

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym okulistycznie na przykładzie problemów pacjentów z jaskrą, przed i po zabiegu trabekulektomii

Monika Kozestańska

Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu

Kozestańska M. Rola pielęgniarki w opiece nad chorym okulistycznie na przykładzie problemów pacjentów z jaskrą, przed i po zabiegu trabekulektomii. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 393-397.

Streszczenie

Wprowadzenie: Jedną z głównych przyczyn utraty wzroku jest jaskra, choroba która każdego roku pozbawia wzroku miliony ludzi. Obecnie na świecie żyje ponad 7 milionów osób, które z powodu jaskry bezpowrotnie utraciły wzrok.

Jak wynika z badań WHO, jedynie co drugi chory na jaskrę jest świadomy swojej choroby.

Z uwagi na fakt, że jaskra stanowi olbrzymi problem na całym świecie również w Polsce postanowiono zająć się tym tematem.

Cel pracy: Celem prezentowanej pracy jest ukazanie problemów ludzi chorych na jaskrę oraz wskazanie najważniejszych aspektów roli pielęgniarki w zakresie opieki pielęgniarskiej w tym schorzeniu, na podstawie przygotowania i pielęgnacji pacjenta po zabiegu trabekulektomii w oddziale okulistyki.

Materiał i metoda: Dla realizacji celów tej pracy zastosowano analizę literatury przedmiotu i metodę indywidualnego przypadku oraz następujące techniki badawcze: obserwację, wywiad, pomiar, analizę dokumentacji.

Opisano klinikę jaskry, metody leczenia ze szczególnym uwzględnieniem trabekulektomii. Ukazano problemy pielęgnacyjne i zasady opieki nad pacjentem chorym okulistycznie.

Wyniki: W wyniku przeprowadzanych badań osiągnięto cel główny niniejszej pracy, którym było ukazanie całościowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem chorym okulistycznie, na przykładzie problemów pacjentów chorych na jaskrę, przed i po zabiegu trabekulektomii.

Wnioski: Opieka nad chorym okulistycznie powinna być sprawowana w sposób kompleksowy. Celem jej jest pielęgnowanie na możliwie najwyższym poziomie, ukierunkowane na pomoc pacjentowi w osiągnięciu pełnej sprawności i radzeniu sobie w życiu codziennym.

Słowa kluczowe

opieka pielęgniarska, jaskra, trabekulektomia

WPROWADZENIE

Jaskra to grupa schorzeń charakteryzujących się postępującym niszczeniem nerwu wzrokowego [1]. Destrukcyjną towarzyszą charakterystyczne zmiany w tarczy nerwu wzrokowego, prowadzi ona do powstania ubytków w polu widzenia, ostatecznie kończących się ślepotą [2].

Światowa Organizacja Zdrowia uznała jaskrę za chorobę społeczną, stawiana jest na trzecim miejscu na liście najczęstszych przyczyn ślepoty [3].

Na świecie choruje na jaskrę około 67 milionów osób, z tego 7 milionów to osoby niewidome z powodu tej choroby [2]. Każdego roku z powodu jaskry traci wzrok około 2,4 miliona ludzi [4].

W Polsce leczy się około 65 tysięcy osób, a przyjmuje się że choruje około 600-700 tysięcy, to jest 3,5 % populacji. Leczy się więc tylko 10% chorych, reszta nieświadomie traci wzrok.

Według danych Polskiego Związku Niewidomych około 18-20% niewidomych w Polsce to niewidomi z powodu jaskry [2].

Poznanie czynników ryzyka choroby jest istotne dla planowania walki z tą chorobą opracowania badań przesiewowych i ustalenia grup ryzyka, wśród których należy wykonać szczegółowe badania [4].

Do głównych czynników ryzyka jaskry należą: dziedziczenie, rasa-czarna, podeszły wiek – choć chorują również dzieci i młodzież [2], niskie ciśnienie krwi, cukrzyca [4], migrena [5], miażdżyca [2], podwyższony poziom ciśnienia wewnątrzgałkowego [6], mała gałka oczna oraz wąski kąt przesączania.

Inne czynniki to krótkowzroczność [7] oraz bezdech śród-senny [8].

Postęp neuropatii w jaskrze jest nieuchronny, dlatego im wcześniej ją rozpoznamy, tym skuteczniej możemy hamować jej rozwój.

Rozpoznanie jaskry jest podstawą do rozpoczęcia leczenia, które trwa do końca życia. Celem leczenia jest zachowanie wzroku chorego na takim poziomie, który nie obniży jakości jego życia.

Wybranie sposobu terapii zależy to od typu jaskry oraz stopnia zaawansowania choroby. Efekt możemy osiągnąć trzema metodami: leczeniem zachowawczym, laserowym i chirurgicznym [9].

Farmakoterapia jest podstawową metodą leczenia większości postaci jaskry [10].

Wybór sposobu leczenia operacyjnego wymaga analizy zaawansowania choroby i jej typu. Należy również uwzględnić warunki socjalne pacjenta oraz zaangażowanie w proces leczenia.

W przeprowadzonych badaniach dowiedziono, iż po chirurgicznym leczeniu jaskry parametry pola widzenia pozostają stabilne [10].

Adres do korespondencji: Monika Kozestańska, Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu, ul. Żwirki i Wigury 33m70, 26-600 Radom
E-mail: monika-kozestanska@wp.pl

Nadesłano: 27 lutego 2012; zaakceptowano do druku: 20 listopada 2012



Mimo wielu nowych metod laserowych i chirurgicznych, to trabekulektomia pozostaje nadal „złotym standardem” w leczeniu jaskry [11].

Trabekulektomia polega na wytworzeniu nowej drogi odpływu cieczy wodnistej – wycinany jest element tkanki w niedrożnym kącie przesączania. Powinna być wykonana wtedy, gdy leczenie zachowawcze i laserowe nie dają oczekiwanych efektów [12]. Nie powstrzymuje postępu uszkodzenia nerwu II oraz ubytków w polu widzenia [7]. Jest to najskuteczniejsza i najczęściej stosowana metoda chirurgicznego leczenia jaskry, pozwala na obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego do poziomu, przy którym postęp choroby zostaje zahamowany.

Aby leczenie operacyjne jaskry odniosło sukces, należy chorego otoczyć skrupulatną opieką pooperacyjną [3]. Pacjent musi być poinformowany, że operacja przeciwjaskrowa nie poprawia i nie przywraca wzroku.

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy oraz przeprowadzonych na jej potrzeby badań jest próba przedstawienia istoty jaskry i metod jej leczenia oraz całościowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu trabekulektomii.

Główny problem niniejszej pracy zawiera się w pytaniu:

Jaki jest zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z jaskrą po zabiegu trabekulektomii?

Dokładniejsze poznanie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjenta i zaplanowanie optymalnej opieki pielęgniarskiej ułatwi wyodrębnienie kilku problemów szczegółowych.

1. Jakie problemy pielęgnacyjne i opiekuńcze występują u chorego z jaskrą po zabiegu trabekulektomii?
2. Które z występujących problemów są najbardziej uciążliwe dla chorego?
3. Jakie działania pielęgniarki pozwolą rozwiązać problemy pacjenta?
4. Jak zaplanować opiekę nad chorym okulistycznie?
5. Jakich wskazówek należy udzielić pacjentowi, aby dalsze leczenie w domu przyniosło zamierzony efekt?

MATERIAŁ I METODA:

Przedmiotem badań jest pacjent, jego problemy oraz potrzeby wynikające z choroby i jej leczenia operacyjnego.

Aby odpowiedzieć na pytania problemowe postawione w pracy, wybrano metodę indywidualnego przypadku, zwaną również w literaturze studium przypadku.

Dla realizacji celów tej pracy zastosowano następujące techniki badawcze: obserwację, wywiad, pomiar, analizę dokumentacji.

Narzędzia badawcze to: arkusz obserwacyjny, kwestionariusz wywiadu, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi [5].

Badania przeprowadzono w lipcu 2010 roku w Szpitalu Specjalistycznym na oddziale okulistycznym. Oddział, w którym przeprowadzono badania dysponuje 26 łózkami, sale chorych są 2- i 3-osobowe, sala POP oraz blok operacyjny wyposażony w wysoce specjalistyczny sprzęt medyczny do przeprowadzania operacji okulistycznych.

Obserwację w szpitalu prowadzono przez 6 dni, pacjent w pierwszym dniu pobytu był zamknięty w sobie, odizolowany, niechętny do rozmów. W kolejnych dniach stawał się

bardziej komunikatywny, otwarty, chętny do współpracy i rozmowy na temat swojej choroby. Rozumiał potrzebę przeprowadzenia badań diagnostycznych i konieczność zabiegu operacyjnego.

Informacje o pacjencie pochodzą z: obserwacji, kolejnych wywiadów z pacjentem, rozmowy z osobami bliskimi, analizy dokumentacji medycznej.

Przeprowadzone badania pozwoliły na uzyskanie niezbędnych informacji do postawienia prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia planu opieki.

CHARAKTERYSTYKA BADANEGO PACJENTA

Pacjent XY przyjęty na oddział okulistyki z dyżuru ostrego celem wykonania badań diagnostycznych i podjęcia leczenia z powodu nagłego, znacznego obniżenia ostrości wzroku, bardzo silnego bólu oka lewego i głowy w okolicy skroniowej.

Strefa biologiczna: lat 52, wzrost 178 cm, waga 88 kg, RR 126/ 74 mmHg, tętno 70 uderzeń/minutę; skóra czysta, bez wykwitów patologicznych.

Od 11 miesięcy leczy się z powodu jaskry zamykającego się kąta (JZK), przyjmuje krople do obu oczu: Oftensin, Trusopt, Xalatan. W styczniu 2010 roku u pacjenta wykonano iridotomię laserową, przebywa pod stałą kontrolą okulistyczną w poradni jaskrowej.

Pan XY od wczoraj odczuwa ból lewego oka oraz głowy w okolicy skroniowej, znaczne pogorszenie ostrości wzroku, tężowe koła wokół źródła światła, zaczerwienienie i łzawienie oka. Wstępne badanie okulistyczne pozwoliło na postawienie diagnozy – rozpoznanie kliniczne – ostry atak jaskry.

Mimo leczenia doszło do nagłego zamknięcia kąta przesączania, utrudniło to w znacznym stopniu odpływ cieczy wodnistej.

Dalsze badania ujawniły:

- tonometria – znacznie podwyższone ciśnienie śródgałkowe;
- perymetria – postępujące zmiany w polu widzenia;
- oftalmoskopia – postępujące zmiany na tarczy nerwu wzrokowego.

Po powtórny wykonaniu wcześniejszych badań i badań dodatkowych, analizie ich wyników oraz przeanalizowaniu sytuacji życiowej i zawodowej pacjenta zaproponowano radykalne leczenie operacyjne – zabieg trabekulektomii.

Za tą decyzją przemawiał młody wiek pacjenta, aktywność zawodowa oraz duże uszkodzenia jaskrowe.

Jest to drugi pobyt pacjenta w szpitalu z powodu choroby, nie leczy się na żadne inne choroby czy alergie, nie jest uczulony, pali papierosy. W rodzinie pacjenta po stronie matki jest osoba lecząca się z powodu jaskry. Poszczególne układy i narządy funkcjonują prawidłowo – poza narządem wzroku, mężczyzna nosi okulary od około 6 lat z powodu pogorszenia się ostrości wzroku. Obecnie widzenie pogorszyło się znacznie, co utrudnia samodzielne funkcjonowanie, pacjent wymaga pomocy podczas wykonywania codziennych czynności. Fakt ten powoduje izolację i zmniejszoną aktywność chorego.

Strefa psychiczna: stan psychiczny pacjenta niezadowalający. Chory odczuwa rozdrażnienie spowodowane bólem, niepokój wynikający z faktu przyjęcia do szpitala. Obniżony nastrój i brak poczucia bezpieczeństwa z powodu upośledzenia widzenia. Lęk przed planowanymi badaniami i zabiegiem, obawa o ból rany pooperacyjnej oraz efekty leczenia wynikają z niedostatecznej wiedzy na ten temat.



Pan XY ma obawy związane z codziennym funkcjonowaniem w środowisku domowym. Największym jednak problemem jest powrót do pracy.

Strefa społeczna: pacjent mieszka w Radomiu. Jest żonaty, ma dwie dorosłe córki. Mieszka z żoną i jedną z córek w domu jednorodzinnym. Warunki mieszkaniowe i materialne bardzo dobre. Jest osobą czynną zawodowo – architektem. Relacje i więzi rodzinne prawidłowe, może liczyć na wsparcie rodziny i przyjaciół.

WYNIKI

W wyniku przeprowadzanych badań, opierających się na studium indywidualnego przypadku, osiągnięto cel główny niniejszej pracy, którym było ukazanie całościowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu trabekulektomii w jaskrze.

Cel ten udało się osiągnąć poprzez udzielenie odpowiedzi na postawione w pracy pytania szczegółowe.

1. U pacjenta po zabiegu trabekulektomii występuje wiele problemów pielęgnacyjno -opiekuńczych. Najistotniejsze z nich to obawa o efekty leczenia oraz problem bólu.
2. Najbardziej uciążliwy problem dla chorego to znaczne pogorszenie widzenia, co wpłynęło na obniżenie nastroju, brak poczucia bezpieczeństwa, utrudniony kontakt z ludźmi, izolację i zmniejszoną aktywność, eliminację z ról zawodowych i rodzinnych.
3. Aby móc dobrze świadczyć opiekę nad chorym po trabekulektomii, pielęgniarka powinna być przygotowana do rozwiązywania problemów pacjenta poprzez działania pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz edukacyjne. Działania te mają na celu: psychiczne wsparcie, niwelowanie bólu, zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym, przygotowanie do samoopieki.
4. Opieka pielęgniarska nad chorym okulistycznie powinna być opieką holistyczną, zaplanowaną na podstawie diagnozy pielęgniarskiej, w oparciu o problemy i potrzeby wynikające z aktualnego stanu zdrowia pacjenta.
5. Mając na celu szybki powrót pacjenta do zdrowia, aktywności życiowej oraz zawodowej, należy przygotować chorego do samoopieki. Nauczyć zachowań zdrowotnych, udzielić wskazówek i zaleceń co do dalszego postępowania.

Podsumowując, sformułowano zasady opieki pielęgniarskiej nad pacjentem chorym okulistycznie (Tab. 1).

Troska o zdrowie podopiecznego powinna przejawiać się we wszystkich działaniach podejmowanych przez pielęgniarkę. Od niej oczekuje się profesjonalnych standardów zachowań oraz działań, które mają na celu afirmację zdrowia, powrót do zdrowia lub łagodzenie cierpienia. Opieka pielęgniarska nie może być jednak ograniczona do sfery potrzeb biologicznych, musi uwzględniać holistyczny wymiar człowieka, dostrzegać osobę w całym obszarze jej struktury osobowej [13].

„Opieka pielęgniarska to nie bycie przy osobie potrzebującej, ale stałe bycie z nią w jej troskach i nadziejach, dodawanie wiary i otuchy” [14].

Osoba niewidoma napotyka wiele trudności i ograniczeń z powodu utraty jednego z najważniejszych zmysłów. Jednak nie oznacza to, że nie jest możliwe jej przystosowanie się do sytuacji lub niezależnego, samodzielnego życia.

Niewidomi nie są jednolitą grupą, skutki ślepoty występują w różnym stopniu i nasileniu [15]. Opiekując się takim chorym, pielęgniarka musi mieć świadomość, że potrzebuje

on opieki w znacznie większym zakresie niż osoba bez upośledzenia wzroku, a problemy ograniczające jego sprawność i stwarzające utrudnienia w codziennym życiu są specyficzne. Planując opiekę, należy ustalić, w jakim stopniu i w jaki sposób choremu pomóc przezwyciężyć trudności oraz ułatwić adaptację do warunków szpitalnych.

Ważną rolą pielęgniarki jest zapoznanie pacjenta z rozkładem oddziały i pomieszczeń, z których będzie korzystał, zapewnienie prawidłowej orientacji w środowisku szpitalnym. Orowadzamy więc pacjenta po sali, umożliwiamy zlokalizowanie okna, umywalki, drzwi, wskazujemy przedmioty znajdujące się wokół łóżka – pacjent powinien je dotknąć. Udzielając informacji, używamy bardzo precyzyjnych określeń. Wskazane jest kilkukrotne przejście z chorym do łazienki, toalety – upewnienie się o jego przestrzennej orientacji. Osoba służąca za przewodnika przyjmuje podstawową zasadę – niewidomy bierze nas pod rękę, nie odwrotnie, bowiem przewodnik wysunięty do przodu napotyka jako pierwszy na różne przeszkody. Podczas korzystania ze schodów wystarczy często niewidomemu wskazać poręcz, która doprowadzi go na odpowiednie piętro. Chorego niewidomego lub z upośledzeniem wzroku umieszczamy na sali z osobami będącymi w stanie mu pomóc. Ważnym elementem jest zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa [16].

Kolejną zasadą, o której należy pamiętać, jest niezakłócanie porządku w otoczeniu chorego. Nie wprowadzamy żadnych zmian bez uzgodnienia z pacjentem, nie zmieniamy położenia łóżek, stałe powinno być położenie niezbędnych przedmiotów: dzwonek, okulary, laska. Chronimy pacjenta przed ewentualnym ryzykiem urazu fizycznego. Unikamy sytuacji, które mogłyby zostać odebrane jako zagrożenie i zaskoczenie. Informujemy pacjenta o wejściu i opuszczeniu sali przez personel oraz o wykonywanych lub planowanych czynnościach.

Obowiązują nas pewne zasady przy wykonywaniu podstawowych zabiegów okulistycznych. Wszelkie czynności wykonywane wokół narządu wzroku przyjmowane są z niechęcią a nawet lękiem przez osoby zdrowe, a tym bardziej chore. Wskazane jest przeprowadzenie rozmowy przed każdym zabiegiem, wyjaśnienie choremu celu zamierzonych czynności. Zabiegi pielęgnacyjne i lecznicze na oczach powinny być wykonywane ostrożnie, delikatnie i dokładnie. Okolice te są bardzo wrażliwe na dotyk, dlatego ruchy rąk powinny być spokojne i opanowane, aby nie sprawiały bólu i ucisku, które dodatkowo mogą uszkodzić tkanki oka.

Osoby wykonujące zabiegi okulistyczne powinny zadbać o ręce, odpowiednią pielęgnację skóry, paznokcie powinny być krótko obcięte, ręce umyte i zdezynfekowane przed każdym zabiegiem. Dłonie powinny mieć temperaturę ciała [17].

Opiekując się chorym, zwracamy uwagę, czy radzi sobie ze spożywaniem posiłków. Jeśli dostrzegamy problem, działania pielęgniarskie polegają na poinformowaniu o rodzaju posiłku, jego rozmieszczeniu na stole, pokierowaniu ręką chorego, a w razie konieczności nakarmieniu. Możemy posłużyć się sprawdzoną metodą, która pomaga określić rozmieszczenie potraw na talerzu, polegającą na porównaniu powierzchni talerza do tarczy zegara, informujemy pacjenta „na której godzinie” znajdują się jakie potrawy. Warto nauczyć chorego, aby wykorzystał nóż do lokalizowania jedzenia na talerzu. Dzięki temu nawet niewidomy bez pomocy palców może samodzielnie spożywać posiłki.

Choroba i hospitalizacja mogą być przyczyną lęku, obniżonego nastroju i poczucia niskiej wartości. Rolą pielęgniarki

Tabela 1. Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne u pacjenta leczonego operacyjnie z powodu jaskry oraz efekty działań pielęgnacyjnych.

Problemy pielęgnacyjne	Działania pielęgnarskie	Osiągnięty wynik działań pielęgnarskich
Niepokój związany z przyjęciem do szpitala.	<ul style="list-style-type: none"> • Zapoznanie pacjenta z personelem • zapoznanie z topografią oddziału • przedstawienie regulaminu i organizacji pracy w oddziale • okazanie akceptacji i szacunku • przedstawienie planu opieki pielęgnarskiej • zapewnienie możliwości kontaktu z rodziną • zapoznanie z innymi chorymi 	Pacjent częściowo opanovał niepokój. Poczucie bezpieczeństwa wzrosło.
Lęk przed zabiegiem operacyjnym.	<ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie psychiczne do planowanego zabiegu • okazanie cierpliwości • wyjaśnienie pacjentowi, jak ma się zachować w czasie i po zabiegu operacyjnym • umożliwienie kontaktu z lekarzem operacyjnym 	Lęk przed zabiegiem operacyjnym został zminimalizowany.
Ból oczu i głowy.	<ul style="list-style-type: none"> • podanie leków zgodnie z IKZL • zapewnienie ciszy i spokoju • okazanie maksimum cierpliwości 	Dolegliwości zostały złagodzone.
Lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego.	<ul style="list-style-type: none"> • stworzenie życzliwej atmosfery • umożliwienie kontaktu z psychologiem • nieograniczony kontakt z rodziną • umożliwienie kontaktu z innymi pacjentami po operacji 	Pacjent ma pozytywny stosunek do zabiegu operacyjnego.
Niebezpieczeństwo wystąpienie powikłań pooperacyjnych.	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi opieki pooperacyjnej • kontrola EKG, tętna, temperatury, saturacji • dokumentowanie parametrów • zastosowanie tlenoterapii • obserwacja stanu świadomości • obserwacja zabarwienia skóry • ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji • zapewnienie mikroklimatu na sali 	Parametry życiowe w normie. Intensywna obserwacja pozwala na szybką interwencję.
Dyskomfort spowodowany nudnościami i wymiotami.	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie bezpiecznej pozycji z łóżku • pomoc podczas wymiotów • podawanie miski nerkowatej, płatków higienicznych i płynu do płukania jamy ustnej • zgłoszenie dolegliwości lekarzowi, podanie zleconych leków • wietrzenie sali 	Likwidacja dyskomfortu spowodowanego nudnościami i wymiotami.
Ograniczona aktywność ruchowa.	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc przy codziennych czynnościach higienicznych, spożywaniu posiłków, śnianiu łóżka • pomoc przy wstawianiu z łóżka 	Chory odzyska sprawność fizyczną.
Niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej.	<ul style="list-style-type: none"> • obserwacja rany pooperacyjnej • zachowanie zasady aseptyki podczas zmiany opatrunku • płukanie worka spojówkowego przed podaniem kropli 	Rana goi się prawidłowo.
Obawy o funkcjonowanie w środowisku życia po zakończonym leczeniu szpitalnym.	<ul style="list-style-type: none"> • pouczenia pacjenta, jak należy podawać krople, zakładać opatrunki • pouczenie o zaleceniach do samo opieki 	Zminimalizowanie obaw.
Ryzyko urazu fizycznego.	<ul style="list-style-type: none"> • usunięcie potencjalnych przeszkód • pomoc w czasie spacerów • uprzedzenie pacjenta o możliwym zagrożeniu • informacje o zamierzonej lub wykonywanej czynności. 	Ryzyko urazu zostało zminimalizowane.
Niebezpieczeństwo wystąpienia stanu zapalnego w miejscu wkłucia dożylnego.	<ul style="list-style-type: none"> • obserwacja miejsca wkłucia • zachowanie zasady aseptyki podczas podawania leków i płynów drogą dożylną • w razie konieczności usunięcie wenflonu. 	Niebezpieczeństwo zostało ograniczone.

jest udzielenie psychicznego wsparcia, wykazanie życzliwości i zrozumienia [18]. To zadanie określa „Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej”, który mówi „W stosunkach z podopiecznymi pielęgniarka (...) przejawia życzliwość, takt, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarza atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia” [19]. Należy angażować chorego we wszystko, co dzieje się w otoczeniu, zachęcać do kontaktów z rodziną oraz przyjaciółmi i umożliwiać je. Pamiętajmy, że chory z upośledzonym widzeniem wyraźniej zauważa sygnały pozasłowne, nasz sposób chodzenia, dotyk, modulację głosu [18].

Dotyk zlokalizowany w kończynach górnych jest dodatkowym zmysłem umożliwiającym komunikowanie się osobom niewidzącym. Pomaga określić cechy przestrzenne przedmiotów: kształt, długość, szerokość, wysokość. Wykorzystywany jest również podczas orientacji przestrzennej – wysunięcie rąk do przodu w celu wychwycenia ewentualnej przeszkody na swojej drodze. U niewidomych specyficzną rolę odgrywa również dotyk pośredni, czyli za pomocą łaski, kija. Rozmawiając z osobą pozbawioną wzroku, należy być naturalnym, mówić pełnymi i jasno sformułowanymi

zdaniem, słowa są jedynym dostępnym źródłem informacji. Gdy chcemy zakończyć rozmowę i oddalić się, należy poinformować o tym podopiecznego [16].

DYSKUSJA

Jaskra została uznana za chorobę społeczną związaną z rozwojem cywilizacji. Mimo dużego postępu w okulistyce, zarówno w diagnozowaniu, jak i w leczeniu, choroba ta stanowi olbrzymi problem na całym świecie, nie tylko w Polsce. Mimo podjętych działań nieustannie rośnie liczba osób, którym grozi ślepotą, wynika to z braku wiedzy społeczeństwa o zagrożeniach spowodowanych jaskrą. Priorytetową więc sprawą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa mająca na celu upowszechnienie wiedzy o tej chorobie. Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry ogłosiło program edukacyjno-profilaktyczny pod hasłem „Polsko nie ślepnij”, którego założeniem jest pogłębienie wiedzy na temat wczesnego rozpoznania jaskry. Do współpracy zaproszono lekarzy rodzinnych, psychologów, organizacje administracji rządowej



i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, producentów leków oraz środki masowego przekazu [1].

W wyniku wieloletniej obserwacji i analizy literatury stwierdzono, iż problemy pielęgniarstwa okulistycznego są wyjątkowo pomijane w fachowym piśmiennictwie, a pielęgniarki nie posiadają wystarczającej wiedzy o istocie jaskry.

Wielu autorów wskazuje pielęgniarki jako główne ogniwo edukacyjne dla pacjentów, co niewątpliwie jest prawdą, bo nikt inny nie jest tak blisko pacjenta w zdrowiu i w chorobie, od urodzenia do śmierci.

Podsumowując można stwierdzić, iż pogłębienie wiedzy pielęgniarzek na temat jaskry i pielęgnacji pacjenta okulistycznie chorego przyczyniłoby się niewątpliwie do obniżenia liczby ludzi niewidomych z powodu nieodwracalnych skutków tej choroby.

WNIOSKI

Praca pielęgniarki z pacjentami niewidzącymi, ociemniałymi, słabo widzącymi wymaga wszechstronnej wiedzy o prawidłowościach i specyfice funkcjonowania osób z deficytem wzroku [17].

Opieka nad chorym okulistycznie powinna być sprawowana w sposób kompleksowy. Celem jej jest pielęgnowanie na możliwie najwyższym poziomie, ukierunkowane na pomoc pacjentowi w osiągnięciu pełnej sprawności i radzeniu sobie w życiu codziennym. W pełni należy zdać sobie sprawę z faktu, iż aby sprawować opiekę dobrej jakości, potrzebna jest dokładna wiedza teoretyczna i praktyczna oraz całościowe podejście do potrzeb pacjenta. Realizując proces pielęgnowania sprawujemy opiekę holistyczną, podwyższamy jakość opieki, stwarzamy atmosferę troskliwości, szacunku i zrozumienia dla potrzeb pacjenta. Zapewniając kontakt z rodziną i bliskimi, dajemy poczucie bezpieczeństwa, co sprzyja walce z chorobą.

Ogromny wpływ na końcowy wynik leczenia mają kompetencje całego zespołu opiekującego się chorym oraz zaangażowanie chorego i jego rodziny w proces leczenia i pielęgnowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Kłoniecki J. Psychospołeczne problemy zagrożenia jaskrą. *Przew Lek.* 2002; 1-2: 57.
2. Krajewska M. Epidemiologia i czynniki ryzyka w jaskrze pierwotnej. *Przew Lek.* 2002; 1-2(5): 88-89.
3. Niżankowska M, red. *Jaskra*. Wyd 1. Wrocław: Urban & Partner; 2006.
4. Kaczmarek R, Turno-Kręcicka A. Znaczenie badań epidemiologicznych w zapobieganiu ślepoty wywołanej jaskrą. *Terapia* 2000; 4: 43-45.
5. Podgórski R. *Metodologia badań socjologicznych*. Bydgoszcz-Olsztyn: Oficyna Wydawnicza BRANTA; 2007.
6. Dudek D. Patogeneza neuropatii jaskrowej. *Prz Okul.* 2005; 5-6(7-8): 1-2.
7. Grabska-Liberek I, Jamróży-Witkowska A. Jaskra pierwotna otwartego kąta i zwyrodnienie plamki związane z wiekiem jako główne przyczyny utraty wzroku we współczesnym świecie. *Post Nauk Med.* 2008; 1: 88-89.
8. Harris A. Aktualne poglądy na jaskrę: naczyniowe czynniki ryzyka. Wrocław: Medyczne Górnicki; 2010.
9. Szaflik J, Izdebska J. *Jaskra*. *Przew Lek.* 2000; 10: 88-96.
10. *Symposium Sekcji Jaskry PTO. Łódź, 9-11 października 2008r. Program, streszczenia.*
11. Busbee B, Recchia F. Zapalenie wnętrza gałki ocznej związane z pęcherzykiem filtracyjnym. *Ophthalmology* 2004; 2(1): 93-103.
12. Czechowicz-Janicka K, red. *Wybrane zagadnienia okulistyki współczesnej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 1990.
13. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo ćwiczenia*. Wyd 1. Warszawa: PZWL; 2001.
14. Wrońska I, Mariański J, red. *Etyka w pracy pielęgniarstwie*. Wyd 1. Lublin: Czelej; 2002.
15. Galus K, red. *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wrocław: Urban&Partner; 1996.
16. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, red. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd 1. Lublin: Czelej; 2003.
17. Litwin M, red. *Zarys okulistyki*. Wyd 1. Warszawa: PZWL; 1997.
18. Ślusarska B, Zarzycka D, red. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I, II. Wyd 1. Lublin: Czelej; 2004.
19. *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003.*

The role of nurses in the care of ophthalmologic patients – an example of problems in patients with glaucoma, before and after trabeculectomy

Abstract

Introduction: One of the main causes of blindness is glaucoma, a disease that each year deprives millions of people of their sight. Currently, the world is inhabited by over 7 million people who, because of glaucoma, irretrievably lose their sight. As is apparent from the WHO study, only every second patient with glaucoma is aware of the disease. Due to the fact that glaucoma is a huge problem worldwide and in Poland, it was decided to address this issue.

Objective: To show the problems of people suffering from glaucoma, and identify key aspects of the role of nurses in nursing care for this disease on the basis of preparation and care of patient after trabeculectomy in a branch of ophthalmology.

Material and methods: To achieve the objectives of this study, analysis was made of the literature and the methods in individual cases. The following techniques were used: observation, interview, measurement, and analysis of documentation. A glaucoma clinic, treatment methods with particular reference to trabeculectomy are described. The care problems and principles of the care of ophthalmologically sick patients are shown.

Results: As a result of the tests, the main objective of this study were achieved, i.e. to show the overall nursing care of ophthalmologically sick patients, and examples of the problems of glaucoma patients before and after trabeculectomy.

Conclusions: Ophthalmologic patient care should be exercised in a comprehensive manner. Its aim is to nurture the highest possible level aimed at helping the patient to achieve full fitness and coping in everyday life.

Key words

nursing care, glaucoma, trabeculectomy

