem o nutnosti urychleného operačního řešení. Pacientovi jsou provedeny odběry krve – krevní obraz, základní biochemický soubor a koagulační vyšetření. Pacientovi je natočen EKG záznam a provedeno rentgenové vyšetření srdce + plíce. Po kompletaci výsledků je pacientovi provedeno interní a anesteziologické předoperační vyšetření. Pacient je po lékařské vizitě indikován k operačnímu výkonu, protože je na lačno, je zařazen ihned do operačního programu. Pacientovi je sestrou proveden výplach levého oka roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml. Po výplachu jsou mu aplikována mydriatika do operovaného oka dle ordinace lékaře Unitropic kapky 1x a Tobradex kapky 1x. Sestrou jsou provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN. Pacientovi je doporučeno vymočení a na pokyn anesteziologa ze sálu je mu podán Lexaurin 3 mg tbl. p. o. a Helicid 20 mg cps. p. o., následně je transportován na operační sál, kde je provedena enukleace. Po operaci a stabilizaci pooperačního stavu je pacient předán na standardní oddělení. Zde je provedena kontrola fyziologických funkcí a saturace. Pacientovi je podána dle ordinace lékaře 5% Glukóza 500 ml. Pro bolesti, které pacient hodnotí dle stupnice VAS na 7 je sestrou aplikován Novalgin 1 amp. i. v., hodnocení bolesti pacientem po 20 min dle stupnice VAS na 4. Pacientovi jsou sestrou prováděny pravidelné kontroly fyziologických funkcí a kompresivního krytí levého oka. Pacient je sestrou edukován o polohování, dle ordinace lékaře doporučena poloha na pravém boku a na zádech. Pacient je spavý. Po vykapání infuzí je pacient dle aktuálního stavu mobilizován. Na toaletu je doprovázen, močí spontánně. Kontroly žilního vstupu dle klasifikace Maddona, MAD 0. Bolesti pacient udává mírnější a analgetika na noc nepožaduje.

První den po operaci je provedena hygiena pacienta s pomocí sestry. Pacient uvádí mírné bolesti, analgetika nepožaduje. Dřívější nevolnost již nezmiňuje. V 8:00 hod je pacientovi aplikován dle ordinace lékaře Fraxiparin 0,4 ml. s. c. Na vizitě je proveden převaz důlku lékařem, rána je klidná a nekrvácí, pouze hematoma v okolí horního víčka levého oka.

Periferní žilní katétr je vytažen sestrou, místo vpichu je klidné bez známek zánětu. Pacient neustále odmítá i přes vysvětlení a poučení seznámit se s péčí o vzniklý oční důlek a požaduje propuštění do domácího prostředí. Je tak po domluvě edukována jeho manželka, která se za tímto účelem dostavila na oční kliniku. Lékař je informován o edukaci manželky a souhlasí s propuštěním pacienta hned první den po operaci – 18. 11. 2020.

5.4.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M3

Všechny pacientovy fyziologické funkce v době přijetí i v průběhu hospitalizace byly v normě. Krevní odběry byly před operačním výkonem v normálním rozmezí hodnot, nebyla nutná jejich kontrola po operačním výkonu. Pacient byl silný kuřák, ale během hospitalizace nebyl problém v dodržování léčebného režimu. Nitrooční tlak na levém oku byl při přijetí 60 mmHg s výraznou a neustupující tupou bolestí hlavy včetně levého oka, kde tato bolest je také jeden typických příznaků vzniku a růstu melanomu cévnatky (Kuchynka et al., 2016). Vidění levého, postiženého oka bylo omezeno na světlocit, světelná projekce byla vadná, což je rovněž jeden z typických příznaků vzniku a růstu melanomu cévnatky (Kuchynka et al., 2016). Edukaci pacienta zkomplikoval fakt, že se na péči o důlek nechtěl podílet a do příchodu manželky se nechtěl ani na sebe podívat do zrcadla. Manželka musela být edukována v péči o důlek místo něj. Pacientova nespolupráce měla vliv na jeho edukaci – byla tak omezena pacientova samostatnost a zvýšena závislost na druhé osobě.

Z výsledků rozhovoru s tímto pacientem vedeným v den propuštění (otázky rozhovoru – viz příloha P V) vyplynulo v souvislosti s první položenou otázkou, že před operací nevnímal ohrožení celého těla, nechtěl k enukleaci napřed vůbec přistoupit, ale raději se potom rozhodl obětovat oko. Po enukleaci měl pocit ztráty orgánu, podráždění, strach z omezení dalšího života. Dále uvedl: „*Bydlím s rodinou syna, který má malé děti. Bojím se, jak mě budou vnímat jeho děti.*“ Ošetrovatelskou péči hodnotil ve vztahu k personálu, kde uvedl: „*Personál byl vždy velmi ochotný.*“ K doporučením k ošetrovatelské péči se nevyjádřil. Ve vztahu k možné psychologické pomoci v době hospitalizace pacient uvedl: „*To jsem nepotřeboval, informace od zdravotnického personálu mi stačily.*“ Přípravu na péči o oční důlek hodnotil slovy: „*Sám se o důlek starat nebudu, mluvil jsem s manželkou, ta se dostaví, aby se s péčí o důlek seznámila.*“ Na otázku, jestli by přivítal instruktážní materiál v péči o oční důlek, odpověděl: „*To ano, hlavně pro manželku.*“

Na základě zpracované kazuistiky, pozorování pacienta a rovněž rozhovoru s ním, a také na základě pozorování prováděných ošetrovatelských intervencí, lze dále vyvodit pro jednotlivé dílčí cíle bakalářské práce následující závěry:

Dílčí cíl 1, tj. oblast ošetrovatelských intervencí. Žádné závažné komplikace se u pacienta v perioperačním období nevyskytly. Vyskytly se ovšem v pooperačním období v souvislosti se žádostí pacienta o propuštění do domácího prostředí hned první den po operaci, čemuž sice bylo vyhověno, ovšem standardně nastavená ošetrovatelská péče (vč. monitorace rány, chování pacienta apod.) v trvání 2-3 dnů tímto byla omezena. Pacient při příjmu trpěl akutními bolestmi hlavy vč. levého oka, trpěl také nevolností, byl ale orientovaný. Jeho zdravotní stav se ovšem po operaci rychle zlepšil. Ošetrovatelské intervence u pacienta probíhaly, tak jako u všech ostatních pacientů, na standardní úrovni. Při pozorování jednotlivých ošetrovatelských intervencí se nezjistila ze strany nelékařského zdravotnického personálu lůžkové jednotky žádná pochybení. V souvislosti s problémy u tohoto pacienta ve vztahu k jeho edukaci v péči o oční důlek (blíže viz níže) bylo ovšem vhodné stanovit – obdobně jako u pacienta (participanta výzkumu) M2, některé další ošetrovatelské diagnózy, a to připravenost na zlepšení sebepéče, narušený obraz těla a připravenost na zlepšení sebepojetí. Vzhledem k chování pacienta bylo vhodné pacientovi nabídnout – stejně jako u pacienta (participanta výzkumu) M2 i pomoc psychologa. (příspěvek k naplnění dílčího cíle 1).

Dílčí cíl 2, tj. oblast edukace. Edukační proces v péči o oční důlek byl u pacienta narušen tím, že pacient chtěl být hned první den po operaci propuštěn do domácího ošetřování. Pacient se stejně jako pacient (participant výzkumu) M2 nechtěl nechat edukovat v péči o oční důlek. Odmítal i pohled do zrcadla. K edukaci byla proto po dohodě s pacientem přizvána manželka, kdy až za její přítomnosti se odvážil na sebe podívat do zrcadla. Manželka byla v této péči edukována, byla schopna s dopomocí sestry provést výplach důlku a aplikovat oční mast. Manželka zvládla péči o důlek a byla rovněž poučena o nutnosti pravidelných převazů (příspěvek k naplnění dílčího cíle 2).

Dílčí cíl 3, tj. oblast návrhů na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů.

Na základě realizovaného výzkumu u tohoto pacienta lze opětovně vyvodit, že v obdobných případech bude nutné uplatňovat některé nově stanovené ošetrovatelské diagnózy a z nich vyplývající ošetrovatelské intervence, které byly navrženy – viz výše a viz tabulka 2. Lze také vyvodit, že i tento pacient se řadí k těm pacientům, kteří by uvítali

informační materiál, jež by mohl být jako opora využit v domácím prostředí v péči o oční důlek – ale ne pro něho samotného v tomto případě, ale pro jeho manželku. Tento materiál ve formě letáku byl navržen (příspěvek k naplnění dílčího cíle 3).

Žádná z anamnéz neměla negativní vliv na průběh enukleace ani na perioperační péči o pacienta či jeho edukaci.

5.5 Kazuistika č. 5

Pacient M4, muž, věk 79 let

5.5.1 Anamnéza pacienta M4

Druh anamnézy	Popis anamnézy
Osobní anamnéza	Hypertenze, vyšší cholesterol, Diabetes mellitus 2. typu na PAD 10 let, hypacusis.
Osobní anamnéza oční	Vždy viděl dobře na obě oči, od středního věku občas brýle do blízka. Před dvěma měsíci si všiml poruchy vidění pravého oka.
Pracovní anamnéza	Starobní důchodce, dříve voják z povolání.
Farmakologická anamnéza	Egilok 100 mg tbl. p. o. 1/2-1/2-0, Lipanthyl 267 mg tbl. p. o. 0-0-1, Metformin TEVA XR 750 mg tbl. p. o. 0-0-1, Cyclo3 fort 150 mg cps. o. 1-0-0.
Farmakologická anamnéza oční	Neudává.
Alergická anamnéza	Neudává
Sociální anamnéza	Sociální anamnéza: Vdovec, žije sám v rodinném domku.
Abúzus	Nekouří, alkohol příležitostně.

5.5.2 Katamnéza pacienta M4

Participant M4 ve věku 79 let s tělesnou hmotností 87 kg, výškou 165 cm o BMI 31,96 kg/m², starobní důchodce – dříve voják z povolání, vdovec, žije sám v rodinném domku. Pacient je přijat na oční kliniku 20. 2. 2021 pro došetření objemné solidní léze na pravém oku, která byla zjištěna 1. 2. 2021 sonografickým vyšetřením při ambulantním vyšetření.

Lékařem je s pacientem při příjmu provedena kontrola vidění. Vidění pravého postiženého oka je pohyb před okem a světelná projekce. Vidění levého oka je bez korekce 0,5. Pacientovi je změřen nitrooční tlak bezkontaktním tonometrem, na pravém oku je hodnota

tlaku 15 mmHg a na levém oku je hodnota tlaku 16 mmHg. Pacient je diabetik na perorální léčbě, neuvádí žádné abúzy. Jeho fyziologické funkce při přijetí – TK 180/90 mmHg, tep 57/min. Při příjmu je pacient orientovaný, klidný, spolupracuje. Pacient hůře slyší, proto je na něj mluveno hlasitě. Pacient udává, že se v noci často budí, ale žádnou medikaci neužívá. Bolesti neudává. Potíže s močením nemá, jen se u něj vyskytuje častější frekvenci močení. Stolicí má pravidelnou – 1x denně. S pacientem je proveden Barthel test základních činností – 100 bodů nezávislý a dle stupnice pádů Morse je pacient bez rizika, běžná ošetrovatelská péče. Pacient je seznámen s prostorovým uspořádáním a provozem oddělení a informován o režimu vizit. Pacientovi je též proveden onkologický screening a po kompletaci výsledků je ošetřujícím lékařem informován o možnostech léčby. Pacient se vzhledem k velikosti léze rozhodl pro enukleaci postiženého oka. Po doplnění interního a anesteziologického vyšetření je zařazen na den 22. 2. 2021 do operačního programu. Lékař při interním vyšetření vysadil Metforminu TEVA p. o., Dále jsou dle ordinace lékaře prováděny pravidelné kontroly glykémie glukometrem. Glykémie je v normě.

Další den je pacientovi aplikován 3 x denně dle ordinace lékaře Tobradex kapky do pravého oka jako ATB profylaxe před operačním výkonem. Během dne jsou dle ordinace lékaře prováděny kontroly glykémie glukometrem. Odpoledne provádí pacient celkovou koupel. Dotazy ohledně operačního výkonu nemá. V 17:00 hod je mu podán nízkomolekulární heparin Fraxiparin 0,8 ml. s. c. Večerní premedikace Lexaurin 3 mg tbl. p. o. je podána ve 21:00 hod. Pacient je poučen o lačnění.

V operační den ráno je zaveden periferní žilní katétr Vasofix do pravé horní končetiny do vena mediana cubiti a dle aktuální glykémie a ordinace lékaře je mu podána 10% glukóza a inzulin Humulín R i. v. Kontrola TK je v normě. Sestrou jsou pacientovi provedeny bandáže dolních končetin jako prevence TEN a výplach pravého oka roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml. Po výplachu jsou aplikována mydriatika do operovaného oka dle ordinace lékaře 1x Unitropic kapky. Pacient je poučen o nutnosti vymočení před užitím premedikace. Pacientovi je podána premedikace Lexaurin 3 mg tbl. p. o. 30 min před převozem na operační sál. Po operaci je zajišťována monitorace fyziologických funkcí na dospávacím pokoji. Po stabilizaci celkového stavu je pacient předán na standardní oddělení. Zde je provedena kontrola fyziologických funkcí, saturace kyslíku a kontrola glykémie glukometrem a dle aktuální hodnoty glykémie a ordinace lékaře podána 10% glukóza 500 ml. + inzulin Humulín R i. v. Pacientovi jsou sestrou dále prováděny pravidelné kontroly fyziologických funkcí a kompresivního krytí pravého oka.

Pacient je sestrou edukován o polohování, dle ordinace lékaře je doporučena poloha na zádech nebo levém boku. Po vykapání infúze je provedena kontrola glykémie pomocí glukometru a dopomoc pacienta na toaletu. Kontroly žilního vstupu dle klasifikace Maddona, MAD 0. Analgetika pacient nepožaduje.

První den po operaci ráno je pacientovi nabídnuta dopomoc při ranní hygieně. Před snídaní je provedena kontrola glykémie glukometrem, ta je v normě. Při vizitě lékařem je odstraněno kompresivní krytí. Hematom je kolem celého okolí pravého oka. Sutura mírně prosakuje. Je provedena toaleta rány a aplikace Tobradexu oční masti do důlku lékařem. Pro krvácení je opět přiloženo kompresivní krytí. Pacientovi je provedena kontrola krevního obrazu a koagulace. Výsledky vyšetření jsou v normě. Následně je prováděna pravidelná kontrola krytí, to již neprosakuje. Pacient je rovněž poučen o klidovém režimu. Pravidelné kontroly periferního žilního vstupu dle klasifikace Maddona, žilní vstup bez známek zánětu – MAD 0. Pacient se cítí dobře, bolesti neudává. Před podáním večere, dle ordinace lékaře je pacientovi podán Metformin TEVA. Analgetika na noc pacient nepožaduje.

Druhý den po operaci ranní hygienu pacient provádí samostatně. Na vizitě je odstraněno krytí, rána je již klidná, neprosakuje. Lékařem je proveden výplach důlku roztokem Braunolu + Aqua pro injekce v poměru 1:20 ml, poté je provedena aplikace Tobradexu oční masti do důlku. Žilní katétr je vytažen, místo vpichu klidné bez známek zánětu. Dle rozhodnutí lékaře je možná edukace pacienta v péči o důlek. Pacient je seznámen s plánem edukace. V průběhu dne, před každou aplikací Tobradexu oční masti, je provedena edukace pacienta před zrcadlem sestrou. Na pacienta je mluveno hlasitě. U dalšího nácviku již pacient zkouší aplikaci Tobradexu oční masti sám pod dohledem sestry.

Třetí den po operaci je ráno provedena sestrou opět edukace pacienta k výplachu důlku a seznámení s pomůckami potřebnými pro výplach. Je proveden nácvik výplachu před zrcadlem. Po výplachu důlku je aplikace Tobradexu oční masti provedena již samotným pacientem pod dohledem sestry. Pacient zvládá výplach důlku i aplikaci samostatně. U vizity je lékař informován, že pacient péči o důlek provádí samostatně. Pacient je informován o možném propuštění do domácí péče. Je mu vydán poukaz na výrobu individuální oční protézy a telefonní kontakt na očního protetiky a v ten samý den – 25. 2. 2021 končí hospitalizaci.

5.5.3 Analýza dat, interpretace a vyvození závěrů u pacienta M4

V den příjmu byl pacientovi naměřen vyšší krevní tlak (hodnota TK 180/90 mmHg). Postupně u tohoto pacienta během hospitalizace došlo ke spontánnímu poklesu TK až na normální hodnotu. Výsledky krevních odběrů před operací byly v normě. Jen první den po operaci došlo k mírnému krvácení ze sutury důlku, proto byla provedena kontrola krevního obrazu a koagulace. Výsledky odběrů byly v normálních mezích hodnot. Vidění pravého oka před enukleací bylo pohyb před okem a světelná projekce, což je jeden z typických příznaků vzniku a růstu melanomu cévnatky (Kuchynka et al., 2016). Před operačním výkonem byl pacientovi vysazen Metformin, proto byla prováděna monitorace hodnot glykémie, které byly po celou dobu hospitalizace v normě. Po operaci byl Metformin opět naordinován lékařem do medikace pacienta. Délka hospitalizace se u pacienta prodloužila z důvodu mírného krvácení ze sutury důlku první den po operaci. Toto ovlivnilo edukaci pacienta – nebylo možné ji zahájit hned první den po operaci.

Z výsledků rozhovoru s tímto pacientem vedeným v den propuštění (otázky rozhovoru – viz příloha P V) vyplynulo ve vztahu k první otázce, že pacient se stejně jako pacient (participant výzkumu) M1 domnívá, že enukleace jeho další život nijak výrazně neovlivní. Na dotaz ohledně ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace a případných doporučení pacient uvedl, že: *„Na ošetrovatelské péči bych nic neměnil, přístup byl bez vady a personál byl vždy ochotný pomoci.“* Ke zbývajícím částem otázky nic nesdělil. Psychologickou pomoc v rámci ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace ve svém případě nepovažoval za nutnou, stačilo mu údajně jen vysvětlení paní doktorky. Přípravu na péči o oční důlek hodnotil pacient slovy: *„Ta byla dobrá.“* Ohledně případného instruktážního materiálu v péči o oční důlek pacient sdělil, že: *„To bych uvítal, protože mi bude pomáhat sestřenice, tak abych jí to mohl nějak vysvětlit.“*

Na základě zpracované kazuistiky, pozorování pacienta a rovněž rozhovoru s ním, a také na základě pozorování prováděných ošetrovatelských intervencí, lze dále vyvodit pro jednotlivé dílčí cíle bakalářské práce následující závěry:

Dílčí cíl 1, tj. oblast ošetrovatelských intervencí. Žádné závažné komplikace se u pacienta v perioperačním období nevyskytly. První den po operaci se ráno objevilo velmi mírné prosakování sutury, které samo během dne ustalo. Pacient byl při příjmu i po dobu hospitalizace orientovaný a klidný, s personálem spolupracoval. Ošetrovatelské intervence u pacienta probíhaly na standardní úrovni, nebyly ničím narušeny. Při pozorování jednotlivých ošetrovatelských intervencí se žádná pochybení ze strany nelékařského

zdravotnického personálu lůžkové jednotky kliniky nezjistila. U tohoto pacienta nebylo potřeba stanovit žádné jiné ošetrovatelské diagnózy a provádět tak další intervence (příspěvek k naplnění dílčího cíle 1).

Dílčí cíl 2, tj. oblast edukace. Edukace pacienta v péči o oční důlek kvůli prosakující sutuře mohla začít až druhý den po operaci. Zde pak již edukace probíhala běžným způsobem a bez problémů. Pacient neměl zábrany se na sebe podívat do zrcadla. Edukaci zvládl – dokázal popsat pomůcky, provést výplach i aplikovat mast do očního důlku. (příspěvek k naplnění dílčího cíle 2).

Dílčí cíl 3, tj. oblast návrhů na změnu v přístupech k ošetrovatelské péči a edukaci pacientů. Na základě realizovaného výzkumu u tohoto pacienta lze vyvodit, že i tento pacient se řadí k těm pacientům, kteří by uvítali informační materiál, jež by mohli jako oporu využít v domácím prostředí v péči o oční důlek. Tento materiál ve formě letáku byl navržen (příspěvek k naplnění dílčího cíle 3)

Žádná z anamnéz neměla negativní vliv na průběh enukleace ani na perioperační péči o pacienta či jeho edukaci.

Závěrem u všech těchto kazuistik je také možno k jejím analýzám uvést že:

- všichni zmínění pacienti byly v době hospitalizace ve věku od 57 do 79 let (jejich průměrný věk byl 69 roků); všichni pacienti tak byli v rizikovém věku, který je nejčastěji spojován s věkem možného výskytu melanomu cévnatky – většinou u jedinců nad 50 let (Studnička et al., 2018), ve vztahu ke všem uveálními melanomům je tento průměrný věk o něco vyšší – srovnání např. s (Helgadottir a Höiom, 2016), kde autoři uvádí průměrný věk diagnózy okolo 60 let; téměř odpovídá průměrnému věku pacientů s tímto onemocněním, tj. 63 ± 14 let (Hornáčková, 2019); věk pacientů však na průběh léčby nebo na ošetrovatelskou péči či edukaci, měl zanedbatelný vliv
- k drobnému nedostatku docházelo u všech pacientů ve vztahu k ošetrovatelským intervencím – k polohování; bohužel pacienti, když usnou (jak přes den, tak samozřejmě i v noci), nemohou zákonitě dodržovat pokyn ohledně polohování (sestry si tohoto všímají, leč v těchto případech nijak nezasahují)
- vizus byl u všech pacientů v době jejich hospitalizace značně odlišný, což mj. vyplývá i z věku pacientů; u třech pacientů vizus postižených očí nesl příznaky melanomu cévnatky; po enukleaci vizus zachovaných očí, u nichž nebyla

realizována enukleace, neměl vliv na ošetrovatelskou péči, edukaci v péči o oční důlek nebo samotné ošetrování očního důlku pacienty, kteří měli zájem samostatně péči realizovat

U pacientů s takovýmto onemocněním a realizovanou enukleací je vhodné také do budoucna uvažovat o doplnění ošetrovatelských diagnóz ještě o další dvě, a to o diagnózu nedostatečné znalosti a připravenost na zlepšení znalostí – viz tabulka 2 (rovněž příspěvek k naplnění dílčího cíle 3).

5.6 Výsledky rozhovorů s nelékařským zdravotnickým personálem oční kliniky (vybranými všeobecnými sestrami) a oční protetičkou

Personál (vybrané všeobecné sestry) lůžkové jednotky

Otázka 1:

Domníváte se, že ošetrovatelské intervence jsou nastaveny u pacientů po dobu jejich hospitalizace před a po enukleaci správně? Je vhodné k těmto ošetrovatelským intervencím doplnit ještě nějaké jiné?

Odpověď:

Sestra 1

„Důležité je sledovat celkový zdravotní stav včetně kontrol fyziologických funkcí. Ke každému pacientovi je vhodné přistupovat individuálně. Enukleace je pro řadu pacientů velký problém. Velmi dlouho jim trvá, než si na tuto novou situaci zvyknou. Ohledně intervencí si myslím, že jsou v pořádku. Nad nějakými jinými jsem nepřemýšlela, je to ale určitě k zamyšlení.“

Sestra 2

„Ano, ošetrovatelské intervence k enukleaci jsou nastaveny správně, záleží však na tom, o jakého pacienta se jedná a na jeho konkrétním zdravotním a psychickém stavu. Intervence by snad bylo možné upravit či zvážit jejich vhodnost ke každému pacientovi zvlášť, teď mě momentálně ale nic nenapadá.“

Otázka 2:

Domníváte se, že edukační proces je u pacientů po dobu jejich hospitalizace před a po enukleaci realizován odpovídajícím způsobem? Je vhodné k tomuto edukačnímu procesu něco doplnit či jej nějak měnit?

Odpověď:

Sestra 1

„Edukaci bych doplnila informačním letákem, aby se do něj mohl pacient podívat i doma. Vhodné je přizvat k ukázce rodinu, která mu pak v péči pomůže. Dost závisí na psychickém stavu pacienta a jeho okolí. Asi také bude dobré sjednotit postup edukace nějakým návodem, protože ji provádí pokaždé jiná sestra. Problém je také když na oddělení přijde nová sestra.“

Sestra 2

„Snad je to nastaveno dobře. Četnost a dobu provádění bych u pacientů volila individuálně, ne všichni pacienti na to mají náladu, když je do toho zrovna sestra nutí a dokážou to dávat najevo. Možná bude vhodné provést opakovaně proškolení sester na oddělení aspoň jedenkrát za rok.“

Personál (všeobecné sestry) ambulantní části kliniky – onkologické poradny

Otázka 1:

Domníváte se, že pacient zvládá dobře péči o oční důlek na základě realizovaného edukačního procesu v rámci lůžkové péče po enukleaci?

Odpověď:

Sestra 1

„Mladší pacienti to zvládají dobře, u starších bývají někdy problémy, potřebují asi více času na praktický nácvik.“

Sestra 2

„Pacienti péči o důlek zvládají vcelku dobře, pokud si nejsou v něčem jisti, mohou se obrátit na personál lůžkového oddělení, který jim dodatečné otázky zodpoví.“

Otázka 2:

Domníváte se, že ambulantní ošetrovatelská péče po ukončení hospitalizace pacienta po enukleaci je optimální, či je vhodné k této péči přistupovat jinak a v čem?

Odpověď:

Sestra 1

„Takto k pacientům přistupujeme již po léta pořád stejně, nic bych neměnila.“

Sestra 2

„V řadě případů by bylo dobré, kdyby pacienti na kontroly nechodili sami, ale aby s nimi chodil někdo z rodiny. Nastavené intervaly kontrol pacienta jsou dobré, asi jim to tak vyhovuje.“

Výrobce očních protéz

Otázka 1:

Domníváte se, že pacienti, kteří přicházejí po enukleaci očního bulbu provedené na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno z důvodu melanomu cévnatky, jsou dostatečně připraveni na použití oční protézy, a to jak po stránce zdravotní, tak i psychické?

Odpověď 1:

Oslovená oční protetička na otázku uvedla, že *„Tito pacienti (až na vzácné výjimky) se dostavují k první konzultaci s velmi dobře zhojeným očním důllem.“* Mezi tyto výjimky lze podle ní zařadit zejména pacienty s očním důllem po enukleaci provedené z důvodu úrazu poleptáním nehašeným vápnem, kdy se jim oční důlek špatně hojí, neustále se v něm objevují srůsty (nemá ovšem spojitost s enukleací z důvodu melanomu cévnatky). Dále protetička uvedla: *„Při první konzultaci, když se měří důlek, vybírá se vhodná barva protézy apod., se mladší pacienti zabývají spíše svou estetickou stránkou (budoucím vzhledem), starší pacienti vyjadřují častěji obavy z možného vzniku následných metastáz.“* V ojedinělých případech je dle slov protetičky (po ne zcela dobře provedeném operačním výkonu) oční protéza špatně fixována v očním důlku. Standardní velikost protézy tak nebývá pro pacienty vhodná, musí se jim proto do očního důlku operačně vložit oční implantát pro jeho částečné vyplnění.

5.7 Uplatnění nových ošetřovatelských diagnóz

Ze závěrů kazuistik také vyplývá, že poněkud menší pozornost byla oproti původně stanoveným a na oční klinice uplatňovaným ošetřovatelským diagnózám, věnována diagnózám, vztahujícím se k doménám dle (Herdman a Kamitsuru, 2020) – 4. Aktivita/Odpočinek, 5. Vnímání/kognice a 6. Sebevnímání (např. pacienti, kteří se odmítali naučit péči o oční důlek nebo se nechtěli samotně podívat do zrcadla, měli strach ze svého vnímání okolím). Proto byl také zpracován návrh na uplatnění dalších pěti ošetřovatelských diagnóz – viz tabulka 2.

Tabulka 2 Návrh na uplatnění dalších ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelská diagnóza	Cíle	Intervence	Hodnocení
<p>Připravenost na zlepšení sebeděče (00182) Doména 4. Aktivita/Odpočinek Třída 5. Koncepce: sebeděče. Definice: Vzorec provádění aktivit pro sebe sama k dosažení cílů souvisejících se zdravím, které lze posílit. Určující znaky: Vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči. Vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska osobního rozvoje. Vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska pohody/zdraví. Vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska zdraví. Vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska života. Vyjadřuje touhu zlepšit znalosti o strategii sebeděče.</p>	<p>Cíl 1. Pacient bude připraven na provádění úkonů sebeděče.</p> <p>Cíl 2. Pacient bude samostatně provádět úkony sebeděče.</p>	<p>Vysvětlí a popíše pacientovi péči o dŕlek.</p> <p>Popíše pacientovi pomůcky k péči o dŕlek.</p> <p>Aktivizuje pacienta k samostatnosti a nezávislosti na druhé osobě u převazu.</p>	<p>Pacient dokáže popsat a připravit pomůcky k převazu dŕlku.</p> <p>Pacient dokáže popsat úkony spojené s převazem dŕlku.</p> <p>Pacient zvládá samostatně převaz dŕlku.</p>
<p>Nedostatečné znalosti (00126) Doména 5. Vnímání/Kognice Třída 4. Koncepce: znalost Definice: Absence kognitivních informací související s konkrétním tématem nebo absence jejich získávání. Určující znaky: Nedostatečné znalosti o modifikovatelných faktorech. Nesprávné držení se pokynů. Nesprávný výkon v testu. Nevhodné chování.</p>	<p>Cíl 1. Pacient bude schopen využívat nabízené informace.</p> <p>Cíl 2. Pacient bude mít dostatek znalostí k dodržování pokynů.</p>	<p>Zajisti pacientovi dostatek informačního materiálu.</p> <p>Informuj pacienta o tom, jak používat informační materiál.</p> <p>Pacient má dostatek znalostí k provádění daných činností.</p>	<p>Pacient má k dispozici dostatek informačního materiálu.</p> <p>Pacient umí správně pracovat s informačním materiálem.</p> <p>Pacient se aktivně zapojuje do činností spojených s edukací.</p>
<p>Připravenost na zlepšení znalostí (00161) Doména 5. Vnímání/Kognice Třída 4. Koncepce: znalost. Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo jejich získávání, který lze posílit. Určující znaky: Vyjadřuje touhu zlepšit učení se.</p>	<p>Cíl 1. Pacient bude rozumět dané problematice.</p> <p>Cíl 2. Pacient bude vyjadřovat touhu zlepšit se v učení.</p> <p>Cíl 3: Pacient se bude aktivně zajímat o danou problematiku.</p>	<p>Informuj pacienta o správných postupech.</p> <p>Zajisti pacientovi dostatek informací k dané problematice.</p> <p>Motivuj pacienta k učení a ke snaze o zlepšení.</p>	<p>Pacient má dostatek informací o správných postupech.</p> <p>Pacient má dostatek informací k dané problematice.</p> <p>Pacient má pozitivní vztah k edukačnímu procesu.</p>

Ošetrovatelská diagnóza	Cíle	Intervence	Hodnocení
<p>Narušený obraz těla (00118) Doména 6. Sebevnímání Třída 3. Koncepce: obraz těla Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já. Určující znaky: Chování akceptující vlastní tělo. Chování monitorující vlastní tělo. Chybějící část těla. Depersonalizace části těla pomocí neosobních zájmen. Depersonalizace ztráty pomocí neosobních zájmen. Důraz na zbývající silné stránky. Negativní pocity ohledně vlastního těla. Neverbální reakce na vnímanou změnu těla. Neverbální reakce na změnu těla. Odmítnutí akceptovat změnu. Personalizace části těla použitím jména. Personalizace ztráty použitím jména. Poranění nefunkční části těla. Přehnané vystavování části těla. Přehnaný zájem věnovaný změně. Přehnaný zájem věnovaný ztrátě. Rozšíření tělesné hranice. Skrývání části těla. Strach z reakce jiných. Vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla. Vyhýbání se pohledu na vlastní tělo. Zaměření na funkci v minulosti. Zaměření na předchozí silnou stránku. Zaměření na vzhled v minulosti. Změna schopnosti odhadovat prostorový vztah těla k okolí. Změna společenského zapojení. Změna stavby těla. Změna tělesné funkce. Změna životního stylu. Změněný pohled na vlastní tělo. Zvýšená úspěšnost.</p>	<p>Cíl 1. Pacient bude schopen pohledu do zrcadla.</p> <p>Cíl 2. Pacient bude schopen akceptovat ztrátu oka.</p> <p>Cíl 3. Pacient bude schopen mluvit o ztrátě oka a další péči.</p>	<p>Připrav pacienta na pohled do zrcadla.</p> <p>Zajisti pacientovi soukromí pro pohled na sebe.</p> <p>Popiš pacientovi, jak důlek vypadá a co může očekávat.</p> <p>Mluv s pacientem o následující péči a další prognóze.</p> <p>Pokud pacient žádá přítomnost blízké osoby, umožni mu to.</p>	<p>Pacient zvládá pohled na sebe.</p> <p>Pacient má dostatek soukromí.</p> <p>Pacient má informace o další péči.</p> <p>Pacientovi je umožněna přítomnost blízké osoby.</p>
<p>Připravenost na zlepšení sebepojetí (00167) Doména 6. Sebevnímání Třída 1. Koncepce: sebepojetí. Definice: Vzorec vnímání nebo představ o sobě samém, který lze posílit. Určující znaky: Akceptace limitací. Akceptace silných stránek. Jednání je v souladu s verbálními projevy. Vyjadřuje důvěru ve vlastní schopnosti. Vyjadřuje spokojenost s obrazem těla. Vyjadřuje spokojenost s osobní identitou. Vyjadřuje spokojenost s pocitem vlastní hodnoty. Vyjadřuje spokojenost se smýšlením o sobě samém. Vyjadřuje touhu zlepšit vykonávání role.</p>	<p>Cíl 1. Pacient bude schopen akceptovat ztrátu oka.</p> <p>Cíl 2. Pacient věří ve své schopnosti a uvědomuje si své hodnoty.</p>	<p>Informuj pacienta o tom, jak vypadá důlek po enukleaci.</p> <p>Zajisti pacientovi při prvním pohledu na sebe do zrcadla dostatek soukromí.</p> <p>Hovoř s pacientem o vzniklé situaci.</p> <p>Motivuj pacienta v důvěru ve vlastní schopnosti.</p> <p>Nabídní pacientovi psychologickou intervenci.</p>	<p>Pacient má dostatek soukromí.</p> <p>Pacient má dostatek informací o stavu důlku po enukleaci.</p> <p>Pacient má dostatek prostoru na dotazy.</p> <p>Pacient má důvěru ve své schopnosti.</p> <p>Pacient má možnost využít psychologickou intervenci.</p>

6 DISKUSE

Na základě realizovaného výzkumu je diskuse k dosaženým výsledkům zaměřena na porovnání s jinými obdobnými výstupy ze zkoumaných oblastí a dále přímo na oblast ošetrovatelských intervencí a edukace pacientů.

6.1 Odras řešené problematiky ve standardech a odborných publikacích, srovnání

V bakalářské práci bylo řešeno specifické a úzce zaměřené téma, tj. relace pacient – melanom cévnatky – enukleace – ošetrovatelské intervence – edukace.

Všeobecné standardy v ošetrovatelské péči má Fakultní nemocnice Brno ve vybraných oborech zavedeny a postupně se zavádějí další. Standardy v oboru oftalmologie zpracovány prozatím žádné nejsou, tudíž není možno výstupy práce se standardem, který by se řešené problematiky dotýkal, srovnat.

Ošetrovatelské péči a edukaci pacientů se v obecné podobě věnuje dostatek odborných publikací nebo i studijních materiálů vydaných vysokými školami nebo i jinými akreditovanými institucemi. Publikací nebo dalších vydaných materiálů, které by se ovšem orientovaly vyloženě na ošetrovatelskou péči (a z ní plynoucí ošetrovatelské intervence) nebo na edukační proces u zmíněných pacientů, je již samozřejmě velmi omezené množství. Mezi tyto je možno alespoň částečně svým obsahem zařadit publikace vydané NCO NZO v Brně, a to publikace (Vícha et al., 2011; Brímová et al., 2013). I tak je ovšem možno při naplňování ošetrovatelské péče nebo edukace pacientů vycházet i z ostatních materiálů.

Obsahem některých odborných publikací, nebo i vystoupení na kongresech apod., jsou i kazuistiky pacientů s oftalmologickými problémy. Melanomu cévnatky a následné enukleace, jako medicínskému řešení tohoto onemocnění, se ovšem věnuje opět jen nepatrná část – např. triptych publikací – kazuistik z oftalmologie, zakončená publikací (Jirásková a Rozsival, 2010). Obsahy těchto kazuistik jsou v mnoha směrech významným zdrojem informací a poučení, leč oblastem řešeným v rámci této práce se věnují opět jen okrajově.

Nebyla rovněž dohledána žádná závěrečná (absolventská) práce, odborná publikace, studie apod., která by se přesně touto zkoumanou problematikou zabývala. Tudíž nebylo možno dosažené výsledky s výsledky jiných výstupů porovnat.

I přesto, že studií k řešené problematice není mnoho (viz Národní registr České republiky) je i tak ovšem možno srovnat alespoň vybrané dílčí výsledky výzkumu následovně:

Např. Tokošová, Uhmánová a Hlinomazová (2008) ve svém příspěvku uvádějí průměrný roční počet pacientů na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno v letech 2005-2006 s diagnostikovaným melanomem cévnatky a provedenou enukleací pět, což přibližně odpovídá počtu pacientů s tímto onemocněním a provedenou enukleací za období srpen 2020 až duben 2021, kterých bylo celkem také pět (v období květen až červen 2020 byly tyto chirurgické výkony na klinice z důvodu pandemie COVID-19 pozastaveny). Průměrný věk pacientů v uváděných letech 2005-2006 byl 65 roků, v období zpracování bakalářské práce 69 roků. Zde je vidět určitý posun v průměrném věku těchto pacientů kliniky, vzhledem k nízkému počtu pacientů (participantů výzkumu) je potřeba tento věkový průměr ovšem brát s určitou rezervou. Stejně jako v letech 2005-2006, tak i v období zpracování bakalářské práce nebyly v době stanovení diagnózy přítomny vzdálené metastázy u žádného z těchto pacientů. Ovšem stejně jako v letech 2005-2006, tak i ve sledovaném období, byla velká část melanomu cévnatky u pacientů zařazených do výzkumu diagnostikována v poněkud pozdním stádiu, což si ve většině případů rovněž vyžádalo radikální chirurgické řešení ve formě enukleace. Zde je možno uvést, že v rámci prevence v této oblasti (pravidelných preventivních kontrol u oftalmologů) k pozitivnímu posunu bohužel asi nedošlo.

Glezgová (2017) v článku poukazuje mj. jak na asymptomatické uveální rostoucí nádory, tak i nádory zejména na zadním pólu oka, vedoucí k poruchám vidění, což je jeden ze symptomů melanomu cévnatky (výskyt rovněž u některých pacientů – viz zpracované kazuistiky). Dále potvrzuje nutnost enukleace u celé řady případů spojených s terapií u pacientů s melanomem cévnatky, což koresponduje se současným přístupem na oční klinice.

Šulc (2020) uvádí ve své stati na příkladech věkovou kategorií seniorskou jako nejčastější věkovou kategorií pacientů pro vznik uveálního melanomu, což odpovídá věku pacientů zařazených do výzkumu (opět viz zpracované kazuistiky). Poznává ale také věkovou výjimku – 35 roků, pro vznik uvedeného onemocnění. U všech těchto případů autor zmiňuje s různým časovým odstupem následný vznik metastáz, s úmrtím pacientů v 75 % případů v rozmezí 3-8 měsíců po zahájení léčby. Toto ze zpracovaných kazuistik v bakalářské práci nevyplývá, protože pacienti oční kliniky měli ještě velmi časně po

diagnostikování melanomu cévnatky a terapii enukleací; synchronní nález metastatického postižení se u žádného z těchto pacientů kliniky neprokázal.

Damato (2012) již v roce 2012 v závěru svého článku konstatuje: „*Léčba pacientů s uveálním melanomem významně pokročila v důsledku pokroku v patologii, očním vyšetření, oční léčbě, prognóze a léčbě metastatického onemocnění.*“ Dále uvádí: „*Péče o pacienty se také zlepšila díky lepšímu poradenství a psychologické podpoře. Klíčem k pokroku bylo vytvoření multidisciplinárních týmů pracujících ve specializovaných nadregionálních očních onkologických centrech. V oblasti včasné detekce, diagnostiky a doporučení pacientů s uveálním melanomem existuje prostor pro zlepšení.*“ Z výsledků autorčina výzkumu vyplynulo (viz kazuistiky a jejich výsledky), že i Oční klinika Fakultní nemocnice Brno do praxe prosazuje nejnovější trendy ve vztahu k diagnostice a léčbě pacientů s melanomem cévnatky. Tato nemocnice jako špičkové zdravotnické (a taktéž nadregionální) zařízení k podpoře diagnostiky i léčby těchto pacientů disponuje odborníky i z jiných medicínských oblastí, ne pouze z oblasti oftalmologie, případně problematiku konzultuje i s jinými špičkovými pracovišti v České republice, zejména s vybranými fakultními nemocnicemi. Z kazuistik také ovšem vyplynul většinou odmítavý postoj pacientů k jejich psychologické podpoře po enukleaci (výsledek na základě rozhovorů s pacienty – viz opět kazuistiky), kde u řady případů by tato podpora ovšem svůj přínos měla. Stejně jako autor článku, tak i autorka bakalářské práce shledává min. v oblastech, které jsou blízké její pracovní náplni, prostor pro zlepšení (zkvalitnění), a to jak ošetrovatelské péče (ošetrovatelských intervencí), tak i edukace těchto pacientů, což vyjádřila a formulovala i s odpovídajícími návrhy v práci.

Afshar et al. (2018) shrnují výsledky studie prováděné ve Spojených státech amerických v roce 2015 Nadací pro oční melanom – Ocular Melanoma Foundation (OMF). Cílem studie bylo identifikovat vybrané aspekty péče, které pacienti s očním melanomem považovali za nejdůležitější, a také zjistit, zda se pacienti domnívali, že jejich potřeby byly adekvátně řešeny. V rámci studie bylo vyhodnoceno 179 odpovědí respondentů. Enukleace byla provedena pouze u desetiny respondentů, ve zkoumaném období na oční klinice to bylo u pěti pacientů s tímto onemocněním z osmi. Téměř polovina respondentů studie uvedla, že obdržela brožury o daném onemocnění, další respondenti dostali tištěné internetové materiály nebo také odkazy na podpůrné skupiny, jako je např. zmíněná Ocular Melanoma Foundation. Oční klinika – její onkologická poradna nic z tohoto pacientům nezabezpečuje. Psychologická podpora byla nabídnuta téměř 15 % respondentům studie,

v podmínkách oční kliniky není prozatím tato nabídka běžnou praxí, i když v řadě případů by byla na místě. Výsledky studie uvádí i poskytování emoční podpory, a to v nezanedbatelném procentu případů, když se respondenti dozvěděli o špatné prognóze jejich stavu. Tato se na pracovišti oční kliniky prozatím výraznějším způsobem neuplatňuje. Respondenti ve studii ovšem vyjádřili určitou nespojenost s poskytnutým psychologickým poradenstvím či finančním poradenstvím (nelze porovnat, není na oční klinice běžně zajišťováno, finanční poradenství již vůbec ne). S enukleací (včetně péče, diskuse o protéze apod.) bylo spokojeno 100 % respondentů studie ženského pohlaví a téměř 85 % respondentů mužského pohlaví. Pacienti – participanti výzkumu oční kliniky, ať již ženy nebo muži, žádnou nespokojenost spojenou s enukleací při rozhovorech v rámci výzkumu nevyjádřili. Tato studie ale také poukázala na to, že respondenti potřebovali více informací o pravděpodobném dopadu onemocnění na jejich každodenní život a rovněž o tom, jak mluvit o takovémto onemocnění s dětmi, jinými příbuznými, přáteli nebo kolegy. Autoři na tomto místě dospívají k závěru: „*Těmto potřebám by mohlo být vyhověno tím, že by byli pacienti vedeni k vhodným online informacím, u nichž je větší pravděpodobnost, že budou snadněji aktualizovatelné než tištěné brožury.*“ Zde jde o nanejvýš vhodný příklad i pro oční kliniku, kdy autorka práce již nyní např. uvažuje (viz podkapitola 6.3) o nahrazení navrženého letáku (průvodce pacienty péčí o oční důlek) pro tyto pacienty dostupným online šotem na webových stránkách kliniky. Studie ve svém závěru navrhuje zpracování celé řady standardů péče o pacienty s tímto onemocněním (na oční klinice prozatím také absentují), nebo také zdůrazňuje význam školení, kvalifikaci poskytovatelů této zdravotní péče, vybavení nebo znovu již zmiňovanou psychologickou podporu.

Publikovanou studii (její obsah, zaměření a výsledky) je možno považovat, jak pro management oční kliniky, tak i pro lékaře nebo nelékařský zdravotnický personál kliniky, pro jejich další práci ve vztahu k pacientům s diagnostikovaným melanomem cévnatky a prováděnou enukleací za velmi inspirativní.

V bakalářské práci bylo z pochopitelných důvodů provedeno srovnání výsledků výzkumu jen s omezeným počtem jiných studií.

Dále je na základě provedeného výzkumu možno, jak u ošetrovatelských intervencí, tak i u edukace pacientů uvažovat o určitých dílčích návrzích, které by tyto dvě oblasti mohly kvalitativně do budoucna ovlivnit – viz dále.

6.2 Ošetrovatelské intervence

Z výzkumu vyplynula potřeba individuálního přístupu k pacientům. V pacientech je potřeba především vidět člověka, ne pouze náramek s evidenčním číslem, což se v mnoha případech neděje. Do budoucna je vhodné bližší, ovšem zároveň přiměřené navázání kontaktů s pacienty, získání si více jeho důvěry, zejména pak pro odpovídající spolupráci. Na místě je také nutná určitá míra povzbuzování, nebo také kladení většího důrazu na poněkud opomíjené pozorování, hodnocení a zaznamenávání (kromě fyzického) psychického stavu takovýchto pacientů, což je náplní práce jak všeobecné, tak i praktické sestry lůžkové jednotky kliniky. K této problematice bude navrženo uspořádání semináře pro nelékařské zdravotnické pracovníky kliniky (min. jedenkrát v roce) vedené vrchní sestrou kliniky.

Dále je možné konstatovat, že:

- dosud stanovené ošetrovatelských diagnózy a taktéž z nich vyplývajících ošetrovatelské intervence na oční klinice (uvedené v kapitole třetí teoretické části práce) u takovýchto pacientů jsou vhodné a odpovídají potřebám pacientů
- ošetrovatelské intervence, které se dosud u těchto pacientů na klinice prováděly, byly prováděny zodpovědně, za účelem dosažení konkrétních výsledků a měly také svůj efekt;
- je ovšem vhodné u vybraných pacientů okruh ošetrovatelských diagnóz a s nimi spojených ošetrovatelských intervencí rozšířit o některé další, které nebyly dříve stanoveny, a to o:
 - připravenost na zlepšení sebedpěče
 - nedostatečné znalosti
 - připravenost na zlepšení znalostí
 - narušený obraz těla
 - připravenost na zlepšení sebepojetí

Proto také bylo v rámci zpracování bakalářské práce přistoupeno k doplnění mapy péče u pacientů před enukleací a po enukleaci – viz příloha P III o ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské intervence, které z těchto kazuistik vyplynuly (žlutě označená část mapy), a které by bylo vhodné také v budoucnu u vybraných pacientů uplatňovat. Podrobná

tabulka s těmito ošetrovatelskými diagnózami, cíli, intervencemi a hodnocením byla zpracována již v kapitole 5 bakalářské práce – viz tabulka 2.

Z výsledků rozhovoru s oční protetičkou, která převážně zabezpečuje výrobu očních protéz pro pacienty, u nichž byla na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno realizována enukleace, vyplynulo, že pacienti, kteří k ní přicházejí po enukleaci, jsou po stránce zdravotní dobře připraveni na použití oční protézy, jejich psychika ve vztahu k užívání protézy nesehrává výraznější roli (blíže viz kapitola 5 bakalářské práce).

6.3 Edukace pacientů

Z výzkumu vyplynulo, že současný edukační proces realizovaný u těchto pacientů, je vhodné v některých směrech v rámci sekundární i terciární prevence zčásti upravit a doplnit.

Do budoucna je potřeba věnovat zvýšenou pozornost vybraným pacientům seniorského věku, kde u některých by bylo vhodné (poněkud častěji než dosud), aby při instruktáži (náviku) zaměřené na péči o oční důlek po enukleaci byla přítomna (pokud s tímto bude konkrétní pacient souhlasit a bude to možné) i osoba blízká (příbuzný nebo partner/ka), popř. jiná osoba pečující o takovéhoho pacienta. Tyto osoby by tak mohly pacienta v péči o jeho oční důlek podpořit nebo jej plnohodnotně zastoupit, pokud pacient přestane péči z jakýchkoliv příčin dále zvládat. V praxi uvedené osoby při edukaci přítomny občas bývají, není to ovšem pravidlem. V rámci řešitelského období byla u dvou pacientů při této edukaci přítomna manželka, dále u jednoho z pacientů bylo nanejvýš vhodné, aby byl přítomný příbuzný, popř. jiná osoba, toto bylo ovšem pacientem odmítnuto.

Na lůžkové jednotce oční kliniky schází zpětná vazba ve vztahu k úrovni (kvalitě) prováděné péče o oční důlek pacienty po ukončení jejich hospitalizace – v prostředí mimo nemocnici. Informace o prováděné péči (frekvenci, problémech apod.) by měli pacienti poskytnout při kontrole v onkologické poradně uvedené kliniky, lékař ambulance navíc při kontrole pacientů stav očního důlku ověřuje a hodnotí. Získané informace (především negativní zjištění) se ovšem zpět na lůžkovou jednotku, která edukaci pacientů v této péči garantuje, doposud nepřenášely. Z pozice funkce autorky práce – vrchní sestry kliniky, byl již tento stav s personálem onkologické poradny a se staniční sestrou lůžkové jednotky kliniky diskutován. Případné zjištěné negativní poznatky v této věci (nedostatečné péči o oční důlek či jiných problémech spojených s touto péčí, zapříčiněných např. nedostatečnou edukací pacientů před ukončením jejich hospitalizace) budou neprodleně přenášeny z onkologické poradny k uvedené staniční sestře, která ihned sjedná vhodným

způsobem nápravy. Toto je možno řešit u nelékařského zdravotnického personálu lůžkové jednotky oční kliniky (všeobecné sestry) individuálně nebo skupinově, např. formou krátkého instruktážně-metodického zaměstnání. O vyřešení problému bude také uvedená staniční sestra neprodleně informovat vrchní sestru kliniky, jako garanta ošetrovatelské péče na klinice, s dokladem o přijatých opatřeních.

Při zpracování jednotlivých kazuistik u pacientů na základě dat z jejich zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace bylo shledáno, že dosud jako součást ošetrovatelské dokumentace vedené na lůžkové jednotce kliniky absentuje jakýkoliv záznam o pooperační edukaci pacientů v péči o oční důlek. Proto byl také v rámci bakalářské práce tento edukační záznam navržen – viz Příloha VIII.

Na základě zúčastněného pozorování u pacientů, při jejich edukaci v péči o oční důlek před ukončením hospitalizace, byl zjištěn nejednotný postup při této edukaci. Uvedené zjištění bylo také potvrzeno při rozhovoru s dalším participantem výzkumu – se všeobecnou sestrou lůžkové jednotky kliniky se specializací v chirurgických oborech, která mj. potvrdila absenci metodiky či návodu – v podstatě edukačního plánu, pro tuto edukaci. Proto byl v rámci bakalářské práce navržen pro využití v praxi i tento edukační plán – viz příloha P IX. Uvedený plán by měl tedy do budoucna sloužit jako podpora pro jednotnou a kvalitní edukaci pacientů všeobecnými sestrami před ukončením jejich hospitalizace. Cíl zmíněné edukace zůstává nezměněný i do budoucna, a to informovat pacienty o významu péče o oční důlek, seznámit je teoreticky i prakticky s péčí o tento důlek a dosáhnout tak u pacientů soběstačnosti v této péči. Tento edukační plán by měl zároveň sloužit jako příloha výše zmíněného navrženého edukačního záznamu.

Uvedený nejednotný postup při edukaci těchto pacientů je také zapříčiněn tím, že edukaci provádí téměř pokaždé jiná všeobecná sestra (z důvodu směnného provozu). Do budoucna se tedy jeví jako vhodnější mít na tuto edukaci speciálně proškolenou všeobecnou sestru. Z důvodu zmíněného směnného provozu, čerpání dovolených apod., pak nejlépe dvě takové sestry, z čehož jednou edukátorkou by mohla být staniční sestra (která kromě čerpání dovolené je teoreticky všechny ostatní pracovní dny přítomna) a druhou by mohla být všeobecná sestra, která tuto staniční sestru pravidelně zastupuje v době její nepřítomnosti. Proškoleny by ovšem v této problematice měly být na potřebné úrovni také ostatní všeobecné sestry lůžkové jednotky, aby dokázaly kdykoliv odpovědným způsobem zodpovědět případné dotazy pacientů.

Z rozhovorů s participanty výzkumu (pacienty a nelékařským zdravotnickým personálem) také vyplynul ve vztahu k péči o oční důlek návrh na dovybavení těchto pacientů při ukončení jejich hospitalizace tištěným edukačním materiálem ve formě letáku. Tím by byla doplněna jejich edukace v rámci terciární prevence. Dosud uplatňovaná přímá forma edukace by se tak u těchto pacientů rozšířila o formu nepřímou. Můžeme tak hovořit o formě edukace smíšené nebo kombinované; forma individuální by vzhledem k nízkému počtu těchto pacientů zůstala. Obsahem tohoto letáku by zejména mělo být čeho se v období po enukleaci vyvarovat, jak postupovat a jaká dodržovat pravidla v péči o oční důlek a také jaké pomůcky si přichystat a používat. Tento leták byl již v rámci zpracování bakalářské práce navržen – viz příloha P X.

Při návrhu tohoto letáku bylo přihlíženo zejména k tomu, aby:

- vyhovoval pacientům z hlediska věku (zde zejména seniorům), gramotnosti, ale také schopnosti jejich vnímání a částečnému omezení zraku (vidí pouze na jedno oko, někteří z pacientů již ani na toto oko ne moc dobře)
- byl pro pacienty zajímavým
- text nebyl příliš složitý a dlouhý, nebyly v něm využívány odborné lékařské výrazy
- byl vhodně doplněn obrázky
- byl doplněn kontaktními (zejména telefonickými) údaji na kliniku a na výrobce očních protéz

Výhledově lze uvažovat i o vytvoření audiovizuální pomůcky – krátkého instruktážního videa a jeho umístění na webové stránky kliniky (jako další edukační materiál, ne jako náhrada za navržený leták). Nejruznější šoty ve vztahu k očním protézám, jejich nasazování, vyjímání apod., je možno již nyní dohledat na internetu (např. webových stránkách očních protetiků), šoty ve vztahu k péči o oční důlek ovšem dohledány nebyly.

ZÁVĚR

Ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, edukace pacienta. Pojmy, které jsou všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům blízké. Jsou to také pojmy, jejichž obsah se snaží tito pracovníci pečující při své každodenní práci o pacienty co nejdůsledněji dodržovat a naplňovat tak i jejich význam. Stejně je tomu i ve vztahu k pacientům s melanomem cévnatky, jako s velmi závažným onemocněním, u kterého bude potřeba v řadě případů provést enukleaci.

Bakalářská práce, která se zabývá problematikou ošetřovatelské péče a edukace u zmíněných pacientů, ve své teoretické části nabízí základní pohled na řešení problematiky melanomu cévnatky, a na případnou následnou enukleaci, jako jeden z medicínských přístupů k řešení tohoto onemocnění. Mapuje také ošetřovatelskou péči a edukaci u pacientů s tímto onemocněním na Oční klinice fakultní nemocnice Brno. V dílčím závěru této části práce je mj. potvrzena oblast nezbytné moderní diagnostiky a léčby těchto pacientů včetně potřeby odpovídajících právních norem pro oblast poskytování zdravotních služeb. Vyzdvížena je i potřebná erudice nelékařského zdravotnického personálu s potřebami kontinuálního zlepšování přístupů v obou řešených oblastech. Praktická část obsahuje celkem pět kazuistik zpracovaných u pacientů s tímto onemocněním a realizovanou enukleací na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno v řešitelském období. Zpracované analýzy jednotlivých kazuistik podepřené i výsledky pozorování a rozhovorů s participanty výzkumu (pacienty) zahrnují návrhy na doplnění celkem pěti potřebných ošetřovatelských diagnóz (včetně návrhů na odpovídající ošetřovatelské cíle a intervence a způsoby hodnocení). Tyto ošetřovatelské diagnózy a intervence by mohly být využitelné i v budoucnu u pacientů se stejným onemocněním, u kterých by si to jejich zdravotní stav vyžádal.

Analýzy zpracovaných kazuistik a další výsledky pozorování participantů výzkumu (pacientů) a rozhovorů s nimi a rovněž tak výsledky rozhovorů s ostatními participanty výzkumu byly v další kapitole praktické části práce následně diskutovány. Na základě této diskuse byly také podány návrhy na zlepšení stavu v oblasti ošetřovatelské péče a edukace u zmíněných pacientů.

Výsledky bakalářské práce tedy ukazují, že v oblasti ošetřovatelské péče a edukace pacientů, kterým byl diagnostikován melanom cévnatky a který si vyžádal enukleaci, je parciálně co zlepšovat. Autorka se domnívá, že práce je svým obsahem přínosná, a to

v obou uvedených oblastech. Tento přínos (přínosy) je možno pro jednotlivé oblasti vymezit následovně:

Přínos práce pro oblast ošetrovatelské péče:

- návrh na pořádání pravidelných seminářů v ročních cyklech zaměřených na způsob komunikace s pacienty
- zpracování mapy péče u pacientů před enukleací a po enukleaci v rámci lůžkové péče (a její následné doplnění na základě realizovaného výzkumu) jako nejdůležitějšího úseku celé ošetrovatelské péče o tyto pacienty
- potvrzení správně stanovených ošetrovatelských diagnóz (a z nich vyplývajících ošetrovatelských intervencí) u participantů výzkumu (pacientů)
- stanovení některých dalších vhodných ošetrovatelských diagnóz (a z nich rovněž vyplývajících ošetrovatelských cílů a intervencí a způsobů hodnocení) u participantů výzkumu (pacientů)

Přínos práce pro oblast edukace:

- návrh na častější přítomnost příbuzných pacientů, jejich partnerů/ek nebo jiných osob pečujících o pacienta u edukace v péči o oční důlek
- návrh na zkvalitnění komunikace mezi ambulanti částí kliniky – onkologickou poradnou a lůžkovou jednotkou kliniky v případě zjištěných nedostatků v oblasti edukace pacienta v péči o oční důlek
- návrh na edukaci pacienta pouze dvojicí vybraných speciálně proškolených všeobecných sester (staniční sestra lůžkové jednotky oční kliniky a nejlépe všeobecná sestra pravidelně zastupující v případě nepřítomnosti tuto staniční sestru)
- návrh na proškolení všech všeobecných sester v péči o oční důlek po enukleaci
- zpracování edukačního záznamu o pooperační edukaci pacienta v péči o jeho oční důlek (jako součást ošetrovatelské dokumentace uvedených pacientů), který dosud scházel
- vytvoření edukačního plánu pacienta v péči o vzniklý oční důlek (jako přílohy uvedeného edukačního záznamu), jehož přínosem by mělo být zejména sjednocení přístupu v této edukaci a zajištění komplexnosti v této edukaci
- návrh tištěného edukačního materiálu ve formě letáku pro pacienty po enukleaci se zdůrazněním zásad chování po enukleaci, pravidel a postupu péče o vzniklý oční důlek – byla tak rozšířena jejich edukace v rámci terciární prevence

Z realizovaného výzkumu, diskuse k výsledkům práce, uvedených návrhů a prezentovaných přínosů bakalářské práce, je patrné, že zejména problematice edukace zmíněných pacientů byla v minulosti věnována poněkud menší pozornost a prostor, než bylo potřeba. Toto je proto nezbytné v následujícím období co nejdříve napravit.

Autorka práce si dovoluje konstatovat, že na základě naplnění obsahu práce se jí podařilo vytýčený cíl bakalářské práce splnit.

Tématem zaměřeným na problematiku ošetrovatelské péče i edukaci pacientů s oftalmologickými problémy je možno se samozřejmě věnovat jak v rámci dalších bakalářských nebo i diplomových prací, nebo také prostřednictvím nejrůznějších výzkumů. Každá takováto práce (je-li kvalitně zpracována) a její výsledky, mohou být pro další rozvoj a zkvalitnění zmíněných oblastí přínosné.

Česká republika měla, a má i v současnosti, celou řadu významných oftalmologů, kteří přispěli k rozvoji tohoto důležitého oboru. Mezi tyto patří např. profesor Otto Wichterle – vynálezce kontaktních čoček, které pacientům více než půl století napomáhají ke korekci zraku, profesor Pavel Kuchynka – průkopník některých nových chirurgických metod a zakladatel programu operací šedého zákalu v Česku, nebo profesorka Vlková, emeritní dlouholetá přednostka Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno, která se rovněž svou prací a výzkumem zasloužila o rozvoj řady podoblastí spojených s oftalmologií. Zde je také v závěru bakalářské práce vhodné připomenout význam a přínos Florence Nightingalové, pro oblast ošetrovatelství v druhé polovině devatenáctého století nebo také Jean Henri Dunanta (nositele Nobelovy ceny míru), který se zasloužil o založení Mezinárodního výboru Červeného kříže, jehož činnost lze také výrazně spojit s ošetrovatelstvím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AFSHAR, Armin R. et al., 2018. The Patient's Experience of Ocular Melanoma in the US: A Survey of the Ocular Melanoma Foundation. *Ocular Oncology and Pathology* [online]. February 2018, vol. 4(5), p. 280-290. ISSN 2296-4657. Dostupné z: <https://www.karger.com/Journal/Issue/277116>

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

ČIHÁK, Radomír et al., 2004. *Anatomie*. Praha: Grada Publishing. a.s., 2004. ISBN 80-7169-970-5.

DAMATO, Bertil E., 2012. Progress in the management of patients with uveal melanoma. The 2012 Ashton Lecture. *Eye* [online]. June 2012, vol. 26, p. 1157-1172 [cit. 2021-30-04]. ISSN 1476-5454. Dostupné z: <https://www.nature.com/eye/articles?type=rcophth-eponymous-lectures&year=2012>

GLEZGOVÁ, Johana, 2017. Uveální melanom. *Onkologie* [online]. Únor 2017, roč. 11(1), s. 34-37 [cit. 2021-29-04]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/magno/xon/2017/mn1.php>

HEISSIGEROVÁ, Jarmila et al., 2018. *Oftalmologie: pro pregraduální i postgraduální přípravu*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-580-4.

HELGADOTTIR Hildur a Veronica HÖIOM, 2016. The genetics of uveal melanoma: current insights. In: *The Application of Clinical Genetics* [online]. September 2016, vol. 9, p. 147-155 [cit. 2020-12-14]. ISSN 1178-704X. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/the-application-of-clinical-genetics-i1181-j36>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2018-2020*. Přel. Petra Mandysová. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-271-0710-0.

HORŇÁČKOVÁ, Pavla, 2019. *Genetické prognostické faktory maligního melanomu cévnatky*. [Atestační práce.] Brno: Oční klinika FN Brno a LF Masarykovy univerzity Brno.

CHRASTINA, Jan, 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.

JIRÁSKOVÁ, Naďa a Pavel ROZSÍVAL, 2010. *Kazuistiky z oftalmologie III*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2010.

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

KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.

KRAUS, Jiří et al., 2014. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1415-3.

KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-600-6.

KUCHYNKA, Pavel et al., 2016. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5079-8.

LEITMAN, Mark W., 2017. *Manual for eye examination and diagnosis*. Ninth edition. Hoboken: Wiley Blackwell. ISBN 978-1-119-24361-8.

MAZAL, Zdeněk a Petr HERLE, ed., 2011. *Oftalmologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. Ediční řada pro VPL. ISBN 978-80-86307-89-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004a. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004b. Vyhláška ze dne 30. června 2004 č. 424 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*, částka 139.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. Vyhláška ze dne 1. března 2011 č. 55 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*, částka 20.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. Vyhláška ze dne 22. března 2012 č. 98 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*, částka 39.

NÁRODNÍ REGISTR HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, 2021. *Počet výkonů 75371 (enukleace a eviscerace bulbu) provedených v letech 2010-2020*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky, Palackého náměstí 4, P.O. BOX 60, 128 01 Praha 2.

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. Zákon ze dne 8. prosince 2011 č. 372 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*, částka 131.

OČNÍ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, 2017. *Melanom cévnatky*. Databáze snímků z vyšetření pacientů.

ROZSÍVAL, Pavel et al., 2017 *Oční lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-316-6.

SHIELDS Jerry A. a Carol L. SHIELDS, 2015. *Intraocular Tumors: An Atlas and Textbook*. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 9781496321343.

STUDNIČKA, Jan et al., 2018. *Onemocnění sítnice a cévnatky v praxi*. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4945-0.

STUPKOVÁ, Veronika, 2017. *Zdravotnická dokumentace a související aspekty*. Atestační práce [online]. 2. května 2017 [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: https://theses.cz/id/64575q/Rigorzn_prce-_Zdravotnick_dokumentace_a_souvisejc_aspektydocx.pdf

ŠPAČKOVÁ, Kateřina et al., 2012. *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3063-8.

ŠULC, David, 2020. Systémová léčba metastazujícího uveálního melanomu anti-PD-1 protilátkami. *Onkologie* [online]. Leden 2020, roč. 14(1), s. 40-44 [cit. 2021-29-04]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/magno/xon/2020/mn1.php>

TOKOŠOVÁ, Elena, Radoslava UHMANNOVÁ a Zuzana HLINOMAZOVÁ, 2008. Maligní melanom uvey na Oční klinice FN Brno Bohunice. *Česká a slovenská oftalmologie* [online]. roč. 11(1), s. 30-33 [cit. 2021-30-04]. ISSN 1211-9059. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-oftalmologie/archiv-cisel/2008-1>

VÍCHA, Igor et al., 2011. *Perioperační péče o pacienta v oční chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-541-9.

VLKOVÁ, Eva, Šárka PITROVÁ a František VLK, 2008. *Lexikon očního lékařství: výkladový ilustrovaný slovník*. Brno: František Vlk. ISBN 978-80-239-8906-9.

VOKURKA, Martin et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
amp.	ampule
apod.	a podobně
APPE	appendektomie
ATB profylaxe	antibiotická profylaxe (podání antibiotik)
BETT	Birmingham Eye Trauma Terminology (Birminghamská klasifikace mechanických úrazů oka)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
cps.	capsulae (tobolka)
Dsf.	dioptrie sférická
ed.	editor
EKG	elektrokardiogram
et al.	„et alii“ (a kolektiv)
gtt.	guttae (kapky)
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
i. m.	intramuskulárně
inh.	inhalačně
ISBN	International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knihy)
ISSN	International Standard Serial Number (mezinárodní standardní číslo seriálové publikace)
i. v.	intravenózně
min.	minimálně
mj.	mimo jiné
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NSE	neuron specifická enoláza
OMF	Ocular Melanoma Foundation (Nadace pro oční melanom)
PAD	perorální antidiabetika
p. o.	per os (perorální, podávaný ústy)
popř.	popřípadě
r.	rok
Sb.	Sbírka zákonů
s. c.	subkutánně
st. p.	status post (stav po)
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TFSOM	To Find Small Ocular Melanoma (najít malý oční melanom)
TK	krevní tlak
tzv.	tak zvaný
VAS	Visual Analogue Scale (vizuální analogová škála)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Anatomie oka (Heissigerová et al., 2018)	17
Obrázek 2 Schéma rozdělení úrazů oka dle standardizované terminologie BETT	19
Obrázek 3 Schéma rozdělení onemocnění oka	20
Obrázek 4 Melanom cévnatky (Oční klinika, 2017).....	23
Obrázek 5 Schématické znázornění ošetřovatelské péče o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enkleaci a jeho edukace.....	32
Obrázek 6 Oční důlek u pacienta po enukleaci.....	36

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet výkonů 75371 (enukleace a eviscerace bulbu) provedených v letech 2010-2020 v České republice (Národní registr, 2021)	28
Tabulka 2 Návrh na uplatnění dalších ošetřovatelských diagnóz	70

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I: Síto pro enukleaci – instrumentárium
- Příloha P II: Informovaný souhlas pacienta s enukleací s přílohou souhlasu
- Příloha P III: Mapa péče u pacienta před enukleací a po enukleaci
- Příloha P IV: Informovaný souhlas účastníka výzkumu s prohlášením o souhlasu
- Příloha P V: Otázky rozhovorů s participanty výzkumu
- Příloha P VI: Pozorovací archy chování pacientů a provádění ošetrovatelských intervencí
- Příloha P VII: Souhlas s výzkumem
- Příloha P VIII: Edukační záznam pacienta po enukleaci
- Příloha P IX: Edukační plán pacienta v péči o oční důlek
- Příloha P X: Průvodce pacienta péčí o oční důlek

PŘÍLOHA P I SÍTO PRO ENUKLEACI – INSTRUMENTÁRIUM



1. Nůžky na rozstřížení ochranné folie.
2. Rozvěrač očních víček.
3. Jemná chirurgická pinzeta.
4. Háček pod oční sval.
5. Peán moskyto na fixaci očního svalu.
6. Enukleační nůžky.
7. Jemné pérové nůžky.
8. Špejle (4 ks) k rozevření víček při dezinfekci operačního pole a k nalepení ochranné folie.
9. Mikrojehelec.
10. Peán moskyto (3 ks).
11. Chirurgická pinzeta.
12. Anatomická pinzeta.
13. Peán k dezinfekci.
14. Oční sušení.
15. Stříkačka na oplach povrchu oka (10 ml).
16. Vicryl 9-0.
17. Novosyn 8/0.
18. Krytky na mikroskop (4 ks).
19. Miska s tampony a stříkačka s dezinfekcí.
20. Miska se sterilní vodou k oplachu nástrojů.
21. Sterilní pooperační krytí oka.
22. Sterilní čtverce k peroperačnímu sušení rány.
23. Sušení po dezinfekci, sterilní folie a operační rouška.
24. Lukasterik k odhazování použitého sušení.

PŘÍLOHA P II INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ENUKLEACÍ S PŘÍLOHOU SOUHLASU



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705

Bankovní spojení: 71234621/0710

www.fnbrno.cz

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící lékař:

Plánovaná zdravotní služba:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.**

V Brně dne: čas:

podpisy:

pacient / zákonný zástupce / opatrovník
(jedná-li se o nezletilého pacienta, který dovršil 14 let, připojí podpis zákonný zástupce i pacient)

.....
seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis

Diagnóza včetně určené strany (česky):

--

Zjednodušený verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
Strana postižení dle ambulantního záznamu		
Strana postižení dle chorobopisu		
Strana postižení podle informovaného souhlasu pacienta		

Pokud nelze získat informovaný souhlas pacienta, proškrtnout obě kolonky (levá i pravá).

Plánovaný výkon:	Strana	
	Pravá	Levá
RDG metody ze dne:		
RDG metody ze dne:		
Jiná použitá dokumentace:		

Písemné odůvodnění a rozhodnutí o straně výkonu v případě, že nedošlo ve všech bodech verifikačního protokolu ke shodě strany, včetně nemožnosti vyjádření pacienta (**nutný podpis protokolu vedoucím lékařem**):

	Podpis vedoucího lékaře:
--	--------------------------

Pokud není shoda ve straně výkonu ve všech bodech verifikačního protokolu, je nutné vyplnit Úplný verifikační protokol !

Datum:	Razítko ošetřujícího nebo k výkonu předvádějícího lékaře:	Podpis:
Datum:	Souhlas pacienta se stranou výkonu:	Podpis:
Datum:	Razítko lékaře provádějícího výkon	Podpis:

Stranu výkonu ošetřující lékař nebo lékař provádějící výkon označí na těle pacienta.

Příloha k informovanému souhlasu obsahuje:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb
- alternativa navrhovaných zdravotních služeb, možnost zvolit si jednu z alternativ
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb
- poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek – podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvl. právního předpisu: údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

Příloha k informovanému souhlasu

s plánovaným výkonem: ENUKLEACE – ODSTRANĚNÍ OČNÍHO BULBU

- **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:** Odstranění celého oka – očního bulbu. Nejčastějšími indikacemi této operace je nitrooční nádor, kosmeticky nevyhovující slepé oko, oko po těžkém úrazu. Během operace je provedeno přetnutí očních svalů, přetnutí očního nervu a je vyjmuto celé oko. Jedná se o **nevratný** zákrok. Zákrok může být proveden bez nebo s našitím náhrady (očního implantátu) na oční svaly. V tomto případě je potom zachována částečná hybnost náhrady (protézy) oční koule.
- **Cílem** této operace je odstranění celé oční koule.
- **Rizika:** Během operace i časně pooperačně může dojít ke krvácivým projevům do oblasti očního důlku a velmi vzácně i k rozvoji zánětlivých projevů.
- **Alternativa plánovaného výkonu, možnost zvolit si jednu z alternativ:** V indikovaných případech neexistuje pro tento výkon jiná alternativa.
- **Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:** Přechodně klidový režim. V případě odstranění vidoucího oka dojde jeho odstraněním ke ztrátě prostorového vidění a k omezení celkového zorného pole. S tímto souvisí i dočasný zákaz řízení motorových vozidel.
- **Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:** Pravidelné kontroly u očního lékaře několik týdnů po zákroku, několik týdnů je nutno vyvarovat se zvýšené fyzické zátěže. Pacientovi je po zákroku vystaven poukaz na individuální výrobu oční protézy protetikem.

četl:
jméno pacienta (zákonného zástupce)

V Brně dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce)

(Zdroj přílohy: Databáze dokumentů Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno)

PŘÍLOHA P III MAPA PÉČE U PACIENTŮ PŘED ENUKLEACÍ A PO ENUKLEACI

MAPA PÉČE U PACIENTŮ PŘED ENUKLEACÍ A PO ENUKLACI					
Standardní ošetrovací jednotka					
	Den přijetí	Operační den	První den po operaci	Druhý den po operaci	Den propuštění
Poloha a pohybový režim	Dle pacientových zvyklostí a aktuálního zdravotního stavu.	Klid na lůžku dle ordinace lékaře. Bandáže dolních končetin, prevence TEN. Včasná mobilizace po operaci. Po operaci neležet na operované straně.	Klidový režim, nepreferovat operovanou stranu.	Klidový režim, nepreferovat operovanou stranu.	Stejný režim jako u přijetí, popřípadě dle pacientova aktuálního zdravotního stavu.
Sledování	Sledování celkového zdravotního stavu a fyziologických funkcí.	Sledování celkového zdravotního stavu, fyziologických funkcí a psychického stavu. Kontrola krytí rány, krvácení a psychického stavu pacienta.	Sledování celkového zdravotního stavu, fyziologických funkcí a psychického stavu. Kontrola krvácení a sekrece z dřílku.	Sledování celkového zdravotního stavu, fyziologických funkcí a psychického stavu. Kontrola krvácení a sekrece z dřílku.	Sledování celkového zdravotního stavu, fyziologických funkcí a psychického stavu. Sledování soběstačnosti pacienta v péči o dřílek.
Hygiena	Bez omezení.	Hygienická péče s doprovodem zdravotnického personálu, pouze u lůžka nebo umyvadla na pokoji.	Hygienická péče s doprovodem zdravotnického personálu.	Hygienická péče samostatně nebo v případě potřeby s doprovodem zdravotnického pracovníka.	Hygienická péče dle aktuálního zdravotního stavu s ohledem na stav očního dřílku po enukleaci.
Strava	Dle pacientova dietního režimu. Od půlnoci nejíst a nepít.	0/S. U diabetika infúze dle ordinace lékaře vykrytá inzulinem.	Dle pacientova dietního režimu a opatření.	Dle pacientova dietního režimu a opatření.	Dle pacientova dietního režimu a opatření.

MAPA PÉČE U PACIENTŮ PŘED ENUKLEACÍ A PO ENUKLACI

Standardní ošetrovací jednotka

	Den přijetí	Operační den	První den po operaci	Druhý den po operaci	Den propuštění
Bolest	Bude řešena dle ordinace lékaře.	Bude řešena dle ordinace lékaře. Monitorace bolesti dle VAS.	Bude řešena dle ordinace lékaře. Monitorace bolesti dle VAS.	Bude řešena dle ordinace lékaře. Monitorace bolesti dle VAS.	Řešena dle pacientova aktuálního zdravotního stavu.
Vyprazdňování	Dle pacientových zvyklostí.	Dle pacientových zvyklostí, popřípadě s pomocí či jen s dopomocí zdravotnického personálu. Kontrola vymočení do 6-8 hodin od operace.	Dle pacientových zvyklostí, popřípadě s pomocí či jen s dopomocí zdravotnického personálu. Zdůraznění významu nenásilné defekace.	Dle pacientových zvyklostí, popřípadě s pomocí či jen s dopomocí zdravotnického personálu. Zdůraznění významu nenásilné defekace.	Dle pacientových zvyklostí s ohledem na aktuální zdravotní stav.
Spánek a odpočinek	Sledování kvality spánku. Premedikace dle ordinace anesteziologa.	Sledování kvality spánku.	Sledování kvality spánku.	Sledování kvality spánku.	Dle pacientova aktuálního zdravotního stavu.
Léčba	Dle ordinace lékaře.	Dle ordinace lékaře.	Dle ordinace lékaře.	Dle ordinace lékaře.	Dle ordinace lékaře.
Péče o ránu	Aplikace ATB ve formě očních kapek do operovaného oka jako předoperační příprava dle ordinace lékaře.	Kompresní krytí rány, převaz jen v případě krvácení.	Převaz rány lékařem. Seznámení pacienta se stavem rány a s další péčí. Výplach a aplikace ATB masti.	Nácvik převazu rány s pomocí zdravotnického personálu.	Kontrola samostatnosti pacienta v péči o důlek.
Edukace	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

MAPA PÉČE U PACIENTŮ PŘED ENUKLEACÍ A PO ENUKLEACÍ – doplnění

Standardní ošetrovací jednotka

	Den přijetí	Operační den	První den po operaci	Druhý den po operaci	Den propuštění
Připravenost na zlepšení sebepéče	Dle pacientových zvyklostí.	Dle pacientových zvyklostí, popřípadě dle pooperačního stavu pacienta dopomoc.	Návik péče o důlek pod dohledem sestry. Motivovat pacienta k samostatnosti.	Návik péče o důlek. Aktivně vést pacienta k samostatnosti.	Péče o důlek prováděna samostatně pacientem nebo v případě nutnosti rodinným příslušníkem.
Nedostatečné znalosti	Ověřit úroveň znalostí pacienta ve vztahu k plánované léčbě. Pacient je informován o léčebného plánu.	Předat pacientovi dostatek informací o operačním výkonu.	Seznámení pacienta s chováním po operaci a s péčí o oční důlek.	Ověření pacientových znalostí o chování a jednání po ukončení hospitalizace a péči o oční důlek.	Pacient má k dispozici dostatek znalostí o chování a jednání po ukončení hospitalizace a péči o oční důlek.
Připravenost na zlepšení znalostí	Ověřit schopnosti pacienta přijímat a zpracovávat informace.	Zjistit psychologické rozpoložení pacienta před operací, povzbudit ho a zopakovat mu informace k operačnímu výkonu.	Vybízet pacienta k dotazům, zodpovídat jeho dotazy.	Ověřit, jestli bude nutné poučit i pacientovy blízké o chování a jednání po ukončení hospitalizace a o péči o oční důlek.	Ověřit úroveň pacientových (nebo jeho blízkých) získaných znalostí z edukačního procesu.
Narušený obraz těla	Pacient má dostatek informací o plánovaném výkonu.	Pacient je informován o rozsahu operačního výkonu. Nabídnout psychologickou intervenci dle aktuálního stavu.	Pacient má dostatek informací. Je vybízen k dotazům. Nabídnout psychologickou intervenci dle aktuálního stavu.	Pacient aktivně klade dotazy. Dokáže hovořit o aktuálním stavu a své vizáži. Je schopen přijmout pohled do zrcadla.	Pacient zvládá pohled na změněnou vizáž. Dokáže o dané situaci hovořit. Zvládá péči o oční důlek.
Připravenost na zlepšení sebepojetí	Pacient má informace o změně, která bude následovat po operaci.	Pacienta informovat o změně po operačním výkonu. Spolupráce s operatérem dle aktuálního operačního výkonu.	Pacienta seznámit se stavem důlku po enukleaci. Asistence u prvního pohledu do zrcadla. Zajistit dostatek soukromí.	Zajistit přítomnost blízké osoby u edukace, pokud to pacient požaduje, včetně jejich soukromí. Dohled sestry u péče o oční důlek, pokud je to žádáno.	Pacient samostatně nebo s rodinným příslušníkem zvládá pohled na důlek po enukleaci.

PŘÍLOHA P IV INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU S PROHLÁŠENÍM O SOUHLASU



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s melanomem cévnatky vyžadujícím enukleaci.

Řešitel projektu: Jana Kyseláková, vrchní sestra Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno, telefon: 532 233 361, e-mail: kyselakova.jana@fnbrno.cz.

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Kudlová, PhD., ředitelka UZV UTB ve Zlíně, nám. T. G. Masaryka 5555, 760 01 Zlín, Česká republika, telefon: 576 038 159, e-mail: kudlova@utb.cz

Cíl výzkumu: Posoudit průběh ošetrovatelské péče, který byl u pacientů s melanomem cévnatky vyžadující enukleaci realizován.

Popis výzkumu: Participanti výzkumu – pacienti Oční kliniky Fakultní nemocnice Brno s melanomem cévnatky, u kterých byla provedena enukleace. Období realizace výzkumu – 1. září 2020 až 15. srpna 2021. Místo realizace výzkumu – Oční klinika Fakultní nemocnice Brno. Technika výzkumu – pozorování a rozhovor. Rizika poškození zdraví u participantů výzkumu v rámci výzkumu nejsou. Výsledky výzkumu budou vyhodnoceny a publikovány ve výše uvedené bakalářské práci. Zaručení anonymity – participanti výzkumu budou uvedeni v bakalářské práci anonymně označením kódy. Účast participantů na výzkumu je dobrovolná. Tito mají kdykoliv možnost (a bez udání důvodů) z výzkumu odstoupit.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení participanta:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

(Zdroj přílohy: Databáze dokumentů Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně)

PŘÍLOHA P V OTÁZKY ROZHOVORŮ S PARTICIPANTY VÝZKUMU

A. Pacienti zařazení do výzkumu

1. Myslíte si, že enukleace nějakým způsobem ovlivní Váš život?
2. Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči po dobu hospitalizace? Co byste doporučil/a zlepšit, doplnit apod.?
3. Uvítal/a byste v rámci ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace psychologickou pomoc?
4. Jak hodnotíte Vaši přípravu (edukační proces) na péči o oční důlek ze strany všeobecných sester při Vaší hospitalizaci?
5. Uvítal byste v domácím prostředí v péči o důlek nějaký instruktážní materiál?

B. Nelékařský zdravotnický personál oční kliniky zahrnutý do výzkumu

Personál (vybrané všeobecné sestry) lůžkové jednotky

1. Domníváte se, že ošetrovatelské intervence jsou nastaveny u pacientů po dobu jejich hospitalizace před a po enukleaci správně? Je vhodné k těmto ošetrovatelským intervencím doplnit ještě nějaké jiné?
2. Domníváte se, že edukační proces je u pacientů po dobu jejich hospitalizace před a po enukleaci realizován odpovídajícím způsobem? Je vhodné k tomuto edukačnímu procesu něco doplnit či jej nějak měnit?

Personál (všeobecné sestry) ambulantní části kliniky – onkologické poradny

1. Domníváte se, že pacient zvládá dobře péči o oční důlek na základě realizovaného edukačního procesu v rámci lůžkové péče po enukleaci?
2. Domníváte se, že ambulantní ošetrovatelská péče po ukončení hospitalizace pacienta po enukleaci je optimální, či je vhodné k této péči přistupovat jinak a v čem?

C. Výrobce oční protézy


1. Domníváte se, že pacienti, kteří přicházejí po enukleaci očního bulbu provedené na Oční klinice Fakultní nemocnice Brno z důvodu melanomu cévnatky, jsou dostatečně připraveni na použití oční protézy, a to jak po stránce zdravotní, tak i psychické?

**PŘÍLOHA P VI POZOROVACÍ ARCHY CHOVÁNÍ PACIENTŮ A
PROVÁDĚNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ**

POZOROVACÍ ARCH CHOVÁNÍ PACIENTŮ						
	Chování pacientů před enukleací		Chování pacientů po enukleaci		Zvládnutí péče o oční důlek	
	Datum a čas	Výsledek pozorování	Datum a čas	Výsledek pozorování	Datum a čas	Výsledek pozorování
Pacient M1						
Pacient M2						
Pacient Ž1						
Pacient M3						
Pacient M4						

POZOROVACÍ ARCH PROVÁDĚNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ			
	Před enukleací		Po enukleaci
	Datum a čas	Výsledek pozorování	Datum a čas Výsledek pozorování
Polohování			
Vyprazdňování			
Sledování krvácení			
Převaz rány			

PŘÍLOHA P VII SOUHLAS S VÝZKUMEM

	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO Jihlavská 20, 602 00 Brno tel: 532 231 111	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO Sekretariát tel: 532 232 106, fax: 532 232 293
---	---	---

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: JANA KYSELÁKOVÁ
Datum narození: 17.10.1971 Telefon: E-mail: jana.kyselakova@seznam.cz
Adresa trvalého bydliště: LUČI 45A, 636 01 VIŠKOV
Přesný název školy/fakulty: UTB XLIV, FHS, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Obor studia: VŠEOBECNÁ SESTRA
Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: OŠETŘOVATELSKÁ TĚLE O PACIENTA S MELANOMEM LEVNATKY VYKADUJÍCÍM GRANULACI

Účel žádosti:
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:
 ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: OČNÍ KLINIKA NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno
Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:
Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: do:
Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlášení do zdravotnické dokumentace
Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: 6
Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od 1.10.20 do 30.4.21
Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: OČNÍ KLINIKA
Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: PODEKLADY PRO PRACOVÁNÍ KAZUISTIKY

Ostatní
 kazuistika – počet: 6
 vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: 6 z kterého pracoviště: OČNÍ KLINIKA
 vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: 20 povolání: VŠEOBECNÁ SESTRA z kterého pracoviště: OČNÍ KLINIKA

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

5-292/20/8

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte): DATA U PACIENTŮ V KTELŮCH TROJŠKVA ENUKLEACE SÚLBU

Za které období budou data zjišťována: 1. 9. 2020 DO 30. 4. 2021

Kdy proběhne sběr dat zadatelem: od: 1. 10. 2020 do: 30. 4. 2021

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: OČNÍ KLINIKA

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: TROJŠKVA OŠETŘOVATELKY TĚLE TO ENUKLEACI

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucímu zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledku s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Pernickova.Vlasta@fnbrno.cz

b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Vlasta Perníková
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum: 29. 9. 2020

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 1. 10. 2020 pod číslem: 2020/116/61/FN BRNO - 1920

Vydání vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: OK

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno postoupeno dne

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1. 4. 2009 útvaru: OK na pozici: staniční sestra

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

23 -10- 2020

V Brně dne

.....
referent/vedoucí OOR

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

23 -10- 2020

Žádost uzavřena dne:

.....
podpis vedoucího/referenta OOR

5-292/20/8

(Zdroj přílohy: Databáze dokumentů Fakultní nemocnice Brno)

PŘÍLOHA P VIII EDUKAČNÍ ZÁZNAM PACIENTA PO ENUKLEACI

(Přední strana)

EDUKAČNÍ ZÁZNAM U PACIENTA PO ENUKLEACI (POSTUP A PRAVIDLA PÉČE O OČNÍ DŮLEK)	
Příjmení a jméno EDUKANTA /identifikační štítek/:	
R. č.:	
Časové umístění edukace	Během hospitalizace – po enukleaci.
Cíle edukace	1. Informovat pacienta o významu péče o oční důlek 2. Seznámit pacienta teoreticky a prakticky s péčí o oční důlek 3. Dosáhnout u pacienta soběstačnosti v péči o oční důlek.
Metody edukace	Rozhovor a vysvětlování Instruktáž a asistování
Forma edukace	Individuální
Místo edukace	Kapací místnost
Přítomnost jiných osob při edukaci	Osoba blízká Jiná pečující osoba
Edukátor (zatrhněte)	Sestra <input type="checkbox"/> Lékař <input type="checkbox"/>
Pomůcky k edukaci	Edukační plán, leták, obrazová dokumentace, pomůcky k převazu, borová voda a oční mast.
Bariéry edukace:	

(Zadní strana)

Odezva pacienta na edukaci:		
Úroveň znalostí edukanta na počátku a na konci edukace:		
Ostatní záznamy a poznámky edukátora:		
Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zásadami chování po enukleaci a s postupem a pravidly péče o oční důlek:		
Datum: Čas edukace od..... do.....	Podpis edukátora:	Podpis edukanta: Podpis osoby blízké nebo jiné pečující osoby přítomné při edukaci:
Datum: Čas edukace od..... do.....	Podpis edukátora:	Podpis edukanta: Podpis osoby blízké nebo jiné pečující osoby přítomné při edukaci:

PŘÍLOHA P IX EDUKAČNÍ PLÁN PACIENTA V PÉČI O OČNÍ DŮLEK

EDUKAČNÍ PLÁN PACIENTA V PÉČI O OČNÍ DŮLEK				
TÉMA	OBSAH	EDUKAČNÍ PODCÍL	MOŽNÉ REAKCE	METODA EDUKACE
Použití pomůcek pro výplach a převaz očního důlku a aplikaci oční masti	<ul style="list-style-type: none"> - ukázka a popsání pomůcek - bezpečná a aseptická manipulace s pomůckami - bezpečná manipulace s borovou vodou a oční mastí 	<ul style="list-style-type: none"> - edukant chápe danou problematiku - umí připravit pomůcky pro výplach a převaz očního důlku - umí připravit pomůcky pro aplikaci oční masti - objasní, jak manipulovat s borovou vodou a oční mastí - umí vyhledat informace v příbalovém letáku 	<ul style="list-style-type: none"> - edukant se zajímá o danou problematiku - nespolutracuje - žádá slovně opakovat - vyžaduje pomoc rodiny - klade otázky 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlování a rozhovor - instruktáž - asistování - nácvik
Technika výplachu očního důlku a aplikace oční masti do očního důlku	<ul style="list-style-type: none"> - bezpečná manipulace s pomůckami - správný postup výplachu očního důlku - správný postup aplikace oční masti - samotný výplach očního důlku - samotná aplikace oční masti 	<ul style="list-style-type: none"> - umí bezpečně manipulovat s pomůckami - umí bezpečně manipulovat s borovou vodou k výplachu - umí bezpečně manipulovat s oční mastí - výplach borovou vodou zvládá samostatně - umí správně aplikovat oční mast - oční mast zvládá aplikovat sám 	<ul style="list-style-type: none"> - edukant se zajímá o danou problematiku - nespolutracuje - žádá slovně opakovat - vyžaduje pomoc rodiny - klade otázky - žádá ukázat znovu 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlování a rozhovor - instruktáž - asistování - nácvik
Pravidla a praktické rady pro výplach očního důlku a aplikaci očních mastí	<ul style="list-style-type: none"> - časový rozpis aplikace masti dle ordinace lékaře - nutnost dodržování pravidelné péče o oční důlek - nežádoucí projevy masti - informace z příbalového letáku 	<ul style="list-style-type: none"> - zná časový rozpis aplikace masti - zná správný postup převazu očního důlku a aplikace oční masti - umí si poradit v případě komplikace - umí vyčíst informace z příbalového letáku 	<ul style="list-style-type: none"> - edukant se zajímá o danou problematiku - nespolutracuje - žádá slovně opakovat - vyžaduje pomoc rodiny - klade otázky 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlování a rozhovor
Komplikace spojené s léčbou	<ul style="list-style-type: none"> - nedodržení pravidelných lékařských kontrol u oftalmologa - nedodržení pravidelné aplikace masti - změna schopnosti provedení převazu a aplikace masti – nutná druhá osoba 	<ul style="list-style-type: none"> - rozumí dané problematice - edukace rodinných příslušníků 	<ul style="list-style-type: none"> - edukant se zajímá o danou problematiku - nespolutracuje - žádá slovně opakovat - vyžaduje pomoc přítomných osob - klade otázky 	<ul style="list-style-type: none"> - vysvětlování a rozhovor

PŘÍLOHA P X PRŮVODCE PACIENTA PÉČÍ O OČNÍ DŮLEK

(Přední strana)

JAK SPRÁVNĚ PEČOVAT O OČNÍ DŮLEK

Pro správnou péči a včasné zhojení očního důlku po enukleaci Vám přinášíme několik praktických rad, jak doma o důlek pečovat.

Čeho se vyvarovat v prvních třech měsících po enukleaci:

- dlouhodobé činnosti v předklonu
- náročné fyzické aktivity
- saunování
- plavání

* * * * *

V péči o oční důlek dodržujte následující postup a pravidla:

1. Před převazem si vždy řádně umyjte ruce mýdlem.
2. Připravte si pomůcky k převazu.
3. Proveďte dezinfekci rukou dezinfekčním prostředkem.
4. Před zrcadlem proveďte prsty rukou odhrnutí horního a dolního víčka.
5. Druhou rukou uchopte lahvičku s borovou vodou a proveďte výplach důlku.
6. Po odhrnutí spodního víčka druhou rukou aplikujte z tuby oční mast. Několik vteřin vyčkejte, než se mast mírně rozpustí.
7. Důlek překryjte sterilním krytím a přelepte náplastí.

(Zadní strana)

Pomůcky důležité k převazu:

1. Dezinfekce rukou.
2. Borová voda nebo převařená voda (méně vhodná před zhojením).
3. Papírové kapesníky nebo odličovací tampóny.
4. Oční mast dle ordinace lékaře.
5. Sterilní krytí a náplast.



Pamatujte!

Péče o oční důlek je velmi důležitá. Přispívá k jeho zhojení a zabraňuje vzniku infekce.

Při jakýchkoliv problémech kontaktujte svého očního lékaře nebo přímo onkologickou poradnu.

Při akutních problémech ihned kontaktujte nepřetržitou službu oční kliniky

Tel. 532 533 365

DŮLEŽITÁ TELEFONNÍ ČÍSLA

Onkologická poradna
Oční klinika

MUDr. Marek Michalec
Tel. 532 233 024

MUDr. Daniel Aufrata
Tel. 532 233 301

Výroba očních protéz
Jitka Klíčnicková

Lidická 1867/24
602 00 Brno

Tel. 722 959 360
E-mail info@ocniprotezy.cz

Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00. Tel. 532 23 1111