



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice  
College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V  
OKULISTIČNI AMBULANTI NA PRIMERU  
ZDRAVLJENJA SIVE MRENE**

**HEALTH CARE WORK IN THE  
OPHTHALMOLOGIC OUTPATIENT CLINICS  
AT THE TREATMENT CATARACT**

Mentorica:izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Somentorica: doc. dr. Joca Zorc

Kandidatka: Valerija Vujanović

Jesenice, januar, 2013

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič za sprejeto mentorstvo ter somentorici doc. dr. Joci Zurc za iskreno pomoč, koristne in uporabne nasvete ter spodbudne besede pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se prim. mag. Vladimirju Pfeiferju, dr. med. in Mariji Ani Schwarzbartl Pfeifer, dr. med., ker sta mi omogočila izvedbo raziskave v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer.

Zahvaljujem se predavateljici Eriki Povšnar in doc. dr. Ireni Grmek Košnik za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se Maši Zevnik za lektoriranje diplomskega dela in sodelovanje.

Posebna zahvala ob koncu študija gre moji družini, ki mi je omogočila študij in me spodbujala vse do končnega uspeha.

Najlepša hvala tudi Ani Mitrovič in Mateju Gregoriču, ki sta me spodbujala na uspešni študijski poti.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Zdravstveno vzgojno delo v okulistični ambulanti je v današnjem času slabo razvita tema, ki jo je potrebno raziskovati in na podlagi dobljenih rezultatov predlagati spremembe, ki bi lahko privedle do izboljšav.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je bil raziskati vlogo zdravstvene vzgoje v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže. Ugotoviti smo želeli seznanjenost pacientov z operacijo sive mreže in njihovo zadovoljstvo ter potrebe po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Vzorec je bil namenski. Raziskava, pri kateri je sodelovalo 59 anketirancev, je bila izvedena v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS z opisno statistiko in hi-kvadrat testom.

**Rezultati:** Največ žensk in moških je za način dela medicinske sestre v okulistični ambulanti izbralo ustno razlaganje (67,8 %), za vir informacij plakate in zloženske (51,2 %) ter individualno obliko sporočanja informacij (65,5 %). 75,9 % pacientov je seznanjenih z učnimi sredstvi za informiranje, ki so na voljo, 81,4 % jih je z operacijo sive mreže popolnoma seznanjenih. Da medicinske sestre podajajo natančne in razumljive informacije, je odgovorilo 42,9 % moških in 57,1 % žensk. Zadovoljstvo v okulistični ambulanti doseže 91,5 %, ne glede na socialno-demografske značilnosti. Potrebe pacientov se kažejo predvsem v preventivnem izobraževanju pred nastankom težav s sivo mrežo, v bolj oblikovanih navodilih, v uvedbi zloženk, in času, ki ga morajo zdravstveni delavci posvetiti pacientu. Ne ugotovimo statistično značilnih razlik glede na spol, starost in kraj bivanja v načinu izvajanja zdravstveno-vzgojnega dela, seznanjenosti pacientov z operacijo sive mreže, pri razumevanju navodil ter zadovoljstvu pacientov z zdravstveno vzgojnim delom v okulistični ambulanti.

**Razprava:** Raziskava je pokazala, da pacienti prejmejo dovolj učnih sredstev, da navodila razumejo in so seznanjeni s postopki operacije. Informacije, ki jim jih je posredovala medicinska sestra, so bile dovolj natančne in razumljive.

**Ključne besede:** zdravstvena vzgoja, siva mreža, socialno demografske razlike.

## **ABSTRACT**

**Background:** Health education in ophthalmology clinics is not given enough attention nowadays, which is why it should be explored more. Changes could be suggested based on obtained results, leading to improvements.

**Aims:** The aim of the thesis was to investigate the role of health education in an ophthalmology clinic in the treatment of cataract. We wanted to determine the awareness among patients of cataract surgery and their satisfaction with and need for health education in an ophthalmology clinic about the treatment of cataract.

**Methods:** A descriptive method of empirical research design was employed. A structured written questionnaire was used as an instrument of data collection. Sampling was non-random and purposive. The study, which involved a total of 59 respondents, was conducted at the Ophthalmic Surgery Center Dr. Pfeifer. Data were analyzed with statistical software SPSS using descriptive statistics and chi-square test.

**Results:** Most female and male respondents reported oral explanation (67.8%) as the preferred method of explanation employed by nurses at the ophthalmology clinic, the preferred way of distributing information was reported as posters and leaflets (51.2%), followed by individual communication of information (65.5%). A total of 75.9% of respondents were aware of the available information materials, and 81.4% reported having full knowledge of cataract surgery. Moreover, 42.9% male and 57.1% female respondents feel that nurses provide them with accurate and understandable information. Satisfaction with the ophthalmology clinic was 91.5%, irrespective of socio-demographic data. Patient needs were primarily established in preventive education before the occurrence of cataract issues—in receiving better instructions, in having leaflets with necessary information, and in additional time that health care professionals have for each patient. No statistically significant differences were established for gender, age and place of residence of respondents in terms of implementation of health education, awareness of cataract surgery, understanding instructions and satisfaction with health education at the ophthalmology clinic.

**Discussion:** The study revealed that patients received adequate learning materials, that they understood the instructions and were familiar with the operative procedure. Information provided by the nurse was sufficiently detailed and understandable.

**Key words:** health education, cataract, socio-demographic differences

## KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>2</b>
2.1 OPREDELITEV SIVE MRENE .....	2
2.1.1 Epidemiologija sive mreže .....	4
2.1.2 Zdravljenje sive mreže .....	4
2.1.3 Operacija sive mreže in možni zapleti .....	5
2.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO NA PODROČJU OKULISTIKE .....	8
2.2.1 Zdravstveno vzgojno delo pri pacientu s sivo mrežo .....	9
2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA PRED IN PO OPERACIJI SIVE MREŽE.....	10
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>13</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	15
3.3.3 Opis vzorca.....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	16
3.4 REZULTATI .....	16
3.4.1 Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti na področju zdravljenja sive mreže.....	16
3.4.2 Seznanjenost pacientov z operativnim posegom sive mreže .....	19
3.4.3 Zadovoljstvo pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti .....	25
3.4.4 Potrebe pacientov po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti .....	27
3.5 RAZPRAVA.....	28
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>32</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
<b>6 PRILOGE.....</b>	<b>37</b>
6.1 INSTRUMENT .....	37

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Načini izvajanja zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti.....	17
Tabela 2: Seznanjenost pacientov z operacijo sive mreže in razumevanje navodil.....	20
Tabela 3: Zadovoljstvo pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti .....	25
Tabela 4: Potrebe pacientov v okulistični ambulanti.....	27

## 1 UVOD

Zdravje je skupek vsega, kar prinese posameznik s seboj ob rojstvu in kar kasneje sam prispeva danemu okolju, pri čemer »okolje ni nekaj stalnega, ampak se nenehno spreminja, zato pomeni zdravje neprestano prilagajanje oz. ustrezno vživljanje v vedno nove življenjske pogoje« (Zurc, 2010a).

Človek največ informacij pridobi z vidom. Naše oči so okno v svet, saj nam omogočijo zaznavanje okolice in živeti ter dojemati polno življenje. Kadar nastanejo težave z vidom, se bistveno spremeni tudi kakovost življenja. V starosti postopno vid slabša zamotnitev očesne leče (siva mrena ali katarakta), kar je pogostokrat posledica procesov staranja (Grubar, Blažič, 2010).

Siva mrena ne povzroča nobenih bolečin. Več let lahko robovi očesne leče ostajajo motni, a prizadeta oseba ne opazi poslabšanja vida. Postopoma postaja slika vse manj barvna, saj barve obledijo (Lanbein, Skalnik, 2007).

Operacija katarakte je zahteven mikro kirurški poseg. Traja približno pol ure in poteka v kapljični anesteziji. Kirurg skozi majhen stranski roženični rez najprej odstrani del lečne ovojnice, nato pa z ultrazvočno sondo odstrani zamotnjeno lečo in namesto nje vstavi umetno intraokularno lečo. Zaradi posebne tehnike rane ni potrebno šivati in pacient gre po operaciji lahko domov (Navodila za operacijo sive mreže, 2005).

Po operaciji pacient v operirano oko kapa kapljice s kortikosteroidi in antibiotiki po navodilih, ki jih dobi od medicinske sestre. Na dan operacije se pacientom priporoča, da počivajo, ne dvigujejo težkih bremen, lahko berejo in gledajo televizijo. Pomembno je, da se zaradi nevarnosti infekcije ne dotikajo okolice operiranega očesa. Pri starejših ljudeh je zdravstveno vzgojno delo treba večkrat ponoviti in preveriti, ali so pacienti razumeli navodila medicinske sestre, saj je oko pomembno človeško čutilo.



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 OPREDELITEV SIVE MRENE

S starostjo prihaja do sprememb v leči, največkrat do motnjav. Vsako motnjavo leče imenujemo katarakta ali siva mrena (Mikek, 2008). Leča je normalno prozorna in poleg ostalih prozornih delov očesa, kot so roženica, prekatna vodica in steklovina, omogoča dostop svetlobe v oko. Svetloba se na svoji poti skozi optični sistem očesa lomi tako, da se vsi svetlobni žarki zberejo na mrežnici v točki najostrejšega vida, to je rumeni pegi ali makuli. Tako nastane ostra slika predmeta, ki ga opazujemo. Vsaka sprememba v prozornih delih očesa vodi do motnje vida. Obseg zmanjšane vidne ostrine je odvisen od motnjave leče. Vid je lahko pri začetni mreni le rahlo meglen, zabrisan, bolnik predmete še normalno zaznava, vidna ostrina je lahko še normalna, vendar pa kakovost vida ni več enaka (ibid.).

Ločimo dve osnovni vrsti sivih mren. Prve so prirojene oblike sive mreene, ki so lahko enostranske ali obojestranske, delne ali popolne, lahko pa so povezane še z drugimi razvojnimi motnjami. Vzroki so dednost, embriopatije, bolezni v nosečnosti. Zdravljenje predstavlja čim prejšnja operacija (takoj po rojstvu) zaradi preprečevanja ambliopije. Enostranske oblike sive mreene že v prvem mesecu preprečujemo, obojestranske oblike sive mreene pa v prvih treh mesecih. Kadar je siva mrena delna, lahko z operacijo počakamo. Prirojena, popolnoma motna očesna leča enega očesa povzroča hudo oviro za razvoj vida, zato je v takih primerih, ne glede na to, ali je vzrok dednost, morebitna okužba, intoksikacija med nosečnostjo ali pa je vzrok neznan, treba lečo čim prej operativno odstraniti in nuditi primerno nadomestitev zanjo. Če se leča motni postopno in kasneje oziroma je minimalno motna le v sprednjih delih, ki praviloma ne motijo vidne funkcije, pristop k operaciji določimo individualno, predvsem glede na prisotno in pričakovano vidno funkcijo ob upoštevanju razvoja vida (Gračner, Pahor, 2003).

Pridobljene oblike sive mreže, ki predstavljajo drugo vrsto, so lahko senilne (cataracta senilis), kjer je leča lahko delno ali že v celoti skaljena. Po poškodbi lahko nastane tako imenovana cataracta traumatica. Zapletene oblike sive mreže (cataracta complicate) lahko nastanejo po obsevanju, po poškodbi s strelo ali z električnim tokom, po zdravljenju s kortikosteroidi, pri sistemskih boleznih (sladkorna bolezen), pri boleznih oči (uveitis) (ibid.).

Simptomi sive mreže:

- vid, ki se s starostjo slabša,
- zamegljen ali dvojni vid,
- težave z nočnim vidom,
- vid, ki se slabša na sončni svetlobi,
- težave pri razločevanju barv,
- slaba globina vida,
- pogosto menjavanje predpisanih očal,
- težave pri branju (Pfeifer, 2005).

Simptomi se lahko pojavijo na enem ali obeh očesih. Nastanek sive mreže je praviloma dolgotrajen proces, ki pogosto traja več let. Izjemoma lahko nastopi v mlajših letih, vendar gre takrat večinoma za posledice poškodb, sladkorne bolezni ali motenj presnove. V več primerih je siva mreža prirojena. Znaki nastanka sive mreže so pojava vida, na splošno zamegljen vid in povečana občutljivost za svetlobo in bleščanje (Ostermeier - Sitkowski, 2003).

Vzroki za starostno sivo mrežo so encimske napake presnove v leči, pri čemer leča ne prejme dovolj hranilnih snovi in kisika. Tudi sončna ultravijolična svetloba pripomore k motnosti leče. Pri otrocih lahko nastane siva mreža z gostimi in belimi motnjami leče, če je mati med nosečnostjo prestala virusno infekcijo. Dedne sive mreže pa se včasih pojavijo pri boleznih, kot je Downov sindrom. Drugi možni vzroki za pojav sive mreže so: terapija s kortizonom, ki traja najmanj eno leto, sladkorna bolezen, nevrodermatitis, glavkom, udarnine očesa in zastrupitve (Lanbein, Skalnik, 2007). Tveganje katarakta zaradi sončne svetlobe se da preprečiti s primernimi sončnimi očali, ki ščitijo pred UV-

A in UV-B žarki. Pri rentgenskem ali radijskem obsevanju zgornjega dela telesa je treba oči zaščititi s svinčevo zaščito. Poškodbam se torej izognemo s pravilnim ravnanjem, medtem ko se naravnemu procesu staranja leče se ne moremo izogniti (ibid.).

### 2.1.1 Epidemiologija sive mreže

Siva mreža je vodilni vzrok slepote v svetu in prizadene približno 6 milijonov ljudi letno. Operacija sive mreže je zaradi starajoče se populacije najpogosteje izvajani operativni poseg v Združenih državah Amerike (Jacobs, 2012). Slovenski izvajalci zdravstvenih storitev so v letu 2011 po programu opravili 7.908 operacij sive mreže in tako je tudi v Sloveniji operacija sive mreže najpogostejši operativni poseg (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011). Epidemiološki vzorci ocenjujejo, da je na svetu okoli 30 milijonov slepih ljudi, 50 % pa je slepih zaradi sive mreže. Vzorec in odstotek motenj vida je drugačen pri razvitih in pri razvijajočih se narodih, in sicer glede na prisotnost prehranskih in kužnih vzrokov za slepoto in ali so sredstva za ozdravljive motnje, kot je siva mreža, dosegljiva. Prevalenca sive mreže s starostjo strmo narašča. V starosti 65–69 let je prevalenca 17-%, v starosti 75–79 let že 42-% in po 85. letu 70-% (Jacobs, 2012).

Študije kažejo visoko prevalenco katarakte kot vzrok slepote. Lahko se pričakuje, da bo ob daljšanju življenjske dobe tudi več pacientov in večje število katarakt. V 11-ih letih, kot je trajala študij, izvedena v Severni Koreji, je katarakta povzročila 87-% slepote. Pojavnost sive mreže v Indiji je bila v letu 2002 50-%, v Nigeriji 46-% in na Kitajskem leta 2003 21-% (Hogeweg, Keunen, 2005).

### 2.1.2 Zdravljenje sive mreže

Zdravila za zdravljenje sive mreže ali za preprečevanje njenega nastanka še ni. Eden najpomembnejših vplivov na pojav sive mreže je zagotovo dednost. Tako na splošno velja, da imajo tisti, katerih starša sta imela sivo mrežo, veliko večje možnosti, da se bo ta razvila tudi pri njih. Nekoliko pogosteje se siva mreža razvije pri ženskah, kar povezujejo s hormonskimi spremembami v menopavzi. Pomembna dejavnika, ki

povečujeta tveganje za razvoj sive mreže in nanju lahko vplivamo, sta kajenje in izpostavljenost ultravijoličnim (UV) žarkom. Dokazano je, da imajo ljudje, ki pokadijo 15 cigaret dnevno, kar trikrat večjo verjetnost za razvoj sive mreže. Znano je še, da imajo nekoliko večje tveganje za pojav sive mreže kratkovidni ljudje in tisti z rjavo barvo oči. Pojav sive mreže pri mlajših je pogosteje povezan z nekaterimi bolezenskimi stanji, kot sta na primer sladkorna bolezen ali kronično vnetje oči, lahko pa se razvije tudi po očesni poškodbi (Mikek, 2008). Učinek zdravil proti motnjam leče v starosti znanstveno ni dokazan (Lanbein, Skalnik, 2007).

### 2.1.3 Operacija sive mreže in možni zapleti

Operacija sive mreže je že zelo stara, se je pa operativna metoda s časom zelo spreminjala. Včasih se je pri operaciji iz očesa odstranila celotna leča, pacient je po operaciji dobil izredno debela očala, ki jih je moral stalno uporabljati. V bolnišnici je bil najmanj 10 dni. Komplikacij med operacijami in po njih je bilo veliko, še posebej je obstajala večja nevarnost za odstop mrežnice. Z razvojem medicine in še posebej oftalmologije se v zadnjih desetletjih odstranjuje le zamotnjena leča in ohrani del očesne ovojnice, v katero se ob koncu operacije vstavi umetno očesno lečo. Na tak način bolnik ne potrebuje več očal za gledanje na daljavo, za vožnjo z avtomobilom ali gledanje televizije. Še vedno pa potrebuje očala za branje ali za delo od blizu. Danes so na tržišču že številne umetne leče, ki pacientu omogočajo hkratno gledanje na daleč in na blizu, in leče, s katerimi popravljamo napačno lomnost očesa (Mikek, 2008).

Na dan operacije pacient s seboj prinese napotnico okulista, zdravstveno izkaznico, pozitivno mnenje o sposobnosti za operacijo v lokalni anesteziji ter pisno soglasje k operaciji, s katerim potrjuje, da je seznanjen z vsemi komplikacijami in posledicami, ki lahko nastanejo pri operaciji, da je besedilo soglasja razumel in da se strinja z operacijo. Pacient po operativnem postopku potrebuje spremstvo za odhod domov, ki je zaželeno zaradi apliciranja kapljic za razširitev zenic in omrtvičenje očesa. Pacient je operiran v topični anesteziji, torej ne prejme nobenih injekcij v predel oči in ne spi. Okolico očesa se sterilno očisti, pokrije s sterilno prevleko, med veke se vstavi poseben pripomoček, ki drži veke odprte in prepreči njihovo utripanje med operacijo. Lečo se odstrani s

pomočjo ultrazvočne sonde skozi majhen rez, okoli 2 mm, na robu roženice. Ker je operativni rez majhen, ga ni treba šivati. Celotna operacija traja 10–20 minut. Po operaciji oko ostane odprto, vid je meglen. Pacient takoj po operaciji odide domov. Večina ljudi v enem do dveh dneh po operaciji prične z normalnim življenjskim ritmom (Pfeifer, 2005). Z operacijo se vid obnovi, prav tako pa tudi barve, ki jih je prekinila sivina. Zdravnik individualno preračuna potrebno lomno moč umetne leče na pol dioptrije natančno, glede na dolžino očesnega zrkla in na lomnost roženice. Pacient mora sam oceniti, kdaj je vid moten do te mere, da ogroža opravljanje vsakdanjih opravil in potreb. Preprosta operacija z laserjem ponovno omogoči oster vid (Lanbein, Skalnik, 2007).

Tehnike odstranitve goste sive mreže omogočajo varno in hitro odstranjevanje leče in zmanjšajo očesne poškodbe s pomočjo ultrazvočne moči. Takšni postopki vključujejo minimalno ultrazvočno energijo in uporabljajo minimalno stresa na kapsuli, kar je koristno, saj roženici endotelija prihranimo škodljive učinke fakoemulzifikacijske moči. Fakoemulzifikacija vodi do nepopolne ločitve kosov, ki vodijo k večjemu tveganju zmanjševanja kapsule (Cakir, Canan, 2010). V kliničnih preizkušnjah tehnike občutljivosti intraokularnih leč so ugotovili, da le te povprečno izboljšajo vid v vidnem polju. Pri občutljivosti so ugotovili zmanjševanje bleščanja in dokazali, da gre za izboljšanje reakcijskega časa pri starejših voznikih (Holladay, Janes, 2002).

Možni zapleti po operaciji:

- potrebno je intenzivno sistemsko zdravljenje, v prvih dneh po operaciji je možen neprijeten občutek tujka ali rezanja v očesu, solzenje, srbenje in podobne težave, ki navadno kmalu izginejo,
- prvi dan po operaciji lahko pride do dvojnega vida, povešene veke in podobno. Gre za posledice lokalne anestezije, ki še ni v celoti izzvenela, toda po nekaj urah simptomi izginejo,
- pogosto je operirano oko prve dni po operaciji rdeče zaradi krvavitve pod veznico,
- do razprtja (dehiscence) vhodne rane pride zaradi slabega prilagajanja robov rane ali pa okvare tkiva, lahko pride do iztekanja prekatne vodke, plitvejšega sprednjega prekata, premika IOL ali celo do endoftalmitisa,

- iztekanje prekatne vodke lahko nastane zaradi slabega celjenja vhodne rane,
- nastanek filtracijske blazinice, pri čemer gre za puščanje prekatne vodke pod veznico,
- pooperativni astigmatizem,
- edem roženice in bulozna keratopatija nastaneta pri pacientih, pri katerih je že pred operacijo patološko spremenjen endotel in imajo naslednje jutro po operaciji zaradi edema roženice slabšo vidno ostrino. Če se ne popravi, pride do bulozne keratopatije,
- krvavitev v sprednji prekat (hifema) je posledica krvavitve iz vhodne rane ali krvavitve žilja šarenice,
- zvišanje očesnega tlaka je pogosto in v večini primerov prehodno,
- kapsularni blok sindrom je ujetje visokoelastičnega materiala v lečno ovojnico,
- decentracija in dislokacija (premik) umetne leče lahko nastane zaradi slabih zonul, predrtja zadnje kapsule ali po udarcu,
- cistoidni makularni edem je najpogostejši vzrok za nepojasnjeno slabo vidno ostrino po operaciji sive mreže,
- opacifikacija zadnje lečne ovojnice oz. nastanek sekundarne katarakte je pojav, ki nastane zaradi proliferacije in potovanja lečnih epitelnih celic, ki po operaciji sive mreže ostanejo na lečni ovojnici,
- odstop mrežnice po operaciji sive mreže z metodo fakoemulzifikacije se dogodi veliko redkeje kot pri starejših tehnikah operacije. Odstop mrežnice nastopi najpogosteje v 6-ih mesecih po operaciji (Pfeifer, Mikek, 2004).

Zgodi se tudi, da med operativni posegom pride do situacije, ko intraokularne leče ni možno vstaviti. Dioptrija po operaciji je zaradi različnih vzrokov lahko drugačna, kot smo pred operacijo načrtovali. Pri boleznih mrežnice je vid po operaciji lahko slab, saj je mrežnica poškodovana, kar pa se pred operacijo ne vidi vedno, ker siva mreža preprečuje natančen pregled ozadja ali pa ga celo popolnoma onemogoča. Leto ali več let po operaciji je včasih potreben manjši laserski poseg ali YAG kapsulotomija, da se razbije zamotnjena očesna ovojnica, ki jo med operacijo moramo pustiti v očesu, saj vanjo vstavimo umetno lečo (Pfeifer, 2005).

## 2.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO NA PODROČJU OKULISTIKE

Zdravstvena vzgoja si prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejeli zdravje za največjo vrednoto, do njega izoblikovali pozitivna stališča in jih tudi uresničevali. Posameznik mora poznati dejavnike, ki pozitivno vplivajo na zdravje in imeti dostop do informacij (Hoyer, 2005). Zdravstvena vzgoja pokriva področja preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja, zaznave bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in skrbi na dolgi rok (Glanz, Rimer, Wiswanath, 2008). Je vsaka kombinacija učnih izkušenj, namenjena posameznikom in skupnostim, da svoje zdravje izboljšajo s povečanjem znanja in vplivanjem na svoje vedenje (World Health Organization, 2009).

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Paciente, invalide in njihove svojce želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo. Tovrstna zdravstvena vzgoja je ozko specializirana, sestavni del zdravljenja in sledenja rehabilitacijskemu programu. Z različnimi ukrepi se zmanjšuje ali odpravlja dolgotrajne okvare ali nesposobnosti za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje pacientove prilagodljivosti na zanj zadovoljiva stanja. Na tej ravni so nosilci zdravstveno vzgojnih dejavnosti bolnišnice, inštituti, zdravilišča, patronažna služba, dispanzerji in druge oblike pomoči različnih skupin zdravljenih ljudi s podobnimi težavami (Hoyer, 2005). Vsaka zdravstvena vzgoja je, ne glede na to na kateri ravni se pojavlja, sestavljena tako iz vzgojnega kot tudi iz izobraževalnega procesa. Pot k uvajanju sprememb vedenja posameznika v skrbi za lastno zdravje pa ji omogočajo temeljne edukacijske, pedagoške ali vzgojno izobraževalne vede: pedagogika, andragogika, didaktika in metodika (Zurc, 2010b).

Poleg pacienta je v vse stresne situacije zdravljenja vključena tudi njegova družina in ostali dejavniki iz domačega in bolnišničnega okolja. Psihična priprava pacienta je obširno področje zdravstvene nege, ki temelji na razumevanju pacientovega doživljanja bolezni in bivanja v bolnišnici. Negotovost in neinformiranost pacientu povzročata hudo obremenitev (Lavtižar, Arlič, 2010). Pri delu medicinske sestre s pacientom, ob soočanju z njegovo boleznijo, trpljenjem, stiskami, številnimi dilemami, ki se nanašajo

na pravilnost ali nepravilnost ravnanja z njim, z njegovimi svojci in drugimi njegovimi bližnjimi in tudi v odnosu do sodelavcev v negovalnih in zdravstvenih timih, je mnogo etičnega ali neetičnega delovanja, ko obravnavamo dušo, pa se velikokrat tega sploh ne zavedamo (Seničar, 2006).

### 2.2.1 Zdravstveno vzgojno delo pri pacientu s sivo mreno

Zdravstvena nega pacienta s sivo mreno vključuje tudi aktivnosti učenja, svetovanja in motiviranja posameznika in njegove družine. Pomembno je, da so pacienti pravilno seznanjeni in vključeni v sodelovanje pri zdravstveni negi, kjer po svojih močeh in zmožnostih aktivno sodelujejo tudi pri določanju pričakovanih uspehov, pri katerih je treba upoštevati njihove želje in potrebe. Pomembno je, da so za operacijo sive mrene psihično in fizično pripravljene. Zato so poučevanje, svetovanje in motiviranje najpomembnejše aktivnosti pri zagotavljanju zdravstvene nege očesnega pacienta (Ivanuša, Železnik, 2000).

V Avstraliji so izvedli raziskavo, ki je temeljila na ozaveščenosti ljudi po 50. letu starosti, ki naj bi vsaj dvakrat letno obiskali svojega oftalmologa. Kot javni zdravstveni vir promocijske dejavnosti so se usmerili k izboljšanju vida. Poučevali so ljudi o dejavnikih tveganja za nastanek sive mrene, kot so povišan krvni tlak, sladkorna bolezen, kajenje in izpostavljenost sončni svetlobi. Rezultati raziskave so pokazali, da bi bile izboljšave na področju pojavnosti sive mrene po 50. letu starosti vidne takoj, če bi uporabljali vsa sredstva za zaščito oči, nadzorovali sladkorno bolezen, krvni tlak in preprečevali kajenje (Muller, Keeffe, Taylor, 2007).

V Pakistanu je bil izveden projekt uveljavljanja programa CEC (Comprehensive eye care), ki je potekal 5 let in je bil ustvarjen za zmanjševanje bolezni, kot so katarakta, lomne napake, diabetična retinopatija, glavkom in slepota. Ugotovili so, da največjo stopnjo obolevnosti doseže prav katarakta. S tem se povečuje število kirurških posegov katarakt, ki znaša do 4.000 na milijon prebivalcev letno. Študija je pokazala, da je zaradi pomanjkanja motivacije, usposobljenosti zdravstvenih delavcev in pomanjkanja osebja potrebno ustanoviti nacionalni program za preprečevanje očesnih bolezni (Khan, 2011).



Literatura (Mitchell, 2002; Garretson, 2004) kaže, da nudenje informacij pred operacijo sive mreže lahko zmanjša stiske pacientov. Dvanajst enot oftalmologije v Avstraliji in na Novi Zelandiji je ocenjevalo, če je bolnik pred operacijo sive mreže dobil dovolj informacij za soglasje k operaciji. Zloženske, ki so jih prejeli pacienti, so vključevale informacije o diagnozi, možnostih zdravljenja, podatke o postopku operacije in kako se pripraviti nanjo, o namenu operacije, kaj lahko kot pacienti pričakujejo po operaciji in o možnostih resnih pooperativnih zapletov (Muller et al., 2007). Zloženske so dosegle ustrezno informiranje pacientov, vendar pa niso obravnavale pomembnih vprašanj o tveganjih, stranskih učinkih in izgubi vida. Pisno gradivo je bilo glavni vir zdravstveno vzgojnega dela v omenjeni raziskavi, sledila pa mu je še verbalna razlaga za izboljšanje razumevanja in pomnjenja pacientov (Lemaire, 2006). Rezultati kažejo, da pacienti opredeljujejo medicinsko sestro kot glavni vir informacij, verjetno zaradi časa, ki jim ga ta nameni za razlago in obravnavo sive mreže. Mnenja pacientov pri zdravljenju sive mreže dokazujejo dobro podporo in visoko raven zadovoljstva z zagotavljanjem informacij s strani medicinske sestre (Lockey, 2009).

Očesna bolnišnica v Londonu za izobraževanje pacientov o sivi mreži uporablja zloženko *Siva mreža*. Paciente medicinske sestre seznanijo z vsemi vprašanji in odgovori, ki se nanašajo na operativni poseg, zdravljenje, stanje po operaciji. Zloženska razloži osnovne informacije o sivi mreži, kako nastane, opisuje dejavnike tveganja, kako poteka operacijski poseg in nadaljnje zdravljenje, poda informacije o tem, če lahko sivo mrežo odstranimo lasersko, kakšni so možni zapleti pri operaciji, koliko časa pacienti ostanejo bolnišnici in kaj je pomembno zanje po operaciji (Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust, 2007).

### **2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA PRED IN PO OPERACIJI SIVE MREŽE**

Medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica mora poznati značilnosti pacientov v procesu učenja in spreminjanja vedenja, njihove sposobnosti dojetanja in pristope k učenju. Pri zdravstveno vzgojnem delu sta izredno pomembni motivacija in možnost

uporabe znanja, s katerima medicinska sestra pomaga posamezniku, da boljše razume svoje vedenje in ga ohranja (Naglost, Kofol, 2007).

Z dobro psihično pripravo pacienta na operacijo se zagotovi tudi njegovo sodelovanje in s tem tudi uspešnejši potek zdravljenja, s katerim je pacient že predhodno seznanjen. Z njim se pogovorimo o pomenu mirovanja po operaciji in o preprečevanju zapletov ter ga seznanimo z anestezijo in preprečimo strah. Z vsem tem se omogoči boljše medsebojno sodelovanje (Razinger, 2004).

Pacient, ki je naročen na operativni poseg od kirurga prejme recepte za kapljice, ki jih začne kapljati tri dni pred posegom 4 krat dnevno. Pred tem ga medicinska sestra pouči o postopku, ki ga bo doma izvajal sam. Ker je oko eden najbolj občutljivih organov, mora tudi medicinska sestra temu posvetiti veliko pozornosti, saj obstaja nevarnost poškodbe. Ko mu postopek razložimo, še preverimo, če ga razume. Zdravila, ki jih dajemo v oko so različno koncentrirana in se hitro vsrkajo, saj je sluznica dobro prekrvavljena. Očesna sluznica je zelo občutljiva na kemikalije, zato pacienti na splošno poročajo o pekočem občutku na sluznici pri dajanju kapljic (Ivanuša, Železnik, 2000).

S pravilno in varno uporabo farmacevtskih sredstev skušamo zagotoviti učinkovito delovanje zdravila, preprečiti okužbe, zaščititi oko pred škodljivimi vplivi okolja, doseči izboljšanje zdravja oziroma ozdravitev. To dosežemo s temeljitim čiščenjem oči, kože okoli očes, s čistimi vekami, z odstranjevanjem očesnega izločka. S tem preprečujemo tudi sekundarno okužbo. S sterilnimi tamponi brišemo od notranjega očesnega kota navzven. S tem postopkom zmanjšamo nevarnost vnosa okužbe v solzni kanal in nevarnost kontakta z roženico. Pri brisanju očesa morajo biti medicinske sestre pazljive, da očesa ne poškodujejo in pacienta morajo poučiti o pravilni rabi kapljic ter mazila za oko. Pri dajanju očesne terapije mora pacient pogledati navzgor, kapalko nagnemo poševno in z višine 1,5 do 2 cm kanemo eno kapljico v oko. Paziti moramo, da se s konico kapalnega dela ne dotaknemo roba trepalnic ali vek. Pacient oko rahlo zapre, da se zdravilo porazdeli po očesu. Preostanek obrišemo s sterilnim tamponom. Zaradi možnega medsebojnega prenosa okužb je zdravilo za oko namenjeno le enemu pacientu. Vsak poseg zabeležimo, saj s tem potrdimo aplikacijo (Nendl, Vidrih, 2011).

Zaradi položaja umetne leče in majhnega reza pacient nima nobenih fizičnih omejitev po operaciji. Medicinska sestra mu razloži navodila za jemanje očesne terapije doma. Pacient mora paziti le, da nekaj dni po operaciji z roko ne pritiska na oko in ga ne briše z robčki. S terapijo prične dve uri po operaciji in nadaljuje do kontrole. Terapija doma predstavlja štirikrat dnevno jemanje kapljic, ki vsebujejo deksametazon/neomicin/polimiksin B in natrijev diklofenakat, ter mazanje z viskoznim mazilom, ki vsebuje dekspantenol, tudi štirikrat krat dnevno. Preostanek dneva pacientu priporočamo počitek (Pfeifer, 2004).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati vlogo zdravstvene vzgoje v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže. Na podlagi empirične raziskave smo želeli poiskati možnosti za kakovostno zdravstveno vzgojo in izboljšanje znanja pacientov, potrebnega za uspešno zdravljenje sive mreže. Ugotoviti smo želeli, ali so pacienti dovolj seznanjeni z operacijo sive mreže, kakšno je njihovo zadovoljstvo in kakšne so potrebe po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže.

Cilji diplomskega dela:

C1: Ugotoviti izvajanje zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti na področju zdravljenja sive mreže.

C2: Ugotoviti, ali so pacienti dovolj seznanjeni z operacijo sive mreže.

C3: Ugotoviti zadovoljstvo pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela pri zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti.

C4: Ugotoviti potrebe pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela pri zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti.

C5: Ugotoviti statistično značilne razlike v seznanjenosti in zadovoljstvu pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela pri zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti glede na spol, starost in kraj bivanja.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Koliko in kakšnega zdravstveno vzgojnega dela so bili deležni pacienti v procesu zdravljenja sive mreže z vidika učnih metod, učnih oblik in učnih sredstev?

- V kolikšni meri so pacienti seznanjeni z vsemi potrebnimi informacijami pred operativnim posegom?
- V kolikšni meri so pacienti pridobili in razumeli informacije o zdravljenju sive mreže?
- Kako pacienti vidijo vlogo zdravstvene vzgoje v procesu zdravljenja sive mreže?
- Kakšno je zadovoljstvo pacientov s področja zdravstvene vzgoje pri zdravljenju sive mreže?
- Ali imajo pacienti na voljo dovolj učnih sredstev za informiranje o zdravljenju sive mreže?
- Kakšne so potrebe pacientov po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti?
- Koliko so pacienti seznanjeni in zadovoljni s področjem zdravstvene vzgoje pri zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti glede na spol, starost in kraj bivanja?

### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del diplomskega dela in anketni vprašalnik smo oblikovali na osnovi analize obstoječe domače in tuje literature, vezane na aktualni problem. Raziskava temelji na deskriptivni in neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Empirična raziskava temelji na kvantitativni metodi anketnega anketiranja. Pregled dosedanjih raziskav na področju je potekal preko podatkovnih baz: CINAHL, PUBMED, SPRINGERLINK, MEDLINE. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: zdravstvena vzgoja, cataract, lens, refractive surgery, implantant iol, siva mreža, health education, health promotion, ophtalmology, health care, eye, prevention programe, prevention projects.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega anketnega vprašalnika. Namenjen je bil pacientom, ki so prišli na operacijo sive mreže v Očesni kirurški center dr. Pfeifer v Ljubljani. Raziskovalni instrument je bil sestavljen iz dveh delov. Prvi del je vseboval socialno demografske značilnosti: spol, starost in kraj bivanja. Drugi del je zajemal vprašanja v zvezi z zdravljenjem sive mreže in zdravstveno vzgojnim procesom izobraževanja v okulistični ambulanti (20 vprašanj). Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa, pri katerih so bili ponujeni odgovori (17 vprašanj), in nekaj vprašanj kombinacije odprtega in zaprtega tipa (6 vprašanj). Vprašanja so bila za vse anketirance enaka. Podanih je bilo več odgovorov, med katerimi so anketiranci večinoma morali izbrati enega. Metodološke podlage za pripravo vprašalnika smo poiskali v literaturi (Cencič, 2009). Pri zbiranju podatkov so bila upoštevana etična načela, ki jih opredeljuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

### 3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer v Ljubljani. Metoda vzorčenja je bila neslučajnostna in namenska. Vključili smo vse paciente, ki so bili operirani v tem obdobju z enako diagnozo. Vzorčenje se je izvedlo v mesecu juliju 2012. V raziskavi smo anketirali 80 pacientov obeh spolov z diagnozo sive mreže. Anketiranci so bili stari 50 in več let. V ustanovi smo razdelili 80 anket, 59 anket smo prejeli izpolnjenih. Realizacija vzorca je bila 73,7-%. Raziskava je zajela večji odstotek žensk, 35 (59,3 %), moških je bilo 24 (40,7 %). Največji delež so predstavljali pacienti, starejši od 71 let, teh je bilo 42 (71,2 %). Starih od 53 do 70 let je bilo 17 (28,8 %). Med anketiranimi je bilo največ živčih v mestu, 31 (52,5 %), na vasi in predmestju pa jih je živelo 28 (47,5 %).

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo meseca julija 2012, in sicer po predhodni pridobitvi soglasja zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela s strani Očesnega kirurškega centra dr. Pfeifer v Ljubljani. Anketiranje je potekalo naslednji dan po pacientovi operaciji, na kontrolnem pregledu. Anketirancem je bilo predhodno razloženo za kakšno raziskavo gre in kakšen je njen namen. Zagotovljena je bila anonimnost in prostovoljno sodelovanje anketirancev (z možnostjo prekinitve brez posledic) pri izpolnitvi vprašalnika.

Pri kvantitativni metodi obdelave podatkov smo uporabili opisno statistiko, ker so bile v raziskavo vključene nominalne in ordinalne spremenljivke zato smo izračunali frekvence in odstotke. Za ugotavljanje razlik med socialno-demografskimi značilnostmi vzorca in odgovori na vprašanja smo uporabili bivariantno statistično metodo, in sicer kontingenčne tabele s hi-kvadrat testom, kjer smo glede na spol, starost in kraj bivanja anketirancev ugotavljali razlike v posameznih vprašanjih o zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti. Zaradi predpostavk za izračun hi- kvadrat testa smo paciente po starosti združili v dve skupini – od 53 do 70 let in od 71 let dalje, ter ravno tako po kraju bivanja, v skupino, ki živi na vasi in v skupino, ki živi v predmestju in mestu. Za odgovore na odprta vprašanja smo uporabili metodo vsebinske analize in za posamezne kategorije izračunali frekvence pojavljanja. Obdelavo podatkov smo naredili v statističnem programu SPSS, verzija 20.0.

## 3.4 REZULTATI

Rezultate prikazujemo glede na postavljena raziskovalna vprašanja.

### 3.4.1 Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti na področju zdravljenja sive mreže

Tabela 1: Načini izvajanja zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti

Kateri način dela je izbrala medicinska sestra v okulistični ambulanti?	N (%)	SPOL			STAROST			KRAJ			X <sup>2</sup> (p)
		M (%)	Ž (%)	X <sup>2</sup> (p)	Od 53–70 let (%)	Od 71 let (%)	X <sup>2</sup> (p)	Vas in predmestje (%)	Mesto (%)		
Ustno razlaganje	40 (67,8)	17 (42,5)	23 (57,5)		11 (27,5)	29 (72,5)		17 (42,5)	23 (57,5)		
Delo z besedilom	8 (13,6)	2 (25)	6 (75)	2,330 (0,507)	3 (37,5)	5 (62,5)	3,177 (0,365)	6 (75)	2 (25)	4,158 (0,245)	
Pogovor	10 (16,9)	4 (40)	6 (60)		2 (20)	8 (80)		4 (40)	6 (60)		
Demonstracija	1 (1,7)	1 (100)	0 (0)		1 (100)	0 (0)		1 (100)	0 (0)		
<b>Kateri vir informacij je uporabila medicinska sestra?</b>											
Naravne predmete in modele	18 (43,9)	7 (38,9)	11 (61,1)		6 (33,3)	12 (66,7)		11 (61,1)	7 (38,9)		2,056 (0,358)
Plakate, zloženke, slikanice	21 (51,2)	8 (38,1)	13 (61,9)	0,109 (0,947)	9 (42,9)	12 (57,1)	1,592 (0,451)	8 (38,1)	13 (61,9)		
Akustični	2 (4,9)	1 (50)	1 (50)		0 (0)	2 (100)		1 (50)	1 (50)		
<b>Katero učno obliko je uporabila medicinska sestra?</b>											
Individualno	38 (65,5)	19 (50)	19 (50)		10 (26,3)	28 (73,7)		15 (39,5)	23 (60,5)		2,308 (0,315)
S svojcem	18 (31,1)	4 (22,2)	14 (77,8)	3,949 (0,139)	5 (27,8)	13 (72,2)	0,534 (0,766)	11 (61,1)	7 (38,9)		
Skupinsko z drugimi pacienti	2 (3,4)	1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)		
<b>Ali imate pacienti dovolj učnih sredstev za informiranje o zdravljenju?</b>											
Imam dovolj učnih sredstev.	44 (75,9)	19 (43,2)	25 (56,8)	0,244 (0,621)	13 (29,5)	31 (70,5)	0,005 (0,944)	20 (45,5)	24 (54,5)	0,581 (0,446)	
Nimam dovolj učnih sredstev.	14 (24,1)	5 (35,7)	9 (64,3)		4 (28,6)	10 (71,4)		8 (57,1)	6 (42,9)		

Legenda: N = število odgovorov na trditev, M = moški spol, Ž = ženski spol, p = vrednost statistične značilnosti, x<sup>2</sup> = vrednost hi-kvadrat testa



Za izbran način zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre v okulistični ambulanti so anketiranci (67,8 %) izbrali ustno razlaganje, temu sledi pogovor z njo (16,9 %). Da je bil način dela ustno razlaganje je odgovorilo 42,5 % moških in 57,5 % žensk. Odgovor je izbralo 27,5 % oseb, starih med 53 in 70 let, 72,5 % pa je bilo starejših od 71 let. 42,5 % ljudi je bilo iz vasi ali predmestja, 57,5 % pa iz mesta, ki so izbrali način dela ustno razlaganje. Da so se z medicinsko sestro pogovorili, je odgovorilo 40 % moških ter 60 % žensk. Pri starosti opazimo, da je bilo 80 % starejših od 71 let, med 53-imi in 70-imi letom starosti pa jih je bilo 20 %. Tudi tu je bil večji delež anketirancev iz mesta (60 %), iz vasi in predmestja pa 40 %. Da je medicinska sestra poučevala s pomočjo besedila, je odgovorilo 13,6 % anketirancev, starih od 53 do 70 let je bilo 37,5 %, starejših od 71 let pa 62,5 %. Pri tem odgovoru opazimo veliko razliko v kraju bivanja pacientov. Kar 75 % jih je bilo iz vasi ali predmestja, le 25 % pa iz mesta. Bivariantna analiza ni pokazala statistično značilnih razlik med anketiranci v izbiri načina dela v okulistični ambulanti glede na vse tri proučene socialno-demografske značilnosti. Hi-kvadrat test ne dokazuje statističnih značilnih razlik v načinu zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre v okulistični ambulanti med moškimi in ženskami ( $p = 0,507$ ), ni razlik med različno starimi pacienti ( $p = 0,365$ ) in tudi glede na kraj bivanja pacientov ni razlik ( $p = 0,245$ ).

Po analizi odgovorov opazimo, da medicinske sestre največkrat kot vir informacij pri zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti uporabljajo plakate, zloženke ter slikanice (51,2 %). Tako je odgovorilo 38,1 % moških in 61,9 % žensk. Med anketiranimi je bilo 42,9 % starih od 53 do 70 let in 57,1 % starejših od 71 let. Največ anketiranih je bilo iz mesta, 61,9 %, iz vasi in predmestja pa 38,1 %. Kot naslednji vir informacij so izbrali naravni predmet in modele, takih odgovorov je bilo za 43,9 %, od tega 61,1 % žensk in 38,9 % moških. Največ anketiranih je bilo starejših od 71 let (66,7%), od 53 do 70 let pa jih je bilo 33,3 %. Pri tem odgovoru večina vprašanih prihaja iz vasi in predmestja (61,1 %), iz mesta pa 38,9 %. Statistično značilnih razlik v viru informacij, ki jih je medicinska sestra uporabila pri zdravstveno vzgojnem delu, nismo ugotovili glede na spol ( $p = 0,947$ ), starost ( $p = 0,451$ ) in kraj bivanja pacientov ( $p = 0,385$ ).

Iz tabele 1 je razvidno, da so anketiranci na vprašanje o učni obliki, ki jo je uporabila medicinska sestra pri zdravstveno vzgojnem delu, največkrat izbrali individualno obliko (65,5 %), temu je sledilo delo s svojcem (51,2 %). Največ tako žensk kot moških (obakrat po 50 %) je kot odgovor izbralo individualno učno obliko. Delo s svojcem je izbralo 77,8 % žensk in 22,2 % moških. Za individualno obliko se je odločilo 73,7 % starejših od 71 let, 26,3 % pa jih je bil starih od 53 do 70 let. Večji del anketirancev, ki so kot odgovor izbrali individualno obliko, biva v mestu (60,5 %), iz vasi in predmestja pa jih je 39,5 %. Statistično značilnih razlik v izbiri učne oblike glede na spol ( $p = 0,139$ ), starost ( $p = 0,766$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,315$ ) pacientov nismo ugotovili.

Na vprašanje o nudenju učnih sredstev za informiranje o zdravljenju sive mreže je 75,9 % vprašanih odgovorilo, da imajo na voljo dovolj sredstev, in 24,1 % da nimajo dovolj sredstev. Med pacienti, ki menijo, da imajo na voljo dovolj učnih sredstev za informiranje o zdravljenju, je bilo 43,2 % moških in 56,8 % žensk. Da nimajo dovolj učnih sredstev za informiranje pa je menilo 64,3 % žensk in 35,7 % moških. 29,5 % starih od 53 do 70 let je izbralo trditev, da imajo na voljo dovolj učnih sredstev, z visokim, 70,5-% deležem pa so se starejši od 71 let strinjali, da imajo dovolj učnih sredstev. Mnenje, da nimajo dovolj učnih sredstev je izrazilo 71,4 % starejših od 71 let in 28,6 % vprašanih med 53 in 70 letom. Večina ljudi iz mesta (54,5 %) in 45,5 % vprašanih iz vasi in predmestja meni, da imajo dovolj učnih sredstev za informiranje o zdravljenju sive mreže. 57,1 % vprašanih, ki prihajajo iz vasi in predmestja pa navaja, da učnih sredstev nimajo dovolj, prav tako je enakega mnenja tudi 42,9 % vprašanih, ki živijo v mestu. Hi-kvadrat test pri trditvi o ustrezni dostopnosti učnih sredstev za informiranje o zdravljenju dokazuje, da ne obstajajo statistično značilne razlike glede na spol ( $p = 0,621$ ), starost ( $p = 0,944$ ) in kraj bivanja anketirancev ( $p = 0,446$ ). Rezultat hi-kvadrat testa se sprejema z zadržkom: več kot 20,0 % celic je imelo pričakovano frekvenco manjšo od 5 in najmanjša pričakovana frekvenca je bila manjša od 1.

#### 3.4.2 Seznanjenost pacientov z operativnim posegom sive mreže

Tabela 2: Seznanjenost pacientov z operacijo sive mrene in razumevanje navodil

Kje ste pridobili prvo informacijo, kaj je siva mrena?	N (%)	SPOL		STAROST			KRAJ			
		M (%)	Ž (%)	X <sup>2</sup> (p)	Od 53–70 let (%)	Od 71 let (%)	X <sup>2</sup> (p)	Vas in predmestje (%)	Mesto (%)	X <sup>2</sup> (p)
V zdravstvenih revijah.	3 (5,1)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,408 (0,815)	0 (0)	3 (100)	2,672 (0,263)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,738 (0,692)
V medijih.	17 (28,8)	6 (35,3)	11 (64,7)		7 (41,2)	10 (58,8)		7 (41,2)	10 (58,8)	
Na oftalmološkem pregledu	39 (66,1)	17 (43,6)	22 (56,4)		10 (25,6)	29 (74,4)		20 (51,3)	19 (48,7)	
<b>Ali menite, da ste pridobili dovolj informacij o zdravljenju sive mrene v okulistični ambulanti?</b>										
Informacij o zdravljenju ni bilo dovolj, bile so nerazumljive in pomanjkljive.	8 (13,6)	1 (12,5)	7 (87,5)	3,045 (0,081)	2 (25)	6 (75)	0,066 (0,798)	4 (50)	4 (50)	0,024 (0,877)
Informacij je bilo dovolj, kot sem pričakoval/a in potreboval/a, da sem razumel/a celoten postopek zdravljenja sive mrene.	51 (86,4)	23 (45,1)	28 (54,9)		15 (29,4)	36 (70,6)		24 (47,1)	27 (52,9)	
<b>Ali ste prebrali pisno soglasje?</b>										
Da	56 (94,9)	23 (41,1)	33 (58,9)	0,071 (0,790)	16 (28,6)	40 (71,4)	0,031 (0,859)	27 (48,2)	29 (51,8)	0,253 (0,615)
Ne	3 (5,1)	1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)	
<b>Ali ste razumeli navodila za operacijo?</b>										
Da	57 (98,3)	23 (40,4)	34 (59,6)	0,669 (0,414)	16 (28,1)	41 (71,9)	0,388 (0,534)	27 (47,4)	30 (52,6)	1,090 (0,296)
Ne	1 (1,7)	0 (0)	1 (100)		0 (0)	1 (100)		1 (100)	0 (0)	

Kje ste pridobili prvo informacijo, kaj je siva mrena?	N (%)	SPOL			STAROST			KRAJ			
		M (%)	Ž (%)	X <sup>2</sup> (p)	Od 53–70 let (%)	Od 71 let (%)	X <sup>2</sup> (p)	Vas in predmestje (%)	Mesto (%)	X <sup>2</sup> (p)	
<b>Ali ste bili dovolj seznanjeni s postopki operacije?</b>											
S postopki operacije sem bil/a popolnoma in v celoti seznanjen/a.	48 (81,4)	21 (43,8)	27 (56,2)	3,418 (0,181)	15 (31,2)	33 (68,8)	4,335 (0,114)	24 (50)	24 (50)	1,251 (0,535)	
S postopki operacije sem bil/a delno seznanjena.	10 (16,9)	2 (20)	8 (80)		1 (10)	9 (90)		4 (40)	6 (60)		
S postopki operacije nisem bil/a dovolj seznanjen/a.	1 (1,7)	1 (100)	0 (0)		1 (100)	0 (0)		0 (0)	1 (100)		
<b>Ali menite, da so medicinske sestre podale informacije o operaciji sive mreže, dovolj natančno?</b>											
Informacij je bilo dovolj, razložene so bile natančno in razumljivo.	56 (94,9)	24 (42,9)	32 (57,1)	2,167 (0,141)	17 (30,4)	39 (69,6)	1,279 (0,258)	26 (46,4)	30 (53,6)	0,468 (0,494)	
Informacije so bile podane hitro in nerazumevajoče.	3 (5,1)	0 (0)	3 (100)		0 (0)	3 (100)		2 (66,7)	1 (33,3)		

Legenda: N = število odgovorov na trditev, M = moški spol, Ž = ženski spol, p = vrednost statistične značilnosti, x<sup>2</sup> = vrednost hi-kvadrat testa

Iz tabele 2 je razvidno, da je prvo informacijo o tem, kaj siva mrena je, na oftalmološkem pregledu dobilo 66,1 % vprašanih, 28,8 % pa iz medijev. 43,6 % moških in 56,4 % žensk je informacijo dobilo na oftalmološkem pregledu. Iz medijev je pridobilo prvo informacijo 64,7 % žensk in 35,3 % moških. Anketirancev, starih od 53 do 70 let, ki so pridobili informacijo na oftalmološkem pregledu, je bilo 25,6 %, 74,4 % je bilo starejših od 71 let. Anketirancev, starih od 53 do 70 let, ki so informacijo pridobili iz medijev je bilo 41,2 % in 58,8 % takih je bilo starejših od 71 let. Največ anketirancev, ki so pridobili informacijo na oftalmološkem pregledu, je bilo iz vasi ali iz predmestja, kar 51,3 %, in 48,7 % jih je bilo iz mesta. 58,8 % ljudi iz mesta je pridobilo informacijo v medijih, iz vasi in predmestja pa je bilo takih 41,2 %. Statistično značilnih razlik v pridobivanju prve informacije o sivi mreni glede na spol ( $p = 0,815$ ), starost ( $p = 0,263$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,692$ ) pacientov nismo ugotovili.

86,4 % anketirancev meni, da so pridobili dovolj informacij o zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti. Med njimi je 45,1 % moških in 54,9 % žensk, ki menijo, da so dobili dovolj informacij oziroma toliko, kot so jih pričakovali in potrebovali, da bi razumeli celoten postopek zdravljenja sive mreže. 29,4 % takih je bilo starih od 53 do 70 let, 70,6 % pa je bilo starejših od 71 let. Iz mesta je 52,9 % anketiranih pridobilo dovolj informacij, iz vasi in predmestja pa 47,1 %. 87,5 % žensk navaja, da niso prejele dovolj informacij o zdravljenju, saj naj bi bile nerazumljive in pomanjkljive. Tako je odgovorilo tudi 75 % starejših od 71 let. Analiza kraja bivanja anketirancev, ki so se opredelili, da niso dobili dovolj informacij o zdravljenju, pa nam pokaže enako odstotno vrednost, 50 %, za prebivalce vasi, predmestja ter mesta. Statistično značilnih razlik v pridobivanju informacij o zdravljenju sive mreže glede na spol ( $p = 0,081$ ), starost ( $p = 0,798$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,877$ ) pacientov nismo ugotovili.

94,9 % anketirancev je prebralo pisno soglasje, od tega moški z 41,1-% deležem in ženske s 58,9-% deležem. Starejših od 71 let je bilo 71,4 %, starih od 53 do 70 let pa 28,6 %. Največ anketiranih, ki so prebrali pisno soglasje, je bilo iz mesta, 51,8 %, iz vasi in predmestja pa 48,2 %. 66,7 % žensk ni prebralo pisnega soglasja. Prav tako soglasja niso prebrali anketiranci, stari od 53 do 70 let (33,3 %) in 66,7 % anketiranih, ki bivajo v mestu. Statistično značilnih razlik v prebiranju pisnega soglasja glede na

spol ( $p = 0,790$ ), starost ( $p = 0,859$ ), in kraj bivanja ( $p = 0,615$ ) pacientov nismo ugotovili.

Na vprašanje, da so razumeli navodila za operacijo, je odgovorilo 98,3 % vseh vprašanih, od tega je bilo moških 40,4 % in žensk 59,6 %. Največ anketiranih, ki so razumeli navodila, je bilo starejših od 71 let 71,9 %, starih od 53 do 70 let pa je bilo 28,1 %. Iz mesta jih je bilo 52,6 % in 47,4 % jih je bilo iz vasi in predmestja. Ena anketiranka, starejša od 71 let iz vasi, pa navodil za operacijo ni razumela. Statistično značilnih razlik v razumevanju navodil za operacijo med pacienti glede na spol ( $p = 0,414$ ), starost ( $p = 0,534$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,296$ ) pacientov ne ugotovimo.

81,4 % vprašanih je odgovorilo, da so bili s postopki operacije popolnoma seznanjeni, 16,9 % pa se jih je opredelilo, da so bili delno seznanjeni. 43,8 % moških in 56,2 % žensk je bilo v celoti seznanjenih z operacijo sive mreže. 80 % žensk je bilo s postopki operacije delno seznanjenih. Starih od 53 do 70 let je bilo s postopki operacije v celoti seznanjenih 31,2 %, starejših od 71 let pa je bilo 68,8 %. 90 % starejših od 71 let meni, da so bili delno seznanjeni s postopki operacije. Iz vasi, predmestja in mesta jih je 50 % v celoti seznanjenih s postopki operacije. 60 % anketiranih iz mesta pa je bilo le delno seznanjenih s postopki operacije sive mreže, medtem ko je bilo takih v predmestju in vasi 40 %. S postopki operacije ni bil dovolj seznanjen en moški, star med 53 in 70 letom starosti iz mesta. Statistično značilnih razlik v seznanjenosti s postopki operacije med pacienti glede na spol ( $p = 0,181$ ), starost ( $p = 0,114$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,535$ ) pacientov ne ugotovimo.

Na vprašanje o zadovoljstvu s podajanjem informacij medicinskih sester pacientom je 94,9 % vprašanih odgovorilo, da je bilo informacij dovolj in da so bile razložene natančno in zanimivo. Glede na spol 57,1 % žensk in 42,9 % moških meni, da so dobili dovolj natančne in razumljive informacije o operaciji sive mreže. Anketirani, ki so bili zadovoljni s podajanjem informacij medicinskih sester, so bili stari od 53 do 70 let (30,4 %) in 70 let in več (69,6 %). Največ anketiranih, ki so pridobili dovolj natančnih in razumljivih informacij, je bilo iz mesta (53,6 %), zelo malo odstopa tudi delež prebivalcev iz vasi ter predmestja (46,4 %). 100 % žensk, starih 71 let in več, meni, da so jim bile informacije podane hitro in nerazumevajoče, od katerih jih 66,7 % prihaja iz vasi in predmestja ter 33,3 % iz mesta. Statistično značilnih razlik v podajanju

informacij o operaciji sive mreže glede na spol ( $p = 0,141$ ), starost ( $p = 0,258$ ), in kraj bivanja ( $p = 0,494$ ) pacientov ne ugotovimo.

Rezultat hi-kvadrat testa se sprejema z zadržkom: več kot 20,0 % celic je imelo pričakovano frekvenco manjšo od 5 in najmanjša pričakovana frekvenca je bila manjša od 1.

## 3.4.3 Zadovoljstvo pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti

Tabela 3: Zadovoljstvo pacientov na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti

Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno vzgojo v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže?	N (%)	SPOL		X <sup>2</sup> (p)	STAROST			KRAJ		
		M (%)	Ž (%)		Od 53–70 let (%)	Od 71 let (%)	Vas in predmestje (%)	Mesto (%)	X <sup>2</sup> (p)	
Da	54 (91,5)	21 (38,9)	33 (61,1)	0,983 (0,612)	14 (25,9)	40 (74,1)	26 (48,1)	28 (51,9)	0,256 (0,880)	
Ne	2 (3,4)	1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)	1 (50)	1 (50)		
Lahko bi izboljšali zdravstveno vzgojo	3 (5,1)	2 (66,7)	1 (33,3)		2 (66,7)	1 (33,3)	1 (33,3)	2 (66,7)		

Legenda: N = število odgovorov na trditev, M = moški spol, Ž = ženski spol, p = vrednost statistične značilnosti, x<sup>2</sup> = vrednost hi-kvadrat testa



Iz tabele 3 smo želeli izvedeti zadovoljstvo pacientov s področjem zdravstvene vzgoje v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže. 91,5 % vprašanih je bilo s tovrstno zdravstveno vzgojo zadovoljnih (61,1 % žensk in 38,9 % moških). 74,1 % zadovoljnih pacientov je bilo starejših od 71 let, 25,9 % pa je bilo starih od 53 do 70 let. Zadovoljnih anketirancev iz vasi in predmestja je bilo 48,1 %, iz mesta pa 51,9 %. Zanimivo je, da je kar 5,1 % anketirancev odgovorilo, da bi lahko izboljšali zdravstveno vzgojo. Od tega je bilo 66,7 % moških in 33,3 % žensk. 66,7 % je bilo starih od 53 do 70 let, ki menijo, da bi lahko izboljšali zdravstveno vzgojo na primeru zdravljenja sive mreže. Enako meni 33,3 % vprašanih iz vasi in predmestja ter 66,7 % iz mesta. Ne glede na socialno-demografske značilnosti je bilo 3,4 % anketirancev nezadovoljnih z zdravstveno vzgojo v okulistični ambulanti. Statistično značilnih razlik v zadovoljstvu pacientov z zdravstveno vzgojo pri zdravljenju sive mreže v okulistični ambulanti glede na spol ( $p = 0,612$ ), starost ( $p = 0,252$ ) in kraj bivanja ( $p = 0,880$ ) pacientov ne ugotovimo.

Rezultat hi-kvadrat testa se sprejema z zadržkom: več kot 20,0 % celic je imelo pričakovano frekvenco manjšo od 5 in najmanjša pričakovana frekvenca je bila manjša od 1.

## 3.4.4 Potrebe pacientov po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti

**Tabela 4: Potrebe pacientov v okulistični ambulanti**

Katere so potrebe pacientov po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti?	Frekvenca	Odstotki (%)
Vse informacije so bile na voljo.	3	5,1
Medicinske sestre nam namenijo premalo časa.	1	1,7
Potrebujemo preventivno izobraževanje in nasvete za ozaveščanje ljudi pred pojavom slabega vida.	5	8,5
Dobrodošla bi bila navodila za boljše zdravstveno vzgojno delo v okulistični ambulanti.	3	5,1
Zloženke.	2	3,4
Razlike med delom medicinskih sester očesne klinike v Ljubljani in okulističnim centrom.	1	1,7
Skupaj	15	25,5
<b>Ali menite, da je zdravstvena vzgoja pomembna v okulistični ambulanti za zdravljenje sive mreže?</b>		
Menim, da je pomembna, saj s tem pridobimo pomembne informacije.	55	93,2
Menim, da ni pomembna.	4	6,8
Skupaj	59	100

Tabela 4 kaže, da anketirani v večini menijo (8,5 %), da potrebujejo preventivno izobraževanje pred nastankom težav z sivo mrežo. Temu odgovoru sledijo boljše oblikovana navodila o zdravstveni vzgoji (5,1 %). Nekateri anketiranci pa vseeno menijo, da so pridobili vse informacije (5,1 %). Dva anketiranca menita, da bi zdravstveno vzgojno delo v okulistični ambulanti na področju sive mreže lahko izboljšali z zloženkami (3,4 %). Ostali (1,7 %) pa so mnenja, da jim medicinske sestre posvečajo premalo časa in (1,7 %) navajajo, da so vidne razlike med delom medicinskih sester v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer in na Očesni kliniki UKC Ljubljana. Da je zdravstvena vzgoja v okulistični ambulanti pomembna, se strinja 93,2 % vprašanih, manjši delež (6,8 %) pa navaja, da izobraževanje pacientov s področja zdravstvene vzgoje ni pomembno.

### 3.5 RAZPRAVA

Zdravstveno vzgojno delo v okulistični ambulanti je pomembna vsebina zdravstvene dejavnosti. Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti seznanjenost pacientov z operacijo sive mreže, kakšno je njihovo zadovoljstvo in kakšne so potrebe po zdravstveno vzgojnem delu v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu 59-ih pacientov obeh spolov z enako diagnozo. Realizacija vzorca je bila 73,75-%.

V raziskavi smo moške in ženske spraševali o načinu dela, ki ga je izbrala medicinska sestra, da bi informirala paciente o zdravljenju sive mreže. Največ tako moških kot žensk je označilo ustno razlago kot najpogostejši način podajanja informacij o zdravljenju sive mreže, pri čemer je bilo opaziti določeno razliko v starosti in kraju bivanja, ki pa ni statistično značilna. Več kot polovica anketiranih žensk je kot vir informacij izbrala predvsem plakate in zloženke, ne glede na starost in kraj bivanja. Zanimivo je dejstvo, da so bili individualne oblike zdravstveno vzgojnega dela pri posredovanju informacij s strani medicinske sestre deležni predstavniki obeh spolov v enakem deležu, medtem ko se ta pedagoški pristop v naši raziskavi pogosteje pojavlja pri skupini starejših od 71 let in več ter pri prebivalcih iz mesta. Večina anketirancev ne glede na spol, starost in kraj bivanja meni, da imajo na voljo dovolj učnih sredstev za zadostno informiranje o zdravljenju sive mreže in da so dovolj seznanjeni s postopki operacije. Manjši delež žensk, starejših od 71 let meni, da so bile informacije o operaciji sive mreže podane hitro in nerazumevajoče. Rezultati raziskave so dokazali, da so pacienti prvo informacijo o tem, kaj siva mreža je, pridobili na oftalmološkem pregledu. Od tega je bila več kot polovica starejših od 71 let in iz vasi ali predmestja. V naši raziskavi smo prav tako ugotovili, da so moški in ženske zadovoljni z zdravstveno vzgojo v okulistični ambulanti, čeprav manjši delež moških, različnih starosti in iz različnih krajev bivanja meni, da bi se lahko zdravstvena vzgoja izboljšala. Velika večina anketirancev tako moških kot žensk meni, da je zdravstvena vzgoja pomembna. Nekaj jih je izrazilo željo po dodatnem preventivnem izobraževanju in novih zloženkah o sivi mreži.

Lavtižar in Arlič (2010) navajata, da so poleg pacientov v zdravstveni vzgoji vključeni tudi drugi člani družine in da neinformiranost pacientom povzroča težave. Tudi mi ugotavljamo, da so svojci pomembni pri posredovanju informacij in izbiri učne oblike, za katero se odločajo medicinske sestre, in sicer predvsem pri osebah, starejših od 71 let. Pomembna je informiranost in razumevanje navodil, saj tudi to pomembno za zadovoljstvo pacientov. Hogeweg in Keunen (2005) dokazujeta, kako s starostjo narašča vse več slabovidnih ljudi. V naši raziskavi so ugotovitve enake, saj smo imeli največ anketirancev starejših od 71 let. Ivanuša in Železnik (2000) ugotavljata, da zdravstvena nega vključuje tudi ostale aktivnosti učenja, svetovanja in motiviranja posameznika in družine. Strokovnjaki poudarjajo, da je poučevanje, svetovanje in motiviranje zelo pomembno pri zagotavljanju zdravstvene nege očesnega pacienta. Tudi Hoyer (2005) poudarja pomembnosti na področju zdravstvene vzgoje in svetovanja, še preden se bolezen razvije. Muller et al. (2007) nadalje ugotavljajo, kako pomembno bi bilo poučevati ljudi pred dejavniki tveganja in kako bi to pozitivno vplivalo tudi na uspešnejše reševanje problema sive mreže. Vpeljevanje zloženk v proces zdravljenja bi lahko dokazalo pozitiven odziv pacientov in ustreznost informiranja, prav tako raziskava londonske Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust (2007) prikazuje pozitivne rezultate pri uporabi zloženk o sivi mreži. Khan (2011) pravi, da je pomembno ustanoviti program za zaščito oči, ker je študija v Pakistanu pokazala slabe rezultate usposobljenosti zdravstvenih delavcev in velik delež bolnikov s sivo mrežo. Lockey (2009) ugotavlja, da je pacientom glavni vir informacij predstavlja prav medicinska sestra, ki se jim posveti, jih ustrezno obravnava ter jim je v podporo. Rezultati naše raziskave se ujemajo z raziskavo avtoric Ivanuša in Železnik (2000), ki nakazujeta pozitivne učinke zdravstvene vzgoje na pacienta v okulistični ambulanti. Pomembnosti, ki jih o preventivnem izobraževanju in svetovanju pred nastankom bolezni navaja Hoyer (2005), ugotovimo tudi v naši raziskavi, saj bi si manjši delež pacientov želel več informacij, preden bi se bolezen že razvila. Strinjamo se tudi z ugotovitvijo Muller et al. (2007) ter Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust (2007), saj je tudi v naši raziskavi nekaj pacientov izrazilo željo po nastanku nove zloženske o sivi mreži. Glede na izsledke Khanove teorije (2011) v raziskavi nismo ugotovili potrebe po ustanovitvi programa o težavah z očmi. Rezultati tuje raziskave, ki jo je naredil Lockey (2009), navajajo pomembno vlogo medicinske sestre, kar

ugotavljamo tudi sami, saj je iz rezultatov razbrati, kako radi se pacienti pogovarjajo o operativnem posegu in zdravljenju sive mreže ter ob tem izražajo svoje zadovoljstvo s postopkom zdravstvene obravnave. V naši raziskavi enako kot Ivanuša in Železnik (2000) ugotovimo, da so pacienti zadovoljni in imajo pozitiven odziv na zdravstveno vzgojo. Raziskava dokazuje, kako pomembna je vloga medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice pri zagotavljanju uspešnega poteka zdravljenja sive mreže in preprečevanju strahu pri pacientih. Enake zaključke navajajo tudi drugi avtorji, ki so poudarjali pomembno vlogo medicinske sestre (Naglost, Kofol, 2007; Razinger, 2004). Pfeifer (2004) spodbuja razlago o očesni terapiji, ki jo mora pacient izvajati samostojno doma in predvsem o nevarnostih, na katere mora biti še posebej pozoren. Naša raziskava je pokazala, da anketirani pacienti prejmejo v postopku obravnave sive mreže v okulistični ambulanti dovolj učnih sredstev, da navodila razumejo in so seznanjeni s postopki operacije. Informacije, ki jim jih je posredovala medicinska sestra, so bile po mnenju pacientov dovolj natančne in razumljive. Diplomsko delo je z navedenimi ugotovitvami odgovorilo na vseh osem zastavljenih raziskovalnih vprašanj.

Na osnovi dobljenih rezultatov in ostale literature, ki smo jo obravnavali, ugotavljamo, da so pacientu pomembna ustna in pisna navodila, ki mu jih posreduje medicinska sestra. V raziskavi ugotovimo, da so pacienti dovolj seznanjeni in zadovoljni z zdravstveno vzgojo. Kljub temu pa se zavedamo, da bi jo lahko še izboljšali; lahko bi na primer oblikovali zloženko na temo zdravljenja sive mreže, saj jo nekatere tuje države že uporabljajo in na primeru raziskave Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust (2007) dokazujejo, da se pacienti pozitivno odzivajo nanjo, saj vsebuje dovolj ključnih informacij.

Pri izpolnjevanju anket v sklopu naše raziskave ni bilo ovir. Ker pacienti niso bili vseh starostnih skupin, smo skupine združili, prav tako po kraju bivanja. Glede na to, da na področju okulistike zdravstveno vzgojno delo ni tako raziskano in ker smo posledično imeli težave pri iskanju literature, predlagamo v prihodnje več raziskav na tem področju, predvsem pa želimo, da se zdravstveno osebje osredotoči na motiviranje in sodelovanje s pacientom, saj to privede do bolj uspešnega zdravljenja. Ugotovili smo namreč, da si največji delež pacientov želi pogovora z medicinsko sestro kot načina

izobraževanja s področja zdravstvene vzgoje v okulistični ambulanti. Prav tako bi bilo dobro poučevati mlajše generacije o preventivnih ukrepih pred ultravijolično svetlobo, saj bi s tem lahko dosegli, da bi ljudje svoje oči znali zaščititi in bi pridobili koristne informacije pred nastankom težav. Pozornost je potrebno posvetiti tudi večjemu izobraževanju medicinskih sester na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti. Vsekakor so to odprta vprašanja, ki jih rezultati naše raziskave ponujajo za nadaljnje raziskovanje.

Izvedena raziskava je imela nekaj omejitev. Rezultati raziskave so pridobljeni na vzorcu devetinspetdesetih anketirancev, kar predstavlja premajhen vzorec, da bi ugotovitve raziskave lahko splošili na večjo populacijo. Anketiranje smo izvajali v mesecu juliju, vendar bi morda bilo boljše, če bi ga izvajali pred poletnim časom, ko je več operativnih posegov sive mreže, saj bi s tem pridobili večji vzorec anketirancev. Manjši vzorec je prispeval k določenim omejitvam izračuna hi-kvadrat testa, zaradi katerih nekatere ugotovitve testiranj statistično značilnih razlik po spolu, starosti in kraju bivanja anketirancev sprejemamo z zadržkom. Anketiranje smo izvajali na eni kliniki, v prihodnje predlagamo izvedbo raziskave na večjih zavodih, ki opravljajo to dejavnost in na večjem vzorcu.

## 4 ZAKLJUČEK

Siva mrena je eden od najpogostejših vzrokov slabovidnosti pri starejših. Zaradi staranja populacije je tudi pojav sive mreže vse pogostejši, zato je poznavanje te bolezni in njenih značilnosti zelo pomembno. Nastane zaradi različnih vzrokov, vedno pa gre za zamotnitev očesne leče, ki jo je treba odstraniti in zamenjati z umetno. Pomembno je, da posameznik, ki pride na pregled zaradi težav z vidom, ki jih povzroča siva mrena, dobi vse ustrezne informacije o možnostih zdravljenja. Glavne težave, ki jih imajo pacienti s sivo mrežo, so meglen vid, opažajo da slabše vidijo pri osvetlitvi, slabše prepoznavajo barve, nekateri opazijo prekomerno bleščanje na sončni svetlobi ali pa pojav dvojnih slik. Zato je pomembno izvajanje zdravstveno vzgojnega dela in poučevanje pacienta, kar pripomore pri odločitvi za zdravljenje.

Na podlagi praktičnih izkušenj, pridobljenih v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer, izvedeni empirični raziskavi in po prebrani strokovni literaturi ugotavljamo, da medicinske sestre lahko veliko naredijo za izobraževanje in vzgajanje na področju zdravstveno vzgojnega dela v okulistični ambulanti. Na osnovi pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da si predvsem pacienti, starejši od 71 let želijo več pogovora z medicinsko sestro v individualni obliki. Nekateri si želijo preventivnih informacij pred nastankom sive mreže, boljše oblikovana navodila ter zloženke. Menimo, da je na področju oftalmologije pomembna preventivna dejavnost in poučevanje pacientov tudi o uporabi zaščitnih očal in vplivu ostalih dejavnikov tveganja na zdrave oči. Zato je treba dati poudarek na zdravstveno vzgojno delo že pri mlajši populaciji, da bi vsi ljudje svoje oči zaščitili pred delovanjem ultravijoličnih žarkov z nošenjem kakovostnih sončnih očal, se izogibali kajenju, nepravilni prehrani, neredni gibalni dejavnosti in s tem preprečili tudi ostale dejavnike za nastanek sive mreže.

## 5 LITERATURA

Cakir H, Canan A. Lift and crack technique increases safety in dense cataracts. *J Refract Surg.* 2010;7(6):31–2.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Garretson S. Benefits of pre-operative information programmes. *Nurs Stand.* 2004;18(47):33–7.

General Medical Council. *New Guidelines – Seeking Patient Consent: Ethical considerations.* London: General Medical Council; 2001.

Glanz K, Rimer K, Viswanath K. *Health behavior and health education.* San Francisco: Jossey – Bass A Wiley Imprint; 2008.

Gračner B, Pahor D. *Oftalmologija.* Maribor: Visoka šola za zdravstvo; 2003.

Grubar T, Blažič M. Kako vid vpliva na izvajanje življenjskih aktivnosti. In: Marjeta Berkopec et al., eds. *Vrednote v zdravstveni negi. 2. Dnevi Marije Tomšič,* Novo mesto, 21.–22. januar 2010. Novo mesto: Splošna bolnišnica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo; 2010: 135–40.

Hogeweg M, Keunen JEE. Prevention of blindness in leprosy and the role of the Vision 2020 Programme. *Clin Ophtalmol.* 2005;(19):1100–3.

Holladay JT, Janes JA. Topographic changes in corneal asphericity and effective optical zone size following laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg.* 2002;28(6):942–7.



Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.

Jacobs DS. Cataracts in adults. Boston: University of Michigan Kellogg eye center; 2012. Dostopno na: [http://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults?source=search\\_result&selectedTile=2%7E150](http://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults?source=search_result&selectedTile=2%7E150) (2. 3. 2012).

Khan MD. The challenge of equitable eye care in Pakistan. Pakistan. 2011;25(2):415–24.

Lanbein K, Skalnik C. Veliki zdravstveni vodnik. Kranj: Modita; 2007.

Lavtižar J, Arlič L. In: Skela Savič B, Kaučič MB, Filej B, Skinder Savić K, Mežik Veber M, Romih K, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: poglavje Predoperativna zdravstvena nega. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 399–404.

Lemaire A. Informed consent – a contemporary myth? J Bone Joint Surg. 2006;88(1):2–7.

Lockey J. The provision of information for patients prior to cataract surgery. NSH Trust. 2009;19(18):1207–11.

Mikek K. Astigmatizem in nove možnosti za korekcijo. ABC zdravja. 2008;3(17):13–4.

Mitchell M. Guidance for the psychological care of day case surgery patients. Nurs Stand. 2002;16(40):41–3.

Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust. Cataract. London: Moorfields Eye Hospital NSH Foundation Trust; 2007.

Muller A, Keeffe J, Taylor HR. Changes in eye care utilization following an eye health promotion campaign. Clin and Experiment Ophthalmol. 2007;4(35):305–9.

Naglost A, Kofol T. Koraki za zdravstveni vsakdan. In: Trampuž R, ed. Pot k zdravemu življenju. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in tehnikov zdravstvene nege; 2007.

Navodila za operacijo sive mreže. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto; 2005.

Nendl T, Vidrih M. Navodilo o pravilni in varni uporabi zdravil farmacevtske oblike za oko. Ljubljana: Očesna klinika UKC; 2011.

Ostermeier - Sitkowski U. Izboljšajte vid!: do zdravih oči po naravni poti. Tržič: Učila International; 2003.

Pfeifer V. Operacija sive mreže. Ljubljana: Klinični center; 2005. Dostopno na: [http://www.okc-pfeifer.si/slike/clanki/Operacija\\_sive\\_mrene\\_Pfeifer.pdf](http://www.okc-pfeifer.si/slike/clanki/Operacija_sive_mrene_Pfeifer.pdf) (24. 2. 2012).

Pfeifer V. Navodila po operaciji sive mreže. Ljubljana: Očesni kirurški center; 2004.

Pfeifer V, Mikek K. Priporočila za zdravljenje pooperativnih zapletov po operaciji sive mreže. Zdrav Vestn. 2004;73(5):423–6.

Razinger J. Zdravstvena nega očesnega bolnika. Ljubljana: Klinični center, Očesna klinika; 2004.

Seničar A. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. In: Rebernik Milić M, ed. Zagotovimo varnost pacienta: zbornik XXI: Kongresni center hotela Mons Ljubljana,

24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: 2006: 7–17.

World Health Organization. Health education and promotion – Reproductive health. B.k.: WHO: 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/en/> (20. 4. 2012).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Plan in realizacija zdravstvenih storitev. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2011. Dostopno na: <http://www.zzs.si/ZZZS/pao/izvajalci.nsf/izvajalci/465636CE73F78537C125799900186E2B?OpenDocument> (11. 5. 2012).

Zurc, J. Človekovo znanje in razvoj. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič, Mežik Veber, et al. eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010a: 40–51.

Zurc, J. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zurc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege – Zbornik predavanj z recenzijo: 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 16.–17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010b: 224–37.

Zurc, J. Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja: predstavitev razvojnega projekta Ministrstva za zdravje RS in izdelkov študentov. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, 21.–22. junij 2010, Ljubljana. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010c: 77–88.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

# ANKETNI VPRAŠALNIK za ANKETIRANCE, STARE 50 LET IN VEČ, PO OPERACIJI SIVE MRENE

## Siva mrena in zdravstvena vzgoja v okulistični ambulanti

Spoštovani!

Sem Valerija Vujanović, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru zaključka študija pripravljam diplomsko delo z naslovom Zdravstveno vzgojno delo v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skela Savič in somentorstvom doc. dr. Jože Zorc. Z anketnim vprašalnikom, ki je pred vami, želim pridobiti podatke s področja poznavanja sive mreže in zdravstvene vzgoje v okulistični ambulanti. Pri anketi je zagotovljena absolutna anonimnost. Ker je anketni vprašalnik del mojega diplomskega dela, Vam zagotavljam, da bom podatke uporabila izključno le v te namene. Vljudno Vas prosim, da odgovorite na spodnja vprašanja. Pri vsakem vprašanju je možen samo en odgovor, razen ko je v navodilih navedeno drugače. Najlepše se Vam zahvaljujem za Vaše sodelovanje!

### SOCIALNO-DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI

A. Spol:      1. moški      2. ženski

B. Starost:

1. od 53 do 58
2. od 59 do 64
3. od 65 do 70

4. od 71 in več

C. Kje živite?

1. V vasi.
2. V predmestju.
3. V mestu.

### SIVA MRENA

D. Kje ste pridobili **prvo** informacijo o tem, kaj je siva mrena?

1. Zdravstvene revije
2. Mediji
3. Na oftalmološkem pregledu pri okulistu
4. Drugo: \_\_\_\_\_

E. Ali menite, da ste pridobili dovolj informacij o zdravljenju sive mreine v okulistični ambulanti?

1. Informacij o zdravljenju sive mreine ni bilo dovolj, bile so nerazumljive in pomanjkljive.
2. Informacij je bilo dovolj, kot sem pričakoval/a in potreboval/a, da sem razumel/a celoten postopek zdravljenja sive mreine.

F. Ali ste prebrali pisno soglasje za operacijo?

1. Da
2. Ne

G. Ali ste razumeli navodila za operacijo?

1. Da
2. Ne

H. Ali ste pridobili mnenje osebnega zdravnika, da ste sposobni za operacijo?

1. Da

2. Ne

I. Ali ste bili dovolj seznanjeni s postopki operacije?

1. S postopki operacije sem bil/a popolnoma seznanjen/a v celoti.
2. S postopki operacije sem bil/a delno seznanjen/a.
3. S postopki operacije nisem bil/a dovolj seznanjen/a.

J. Ali menite, da so medicinske sestre v okulistični ambulanti informacije o operaciji sive mreže podale dovolj natančno?

1. Informacij je bilo dovolj, razložene so bile natančno in razumljivo.
2. Informacije so bile podane hitro in nerazumevajoče.
3. Informacije mi niso bile podane in jih nisem razumel/a.

K. Ali menite, da Vam je medicinska sestra podala ustrezna pisna in ustna navodila po operaciji?

1. Podana so bila pisna in ustna navodila s strani medicinske sestre.
2. Podana so bila samo pisna navodila.
3. Podana so bila samo ustna navodila s strani medicinske sestre.
4. Navodila niso bila ustrezno podana.

L. Ali Vam je medicinska sestra v okulistični ambulanti namenila dovolj časa za izvajanje zdravstvene vzgoje pri obravnavi?

1. Namenila mi je kratek čas (5 min).
2. Namenila mi je primeren čas, da sem razumel/a navodila (15–20 min).
3. Namenila mi je preveč časa (30 min in več).

M. Kateri način dela v vzgojno izobraževalnem procesu je največkrat izbrala medicinska sestra v okulistični ambulanti?

1. Ustno razlaganje
2. Delo z besedilom (zloženka, navodila ...)
3. Pogovor

4. Demonstracija medicinske sestre in moje praktično delo
  5. Drugo: \_\_\_\_\_
- N. Kateri vir informacij se je v učnem procesu zdravstvene vzgoje običajno uporabljal v okulistični ambulanti s strani medicinske sestre?
1. Naravni predmeti in modeli
  2. Demonstracijska učila: tridimenzionalni modeli (npr. organi človeškega telesa)
  3. Plakati, zloženke, slikanice
  4. Akustična (npr. posnet govora)
- O. Katera učna oblika posredovanja informacij je bila najpogosteje uporabljena v okulistični ambulanti?
1. Individualno
  2. S svojcem
  3. Skupinsko z drugimi pacienti
  4. Z drugim pacientom v paru
- P. Ali imate pacienti dovolj učnih sredstev za informiranje o zdravljenju sive mreže?
1. Imam dovolj učnih sredstev.
  2. Nimam dovolj učnih sredstev.
  3. Drugo: \_\_\_\_\_
- Q. Ali menite, da je zdravstvena vzgoja pomembna v okulistični ambulanti za zdravljenje sive mreže?
1. Menim, da je pomembna s tem pridobimo pomembne informacije.
  2. Menim, da ni pomembna.
  3. Mi je vseeno.
- R. Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno vzgojo v okulistični ambulanti na primeru zdravljenja sive mreže?

1. Da.
2. Ne.
3. Zdravstvena vzgoja je bila pomanjkljiva.
4. Lahko bi izboljšali zdravstveno vzgojo.

S. Katere potrebe po zdravstveno vzgojnem delu, bi pacienti potrebovali v okulistični ambulanti? (navedite)

---

---

T. Kakšne spremembe bi bile dobrodošle v okulistični ambulanti pri pridobivanju informacij o sivi mreži? (možnih je več odgovorov)

1. Več pogovora z zdravstvenim osebjem.
2. Razlaga posamezniku in svojcem.
3. Zloženke na temo zdravljenja sive mreže.
4. Skupinske učne delavnice.
5. Drugo: \_\_\_\_\_

Hvala za Vaše sodelovanje!