

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚPLNĚ
NEVIDOMÉHO PACIENTA Z POHLEDU
VŠEOBECNÉ SESTRY

Bakalářská práce

IVA LINKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

Praha 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Iva Linková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, Ph.D. za odborné vedení, připomínky a cenné rady. Svým nejbližším bych chtěla poděkovat za neutuchající podporu, kterou mi při celé délce studia a psaní práce poskytovali.

ABSTRAKT

LINKOVÁ, Iva. *Specifika ošetrovatelské péče o úplně nevidomého pacienta z pohledu všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Praha. 2014. 51 s.

Tématem bakalářské práce je popsat specifika ošetrovatelské péče o úplně nevidomého pacienta z pohledu všeobecné sestry.

Teoretická část práce se zabývá vymezením pojmu role všeobecné sestry, dále se zabývá historií, charakterizuje stupně slepoty a organizace, které se zabývají pomocí nevidomým. V další kapitole teoretické části popisujeme psychiku nevidomých a specifika při poskytování ošetrovatelské péče nevidomému pacientovi.

Praktická část přibližuje osobnost C. Roy a vysvětluje její adaptační model, podle kterého je vypracován ošetrovatelský proces. Výstupem práce je informační brožura s praktickými radami a informacemi v jednání s nevidomým pacientem pro všeobecné sestry.

Klíčová slova

Nevidomý pacient. Ošetrovatelská péče. Specifika. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

LINKOVÁ, Iva. Specifics of Nursing Care of Completely Blind Patients from Perspective of Nurses. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Prague. 2014. 51 pages.

Topic of bachelor's thesis is to describe the specifics of nursing care of completely blind patients from perspective of nurses.

The theoretical part defines the term of nurses, then it deals with the history and characterizes the degrees of blindness as well as the organizations focused on helping the blind people. The next chapter of the theoretical part describes the psyche of the blind people and also the specifics for providing nursing care to a blind patients.

The practical part describes the personality of Roy C. and explains her adaptation model, according to which the nursing proces is developed. The outcome of this thesis is an informational brochure for nurses with practical advice and information on dealing with a blind patients.

Key words

Blind Patients. Nurse. Nursing Care. Specifics.

PŘEDMLUVA

Nevidomý pacient, který se ocitne v nemocničním zařízení, je v danou chvíli plně odkázán na pomoc zdravotnického personálu. Ocitá se pro něj v naprosto cizím prostředí, u kterého navíc nemá možnost zrakové kontroly. Myslím si, že málokterá všeobecná sestra si je v jednání s nevidomým pacientem jistá. Jsou zde určitá specifika, která by měla každá všeobecná sestra znát. Je jen na ní, aby si získala pacientovu důvěru a pomohla mu pro něj určitě nelehkou situaci neznámého prostředí, doplněnou o zdravotní problém, zvládnout.

Tato problematika se mě silně dotýká hlavně z toho důvodu, že ve svém okolí nevidomého člověka znám. Trápí mě jeho životní situace a chtěla bych na jeho příběhu poukázat na to, jak ne vždy lehký život nevidomého vypadá. S čím vším se musí potýkat a jak by se k takovému pacientovi měla všeobecná sestra chovat.

Výstupem práce bude mnou vytvořená brožura, ve které ve spolupráci s nevidomým pacientem popíši, jak by měl přístup k takto postiženému pacientovi ideálně vypadat.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O NEVIDOMÉHO PACIENTA	9
2 HISTORIE PÉČE O NEVIDOMÉ	11
3 NEVIDOMÝ PACIENT.....	13
4 PSYCHIKA NEVIDOMÉHO	15
5 SYSTÉM SLUŽEB PRO POMOC NEVIDOMÝM	18
6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚPLNĚ NEVIDOMÉHO PACIENTA	20
7 CALLISTA ROY: ADAPTAČNÍ MODEL	22
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	48
ZÁVĚR	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Práce s nevidomým pacientem se vyznačuje nejen potřebnou dávkou empatie, trpělivosti a porozumění, ale, a to především, zkušenostmi a znalostmi o této oblasti péče. Položme si otázku, zda při setkání s nevidomým pacientem všeobecná sestra zná zásady jednání s člověkem s tímto postižením, zda ví, jak s nevidomým jednat a jak se chovat, aby se nevidomý cítil ve zdravotnickém zařízení dobře a měl k personálu důvěru.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. V první kapitole se věnujeme roli všeobecné sestry, další kapitola je zaměřená na historii péče o nevidomé, v následujících kapitolách se zaměřujeme na definici slepoty, dále na klasifikaci slepoty. Dále popisujeme organizace, které se specializují na pomoc nevidomým. V neposlední řadě jsme zařadili do teoretické části práce kapitolu, ve které popisujeme specifika ošetrovatelské péče o nevidomého pacienta. Do příloh jsme zařadili okrajový popis anatomie oka a kompenzační pomůcky pro nevidomé.

V praktické části přiblížíme C. Roy a její adaptační model, dále se zaměřujeme na vypracování ošetrovatelského procesu u nevidomé pacientky a vytvoření informační brožury určené všeobecným sestram.

Cílem bakalářské práce je tedy seznámení všeobecných sester s problematikou nevidomých pacientů. Výstupem práce je brožura, která obsahuje praktické informace z oblasti jednání s nevidomým ve zdravotnickém zařízení.

1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O NEVIDOMÉHO PACIENTA

Povolání všeobecné sestry se vyznačuje určitým systémem rolí. Když se zamyslíme, musíme dojít k názoru, že málokterá profese prošla takovými změnami, jako profese všeobecné sestry. Aby sestry mohly poskytovat profesionální ošetrovatelskou péči, musí se neustále vzdělávat a získávat nové zkušenosti. Roli sestry můžeme charakterizovat několika body a těmi jsou, že všeobecná sestra vychází z potřeb nemocného, je emocionálně neutrální a má schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty (Farkašová a kol., 2001).

Nejčastější role, které všeobecná sestra plní, jsou: sestra edukátorka, sestra advokátka, sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, sestra výzkumnice, sestra nositelka změn a v neposlední řadě sestra manažerka.

Sestra edukátorka - edukační role sestry spočívá ve formování a utváření zodpovědného přístupu jak jedince, tak skupiny ke svému zdraví.

Sestra advokátka - tato role se vyznačuje vysvětlováním a prezentováním práv samotným pacientům. Dále pak sestra tlumočí a předkládá pacientova přání nebo názory.

Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče - v této roli má velký význam chápání pacienta jako holistické bytosti, tedy bytosti celistvé, ne pouze některých jejích částí.

Sestra výzkumnice - sestra, která se uplatňuje právě v této roli, musí mít určité předpoklady, kterými jsou v první řadě vzdělání, potenciál a možnosti pro výzkum v ošetrovatelské oblasti.

Sestra nositelka změn - ošetrovatelství podléhá změnám, v zájmu rozvoje ošetrovatelství se sestra musí s rolí nositelky změn ztotožnit tak, aby ošetrovatelská péče nestagnovala.

Sestra manažerka - tato role je součástí všech ošetrovatelských činností. Sestra manažerka působí ve spoustě organizacích, od zdravotnického zařízení až po stání sféru.

Hlavní úloha manažerky spočívá v řízení ošetrovatelského procesu (Farkašová a kol., 2001).

V péči o nevidomého pacienta jsou velice důležité všechny role sestry. Nevidomý, který se dostává do zdravotnického zařízení, se ocitá pro něho v naprosto neznámém prostředí a je na všeobecných sestřích, aby mu vše vysvětlily a se vším pomohly. Právě všeobecné sestry jsou s nevidomým nejčastěji a v nejužším kontaktu. Proto se velmi často stává, že nevidomý vysloví svá přání právě sestře, která je poté interpretuje například lékaři či rodině.

2 HISTORIE PÉČE O NEVIDOMÉ

První písemná zmínka o zrakově postižených je známa už z doby osmnáctého století před Kristem. Již staří Egypťané, Indové anebo Číňané se snažili oční vady léčit. Právě nevidomým byla věnována péče nejčastěji, a to z toho důvodu, že nevidomí působili nejvíce nápadně. Mezi první organizace, které jsou známy, patří organizace nevidomých hudebníků v Číně. Tato organizace působila již ve 3. století př. n. l. Zachované zmínky jsou i z Japonska, kde nevidomí byli připravováni celých devět let na povolání maséra (Doskočilová, 2008).

HISTORIE VZDĚLÁNÍ NEVIDOMÝCH

Počátek 19. století byl mezníkem, kdy se péče o nevidomé objevila i v Čechách. Tato péče je spojená hlavně s třemi generacemi rodu Klárů (Monatová, 1998).

První vzdělávací a zároveň výchovný ústav vznikl v Praze na Hradčanech, založil ho v roce 1807 Alois Klár, který jej pojmenoval Hradčanský ústav pro slepce a na oči choré. Při tomto ústavu vznikla v roce 1930 i mateřská škola pro nevidomé děti. Ve své původní podobě existoval ústav do roku 1948, poté byl zestátněn a změnil se do podoby internátní speciální školy pro zrakově postižené. V roce 1832 Alois Klár ústav opustil a založil Klárův ústav, dále založil ústav pro dospělé, kde nevidomí mohli být i zaměstnáváni. Klárův syn Pavel Klár a vnuk Rudolf Klár byli předsedy Klárova ústavu a zasloužili se o rozvoj v oblasti péče o nevidomé. Ve 20. století se Klárův ústav změnil v internátní školu pro nevidomé a zrakově postižené učně a mládež (Doskočilová, 2008).

LOUIS BRAILLE

Jednou z významných osobností v oblasti využívání hmatu u nevidomých lidí je bezpochyby Louis Braille. Rozhodli jsme se proto popsat jeho život a činnosti, které vedly k vytvoření písma pro nevidomé do podoby, jak ho známe dnes.

Louise Braille se narodil 4. ledna 1809 v malém městečku Coupvray do rodiny sedláře. Malý Louise často a rád navštěvoval otcovu dílnu, jedna z návštěv se mu bohužel stala osudnou. Louise měl úraz, kdy si poranil oko ostrým nástrojem, spekuluje se o noži či šídlu. Na poraněné oko přestával časem vidět, až zrak na poraněném oku

zcela ztratil. Po uběhnutí dalších let přestal vidět i na druhé oko, stalo se tak vlivem tzv. sympatického onemocnění (Finková, 2011).

V roce 1819 nastoupil tehdy desetiletý Louise do Národního ústavu pro mladé slepce v Paříži. V této době se v tomto ústavu pro psaní a čtení využívalo dvanáctibodové písmo Charlese Barbiera de la Serre. Toto písmo bylo při svém vzniku určené pro vojenské účely, a to z toho důvodu, že bylo možné číst i psát písmo za tmy bez nutnosti jakékoli přítomnosti světla. Přes veškerou snahu bylo písmo složité. Pro použití nevidomými se úplně neosvědčilo (Finková, 2011).

Dále ve své publikaci Finková uvádí, že bylo třeba vytvořit novou soustavu písma, které by mnohem lépe odpovídalo možnostem, které hmatové vnímání představuje. Proto byla v roce 1825 vyvolána žákovská soutěž, ve které zvítězil návrh písma právě šestnáctiletého Louise Braille. Když Louise ukončil studia v Národním ústavu pro mladé slepce, i nadále zde v ústavu zůstal a pro jeho hluboké znalosti zastává pozici pomocníka učitele, později se vypracovává do pozice učitele. Dál pokračuje v sebevzdělávání, a to studiem hry na klavír a varhany. Louise Braille umírá 6. ledna 1852 na tuberkulózu. Na jeho počest bylo v jeho rodném městečku otevřeno muzeum (Finková, 2011).

3 NEVIDOMÝ PACIENT

Ve třetí kapitole se věnujeme především klasifikaci zrakového postižení a příčinám, které nevidomost zapříčiňují. Rozdělení z hlediska doby vzniku postižení je důležité zejména v následném pochopení psychiky nevidomého.

KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

„Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.“ (Dotřelová in Kraus, 1997, s. 317).

Klasifikaci zrakového postižení je možné určit dle několika aspektů. Nováková (2011) ve své knize uvádí hodnocení poruch zraku ze čtyř základních hledisek, a to:

podle stupně postižení - osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku – slepota, amauroza, osoby slabozraké, osoby s poruchou binokulárního vidění – šilhavost, tupozrakost,

podle doby vzniku - získané, vrozené,

podle etiologie - orgánová vada, funkční vada,

podle trvání - krátkodobé poruchy, dlouhodobé poruchy, recidivující poruchy.

Pro účely naší práce uvádíme hodnocení dle Dotřelové in Kraus (1997, s. 317), která dělí nevidomost na skutečnou, praktickou a plnou.

„Praktická nevidomost:

- pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – 1/60 včetně,
- binokulární zorné pole je menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace.

Skutečná nevidomost:

- pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit,
- binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace.

Plná slepota:

světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu.“

Jak jsme již výše zmínili, slepota, neboli amauroza se dělí na vrozenou a získanou. Dle Kimplové (2010) jsou nejčastější příčiny vrozené amaurozy infekční onemocnění v době gravidity, máme na mysli především rubeolu nebo horečnatá onemocnění, dále pak do této kategorie řadíme poruchy plodu v prenatálním období a v neposlední řadě hraje nemalou roli genetika. Za příčinami vzniku získané amaurozy stojí například otravy, meningitida, úrazy oka nebo jeho poleptání a nezanedbatelnou roli hraje i Diabetes mellitus.

4 PSYCHIKA NEVIDOMÉHO

Znát a rozumět psychickému stavu nevidomého je pro zdravotnické pracovníky velice důležité. Jak jistě víme, dobrý psychický stav je v procesu uzdravování naprosto nezbytný. A jen pokud se nevidomý bude cítit ve zdravotnickém zařízení bezpečně a bude ke zdravotnickému personálu přistupovat s důvěrou, tak poté můžeme očekávat, že proces uzdravování proběhne bez komplikací a co nejrychleji.

ZTRÁTA ZRAKU

Ať již ke ztrátě zraku dojde náhle (úrazy, nehody) nebo člověk ztratí zrak postupně v důsledku nemoci, kterou trpí (narušení sítnic u diabetiků, nádorová onemocnění centrální nervové soustavy, vrozené vady, postupně se horšící vady), vždy se jedná o náročnou životní situaci, která je provázena stresem, smutkem a beznadějí. Tato traumatizující zkušenost změní život člověka od základů. Psychologický dopad je individuální a záleží například na osobnosti daného člověka nebo na sociálním prostředí, ve kterém se nevidomý nachází. Při náhlé ztrátě zraku nastupuje ve většině případů stejná psychologická odezva, a to je krize. Tato odezva se projevuje u každého jedince jinak, trvá i jinak dlouhou dobu. U některých jedinců trvá krátkou dobu, u jiných naopak dlouho. Tento psychologický proces můžeme přirovnat k truchlení nad ztrátou blízké osoby. Při pozvolné ztrátě zraku, u které je možné, že trvá i několik let, je reakce odlišná. Protože je ztráta zraku postupná, jedná se o dlouhodobou psychickou zátěž, ve které se střídají naděje a zoufalství s depresemi, stresem a úzkostí (Kimplová, 2010).

REAKCE NA ZTRÁTU ZRAKU

Když se člověk dozví, že jeho zrak je nenávratně poškozen, nebo tuto skutečnost sám spontánně pozná, nastává období, které můžeme nazvat počátečním šokem. Ve většině případů se projevuje ztrátou zájmu nevidomého o okolí. Člověk prožívá strach z budoucnosti, má strach nejen o svůj život, ale i o své postavení ve společnosti, strach prožívá i ve spojení s izolací od okolí. Nevidomý dále prožívá pocit nejistoty a ohrožení. Všechny výše zmiňované emoce mají za příčinu ochromení myšlení a negaci všech činností, které nevidomý dříve s potěšením vykonával. Stav v nejbližších dnech po ztrátě zraku můžeme označit jako zhroucení psychiky (Kimplová, 2010).

Období, které následně přichází, nazýváme reaktivní deprese. Typické pro toto období je hledání viny v druhých osobách, pocity vzteku na sebe samého, ale i na druhé, agrese a vztek. Je žádoucí, aby se tato fáze nechala volně probíhat, není dobré vyvíjet na nevidomého nátlak v podobě potlačování projevů. Je ale nutné dávat pozor na sebevražedné myšlení, které může tuto fázi provázet. Toto období ve většině případů trvá několik týdnů, pokud se ale i po této době stav neupravuje, je na místě zajištění psychoterapie (Kimplová, 2010).

Poslední fází reakce na ztrátu zraku je reorganizace. V této fázi dochází k určitému meziobdobí mezi depresí a uklidněním se. Nevidomý začíná sám chtít učit se sám o sebe postarat se a orientovat se v prostoru. Nastává zjištění, že není tak bezmocný, jak se zprvu zdálo (Kimplová, 2010).

PROCES PŘIJETÍ ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

„Přijetí vlastní vady a životní situace spočívá v tom, že se postižený člověk rozhodne dělat to, co může a vzdá se nemožného.“ (Kimplová, 2010, s. 32).

Tento proces je zdlouhavý, složitý a náročný. Důležitý pojem, který je s touto problematikou spjatý je tzv. primární akceptace zrakové vady. Je to moment, kdy nevidomý začne svoje onemocnění brát vážně a oprostí se od emocionální stránky. Je to chvíle, kdy nevidomý začne brát svou slepotu jako realitu a začne se jí přizpůsobovat (Kimplová, 2010).

Pokud je nevidomý samostatný a soběstačný v sebeobsluze, v aktivitách ve volném čase, ve svém zaměstnání, v osobním životě, poté můžeme mluvit o vnějším přizpůsobení (Kimplová, 2010).

Ne vždy se ale stane, že přijetí zrakové vady proběhne hladce. Často za nepřijetím vady nestojí sám nevidomý, ale například jeho rodina, která onemocnění nedokáže přijmout. Nezřídka je ztráta zraku jednoho z partnerů důvodem k rozvodu nebo naopak nevidomý musí odolávat nadměrné péči, kterou mu jeho blízcí poskytují (Kimplová, 2010).

NEJČASTĚJŠÍ OMYLY VE VNÍMÁNÍ NEVIDOMÝCH

Prvním omylem a zároveň jedním z nejčastějších je, že nevidomý vidí pouze tmu. To, co nevidomí vidí, ale rozhodně není tma. Někteří dokonce popisují, že vidají zrakové halucinace, které popisují jako světelné záblesky nebo barevnou tmu. Dalším omylem je, že ztráta zraku znamená plnou závislost na ostatních osobách. Je důležité vědět, že vše je jen o tréninku a pevné vůli nevidomého. Slepota neznamena, že člověk je odkázán na pomoc druhých osob, naopak i nevidomý člověk může dělat většinu věcí jako zcela zdravý člověk. Na tomto faktu se podílí i rehabilitace a psychorehabilitace, které jsou nedílnou součástí znovu-zapojování nevidomých osob do běžného života. Podstatou rehabilitace je zprostředkování kompenzačních pomůcek a naučení nevidomého s těmito pomůckami zacházet. Důležité je i ať již přímo, či nepřímo ovlivňovat postoj nevidomé osoby ke svému onemocnění, protože je známo, že překážky v učení se novým dovednostem jsou mnohem častěji v tom, že nevidomý učení odmítá, než překážka v podobě nedostatku schopností se tyto dovednosti naučit (Kimplová, 2010).

Pocit, že na nevidomého musíme mluvit nahlas a zřetelně, je další omyl, který je ve společnosti rozšířený. Nevidomý neznamena zaostalý či hluchý. Zlozvyk, který je také často vidět, spočívá v komunikaci s průvodcem místo s nevidomým. Nevidomý člověk vždy potřebuje naší pomoc. Toto tvrzení není vždy na místě, je nutné umět odhadnout, kdy je pomoc opravdu důležitá a vhodná a kdy naopak pomoc není na místě. Musíme počítat i s možným odmítnutím (Kimplová, 2010).

Při jednání s nevidomým musíme zapojit takt a porozumění. Musíme si uvědomit, že pomoc nabídnout můžeme, ale nesmíme ji nevidomému nutit. Nežádaná pomoc může být pro nevidomého nepříjemná, ne každý nevidomý pomoc žádá, někteří naopak o pomoc druhých nestojí.

5 SYSTÉM SLUŽEB PRO POMOC NEVIDOMÝM

V pomoci nevidomým se angažují nejrůznější organizace. Jejich úloha je různá, některé se specializují na pomoc nevidomým v oblasti kompenzačních pomůcek, jiné se zabývají osvětou. Všechny mají ale jeden společný úkol, a to je pomoc nevidomým všech věkových kategorií a jejich blízkým.

ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ POMOC NEVIDOMÝM OSOBÁM

Organizací, které se soustředí na pomoc nevidomým osobám, je velké množství. Pojd'me si blíže představit některé z nich.

Tyfloservis

Tyfloservis byl založen v roce 1991. Dnes funguje po celé České republice v podobě dvanácti oblastních ambulantních středisek. Ve všech dvanácti střediscích jsou zaměstnáni erudovaní pracovníci, mezi kterými je i několik zrakově postižených. Věková hranice občanů využívajících služeb Tyfloservisu je 15 let. Tyfloservis využívají především občané, které ztráta zraku postihla v dospělosti. Tyfloservis nabízí široké spektrum kurzů, které jsou uzpůsobeny dle aktuálních potřeb nevidomých. Jedná se především o školení v oblasti používání kompenzačních pomůcek, nácvik vlastnoručního podpisu, nácvik v prostorové orientaci, volba vhodných tras, kde se nevidomý může pohybovat, nácvik sebeobsluhy, rady, které se týkají úpravy bezprostředního okolí nevidomého, odstranění bariér, dále Tyfloservis zajišťuje podporu a pomoc při zařazování nevidomých do zaměstnání a v neposlední řadě i zprostředkování služeb jako je například výcvik vodícího psa (Kimplová, 2010).

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky

Jedná se o občanské sdružení, které bylo založeno 16. června 1996. Vzniklo sloučením dvou občanských sdružení, a to České unie nevidomých a slabozrakých a druhého sdružení Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky seskupuje přes 12 000 zrakově postižených a jejich rodin. Hlavním posláním tohoto občanského sdružení je vyhledávat a kontaktovat zrakově postižené, prohlubovat osvětlu v této oblasti, podporovat

zaměstnanost takto postižených osob, dále se snaží odstraňovat bariéry, a to nejen ty architektonické, ale i komunikační (Kimplová, 2010).

Poslání je tedy jasné, hájit zájmy a práva těžce zrakově postižených spoluobčanů a zajišťovat služby, které napomáhají začlenění těchto osob zpět do společnosti (Kimplová, 2010).

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚPLNĚ NEVIDOMÉHO PACIENTA

Při ošetrovatelské péči o nevidomého pacienta je naprostou nezbytností holistický přístup. K nevidomému přistupujeme s úctou a respektem, ctíme jeho individualitu a osobnost.

V následující kapitole si přiblížíme jednotlivé okruhy potřeb nevidomých pacientů a jejich specifika při ošetrovatelské péči.

Vyprazdňování

V oblasti vyprazdňování moči a stolice je důležité rozlišovat, zda je nevidomý pacient bez zraku krátce, či si je již v pohybu jistý. Pokud je nevidomý krátkou dobu a není si jistý v pohybu, je nutné, aby byl edukován o nutnosti doprovodu a dopomoci zdravotnickým personálem. U nevidomého, který si je v pohybu jistý a zvládá sebezpečí sám, je možné po předchozím seznámení s vybavením a prostorovým rozmístěním nemocničního pokoje, aby na toaletu chodil samostatně.

Hygiena

V hygienické péči je opět nutné rozlišit, jak pacient zvládá péči o svou osobu. S ohledem na míru soběstačnosti a potřebu pacienta volíme adekvátní pomoc. Hygienu pacient provádí každý den dle zvyklostí oddělení. Základ by ale měla každý den tvořit ranní hygiena, která obsahuje hygienu dutiny ústní, omytí obličeje, rukou a podpaží. Každý den by měl pacient podstoupit celkovou hygienu těla. Dle pohyblivosti je hygiena prováděna buď na vanovém lůžku, či ve sprše. Nezbytná je pravidelná úprava zevnějšku, do které patří učesání vlasů, stříhání nehtů na horních i dolních končetinách, u mužů oholení tváře. Hygienická péče je nezbytnou součástí péče o člověka. Pokud se člověk cítí čistě a příjemně, odráží se to na jeho psychické pohodě.

Výživa a hydratace

I v oblasti výživy se vše odvíjí od toho, jak samostatný nevidomý je. V každém případě je nutná komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Při podávání stravy je nutné se s pacientem dohodnout, jakým způsobem chce stravu podat. Zda bude

konzumovat stravu na lůžku na jídelním stolku nebo zda se přesune k jídelnímu stolu, a to buď v pokoji pacienta nebo v jídelně na oddělení. Vždy je třeba pacienta seznámit s tím, kam mu pokládáme příbor a sklenici s pitím. Dobré je naporcovat jídlo tak, aby bylo možné jíst ho pouze lžící. Skladba stravy je dána dietním omezením, které musí pacient z nějakého důvodu dodržovat. Například diabetická dieta. Pokud je nemocný bez dietního omezení v nemocničním zařízení, je pacientovi nejčastěji naordinována dieta číslo tři, tedy racionální. Strava by měla být v každém případě pestrá a vyvážená. Co se týče pitného režimu, zde je nutné vypít průměrně 1,5 – 2 litry tekutin denně. Nejlépe je pít neperlivou vodu, ovocné a zelené čaje.

Podávání léků

Pokud je pacient zvyklý na určitý tvar nebo množství léků a něco se změní, například máme jinou gramáž léků a musíme podat místo jednoho léku, léky dva, je nutné na tuto skutečnost nevidomého upozornit. Předjdeme tak nepříjemným pocitům nejistoty ze strany nevidomého, kterému chybí zraková kontrola. V případě vlastního zásobníku na léky s Braillovým písmem je dobré nechat nevidomého užívat chronickou medikaci jeho samotného, tak jak je zvyklý. Samozřejmě tomuto rozhodnutí musí předcházet dohodnutí pravidel.

Pohyb a poloha pacienta

Při přijetí nevidomého na oddělení je zcela nezbytné, aby byl pacient seznámen s oddělením. Nevidomého podrobně seznámíme s vybavením a rozmístěním pokoje, provedeme ho po oddělení, kde mu ukážeme, kde je sociální zařízení, sesterna, jídelna. Na pacienta nespícháme, necháváme mu dostatečný prostor pro to, aby se na oddělení dostatečně orientoval. Nezapomeneme ani na obeznámení s chodem oddělení, řádem oddělení a v neposlední řadě poučíme nevidomého o právech pacientů. Polohu v lůžku udržuje pacient volnou, tak, jak je mu pohodlné. V dosahu má signalizační zařízení pro přivolání ošetřujícího personálu.

7 CALLISTA ROY: ADAPTAČNÍ MODEL

Na úvod praktické části bakalářské práce se zaměříme na představení Adaptačního modelu Callisty Roy. Tento model chceme představit a přiblížit z toho důvodu, že kazuistika v praktické části práce bude obsahovat vypracovaný již výše zmíněný model.

Callista Roy se narodila 14.10.1939 v Los Angeles, USA. V roce 1960 získala základní ošetrovatelské vzdělání a Mount Mary's College v Los Angeles. Ve studiu pokračovala i nadále a v roce 1963 získala bakalářské vzdělání v ošetrovatelství na University of California v Los Angeles. V roce 1966 dosáhla na stejné univerzitě magisterského vzdělání a později v roce 1977 na téže univerzitě ukončila doktorandské studium sociologie. V roce 1985 habilitovala z klinické neurologie. Callista Roy se stala nejen členkou NANDA, členkou světové organizace žen, ale pyšní se také členstvím v Americké akademii věd (Pavlíková, 2006).

Hlavní jednotky

Role sestry – sestra má za úkol podporovat adaptační mechanismy a adaptační chování,

cíl ošetrovatelství - adaptace v situacích nemoci i zdraví, a to v každé ze čtyř oblastí,

pacient - autorka popisuje pacienta jako bio-psycho-sociální bytost, která je v neustálém vzájemném působení s měnícím se prostředím,

zdroj potíží - neefektivní aktivita pro udržení celistvosti pacienta,

ohnisko zásahu - reziduální stimuly, kontextuální stimuly a fokální stimuly,

způsob zásahu - manipulace s již zmíněnými stimuly, jejich snižování či zvyšování, popřípadě jejich udržování,

důsledky - adaptivní odpověď na stimul (Pavlíková, 2006).

Metaparadigmatické koncepce modelu

Osoba - C. Roy popisuje pacienta jako bio-psycho-sociální jednotku, která je v neustálé komunikaci s měnícím se okolím. Osobu popisuje jako systém, který se skládá ze subsystémů, z nichž každý má funkční smysl. Dále uvádí, že jedince, jakožto adaptační systém, tvoří vnitřní procesy, což jsou kognátor a regulátor a efektový systém, který tvoří čtyři adaptační oblasti neboli mody.

Zdraví - autorka modelu popisuje zdraví jako určitý stav nebo proces. Pokud přestane fungovat mechanismus adaptace, člověk onemocní.

Prostředí - prostředí podle autorky modelu vytváří okolnosti, situace a podmínky, které mají vliv na chování a vývoj osob či skupin. Určité faktory prostředí, ať jsou to faktory pozitivní či negativní, působí na schopnost osoby adaptovat se. Podněty, které ovlivňují jedince, nazýváme stimuly, a to kontextuální, reziduální a fokální.

Ošetrovatelství - C. Roy uvádí, že ošetrovatelství je jak věda o nemocničním ošetřování, tak i praktická disciplína. Ošetrovatelství dle autorky modelu využívá při uspokojování potřeb pacientů teoretické poznatky ošetrovatelské vědy. Cílem ošetrovatelství je pomáhat pacientům ve zdraví i v nemoci a napomáhat jim k efektivní adaptivní odpovědi (Pavlíková, 2006).

Koncepce modelu

Adaptace – „adaptace je procesem přizpůsobování se změnám prostředí.“ (Pavlíková, 2006, s. 131). Z prostředí přicházejí stimuly, na něž jedinec reaguje, a na které se adaptuje. Aby mohla nastoupit pozitivní adaptivní reakce, musí jedinec pozitivně reagovat na změny vnějšího či vnitřního prostředí.

Stimuly - jako stimuly označujeme podněty z vnitřního a vnějšího prostředí. Tyto stimuly vyvolávají reakci neboli adaptivní odpověď (Pavlíková, 2006).

Stimuly dělíme na fokální, reziduální a kontextuální.

Fokální stimul (centrální, ohniskový) – tento stimul působí na jedince nejsilněji a zrychluje jeho adaptivní chování. Jedná se o stimul, který působí na jedince aktuálně a v určité chvíli.

Kontextuální stimul – tento stimul působí v době působení stimulu fokálního, k němuž má vztah. Znamená to tedy, že jakmile působí na jedince stimul fokální, nasedá na něj působení stimulu kontextuálního.

Reziduální stimul – tímto stimulem je myšlen podnět z osobnosti člověka, například předcházející zkušenosti, vlastnosti. Tyto stimuly jsou stálé.

Reakce na stimuly dělíme na **adaptivní** (tyto reakce podporují integritu jedince, jeho růst, cíle, vývoj, udržují jeho celistvost) a na **neefektivní** (nepřispívají k dosažení adaptivního cíle) (Pavlíková, 2006).

Adaptační systém jedince

Tento systém dělíme na primární a sekundární.

Primární subsystém - do tohoto subsystému řadíme zděděné nebo naučené mechanismy zvládnání či překonávání procesů.

Regulátor - reaguje na podněty z vnitřního a vnějšího prostředí, a to prostřednictvím chemických, endokrinních a nervových reakcí.

Kognátor - reaguje na podněty z vnitřního a vnějšího prostředí prostřednictvím reakcí emočního typu, jsou to například emoce, učení, paměť.

Sekundární subsystém (efektorový) - do tohoto subsystému řadíme převádění reakce do čtyř adaptačních oblastí, takzvaných adaptačních modů, kterými jsou:

fyziologická oblast - do této oblasti zahrnujeme výživu, cirkulaci, dýchání, spánek, vitální funkce,

sebepojetí - tato oblast zahrnuje interpersonální složku, osobnostní složku a v neposlední řadě složku fyzikální,

rolová funkce - zde je identifikace a zvládání rolí,

vzájemná souvislost - v této oblasti je zahrnuta vzájemná nezávislost či závislost během interpersonálních vztahů při uspokojování potřeb jedince (Pavlíková, 2006).

KAZUISTIKA

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: žena
Datum narození: XX.X.1969	Věk: 45 let
Adresa bydliště a telefon: XXXXX	
Adresa příbuzných: XXXXX	
RČ: 69XXXXXX	Číslo pojišťovny: XXX
Vzdělání: střední s maturitou	Zaměstnání: invalidní důchodce
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: v domácím ošetřování	Typ přijetí: v domácím ošetřování
Oddělení: doma	Ošetřující lékař: XXX

Důvod přijetí udávaný pacientem:

pacientka je nyní v domácím ošetřování.

Medicínská diagnóza hlavní:

Diabetes mellitus I. Typu.

Medicínské diagnózy vedlejší:

amauroza z důvodu diabetické retinopatie, chronická renální insuficience.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PRVNÍ NÁVŠTĚVĚ

TK: 130/80	Výška: 165 cm
P: 76/min	Hmotnost: 61 kg
D: 15/min	BMI: 25,4
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: s dopomocí
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Diabetes mellitus I. typu, amauroza z důvodu diabetické retinopatie, chronická renální insuficience.

Informační zdroje:

informace jsme získávali především od pacientky.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: již mrtvá, diabetes mellitus I. typu.

Otec: zahynul tragicky, nikdy vážněji nestonal.

Sourozenci: bratr, zdrav.

Děti: dcera 19 let, zdráva.

Osobní anamnéza:**Překonané a chronické onemocnění:**

Hospitalizace a operace: hospitalizace spojené s očními operacemi, s dekompenzací Diabetu mellitu.

Úrazy: neguje.

Transfúze: pacientka neví, že by někdy transfúzi dostala.

Očkování: proti tetanu (8/2008)

Léková anamnéza (ke dni 18.1.2014)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sandimmun neoral	Tablety	100 mg	1-0-1	imunosupresiva
Cellcept	Tablety	250 mg	1-0-1	imunosupresiva
Prednison	Tablety	15 mg	1-0-0	kortikoidy

Biseptol	Tablety	480 mg	Pondělí a čtvrtek 2-0-0	chemoterapeutika
Anopyrin	Tablety	100 mg	1-0-0	antikoagulancia
Apo ome	Tablety	20 mg	1-0-0	Antacida
Cymbalta	Tablety	60 mg	0-0-1	antidepresiva
Ubretid	Tablety	5 mg	1-0-0	parasymptomimetika
Rivotril	Tablety	0,5 mg	0-0-1	antiepileptika
Nirofurantoin	Tablety	100 mg	0-0-1	Chemoterapeutika
Insultard HM	s.c. injekce	100 UI/ml	0-0-0-17 j.	antidiabetika
Actrapid HM	s.c. injekce	100 UI/ml	10j-10j-10j	antidiabetika

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

ABÚZY:

Alkohol: neguje.

Kouření: dříve kouřila, před 2 lety přestala.

Káva: neguje.

Léky: neguje.

Jiné drogy: neguje.

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché: ve 13 letech. Cyklus: pravidelný. Trvání: 29 dní. Intenzita bolesti: bez větších bolestí či obtíží. PM: neguje. UPT: neguje. Antikoncepce: neužívá hormonální ani jiný druh antikoncepce.	Překonané urologické onemocnění:/

Menopauza: není. Potíže klimakteria: / Samovyšetřování prsou: provádí pravidelně. Poslední gynekologická prohlídka: 5/2013	Poslední návštěva u urologa: / Samovyšetřování varlat: /
---	---

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená.

Bytové podmínky: žije sama ve čtyřpokojovém bytě, který se nachází v rodinném domě. Když žili pacientčiny rodiče, obývali první patro, nyní slouží první patro pro bratra a jeho rodinu, když přijede na návštěvu.

Vztahy, role, a interakce v rodině: pacientka žije sama, je rozvedená a nového partnera si již nenašla. Rodiče již nežijí, s bratrem má přátelský vztah. Dcera navštěvuje maminku sporadicky, trvale žije s otcem. Vztah s dcerou je komplikovaný, pacientka se tím velice trápí. **Mimo rodiny:** pacientka má pár věrných přátel, ale jak sama uvádí, příliš jich po plném propuknutí slepoty nezbylo.

Záliby: dříve chodila často na dlouhé procházky, trávila čas na zahradě a pečovala o květiny, sledovala televizi, chodila ven s přáteli. Nyní tráví většinu svého času doma s pečovatelkou z agentury domácí péče, která jí chodí vypomáhat s domácností a sebedpěčí. Poslouchá rádio či televizi.

Volnočasové aktivity: poslech rádia či televize.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou.

Pracovní zařazení: nyní v invalidním důchodu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: odchod do plného invalidního důchodu v červnu 2009.

Vztahy na pracovišti: na své působení v zaměstnání vzpomíná moc ráda, dle pacientčinych slov byli skvělý kolektiv.

Ekonomické podmínky: nejsou příliš příznivé, veškeré peníze, které má z invalidního důchodu a sociálních dávek vydá na proplacení domácí péče a základního jídla. Zbytek si platí z peněz, které má jako rezervu a které získala z dědictví po svých rodičích. Určitou finanční částkou jí vypomáhá její bratr.

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: nejsou, pacientka není věřící.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE MODELU C. ROYOVÉ

(ke dni 16.11.2013)

MODY	CHOVÁNÍ	STIMULY		
		Fokální	Kontextuální	Reziduální
Fyziologické mody				
Okysličování a cirkulace	S dýcháním problémy nemá, pokožka růžové barvy.	Při delším sezení otlaky a začervenání na hýždích a v křížové oblasti.	Bolest v křížové oblasti při delším sezení.	Obavy z dalšího průběhu onemocnění.
Tekutiny	Pacientka má omezený příjem tekutin z důvodu pravidelné hemodialýzy. Denní příjem tekutin tedy činní maximálně 500 ml.	Pocit sucha v ústech, ráda by pila větší množství tekutin.	Pravidelné pití malých doušků vody.	Nesoběstačnost, odkázání na pomoc druhých osob.
Stravování	Diabetická dieta č. 9. Dietu dodržuje, stravuje se pravidelně 6x-7x denně.	Občas problémy s nechutenstvím, zejména pacientce dělá problém dodržování odpolední svačiny	Občasná plynatost.	Nedostatečná fyzická aktivita.

Eliminace	Moč: Z důvodu hemodialýzy pacientka nemočí.			
	Stolice: Vyprazdňování stolice bez problému, stolice pevná, formovaná, normální barvy. Frekvence vyprazdňování stolice 1x denně. Občas se vyskytne problém se zácpou.	Občasná zácpa a s ní spojené obtížné vyprazdňování stolice.	Nedostatečná fyzická aktivita a s ní spojená snížená střevní peristaltika.	Snížená soběstačnost v oblasti vyprazdňování.
Aktivity a odpočinek	Usíná bez problémů, v noci se nebudí. 3x do týdne navštěvuje pacientku fyzioterapeut, který s pacientkou nacvičuje chůzi a soběstačnost.	Odkázána ve všech denních činnostech na pomoc druhé osoby.	Nesoběstačnost ve všech běžných denních činnostech.	Pacientka má strach o průběh svého onemocnění.
Celková regulace organismu				
Vitální hodnoty	krevní tlak 130/80 puls 76/minutu pravidelný tělesná tepl. 36,7 °C			

	dech 15/minutu pravidelný			
Smysly	Pacientka je při vědomí, orientována časem, místem i osobou. Pacientka je nevidomá.			
Endokrinní systém	Štítná žláza je nezvětšena, menstruační cyklus pravidelný. Pacientka trpí Diabetem mellitem I. typu			
Sebeuvědomování se				
Fyzikální nitro	Amauróza, občasná zácpa, snížená sebek péče.	Odkázána na pomoc druhých osob.	Poškození zraku a ledvin.	Strach o svou osobu a dceru.
Osobnostní nitro	Strach z průběhu onemocnění.	Poškození zraku a ledvin.	Smutek ze svého zdravotního stavu, ztráta intimity.	Pocit zmaru a nejistoty, o onemocnění plně informována.

Interpersonální nitro	Dobrý vztah s ošetřovatelkami i fyzioterapeutem. Spolupracuje.	Snaží se dodržovat rady a léčebný režim. Spolupracuje s fyzioterapeutem.	Velkým přáním pacientky je, aby se obnovil její vztah s dcerou a našel se dárce ledviny.	Společenská izolace, izolace od přátel a známých.
Rolové funkce				
Primární role	Žena, 45 let.			
Sekundární role	Matka, sestra, přítelkyně.	Plnění rodičovské role.	Onemocnění Diabetem mellitem a nevidomost.	Strach o dceru. Smutek z toho, že nemůže zajišťovat chod domácnosti tak, jako dřív.
Terciální role	Nevidomá žena.	Poškození zraku a ledvin.	Deficit sebepéče, ztráta intimity a plnohodnotného svobodného života.	Izolace od přátel a rodiny, ztráta společenské role.

Vzájemná závislost				
Vzájemná závislost	Nevidomá pacientka, odkázaná na pomoc druhé osoby.	Zajištění základních potřeb.	Deficit sebepéče.	Smutek ze svého zdravotního stavu, strach z budoucnosti. Ztráta intimity a snížená sebeúcta

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: pacientka nedokáže říct, jaká vyšetření jí byla ordinována.

Výsledky: /

Konzervativní léčba:

Dieta: dieta č. 9 - diabetická **Pohybový režim:** bez omezení **RHB:** pravidelné cvičení s fyzioterapeutem

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

Sandimmun neoral

Cellcept

Prednison

Biseptol

Anopyrin

Apo ome

Cymbalta

Ubretid

Rivotril

Nirofurantoin

Insultard HM

Actrapid HM

Intra venózní: /

Per rectum: /

Jiná: /

Chirurgická léčba: stav po očních operacích.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Nevidomá, čtyřicetipětiletá pacientka čekající na transplantaci ledviny z důvodu renální insuficience. Pacientka je nyní v domácím ošetřování, kdy se o ni stará agentura

domácí péče společně s občasnou pomocí pacientčina bratra. Pacientka požaduje dopomoc při většině běžných denních činností. Psychický stav je dobrý. Co ale pacientku přesto trápí, je nevydařený vztah s dcerou, který je kolísavý. Občas je vztah klidný, chtělo by se říci až harmonický, jindy dcera o matku nejeví příliš zájem, což pacientka špatně nese. Pacientka žije sama. Momentálně jejím největším přáním je, aby se našel dárce ledviny. Dodržuje lékařská doporučení, spolupracuje, na jejím zdravotním stavu jí záleží.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovovali postupně během realizace návštěv, a to dle Nanda Taxonomie II. S pacientkou jsme se předem domluvili na čtyřech návštěvách, při kterých si promluvíme o problémech, které jí trápí. Vždy při následující návštěvě se k problémům vrátíme, zhodnotíme, zda se problémy eliminovaly, či přetrvávají. Termín návštěv jsme si s pacientkou stanovili vždy jednou za čtrnáct dní v sobotu, přičemž v sobotu mezi návštěvami se s pacientkou spojíme telefonicky.

1. návštěva dne 16.11.2013

Na první návštěvě u pacientky jsme se podrobně seznámili s jejím zdravotním stavem a prostředím, ve kterém pacientka žije. Dále jsme pak poznali ošetřovatelku, která pacientce pomáhá a podařilo se nám zastihnout i pacientčina bratra. Od ošetřovatelky i bratra jsme zjišťovali pacientčin denní režim a problémy, které oni vnímají. Se samotnou pacientkou jsme poté probrali to, co jí nejvíce trápí, co ona vnímá jako největší aktuální problém. Dle stupnice Nortonové jsme stanovili riziko vzniku dekubitů s výsledkem 30, tedy bez rizika vzniku. Dále jsme provedli Barthelův test základních všedních činností s výsledkem 75, což je lehká závislost.

Jako největší problémy, které pacientka uvedla, bylo to, že se nemůže starat o domácnost tak, jak by si představovala, to, že její vztah s dcerou není ideální, že je závislá na ostatních a nemůže jít jen tak sama ven, dle jejich slov uvedla třeba nakupovat. Hodně ji omezuje to, že se nemůže například sama osprchovat. Vadí jí ztráta intimity.

Největší problém, který vidí její ošetřovatelka, je, že pacientka se bojí sama chodit a osamostatňovat se. Bojí se, že upadne, že to nezvládne. Potřebovala by více sebevědomí a jistoty.

Dle pacientčina bratra je největší problém v tom, že pacientka žije bez partnera a nemá dostatečnou podporu své dcery. Podle jeho slov on nedokáže tyto dvě složky nahradit.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

00155 RIZIKO PÁDŮ

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Rizikové faktory: absence protiskluzového materiálu ve sprše, potíže s chůzí, snížená síla dolních končetin, zhoršená fyzická pohyblivost.

Cíl dlouhodobý: pacientka do příští návštěvy dodržuje zásady bezpečného pohybu po svém bytě.

Cíl krátkodobý: pacientka je během dvouhodinové návštěvy edukována o zásadách bezpečnosti při pohybu po svém bytě.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Pacientka do příští návštěvy zná a chápe zásady bezpečného pohybu po svém bytě.

Pacientka po skončení edukace chápe nutnost odstranění nebezpečných materiálů ve svém bytě.

Pacientka po skončení edukace chápe, že pokud si není v pohybu jistá, je důležité požádat o pomoc jinou osobu.

Pacientka pravidelně spolupracuje při nácvičce chůze s fyzioterapeutem.

Plán intervencí:

Zhodnot' ihned prostředí pacientčina bytu. (všeobecná sestra)

Proved' ihned edukaci pacientky v bezpečném pohybu po bytě. (všeobecná sestra)

Ověř si po provedené edukaci, že pacientka dané věci rozumí. (všeobecná sestra)

Odstraň po edukaci z pacientčina bytu předměty, které by ohrožovaly pacientčin bezpečný pohyb. (všeobecná sestra)

Upozorni pacientku ihned po odstranění nebezpečných předmětů, na kterých místech a jaké předměty byly odstraněny. (všeobecná sestra)

Realizace:

Zhodnotila jsem prostředí pacientčina bytu. (všeobecná sestra)

Edukovala jsem pacientku v bezpečném pohybu po bytu. (všeobecná sestra)

Ověřila jsem si určitými otázkami, že pacientka dané problematice rozumí. (všeobecná sestra)

Odstranila jsem z bytu nebezpečné předměty a následně pacientku na nové skutečnosti upozornila. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Hodnocení bude provedeno při následující návštěvě.

00053 SOCIÁLNÍ IZOLACE

Doména 12: Komfort

Třída3: Sociální komfort

Určující znaky: smutek, zažívá pocity odlišnosti od jiných, nepřítomnost blízké osoby nebo osob, které by člověka podpořily.

Související faktory: změny tělesného vzhledu.

Dlouhodobý cíl: pacientka se do měsíce zúčastní programů dle svého přání.

Krátkodobý cíl: pacientka se s pomocí ošetřovatelky do příští návštěvy pokusí vyhledat aktivity/programy, které by jí zajímaly.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

pacientka má do příští návštěvy vymyšlené programy/aktivity, o které by měla zájem.

Plán intervencí:

Vyslechni si ihned pacientčiny pocity. (všeobecná sestra)

Kontaktuj po návštěvě pacientčinu dceru. (všeobecná sestra)

Podpoř pacientku v oblasti začlenění do aktivit/programů. (všeobecná sestra)

Realizace:

Vyslechla jsem si pacientku, která mi sdělila své pocity. (všeobecná sestra)

Podpořila jsem pacientčinu chuť začlenit se do nových aktivit. (všeobecná sestra)

Kontaktovala jsem po návštěvě pacientčinu dceru, bez úspěchu. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Hodnocení bude provedeno při následující návštěvě.

00182 SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Určující znaky: vyjadřuje touhu zlepšit sebepéči, vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost při udržování osobního vývoje, vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost při udržování zdraví.

Dlouhodobý cíl: pacientka se do poslední návštěvy dokáže bez pomoci sama osprchovat.

Krátkodobý cíl: pacientka do příští návštěvy provádí nácvik sebepéče při sprchování za pomoci ošetřovatelky.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Pacientka pravidelně provádí nácvik sebepéče při sprchování.

Pacientka dodržuje zásady bezpečného pohybu po bytě.

Plán intervencí:

Zhodnot' během první návštěvy prostředí pacientčiny koupelny. (všeobecná sestra)

Doplň do druhého dne koupelnu o bezpečnostní prvky, především o protiskluzovou podložku do sprchového koutu a protiskluzovou předložku před sprchový kout. (všeobecná sestra)

Informuj pacientku ihned po doplnění bezpečnostních prvků. (všeobecná sestra)

Vyslechni během první návštěvy pacientčiny pocity a obavy z nácviку sebezpečie při sprchování. (všeobecná sestra)

Realizace:

Zhodnotila jsem prostředí pacientčiny koupelny. (všeobecná sestra)

Nakoupila jsem do druhého dne vhodné pomůcky do koupelny, které jsem s pacientkou předem konzultovala. (všeobecná sestra)

Informovala jsem pacientku o nových předmětech v koupelně. (všeobecná sestra)

Vyslechla jsem pacientčiny obavy. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Hodnocení bude provedeno při následující návštěvě.

TELEFONICKÝ ROZHOVOR DNE 23.11.2013

S pacientkou jsme se domluvili, že další sobotu dne 23.11.2013 se spojíme telefonickou cestou a popovídáme si o tom, jak se jí daří, co se událo mezi tím, co jsme se neviděli.

V předem domluvenou hodinu proběhl telefonický rozhovor. Pacientka nám sdělila, že se jí daří dle možností dobře, dál cvičí s fyzioterapeutem chůzi a posiluje svalstvo. Odstraněné předměty z bytu hodnotí kladně, cítí se při pohybu po bytu jistěji a bezpečněji. Při sprchování si zatím jistá není a potřebuje pomoc, dál ale pilně trénuje nácvik. S ošetřovatelkou vymyslely několik aktivit a již se těší, až nám o nich příští návštěvu sdělí podrobnosti. Doufá, že budeme s danými aktivitami souhlasit a budeme mít radost.

2. návštěva dne 30.11.2013

Druhá návštěva proběhla ve velice přátelském duchu. Pacientka se cítí dobře, sama říká, že má novou motivaci. Těší se na to, že vše se v dobré obrátí. Doufá v to, že se podaří najít dárce ledviny a ona nebude muset dojíždět dvakrát v týdnu na hemodialýzu. Pacientka se dle domluvy z minulé návštěvy zamyslela nad tím, co by jí pomohlo, aby se necítila sama a nebyla odtržená od ostatních. Situaci vyhodnotila tak, že jí hodně chybí věci a činnosti, které jsou pro druhé naprosto běžnou součástí života. Pacientka by si přála pravidelně chodit ke kadeřnici, chtěla by si dopřát masáž, chtěla by si přečíst knížku. Přála by si zažívat znovu to, co před nástupem jejího onemocnění. S fyzioterapeutem pravidelně jednou týdně nacvičuje chůzi a posiluje svalstvo. S ošetřovatelkou pravidelně každý večer nacvičují sebepěči při sprchování. Stále si ale není pacientka jistá a sama se stále sprchovat neodváží. Nové problémy se nevyskytly. Naopak se pacientka cítí dobře.

Ošetřovatelská diagnóza *00155 RIZIKO PÁDŮ*

Hodnocení:

Pacientka byla edukována o bezpečném pohybu po bytu, při dnešní návštěvě dokáže zopakovat zásady bezpečného pohybu po bytu, tyto zásady dodržuje.

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza *00053 SOCIÁLNÍ IZOLACE*

Hodnocení:

Pacientka se zamyslela, o co by měla zájem v rámci aktivit, které by jí pomohly překonat izolaci od okolního světa. Pacientka projevila zájem o možnost přečíst si knihu, navštěvovat pravidelně kadeřnici a maséra. Protože vzhledem k jejímu hendikepu by nebyla jednoduchá přeprava ke kadeřnici nebo masérovi, dohodli jsme se společně s pacientkou, že jí domluvíme návštěvu těchto dvou odborníků přímo u ní v domácnosti. Ihned jsme zmíněným pracovníkům zavolali a pokusili se slib splnit. Ani jeden z nich neměl problém se zastavit a návštěvu u pacientky uskutečnit. Na další

týden ve středu byla objednaná kadeřnice, na pátek masérka. Radost pacientky neznala mezí. Bylo vidět, že ihned se jí zlepšila nálada. Co se týče přání čtení knih, tak i tuto záležitost jsme vyřešili. Pacientka nám řekla, jaký žánr by si přála a my přislíbili sehnat do příští návštěvy knihy v mluvené verzi na CD. Návrh, zda by nechtěla zjistit jiné aktivity i mimo domov, zatím pacientka odmítla. Byla spokojená, že vyšla tato přání a sama podotkla, že prozatím jí tyto záležitosti budou ke štěstí stačit.

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza *00182 SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI*

Hodnocení:

Pacientka se snaží nacvičit sebek péči v hygieně konkrétně v samostatném osprchování. Právě tato oblast ji trápí nejvíce z důvodu ztráty intimity.

Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl bude zhodnocen při další návštěvě.

TELEFONICKÝ ROZHOVOR DNE 7.12.2013

Opět jsme se spojili s pacientkou po týdnu od druhé návštěvy. V předem domluvenou hodinu jsme pacientce zavolali. Pacientka působila pozitivně, ptali jsme se na návštěvu kadeřnice a masérky. Pacientka byla nadšená, obě návštěvy si moc užila, připadá si zregenerovaná. Masérka jí uvolnila krční páteř, která ji pobolívala z častého sezení. Kadeřnice vytvořila slušivý účes. Nácvik sebek péče probíhá dál, poslední sprchování proběhlo již s minimální dopomocí.

3. návštěva dne 14.12.2013

Vánočně laděná návštěva proběhla opět v přátelském duchu. Pacientka byla pozitivně naladěná, nejen, že se těšila na přicházející Vánoce, ale především ji začala častěji navštěvovat dcera, což pacientku naplňuje optimismem, že jejich vztah není zcela ztracen. Vyskytl se ale nový problém v podobě zácpy. Velice pozitivní zpráva přišla ze strany sebeděže, pacientce se povedlo poslední čtyři sprchování provést zcela samostatně. Sama říká, že je to pro ni velký pokrok. Spolupráce s fyzioterapeutem pokračuje i nadále. Pacientce jsme předali knihy v mluvené formě na CD, tak, jak jsme slíbili, její radost byla veliká.

Ošetrovatelská diagnóza *00182 SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI*

Hodnocení:

Pacientka zvládla nacvičit sebeděči v hygieně, konkrétně ve sprchování. Na začátku potřebovala pomoc, nyní zvládne celý proces sprchování sama. Jedná se o velký přínos nejen pro fyzickou, ale především psychickou stránku pacientky. Ztráta intimity ji trápila, nyní cítí opět jistotu a má chuť se zdokonalovat i v dalších běžných denních činnostech.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

Nově vzniklá ošetrovatelská diagnóza *00011 Zácpa*

Určující znaky: námaha při defekaci, vzedmuté břicho, snížená frekvence stolice.

Související faktory: nedostatečná fyzická aktivita, nedostatečný příjem vlákniny.

Dlouhodobý cíl: pacientka netrpí do 5 dnů zácpou.

Krátkodobý cíl: pacientka je během dnešní návštěvy edukována o správných stravovacích návycích.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Pacientka na konci dnešní návštěvy zná správné stravovací návyky.

Pacientka po edukaci ví, které potraviny obsahují velké množství vlákniny.

Plán intervencí:

Zhodnot' ihned pacientčiny stravovací návyky. (všeobecná sestra)

Edukuj během návštěvy pacientku ve správném stravování. (všeobecná sestra)

Realizace:

Zhodnotila jsem ihned stravovací návyky pacientky. (všeobecná sestra)

Edukovala jsem pacientku o správném životním stylu. (všeobecná sestra)

Doporučila jsem pacientce potraviny bohaté na vlákninu. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Hodnocení bude provedeno při následující návštěvě.

TELEFONICKÝ ROZHOVOR DNE 21.12.2013

Telefonický rozhovor proběhl tři dny před Vánoci. Pacientku jsme zastihli svátečně naladěnou, těšící se z příjemné atmosféry. Vánoce pacientka stráví společně s bratrem, jeho rodinou a především jí udělala radost dcera, která přislíbila pacientce, že stráví Vánoce společně. Pacientka poctivě cvičí a slíbila, že nebude zahálet ani o Vánocích. S pacientkou jsme si potvrdili termín příští návštěvy a s přáním krásných svátků jsme se rozloučili.

TELEFONICKÝ ROZHOVOR DNE 25.12.2013

Na první svátek Vánoční nás překvapil telefon, který zazvonil krátce po sedmnácté hodině. Na druhé straně telefonu se ozval známý hlas, volala pacientka, že musí zrušit sobotní návštěvu a hned s radostí vysvětlovala důvod. Musíme se přiznat, že důvod, proč pacientka zrušila další návštěvu, nám vyrazil dech. Pacientka byla totiž hospitalizována v pražském zdravotnickém zařízení z důvodu transplantace ledviny. Vyprávěla, jak probíhal samotný převoz do zdravotnického zařízení. V noci 23.12. pacientce zazvonil mobilní telefon, kdy jí bylo oznámeno, že se pro ni našel vhodný dárcce ledviny. Pak se již vše seběhlo velice rychle, sanitní vůz, převoz do pražské

nemocnice, příprava na operaci a následně probuzení z narkózy. Jak pacientka uvedla, když se dozvěděla, že operace proběhla v pořádku a vše se povedlo, bylo to to nejkrásnější probuzení, které zažila a zároveň ten nejkrásnější vánoční dárek, jaký kdy mohla dostat. Po operaci se pacientce daří dobře. Udává bolesti operační rány, říká si proto o analgetika. Domluvili jsme se, že po propuštění do domácího ošetřování se mi pacientka ozve a my ji opět navštívíme.

4. návštěva dne 18.1.2014

Poslední návštěva neproběhla po čtrnácti dnech dle původní domluvy, ale museli jsme ji po vzájemné dohodě z důvodu transplantace přesunout. Pacientka vypadá velice dobře, cítí se sice unaveněji, ale šťastně. Přihojování ledviny probíhá úspěšně, operační rána je zhojena per primam, zašita byla vstřebatelným stehem.

Ošetrovatelská diagnóza *00011 Zácpa*

Hodnocení:

Zácrou pacientka již netrpí. Od stanovení ošetrovatelské diagnózy uběhlo již více času, než jaký jsme si stanovili. Bylo to tím, že pacientka byla hospitalizována kvůli transplantaci ledviny. Pacientka dodržela všechny zásady, které jsme si společně určili a zácra byla během 4-5 dnů pryč.

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn.

Závěrečné hodnocení

S pacientkou jsme strávili čtyři několikahodinové návštěvy. Snažili jsme se jí pomoci nejen v ošetrovatelských problémech, ale i ve zlepšení jejího psychického stavu. Stručně řečeno být jí oporou. Během našich „ošetrovatelských setkání“ jsme se přesvědčili, že život umí být nejen krutý, ale dokáže si pohrát s osudy lidí až neuvěřitelně. V tomto případě v přesně načasovaném vánočním dárku v podobě transplantované ledviny. Pacientka je neuvěřitelně silný člověk, který ani přes nepřízeň osudu, finanční a v neposlední řadě zdravotní problémy, neztrácí chuť do života. Se svým osudem se pere statečně, po úspěšné transplantaci se chce přihlásit do rehabilitačního ústavu, kde chce zdokonalit svůj pohyb a tím si otevřít cestu k dalším možnostem. Především by si přála zapojit se opět do normálního života, alespoň z části takového, jaký byl před jejím onemocněním. S pacientkou i nadále neztrácíme kontakt a věříme, že naše přátelství bude pokračovat ještě hodně, hodně dlouho a my jí budeme moci pomáhat, jak jen bude v našich silách.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V oblasti ošetrovatelské péče o nevidomé pacienty jsme stanovili tato doporučení:

- respektovat nevidomého pacienta jako bio-psycho-sociální bytost,
- umožnit všeobecným sestřám další vzdělávání v oblasti psychologie a jednání s postiženým pacientem,
- snažit se vždy poskytovat nevidomému pacientovi ucelené, jasné a přehledné informace,
- respektovat práva pacientů,
- zapojovat rodinu a blízké osoby do procesu uzdravování nevidomého pacienta,
- snažit se získat si u nevidomého pacienta důvěru,
- neustále se snažit být nevidomému pacientovi oporou,
- klást si za prioritu efektivnost a správnost vykonávané ošetrovatelské péče,
- nabídnout nevidomému možnost vyjádřit svůj strach a obavy,
- snažit se mít na nevidomého pacienta vždy dostatek času.

ZÁVĚR

Tématem pro vypracování bakalářské práce bylo specifika ošetrovatelské péče o úplně nevidomého pacienta z pohledu všeobecné sestry. V textu teoretické části práce bylo přistoupeno k ozřejmění několika zásadních informací, a to od role všeobecné sestry až po psychiku nevidomého, či přiblížení organizací, které se zabývají pomocí nevidomým.

V praktické části práce jsme vypracovali ošetrovatelský proces podle C. Roy a seznámili čtenáře s životním příběhem nevidomé pacientky.

Za cíl bylo stanoveno seznámit všeobecné sestry bez ohledu na to, na jakém nemocničním oddělení pracují, s jednáním s nevidomým pacientem a přiblížit jim, jak se takový pacient cítí. Z tohoto hlediska můžeme považovat cíl za splněný.

Výstupem práce je brožura, ve které jsou shrnuty praktické informace, jak bychom měli k takto postiženým pacientům přistupovat. Brožura vznikla ve spolupráci s nevidomou pacientkou na podkladě jejích zkušeností ze zdravotnických zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARCHALOUSOVÁ, A. a Z. SLEZÁKOVÁ, 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK. ISBN 80-86225-63-1.

BENDOVÁ, P., K. JEŘÁBKOVÁ a V. RŮŽIČKOVÁ, 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1436-8.

BUBENÍČKOVÁ, H., P. KARÁSEK a R. PAVLÍČEK, 2012. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: Tiskárna Helbich. ISBN 978-80-260-1538-3.

DOSKOČILOVÁ, Pavlína. *Vzdělávání osob se zrakovým postižením v České republice a Německu – komparační studie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2001. *Ošetrovatel'stvo - teória*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-086-0.

FINKOVÁ, D., 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2742-3.

KIMPLOVÁ, T., 2010. *Ztráta zraku*. 1. vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-917-9.

KOLÍN, J., 2007. *Oční lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1325-3.

KRAUS, H. a kol., 1997. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-079-1.

MICHÁLEK, M., P. VOJTÍŠEK a J. VONDRÁČKOVÁ, 2010. *Váš nevidomý pacient*. 1. vyd. Praha: Okamžik. ISBN 978-80-86932-26-2.

MONATOVÁ, L., 1998. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozšířené vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-60-5.

NANDA, International, 2010. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3423-1.

NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1717-6.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-7-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3422-4.

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1211-3.

WIENER, P., 2006. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 1.vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS. ISBN 80-239-6775-4.

PŘÍLOHY

Příloha A – Anatomie oka	I
Příloha B – Kompenzační pomůcky	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	IX
Příloha D – Informační brožura	X

Příloha A - Anatomie oka

Oko, neboli bulbus oculi je smyslový orgán, který slouží k detekci optických podnětů, které člověk přijímá. Oko je adaptováno na percepci elektromagnetického světelného záření v rozsahu 400 až 760 nanometrů. Oko je schopno prostorového vidění, a to jak barevného, tak i černobílého (Naňka, Elišková, 2009).

Bulbus oculi je uloženo v orbitě, kde leží na tukovém polštáři. Pohyby oka jsou řízeny šesti okohybnými svaly (musculi bulbi) na každém oku. Přední část oka je svlažována slzami, víčka zajišťují oku ochranu. K oku náleží již výše zmíněná víčka, dále slzný aparát, okohybné svaly a spojivka, tyto orgány souhrnně nazýváme přídatné orgány oka (Kolín, 2007).

Oko je přibližně ve tvaru koule, přičemž jeho průměr je zhruba 25 milimetrů. Oko je tvořeno ze tří vrstev. První vrstva, vrstva vnější (tunica fibrosa), jejíž hlavní úlohou je mechanická ochrana oka. Další vrstva, vrstva střední (tunica vasculosa) je určena hlavně k výživě oka. Třetí a zároveň poslední vrstvou oka je vrstva vnitřní (tunica intima), jejíž součástí je sítnice (retina), jenž obsahuje vlastní receptorové buňky. Z retiny jsou vedeny podněty dále do Centrální nervové soustavy, kde jsou zpracovávány (Naňka, Elišková, 2009).

Naňka a Elišková (2009) uvádějí ve své publikaci, že oko je vyživováno cestou arteria ophthalmica, která vstupuje do očníce přes canalis opticus a nadále se dělí. A. centralis retinae vstupuje do nervus opticus a probíhá s ním k papilla nervi optici. Zde se větví na dolní a horní větev. Tyto větve se dělí na nasálně a temporálně. Všechny vrstvy sítnice jsou vyživovány z výše zmiňované a. centralis retinae. Čípky, tyčinky a pigmentový epitel jsou zásobovány přes aa. ciliares posteriores breves, aa. ciliares posteriores longae zásobují corpus ciliare a duhovku. Rohovka zásobována není, je bezcévná. Žilní krev odtéká do v. ophthalmica superior et inferior (Naňka, Elišková, 2009).

„Senzitivní inervace je zajištěna z první větve trigeminu. Senzorické podněty vede nervus opticus, který obsahuje axony gangliových buněk sítnice.“ (Naňka, Elišková 2009, s. 316).

Příloha B - Kompenzační pomůcky

Orientace v prostoru

Jedním ze základních kompenzačních cílů je dosažení samostatného pohybu a orientace ať již v prostředí pro nevidomého známém, či méně známém. Na tom, jak rychle se dokáže nevidomý začlenit zpět do normálního života, zpět ke své práci a koníčkům se podílí mnoho faktorů od výchovy, správného pedagogického vedení až po strach nevidomého z okolí a schopnosti být samostatným (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Mezi základní pomůcky, které nevidomému usnadňují chůzi, je **Bílá hůl**. Tento prostředek je tu pro nevidomé jedince již přes padesát let. Od svých začátků ale změnila jak svou délku, tak materiál, ze kterého se vyráběla. Co ale stále zůstává stejné, jsou její funkce. Bezpečnostní, ochranná, orientační a informativní funkce jsou neměnné (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006) ve své publikaci uvádějí, že v dnešní době rozdělujeme bílé hole do několika typů, podle určitých parametrů, kterými jsou:

Délka hole:

Krátká standardizovaná hůl, tato hůl měří vždy devadesát centimetrů a její funkce je především informativní, nevidomý tuto hůl používá převážně při chůzi v prostředí, které je mu známé, například v prostředí svého domu nebo při chůzi se slepeckým psem.

Dlouhá nestandardizovaná hůl, výška této hole se odvíjí od výšky postavy nevidomého jedince. Dle Wienera (2006, s. 18) by měla být délka hole taková, „aby kolmo postavená k podložce dosahovala ke spodnímu konci sternu (hrudní kosti).“

Funkce hole:

Hůl bereme jako oporu pro nevidomého, je důležitá pro prostorovou orientaci a v neposlední řadě je důležitá pro signalizaci pohybu nevidomé osoby.

Skladnost hole:

- Hůl pevná
- Hůl teleskopická
- Hůl skládací (v České republice se vyrábějí hole, které se skládají buď ze třech dílů, pěti nebo sedmi dílů)

Dále Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006) uvádějí, že na bílou hůl jsou kladeny určité nároky, které musí být splněny, patří mezi ně:

- Bílá hůl musí mít držadlo, ať už dřevěné, korkové, či z umělé hmoty
- Bílá hůl musí mít dlouhé tělo
- Bílá hůl musí mít koncovku, která má nejčastěji kuželovitý tvar
- Bílá hůl musí mít v neposlední řadě poutko, které brání vypadnutí hole nevidomému z ruky

Mezi další pomůcky, které usnadňují nevidomému jeho pohyb a orientaci, patří Akustický majáček. Toto zařízení díky zvuku pomáhá navádět nevidomého k cíli. Akustický majáček má podobu malé krabičky. Po zapnutí tohoto přístroje vysílačkou vydává pravidelný tikavý zvuk. Na základě tohoto zvuku může udržovat nevidomý přímý směr. Dalším přístrojem je Digitální hlasový majáček. Tento přístroj se liší od předchozího tím, že se do něho mohou namluvit dvě fráze. Lépe řečeno dvě hlasová sdělení, která jsou určena nevidomým. Vysílačka je zařízení, díky kterému se dají aktivovat předchozí dva přístroje, tedy Akustický majáček a Digitální hlasový majáček. Vysílačka je vyráběna ve dvou podobách, buď jako samostatná podlouhlá krabička, kterou nosí nevidomý obvykle v kapse nebo druhou možností je zabudovaná vysílačka přímo pod držadlem bílé hole. U prvního typu vysílačky je nevidomému k dispozici šest tlačítek. První tlačítko spustí buď Akustický majáček nebo Digitální hlasový majáček, druhé tlačítko spustí první frázi na Digitálním hlasovém majáčku, další tlačítko, v pořadí třetí, spustí informaci o příjíždějící MHD, přesněji řečeno o číslu a cílové stanici, čtvrté tlačítko spustí informaci, která je určena řidiči a sděluje, že se chystá nastoupit nevidomý, páté, předposlední tlačítko, slouží k aktivaci signalizace

na přechodech pro chodce, která nevydává zvuk stabilně. Poslední, šesté tlačítko, dosud nenašlo své využití. Druhý typ vysílačky má tlačítka tři a ta na sebe přebírají všechny funkce prvního typu. Tyflosonar je zařízení ve tvaru krabičky, které pracuje na podkladu odražení krátkých ultrazvukových vln. Tímto principem detekuje nevidomý překážku ještě dřív, než by se s ní setkal. Toto zařízení nosí nevidomý zavěšené na krku. Do okolí je vysílán signál, jehož doba návratu je vyhodnocena a nevidomému předána ve formě tónu do sluchátek (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Vodící pes

Vodící pes výrazně usnadňuje pohyb nevidomého. Než ale nevidomý o psa zažádá, musí sám zvládat pohybovat se ve svém okolí. I poté, co nevidomý získá psa, je to pořád on, kdo dává povely, nevidomý musí vědět, kam jde a kde se pohybuje, pes není náhradou hole, je pouze dobrým pomocníkem. Nevidomý musí být dostatečně psychicky a fyzicky silný a zdatný, aby se dokázal o svého psího pomocníka každý den starat. Co se týká přítomnosti vodícího psa ve zdravotnickém zařízení, je na místě myslet na to, že vodící pes je brán jako kompenzační pomůcka, tudíž nevidomý má právo nechat se vodícím psem doprovodit až do ambulance, či k ošetření (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Indikátor světla

Pod tímto názvem se skrývá přístroj, který pomáhá rozlišovat nevidomému světlo a tmou. Dále ho nevidomý může využívat i pro rozlišení prázdného či popsaného papíru. V případě, že je papír popsaný vydává tento indikátor jinou tóninu než když je list papíru prázdný (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Volný čas

Pro nevidomé existuje nepřeberné množství stolních her, které jsou opatřeny hmatovými prvky. Namátkou můžeme uvést například Člověče nezlob se, Dámu, či Šachy. Z karetních her můžeme jmenovat kupříkladu kanastové či mariášové karty. Výjimkou není ani ozvučený míč (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Domácnost

V této kategorii bychom rádi uvedli především Indikátor hladiny. Tento přístroj je nepostradatelný při nalévání horké vody do nádoby. Přístroj má podobu krabičky, ze které vycházejí dva úchyty, kterými se přístroj připevňuje k nádobě. Když se tekutina dotkne konců těchto úchytek, začne vydávat přístroj tón. Tato zařízení existují i ve větších velikostech. Ta se potom používají například při napouštění vany. Pomocí přísavky se umístí do požadované výšky hladiny vody (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Výpočetní technika

Dostupnost výpočetní techniky považujeme za velice důležitý mezník v gramotnosti nevidomých osob. Díky výpočetní technice mohou nevidomí uživatelé informace nejen poslouchat a číst, tedy přijímat pasivně, ale také se aktivně účastnit, tedy něco vytvářet. Kompenzační pomůcky v podobě počítačů se objevily začátkem 90. let. Počítač pomáhá nevidomému ve spoustě věcí, kterými jsou například zvýšení nezávislosti, může sloužit jako úložna kontaktů a adres, nevidomý může přes počítač číst knihy, články, emaily, ale také tyto věci tvořit a komunikovat tak s ostatními lidmi. Dále může počítač sloužit ke studiu a trávení volného času (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Nevidomému uživateli jsou informace zpřístupněny v textové podobě, pomocí odečítače obrazovky, neboli screen-readeru, informace jsou získávány lineárně, obsluha počítače je vykonávána výhradně přes klávesnici, která je opatřena klávesovými povely. Nevidomí občané s počítačem pracují analyticky, tedy musí se naučit jednotlivé postupy a řešení (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Hlasové syntézy

Hlasová syntéza je program, díky kterému je zajišťován hlasový výstup dalším programům. Jedná se o odečítače obrazovky nebo softwarové lupy. Hlasová syntéza tedy slouží jako převodník vstupního textu na mluvenou podobu. V naší zemi je nejčastěji používána hlasová syntéza v češtině, ale existují také syntezátory cizojazyčné (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Odečítače obrazovky

Screen-reader, neboli odečítač obrazovky je speciální software, jenž převádí informace z operačního systému do alternativního výstupu, a to buď do podoby hlasové nebo hmatové. Pokud je podoba hlasová, jsou informace nevidomému předčítány, pokud je výstup hmatový, je převeden do braillova písma (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Braillovský řádek

Braillovský řádek je zařízení ve tvaru kvádrů, horní strana zařízení je osazena řadou piezoelektrických elementů, které slouží k zobrazení písmen braillovské abecedy. Braillovský řádek tedy umožňuje zobrazit textové informace pomocí Braillova bodového písma. Standardně jsou vyráběny 20, 40 a 80 znakové řádky. Braillovské řádky obsahují i řadu tlačítek, které jsou určeny k posouvání zobrazeného textu na řádku, aniž by nevidomý musel přesunout ruce z Braillovského řádku na klávesnici a zase zpět. Toto zařízení se k počítači připojuje buď přes kabel, či je možné provést připojení bezdrátově. Zařízení je určeno především pro lidi, kteří jsou nevidomí od dětství, je totiž nutné pro užívání tohoto zařízení zvládat čtení Braillova písma (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Braillovská tiskárna

Tato tiskárna reliéfních znaků umožňuje nevidomým oboustranný tisk textu na papír, a to buď v osmibodovém nebo šestibodovém Braillově písmu. Tiskárnu je třeba připojit k počítači, není autonomní. Aby nevidomý tuto tiskárnu mohl používat, je nutné text, který je určený k tisku, předem upravit. K této úpravě je možné využít MS Word, který je doplněný o speciální šablonu nebo textový editor WinBraille (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Speciální zápisníky

Zápisníky jsou speciální zařízení, které mají pro nevidomé nespočet výhod. Mezi hlavní výhody patří možnost dlouhého provozu bez nutnosti napájení ze sítě, mají braillovskou klávesnici, obsahují diář, editor textu, adresář, či kalkulačku. Vedle výhod mají zápisníky samozřejmě i nevýhody, mezi ně patří hlavně vyšší pořizovací cena než

je například u notebooku a zastaralé hardwarové vybavení (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Digitální čtecí zařízení

Digitální čtecí zařízení je pomůcka na bázi počítače, která umožňuje číst, zpracovávat a uchovávat informace nevidomým uživatelům. Tato pomůcka je vhodná i pro nevidomé, kteří o zrak přišli v průběhu života a nejsou schopni se již naučit číst Braillovo písmo a jsou odkázáni pouze na hlasový výstup (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Mobilní telefony s ozvučením

Běžný mobilní telefon se pro nevidomého zpřístupňuje pomocí screen-readeru, který zpřístupňuje operační systém a další aplikace telefonu a hmatové klávesnice. Aby si nevidomý mohl vybrat mobilní telefon, je důležité, aby byl kompatibilní s odčítačem obrazovky, je tedy třeba, aby telefon patřil do skupiny tzv. chytrých telefonů (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Pomůcky pro měření času

Hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem

Hodinky a budíky jsou nejžádanější pomůckou. Hmatové náramkové hodinky nejsou vzhledem k odklopnému víčku nevhodné pro nevidomé se špatným hmatem nebo masivními bříšky prstů. Hmatový budík má na rozdíl od náramkových hodinek displej dostatečně prostorný, aby nevidomý mohl pohodlně vyhmatat dané informace. Možnost je i hlasového budíku, který je v prodeji nejčastěji v češtině, němčině a angličtině. Hodinky a budíky se vyrábějí buď jako náramkové nebo k postavení na nábytek, možnost je i přívěsku na krk (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Pomůcky pro zápis Braillova písma

Psací stroje pro nevidomé

Tyto psací stroje umožňují psaní textu Braillovým písmem. Od běžného psacího stroje má několik odlišností. Jsou jimi odlišná klávesnice, způsob psaní a razící hlava. Při psaní je třeba používat slepecký papír ve formátu buď A4 nebo B4. Na zakázku je

možné vyrobit i psací stroj, který je uzpůsobený pro psaní a ovládání jednou rukou (například u nevidomých, kteří mají jednu ruku ochrnutou, či amputovanou) (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Tabulka na psaní Braillova písma

Tabulky pro psaní Braillova písma slouží nevidomému k rychlému zápisu informací. Tyto tabulky jsou tvořeny buď dvěma pláty z kovu nebo dvěma pláty z plastu. Tyto dva pláty se dají rozevírat. Spodní plát tvoří prohlubně, které jsou seskupené do šestibodových znaků, tyto prohlubně jsou seřazeny do řádku. Horní plát je tvořen obdélníkovými otvory pro zápis znaků. Slepecký papír se vkládá mezi pláty, které se k sobě následně přiklopí. Nevidomý poté bodátkem vytlačuje znaky Braillova písma do vymezeného prostoru (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče o úplně nevidomého pacienta z pohledu všeobecné sestry v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha D- Informační brožura

ÚVOD

Nevidomý pacient představuje, co se týče ošetrovatelské péče, určitý režim a specifika. V této brožuře se vám pokusíme přiblížit, o která specifika se jedná a usnadnit vám tak setkání s takto postiženým člověkem.

PŘÍJEM NEVIDOMÉHO NA VAŠE ODDĚLENÍ

Při příjmu nevidomého pacienta budete potřebovat více času než při příjmu pacienta bez poruchy zraku. Nevidomému pacientovi se představte, pokud budete chtít přidat k představení i podání ruky, nevidomému o tom řekněte. Například „Paní Nováková, nyní bych Vám chtěla na přivítanou podat ruku.“ Vyhnete se nepříjemné situaci v podobě natažené ruky k pozdravu, která není oplacena jen z toho důvodu, že pacient nevidí, že mu ruku nabízíte.

Nevidomému můžete nabídnout rámě a doprovodit ho do místnosti, kde budete mít na odběr ošetrovatelské anamnézy klid a nebudete nikým a ničím rušeni. Než však takto učiníte, vysvětlíte pacientovi, kam půjdete a proč. Například „Paní Nováková nyní společně půjdeme na vyšetřovnu, tam si spolu promluvíme, já se Vás zeptám na pár věcí, které souvisí s Vaší hospitalizací u nás na oddělení. Mohu Vám nabídnout rámě a doprovodit Vás?“ Při příchodu do zvolené místnosti pacientovi popište, kde se nacházíte a nabídněte mu židli.

Při odebírání ošetrovatelské anamnézy mluvte klidně, vyhraňte si dost času a na pacienta nespěchejte.

Po skončení odebírání anamnézy dejte nevidomému pacientovi prostor na otázky, na které by se chtěl zeptat.

PŘEDSTAVENÍ ODDĚLENÍ A POKOJE

Když skončíte s odebíráním ošetrovatelské anamnézy pacientovi, představte stručně chod oddělení a doprovodte pacienta na pokoj.

Při příchodu na pokoj doprovodte pacienta k jeho lůžku. Představte mu, jak pokoj vypadá, kde se nachází jaké zařízení pokoje. Zeptejte se, na jaké místo bude chtít dát signalizační zařízení, a zároveň mu vysvětlíte, jak signalizace funguje.

PODÁVÁNÍ STRAVY A LÉKŮ

Při podávání stravy se s pacientem vždy domluvte, zda chce stravu dát na jídelní stůl, či přistavit jídelní stůl k lůžku. Pacienta seznámte, co mu podáváte za stravu a zeptejte se, zda bude chtít něco například nakrájet. Pokud dáváte jídlo pacientovi ke stolu, kde mají jídlo i spolupacienti, řekněte pacientovi, který talíř je jeho. Předejdete tak možným nepříjemným pocitům nejistoty, zda strava patří skutečně jemu.

Při podávání léků pacienta obeznamte, kolik léků mu podáváte. Pokud je nějaký lék nový, sdělte i tuto skutečnost. Informovaný nevidomý pacient je klidný, vyhněte se nepříjemným situacím a ušetříte pacientovi stresující okamžiky. To samé platí i v případě podávání náhrady léku za jiný se stejnou účinnou látkou. Nevidomý si často pamatuje léky podle tvaru či velikosti, obeznamte pacienta o případných změnách. Pokud si pacient bude chtít léky vzít sám, řekněte mu počet léků. Nezapomeňte pacientovi poskytnout dostatečné množství vhodné tekutiny k zapití léků.

HYGIENICKÁ PÉČE

V této oblasti je nutné mít na paměti, jak si je nevidomý v péči o svou osobu jistý. Vždy mu ale nabídněte pomoc a ujistěte se, že pacient danou věc zvládne sám. V případě potřeby pacienta doprovodte do koupelny a zajistěte mu dopomoc. Nezapomeňte dbát na pacientovu intimitu!

DOPROVOD NA VYŠETŘENÍ

Pokud je nutné nevidomého pacienta doprovodit k nějakému vyšetření, pacienta obeznamte, o jaké vyšetření se jedná a informujte ho, že ho doprovodíte. Zajistěte, aby bylo nevidomému vše řádně vysvětleno.

PROPOUŠTĚNÍ PACIENTA DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ

O propuštění pacienta do domácího ošetřování nebo překlada na jiné oddělení informujte nevidomého pokud možno co nejdříve, aby si byl schopen zařídit odvoz

od příbuzných nebo známých. Opět mu vše řádně vysvětlíte a dejte mu prostor pro jeho dotazy.

OBECNÉ RADY

- Na nevidomého pacienta nespěchejte, mějte na paměti, že si není v pohybu v neznámém prostředí jistý,
- dejte nevidomému prostor pro jeho dotazy,
- pokud budete nevidomému provádět jakýkoli výkon, nejprve mu vše vysvětlíte, samozřejmostí je slovní vyjádření před každým krokem výkonu,
- vyslechněte nevidomého, jeho obavy, případný strach,
- pokud je přítomen vyšetření pacientův doprovod, neobracejte se v komunikaci na něho, ale mluvte přímo s nevidomým,
- pokud je to možné, zapojte do procesu uzdravování i pacientovu rodinu,
- nebojte se dát pacientovi najevo radost z vydařených věcí,
- svůj úsměv můžete vyjádřit i slovně „Teď jste mi vykouznil úsměv na rtech.“
- Pokud přistupujete k pacientovi ležícímu například na lůžku, oslovte ho a až po ujištění, že ví, že mluvíte na něho, tak začněte s konverzací,
- nezapomeňte řádně označit do pacientovy dokumentace, že se jedná o nevidomého, pokud je na oddělení přítomno místo, kde jsou napsána jednotlivá obsazení pokojů, nezapomeňte poznačit tuto skutečnost i tam,
- nebojte se nabídnout nevidomému pomoc, ale za každou cenu mu ji nesnažte vnutit.