

Zdravotní péče o klienty s kataraktou

Kolářová Gabriela

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela KOLÁŘOVÁ**
Osobní číslo: **H080275**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Zdravotní péče o klienty s kataraktou**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické části:

Popsat problematiku šedého zákalu

Zaměřit se na předoperační a pooperační postup při péči o klienty s kataraktou.

Popsat ošetrovatelskou péči klienta po operaci šedého zákalu.

Přiblížit činnost perioperační sestry při operaci šedého zákalu.

2. Zpracování praktické části:

Stanovit cíle práce.

Pomocí dotazníkového šetření porovnat a zhodnotit spokojenost klientů ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Analyzovat získaná data.

Interpretovat výsledky.

Vytvořit edukační materiál pro klienty s kataraktou.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. KUCHYNKA, P. Oční lékařství. Praha: Grada, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
2. KUCHYNKA, P. Trendy soudobé oftalmologie. Praha : Galén, 2000. 156 s. ISBN 80-7262-043-6.
3. KRAUS, H., KAREL, I., RŮŽIČKOVÁ, E. Oční zákaly. Praha: Grada, 2000. 156 s. ISBN 80-7169-967-5.
4. SYNEK, S., SKORKOVSKÁ, Š. Fyziologie oka a vidění. Praha: Grada, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0786-1.
5. ROZSÍVAL, P. Infekce oka. Praha: Grada, 2003. 228 s. ISBN 80-247-0505-2

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

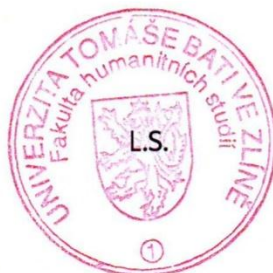
Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

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^{25.5.2011}.....

..........

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 nevýdělečně 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 nahlázení 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 vzdělávacího 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). *Odpírá-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.*

Poděkování:

Děkuji vedoucí mé bakalářské paní Mgr. Markétě Blažkové za ochotnou spolupráci a také za všechny rady a připomínky, které mi během psaní práce poskytla. Dále bych ráda poděkovala prim. MUDr. Pavlu Stodůlkovi, Ph.D. za odborné vedení teoretické části práce.

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce je orientovaná na anatomii oka a fyziologii vidění. Věnuje se také ošetrovatelské péči a edukaci klienta před zákrokem i po něm. V praktické části je zaměřena na srovnání kvality péče dvou zlínských očních zařízení z pohledu klienta.

Klíčová slova:

Anatomie oka a vidění, šedý zákal, nitrooční čočky, předoperační a pooperační péče, anestezie, edukace klienta

ABSTRACT

The theoretical part of this thesis is focused on the anatomy and physiology of the eye vision. He is also nursing care, and education of clients before and after surgery. The practical part is to compare the quality of care announced two Zlin ophthalmic device from the perspective of the client.

Keywords:

Anatomy of eye and vision, cataract, intraocular lenses, preoperative and postoperative care, anesthesia, client education

Obsah

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE OKA	12
1.1 OČNÍ KOULE	12
1.1.1 ZEVNÍ VAZIVOVÁ VRSTVA	12
1.1.2 PROSTŘEDNÍ VRSTVA	13
1.1.3 VNITŘNÍ VRSTVA OKA	14
1.2 OBSAH OČNÍ KOULE	15
1.2.1 ČOČKA (LENSCRISTALLINA)	15
1.2.2 SKLIVEC (CORPUS VITREUM)	16
1.2.3 OČNÍ KOMORA (CAMERAEBULBI)	16
1.2.4 KOMOROVÝ MOK (HUMOR AQUOSUS).....	16
1.3 PŘÍDATNÉ OČNÍ ORGÁNY	16
1.3.1 OČNICE (ORBITA)	16
1.3.2 VÍČKA (PALPEBRAE).....	17
1.3.3 SPOJIVKA (CONJUCTIVA)	17
1.3.4 SLZNÝ APARÁT (APPARATUSLACRIMALIS).....	17
1.3.5 OKOHYBNÉ SVALY (MUSCULIBULBI).....	17
2 KATARAKTA	18
2.1 KATARAKTY VROZENÉ A DĚTSKÉ	18
2.2 SENILNÍ KATARAKTA	18
2.2.1 NUKLEÁRNÍ KATARAKTA	19
2.2.2 KORTIKÁLNÍ KATARAKTA	19
2.2.3 ZADNÍ SUBKAPSULÁRNÍ KATARAKTA	19
2.2.4 PŘEDNÍ SUBKAPSULÁRNÍ KATARAKTA.....	20
2.3 LÉKOVÁ KATARAKTA	20
2.4 TRAUMATICKÉ KATARAKTY	20
2.5 RADIAČNÍ KATARAKTA	21
2.6 METABOLICKÁ KATARAKTA	21
2.6.1 VLIV NUTRIČNÍCH FAKTORŮ A KOUŘENÍ.....	22
2.7 KATARAKTA A JINÁ OČNÍ ONEMOCNĚNÍ	22
2.7.1 UVEITIDA A KATARAKTA.....	22
2.7.2 GLAUKOM (ZELENÝ ZÁKAL).....	22
2.7.3 PSEUDOEXFOLIACE, EXFOLIAČNÍ SYNDROM A KATARAKTA.....	22
2.7.4 DEGENERATIVNÍ OČNÍ CHOROBY A KATARAKTA	23
2.8 SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY KATARAKTY	23

2.8.1	SNÍŽENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI	23
2.8.2	GLARE.....	23
2.8.3	SNÍŽENÍ KONTRASTNÍ CITLIVOSTI.....	23
2.8.4	MYOPIZACE OKA	23
2.9	VYŠETŘENÍ NEMOCNÝCH S KATARAKTOU	24
2.10	INDIKACE K OPERACI KATARAKTY A PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ.....	25
3	LÉČBA KATARAKTY	26
3.1	MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA KATARAKTY	26
3.2	CHIRURGICKÁ LÉČBA KATARAKTY	26
3.2.1	ROZVOJ CHIRURGIE KATARAKTY.....	26
3.2.2	MODERNÍ EXTRAKAPULÁRNÍ TECHNIKA	27
3.2.3	IMPLANTACE NITROOČNÍCH ČOČEK	27
3.2.4	KOMPLIKACE CHIRURGICKÉ LÉČBY KATARAKT.....	28
4	PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE O KLIENTA S KATARAKTOU	29
4.1	PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	29
4.1.1	EDUKACE KLIENTA.....	29
4.1.2	ANESTEZIE	29
4.1.3	OPERAČNÍ ZÁKROK Z POHLEDU KLIENTA	30
4.1.4	OPERAČNÍ ZÁKROK Z POHLEDU SÁLOVÉ SESTRY	30
4.2	EDUKACE KLIENTA O POOPERAČNÍ PÉČI.....	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
5.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	34
6	METODIKA PRÁCE.....	35
6.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	35
6.2	METODA PRÁCE	35
6.2.1	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	36
6.3	ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ	36
6.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	36
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	37
8	DISKUZE	63
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM GRAFŮ	71
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Oftalmologie (oční lékařství) je vědní obor medicíny, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou patologických stavů, jež postihují oko a přídavné oční útvary.

Zrak je nejdůležitější z našich pěti smyslů, přivádí do mozku 75% všech podnětů, které zaznamenáváme. Dobrý zrak je důležitým předpokladem prožití všech stránek aktivního a kvalitního života.

Práce je v úvodu teoretické části zaměřena na anatomii oka a především problematiku šedého zákalu. Nacházíme ho v určitém stádiu téměř u všech osob starších 60 let. Jelikož není ještě ve světě znám jiný způsob léčby, je operace nevyhnutelná. V dnešní době je nepřehledný počet zdravotnických zařízení, která nabízejí špičkové služby v oblasti léčby katarakty, výběru nitroočních čoček a jejich metod implantace. Aby operace měla co největší úspěch, je nutností správná a včasná edukace klienta jak ze strany sestry, tak i lékaře.

Kvalitou péče a edukací klientů před operací a hlavně po operaci se zabývá část praktická, kde byl použit k výzkumu dotazník. Ten byl rozdán do dvou zlínských zdravotnických zařízení a dán k vyplnění klientům po operaci šedého zákalu.

V závěrečné části byla data shrnuta a zobrazena pomocí tabulek a grafů.

Dále je k praktické části připojena příručka pro klienty napsaná laické veřejnosti o šedém zákalu, jeho léčbě a hlavně pooperačních opatření. Brožura může sloužit jako edukační materiál ve zdravotnických zařízeních, která mi poskytla data k výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE OKA

Periferní část zrakového ústrojí je tvořena párem očí. Je to složitý orgán, který umožňuje vnímání světla, barev a zprostředkuje vnímání největšího množství informací o okolním prostředí a usnadňuje orientaci v prostoru. Zrakový orgán je umístěn v očnici a je tvořen oční koulí (bulbus oculi) a přídatnými očními orgány (organioculiaccessoria), (Synek, Skorkovská, 2004, s.12).

1.1 Oční koule

Oční koule má přibližně kulovitý tvar o průměru asi 23mm, je tvořen dvěma segmenty, menší přední oddíl (rohovka) a zadní větší část (bělima). Na oční kouli rozlišujeme přední pól (polusanterior) a zadní pól (polus posteriori), mediálně od zadního pólu vystupuje z oční koule zrakový nerv (nervus opticus), (Synek, Skorkovská, 2004).

Stěna oční koule se skládá ze tří vrstev:

- zevní vazivová vrstva (tunica fibrosabulbi) je tvořena bělimou (sclera) a rohovkou (cornea), prostřední
- prostřední vrstva (tunica vasculosabulbi) nazýváme živnatkou (uvea) a tvoří ji v zadní části cévnatka (chorioidea), směrem dopředu řasnaté tělísko (corpus ciliare) a duhovka (iris)
- vnitřní vrstvu (tunica interna s. senzoriabulbi) tvoří sítnice (retina), (Synek, Skorkovská, 2004, s.13).

1.1.1 Zevní vazivová vrstva

1.1.1.1 Bělima (sclera)

Je tuhá vazivová blána, která je převážně tvořena lamelózně uspořádanými svazky kolagenických vláken a elastických fibril. Je prakticky bezcévnatá, má proto bílou barvu, která ale se s přibývajícím věkem mění, u dětí je lehce do modra, ve stáří díky ukládajícímu se pigmentu nažloutlá. Na přední straně skléry je velký otvor (průměr asi 12mm), do jehož okraje je jako hodinové sklíčko do svého kovového orámování vsazen lehce zkosený okraj rohovky (Synek, Skorkovská, 2004).

1.1.1.2 Rohovka (*cornea*)

Má tvar segmentu koule, který se vyklenuje konvexitou dopředu. Povrch rohovky je velmi citlivý na dotyk, z důvodu množství nervových zakončení. Vzhledem k velké regenerační schopnosti epitelu je zaručeno velmi dobré hojení drobných poranění rohovky, nesmí však být poškozena Bowmanova membrána, pak se poranění hojí jizvou, která snižuje průhlednost rohovky. Tloušťka rohovky dospělého člověka kolísá kolem 1mm přesto je složená z pěti vrstev (z vnějšku dovnitř): epitelu, Bowmanovy membrány, stromatu, Descemetové membrány a endotelu. Uspořádání jednotlivých vrstev rohovky zajišťuje její průhlednost neboli propustnost pro světelné paprsky. Na celkové optické mohutnosti zdravého oka (+60D) se rohovka podílí asi +40D. Tato hodnota je konstantní po celou dobu života (Synek, Skorkovská, 2004).

1.1.2 Prostřední vrstva

Tunica vasculosa se skládá ze tří oddílů:

- cévnatky (*choroidea*)
- řasnatého tělíska (*corpus ciliare*)
- duhovky (*iris*)

(Synek, Skorkovská, 2004, s. 18)

1.1.2.1 Cévnatka (*choroidea*)

Představuje nejrozsáhlejší část prostřední vrstvy stěny oční koule, má podobu tenké černohnědé blány, která je bohatá na cévy, povrchovou stranou se přikládá ke sklěře, představuje tak tmavou komoru pro optickou vrstvu sítnice a navíc jsou z ní vyživovány pigmentové buňky sítnice, čípky a tyčinky sítnice. Vzadu je v cévnatce otvor, kterým prostupují vlákna zrakového nervu, sítnicová tepna a žíla. Přední okraj cévnatky přechází plynule do řasnatého tělíska.

(Synek, Skorkovská, 2004)

1.1.2.2 Řasnaté tělísko (*corpus ciliare*)

Má tvar zřaseného prstence, který je přiložen na vnitřní stranu prstence, který je přiložen na vnitřní stranu bělimy a v okolí sklerokorneálního rozhraní s ní srůstá. Zadní okraj řasnatého tělesa se ztenčuje a přechází do cévnatky (*pars plana*), směrem dopředu se řasnaté

těleso ztlušťuje a spojuje s duhovkou. Z vnitřní plochy řasnatého tělesa vystupují četné paprscitě uspořádané řasy (processus ciliares majores), dlouhé 2-3 mm. Výběžky řasnatého tělesa mají také sekretorickou funkci – vylučují do zadní komory oční komorový mok (Synek, Skorkovská, 2004, s. 19).

1.1.2.3 Duhovka (iris)

Má tvar mezikruží s centrálně uloženým otvorem zvaným zornice. Laterální kraj duhovky přechází v řasnaté těleso, mediální okraj ohraničuje kruhovitý otvor zornice neboli panenku (pupilla). Přední plocha duhovky je podle množství pigmentu individuálně zabarvená a podmiňuje „barvu očí“ (Synek, Skorkovská, 2004, s. 19).

Zornicí vstupují světelné paprsky do nitra oka. Šíře zornice se reflektoricky mění dle intenzity světla, a tak zornice hraje roli optické clony (Slezáková a kolektiv, 2008, s. 70).

Lakuny a krypty duhovky jsou tvořeny řídkým vazivem, kde jsou četné pigmentové buňky, hladké svalové buňky a síť cév. Hladké svalové buňky jsou uspořádány do dvou systémů :

° *Svěrač zornice* – jeho kontrakce způsobuje zúžení pupily (miosis) a tím omezení množství světla, které vniká do oka, inervace parasympatickými vlákny

° *Rozvěrač zornice* – při jeho kontrakci se zornice rozšiřuje (mydriasis), inervace probíhá sympatickými nervovými vlákny z krčního sympatiku (Synek, Skorkovská, 2004, s. 20).

1.1.3 Vnitřní vrstva oka

Vnitřní vrstvu oka (tunica interna nebo senzoriabulbi) tvoří sítnice (retina). Vystýlá celou dutinovou stranu oční koule až k pupilárnímu okraji duhovky (tzv. zadní segment oka). Na její vnitřní plochu naléhá sklivec (corpus vitreum). Sítnici dělíme na dva stavebně i funkčně odlišné oddíly. Zadní oddíl, který se nalézá v zadní části oční koule, tvoří optická část sítnice (pars optica retinae), přední část se přikládá k vnitřní straně řasnatého tělíska a zadní ploše duhovky (pars iridica retinae). V klinické praxi je tato část označována jako pigmentový list řasnatého tělíska a duhovky. Tyto dva oddíly jsou od sebe odděleny nerovnou, klikatě probíhající čarou zvanou ora serrata (Synek, Skorkovská, 2004, s. 20).

° *Optická část sítnice* - je nejvýznamnější vrstvou stěny oční koule, je to tenká křehká blána, která naléhá na cévnatku, má oranžovou až červenou barvu, která vzniká prosvítáním cév – můžeme vidět při oftalmoskopickém vyšetření. Lehce laterálně proti zadnímu pólu oka leží žlutá skvrna (macula lutea), je kruhovitěho tvaru o průměru asi 3mm, v jejím středu

du je prohlubeň, nazvaná fovea centralis – představuje místo nejostřejšího vidění, protože se do ní promítá centrální paprsek. V této oblasti jsou také nakupeny čípky, které zde mají největší hustotu. Mediálně (nazálně) od žluté skvrny ve vzdálenosti asi 4 mm se vyklenuje bělavé políčko, kterým odstupuje z oční koule zrakový nerv (discus nervi optici). Neobsahuje žádné světločivé elementy a představuje tedy fyziologicky slepou skvrnu (Synek, Skorkovská, 2004).

Metabolické potřeby sítnice zajišťují choroidální a retinální oběh. Z cévnatky je vyživován zejména pigmentový a senzorický epitel. Kapilární síť z arteriacentralisretinae je zajištěna výživa bipolárních a gangliových buněk. Retinální oběh nemá kolateláry, takže uzávěr vede okamžitě ke ztrátě funkce zraku. Tepny očníce jsou větvemi arteriaophthalmica (ta je větví a. karotis interna), proniká do očníce přes zrakový kanál spolu s očním nervem (Kolín a kolektiv, 1994).

1.2 Obsah oční koule

Obsah oční koule představují průhledné a čiré struktury, které propouštějí světelné paprsky a lámou je tak, že dopadají na sítnici. Jsou to optická prostředí oka a tvoří je čočka (lens cristallina), sklivec (corpus vitreum) a obsah přední a zadní oční komory (camerabulbianterior et posteriori), které vyplňuje komorový mok (humor aquosus), (Synek, Skorkovská, 2004, s.23).

1.2.1 Čočka (lens cristallina)

Je to avaskulární průhledný orgán, který má název podle svého tvaru. Její průměr je přibližně 9 mm a tloušťka 4 mm, tyto hodnoty ovšem závisí na stavu akomodace. In situ má asi optickou mohutnost 19 D a je součástí dioptrického systému oka. S postupujícím věkem nabývá žlutavého zabarvení. (Kolín a kolektiv, 1994) Čočka je pomocí jemných vláken fixovaná k řasnatému tělísku, nazýváme je zonula Zinii. Pomocí těchto vláken se čočka přizpůsobí vidění do dálky či do blízka – akomodace.

Na čočce rozlišujeme tři části: kapsulu, kortex a jádro

Na povrchu čočky je pevné, tenké a pružné pouzdro, tato vrstva není srostlá s hlubšími částmi, proto se dá při chirurgických zákrocích lehce odstranit. Svou zadní plochou čočka naléhá na sklivec, který je vyhlouben ve fossahyaloidea. Čočka leží v prostředí obklopena komorovou vodou.

Pružnost čočky závisí na věku, s přibývajícím věkem se tato schopnost zmenšuje a ve stáří téměř vymizí. Tento stav se projeví poklesem schopnosti ostrého vidění do blízka, který nazýváme presbyopia. S přibývajícím věkem se čočka může zakalit a stát se tak postupně neprůhlednou, toto onemocnění nazýváme šedý zákal (cataracta), (Synek, Skorkovská, 2004, s. 25)

1.2.2 Sklívec (corpus vitreum)

Je průhledná bezcévná tkáň, která vyplňuje téměř 4 ml nitroočního objemu za čočkou, to je asi 2/3 objemu oka, je to rosolovitá látka, která obsahuje 99% vody. Dále je tvořen kolagenními vlákny, neobsahuje žádné nervy ani cévy (Kolín a kolektiv, 1994, s. 137).

1.2.3 Oční komora (camerae bulbi)

Oční komory (camerae bulbi) jsou dva štěrbinové prostory mezi zadní plochou rohovky a přední plochou čočky, jejím závěsným aparátem a řasnatým tělesem, komory se dělí na přední a zadní část. Obě komory jsou vyplněny komorovým mokem a komunikují navzájem mezi sebou prostřednictvím pupily. Rohovka a duhovka se setkávají v ostrém úhlu, který je překlenut krátkými trámečky až trabekulární sítí. Zadní oční komora je úzká štěrbinová, kterou vpředu ohraničuje zadní plocha duhovky, zezadu je tvořena přední plochou čočky, jejím závěsným aparátem a řasnatým tělesem (Synek, Skorkovská, 2004, s. 26-27).

1.2.4 Komorový mok (humor aquosus)

Komorový mok, vyplňuje obě oční komory, je to čirá tekutina produkovaná výběžky řasnatého tělesa difuzí a aktivním transportem z krevní plazmy. Komorový mok protéká ze zadní komory přes pupilu do přední komory a je odváděn do Schlemmova kanálku. Při poruše odtoku komorového moku do žilního systému se zvyšuje nitrooční tlak, tento stav je nazýván jako glaukom (zelený zákal), (Synek, Skorkovská, 2004, s. 27-28).

1.3 Přídavné oční orgány

1.3.1 Očnice (orbita)

Je to kostěná dutina složená ze 7 kostí o tvaru čtyřboké pyramidy, jejíž vrchol směřuje dozadu a dovnitř, vrcholem prochází zrakový nerv a tepna, jejíž větve zásobují celou očnici (Slezáková a kolektiv, 2008).

1.3.2 Víčka (palpebrae)

Chrání oko před poraněním, nečistotou a oslněním, přední plochu víček tvoří jemná kůže, pod kůží je umístěn kruhový oční sval – svěrač víček, pod ním vazivová ploténka, která víčko zpevňuje. Zadní plochu víček tvoří spojivka. Při okrajích víček jsou umístěny mazové a hlenové žlázy (Slezáková a kolektiv, 2008).

1.3.3 Spojivka (conjunctiva)

Je to tenká průhledná blána tvořící plochu obou víček, kryje bělimu a upíná se na rohovku. Prostor mezi přední částí oka a víčky krytý spojivkou se označuje jako spojivkový vak (Slezáková a kolektiv, 2008, s. 73).

1.3.4 Slzný aparát (apparatus lacrimalis)

Je tvořen slznou žlázou, která produkuje slzy. Slzné ústrojí je tvořeno dvěma částmi: slzotvornou a slzorodnou. Slzy se tvoří v slzné žláze (glandula lacrimalis) a přídatných slzných žlázkách. Vývodné slzné cesty zajišťují odtok slz ze spojivkového vaku do dutiny nosní. Přebytek slz je aktivně nasáván slznými body na nazální, vnitřní straně víček, které jsou zanořeny do slzného jezírka ve vnitřním koutku (Synek, Skorkovská, 2004).

1.3.5 Okohybné svaly (musculi bulbi)

Umožňují dokonalou souhru pohybu obou očí. Jsou štíhlé stuhovité svaly. Na každém oku je jich šest – čtyři přímé a dva svaly šikmé. Patří zde také zdvihač horního víčka, tahem za tarzální ploténku zdvihá horní oční víčko (Slezáková a kolektiv, 2008).

2 KATARAKTA

Katarakta je jakékoliv zkalení v čočce, které způsobí poruchu průhlednosti a rozptyl procházejícího světla. Katarakta (šedý zákal) je stále uváděna jako nejčastější příčina slepoty ve světě. Operace katarakty s implantací umělé nitrooční čočky je snad nejefektivnější chirurgická metoda v celé medicíně. Dosavadní teorie o vzniku katarakty a o možnosti její neoperační léčby jsou značně kontroverzní i přes intenzivní výzkum v oblasti fyziologie a biochemie čočky. Podařilo se jen zjistit a prokázat některé rizikové faktory, které mohou vést k tvorbě šedého zákalu, jako je UV-B záření, kouření, diabetes, alkohol, průjmová onemocnění a oxidativní poruchy. Návod, jak předcházet vzniku šedého zákalu, však není dosud znám (Kuchynka a kolektiv, 2007).

V podstatě rozlišujeme formy kongenitální a získané. U obou lze rozlišit několik hlavních typů uspořádání zkalení (Kolín a kolektiv, 1994, s. 142).

2.1 Katarakty vrozené a dětské

Termínem kongenitální katarakta se označuje zákal dětské čočky v době porodu, pro zákal vzniklé během prvního roku života užíváme název infantilní katarakta. Postižení plodu kataraktou při virovém onemocnění matky v počátcích gravidity je nejznámější rubeola. Ke kataraktě může vést poškození plodu v počátcích gravidity toxickými vlivy léků, zejména kortikosteroidy. Více než 1/3 tvoří případy neznámé etiologie (Kolín a kolektiv, 1994, s. 142-143).

V minulosti se katarakta u dětí řešila jednoduchou divizí předního pouzdra a čekalo se do doby spontánního vstřebávání čočkových hmot. Nyní se provádí buď lensektomie přes pars plana nebo fakoemulzifikace. Vrozené katarakty se musí operovat co nejdříve, nejlépe do dvou měsíců. Po operaci je vhodné korigovat oční vadu kontaktními čočkami nebo brýlemi a až po druhém roce dítěte lze uvažovat o implantaci nitrooční čočky (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

2.2 Senilní katarakta

Příčiny senilního šedého zákalu jsou multifaktoriální a nejsou dosud přesně vysvětleny. Během stárnutí se čočka zvětšuje, nabývá na hmotnosti a ztrácí elasticitu, výsledkem jsou změny refrakčního indexu, snížení transparence a stále se zvětšující pigmentace jádra od jemně žluté až po hnědou barvu (Kuchynka a kolektiv, 2007).

Existují čtyři typy senilní katarakty:

- nukleární
- kortikální
- zadní subkapsulární
- přední subkapsulární

2.2.1 Nukleární katarakta

U každého člověka nad šedesát lze na šterbinové lampě sledovat fyziologický typ nažloutnutí a sklerózy (tvrdnutí) jádra, který nemusí mít vliv na zrakovou ostrost, pokud proces dále pokračuje, dochází k opacifikaci jádra. Nukleární katarakta se vyvíjí pomalu, obvykle je oboustranná. Způsobuje problémy s viděním spíše do dálky než na blízko nebo při vyšší intenzitě světla. Dochází k poruchám barevného vidění nejvíce v modré barvě. Ve velmi pokročilém stavu se jádro stává více opakním až hnědým –brunescentní katarakta (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.2.2 Kortikální katarakta

Vede k ní hydratace čočkových vláken v důsledku poruch iontové rovnováhy, většinou bývá oboustranná, ale na každé straně různě pokročilá. Zraková ostrost je ovlivněna dle rozmístění zákalů, postižený může pozorovat obtíže při jízdě autem za šera, kdy je oslňován protijedoucími vozidly. Oproti nukleární kataraktě je její progrese těžko odhadnutelná – někdy se vyvíjí rychle, jindy pomalu stejně jako nukleární katarakta.

V čočce se může hromadit voda, ta bobtná a stává se kataraktou – intumescentní.

Jestliže je celý kortex od pouzdra až po jádro opalescentní až bílý, stává se kataraktou zralou – maturní. Hypermaturní katarakta je typická tím, že zkapalněný kortex uniká z kapsuly ven, čočka se zmenšuje a na kapsule se mohou vytvořit i záhyby. Pokud se jádro v čočkovém pouzdru volně pohybuje, nazývá se tato zkalená čočka katarakta Morgagni (Kuchynka a kolektiv, 2007, s.387).

2.2.3 Zadní subkapsulární katarakta

Tento typ katarakty je diagnostikován u mladších věkových skupin. Jsou lokalizovány v zadní kortikální vrstvě, první známkou bývá jemný duhový lesk patrný při vyšetření na šterbinové lampě, v pozdějším stádiu se objevuje zákal sytý. Nemocní si stěžují na oslňování a špatné vidění při jasném osvětlení, diagnóza se lehce určí při dilatované zornici. Tento

druh katarakty může vzniknout také po úrazu, zánětu, následkem lokální i systémové aplikace kortikoidů či vystavení vlivu ionizujícího záření (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

2.2.4 Přední subkapsulární katarakta

U senilní katarakty je tento typ vzácnější, zkalení čočky je těsně pod předním pouzdem (Kuchynka a kolektiv, 2007, s. 388).

2.3 Léková katarakta

Tato katarakta je způsobená užíváním následných lékových skupin:

Kortikosteroidy – jejich dlouhodobé užívání může způsobit zadní kapsulární kataraktu, změny i po vynechání jsou ireverzibilní, pouze u dětí v počátcích jsou tyto změny částečně vratné.

Fenotiaziny – tato velká skupina psychotropních léků působí vznik pigmentových depozit v čočkovém epitelu a oblasti zornice, je to především při užívání chlorpromazinu a tioridazinu

Miotika – silná miotika, mohou způsobit také kataraktu – asi 20% po pětiletém užívání Pilokarpinu a 60% po aplikaci phosolineiodidu, tato katarakta je pozorována až při dlouhodobém užívání dávek několikrát denně

Amiodaron – antiarytmikum, vznikají hvězdicovité usazeniny v kortexu

(Kuchynka a kolektiv, 2007), (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

2.4 Traumatické katarakty

Traumatická katarakta vzniká nejčastěji po mechanickém poranění, vzácněji působením chemických látek a elektrického proudu (Kuchynka a kolektiv, 2007, s. 389).

Tupé neperforující poranění oka – dochází k výsevu pigmentu z okraje zornice na přední pouzdro čočky- tento nález se nazývá *Vossiusův prstenec*

Dislokace nebo subluxe čočky

Perforující poranění čočky – zakalení kortexu v místě poranění

Chemické poranění – působí zásady nebo kyseliny, zásady pronikají rychleji do oka a působí vyšší pH v komorové vodě a pokles hladiny glukózy v ní, dochází ke vzniku kortikální katarakty

Úraz elektrickým proudem – je pro něj typický vznik drobných vakuol ve střední periférii čočky (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.5 Radiační katarakta

Radiační katarakta je způsobena elektromagnetickým vlněním o různé vlnové délce. Možné příčiny radiační katarakty seřazené od vlnění s nejmenší vlnovou délkou až po vlnění s nejdelší vlnovou délkou jsou:

- *ionizující záření, RTG paprsky, ultrafialové světlo, infračervené světlo, mikrovlny*

(Kuchynka a kolektiv, 2007, s. 390).

2.6 Metabolická katarakta

Diabetes mellitus

DM může ovlivnit čírost čočky, její refrakční index a akomodační schopnost, zároveň se zvýšením hladiny cukru v krvi se zvedá i hladina glukózy ve sklivci. Glukóza potom difunduje do čočky. Termín pro tento typ katarakty je *cataractadiabetica* (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

Galaktosemie

Je dědičná neschopnost konvertovat galaktózu na glukózu, dochází k nadměrné akumulaci galaktózy v tělesných tkáních. Při klasické galaktosemii se objevují v několika týdnech života příznaky malnutrice, hepatomegalie, žloutenka a mentální retardace, není-li včas diagnostikována a léčena jde o onemocnění smrtelné. Katarakta vzniká několik týdnů po narození (Kraus, Karel, Růžičková, 2000), (Kuchynka a kolektiv, 2007).

Hypokalcémie (tetanická katarakta)

Katarakta může být podmíněna jakýmkoliv faktory, které vedou k hypokalcémii, katarakta je obvykle oboustranná – prezentuje se jako tečkované duhově zbarvené opacity předního i zadního kortexu (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

Wilsonova choroba

Typickým očním příznakem Wilsonovy choroby je Kayserův-Fleischerův prstenec - zlatohnědé zbarvení Descementovy membrány periferní části rohovky. Často poté dochází k rozvoji slunečnicové katarakty – ve většině případů nedochází k výraznějšímu zhoršení zraku (Kraus, Karel, Růžičková, 2000, s. 54).

Myotonická dystrofie

Je autozomální dominantně dědičné onemocnění charakterizované opožděnou relaxací kontrahovaných svalů, ochablostí obličejového svalu a jinými závažnými kardiovaskulárními příznaky. U nemocných s touto chorobou vznikají mnohobarevné duhové krystaly v kortexu (Kraus, Karel, Růžičková, 2000, s. 54).

2.6.1 Vliv nutričních faktorů a kouření

Dle výzkumu je dokázáno, že vitamíny A, C, E, niacin, tiamin a riboflavin mají na čočku ochranný vliv a tím omezují vzniku katarakty. Dále můžeme prokázat vyšší riziko vzniku katarakty při opakovaných těžkých průjmech spojených s dehydratací. Kouření patří mezi hlavní rizikové faktory, jak u mužů, tak i u žen vzniká zadní kapsulární a nukleární katarakta. (Kuchynka a kolektiv, 2007)

2.7 Katarakta a jiná oční onemocnění

2.7.1 Uveitida a katarakta

Změny v čočce při uveitidě často progredují až do maturní katarakty a to nejen u uveitidy léčené kortikosteroidy

2.7.2 Glaukom (zelený zákal)

Katarakta může vzniknout následkem atak vysokého nitroočního tlaku (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.7.3 Pseudoexfoliace, exfoliační syndrom a katarakta

Pravá exfoliace čočky je vzácná a je pozorována u sklářů a hutníků z důvodu velkého žáru (horka), jeho důsledkem vzniká štěpení povrchových vrstev pouzdra. Při exfoliačním syndromu se fibrogranulární bílé hmoty podobné bazální membráně ukládají na čočce, rohovce, duhovce a trabekulární síťovině. Současně s tímto syndromem dochází k atrofii duhovky, sekundárnímu glaukomu s otevřeným úhlem, může postihnout jedno oko nebo být oboustranný. Nejčastěji vzniká sedmém decenniu. U nemocných s exfoliačním syndromem

se může vyskytnout oslabení zonulárních vláken a to může způsobit komplikace při operaci katarakty s implantací nitrooční čočky (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.7.4 Degenerativní oční choroby a katarakta

Katarakta může vzniknout sekundárně i u degenerativních očních chorob, například retinitis pigmentosa, dále u chronické hypotonie nebo u absolutního glaukomu, tyto katarakty obvykle začínají jako subkapsulární a progredují do úplného zkalení čočky (Kuchynka a kolektiv, 2007, s. 392).

2.8 Subjektivní příznaky katarakty

2.8.1 Snížení zrakové ostrosti

Různé typy katarakty mají různý vliv na zrakovou ostrost, důležité je zda snížení zrakové funkce vadí klientovi v jeho denních aktivitách. Zrakovou ostrost můžeme vyšetřit na Snellenových optotypech (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.8.2 Glare

Glare(prudké světlo, ostrý svit či záře) je zhoršení zraku způsobené rozptýlením světla v optickém prostředí oka, světlo dopadá na sítnici jako závoj a snižuje kontrast sledovaného předmětu. Můžeme jej rozdělit na nepříjemné oslnění (diskomfortglare) a na zrak zhoršující glare (disability glare). První se projevuje při příliš silném osvětlení, druhý typ představuje zhoršení viditelnosti

2.8.3 Snížení kontrastní citlivosti

Vyšetření kontrastní citlivosti je přínosné především u začínajících katarakty, kdy může být ještě normální zraková ostrost a může nám pomoci určit vhodnost operace. Nejběžnějším testem pro vyšetření kontrastní citlivosti jsou Pelliovy-Robsonovy tabule.

2.8.4 Myopizace oka

Myopizace oka je typická u nukleárního typu katarakty, vzniká v počátečním stadiu a zvyšuje dioptrickou sílu čočky, tím způsobí až střední myopii, u hyperopických presbyopů může dočasně vést k tomu, že na čas nepotřebují brýle (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.9 Vyšetření nemocných s kataraktou

Oční anamnéza

Oční anamnéza by měla být podrobná, jelikož může ovlivnit průběh a výsledek operace. Při odebrání je nutno pátrat po očních zánětech, úrazech, zda byla diagnostikována amblyopie či glaukom. Důležité jsou údaje z již provedené operace na prvním oku, její průběh a výsledek vidění. Výpočet čočky také ovlivňuje předchozí refrakční operace.

Vyšetření očních adnex

Vyšetřením očních adnex začínáme – zjišťujeme postavení víček (entropium a ektropium), zánětlivá onemocnění okrajů víček a spojivek, důležité je vyšetření sekrece slz a motility bulbu.

Vyšetření štěrbinovou lampou

Vyšetření štěrbinovou lampou je pro diagnózu katarakty zásadní. Zjišťujeme přítomnost jizev na spojivce. Hodnotíme tloušťku rohovky a stav endotelu. Je možné provést endotelovou mikroskopii. U mnohaletých uživatelů kontaktních čoček vidíme cévní panus astro-mální opacity. Dále na štěrbinové lampě vyšetřujeme přední komoru – abnormality komorového úhlu (zadní synechie, stavy po úrazech), zjišťujeme mělkost přední komory pro implantaci nitrooční čočky.

Duhovky – je nutné zhodnotit velikost zornice a její reakce, přítomnost předních synechií a vaskularizaci.

Čočka – čočku je třeba pečlivě vyšetřit před mydriázou a v potom v ní. Důležité je zhodnotit polohu čočky, exfoliace a integritu závěsného aparátu.

Vyšetření očního pozadí

Pokud nám to průhlednost čočky dovolí, je třeba fundus vyšetřit přímou i nepřímou oftalmoskopií, zvláštní pozornost věnujeme klientům s diabetem, s glaukomem, vysokou myopií a po operaci zadního segmentu.

Stanovení refrakce

Refrakci měříme na automatickém refraktometru a poté následuje vyšetření na Snellenových optotypech.

Měření nitroočního tlaku

Je rutinním vyšetření při každé návštěvě oftalmologa a zvláště pečlivě se sleduje před operací (Kuchynka a kolektiv, 2007).

2.10 Indikace k operaci katarakty a předoperační vyšetření

Než se oftalmolog rozhodne klienta doporučit k operaci katarakty, musí si položit několik základních otázek:

1. Odpovídá zkalení čočky stupni snížené zrakové ostrosti?
2. Předpokládané funkční zlepšení je dostatečně velké, aby převýšilo riziko operace?
3. Není zkalení čočky sekundární jako důsledek systémového nebo jiného očního onemocnění?
4. Je pacient dostatečně zdravý, aby absolvoval tuto operaci?
5. Je pacient schopen spolupracovat v operační a pooperační péči?

(Kuchynka a kolektiv, 2007, s. 394)

Pokud klient odpovídá předchozímu profilu, je nutné ho poučit o následujících krocích, jako je nutnost předoperačního vyšetření, které je nezbytné před operačním zákrokem. Oční lékař by měl dle svých zkušeností doporučit nejlepší zdravotní zařízení s ohledem na věk, psychický a fyzický stav klienta.

3 LÉČBA KATARAKTY

3.1 Medikamentózní léčba katarakty

Zatím žádná konzervativní léčba nemůže oddálit vznik katarakty či zajistit její prevenci anebo zastavit rozvoj katarakty u dospělých. V současnosti je intenzivně zkoumaná celá řada antikataraktových agens (například látky snižující hladinu sorbitolu, aspirin, vitamin C, E).

3.2 Chirurgická léčba katarakty

Operace katarakty prochází rychlým vývojem a stává se předním tématem oftalmologických sdělení a publikací u nás i ve světě (Kraus, Karel, Růžičková, 2000, s. 59).

3.2.1 Rozvoj chirurgie katarakty

ICCE (angl.:intracapsularcataractaxtraction)

Je zastaralá, ale jednoduchá a laciná metoda operace katarakty.

Její kořeny sahají až do 18. století, kdy se na ni přešlo z metody reklinace čočky, popřípadě extrakapsulární extrakce, která v té době již byla známa, avšak rozvoj operační techniky neumožňoval její dokonalé provedení. Vrchol provedení ICCE byl ve 20. letech minulého století s nástupem podtlakové metody extrakce savičkou (erysifákem). Dalšího vylepšení se metoda dočkala v polovině 20. století (1961) kdy polský oftalmolog Krwawitz zavedl na tehdejší dobu poměrně převratnou metodu kryoextrakce zakalené čočky. Princip spočívá v provedení rozsáhlého řezu na rozhraní bělimy a rohovky, vsunutí tenké sondy zmrazené tekutým dusíkem až k přednímu pouzdru čočky, dočasnému namrazení a vybavení (doslova vytržení) čočky ze závěsného aparátu včetně pouzdra. Dnes se metoda v Evropě používá ojediněle (při luxaci a subluxaci čočky a komplikacích u „přezrálých“ katarakt).

V euroamerické průmyslové oblasti byla ICCE prakticky opuštěna na počátku 80. let 20. století ale v Československu (a v zemích bývalého socialistického sektoru) se standardně používala ještě na konci 80. let jako běžná metoda pro odstranění katarakty u lidí i zvířat. V rozvojových zemích Afriky, Asie a latinské Ameriky se běžně provádí jako laciná metoda dodnes.

Podstatou ICCE je otevření oka a vybavení zakalené čočky i s pouzdrům zpravidla speciální pinzetou později savičkou (erysifákem). Metoda byla z dnešního pohledu značně riziko-

vá a prováděla se proto až ve vyšším věku. Důležitým faktorem úspěšnosti je, aby zákal co nejvíce „uzrál“, tedy proběhla co největší degenerativní změna jádra čočky a jejího závěsném aparátu. Jádro vlivem postupující choroby tuhne a čočka se stává kompaktnější, a její vytržení z oslabeného závěsného aparátu je snazší a bezpečnější. Zrání čočky probíhalo řadu let, za nichž nemocní trpěli výrazně sníženou kvalitou vidění.

V českém lékařském slangu se ICCE někdy říkalo „Husákovy brýle“ podle někdejšího československého prezidenta Gustáva Husáka, který trpěl šedým zákalem a byl metodou ICCE bez implantace čočky operován koncem 70. let. Poté až do své smrti nosil pověstné silné brýle.

Převzato z: (http://cs.wikipedia.org/wiki/Intrakapsul%C3%A1rn%C3%AD_extrakce)

3.2.2 Moderní extrakapsulární technika

K posunu od ICCE k novým technikám ECCE došlo ve snaze snížit výskyt peroperačních krvácivých komplikací a usnadnit uložení umělé nitrooční čočky. Ponecháním zadního pouzdra in situ lze při operaci katarakty snížit riziko ztráty sklivce, krvácení, vzniku cystoidního makulárního edému a jiných komplikací. Klíčem k rozvoji nových technik bylo zavedení operačního mikroskopu. Metodu fakoemulzifikace zavedl do praxe Charles Kelman – ta umožňuje operovat kataraktu menším řezem. Tato technika využívá ultrazvukovou energii, která rozkmitá jehlu a rozdrť (fragmentuje) jádro čočky, hmota se odsaje aspirační kanylou. Tento způsob snižuje výskyt raných komplikací, urychluje hojení a rehabilitaci vidění. Fakoemulzifikační technika je standartní operací katarakty v současné době (Kraus, Karel, Růžičková, 2000).

3.2.3 Implantace nitroočních čoček

Když v roce 1949 implantoval Ridley úspěšně první nitrooční čočku, málokdo tušil, jaké perspektivy v té době zajímavý klinický experiment otevírá. U nás zachytil úspěšně trend nitrooční korekce afakie Vanýsek počátkem 50. let. První pokusy prováděl ještě za druhé světové války (Novák, 1999, s. 9).

Umělé nitrooční čočky jsou trvalé plastické čočky, chirurgicky implantované do oka tak, aby nahradily, výjimečně doplnily vlastní nitrooční čočku. IOL má část haptickou a optickou, haptická slouží k fixaci čočky a optická nahrazuje funkci odstraněné.

Základní dělení čoček je založeno na místě, kam jsou implantovány, podle materiálu, další dělení již vyplývají s mohutností IOL, zakřivení, konstanty a počtu ohnisek IOL.

Chirurgicky tedy volíme čočku nejen podle předem vypočítaných dioptrií, ale také podle materiálu, designu a rozměrů.

Místem, kam mohou být IOL aplikovány jsou dvě:

- přední komora (předněkomorová čočka – AC IOL)
- zadní komora (zadněkomorová čočka – PC IOL)

AC IOL se liší od PC IOL tvarem haptické části a konstantou A.

Materiály, ze kterých jsou čočky vyráběny je akrylát a silikon, obě tyto látky jsou polymery a je možné je stříhat, leštit a sterilizovat. Obsahují UV filtr, mají vysoký refrakční index, aby čočky z nich vyrobené byly lehké a tenké (Kuchynka a kolektiv, 2007).

3.2.4 Komplikace chirurgické léčby katarakt

Peroperační komplikace:

- ruptura pouzdra čočky za zonulární dialýzou, s prolapsem sklivce,
- poškození rohovkového endotelu nebo Descementovy membrány,
- krvácení (hyphaema),
- expulzivní hemoragie, která je méně častá

Pooperační komplikace

- přechodný vzestup nitroočního tlaku až vznik maligního glaukomu
- cystoidní makulární edém
- intraokulární zánět a chronická operační endoftalmitida je nejobávanější komplikací chirurga
- infekce ze spojivkového vaku
- pooperační astigmatismus, edém a striáta rohovky při poškození endotelu

Pozdní pooperační komplikace

- odchlípení sítnice
- dislokace čočky, fibróza kapsuly s následným vznikem sekundární katarakty
- bulózní keratopatie s následkem poškození rohovkového epitelu (Kraus, Karel, Růžičková, 2000, s.62-63)

4 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE O KLIENTA S KATARAKTOU

Pokud to klientův stav a rodinné prostředí dovolí, lze tento výkon ve většině případů provést ambulantně v rámci dvou až tří hodinového pobytu v denním stacionáři. Pouze v indikovaných případech (psychiatrickí nemocní, děti, nemocní s třesem či demencí) je možno klienta hospitalizovat nejdéle po dobu 2 dnů (Slezáková a kolektiv, 2008).

4.1 Předoperační období

Každé pracoviště má jiné požadavky, týkající se předoperačního vyšetření klienta, závisí to na rozhodnutí operátora. V nemocnicích většinou kladou větší nároky, tudíž po klientovi žádají EKG, nad 40 let Rtg S+P, KO+diff, FW, moč + sediment, hemokoagulační vyšetření a jiné. V soukromých očních klinikách převážně postačí, když klient při vstupním rozhovoru s lékařem uvede nemoci a léky, které užívá. Co se týká lačnosti, záleží také na druhu pracoviště, někde žádají, aby klient od půlnoci nepil, nejedl a ráno užil jen nezbytně důležité léky. Jinde může klient jíst klidně před operací.

Po diagnostice katarakty na oční ambulanci lékař pacienta poučí o operačním zákroku, vysvětlí nutnost implantace nitrooční čočky a nabídne typ, který je pro klienta nejvýhodnější. Další edukace klienta probíhá při dalších vyšetřeních, které provádí sestra, ta klienta také poučí o nutnosti aplikace mydriatik a anestetik před operací.

4.1.1 Edukace klienta

Hlavní roli v edukaci hraje sestra i lékař, klient by měl být seznámen se všemi postupy a pokyny, které ho čekají a po vysvětlení lékařem a sestrou podepsat informovaný souhlas k zákroku. Vysvětlením všech postupů klienta uklidníme, což je nezbytné pokud je klient během operace pouze v topické anestezii, kde může klienta ohrozit i kýčání.

Viz edukační vzorový plán v příloze č.IX

4.1.2 Anestezie

Při operačních výkonech na oku musí být klient v absolutním klidu. V oftalmologii se užívá anestezie celková a lokálních typů infiltrační a topická. Speciálním typem někdy užívaným v oftalmologii je lokální anestezie intrakamerální, což je přímá aplikace anestetika do přední komory.

Celková intubační anestezie se používá u dětí, nespolupracujících, anxiózních a klaustrofobických klientů.

Infiltrační anestezii můžeme rozdělit na retrobulbární a peribulbární. Způsobují anestezii a akinézu oka, rizikem bývá retrobulbární hematoma a poranění zrakového nervu, peribulbární je méně účinnější, ale riziko poranění nervu je téměř nulové.

Topická anestezie znamená aplikaci anestetika ve formě očních kapek – tato metoda se velmi rozšířila a stává se metodou volby pro chirurgii katarakty malým řezem. Topická anestezie působí přímo na rohovkový epitel a stromatem proniká do přední komory. Pro topickou anestezii se užívají nejčastěji skupiny esterových anestetik – *tetrakain*, *lidokain*, *bupivakain* (Kuchynka a kolektiv, 2007).

4.1.3 Operační zákrok z pohledu klienta

Samotná nekomplikovaná operace trvá asi 15 minut, během této doby klient leží na operačním lůžku s hlavou v tzv. podkově, aby byla jištěná proti pohybu. Obličej mu překrývá sterilní rouška s otvorem, která je mírně nadzvednutá kvůli dýcháním. Po celou dobu zákroku může klient komunikovat jak s operátorem, tak i se sestrou, která je mu k dispozici.

V oku je umístěn rozvěrač, který brání mrkání, po několika minutách je v dobře znecitlivěném oku již necitlivý. Co se týká hlavních problémů na sále z pohledu klienta je kašláni, kýchní a celkový neklid, klient je upozorněn před operací lékařem i sestrou, že v případě pocitu na kašel či kýchnutí, musí ihned informovat operátora, aby stihl vytáhnout nástroje z oka. Z mých zkušeností na operačních sálech mohu říci, že většina klientů, tento zákrok zvládá bez problémů a bolestí, pouze v případě komplikací se operace časově protáhne a je nutno další anestezie.

4.1.4 Operační zákrok z pohledu sálové sestry

Sestava na operačním sále je následující: operátor, sestra instrumentářka a sestra obíhající.

Sálová sestra při operaci šedého zákalu má velkou zodpovědnost jak za správné uložení klienta na operační stůl, tak za aplikaci léků a ovládání všech přístrojů nezbytných k operaci, které instrumentářka nemůže bez její pomoci zvládnout. Po předchozím ujištění operátorem o druhu implantované čočky, sestra čočku vybalí (čočka je ve sterilním roztoku, aby nevysychala) a nabídne ji instrumentářce na sterilní stolek. Dále zapisuje údaje o operaci do dokumentace klienta a vylepuje kontrolní etikety o nitrooční čočce do dokumenta-

ce. Obíhající sestra pomáhá obléci empíry jak instrumentárce, tak i operatérovi, dále podouvá pedály přístrojů, které se při operacích ovládají nohama.

4.2 Edukace klienta o pooperační péči

Po operaci musí klient používat oční kapky přesně tak, jak určí lékař, oko si příliš nemnout a úzkostlivě jej chránit před úrazem. Při silné bolesti oka neprodleně vyhledat lékaře zařízení, kde byl operován nebo navštívit lékařskou pohotovost. Povinností klienta je dostavit se podle pokynu lékaře na kontrolní vyšetření po operaci

Po operaci není zakázáno sledování televize, čtení ani často mylně edukováno zavazování tkaniček (ohýbání).

V ideálním případě je vhodné po dobu 5 týdnů po zákroku zcela vynechat koupání v bazénech, v moři i ve sladkovodních přírodních vodách. Klient ale musí důsledně chránit oči slunečními brýlemi, přísně dodržovat zásady hygieny a zajistit, aby se mu do očí nedostala voda ani z moře, ani z bazénů.

Používání počítače a sledování televize nemůže po zákroku ublížit. Řada klientů sleduje televizi již večer v den zákroku - pokud oko neřeže a nebolí, není důvod to zakazovat. Pokud však první den po zákroku pociťuje bolest a řezání v oku, je lepší mít oči zavřené a televizi a počítač vynechat.

Tmavé brýle nejsou po operaci většinou nutné. V prvních dnech po operaci však může být pobyt na prudkém letním slunci nepříjemný. Klient by se měl řídit vlastními pocity. Pokud mu světlo vadí a nutí jej přivírat oči, jsou tmavé brýle vhodnou ochranou. Pokud světlo nevyvolává žádné nepříjemné pocity, nejsou tmavé brýle nutné.

Při návratu do práce záleží na druhu práce a na vidění druhého (neoperovaného) oka. Při dobrém vidění druhého oka je možný návrat do kancelářských zaměstnání již za několik dní po operaci. Obvyklé domácí práce je možno vykonávat od druhého týdne. Ohýbání se a nošení předmětů, které nevyžaduje extrémní námahu, obvykle nevadí. Alespoň čtyři týdny je vhodné nevstupovat do infekčních provozů (chov dobytka apod.). Fyzicky velmi namáhavé práce je možno povolit od šestého týdne.

Po zákroku je nutné dbát na pravidelnou aplikaci předepsaných kapek do operovaného oka.

Přesný druh a režim podávání kapek určí ošetřující oční lékař. Obvykle klient kape jeden týden 5x denně kombinací antibiotik a kortikosteroidů. Další 1 až 2 týdny klient obvykle

kape kortikosteroidní kapky 1 až 3x denně. Toto schéma může být modifikováno zdravotním stavem klienta či zvyklostmi konkrétního zdravotnického zařízení.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíle průzkumu

1. Pomocí dotazníkového šetření porovnat a zhodnotit spokojenost klientů ve vybraných zdravotnických zařízeních
2. Zjistit pohled klienta na léčbu katarakty ve vybraných zařízeních
3. Zhodnotit spokojenost klientů ze strany zdravotnického personálu, v rámci předoperační a pooperační péče
4. Vytvořit edukační materiál pro klienty s kataraktou

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Šetření proběhlo ve dvou zlínských zařízeních v období únor – březen 2011, kde jsem rozdala 60 dotazníků do každého zařízení. Z obou zařízení se mi zpět vrátilo 56 dotazníků.

Prvním zařízením je soukromá oční klinika, kde pod vedením prim. MUDr. Pavla Stodůlky, Ph.D. pracuje vyškolený a zkušený personál jak v řadách sester tak i lékařů. Klinika působí ve Zlínském kraji již 7 let a během nich už má nejen několik poboček v České Republice, ale i v zahraničí.

Klinika se skládá z ambulantní části a tří operačních sálů. Operační sály slouží k operacím katarakty, sítnice a laserové korekce očních vad. Operace katarakty se zde provádí ambulantním zákrokem, kdy klient většinou v doprovodu rodinných příslušníků, pobývá na klinice maximálně 2 hodiny.

Druhým zařízením, které jsem si vybrala pro svůj výzkum je zařízení nemocničního typu s dlouholetou tradicí ve Zlínském kraji. Lůžková část je společná pro muže i ženy, spojena s jídelnou a vyšetřovacím traktem. Zvláště jsou v prvním patře operační sály. Nemocnice nabízí operace šedého zákalu jak ambulantně, tak i s hospitalizací dle psychického a fyzického stavu klienta.

6.2 Metoda práce

Vzhledem k typu výzkumného problému byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl zpracován formou dotazníkového šetření.

Dotazník byl rozdán klientům zdravotnických zařízení po operaci šedého zákalu, aby mohli zhodnotit celkovou kvalitu zdravotní péče.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Kutnohorská, 2009, s.41).

6.2.1 Charakteristika položek

V dotazníkovém šetření se otázky 1, 2 zabývají zjištěním všeobecných informací. Otázka č. 3 je otázka uzavřená a otázka č. 4 je polouzavřená, tyto položky zjišťují důvod klienta o rozhodnutí podstoupit operaci šedého zákalu v daném zdravotnickém zařízení. Dalšími přidruženými onemocněními, kromě šedého zákalu se zabývají otázky 5 (uzavřená otázka) a 6 (polouzavřená otázka). Edukací klienta ze strany lékaře a sestry během pobytu v zařízení, pooperačním režimu a nabídky nadstandartních služeb se zabývají škálové otázky č. 7 a č. 8. Otázka číslo 9 je otevřená a k vyplnění pouze v případě nespokojenosti klienta v otázce 8. Otázka č. 10 (otázka škálovou) a č. 11 (otázka uzavřená) jsou zaměřeny na soukromí klienta a seznámení s právy pacientů. Otázka č. 12 (otázka polouzavřená) se zabývá dostatkem edukačních materiálů. Nabídka nadstandartní péče je zmíněna v uzavřené otázce č. 13. Celkový dojem a spokojenost se všemi službami zdravotnického zařízení se zabývají otázky 14, 15, 16 a jsou otázkami polouzavřenými.

6.3 Organizační šetření

Průzkumnému šetření předcházelo vytvoření jednotlivých položek dotazníku dle předem stanovených cílů. Vytvořený dotazník jsem konzultovala se svou vedoucí práce bakalářské práce Mgr. Markétou Blažkovou. Položky v dotazníku byly schváleny a odsouhlaseny.

Část hotových dotazníků 60 kusů jsem předala do zařízení A (soukromé oční zařízení) a zbylých 60 kusů do zařízení B (zařízení nemocničního typu). Z obou zdravotnických zařízení se mi vrátilo 56 kusů dotazníků. Výsledek jsem očekávala 50% z důvodu vyplňování dotazníků respondenty doma. Dotazníky respondenti předávaly sestřičkám až při první pooperační kontrole.

6.4 Zpracování získaných dat

Získané údaje jsem zpracovala do tabulek četnosti, kde jsem uváděla absolutní a relativní četnost odpovědí. Následně jsem získaná data znázornila v grafu a popsala. Pro grafické znázornění a tabulky jsem použila program Microsoft Excel 2010.

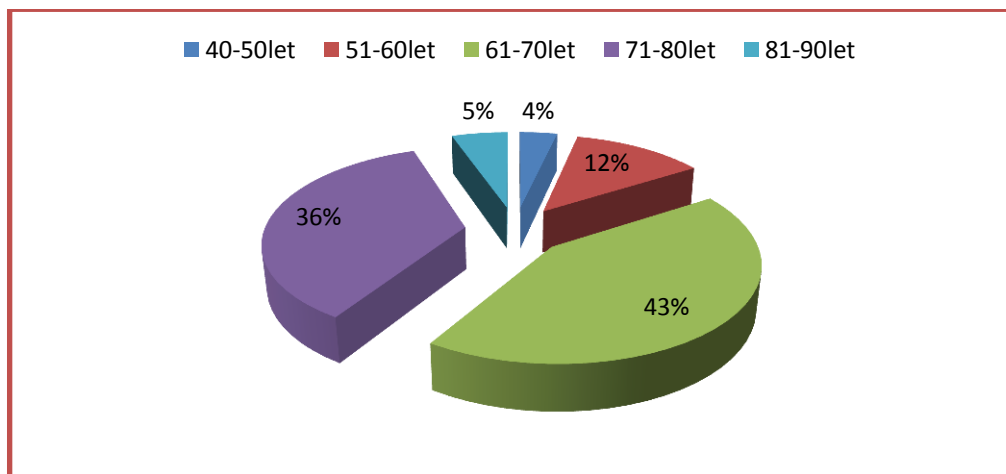
7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Položka č. 1 – Jaký je Váš věk?

Tabulka 1: Věk respondentů

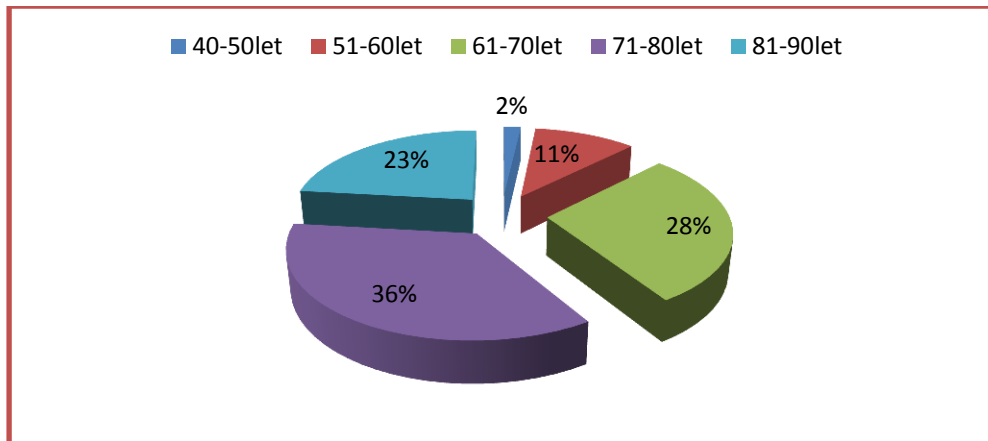
Věk respondentů				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
40-50let	2	3,57%	1	1,79%
51-60let	7	12,50%	6	10,71%
61-70let	24	42,86%	16	28,57%
71-80let	20	35,71%	20	35,71%
81-90let	3	5,36%	13	23,21%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 1: Věk respondentů - zařízení A



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů byli 2 (3,57%) ve věku 40-50let a 7 (12,5%) respondentů ve věku 51-60let. Nejvíce klientů očního zařízení A bylo ve věku 61-70let – 24 (42,86%). 20 (35,71%) respondentů bylo v rozmezí 71-80 let a pouze 13 (23,21%) respondentů mělo 81-90let.

Graf 2: Věk respondentů – zařízení B



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů byl 1 (1,79%) ve věku 40-50let, 6 (10,71%) respondentů ve věku 51-60let. Ve věku 61-70let bylo 16 (28,57%) respondentů. Nejvíce respondentů očního zařízení **B** - 20 (35,71) bylo v rozmezí 71-80 let a 3 (5,36%) respondenti měli 81-90let.

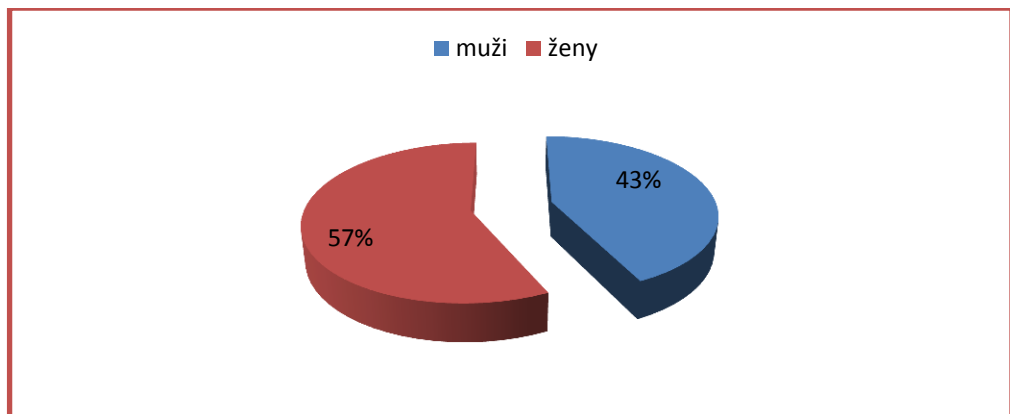
Z předchozích dvou grafů vyplývá, že klienti vyššího věku upřednostňují klasické lůžkové oddělení i z důvodů přidružených onemocnění.

Položka č. 2: Pohlaví respondentů

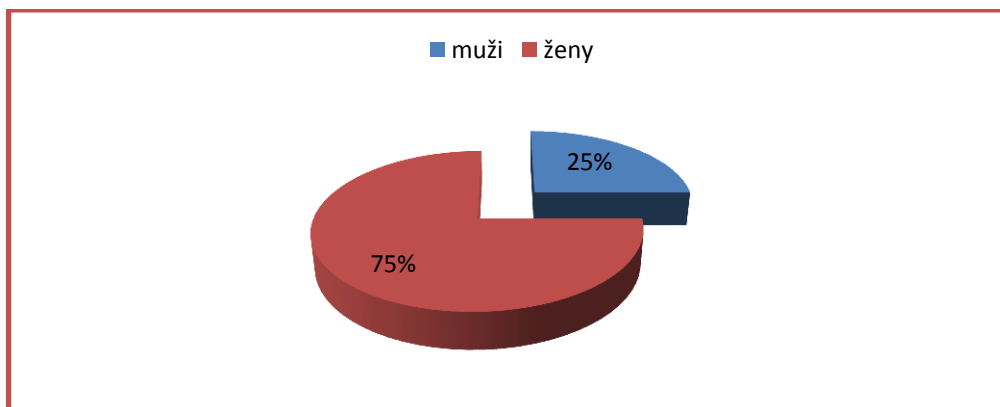
Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
muži	24	42,86%	14	25,00%
ženy	32	57,14%	42	75,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 3: Pohlaví respondentů zařízení A



Graf 4: Pohlaví respondentů zařízení B



V obou zdravotnických zařízeních bylo 56 (100%) respondentů, převažovaly ženy.

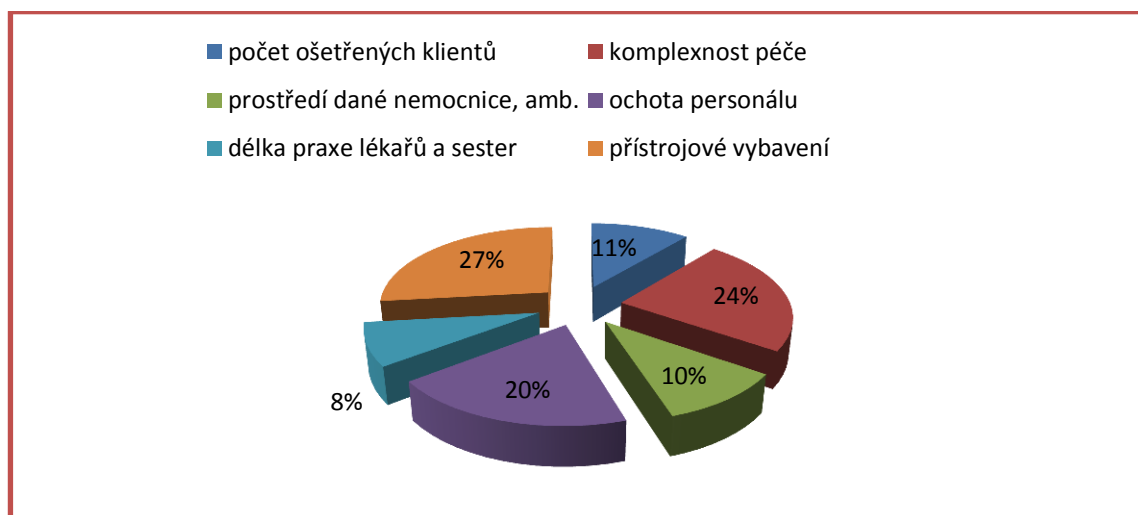
V zařízení **A** bylo 32 (57,14%) odoperovaných žen a 24 (42,86%) mužů. Zařízení **B** mělo 42 (75,00%) žen a mužů 14 (25%).

Položka č. 3 Co považujete za nejdůležitější při volbě nemocnice, ambulance, ve které se budete léčit? (výběr maximálně ze tří odpovědí)

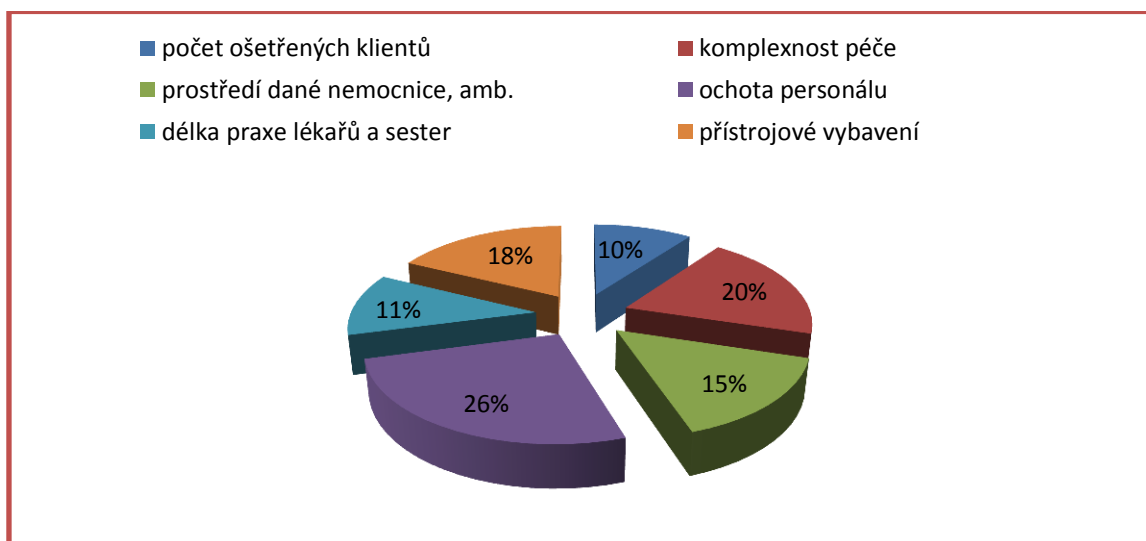
Tabulka 3: Volba nemocnice, ambulance ve které se bude klient léčit

Co považujete za nejdůležitější při volbě nemocnice, ambulance, ve které se budete léčit ?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
počet ošetřených klientů	17	11,11%	16	10,13%
komplexnost péče	36	23,53%	31	19,62%
prostředí dané nemocnice, amb.	16	10,46%	24	15,19%
ochota personálu	30	19,61%	41	25,95%
délka praxe lékařů a sester	13	8,50%	18	11,39%
přístrojové vybavení	41	26,80%	28	17,72%
Celkem	153	100,00%	158	100,00%

Graf 5: Důvody volby v zařízení A, ve které se bude klient léčit



Graf 6: Důvody volby v zařízení B, ve které se bude klient léčit



V této položce dotazníku mohli respondenti zvolit maximálně 3 odpovědi. U klientů zařízení **A** převládá ve volbě výběru místa jejich operace přístrojové vybavení 41 (26,80%) z celkových 153 (100%) označených odpovědí. Dále respondenti volili komplexnost péče 36 (23,53%) a na třetím místě nejvíce udávaných důvodů bylo ochota personálu 30 (19,61%).

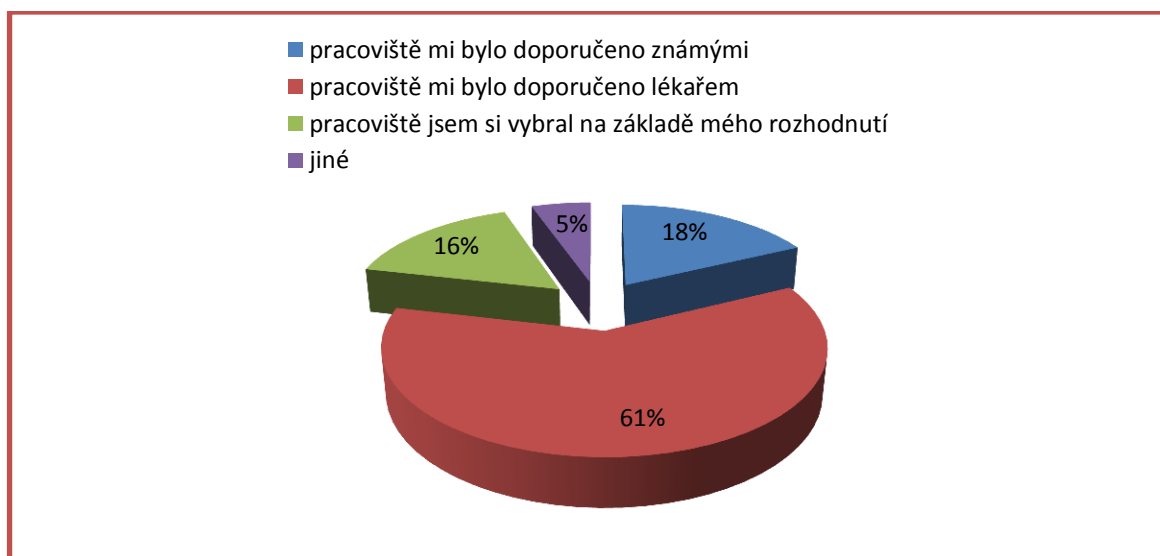
V zařízení **B** respondenti preferovali ochotu personálu 41 (25,95%) z celkových 158 (100%) označených odpovědí. Na druhém místě byla komplexnost péče u 31 (19,62%) klientů a jako třetí nejdůležitější faktor při jejich výběru bylo přístrojové vybavení 28 (17,72%).

Položka č. 4: Z jakého důvodu jste se rozhodli pro operační zákrok na tomto pracovišti?

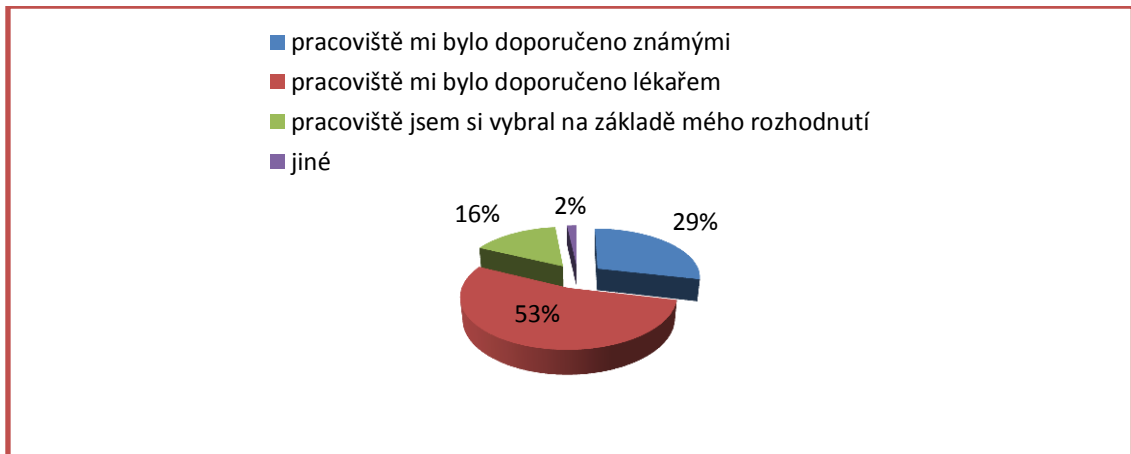
Tabulka 4: Důvody respondentů k zákroku v zařízení A a B

Z jakého důvodu jste se rozhodli pro operační zákrok na tomto pracovišti?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
pracoviště mi bylo doporučeno známými	10	17,86%	16	28,57%
pracoviště mi bylo doporučeno lékařem	34	60,71%	30	53,57%
pracoviště jsem si vybral na základě mého rozhodnutí	9	16,07%	9	16,07%
Jiné	3	5,36%	1	1,79%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 7: Důvody respondentů k zákroku v zařízení A



Graf 8: Důvody respondentů k zákroku v zařízení B



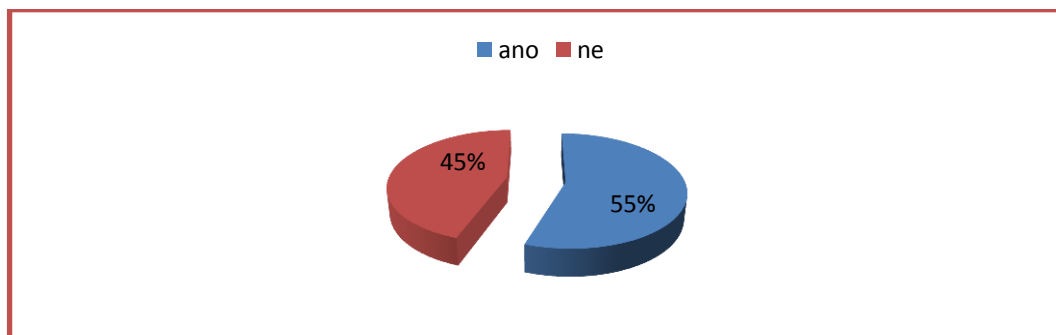
V obou zdravotnických zařízeních byli respondenti nejvíce doporučeni svým ošetřujícím očním lékařem. V zařízení **A** z celkových 56-ti (100%) respondentů uvádělo doporučení lékařem 34 (60,71%) respondentů, v zařízení **B** to bylo 30 (53,57%). Dále v obou zařízeních převládalo doporučení známými, v zařízení **A** tuto položku označilo 10 (17,86%) respondentů, v zařízení **B** 16 (28,57%) respondentů. Výběr pracoviště na základě klientova rozhodnutí označilo v obou zdravotnických zařízeních 9 (16,07%) respondentů.

Položka č. 5: Máte další zdravotní problémy?

Tabulka 5: Přidružená onemocnění respondentů

Máte další zdravotní problémy?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
Ano	31	55,36%	44	78,57%
Ne	25	44,64%	12	21,43%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 9: Přidružená onemocnění respondentů zařízení A



Graf 10: Přidružená onemocnění respondentů zařízení B



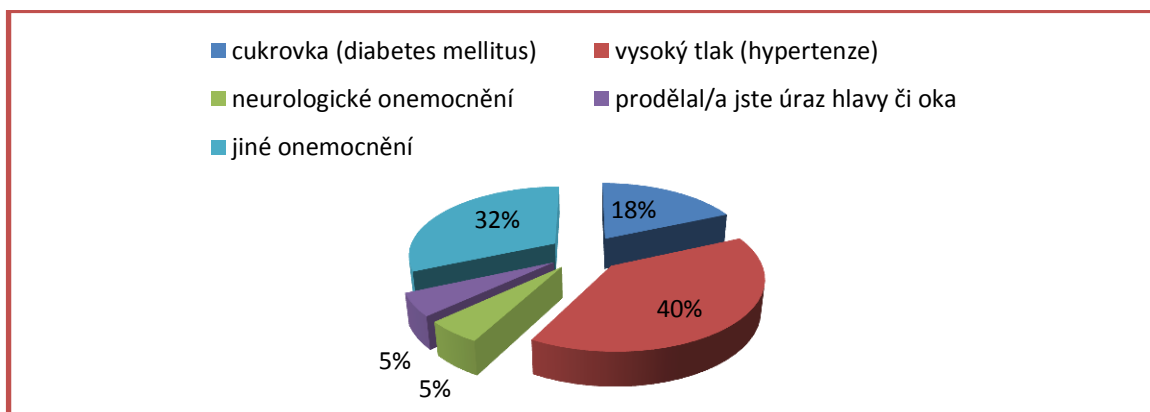
Z výše uvedených grafů vyplývá, že 44 (78,57%) respondentů mělo i jiné zdravotní problémy než samotnou kataraktu a proto raději zvolili klasické lůžkové zařízení **B**. V zařízení **A** byl počet respondentů s jinými obtížemi 31 (55,36%).

Položka č. 6: Jakým dalším onemocněním trpíte?(Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 6: Konkrétní onemocnění respondentů

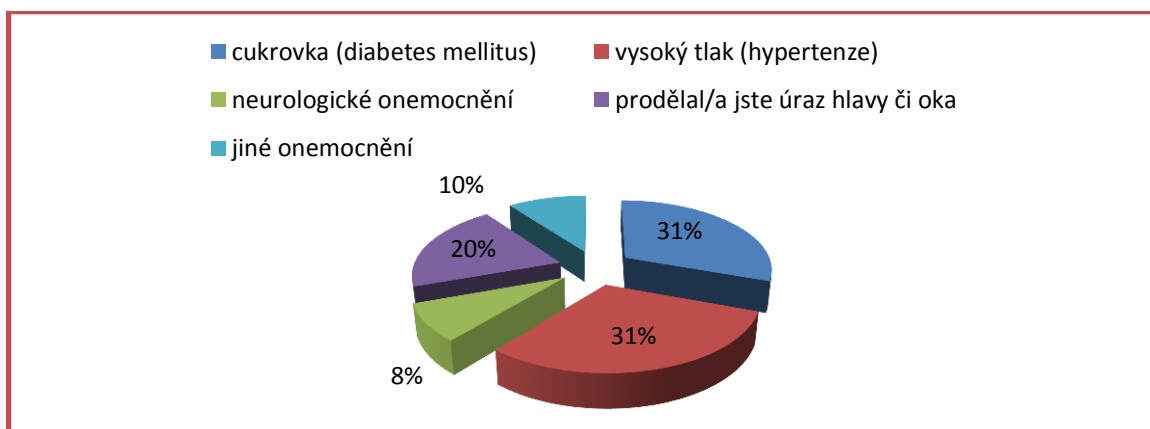
Jakým dalším onemocněním trpíte?	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
cukrovka (diabetes mellitus)	7	18,42%	18	30,51%
vysoký tlak (hypertenze)	15	39,47%	18	30,51%
neurologické onemocnění	2	5,26%	5	8,47%
prodělal/a jste úraz hlavy či oka	2	5,26%	12	20,34%
jiné onemocnění	12	31,58%	6	10,17%
Celkem	38	100,00%	59	100,00%

Graf 11: Konkrétní onemocnění respondentů zařízení A



Nejvíce klientů očního zařízení **A** 38(100%) označilo v této položce problémy s vysokým tlakem 15 (39,47%) respondentů, dále následují jiná onemocnění 12 (31,58%) označených odpovědí, které měli respondenti možnost vypsát a mezi kterými byly např. bolesti páteře byly, žaludeční obtíže, artrózy, srdeční onemocnění. 7 (18,42%) respondentů uvedlo léčbu cukrovky. 2 (5,26%) respondenti z dotázaných se léčili na neurologické onemocnění a pouze 2 (5,26%) respondenti prodělali v předchozích letech úrazy hlavy či oka.

Graf 12: Konkrétní onemocnění respondentů zařízení B



Nejvíce klientů očního zařízení **B** 59(100%) označilo v této položce problémy s vysokým tlakem 18 (30,51%) a léčbu cukrovky 18 (30,51%), dále oproti zařízení A zde bylo více respondentů po úraze hlavy či oka 12 (20,34%) respondentů, tudíž se ošetřující oční lékař přiklání k hospitalizaci klienta, kde by mohl očekávat při operaci nějaké komplikace.

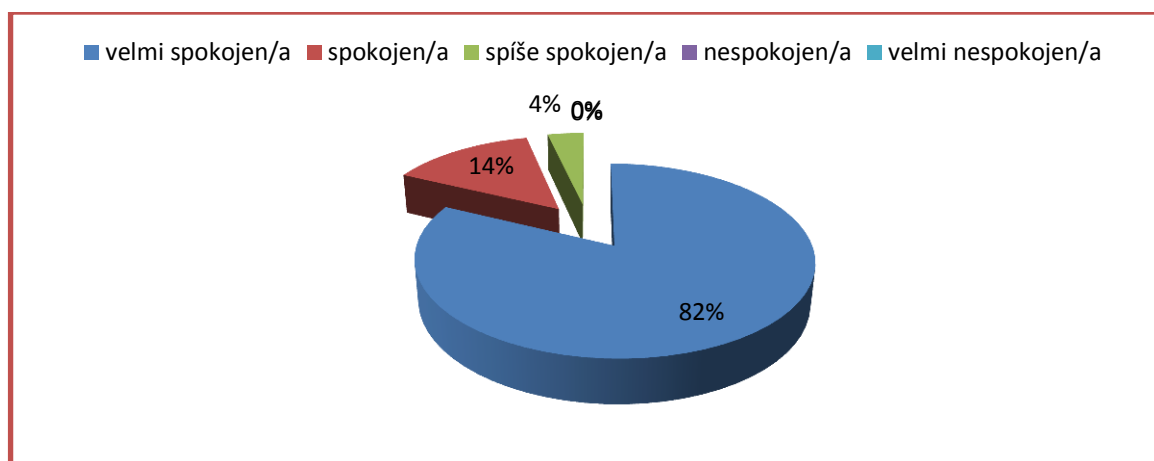
5 (8,47%) respondentů uvedlo neurologické onemocnění. Na položku jiná onemocnění odpovědělo 6 (10,71%) respondentů, mezi onemocněními převládaly srdeční choroby, epilepsie, hypotyreóza,...

Položka č. 7: Se zájmem a časem, který byl věnován Vaším problémům jsem byl/a?

Tabulka 7: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře

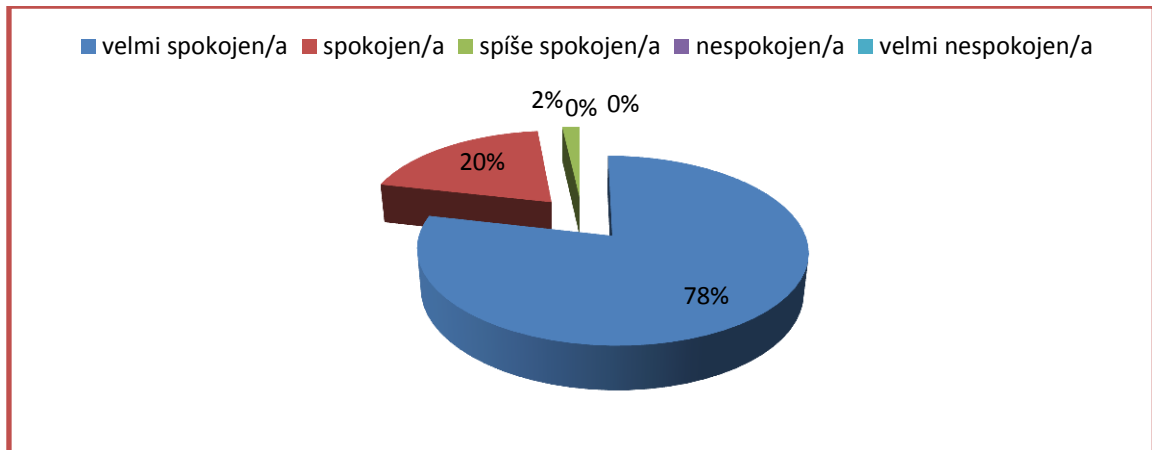
Se zájmem a časem, který byl věnován Vaším problémům jsem byl/a				
ze strany lékaře:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Rel.četn.	Abs.četn	Relativní četn.
velmi spokojen/a	46	82,14%	44	78,57%
spokojen/a	8	14,29%	11	19,64%
spíše spokojen/a	2	3,57%	1	1,79%
nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
velmi nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 13: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře v zařízení A



Na tuto otázku odpovědělo z 56-ti (100%) respondentů 46 (82,14%) respondentů, že bylo velmi spokojeno se zájmem ze strany lékaře. 8 (14,29%) klientů bylo spokojeno a pouze 2 (3,57%) respondenti byli spíše spokojeni. Žádný respondent 0 (0,00%) neoznačil nespokojenost či velkou nespokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře.

Graf 14: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékařev zařízení B

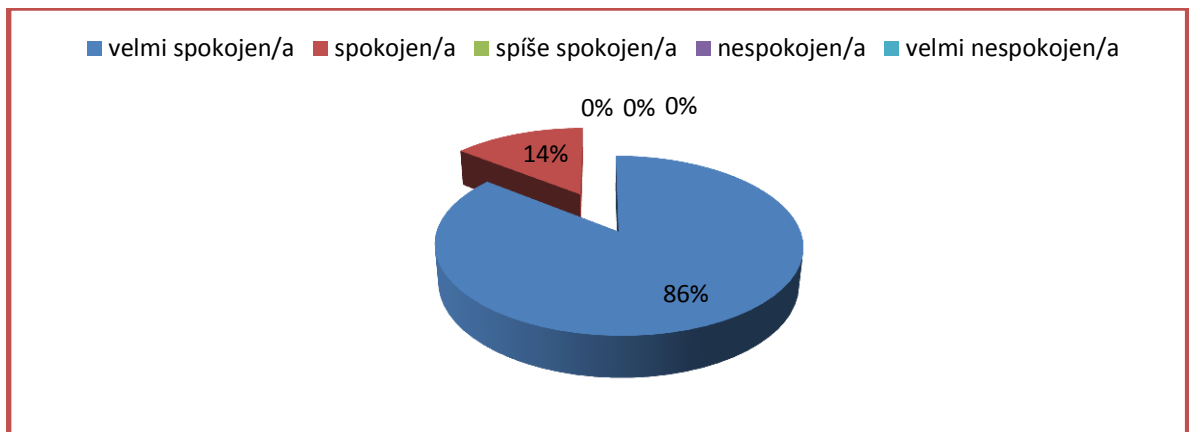


Na tuto otázku odpovědělo z 56-ti (100%) respondentů 44 (78,57%) respondentů, že bylo velmi spokojeno se zájmem ze strany lékaře. 11 (19,64%) klientů bylo spokojeno a pouze 1 (1,79%) byl spíše spokojen. Žádný respondent 0 (0,00%) neoznačil nespokojenost či velkou nespokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře.

Tabulka 8: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry

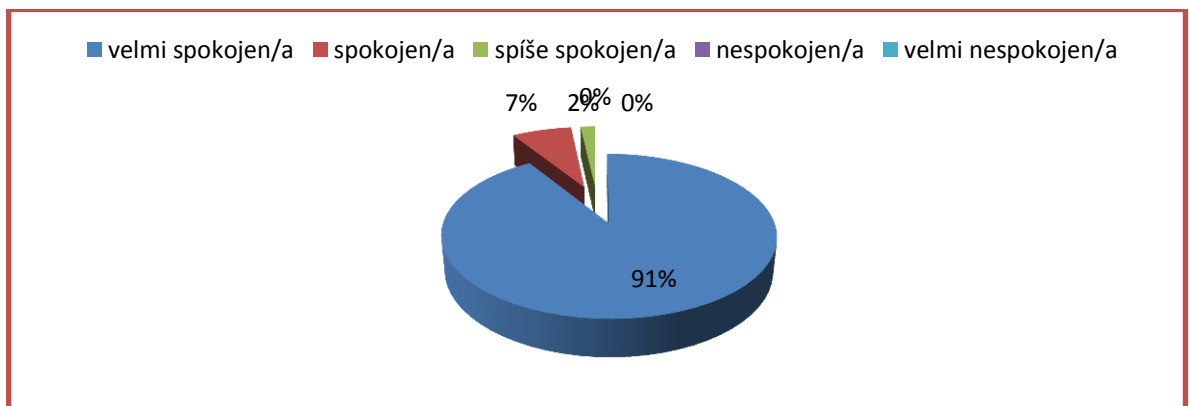
Se zájmem a časem, který byl věnován Vaším problémům jsem by/a				
ze strany sestry:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relativní čet.
velmi spokojen/a	48	85,71%	51	91,07%
spokojen/a	8	14,29%	4	7,14%
spíše spokojen/a	0	0,00%	1	1,79%
nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
velmi nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 15: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry v zařízení A



Na tuto otázku odpovědělo z 56-ti (100%) respondentů 48 (85,71%) respondentů, že bylo velmi spokojeno se zájmem ze strany sestry. 8 (14,29%) klientů bylo spokojeno. Žádný respondent 0 (0,00%) neoznačil odpověď - spíše spokojenost, nespokojenost či velkou nespokojenost se zájmem a časem ze strany sestry.

Graf 16: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry v zařízení B



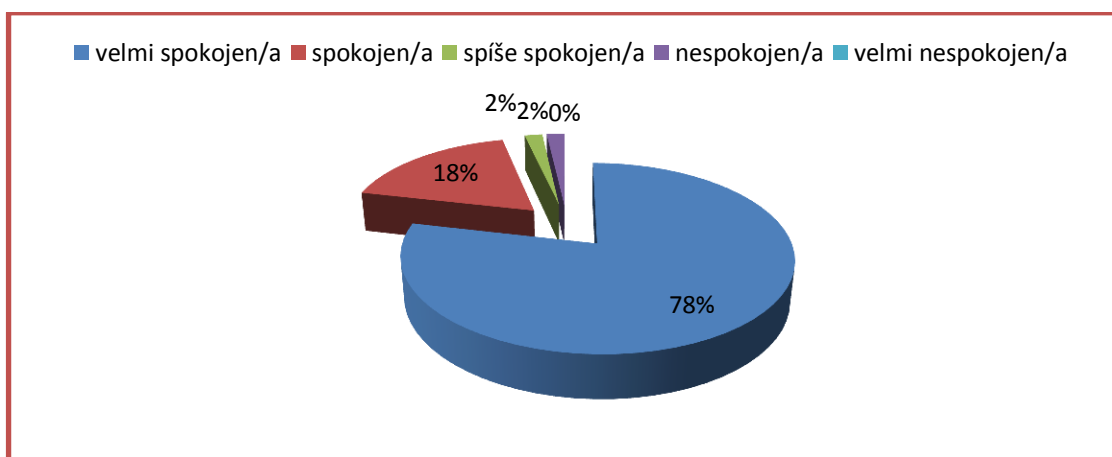
Na tuto otázku odpovědělo z 56-ti (100%) respondentů 51 (91,07%) respondentů, že bylo velmi spokojeno se zájmem ze strany sestry. 4 (7,14%) klienti byli spokojeni a pouze 1 (1,79%) respondent uvedl, že byl spíše spokojen. Žádný respondent 0 (0,00%) neoznačil nespokojenost či velkou nespokojenost se zájmem a časem ze strany sestry.

Položka č. 8: S předanými informacemi o mém zdravotním stavu, postupu léčby, lékařských zákrocích, lécích apod. jsem byl/a ?

Tabulka 9: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře

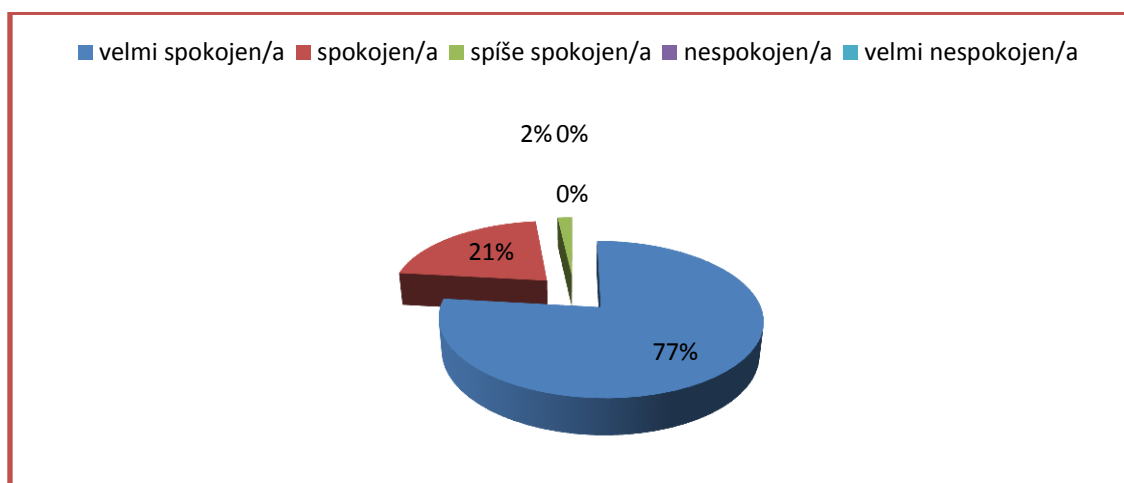
S předanými informacemi o mém zdravotním stavu, postupu léčby, lékařských zákrocích, lécích apod. jsem byl/a				
ze strany lékaře:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat. čet.
velmi spokojen/a	44	78,57%	43	76,79%
spokojen/a	10	17,86%	12	21,43%
spíše spokojen/a	1	1,79%	1	1,79%
nespokojen/a	1	1,79%	0	0,00%
velmi nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 17: Spokojenost s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře v zařízení A



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů odpovědělo na následující otázku 44 (78,57%) respondentů, že bylo velmi spokojeno s edukací o svém zdravotním stavu, postupu léčby a jiných zákrocích lékařem. 10 (17,86%) respondentů uvedlo spokojenost s informovaností. 1 (1,79%) respondent byl spíše spokojen a 1 (1,79%) respondent byl nespokojen.

Graf 18: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře v zařízení B

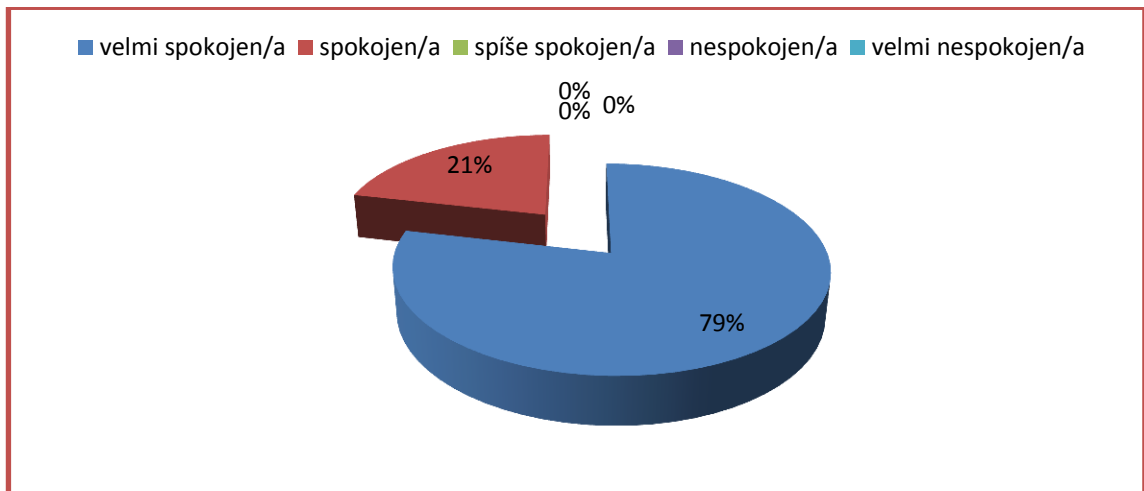


Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů odpovědělo na následující otázku 43 (76,79%) respondentů, že bylo velmi spokojeno s edukací o svém zdravotním stavu, postupu léčby a jiných zákrocích lékařem. 12 (21,43%) respondentů uvedlo spokojenost s informovaností a 1 (1,79%) respondent byl spíše spokojen. Žádný respondent 0(0,00%) nebyl nespokojen.

Tabulka 10: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry

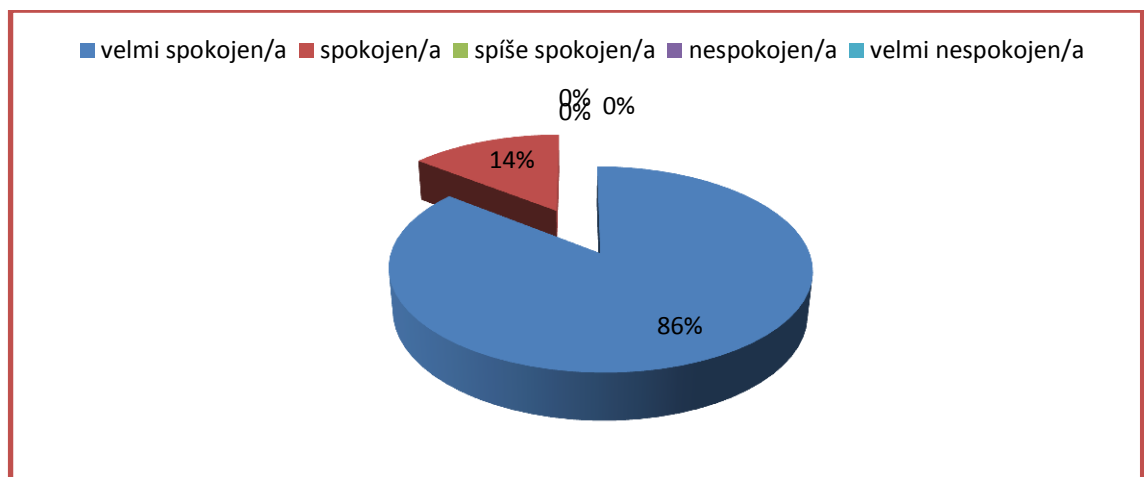
S předanými informacemi o mém zdravotním stavu, postupu léčby, lékařských zákrocích, lécích apod. jsem byl/a				
ze strany sestry:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat. Čet.
velmi spokojen/a	44	78,57%	48	85,71%
spokojen/a	12	21,43%	8	14,29%
spíše spokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
velmi nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 19: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry v zařízení A



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů odpovědělo na následující otázku 44 (78,57%) respondentů, že bylo velmi spokojeno s edukací o svém zdravotním stavu, postupu léčby a jiných zákrocích sestrou. 12 (21,43%) respondentů uvedlo spokojenost s informacemi o svém zdravotním stavu.

Graf 20: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry v zařízení B



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů odpovědělo na následující otázku 48 (85,71%) respondentů, že bylo velmi spokojeno s edukací o svém zdravotním stavu, postupu léčby a jiných zákrocích sestrou. 8 (14,29%) respondentů uvedlo spokojenost s informovaností o svém zdravotním stavu.

V obou zdravotnických zařízeních klienti neuváděli špatnou zkušenost s předáváním informací a edukací ze strany sestry.

Položka č 9: V případě nespokojenosti s předanými informacemi ze strany sestry mi v poučení nejvíce scházelo:

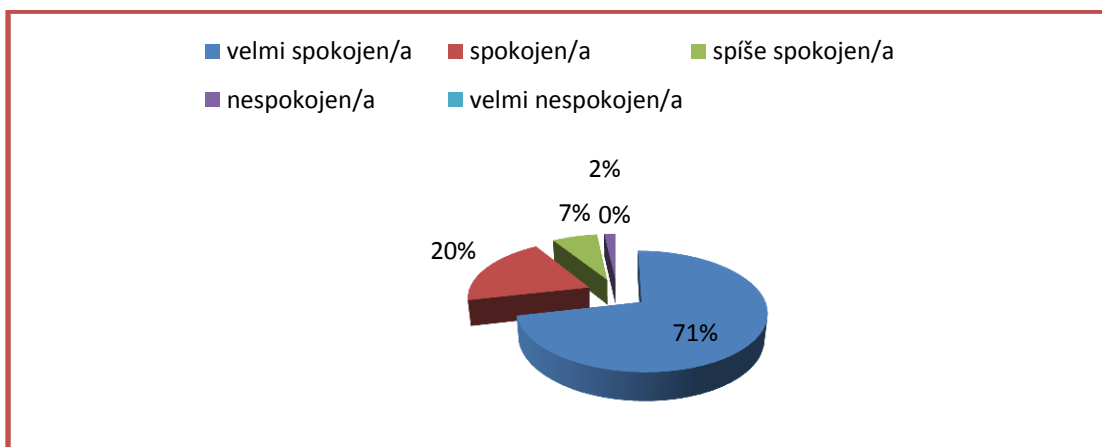
Tato položka v dotazníku byla k vyplnění pouze v případě nespokojenosti klienta ze strany sestry s předanými informacemi o jeho stavu, postupu léčby, lékařských zákrocích a lécích. Nikdo z respondentů v položce číslo 8 nebyl nespokojen s edukací ze strany sestry ani v jednom zdravotnickém zařízení.

Položka č. 10: Se zachováním soukromí (diskrétnost informací o mých osobních, zdravotních údajích) jsem byl/a?

Tabulka 11: Zachování soukromí a diskrétnosti respondentů

Se zachováním soukromí (diskrétnost informací o mých zdravotních údajích)				
jsem byl/a :	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
velmi spokojen/a	40	71,43%	45	80,36%
spokojen/a	11	19,64%	5	8,93%
spíše spokojen/a	4	7,14%	6	10,71%
nespokojen/a	1	1,79%	0	0,00%
velmi nespokojen/a	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

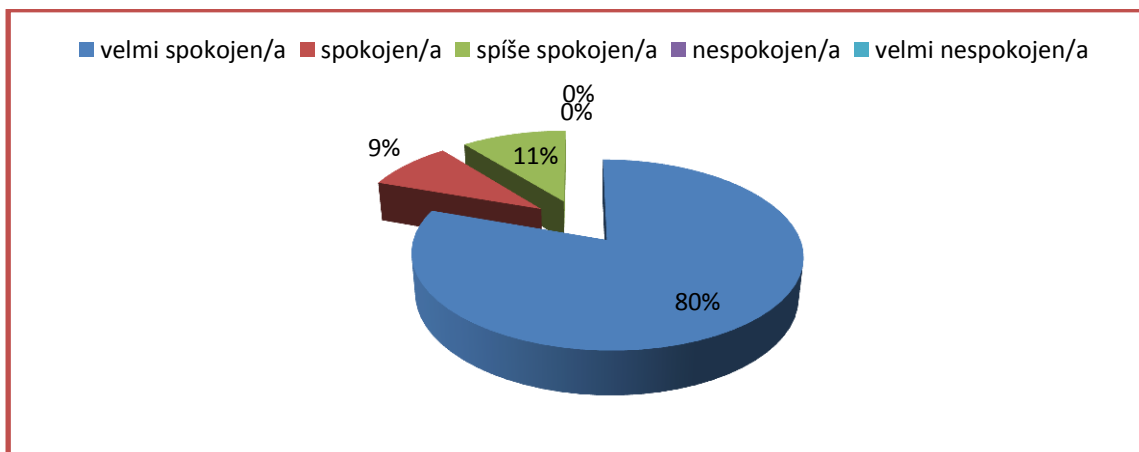
Graf 21: Zachování soukromí a diskrétnosti v zařízení A



Na tuto položku v dotazníku odpovědělo z celkových 56-ti (100%) respondentů velkou spokojenost se zachováním soukromí a diskrétnosti - 40 (71,43%) respondentů, spokojeno bylo 11 (19,64%) respondentů. 4 (7,14%) respondenti označili odpověď spíše spokojen/a. Pouze 1 (1,79%) respondent označil kolonku nespokojen z důvodu přítomnosti jiných osob

při nahlašování osobních a zdravotních dat. Na položku v dotazníku - velmi nespokojen odpovědělo 0 (0,00%) respondentů.

Graf 22: Zachování soukromí a diskrétnosti v zařízení B



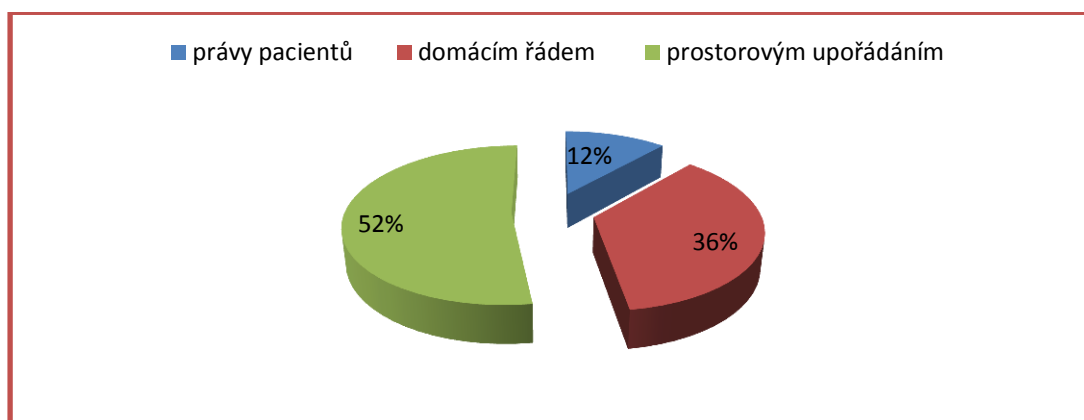
Na tuto položku v dotazníku odpovědělo z celkových 56-ti (100%) respondentů velkou spokojenost se zachováním soukromí a diskrétnosti 45 (80,36%) respondentů, spokojeno bylo 5 (8,93%) respondentů. 6 (10,714%) respondentů označilo odpověď spíše spokojen/a. Na položky v dotazníku nespokojen a velmi nespokojen neodpověděl žádný respondent.

Položka č. 11 Byl/a jste seznámen/a s ?

Tabulka 12: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním

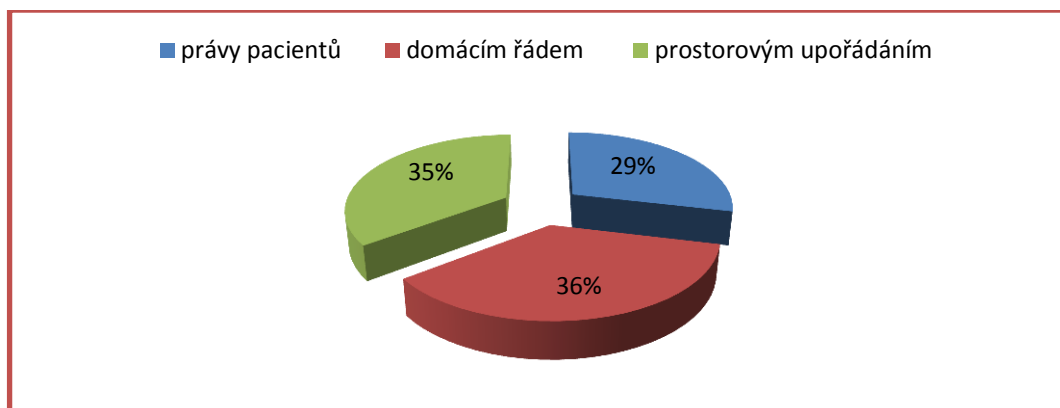
Byl/a jsem seznámen/a s:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
právy pacientů	10	11,63%	39	28,68%
domácím řádem	31	36,05%	49	36,03%
prostorovým uspořádáním	45	52,33%	48	35,29%
Celkem	86	100,00%	136	100,00%

Graf 23: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním v zařízení A



Z celkových 86-ti (100%) označených odpovědí v dotazníku odpovědělo 10 (11,63%) respondentů, že bylo seznámeno s právy pacientů, 31 (36,05%) odpovědí bylo označeno pro seznámení s domácím řádem. Seznámení s prostorovým uspořádáním označilo 45 (52,33%) respondentů.

Graf 24: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním v zařízení B



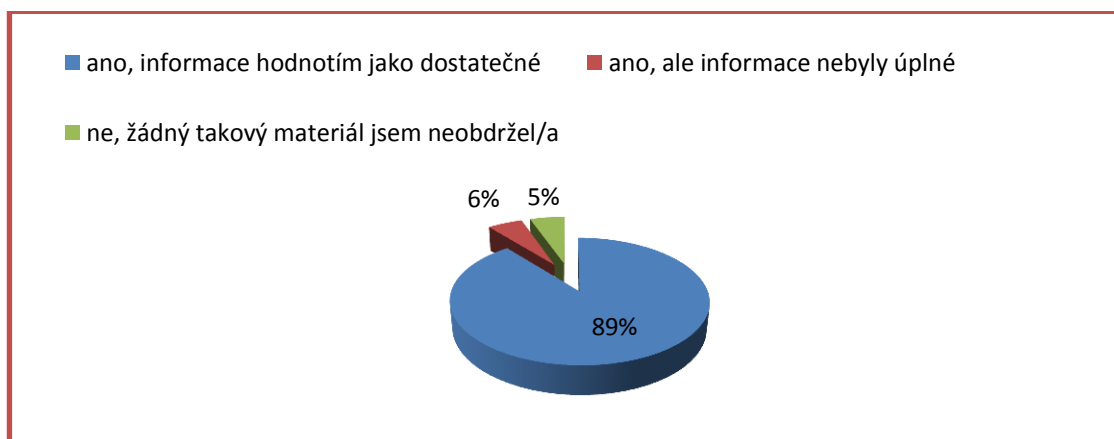
Z celkových 136-ti (100%) označených odpovědí v dotazníku odpovědělo 39 (28,68%) respondentů, že bylo seznámeno s právy pacientů. 49 (36,03%) respondentů bylo seznámeno s domácím řádem. Seznámení s prostorovým uspořádáním označilo 48 (35,29%) respondentů.

Položka č. 12 Měl/a jste ve Vámi vybraném zdravotnickém zařízení dostatek informačních materiálů o Vašem onemocnění?

Tabulka 13: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu

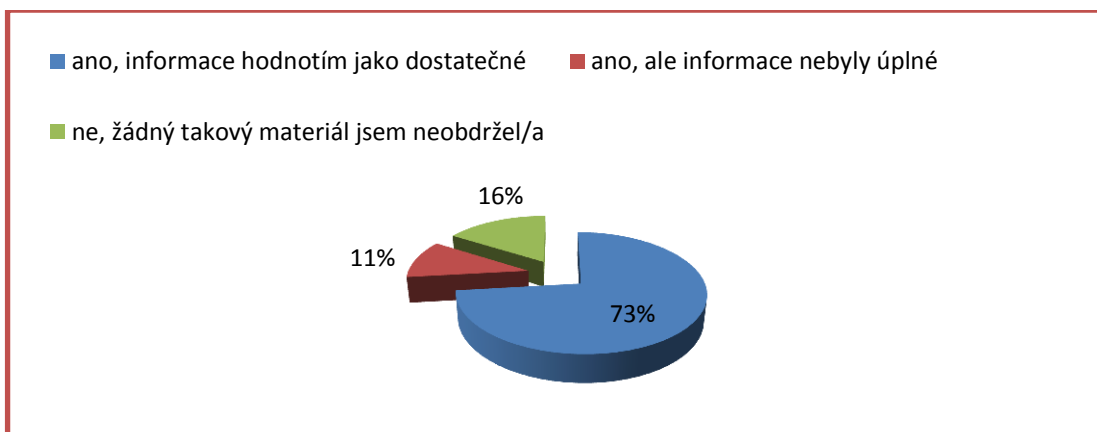
Měl/a jste ve Vámi vybraném zdravotnickém zařízení dostatek informačních materiálů o Vašem onemocnění ?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Abs.čet.	Relat.čet.	Abs.čet.	Relat.čet.
ano, informace hodnotím jako dostatečné	50	89,29%	41	73,21%
ano, ale informace nebyly úplné	3	5,36%	6	10,71%
ne, žádný takový materiál jsem neobdržel/a	3	5,36%	9	16,07%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 25: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu v zařízení A



Na tuto otázku z celkových 56-ti (100%) respondentů uvedlo 50 (89,29%) respondentů, že mělo dostatek informačních brožur o svém onemocnění. 3 (5,36%) respondenti uvedli, že informace nebyly úplné. Žádný edukační materiál neobdrželi 3 (5,36%) respondenti.

Graf 26: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu v zařízení B



Na tuto otázku z celkových 56-ti (100%) respondentů odpovědělo 41 (73,21%) respondentů, že mělo dostatek informačních brožur o svém onemocnění. 6 (10,71%) respondentů uvedlo, že informace nebyly úplné. Žádný edukační materiál neobdrželo 9 (16,07%) respondentů.

Položka č. 13: Byla Vám nabídnuta možnost nadstandardní péče?(kvalitnější nitrooční čočka, kvalitnější léky apod.)

Tabulka 14: Možnosti nadstandardní péče

Byla Vám nabídnuta možnost nadstandardní péče (kvalitnější nitrooční čočka, kvalitnější léky, apod. ?)				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Abs.čet.	Relat.čet.	Abs.čet.	Relat.čet
ano	52	92,86%	49	87,50%
ne	4	7,14%	7	12,50%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 27: Možnosti nadstandardní péče v zařízení A



Na tuto otázku uvedlo 52 (92,86%) respondentů, že měli možnost volit mezi standardní a nadstandardní léčbou šedého zákalu, do které se řadí kvalitnější nitrooční čočky, účinnější léky, apod. 4 (7,14%) respondentům nebyla nadstandardní péče nabídnuta vůbec.

Graf 28: Možnosti nadstandardní péče v zařízení B



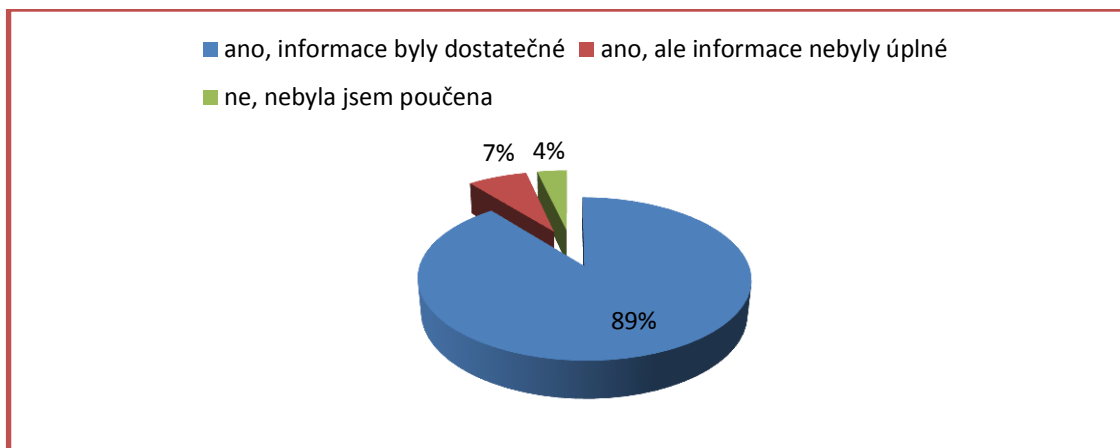
Na tuto otázku uvedlo 49 (87,50%) respondentů, že měli možnost volit mezi standardní a nadstandardní léčbou šedého zákalu, do které se řadí kvalitnější nitrooční čočky, účinnější léky, apod. 7 (12,50%) respondentům nebyla nadstandardní péče nabídnuta vůbec.

Položka č. 14: Byl/a jste při propuštění ze zdravotnického zařízení poučení o pooperačním režimu ze strany lékaře a sestry

Tabulka 15: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany lékaře

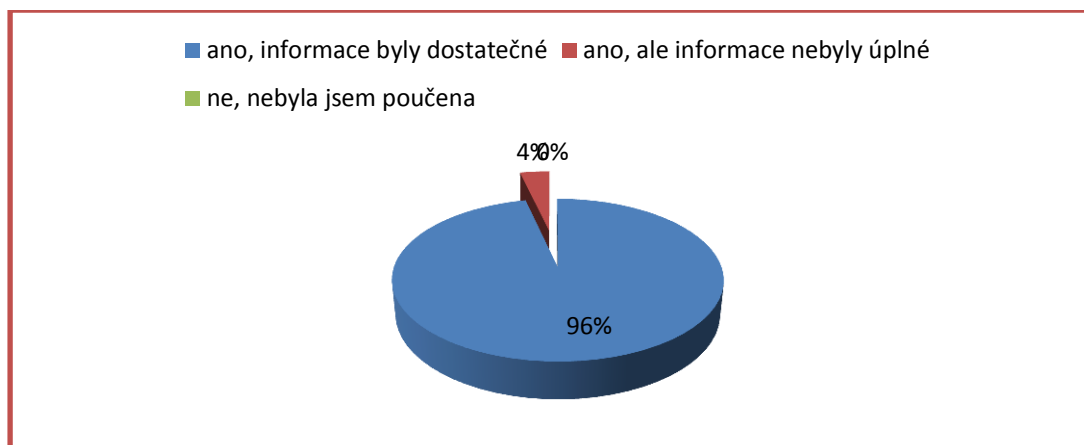
Byli jste při propuštění ze zdravotnického zařízení poučení o pooperačním režimu ?				
ze strany lékaře:	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
ano, informace byly dostatečné	50	89,29%	54	96,43%
ano, ale informace nebyly úplné	4	7,14%	2	3,57%
ne, nebyla jsem poučena	2	3,57%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 29: Edukace respondentů o pooperačním režimu ze strany lékaře v zařízení A



Z celkových 56-ti (100%) respondentů bylo 50 (89,29%) respondentů dostatečně poučeno o pooperačním režimu (správná aplikace léků, nutnosti kontroly,...) ze strany lékaře. 4 (7,14%) respondenti uvedli, že informace nebyly úplné a 2 (3,57%) respondenti nebyli poučeni vůbec.

Graf 30: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany lékaře v zařízení B

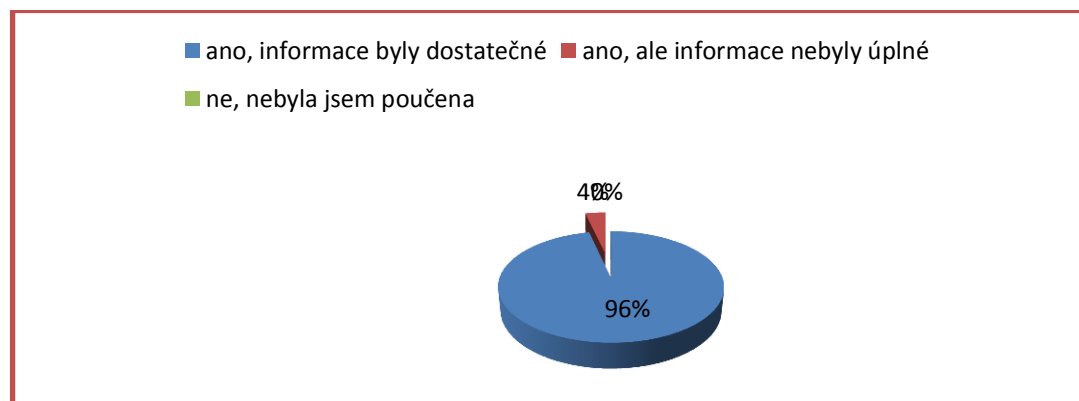


Z celkových 56-ti (100%) respondentů bylo 54 (96,43%) dostatečně poučeno o pooperačním režimu (správná aplikace léků, nutnosti kontroly,...) ze strany lékaře. 2 (3,57%) respondenti uvedli, že informace nebyly úplné a žádný respondent neoznačil, že by nebyl řádně edukován.

Tabulka 16: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry

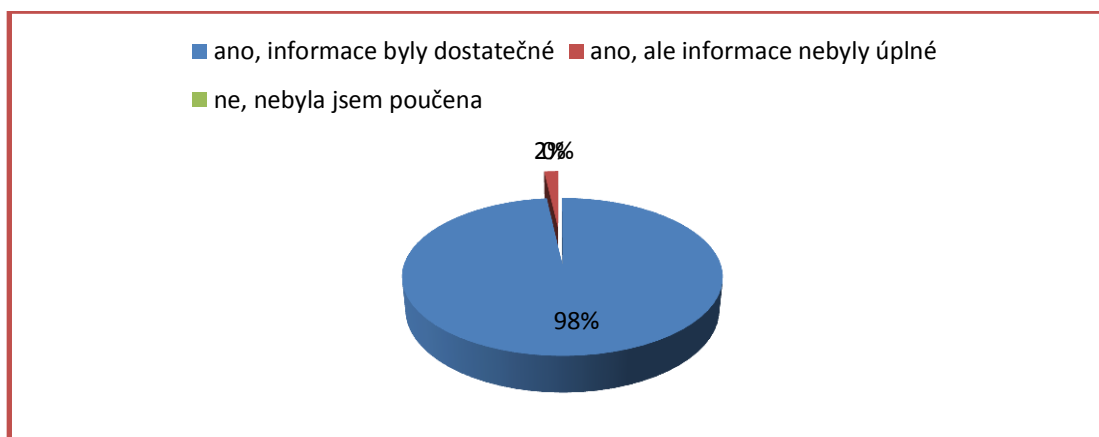
Byli jste při propuštění ze zdravotnického zařízení poučeni o pooperačním režimu ?				
ze strany sestry:				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
ano, informace byly dostatečné	54	96,43%	55	98,25%
ano, ale informace nebyly úplné	2	3,57%	1	1,75%
ne, nebyla jsem poučena	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 31: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry v zařízení A



Z celkových 56-ti (100%) respondentů bylo 54 (96,43%) respondentů dostatečně poučeno o pooperačním režimu (správná aplikace léků, nutnosti kontroly,...) ze strany sestry. 2 (3,57%) respondenti uvedli, že informace nebyly úplné a žádný respondent neoznačil, že by nebyl edukován.

Graf 32: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry v zařízení B



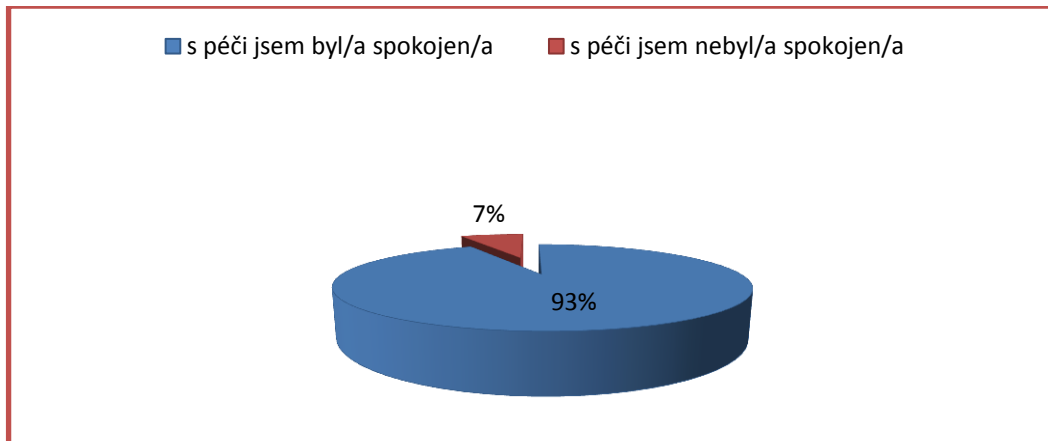
Z celkových 56-ti (100%) respondentů bylo 55 (98,25%) respondentů dostatečně poučeno o pooperačním režimu (správná aplikace léků, nutnosti kontroly,...) ze strany sestry. 1 (1,75%) respondent uvedl, že informace nebyly úplné a žádný respondent neoznačil, že nebyl edukován.

Položka č. 15: Jaký jste měl/a celkový dojem z komplexní zdravotní péče v daném zařízení?

Tabulka 17: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče

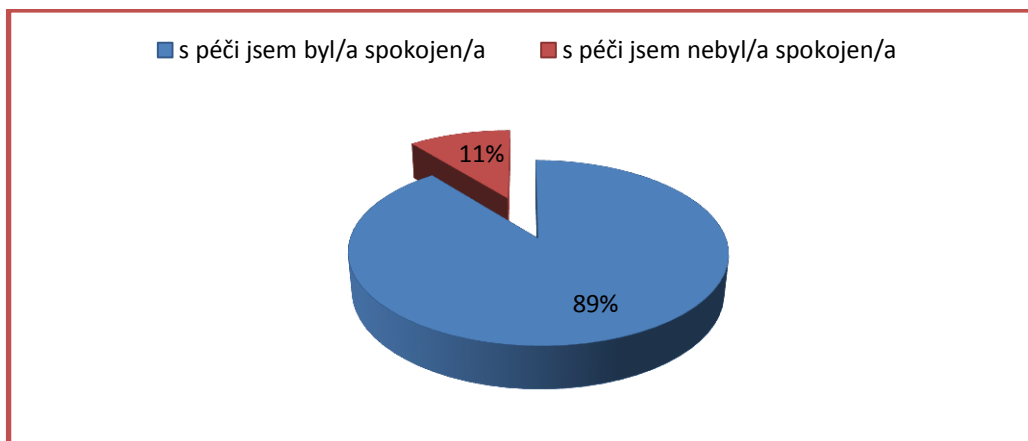
Jaký jste měl/a dojem z komplexní zdravotní péče v daném zařízení?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
s péčí jsem byl/a spokojen/a	52	92,86%	50	89,29%
s péčí jsem nebyl/a spokojen/a	4	7,14%	6	10,71%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 33: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče v zařízení A



52 (92,86%) respondentů uvedlo spokojenost s komplexní péčí, pouze 4 (7,41%) respondenti uvedli nespokojenost s péčí v daném zařízení.

Graf 34: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče v zařízení B



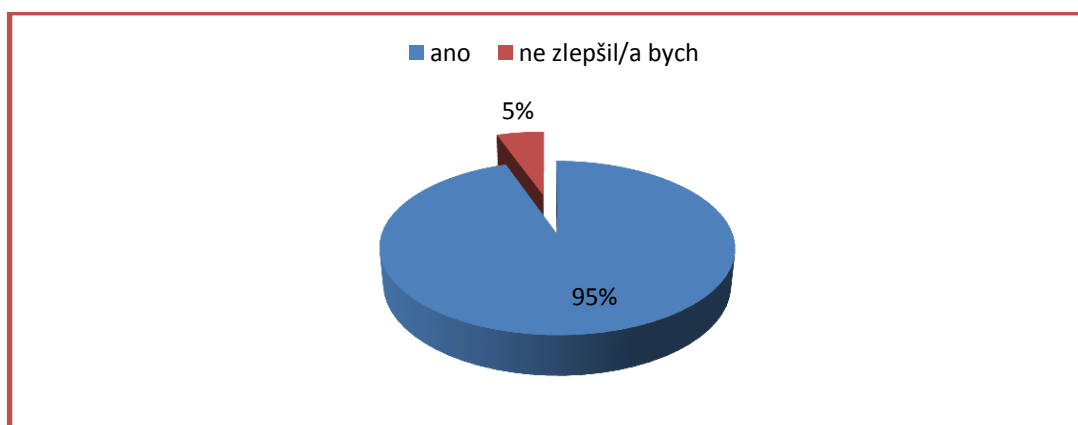
50 (89,29%) respondentů uvedlo spokojenost s komplexní péčí, pouze 6 (10,71%) respondentů uvedlo nespokojenost s péčí v daném zařízení.

Položka č. 16 Byl/a jste celkově spokojena se službami, které toto zdravotnické zařízení nabízí (vyšetření, přístup, operace, pooperační péče,.....)?

Tabulka 18: Spokojenost klienta se všemi službami daného zdravotnického zařízení

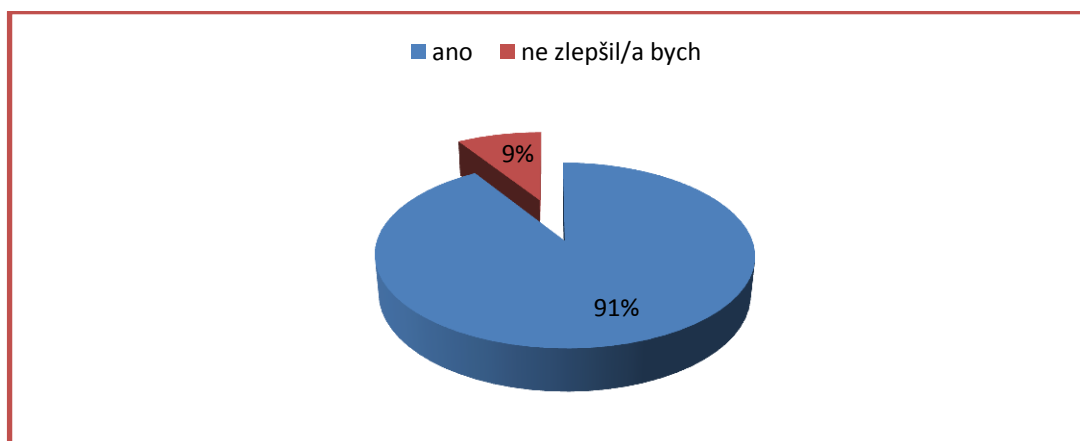
Byl/a jste celkově spokojena se službami, které toto zdravotnické zařízení nabízí (vyšetření, přístup, operace, pooperační péče,.....)?				
	Zařízení A		Zařízení B	
	Absol.čet.	Relat.čet.	Absol.čet.	Relat.čet.
Ano	53	94,64%	51	91,07%
ne zlepšil/a bych	3	5,36%	5	8,93%
Celkem	56	100,00%	56	100,00%

Graf 35: Spokojenost klienta s celkovými službami v zařízení A



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů bylo spokojeno 53(94,64%) dotázaných se službami, které dané zařízení nabízí. Pouze 3 (5,36%) respondenti označili nespokojenost a zlepšili by přístup zaměstnanců ke klientovi.

Graf 36: Spokojenost klienta s celkovými službami v zařízení B



Z celkového počtu 56-ti (100%) respondentů bylo spokojeno 51(91,07%) dotázaných se službami, které dané zařízení nabízí. Pouze 5 (8,93%) respondentů označilo nespokojenost a zlepšilo by přístup zaměstnanců ke klientovi.

8 DISKUZE

Pro svou praktickou část v bakalářské práci jsem si vybrala srovnání dvou předních zlínských očních zařízení. Zajímaly mne důvody výběru respondentů pro dané zařízení a také posouzení kvality péče ze strany lékařů i sester.

Pro získání dat potřebných k dosažení jsem použila metodu a vytvořila si dotazník. Průzkum byl povolen jak ze strany náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Zlínského kraje tak i ředitelem soukromého očního zařízení.

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, do každého zařízení 60 kusů z nichž se mi vrátilo 56 kusů z obou zdravotnických zařízení. K mému překvapení byla návratnost dotazníku vysoká.

Zařízení jsem pojmenovala pouze písmeny A a B z důvodu jejich diskrétnosti.

A – zdravotnické zařízení soukromého typu

B – zdravotnické zařízení nemocničního typu

V zařízení A je možnost léčby katarakty pouze ambulantní cestou, zařízení B nabízí i hospitalizaci pro klienty fyzicky a psychicky méně zdatné.

V obou zdravotnických zařízeních dostávali klienti dotazníky k vyplnění po zákroku, aby mohli zhodnotit celkový přístup, v zařízení A si respondenti brali dotazníky domů a přinášeli je v den kontroly (za 3 dny).

Na základě toho se odvíjel také věk respondentů, kteří volili mezi ambulantním nebo lůžkovým způsobem operace šedého zákalu. Z odpovědí vyplynulo, že klienti ve věkové kategorii 81-90 let (23%) volili raději hospitalizaci v zařízení B nemocničního typu. V zařízení A bylo nejvíce respondentů ve věku 61-70 let (43%), což katarakta v těchto letech je nejčastější. Druhá nejčastější věková kategorie v obou zařízeních byla 71-80 let (36%).

Druhá položka v dotazníku byla zaměřena na pohlaví a pouze potvrdila, že k operaci katarakty přicházejí častěji ženy. Není to ani tím, že by byly postiženy častěji, ale spíše jde o větší zájem o sebe sama. Také to může být dožíváním se vyššího věku než muži.

Cíl 1. Pomocí dotazníkového šetření porovnat a zhodnotit spokojenost klientů ve vybraných zdravotnických zařízeních

Posoudit spokojenost klientů v daných zdravotnických zařízeních byla podstatou praktické části bakalářské práce. Srovnání a zpracování dat o těchto dvou zdravotnických zařízeních mi není z dřívější doby znám.

Respondenti v dotazníkové šetření hodnotili jak chování ze strany lékařů a sester, tak i prostředí zdravotnického zařízení a způsoby jednání.

Z průzkumu nevyplývalo, které zařízení by výrazněji převažovalo v kvalitě péče.

Nejdůležitějším faktorem pro respondenty ve výběru zdravotnického zařízení bylo v zařízení A přístrojové vybavení 41(27%), což jsem předpokládala z důvodu nejnovějších přístrojů a techniky. V zařízení B kladli klienti důraz při výběru na ochotu personálu 41(26%). Překvapilo mne, že nejméně budou respondenti v zařízení A označovat délku praxe lékařů a sester 13(8%) a hlavně prostředí dané nemocnice 16(10%), předpokládala jsem naopak jako největší důvod výběru, nové vybavení a zkušenost personálu.

V zařízení B respondenti nejméně lpěli při rozhodování na počet ošetřených klientů 16 (10%) a také na zkušenost personálu 18 (11%).

Cíl 2. Zjistit pohled klienta na léčbu katarakty ve vybraném zařízení

V dotazníkovém šetření jsem se chtěla od respondentů dozvědět, zda mají nějaké přidružené onemocnění, které by následně mohlo ovlivnit výběr zdravotnického zařízení. Z položky vyplynulo, že v zařízení A mělo 31 (55%) respondentů další onemocnění z celkového počtu 56 (100%) dotázaných. A jak se potvrdila moje domněnka, v zařízení B tento počet byl vyšší 44 (79%) z celkových 56 (100%) klientů. Z toho také vyplývá, že většina klientů s jinými přidruženými onemocněními si raději vybírá zařízení nemocničního typu, kde může být až třídní hospitalizace. Spousta starších klientů je samo a tak volí raději tuto cestu, aby měli jistotu kontroly po operaci, která musí proběhnout do tří dnů po zákroku.

Jak jsem se domnívala, respondenti v zařízení B měli nejvíce diabetes mellitus 18 (31%) a vysoký tlak 18(31%), což při operaci šedého zákalu nehraje takovou roli, především pokud jsou tato onemocnění kompenzována. V rámci předoperačního vyšetření je anamnéza, která má odhalit úrazy hlavy či oka, což je důležité při volbě operačního postupu. Pokud je

respondent již monokulus, nebo je tam velká pravděpodobnost poúrazových změn na oku, volí i lékař raději hospitalizaci pro klienta. Takto také odpovědělo 12 (20%) respondentů v zařízení B, že již prodělali úraz hlavy či oka. V zařízení B volili respondenti nejvíce problémy s hypertenzí a další choroby jako jsou - hypertyreóza, artrózy, srdeční onemocnění a žaludeční obtíže.

Při výběru zdravotnického zařízení hraje velkou roli, předchozí zkušenost, doporučení lékaře či mediální ohlas. Většina respondentů uvedla v obou zdravotnických zařízeních doporučení lékařem, což mě překvapilo, předpokládala jsem, že budou klienti více rozhodovat sami o místě ošetření.

Cíl 3. Zhodnotit spokojenost klientů ze strany zdravotnického personálu, v rámci předoperační a pooperační péče

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila hlavně na spokojenost klientů s personálem v obou zdravotnických zařízeních. Chtěla jsem zjistit zda lékaři i sestry věnují dostatek času klientovi před operací, jestli dokáží klientovi poskytnout dostatek informací o jeho zdravotním stavu, postupu léčby a pooperačním režimu. Je nezbytné, aby klient šel na operační sál v klidu a věděl co může očekávat. Na edukaci klienta se podílí ve stejné míře lékař i sestra a je nezbytná jejich spolupráce.

Dále jsem zjišťovala spokojenost se zájmem a časem, který věnují klientovi lékař a sestra. Většina dotázaných bylo ze strany lékaře velmi spokojeno, v zařízení A 46 (82%) respondentů a v zařízení B 44 (79%) dotázaných. Odpověď respondentů jako spíše spokojen, uvedli v zařízení A jen 2 (4%) a v zařízení B jen 1 (2%) klient. Nelze tomuto výsledku přikládat větší váhu, neboť je to jen malé procento z dotázaných a odpověď respondenta nespokojen/a, velmi nespokojen/a nebyla označena.

Na tutéž otázku, jen ze strany sester odpovědělo v zařízení A 48 (86%) respondentů velkou spokojenost se zájmem a časem, v zařízení B 51 (91%) respondentů.

Z dalších odpovědí vyplynulo, že sestry dopadly obdobně jako lékaři, žádný respondent nebyl nespokojen se zájmem a časem ze strany sestry.

Edukace klientů by měla probíhat po celou dobu jejich pobytu ve zdravotnickém zařízení. Z dotazníku vyplynulo, že není až takový rozdíl mezi zdravotnickými zařízeními, ale spíše v edukaci ze strany lékaře a sestry. Obě zdravotní zařízení znám z pohledu sestry a tak

mohu posoudit, jak probíhá edukace klientů, během celého jejich pobytu. Spíše spokojenost ze strany lékaře uvedli respondenti (2%) v obou zařízeních. Jeden respondent v zařízení A uvedl nespokojenost a dále se mi k tomu pod otázkou rozsáhle vyjádřil (byl nespokojen s vysvětlením zákroku, bylo vidět, že lékař nemá čas a chce ho jen odbít). Myslím si, že je vidět převažující většina spokojených respondentů, ale je dobré brát v potaz i jednoho nespokojeného respondenta a vyvarovat se pro příště chyb.

Edukace ze strany sestry dopadla o něco lépe, velmi spokojeno bylo 79% respondentů v zařízení A a 86% dotázaných v zařízení B. Tento nepatrný rozdíl zřejmě vyplývá z většího časového presu v zařízení A, neboť počet odoperovaných klientů činí denně průměrně 35 klientů. Nespokojenost neuvedli respondenti ani v jednom zdravotnickém zařízení.

Položka, která měla být vyplněna v případě nespokojenosti edukace ze strany sestry nebo lékaře nebyla objektivní, neboť takto neodpověděl žádný respondent.

Cíl 4. Vytvořit edukační materiál pro klienty s kataraktou

V každém zdravotnickém zařízení by nemělo chybět dostatek informačních materiálů a edukačních brožur o daném onemocnění. Z dotazníku vyplynulo, že zařízení A je na tom podstatně lépe, kde mohu potvrdit, že na to vedení opravdu dbá. V zařízení A hodnotilo dostatečné množství edukačních materiálů 90% respondentů, oproti druhému zařízení, kde bylo pouze 73%. Potvrzení, že žádný takový materiál klienti neobdrželi bylo v zařízení A 5% klientů a v zařízení B 16%. Z tohoto důvodu, jako výstup pro praktickou část jsem zvolila edukační brožuru, provázející klienty krok za krokem celým pobytem ve zdravotnickém zařízení. Brožura bude nabídnuta vrchním sestrám obou zdravotnických zařízení k případnému použití pro jejich klienty.

ZÁVĚR

Katarakta je v dnešní době civilizačním onemocněním, kterým trpí především klienti staršího věku, naštěstí se již oproti minulosti její léčba stala rutinou ve vyspělých zemích.

Cílem této bakalářské práce bylo si v teoretické části zopakovat anatomii a fyziologii oka.

Přiblížit práci sester v ambulantní i operační části zdravotnického zařízení a hlavně jejich práce v oblasti edukace klientů před operací i po zákroku. Kvalitní edukace klienta zabezpečí jak klidný průběh operačního zákroku na sále tak i hladký průběh pooperačního režimu doma.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření byla porovnána dvě zlínská oční zdravotnická zařízení, z něhož jedno z nich je zařízení soukromého typu s výhradně ambulantní péčí a druhé zařízení nemocničního typu nabízí péči jak ambulantní tak i nemocniční.

Říci v závěru, které zdravotnické zařízení bylo bezvýhradně lepší nelze, neboť obě zařízení vyšla v dotazníkové šetření obdobně. Z dotazníku pouze vyplynulo, že v zařízení A (soukromého typu) se větší důraz klade na edukační materiál a informovanost klientů. Zařízení B (nemocničního typu) zase vycházelo lépe při posuzování zájmů o klienty a v ochotě času, který sestry a lékaři věnují klientům. Tyto rozdíly byly ovšem nepatrné.

Před zpracováním výzkumné části této bakalářské práce jsem se domnívala, že respondenti budou dávat přednost zdravotnickému zařízení, které je nové, vybaveno nejlepšími přístroji. Byla jsem mile překvapena, kdy spousta respondentů volila raději klidnější a konzervativnější přístup v péči o zrak.

Vzhledem k tomu, že jako oční sestra práci na ambulanci a operačních sálech znám, všimla jsem si jak jsou klienti zahlceni informacemi od příchodu do ambulance až na operační sál. Proto jsem se rozhodla vypracovat a nabídnout zdravotnickým zařízením informační materiál pro klienty, který je bude provázet celou dobu pobytu v jejich zařízení i doma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. KUCHYNKA, P. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
2. KUCHYNKA, P. *Trendy soudobé oftalmologie*. Praha: Galén, 2000. 156 s. ISBN 80-7262-043-6.
3. KRAUS, H., KAREL, I., RŮŽIČKOVÁ, E. *Oční zákaly*. Praha: Grada, 2000. 156 s. ISBN 80-7169-967-5.
4. SYNEK, S., SKORKOVSKÁ, Š. *Fyziologie oka a vidění*. Praha: Grada, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0786-1.
5. ROZSÍVAL, P. *Infekce oka*. Praha: Grada, 2003. 228 s. ISBN 80-247-0505-2
6. HYCL, J., VALEŠOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. Praha: TRITON, 2003. 150 s. ISBN 80-7254-382-2
7. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelstva*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, 2008. s. 65- 66. ISBN 978-80-8084-386-1.
8. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4
9. OLÁH, Zoltán. *Zrak v životě člověka*. Bratislava : Litera, 1996. 173 s. ISBN 80-85452-69-3.
10. SACHSENWEGER, Matthias; SACHSENWEGER, Rudolf. *Naléhavé stavy v oftalmologii*. Martin : Osveta, 1998. 139 s. ISBN 80-88824-75-3.
11. NOVÁK, Jan. *Nitrooční čočka : Cizí těleso v oku*. Praha : Galén, 1999. 133 s. 80-85824-97-3.
12. SLEZÁKOVÁ, Lenka . *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV*. Praha : Grada publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2506-2.
13. KOLÍN, Jan. *Oftalmologie praktického lékaře*. Praha : Karolinum, 1994. 276 s. ISBN 80-7066-861-X.
14. JIRÁSKOVÁ, N., ROZSÍVAL, P. *Kazuistiky z oftalmologie II*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2008. ISBN 978-80-87009-44-4.
15. PITROVÁ, Šárka, et al. *Hodnocení úspěšnosti operace katarakty z pohledu pacienta*. Česká a slovenská oftalmologie. 1997, 53, 6, s. 356-362. ISSN 1211-9059.
16. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

17. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Výzkum v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Nitra: Katedra ošetrovatelstva, 2007. 122 s. ISBN 978-80-89245-03-1

18. Převzato z: <http://www.ocni-visus.cz/index.php?groupID=1&linkID=lnk50>

19. Převzato z: (http://cs.wikipedia.org/wiki/Intrakapsul%C3%A1rn%C3%AD_extrakce)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Absol. čet.	Absolutní četnost
EKG	elektrokardiografie
FW	Fåhraeus-Westergren - sedimentace
KO+diff	krevní obraz + diferenciál
Relat.čet.	Relativní četnost
RTG S+P	Rentgen srdce a plic

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů - zařízení A	37
Graf 2: Věk respondentů – zařízení B	38
Graf 3: Pohlaví respondentů zařízení A	39
Graf 4: Pohlaví respondentů zařízení B	39
Graf 5: Důvody volby v zařízení A, ve které se bude klient léčit.....	40
Graf 6: Důvody volby v zařízení B, ve které se bude klient léčit.....	40
Graf 7: Důvody respondentů k zákroku v zařízení A	41
Graf 8: Důvody respondentů k zákroku v zařízení B	42
Graf 9: Přidružená onemocnění respondentů zařízení A	42
Graf 10: Přidružená onemocnění respondentů zařízení B	43
Graf 11: Konkrétní onemocnění respondentů zařízení A	43
Graf 12: Konkrétní onemocnění respondentů zařízení B	44
Graf 13: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře v zařízení A	45
Graf 14: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékařev zařízení B	46
Graf 15: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry v zařízení A	47
Graf 16: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry v zařízení B	47
Graf 17: Spokojenost s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře v zařízení A.....	48
Graf 18: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře v zařízení B	49
Graf 19: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry v zařízení A.....	50
Graf 20: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry v zařízení B	50
Graf 21: Zachování soukromí a diskrétnosti v zařízení A	51
Graf 22: Zachování soukromí a diskrétnosti v zařízení B	52
Graf 23: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním v zařízení A.....	53
Graf 24: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním v zařízení B	53
Graf 25: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu v zařízení A	54
Graf 26: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu v zařízení B	55

Graf 27: Možnosti nadstandardní péče v zařízení A.....	56
Graf 28: Možnosti nadstandardní péče v zařízení B.....	56
Graf 29: Edukace respondentů o pooperačním režimu ze strany lékaře v zařízení A.....	57
Graf 30: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany lékaře v zařízení B.....	58
Graf 31: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry v zařízení A.....	58
Graf 32: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry v zařízení B.....	59
Graf 33: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče v zařízení A.....	60
Graf 34: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče v zařízení B.....	60
Graf 35: Spokojenost klienta s celkovými službami v zařízení A.....	61
Graf 36: Spokojenost klienta s celkovými službami v zařízení B.....	61


SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentů	37
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	38
Tabulka 3: Volba nemocnice, ambulanceve které se bude klient léčit	40
Tabulka 4: Důvody respondentů k zákroku v zařízení A a B	41
Tabulka 5: Přidružená onemocnění respondentů	42
Tabulka 6: Konkrétní onemocnění respondentů	43
Tabulka 7: Spokojenost se zájmem a časem ze strany lékaře	45
Tabulka 8: Spokojenost se zájmem a časem ze strany sestry	46
Tabulka 9: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany lékaře	48
Tabulka 10: Spokojenost respondentů s předanými informacemi o zdravotním stavu, postupu léčby, apod. ze strany sestry	49
Tabulka 11: Zachování soukromí a diskrétnosti respondentů	51
Tabulka 12: Seznámení respondentů s jejich právy, domácím řádem a prostorovým uspořádáním	52
Tabulka 13: Dostatek edukačních materiálů o šedém zákalu	54
Tabulka 14: Možnosti nadstandardní péče	55
Tabulka 15: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany lékaře	57
Tabulka 16: Edukace klientů o pooperačním režimu ze strany sestry	58
Tabulka 17: Celkový dojem respondentů z komplexní zdravotní péče	59
Tabulka 18: Spokojenost klienta se všemi službami daného zdravotnického zařízení	61

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	75
PŘÍLOHA P 2: UKÁZKA INFORMOVANÉHO SOUHLASU	76
PŘÍLOHA P 3: DOTAZNÍK PRO KLIENTY PO OPERACI ŠEDÉHO ZÁKALU	78
PŘÍLOHA P 4: UKÁZKY VIDĚNÍ ŠEDÉHO ZÁKALU	82
PŘÍLOHA P 5: PŘÍSTROJ K ODSTRAŇOVÁNÍ ŠEDÉHO ZÁKALU A UKÁZKA NITROOČNÍCH ČOČEK	83
PŘÍLOHA P 6: PRÁCE SESTRY NA OPERAČNÍM SÁLE	84
PŘÍLOHA P 7: VYŠETŘENÍ KLIENTKY PŘED OPERACÍ NA ŠTĚRBINOVÉ LAMPĚ, ZMĚŘENÍ DIOPTRIÍ ANITROOČNÍHO TLAKU	85
PŘÍLOHA P 8: BRÝLOVÁ SKŘÍŇ K VYŠETŘENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI,	86
PŘÍLOHA P 9: PLÁN EDUKACE KLIENTA PŘED OPERACÍ ŠEDÉHO ZÁKALU	88
PŘÍLOHA P 10: TYPY KATARAKT, UKÁZKA IMPLANTOVANÉ NITROOČNÍ ČOČKY	90

PŘÍLOHA P 1: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Gabriela Kolářová
Téma bakalářské práce	Zdravotní práce o klerendy s kataraktou
Pracoviště	Oční oddělení KNTB

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.3.2011


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 2: UKÁZKA INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče

(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu)

Vážená paní, vážený pane,

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučeno provedení níže popsaných zdravotních výkonů. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze Vašeho onemocnění či zranění o předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného zdravotního výkonu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého výkonu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce nebo opatrovník: _____
Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Bližší informace o

- **plánovaných postupech v léčbě,**
- **případných alternativách zdravotního výkonu či léčby a jejich hodnocení ve srovnání s navrhovaným výkonem,**
- **účelu zdravotního výkonu či léčby,**
- **tom, jak bude výkon či léčba probíhat,**
- **možných reálných rizicích a důsledcích,**
- **předpokládaném prospěchu léčby a jednotlivých výkonů a jejich významu pro zdravotní stav,**
- **možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení výkonu,**
- **léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná,**
- **provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,**
- **následcích spojených s neprovedením navrhovaného výkonu,**

jsou uvedeny v informační příloze, která vám byla předložena současně s touto listinou a která tvoří její nedělitelnou součást.

Prohlášení a informovaný souhlas

Podpisem tohoto záznamu potvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích i případ-

ných omezeních mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsaného zdravotního výkonu: *(zde uvést prováděné výkony)*:

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas kdykoli odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nejde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.

PŘÍLOHA P 3: DOTAZNÍK PRO KLIENTY PO OPERACI ŠEDÉHO ZÁKALU

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Gabriela Kolářová, studuji na Fakultě humanitních studií, Institutu zdravotnických studií – Ústavu ošetrovatelství, studijní program ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na zdravotní péči o klienta s kataraktou (šedým zákalem).

Součástí průzkumné části je dotazník a já Vás chci poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je anonymní a jeho následné zpracování bude využito pouze pro potřebu bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci. Bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Gabriela Kolářová /kontakt/

1. Jsem:

muž žena

2. Jaký je Váš věk?

.....

3. Co považujete za nejdůležitější při volbě nemocnice, ambulance, ve které se budete léčit ? (Vyberte maximálně 3 odpovědi, prosím.)

- A) počty ošetřených klientů s určitým typem onemocnění
- B) komplexnosti péče
- C) prostředí dané nemocnice, ambulance
- D) ochotu personálu
- E) délku praxe lékařů a sester
- F) přístrojové vybavení daného pracoviště
- G) vliv informací z tisku a ostatních médií

4. Z jakého důvodu jste se rozhodli pro operační zákrok na tomto pracovišti?

- A) pracoviště mi bylo doporučeno známými
- B) pracoviště mi bylo doporučeno lékařem
- C) pracoviště jsem si vybral na základě mého rozhodnutí
- D) jiné, uveďte, prosím

.....

.....

.....

5. Máte další zdravotní problémy ?

- A) ano
- B) ne

Pokud jste v otázce č. 3 odpověděla ne, přejděte k otázce č. 5, prosím.

6. Jakým dalším onemocněním trpíte? (Můžete uvést i více odpovědí):

- A) cukrovka (diabetes mellitus)
- B) vysoký tlak (hypertenze)
- C) neurologické onemocnění (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza,...)
- D) prodělal/a jsem úraz hlavy či jiné úrazy oka v minulosti
- E) jiným onemocněním, (*doplňte, prosím*)

.....
.....
.....

7. Se zájmem a časem, který byl věnován Vaším problémům jsem byl/a ze strany lékaře:

- A) velmi spokojen/a
- B) spokojen/a
- C) spíše spokojen/a
- D) nespokojen/a
- E) velmi nespokojen/a

ze strany sestry:

- A) velmi spokojen/a
- B) spokojen/a
- C) spíše spokojen/a
- D) nespokojen/a
- E) velmi nespokojen/a

8. S předanými informacemi o mém zdravotním stavu, postupu léčby, lékařských zákrocích, lécích apod. jsem byl/a

ze strany lékaře:

- A) velmi spokojen/a
- B) spokojen/a
- C) spíše spokojen/a
- D) nespokojen/a
- E) velmi nespokojen/a

ze strany sestry:

- A) velmi spokojen/a
- B) spokojen/a
- C) spíše spokojen/a
- D) nespokojen/a
- E) velmi nespokojen/a

Pokud jste v položce č. 6 odpověděli, že jste byli ze strany sestry s informacemi velmi spokojeni nebo spokojeni, přejděte k položce č. 8, prosím.

9. V případě nespokojenosti s předanými informacemi ze strany sestry mi v poučení nejvíce scházelo: (prosím, vypište)

A) Před operací

.....

B) Po operaci

.....

10. Se zachováním soukromí (diskrétnost informací o mých osobních, zdravotních údajích) jsem byl/a:

- A) velmi spokojen/a
- B) spokojen/a
- C) spíše spokojen/a
- D) nespokojen/a
- E) velmi nespokojen/a

11. Byl/a jsem seznámen/a s: (Zakroužkujte Vámi zvolenou možnost, prosím.):

- | | |
|----------------------------|----------|
| A) právy pacientů | ano / ne |
| B) domácím řádem zařízení | ano / ne |
| C) prostorovým uspořádáním | ano / ne |

12. Měl/a jste ve Vámi vybraném zdravotnickém zařízení dostatek informačních materiálů o Vašem onemocnění (např. o problematice šedého zákalu, čeho se vyvarovat po operaci,)?

- A) ano, informace hodnotím jako dostatečné
- B) ano, ale informace nebyly úplné, postrádala jsem (Doplňte, prosím).....

.....

C) ne, žádný takový materiál jsem neobdržel/a

13. Byla Vám nabídnuta možnost nadstandardní péče (např. kvalitnější nitrooční čočka, kvalitnější léky apod.)?

- A) ano
- B) ne

14. Byli jste při propuštění ze zdravotnického zařízení poučeni o pooperačním režimu (správná aplikace očních kapek, omezení fyzické námahy, vyhýbání se prашnému prostředí....)

ze strany lékaře:

- A) ano, informace byly dostatečné
- B) ano, ale informace nebyly úplné, postrádala jsem
(Doplňte, prosím).....

.....
C) ne, nebyla jsem poučena

ze strany sestry:

- A) ano, informace byly dostatečné
- B) ano, ale informace nebyly úplné, postrádala jsem
(Doplňte, prosím).....

.....
C) ne, nebyla jsem poučena

15. Jaký jste měl/a celkový dojem z komplexní zdravotní péče v daném zařízení?

- A) s péčí jsem byla spokojen/a
- B) s péčí jsem nebyla spokojena, zlepšil/a bych
(Doplňte, prosím)

16. Byl/a jste celkově spokojena se službami, které toto zdravotnické zařízení nabízí (vyšetření, přístup, operace, pooperační péče,.....)?

- A) ano
- B) ne, zlepšila bych
(Doplňte, prosím).....

PŘÍLOHA P 4: UKÁZKY VIDĚNÍ ŠEDÉHO ZÁKALU

Normal
cristalin clar



Cataracta
cristalin opac



(Zdroj: <http://age.bjmu.edu.cn/old/Web/anti-aging-systeme/www.anti-aging-systeme.com/html-data/grafiken/img/cataracta.jpg>)

FOTOGRAFIE: SIMULACE VIDĚNÍ PŘI ŠEDÉM ZÁKALU



(Zdroj: <http://www.wiol-cf.com/images/01a.jpg>; <http://www.ocp.cz/images/kat2.jpg>)

**PŘÍLOHA P 5: PŘÍSTROJ K ODSTRAŇOVÁNÍ ŠEDÉHO ZÁKALU A
UKÁZKA NITROOČNÍCH ČOČEK**



http://www.klinikazlin.cz/klinika_ocni_chirurgie_zlin/clanky/cz_2/sedy_zakal/



www.drstuchla.cz/sluzby/sedy-zakal/files/page16_2.jpg&imgrefurl=http://www.drstuchla.cz/sluzby

PŘÍLOHA P 6: PRÁCE SESTRY NA OPERAČNÍM SÁLE



Vlastní fotodokumentace.

PŘÍLOHA P 7: VYŠETŘENÍ KLIENTKY PŘED OPERACÍ NA ŠTĚRBINOVÉ LAMPĚ, ZMĚŘENÍ DIOPTRIÍ ANITROOČNÍHO TLAKU



Vlastní fotodokumentace

PŘÍLOHA P 8: BRÝLOVÁ SKŘÍŇ K VYŠETŘENÍ ZRAKOVÉ OSTROTI,



Vlastní fotodokumentace.

**SNELLENŮV OPTOTYP K VYŠETŘENÍ ZRAKOVÉ OSTROSTI DO DÁLKY,
DĚTSKÝ OPTOTYP**



Vlastní fotodokumentace.

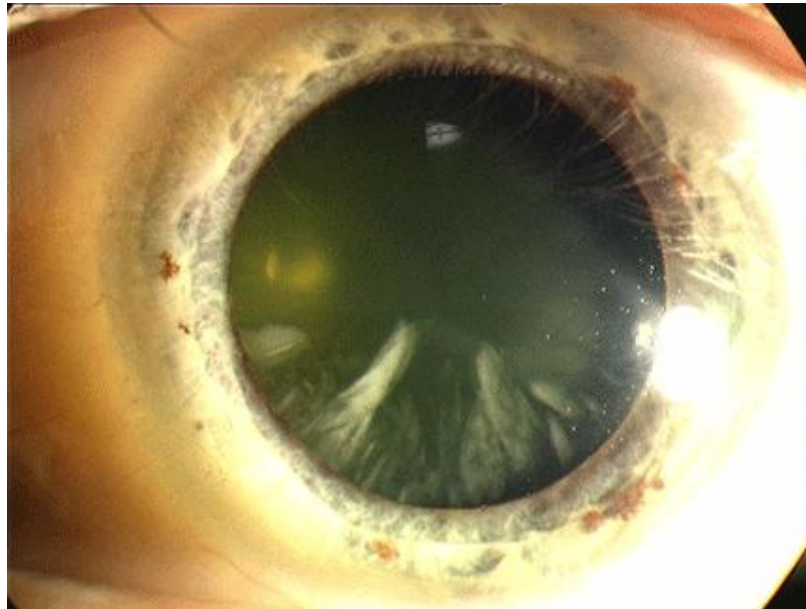
PŘÍLOHA P 9: PLÁN EDUKACE KLIENTA PŘED OPERACÍ ŠEDÉHO ZÁKALU

Formulář záznamu edukace	
Číslo: 1	Kód:-----
Téma: Edukace pacienta před operací šedého zákalu	Datum: 15.4.2011
Podtéma: Příprava pacienta k ambulantní operaci šedého zákalu	Podpis manažera:-----
Skupina péče:1 pacient	Podpis zodpovědné sestry: Kolářová
Oddělení, místo konání, podmínky konání: Soukromá oční klinika, ambulance pro předoperační vyšetření pacienta, edukuje sestru v rámci přípravy k operaci Délka konání: 15 – 20 min	Hlavní cíl: Pacient bude : - znát důvod předoperační aplikace kapek – anestetik - seznámen s nutností informovaného souhlasu s operací - vědět co dělat v případě kašle či kýčání během operace - vědět, že může během operace komunikovat s operátérem - seznámen s postupem přípravy k operaci na očním sále (zarouškování, rozvěrač do oka,)
Kompetence projektové, plánovací	
Edukační diagnóza(-y): Deficit informací o podstatě onemocnění Deficit informací o průběhu operace Deficit informací o použití anestetik Deficit informací o přípravě k operaci	Cíle, výsledná kritéria, v oblastech: Afektivní: Pacient zná způsoby operace , aktivně spolupracuje při vyšetření Pacient spolupracuje při přípravě k operaci i na sále Kognitivní: Pacient zná veškerý postup přípravy k operaci šedého zákalu Psychomotorické: Pacient je klidnější před operací, zná důvod veškerých kroků zdravotnického personálu
Kompetence realizační	
Sestry aplikuje vědomosti o onemocnění a realizuje edukaci pacienta. Vše zaznamenaná	

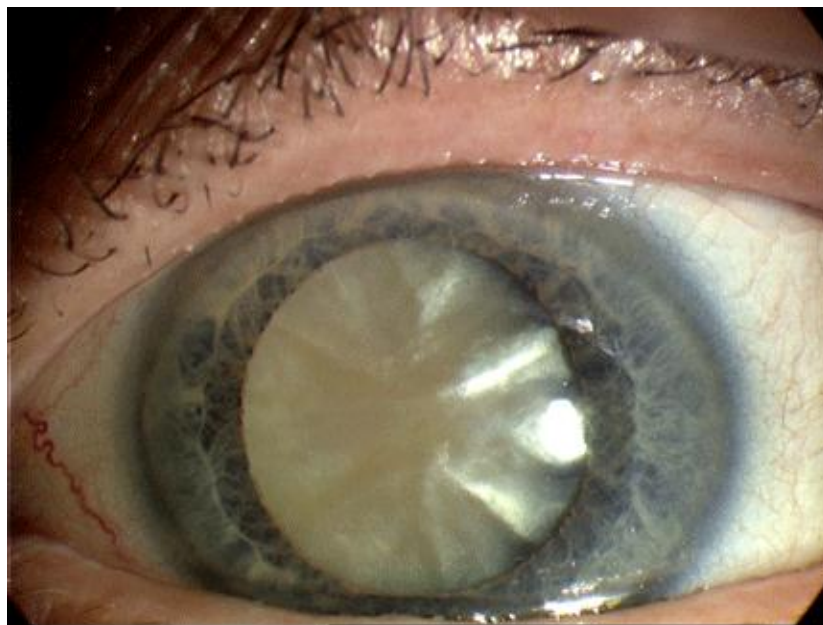
do edukačního záznamu	
<u>Metody:</u> Rozhovor Demonstrace onemocnění šedého zákalu na připraveném modelu oka	<u>Didaktické pomůcky:</u> Model oka, plastický obraz oka
<u>Motivační fáze:</u> Úvodní rozhovor, zjistit znalosti pacienta, co ho zajímá Pomocí otázek zapojit pacienta do edukace	<u>Délka (event. další pozn.):</u> 15 – 20 minut
<u>Expoziční fáze:</u> Opatření, které jsou nutné u přípravy pacienta k operaci šedého zákalu	<u>Délka (event. další pozn.):</u> 15 – 20 minut
<u>Fixační fáze:</u> Opakovat některé pojmy společně s obrazovou dokumentací, aktivizace dotazováním, zopakováním, použití modelu oka, obrázků, brožur	<u>Délka (event. další pozn.):</u> 15 – 20 minut
Kompetence reflexivní- pozorování, hodnocení, sebepozorování (pozn. Jaká metoda zpětné vazby a vyhodnocení účinnosti?)	
Metodou zpětné vazby je klidný a nekomplikovaný průběh operace	
Vyhodnocení edukačního procesu:	
Cíl je splněný: Pacient odpovídá na otázky o vyšetření, zná postup k přípravě na operaci. Ví jak se chovat na operačním sále, aby operace byla rychlejší a úspěšná Ví o nutnosti správného časového rozmezí aplikace anestetik před operací Je řádně seznámen s informovaným souhlasem před operací, který podepsal	

**PŘÍLOHA P 10: TYPY KATARAKT, UKÁZKA IMPLANTOVANÉ
NITROOČNÍ ČOČKY**

Kortikální katarakta (1)



Intumescentní katarakta (1)



Katarakta po tupém poranění oka se subluxací čočky (1)



Umělá předněkomorová nitrooční čočka typu Kelman (1)

