



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**DEJAVNIKI ODLOČITVE PACIENTA ZA
OPERACIJO SIVE MRENE**

**FACTORS INFLUENCING PATIENTS'
DECISION TO UNDERGO CATARACT
SURGERY**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred. Kandidatka: Lara Močnik

Jesenice, september, 2014

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Sadini Kalender Smajlović, pred., za sprejeto mentorstvo, strokovno pomoč ter koristne nasvete pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se celotnemu timu Očesnega kirurškega centra dr. Pfeifer, ki mi je omogočil izvedbo raziskave, še posebej pa Mariji Ani Schwartzbartl Pfeifer, dr. med. za njeno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Joci Zurc in mag. Katji Skinder Savić, pred., za recenzijo diplomskega dela ter Margit Berlič Ferlinc, prof. za lektoriranje diplomskega dela.

Najlepša hvala tudi moji družini in fantu za pomoč in podporo v času celotnega študija in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Siva mrena je postopna skaljenost očesne leče, zdravljenje poteka operativno, s pomočjo intraokularnih leč (IOL). Nekatere lahko omogočajo vid brez očal vendar je potrebno vedeti, da niso vsi pacienti primerni za vse vrste IOL.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kakšno vlogo ima diplomirana medicinska sestra pri odločitvi pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL. Želeli smo raziskati, v kakšni povezavi so spol, starost, izobrazba in regija bivanja pacienta z odločitvijo pacienta glede premium IOL. Zanimala nas je tudi pomembnost prisotnosti svojcev glede operacije sive mreže s premium IOL.

Metoda: Uporabili smo deskriptivno kvantitativno metodo raziskovanja, anketiranje z osebnim pristopom. V raziskavi je sodelovalo 64 pacientov, realizacija vzorca je bila 100 %. Vzorčenje je bilo namensko. Vprašalnik je vseboval 9 vprašanj in je bil sestavljen iz dveh delov (demografski podatki in podatki o vplivu svojcev na pacienta ter približno 15-minutno temeljito razlago o IOL, za katero je bil pacient primeren). Raziskava je bila izvedena v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer.

Rezultati: Ugotovili smo, da ima diplomirana medicinska sestra pomembno vlogo pri odločitvi pacienta, saj se je 50 % pacientov, ki so prejeli podrobne informacije o premium IOL s strani diplomirane medicinske sestre, za le te odločilo. Statistično pomembna razlika ($p=0,000$) se je pokazala pri izobrazbi in pri starosti pacientov ($p=0,005$). Tudi pogovor pacientov v domačem okolju s svojci je statistično pomembno povezan z odločanjem pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL ($p=0,001$), medtem ko spol, regija bivanja in prisotnost svojcev pri reševanju ankete ne kažejo statistične pomembnosti glede operacije sive mreže s premium IOL.

Razprava: Pri odločitvi pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL ima pomembno vlogo diplomirana medicinska sestra, pri kateri je pomemben njen ustrezen odnos do pacienta ter informiranost. Tudi nekateri drugi parametri, kot so starost, izobrazba in pogovor med pacienti in svojci v domačem okolju, so povezani z odločitvijo pacienta glede premium IOL. Priporočamo nadaljnje raziskave na področju kvalitete življenja pacientov s premium IOL.

Ključne besede: siva mrena, IOL, diplomirana medicinska sestra, operacija

SUMMARY

Theoretical bases: Cataract is gradual clouding of the lens. Healing of cataract is surgical with intraocular lenses (IOL). Some of enable the patient eyesight without glasses; however, it is necessary to know that not all patients are appropriate for all of IOL.

Goal: The goal of the diploma thesis has been to find out what role a nurse has when a patient has to decide about the surgery of cataract with premium IOL. We have researched if there are connections with gender, age, education, and region of permanent residence of the patient when deciding for the cataract surgery with premium IOL. We have also been interested in importance of family members' presence with the patient's decision for the cataract surgery with premium IOL.

Method: We have used the descriptive quantitative method, a questionnaire with personal approach. The study involved 64 patients and the realization of the sample was 100%. Sampling was dedicated. The questionnaire included 9 questions and was composed of two parts (demographic data and information on the effects of relatives on the patient and 15-minute explanation of the IOL for which the patient is suitable). Multilevel sampling has been done. The research has been executed at the Optical Surgery Centre Pfeifer, M.D.

Results: A nurse has a statistically important role with a patient's decision about the cataract surgery with premium IOL. Patients that have had a detailed explanation and information about the premium IOL have decided for the operation in 50 %. Education ($p=0,000$) and age ($p=0,005$) is statistically importantly connected with the decision of the patient about the cataract surgery with the premium IOL. Discussion with their families at home is also statistically important (for the decision for cataract surgery with the premium IOL ($p=0.001$)). The results of the research show that gender, region of residence and presence of the family do not show statistical importance for the cataract surgery with the premium IOL.

Discussion: Information that the patients get from the nurse are important. The patient must be well-informed by nurses. Some other parameters, such as age, education and discussion between patients and their families at home are in connection with the patient's decision for the cataract surgery with premium IOL. We recommend further research into the quality of life of patients with a premium IOL.

Keywords: cataract, IOL, a nurse, surgery.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 SIVA MRENA.....	2
2.1.1 Epidemiologija sive mreže.....	2
2.1.2 Etiologija sive mreže.....	3
2.1.3 Simptomi sive mreže.....	3
2.1.4 Vrste sive mreže.....	4
2.1.5 Diagnostika sive mreže.....	4
2.2 ZDRAVLJENJE SIVE MREŽE.....	5
2.2.1 Operacija sive mreže - fakoemulzifikacija.....	5
2.3 MOŽNI ZAPLETI PO OPERACIJI SIVE MREŽE.....	6
2.4 VRSTE REFRAKTIVNIH NAPAK.....	8
2.4.1 Emetropija.....	8
2.4.2 Miopija ali kratkovidnost.....	8
2.4.3 Hipermetropija ali daljnovidnost.....	9
2.4.4 Astigmatizem ali ukrivljenost roženice.....	9
2.5 INTRAOKULARNE LEČE (IOL).....	9
2.5.1 Zgodovina IOL.....	9
2.5.2 IOL danes.....	10
2.5.3 Multifokalne IOL.....	10

2.5.4 Torične IOL.....	11
2.5.5 Trifokalne IOL.....	12
2.5.6 Multifokalne torične IOL.....	12
2.5.7 Trifokalne torične IOL.....	13
2.6 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRED OPERACIJO SIVE MRENE.....	13
2.6.1 Sprejem pacienta v ambulanto.....	13
2.6.2 Psihična priprava pacienta.....	13
2.6.3 Fizična priprava pacienta.....	14
2.6.4 Edukacija pacienta s sivo mrežo.....	16
2.7 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE MED OPERACIJO SIVE MRENE.....	17
2.8 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PO OPERERACIJI SIVE MRENE.....	17
3 EMPIRIČNI DEL	188
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3 Opis vzorca.....	20
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	21
3.4 REZULTATI.....	22

3.5 RAZPRAVA.....	27
4 ZAKLJUČEK	30
5 LITERATURA.....	31
6 PRILOGE.....	36
6.1 VPRAŠALNIK.....	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na izobrazbo.....	23
--	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Odločitev pacienta za premium IOL glede na vrsto razlage diplomirane medicinske sestre.....	22
Tabela 2: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na ceno.....	23
Tabela 3: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na spol	24
Tabela 4: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na starost.....	24
Tabela 5: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na regijo bivanja.....	25
Tabela 6: Prisotnost svojcev pacienta pri reševanju ankete	26
Tabela 7: Povezanost med prisotnostjo svojcev in pogovorom z njimi ter odločitvijo pacienta za operacijo sive mreže.....	26

1 UVOD

Siva mrena je vodilni vzrok slepote na svetu, ki prizadene šest milijonov ljudi letno. Operacija sive mreže je najpogosteje izvajan refraktivni poseg, in sicer zaradi starajoče se populacije, katere pričakovanja glede vitalnosti postajajo vedno višja (Pfeifer, Vidovič-Valentinčič, 2005).

Na svetu se vsako leto opravi med 7 in 10 milijonov operacij sive mreže. Število opravljenih operacij na milijon ljudi se v razvitem svetu giblje okoli 5000, v nerazvitem pa lahko zgolj 200. V Sloveniji letno opravimo več kot 18.000 operacij sive mreže, v Nemčiji okoli 600.000, v Združenih državah Amerike pa 2,7 milijonov (Causes of blindness and visual impairment, 2008).

Poleg tega, da je operacija sive mreže najpogosteje izvajan refraktivni poseg, je tudi ena izmed najbolj uspešno opravljenih operacij na svetu. S tehnološkim napredkom pri izdelavi IOL (intraokularnih leč) so mnogi pacienti danes po operaciji sive mreže delno ali popolnoma neodvisni od očal (Črnež, Pfeifer, 2012).

Za operacijo sive mreže in hkratno korekcijo dioptrije imamo na voljo več IOL, ki jih s skupnim izrazom imenujemo tudi premium IOL: multifokalne in trifokalne, za korekcijo astigmatizma pa se uporabljajo torične IOL. Obstajajo pa tudi kombinirane IOL, ki korigirajo tako daljnovidnost oziroma kratkovidnost ter astigmatizem hkrati (multifokalne torične in trifokalne torične IOL) (Mandić et al., 2008).

Preko empiričnih izkušenj ugotavljamo, da večina pacientov ni ustrezno seznanjena z vsemi informacijami o premium IOL. Predvidevamo, da je poleg splošne informiranosti s strani pacientov vzrok za to lahko tudi v pomanjkljivi informiranosti pacientov tako s strani zdravstvenega osebja, kot tudi diplomiranih medicinskih sester. Z raziskavo z Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer želimo ugotoviti pomembnost vloge diplomirane medicinske sestre za pacienta glede na informiranost. Pridobljeni rezultati raziskave nam bodo v pomoč pri razumevanju odločitve pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 SIVA MRENA

Starostna siva mrena ali katarakta je napredujoča zameglitev naravne očesne leče. Onemogoča pravilen prehod svetlobe skozi očesno mrežnico. Starost in drugi vzroki povzročijo zlepljanje proteinov v očesni leči in tako nastajanje zamegljenih delov. Zgodnje spremembe ne motijo vida, kasneje pa siva mrena povzroča zamegljen vid in občutljivost na svetlobo. Ljudje z napredovalo sivo mreno pogosto rečejo, da se počutijo, kot bi gledali skozi voskan papir ali slap vode (Schwartzbartl Pfeifer, 2008).

Ljudje s katarakto imajo težave zaradi bleščanja, imajo znižano kontrastno občutljivost in vidno ostrino, lahko imajo tudi izpade v vidnem polju. Ko te težave postanejo preveč moteče, je potrebno motno lečo operativno odstraniti in jo nadomestiti z umetno. Z razvojem operativne tehnike je postala zelo elegantna operacija, izvajamo jo ambulantno, v topični anesteziji (Jaki Mekjavič, 2008). Operacija traja približno 20 minut. Kirurg praviloma operira najprej eno oko, da si to opomore pred posegom na drugem očesu. Vid na operiranem očesu se stabilizira v nekaj tednih (Meredith et al, 2010).

2.1.1 Epidemiologija sive mreine

Epidemiološki vzorci ocenjujejo, da je na svetu približno 30 milijonov slepih ljudi, 50 % pa jih je slepih le zaradi sive mreine. Vzorec in odstotek ljudi z motnjami vida je drugačen v razvitih in razvijajočih se državah, in sicer glede na to, ali so prisotni prehranski in kužni vzroki za slepoto ter ali so na voljo sredstva za zdravljenje motenj vida, med katere sodi tudi siva mrena (Deborah, Jacobs, 2014).

Prevalenca sive mreine s starostjo strmo narašča. V starosti med 65 in 69 let je prevalenca 17%, v starosti med 75 in 79 let 42%, po 85. letu pa se pojavlja v kar 70% (Solomon, Donnenfeld, 2003).

2.1.2 Etiologija sive mreže

Najpomembnejši vpliv za nastanek sive mreže ima zagotovo dedna predispozicija. Tako na splošno velja, da imajo tisti, pri katerih sta imela že oba starša sivo mrežo, veliko večje možnosti, da se bo siva mreža 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 ki nanjo lahko vplivamo, sta kajenje in izpostavljenost UV žarkom. Dokazano je, da imajo ljudje, ki pokadijo 15 cigaret dnevno, kar trikrat večjo verjetnost za razvoj sive mreže. Znano je tudi, da imajo nekoliko večje tveganje za pojav sive mreže ljudje, ki so kratkovidni ter tisti z rjavo barvo oči. Pojav sive mreže je pri mlajših pogosteje povezan z nekaterimi bolezenskimi stanji, kot so na primer sladkorna bolezen in kronična vnetja oči, lahko pa se razvije tudi po očesni poškodbi (Mikek, 2008).

Lanbein in Skalnik (2007) navajata, da so vzroki za starostno sivo mrežo encimske napake presnove v leči, pri čemer leča ne prejme dovolj hranilnih snovi in kisika. 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 tudi pri boleznih, kot je Downov sindrom.

2.1.3 Simptomi sive mreže

Simptomi sive mreže so:

- vid se začne slabšati,
- zamegljen ali dvojni vid,
- videnje sija okrog močne svetlobe,
- težave z nočnim vidom,
- vid, ki se slabša na sončni svetlobi,
- težave pri razločevanju barv,
- slaba globina vida,
- pogosto menjavanje predpisanih očal,
- težave z branjem (Schwartzbartl Pfeifer, 2008).

2.1.4 Vrste sive mrene

Ločimo dve osnovni vrsti sive mrene:

- prirojena siva mrena (*cataracta congenita*)

Lahko je enostranska ali obojestranska, delna ali popolna, lahko je povezana še z drugimi motnjami razvoja. Vzroki zanjo so: dednost, embriopatija, bolezni v nosečnosti: virusne infekcije (rdečke, citomegalovirus), sifilis, toksoplazmoza, sladkorna bolezen, rentgensko obsevanje. Zdravljenje: čimprejšnja operacija takoj po rojstvu zaradi preprečevanja ambliopije, enostranske že v prvem mesecu, obojestranske pa v prvih treh mesecih. Kadar je siva mrena delna, lahko z operacijo še počakamo (Pahor, 2003). Med pridobljene sive mrene spadajo:

- senilne: *cataracta senilis* (nad 60. letom starosti) in presenilne: *cataracta praesenilis* (pred 60. letom), kjer je leča lahko delno ali v celoti skaljena;
- po poškodbi: *cataracta traumatica*;
- komplicirane: *cataracta complicata* po obsevanju, po poškodbi s strelo ali električnim tokom, po zdravljenju s kortikosteroidi, pri sistemskih boleznih (sladkorna bolezen), pri očesnih obolenjih (*uveitis*) (*ibid.*).

2.1.5 Diagnostika sive mrene

Za diagnosticiranje sive mrene je potrebno, da očesni zdravnik opravi test zaznavanja kontrastov, da lahko ugotovi, koliko je dejansko vid poslabšan zaradi sive mrene. Pomembno je, da je siva mrena zdravljena takoj, ko začne vplivati na naše vsakdanje aktivnosti.

Trenutno ni nobenih zdravil, ki bi odstranila ali preprečila nastanek sive mrene. Ko nastane, obstaja samo en način za bistrenje vida in to je operacija sive mrene (Očesni kirurški center dr. Pfeifer, 2008).

2.2 ZDRAVLJENJE SIVE MRENE

Zdravljenje sive mreže je operativno. Skaljeno lečo lahko odstranimo v celoti skupaj z ovojnico (intrakapsularna odstranitev), kar se danes naredi v redkih primerih. Druga možnost je ekstrakapsularna odstranitev skaljene leče. Pri tem načinu ostane lečna ovojnica v očesu, lečno jedro pa skozi odprtino v sprednji obojnici mehanično iztisnemo iz očesa. Po aspiraciji lečne skorje se vstavi v izpraznjeno lečno obojnico umetno lečo. Sodoben način ekstrakapsularne odstranitve skaljene leče je fakoemulzifikacija. V sprednjo lečno obojnico se naredi okroglo odprtino, jedro se razbije z ultrazvokom, lečno skorjo se poseša, v izpraznjeno lečno vrečko pa se skozi odprtino v sprednji obojnici vstavi umetno lečo. Moč lomljenja vstavljene leče se izračuna po obrazcu na podlagi iz dolžine zrkla in ukrivljenosti roženice. Operacija katarakte je zahteven mikrokirurški poseg. Oko brez leče je afakično, z vstavljeno umetno lečo pa psevdofakično.

Pri negi operiranih pacientov je še danes potrebna zelo velika previdnost. V prvih tednih po operaciji odsvetujejo dvigovanje težjih bremen, pripogibanje in pritiskanje na zrklo (Pahor, 2003).

2.2.1 Operacija sive mreže – fakoemulzifikacija

Siva mreža se lahko odstrani na več načinov. Najpogosteje uporabljena in najnovejša metoda operacije sive mreže se imenuje ultrazvočna fakoemulzifikacija (Globočnik-Petrovič, Gardaševič, 2005). Poteka po sledečem vrstnem redu:

- priprava operativnega polja,
- namestitev držala za očesne veke: blefarostat,
- izpiranje operativnega polja: 10 ml brizgalka z BSS (Balanced Salt Solution) in igla za izpiranje,
- temporalni kornealni rez: 2,65 mm incizijski nož,
- aplikacija viskoelastika v sprednji prekat za ščitenje endotela,
- paracenteza 1–2-krat (stranski rez): 15 stopinjski incizijski nož,

- kapsuloreksa (odpiranje sprednje lečne ovojnice) z utrato,
- hidrodisekcija z 1 % raztopino Xilocayna,
- hidrodelineacija: rotacije leče,
- fakoemulzifikacija jedra: ultrazvočna sonda drobi lečne mase in jih sesa skozi centralno odprtino,
- aspiracija z irigacijo: aspiracijska sonda,
- kanila za poliranje lečne vrečke na nastavku z BSS,
- aplikacija viskoelastika za razprtje lečne vrečke,
- implantacija IOL v kapsularno vrečko,
- aspiracija z irigacijo: aspiracijska sonda, ki izpere viskoelastično snov,
- hidracija reza, gobice,
- vankomicin intrakamelarno (preventivna antibiotična raztopina) (Zečevič, 2004).

2.3 MOŽNI ZAPLETI PO OPERACIJI SIVE MRENE

Pri vsaki operaciji obstajajo možni zapleti. Pri operaciji sive mreže so takšni zapleti lahko:

- Dehiscenca vhodne rane: vhodna rana je vodotesna rana, ki se po končani operaciji sama od sebe zapre. Do dehiscence rane pride zaradi slabega prilaganja robov rane ali pa okvare tkiva, lahko pride do iztekanja prekatne vodice, plitvejšega sprednjega prekata, premika IOL ali celo endoftalmitisa. Pacient mora takoj k očesnemu kirurgu, ki mu rano zašije.
- Iztekanje prekatne vodke nastane zaradi slabega celjenja vhodne rane. Ukrepamo z naslednjim zdravljenjem: znižamo odmere lokalnih kortikosteroidnih kapljic, preventivno uvedemo antibiotične kapljice, oko pokrijemo z očesno obvezo, namestimo terapevtsko kontaktno lečo ter predpišemo zaviralce izločanja prekatne vodke.
- Nastanek filtracijske blazinice povzroči puščanje prekatne vodke pod veznico. Ukrepamo lahko z ukinitvijo lokalnih kortikosteroidnih kapljic.
- Pooperativni astigmatizem.

- Edem roženice in bulozna keratopatija nastane pri pacientih, pri katerih je že pred operacijo patološko spremenjen endotel in imajo slabšo vidno ostrino naslednje jutro po operaciji zaradi edema roženice. Če se ne popravi, pride do bulozne keratopatije.
- Krvavitev v sprednji prekat (hifema) je posledica krvavitve iz vhodne rane ali pa krvavitve žilja šarenice. V primerih krvavitve je pomembna kontrola očesnega tlaka.
- Endokapsularna krvavitev je krvavitev med zadnjo površino IOL in zadajšnjo lečno ovojnico.
- Zvišanje očesnega tlaka po operaciji sive mreže je pogosto in v večini primerov prehodno. V primeru visokega očesnega tlaka prvi dan po operaciji se odločimo za lokalno »izpuščanje« prekatne vode iz sprednjega prekata skozi stransko incizijo.
- Kapsularni blok sindrom je ujetje viskoelastičnega materiala v lečno ovojnico, in sicer za IOL, ki se neposredno dotika sprednje odprtine lečne ovojnice (sprednje kapsulorekse).
- Decentracija in dislokacija IOL se kaže v primerih, ko premik leče sega preko zenične odprtine oziroma optične osi očesa. Značilna je poliopija, bleščanje, inducirana kratkovidnost ter zmanjšana vidna ostrina.
- Cistoidni makularni edem je najpogostejši vzrok za nepojasnjeno slabo vidno ostrino po operaciji sive mreže.
- Pooperativni endoftalmitis se kaže z zmanjšano vidno ostrino, oteklimi vekami, oteklino in hiperemijo veznice, eksudatom v sprednjem prekatu, hipopionom, eksudatom v steklovini, lahko pa so prisotne vnetne spremembe tudi na roženici, žilnici in mrežnici.
- Opacifikacija zadnje lečne ovojnice ali posteriorna kapsularna opacifikacija (PCO) oziroma nastanek sekundarne katarakte je pojav, ki nastane zaradi proliferacije in potovanja lečnih epiteljskih celic, ki po operaciji sive mreže ostanejo na lečni ovojnici.

- Odstop mrežnice se po operaciji sive mreže z metodo fakoemulzifikacije pojavi redkeje kot pri drugih, starejših tehnikah operacije. Odstop mrežnice nastopi najpogosteje v 6 mesecih po operaciji (Pfeifer, Mikek, 2004).

2.4 VRSTE REFRAKTIVNIH NAPAK

Dandanes lahko z operacijo sive mreže tudi korigiramo dioptrijo. Čeprav so očala in kontaktne leče še vedno najpogostejši, najvarnejši in najcenejši načini korekcije refraktivnih napak, lahko pacientom, ki želijo biti manj odvisni od očal ali kontaktnih leč oziroma jih ne morejo uporabljati, pomagamo z refrakcijskim posegom.

Refrakcijska napaka je motnja, ki se pojavi, ko vzporedni žarki svetlobe, ki vstopajo v neakomodirajoče oko, niso zbrani na mrežnici. Refrakcija je odvisna od moči lomljenja žarkov v vidnem sistemu in od dolžine optične osi (Pfeifer, Gardaševič, 2005).

Ločimo različne vrste očesne refrakcije: emetropijo, ki pomeni normalen vid, in ametropijo, ki pomeni refrakcijske anomalije, znotraj teh pa ločimo miopijo ali kratkovidnost, hipermetropijo ali daljnovidnost ter astigmatizem (ibid.).

2.4.1 Emetropija

Pri emetropiji se svetlobni žarki, ki prehajajo iz neskončnosti vzporedno z očesno osjo, v očesnem aparatu lomijo tako, da konvergirajo in se združujejo v žarišča – v središču rumene pege. Najbolj oddaljena točka jasnega vida (daljšiče) tako leži v neskončnosti.

2.4.2 Miopija ali kratkovidnost

Miopija ali kratkovidnost je v naši družbi najpogostejša težava vida in za njo trpi vsak peti posameznik. Če smo kratkovidni, vidimo ostro bližje predmete (Ostermeier-Sitkowski, 2003). Daljšiče leži na določeni razdalji pred očesom, ki je odvisna od stopnje kratkovidnosti. Samo tisti žarki, ki vpadajo iz daljšiča pred kratkovidnim očesom divergentno na roženico in se lomijo v očesnem aparatu, se zberejo na rumeni pegi. Žarki svetlobe, ki padajo vzporedno na roženico, se združijo pred mrežnico. Ostra

slika nastane torej v steklovini. Od tam žarki potujejo divergentno do mrežnice, na kateri nastaja slika predmeta v obliki razpršenih krogov in je zato nejasna (Christoph, Gerhard, 2000 cit. po Pfeifer, Gardaševič, 2005).

2.4.3 Hipermetropija ali daljnovidnost

Hipermetropija ali daljnovidnost najpogosteje nastopi v otroštvu. Kdor je daljnoviden, vidi dobro na daleč, bližnjih predmetov pa ne prepozna najostreje (Ostermeier-Sitkowski, 2003). Daljšiče se nahaja na strani slike predmeta, torej za mrežnico. Žarki, ki vzporedno padajo na roženico, se lomijo tako, da se združijo za mrežnico, kjer bi se napravila jasna slika. Tako pa mrežnica preseže te žarke pred združitvijo. Na njej nastaja nejasna slika v obliki razpršenih krogov (Christoph, Gerhard, 2000 povz. po Pfeifer, Gardaševič, 2005).

2.4.4 Astigmatizem ali ukrivljenost roženice

Astigmatizem (ukrivljenost roženice) je pogost pri kratkovidnosti. Večinoma ga povzroča nepravilna ukrivljenost roženice (Ostermeier-Sitkowski, 2003). Sicer pa je astigmatizem najbolj zapletena refrakcijska očesna napaka, pri kateri se svetlobni žarki, ki vzporedno padajo na roženico nikoli ne zberejo v enem žarišču na mrežnici, ampak v dveh, ki nista točkasti, temveč sta dve črti, ki sta pravokotni ena na drugo (Christoph, Gerhard, 2000 cit. po Pfeifer, Gardaševič, 2005).

2.5 INTRAOKULARNE LEČE (IOL)

2.5.1 Zgodovina IOL

Zgodovina IOL sega pred leto 1949, ko še ni bilo umetnih IOL, ki bi po operaciji sive mreže lahko nadomestile človekovo lastno lečo. Pacienti so zato po operativnem posegu morali nositi očala z veliko plus dioptrijo, da bi se nadomestila refraktivna moč leče. Prve IOL so bile trde in v celoti narejene iz polimetilmetakrilata (PMMA). Leta 1949 je

angleški oftalmolog Harold Ridley implantiral prvo PMMA lečo. Z razvojem modernih tehnik, so se pojavile leče, ki se zvijejo in implantirajo v oko skozi majhen rez. Z razvojem specialnih premium IOL, s katerimi je možno odpraviti astigmatizem, ter doseči oster vid na daljavo in bližino, je kirurgija katarakte postala refraktivna kirurgija, saj implantacija premium IOL odpravlja problem refraktivnih napak (Bušić, Čima, Kuzmanović Elabjer, 2011).

2.5.2 IOL danes

Pri operaciji sive mreže se običajno vstavi monofokalna (asferična) standardna leča, ki načeloma omogoča oster vid le na daljavo ali bližino, ne pa obeh hkrati.

Praviloma leča omogoča ostrino slike na daljavo. Predmeti v bližini se ne zaznavajo ostro. Zato je treba dodatno nositi tudi očala za gledanje na blizu ali očala za daleč in blizu. To pa lahko rešimo z različnimi IOL, ki omogočajo oster vid tako na daleč kot tudi na blizu (Acri.LISA, 2009). Poznamo več vrst IOL, ki se uporabljajo za odpravo refrakcijske napake pri operaciji sive mreže (premium IOL). Ločimo multifokalne, torične, trifokalne, multifokalne torične in trifokalne torične IOL.

2.5.3 Multifokalne IOL

Multifokalne IOL so bile razvite z namenom, da bi bila pacientom po operaciji sive mreže omogočena dobra vidna ostrina, na več kot samo eni razdalji. Izkazale so se za uspešen projekt, saj dejansko več kot 96 % pacientov po operaciji sive mreže z multifokalnimi IOL več ne potrebuje očal.

Omogočajo gledanje na blizu (30 do 40 centimetrov) in na daleč (70 centimetrov in več) brez očal, padec vidne ostrine pa se pojavi na vmesni razdalji (nekje med 50 in 80 centimetrov). V večini primerov pod to vmesno razdaljo vključujemo delo z računalnikom, ki je dandanes zelo pogosto uporabljen (Očesni kirurški center dr. Pfeifer, 2008).

Pacienti so primerni za vstavitve multifokalnih IOL v primeru, da imajo zdravi obe očesi (zdravo očesno ozadje, zdravo mrežnico, zdravo roženico,...). Multifokalne IOL se vstavljajo v obe očesi, saj v nasprotnem primeru ne pridejo do izraza.

Multifokalne IOL imajo bikonveksno optiko, zaradi česar lahko omogočajo gladko prehajanje med kratkovidnostjo in daljnovidnostjo (Altaie et al., 2012).

Slabosti multifokalnih IOL so krogi okoli luči. Nekateri pacienti imajo po vstavitvi multifokalnih IOL težave, saj se težko navadijo gledati na daleč in blizu, sicer pa v večini študij poročajo o odličnem odzivu pacientov na multifokalne IOL in njihovem zadovoljstvu (De Vries et al., 2011).

2.5.4 Torične IOL

Torične IOL se priporočajo pacientom z astigmatizmom. Pacienti, ki imajo srednji ali višji astigmatizem (nosijo očala s cilindrom), bodo po operaciji sive mreže potrebovali očala za daljavo in bližino, razen če se odločijo za korekcijo astigmatizma. To izvedemo z vstavitvijo toričnih IOL. Te omogočajo oster vid brez očal na daljavo, za gledanje na blizu pa so potrebna očala (Očesni center Preskar, 2014).

Pri toričnih IOL je zelo pomembno, da jih vstavimo tako, da se cilindri izničijo. Torične IOL je potrebno naravnati na take stopinje na očesu, na kakršnih je roženica ukrivljena. Zelo pomemben faktor pri odločitvi o vstavitvi toričnih IOL je motiviranost bolnika in njegova želja po neodvisnosti od očal. Pravilna usmerjenost toričnih IOL v lečni vrečki po operaciji je zelo pomembna, saj lahko v primeru, da je IOL nepravilno usmerjena, pride celo do večjega astigmatizma po operaciji, ki ima lahko tudi drugo os usmerjenosti. To je za pacienta zelo moteče ali celo nesprejemljivo. Pri rotaciji IOL za 1° , kar ustreza 0,1 mm razdalje ob limbusu, se zmanjša moč IOL za približno 3,3 %. Torične IOL popolnoma izgubijo moč, ko je njihova os spremenjena za $\geq 30^\circ$. Napake pred operacijo pri vstavitvi toričnih IOL so lahko posledica nepravilnih meritev roženičnega astigmatizma – keratometrije, nepravilno določene astigmatske moči IOL, nepravilnega izračuna osi IOL zaradi pomote pri vnosu podatkov v računalniški program za izračun toričnih IOL in nepravilne označitve predvidene osi IOL na roženici. Med operacijo lahko pride do napake v usmerjenosti IOL zaradi ciklotorzije

očesa v ležečem položaju pacienta in slabo označenih osi na površini roženice. Spremembe osi IOL po operaciji lahko nastanejo zaradi ostankov viskoelastika pod IOL, zaradi velike lečne kapsule (predvsem pri visoko kratkovidnih pacientih) in s tem večje možnosti rotacije IOL v njej ter zaradi krčenja in brazgotinjenja lečne ovojnice po operaciji (Črnež, Pfeifer, 2012).

2.5.5 Trifokalne IOL

Trifokalne IOL pa za razliko od multifokalnih IOL omogočajo dobro vidno ostrino na vseh treh razdaljah. Imajo tri žarišča, na katerih se svetloba enakomerno porazdeli (Voskresenskaya et al., 2010).

Pacienti z trifokalnimi IOL imajo nekaj časa po vstavitvi lahko težave, preden se navadijo kako s trifokalnimi IOL gledati. Čez nekaj časa pa se dejansko osredotočijo le na tisti del (daljava, bližina, srednji del), ki ga želijo videti, ostalo pa prezrejo.

Pacienti opazijo izboljššan vid že naslednji dan po operaciji, ki se postopno izboljšuje in traja vse življenje (Grebot, 2012).

Pacienti so primerni za vstavev trifokalnih IOL v primeru, da imajo zdravi obe očesi (zdravo očesno ozadje, zdravo mrežnico, zdravo roženico...). Trifokalne IOL se vstavlja na obe očesi, saj v nasprotnem primeru ne pridejo do izraza.

2.5.6 Multifokalne torične IOL

Kombinirane multifokalne torične IOL se uporabljajo za uravnavanje tako astigmatizma, kot tudi daljnovidnosti oziroma kratkovidnosti. Multifokalne torične IOL imajo enak učinek kot same multifokalne IOL, torej omogočajo gledanje na blizu in daleč brez očal, poleg tega pa uravnavajo tudi roženični astigmatizem. Pomembno pri tem pa je, da so IOL dobro vstavljenе in centrirane, saj le tako omogočajo popolno odpravo astigmatizma (Charters, Piovela, 2012).

2.5.7 Trifokalne torične IOL

Trifokalne torične IOL so najnovejši izdelek v očesni kirurgiji. Uporabljajo se za korigiranje astigmatizma ter daljnovidnosti oziroma kratkovidnosti. Trifokalne torične IOL imajo enak učinek kot same trifokalne IOL, torej omogočajo gledanje na daleč blizu in vmesne razdalje brez očal, poleg tega pa tudi uravnavajo roženični astigmatizem. Tako kot pri vseh toričnih IOL je tudi pri teh pomembno, da so dobro centrirane.

2.6 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRED OPERACIJO SIVE MRENE

2.6.1 Sprejem pacienta v ambulanto

Klinična pot pacienta in s tem prvi stik z diplomirano medicinsko sestro se prične s prihodom pacienta v ambulanto z napotno diagnozo osebnega zdravnika oziroma oftalmologa. Namen pregleda je potrditi ali ovreči diagnozo, opredeliti pacientov problem in mu predstaviti rešitve.

Potrebno je, da zdravnik oceni operabilnost in možne zaplete ter odkrije vse druge bolezenske spremembe, ki bi lahko vplivale na funkcijo očesa ali na izid operacije.

Če je poseg indiciran, diplomirana medicinska sestra uvrsti pacienta na čakalno listo, ki mora zagotoviti dostopnost do storitve za vse paciente pod enakimi pogoji (Zečevič, 2004).

2.6.2 Psihična priprava pacienta

Seničar (2006) navaja, da je psihična priprava pacienta na operacijo težko delo in zahteva veliko znanja, izkušenj, empatičen odnos in splošno človeško zrelost, da zadosti vsem njegovim zahtevam in željam, pa tudi željam njegovih svojcev.

Preden diplomirana medicinska sestra začne s poučevanjem, mora ugotoviti, kaj pacient že ve o namenu operacije, o pripravi nanjo in o postoperativnem obdobju. Glavna

naloga diplomirane medicinske sestre je, da pacienta, v okviru svojih pristojnosti, pouči o vsem, kar mora vedeti pred operacijo, predstavi pa mu tudi aktivnosti, ki jih bo moral izvajati po operaciji, da bo zmanjšal možne pooperativne zaplete.

2.6.3 Fizična priprava pacienta

Poleg psihične priprave je pomembna tudi fizična priprava pacienta na operativni poseg. Ivanuša in Železnik (2008) navajata, da pacient, ki je naročen na operativni poseg, dobi recepta (2 vrsti kapljic), ki jih začne kapati tri dni pred posegom štirikrat na dan. Ker je oko eden najbolj občutljivih organov, v katerega diplomirana medicinska sestra daje zdravila, mora temu posvetiti veliko pozornosti, saj obstaja veliko nevarnosti za poškodbe. Pacient mora tudi sam veliko vedeti o postopku, da bo lahko sam nadaljeval z zdravljenjem doma. Postopek mu razložimo in preverimo, ali ga razume.

Pri apliciranju kapljic, se moramo zavedati, da je roženica bogato preprejena z živčnimi vlakni. Paziti moramo, da zdravil ne dajemo neposredno nanjo, ampak na manj občutljivo veznico. Zdravila za oči so različno koncentrirana. Nekatera, (na primer midriatiki - sredstva za razširjanje zenic) začasno zameglijo vid. Zdravilo za lokalno uporabo ima lahko tudi stranski učinek (bradikardija pri dajanju atropina). Zdravila, ki se dajejo v oko, se hitro absorbirajo, ker je sluznica dobro prekrvavljena. Očesna sluznica je tudi zelo občutljiva na kemikalije. Pacienti na splošno izražajo pekoč občutek na sluznici pri dajanju kapljic.

Postopek priprave pacienta na operacijo poteka sledeče:

- umijemo in razkužimo si roke ter si pripravimo pripomočke v bližino,
- pacientu pomagamo, da se namesti v hrbtni ali sedeči položaj na stolu z nazaj nagnjeno glavo (pravilen položaj omogoča lažji dostop do očesa in zmanjša odtekanje zdravila po solznem kanalu),
- nataknemo si rokavice,
- če je potrebno, oko obrišemo z mokrimi gobicami in umivamo od notranjega očesnega kota proti zunanjemu,

- s prsti primemo gobico in jo položimo na ličnico pod spodnjo veko (gobica prestreže odvečno tekočino pri dajanju kapljic),
- z gobico rahlo potisnemo veko navzdol proti kosti orbite,
- pacienta prosimo, da pogleda navzgor,
- vodilno roko, v kateri imamo kapalko rahlo naslonimo na pacientovo čelo, pri čemer mora biti kapalka 1 do 2 centimetra pod spodnjo veznico,
- na spodnjo očesno veznico damo predpisano količino kapljic,
- če pacient mežika ali zapre oko in kapljice ne ostanejo v očesu, moramo postopek ponoviti,
- kadar dajemo zdravila, ki povzročajo tudi sistemske učinke, pritisnemo rahlo z gobico na pacientovo nosno-solzni kanal za 30 do 60 sekund (prepreči odtekanje zdravila v nos in žrelo ter prepreči hitro vsrkavanje zdravila v krvni obrok),
- po dajanju kapljic prosimo pacienta, da počasi zapre oči,
- odvečno zdravilo previdno obrišemo od notranjega proti zunanjemu kotu,
- če pacient nosi obliž, namestimo svežega v ustrezen položaj,
- pripomočke pospravimo po navodilih ustanove,
- snamemo si rokavice in postopek dokumentiramo (Ivanuša, Železnik, 2008).

Hkrati pa mora diplomirana medicinska sestra obvladati tudi naslednje naloge:

- uveljavljanje uspešnega komuniciranja s pacienti, njihovimi svojci in drugim osebjem, ki sodeluje pri njihovi oskrbi;
- nudenje individualne zdravstvene nege pacientom, ki se zdravijo in preiskavam v perioperativnem obdobju;
- organiziranje in opravljanje zdravstveno-negovalne službe v operacijski enoti ob upoštevanju razpoložljivih kadrovskih, materialnih in finančnih sredstev;
- racionalno in učinkovito ukrepanje v nepredvidenih situacijah;
- zagotavljanje varnosti pacientov in osebja v operacijski enoti;
- razvijanje timskega pristopa k celostni zdravstveni negi bolnika v operacijski enoti ter med osebjem, ki dela v tej enoti;

- dokazovanje usposobljenosti za specifične naloge, ki jih mora obvladati vsaka medicinska sestra glede na zahteve delovnega mesta;
- poznavanje etičnih in pravnih vidikov perioperativne zdravstvene nege;
- razvijanje in vzdrževanje visokega standarda strokovne zdravstvene nege v operacijski enoti;
- razumevanje pomena neprekinjenega izobraževanja in raziskovalnega dela, usmerjenega v razvoj stroke (Žmauc, 2003).

2.6.4 Edukacija pacienta s sivo mreno

Diplomirana medicinska sestra ima pri pacientu s sivo mreno zelo pomembno vlogo. Pomemben je že prvi kontakt. Diplomirana medicinska sestra mora pacienta educirati o pripravi na operacijo. Pacient mora obiskati osebnega zdravnika, da le-ta napiše poročilo o vseh njegovih boleznih, o terapiji, ki jo redno prejema, o laboratorijskih izvidih, da lahko potem oceni pacientovo zdravstveno stanje pred operacijo. Diplomirana medicinska sestra mora pacienta seznaniti tudi s tem, da mora na dan operacije zjutraj nekaj pojesti ter zaužiti zdravila, ki jih sicer redno jemlje (Korošec, 2009).

Diplomirana medicinska sestra si prizadeva, da so pacienti s sivo mreno in svojci čim bolj educirani o pripravah na operacijo, o sami operaciji in o tem, kako ravnati po operaciji sive mrene. Rezultat dobre priprave je zadovoljen pacient in zadovoljna diplomirana medicinska sestra. Ker večina pacientov s sivo mreno slabše vidi, je zelo pomembno da upoštevamo pravila terapevtske komunikacije, torej govorimo jasno in s prijaznim tonom glasu (ibid.).

Pomembno je, da so pacienti pravilno seznanjeni in vključeni v sodelovanje pri zdravstveni negi, kjer po svojih močeh in zmožnostih sodelujejo tudi pri določanju pričakovanih uspehov, pri katerih je potrebno upoštevati njihove želje in potrebe. Poučevanje, svetovanje in motiviranje pacienta so najpomembnejše aktivnosti pri zagotavljanju zdravstvene nege očesnega pacienta (Ivanuša, Železnik, 2000).

2.7 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE MED OPERACIJO SIVE MRENE

Vloga operacijske medicinske sestre (OPMS) je kompleksna v procesu operativne terapije pri vzpostavljanju pogojev, ki pacientu in operaterju zagotavljajo optimalno in strokovno izvedbo operacije. V operacijski sobi morajo vsi člani operacijskega tima z maksimalno motiviranostjo združiti svoje sposobnosti, znanje in prizadevanja za čim višjo kakovost in strokovno izvedbo operacije. Ukrepe za preprečevanje infekcij morajo izvajati vsi, ki sodelujejo posredno in neposredno pri pacientu. Osebje sme vstopiti v operacijske prostore le skozi tako imenovane filtrske prostore, kjer mora biti jasno določena meja med zunanjim in notranjim delom. V sklopu posameznega procesa sodelujejo člani operacijskega tima: operater, asistent, anesteziolog, umita OPMS, anestezijska medicinska sestra, strežnice. Vsi morajo dosledno upoštevati pravila tehnik aseptičnega vedenja in postopkov dela, ki se izvajajo po sprejetih standardih.

OPMS pripravi material in instrumente, potrebne za operacijo. Pacienta sprejme v operacijski blok in ga namesti na operacijsko mizo. V oko, ki bo operirano mu aplicira lokalni anestetik (Zečevič, 2004).

2.8 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PO OPERACIJI SIVE MRENE

Po končani operaciji diplomirana medicinska sestra pacientu odstrani operativno pokrivalo. Po navodilu zdravnika, v oko pacienta kane kapljice. Pacient ob odpustu dobi ustna in pisna navodila, kako naj ravna po operaciji. Ne sme dvigovati težkih stvari, ob umivanju naj voda ne teče čez oko, ne sme uporabljati ličil za oči, na operirano oko naj ne pritiska, spatí sme na neoperirani strani ali na hrbtu. Povemo mu, kdaj na pride na kontrolni pregled in ga pospremimo v čakalnico, kjer ga čaka spremljevalec za odhod (Gimble, Chang, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je prikazati vlogo diplomirane medicinske sestre pri pacientih glede na odločitev pacienta o pristanku na operacijo sive mreže s premium IOL. Z raziskavo želimo ugotoviti tudi, kako so posamezni demografski podatki povezani z odločitvijo pacienta glede privolitve na takšno operacijo.

Cilji diplomskega dela:

C1: Prikazati kakšna je razlika v odločitvi pacienta z vidika krajše oziroma daljše metode razlage s strani diplomirane medicinske sestre o premium IOL.

C2: Ugotoviti povezave med starostjo, spolom, izobrazbo in regijo bivanja pacienta glede na odločitev o pristanku na operacijo sive mreže s premium IOL.

C3: Prikazati pomembnost prisotnosti svojcev in njihovo povezavo z odločitvijo pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev, smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je razlika v odločitvi pacienta z vidika krajše oziroma daljše metode razlage s strani diplomirane medicinske sestre?
- V kakšni povezavi sta izobrazba pacientov in njihova odločitev glede pristanka na operacijo sive mreže s premium IOL?
- V kolikšni meri sta spol in starost povezana s pristankom pacienta na operacijo sive mreže s premium IOL?
- Kakšen pomen ima regija bivanja glede na odločitev pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL?
- Kakšna je vloga svojcev pri operaciji sive mreže s premium IOL?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno metodo zbiranja podatkov ter deskriptivno metodo raziskovanja. Teoretični del temelji na pregledu domače in tuje literature, strokovnih člankov, zbornikov ter internetnih virov s področja operacije sive mrene in IOL, ki je potekal od meseca decembra 2013 do meseca aprila 2014. Literaturo smo pridobili v različnih podatkovnih bazah: Cinahl, Medline, Springerlink. V podatkovnih bazah Cinahl in Medline smo uporabili napredno iskanje ter Boolov logični operater "and". Poleg vnesenih ključnih besed smo pri iskanju po podatkovnih bazah vpisali še zahteve, »članki dostopni v celotnem besedilu, uporabljen angleški jezik, možnost izvlečka in leto objave med 2008 in 2014«. Iskali smo z naslednjimi kombinacijami ključnimi besedami: »ophthalmology, cataract, cataract surgery, refraction, refraction surgery, intraokular lens, multifocal lens, toric lens«. Dobili smo 87 zadetkov, uporabili pa smo jih 8. V podatkovni bazi Springerlink smo iskali z naslednjimi ključnimi besedami: trifocal intraocular lenses. Dobili smo 17 zadetkov, izbrali pa smo 1 zadenek, ki nam je vsebinsko najbolj pomagal pri pisanju diplomskega dela. Domačo literaturo smo iskali z vzajemni bibliografsko – kataložno bazo podatkov COBIB.SI. Za iskanje smo uporabili naslednje ključne besede: »siva mrena, operacija sive mrene, intaokularne leče«. Skupno smo dobili 75 zadetkov, izmed katerih smo glede na ustreznost za diplomsko delo izbrali 13 zadetkov. Iskanje literature je potekalo tudi v Mestni knjižnici Ljubljana, knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, knjižnici Zdravstvene fakultete v Ljubljani ter Narodni in univerzitetni knjižnici Ljubljana. Kriteriji za vključitev člankov so bili viri, ki so obravnavali oftalmološko zdravstveno nego pacientov z vstavljenimi premium IOL.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja z osebnim pristopom. Anketirali smo paciente, ki so prišli na pregled pred operacijo sive mrene v Očesni kirurški center

dr. Pfeifer v Ljubljani. Vprašalnik je vseboval 9 vprašanj in je bil sestavljen iz dveh delov. Prvi del je vseboval demografske podatke: spol, starost, kraj bivanja in izobrazba. Drugi del vprašalnika pa je vseboval podatek o vplivu svojcev na izbiro IOL ter približno 15-minutno temeljito razlago o IOL, za katero je pacient primeren. Pacient se je na podlagi razlage odločil, ali želi korekcijo dioptrije hkrati z operacijo sive mreže ali ne. Diplomirana medicinska sestra je pacientom informacije o IOL razložila na krajši in daljši način. Krajši način je vseboval podatke o izbrani IOL, ceni le te ter kratko predstavitev lastnosti dane IOL. Daljši način pa je vseboval podrobne lastnosti o dani IOL (osnovne informacije, prednosti, slabosti, ceno). Metodološke podlage za pripravo vprašalnika smo poiskali v literaturi (Očesni kirurški center dr. Pfeifer, 2008). Analiza vprašalnika s Crohbachovim koeficientom α je pokazala zanesljivost vzorca v vrednosti 0,599.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer v Ljubljani. Po neslučajnostnem vzorčenju smo izbrali 120 pacientov, ki smo jih razdelili v dve skupini. Pacienti so bili izbrani namensko, po pregledu s strani zdravnika. V prvi skupini so bili pacienti, ki so prišli na pregled pred operacijo sive mreže. Med njimi smo po naročilu zdravnika izbrali tiste paciente, ki so bili primerni za vstavev multifokalnih, toričnih, trifokalnih, multifokalnih toričnih ali trifokalnih toričnih IOL. Z vsemi primernimi pacienti smo opravili približno 15-minutni razgovor (anketni vprašalnik z osebnim pristopom). V drugi skupini smo imeli prav tako 60 pacientov, ki so prišli na pregled pred operacijo sive mreže, izmed katerih smo izbrali kandidate, ki so bili primerni za vstavev premium IOL, le da smo jim možnost korekcije s premium IOL razložili po postopku, ki se rutinsko uporablja sedaj in traja približno 1 minuto. Tako smo dobili skupno 64 pacientov, ki smo jih obravnavali v raziskavi.

Realizacija vzorca je bila 100 %. V raziskavi je sodelovalo 35 žensk (54,69 %) in 29 moških (45,31 %). Največ anketiranih je pripadalo starostni skupini od 61 do 70 let, 24 (37,5 %), sledili so jim anketirani, ki ustrezajo starostni skupini od 71 do 80 let, 20

(31,25 %), anketirani, ki ustrezajo starostni skupini od 81 in več let, 10 (15,62 %) ter anketirani, ki ustrezajo starostni skupini od 51 do 60 let, 8 (12,5 %). Najmanj anketiranih je pripadalo starostni skupini od 41 do 50 let, 2 (3,12 %), nihče izmed anketiranih pa ni ustrezal starostni skupini pod 40 let. Glede na regijo bivanja, je bilo največ anketiranih iz Osrednjeslovenske regije, 30 (46,88 %), sledili so anketiranci iz Gorenjske regije, 25 (39,06 %) ter iz Notranjsko-kraške regije, 5 (7,81 %). Iz Podravske, Zasavske, Spodnjeposavske in Goriške regije pa je prihajal po 1 anketiranec (1,56 %).

Malo manj kot polovica anketiranih je imela srednješolsko izobrazbo, 27 (42,19 %), sledili so jim anketirani z visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo, 21 (32,81 %), anketirani z nedokončano osnovno šolo, 8 (12,50 %) ter osnovnošolsko izobrazbo, 7 (10,94 %). Najmanj anketiranih je imelo magisterij oziroma doktorat, 1 (1,56 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena v mesecu juniju 2014, in sicer po predhodni pridobitvi soglasja zavoda za raziskovanje s strani Očesnega kirurškega centra dr. Pfeifer in soglasja komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Anketiranim je bilo predhodno razloženo za kakšno raziskavo gre in kakšen je njen namen. Zagotovljena je bila anonimnost in prostovoljno sodelovanje anketiranih (z možnostjo odklonitve brez posledic).

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel 2007. Uporabili smo opisno statistiko. Vključene so bile nominalne, ordinalne in intervalne spremenljivke. Statistična analiza je bila izdelana s programom SPSS 22.0. Primerjave med skupinami so bile narejene na podlagi hi-kvadrat testa, t-testa za neodvisne vzorce, Pearsonovega koeficienta korelacije in Kendallovega tau koeficienta. Pri tem je p vrednost $<0,05$ pomenila statistično pomembno razliko.

3.4 REZULTATI

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja so v nadaljevanju podrobneje predstavljeni rezultati raziskave.

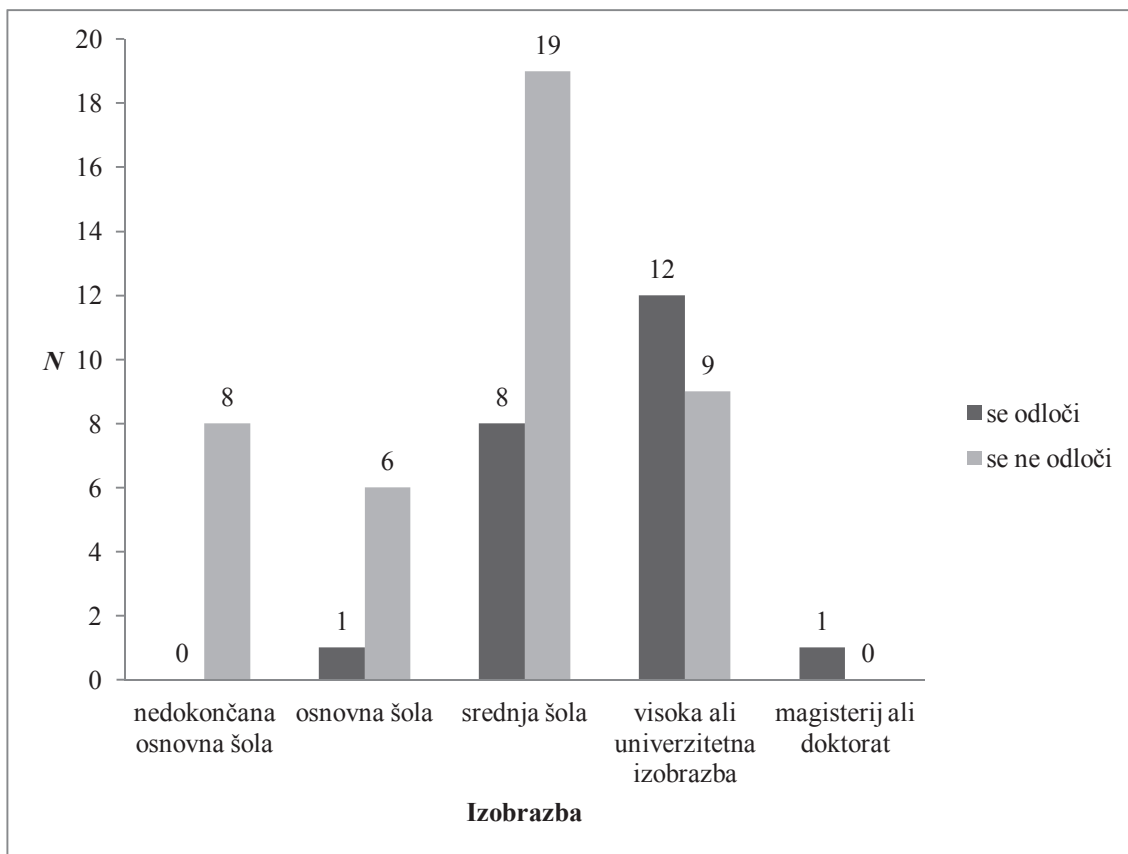
Tabela 1: Odločitev pacientov za premium IOL glede na vrsto razlage diplomirane medicinske sestre

Razlaga diplomirane medicinske sestre	odločitev za premium IOL			<i>t</i>	<i>p</i>
	da	ne	skupaj		
	kratka	6	26		
dolga	16	16	32		

Legenda: *t* = t-test za neodvisne vzorce, *p* = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Glede na način, kako pacientu razložimo vse pomembne informacije o premium IOL, za katere so le-ti primerni, je t-test za neodvisne vzorce pokazal statistično pomembno razliko ($t=-2,743$, $p=0,008$). Iz tabele 1 je razvidno, da so se pacienti, katerim smo vse pomembne informacije o premium IOL razložili na daljši način, torej s 15-minutno razlago, za le-te odločili v 50% ($N=16$), medtem ko so se pacienti po krajši enominutni razlagi odločili v 18,75% ($N=6$).

Glede na izobrazbo je Kendallov tau koeficient pokazal statistično pomembno razliko ($\tau=0,402$, $p=0,000$). Slika 1 nam pove, da so pacienti, ki so se odločili za operacijo sive mreže s premium IOL, imeli v 54,54 % ($N=12$) visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo, sledili so pacienti s srednješolsko izobrazbo, 36,36 % ($N=8$). Za premium IOL sta se odločila tudi 1 (4,55 %) pacient z magisterijem oziroma doktoratom ter 1 (4,55 %) pacient s končano osnovno šolo. Nihče izmed pacientov, ki so se odločili za premium IOL, ni imel nedokončane osnovne šole. Zanimivo je, da pri odločitvi pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL nima statističnega pomena cena (tabela 2) teh IOL ($r=-0,196$, $p=0,120$). Ti podatki nam povedo, da če pacient meni, da cena pri odločitvi zanj ni pomembna, je večja verjetnost, da se bo le ta odločil za operacijo sive mreže s premium IOL.



Slika 1: Razlika v odločitvi pacientov za operacije sive mreže s premium IOL glede na izobrazbo

Tabela 2: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na ceno

Cena vpliva na odločitev o izbiri premium IOL						<i>r</i>	<i>p</i>
	Zelo se strinjam	Se strinjam	Neodločen	Se ne strinjam	Povsem se ne strinjam	-0,196	0,120
Se odloči	7	6	5	2	2		
Se ne odloči	22	11	5	1	3		
<i>N</i>	29	17	10	3	5		

Legenda: *r* = Pearsonov koeficient, *p* = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Tabela 3: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na spol

spol	se odloči		se ne odloči		skupaj	χ^2	p
	N	%	N	%			
moški	9	31,03	20	68,97	29	0,262	0,609
ženski	13	37,14	22	62,86	35		

Legenda: χ^2 = hi-kvadrat test, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Iz tabele 3 je razvidno, da se je za operacijo sive mreže s premium IOL odločilo več žensk, 37,14 % (N=13), kot moških, 31,03 % (N=9). Hi-kvadrat test med spolom in odločitvijo za premium IOL je pokazal, da spol ni statistično pomembno povezan, ali se bo pacient odločil za operacijo sive mreže s premium IOL ali ne ($\chi^2=0,262$, $p=0,609$).

Tabela 4: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže s premium IOL glede na starost

starost	se odloči		se ne odloči		skupaj	τ	p
	N	%	N	%			
pod 40 let	0	0	0	0	0	0,308	0,005
41 do 50 let	2	9,10	0	0	2		
51 do 60 let	5	22,72	3	7,14	8		
61 do 70 let	9	40,90	15	35,70	24		
71 do 80 let	4	18,18	16	38,10	20		
81 in več let	2	9,10	8	19,05	10		

Legenda: τ = Kendallov tau koeficient, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Rezultati v tabeli 4 prikazujejo razliko v odločitvijo pacienta za operacijo sive mreže s premium lečami glede na starost pacientov. To statistično pomembnost dokazuje Kendallov tau koeficient ($\tau=-0,308$, $p=0,005$). Iz tabele 4 je razvidno, da se za premium IOL odloči 72,72 % (N=16) pacientov, ki so mlajši od 70 let, medtem ko se jih za premium IOL ne odloči 42,84 % (N=18). Pri pacientih, ki so starejši od 70 let, pa je razmerje ravno obratno. V tej starostni skupini se jih za premium IOL odloči zgolj

27,28 % ($N=6$), medtem ko se jih več kot polovica, 57,15 % ($N=24$), ne odloči za operacijo sive mreže in korekcijo dioptrije hkrati.

Na raziskovalno vprašanje, iz katere regije v Sloveniji pacienti prihajajo (tabela 5), jih je 68,75 % ($N=44$) navedlo, da prihajajo iz Osrednjeslovenske regije, sledila je Gorenjska regija, 51,56 % ($N=33$). Cramerjev V koeficient je pokazal, da ni statistično pomembne razlike med regijami v Sloveniji, glede tega, kako se pacienti odločajo za premium IOL ($V=0,326$, $p=0,341$). Ker so večinoma prevladovali pacienti iz Osrednjeslovenske in Gorenjske regije, smo preverili še statistično pomembnost med njima, glede na to kako so se pacienti samo v teh dveh regijah odločali za operacijo sive mreže s premium IOL. Ugotovili smo, da se Osrednjeslovenska in Gorenjska regija med seboj ne razlikujeta statistično pomembno ($t=-1,104$, $p=0,275$).

Tabela 5: Razlika v odločitvi pacientov za operacijo sive mreže glede na regijo bivanja

regija bivanja	se odloči		se ne odloči		skupaj	V	p
	N	%	N	%			
Pomurska	0	0	0	0	0	0,326	0,341
Koroška	0	0	0	0	0		
Zasavska	0	0	1	1,56	1		
Jugovzhodna Slovenija	0	0	0	0	0		
Gorenjska	8	36,36	25	51,56	33		
Goriška	0	0	0	0	0		
Podravska	0	0	1	1,56	1		
Savinjska	0	0	0	0	0		
Spodnjeposavska	0	0	1	1,56	1		
Osrednjeslovenska	14	63,63	30	68,75	44		
Notranjsko-kraška	0	0	5	7,81	5		
Obalno-kraška	0	0	0	0	0		

Legenda: V = Cramerjev V koeficient, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Tabela 6: Prisotnost svojcev pacienta pri reševanju ankete

Prisotnost svojcev pri reševanju ankete	se odloči		se ne odloči		skupaj
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
da	8	36,36	15	35,71	23
ne	14	63,64	27	64,29	41

Iz tabele 6 je razvidno, da je veliko manj kot polovica pacientov, 35,94 % ($N=23$) prišlo na prvi pregled pred operacijo sive mreže skupaj s svojci. Razvidno je tudi, da ne glede na to, ali so svojci prisotni pri reševanju ankete ali ne, je delež tistih pacientov, ki se odločijo oziroma se ne odločijo za premium IOL, razmeroma enak. Pacienti, pri katerih so bili pri reševanju ankete prisotni tudi svojci, so se v 36,36 % ($N=8$) odločili ter se v 35,71 % ($N=15$) niso odločili za operacijo sive mreže s premium IOL. To statistično pomembno dokazuje tudi Pearsonov koeficient (tabela 7), ki kaže, da prisotnost svojcev pri reševanju ankete ni statistično pomembno povezano z odločitvijo pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL ($r=0,088$, $p=0,491$). Iz tabele 6 je razvidno tudi, kako je pogovor med svojci in pacientom doma o sami operaciji sive mreže ter IOL v povezavi z odločitvijo pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL. Pogovor doma je v nasprotju s prisotnostjo svojcev pri reševanju ankete statistično pomemben podatek ($r=0,401$, $p=0,001$). To nam pove, da bolj ko so se pacienti doma pogovarjali o operaciji sive mreže s premium IOL, večja je verjetnost, da se bodo za le te tudi odločili.

Tabela 7: Povezanost med prisotnostjo svojcev in pogovorom z njimi ter odločitvijo pacientov za operacijo sive mreže

	<i>r</i>	<i>p</i>
Prisotnost svojcev vpliva na odločitev glede operacije sive mreže s premium IOL	0,887	0,491
Pogovor s svojci doma o operaciji sive mreže in premium IOL	0,401	0,001

Legenda: *r* = Pearsonov koeficient, *p* = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

3. 5 RAZPRAVA

Večina pacientov ob prihodu v očesno ambulanto na pregled pred operacijo sive mreže ni seznanjena z možnostjo izbire IOL, kaj šele s samim potekom operacije. Pomembno si je za take paciente vzeti čas, se jim posvetiti, saj je zelo pomembno, da pacient dobi vse informacije, preden ga postavimo pred odločitev o operaciji sive mreže s premium IOL.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti pomembnost vloge diplomirane medicinske sestre pri odločitvi pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL, v povezavi s tem ali se delež anketiranih, ki so se odločili za operacijo sive mreže s premium IOL, razlikuje po tem, ali smo pacientom informacije o premium IOL, za katere so po navodilih zdravnika primerni, razložili na krajši ali daljši način, preko metode razlage z osebnim pristopom.

Glavni cilj diplomske naloge je bil ugotoviti, kakšno vlogo ima razlaga s strani diplomirane medicinske sestra na pacienta. Pomembno je, da pacient dobi vse informacije, da jih diplomirana medicinska sestra izrazi na jasen, pacientu razumljiv način, pacientu je potrebno predstaviti pozitivne in negativne lastnosti, hkrati pa mu moramo dati tudi možnost postavitve vprašanj. Prebil, Mohar in Drobne (2009) navajajo, da je dobra komunikacija ključ do profesionalne učinkovitosti v zdravstvu. Tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) navaja, da mora medicinska sestra spoštovati pravico pacienta do izbire in odločanja. V naši raziskavi je odločanje pacienta sicer temeljilo na operaciji sive mreže s premium IOL, vendar je vseeno zelo pomembno, da pacienta poslušamo, ga ne poskušamo prepričati o nasprotnem ter spoštujemo njegovo odločitev. Rezultati raziskave kažejo izredno pomembnost diplomirane medicinske sestre pri odločitvi pacienta glede operacije sive mreže s premium IOL. Na mednarodnem kongresu za refraktivno kirurgijo (ESCRS), so bile objavljene tudi neuradne študije iz Nemčije. Znano je, da imajo v tujini diplomirane medicinske sestre, ki se pacientom posvetijo, jim razložijo vse podrobnosti glede premium IOL, za katere so le-ti primerni. Posledično imajo v tujini velik delež (med 5 % in 60 %) tistih pacientov, ki se odločijo za operacijo sive mreže s premium IOL. V Sloveniji, kjer se izvaja le kratka, enominutna razlaga o premium IOL, pa je trenutno ta

delež zelo nizek (1%). Naša raziskava je prikazala podobne rezultate, saj je bila velika razlika v odločitvi pacientov glede na krajšo in daljšo razlago diplomirane medicinske sestre, (tako kot med Slovenijo in tujino).

Zanimalo nas je, ali je izobrazba pacientov povezana z odločitvijo pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL. Škerl (2003) navaja, da čim višja je izobrazba pacienta, tem večji je njegov osebni dohodek. Tudi naša raziskava kaže, da se pacienti z višjo izobrazbo v večji meri odločijo za operacijo sive mreže s premium IOL. Takšen izid se nam zdi pričakovan. V nasprotju z našimi pričakovanji pa je vpliv cene na operacijo sive mreže s premium IOL. Pacienti so pri anketiranju izrazili željo za operacijo sive mreže s premium IOL, vendar se kasneje niso odločili, zaradi previsoke cene operacije.

Rezultati raziskave kažejo, da odločitev glede operacije sive mreže s premium IOL ni odvisna od spola pacienta. V raziskavi je sodelovalo približno enako število moških kot žensk. Prav tako sta dokaj primerljiva odstotka tako moških kot žensk, ki se določijo oziroma se ne odločijo za operacijo sive mreže s premium IOL.

V raziskavi smo želeli ugotoviti tudi, ali je starost pacienta v kakšni povezavi z odločanjem za operacijo sive mreže s premium IOL. Rezultati izvedene raziskave kažejo, da obstaja povezava med starostjo pacienta in odločitvijo glede operacije sive mreže s premium IOL. Čim mlajši je pacient, tem večja je verjetnost, da se bo odločil za operacijo sive mreže s premium IOL in obratno.

Zanimalo nas je, kakšen pomen ima regija bivanja pacientov na njihovo odločitev o operaciji sive mreže s premium IOL. Rezultati raziskave so nam pokazali, da so v raziskavi prevladovali prebivalci Osrednjeslovenske in Gorenjske regije. Vzorec ni prikazal statistične pomembnosti, vendar moramo vedeti, da vzorec ni bil homogen. Za operacijo sive mreže s premium IOL se je odločilo največ prebivalcev iz Osrednjeslovenske regije. Statistični urad Republike Slovenije (2014) navaja, da je Osrednjeslovenska regija najbolj gospodarsko razvita regija v Sloveniji.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakšen vpliv imajo na pacienta svojci, ko le ta sprejema neko odločitev. Zanimalo pa nas je tudi, v kolikšni meri je pogovor pacienta

doma s svojci povezan z njegovo odločitvijo o pristanku na operacijo sive mreže s premium IOL. Rezultati kažejo, da prisotnost svojcev na pregledu pred operacijo sive mreže nima statističnega pomena za odločitev pacientov glede operacije sive mreže s premium IOL. Ta rezultat lahko povežemo z dejstvom, da so bili pacienti, ki so prišli na pregled pred operacijo sive mreže, v več kot polovici (54,69 %) samostojni pri izvajanju življenjskih aktivnosti in skrbeli sami zase. Pričakovan rezultat se zdi, da na pacientovo odločitev vpliva to, da so se pacienti doma o operaciji sive mreže s premium IOL pogovarjali s svojci. Rezultati raziskave kažejo, da bolj ko so se pacienti o omenjeni operaciji pogovarjali s svojci, večja je možnost, da se bodo za to operacijo tudi odločili.

Izvedena raziskava ima omejitve. V raziskavi je sodelovalo 64 anketirancev, kar predstavlja premajhen vzorec, da bi lahko rezultate posplošili. Pomembno bi bilo ugotoviti, kakšni rezultati raziskave bi se pokazali na večjem vzorcu in tudi v drugih zavodih, kjer izvajajo operacijo sive mreže s premium IOL. Izvedena raziskava prispeva k večjemu poudarku diplomirane medicinske sestre na ustrezno informiranost pacienta.

4 ZAKLJUČEK

Siva mrena je dandanes najpogostejši vzrok slepote, ki se pojavlja predvsem pri starejši populaciji. Začne se s postopnim poslabšanjem vida, zato je pomembno, da pacienti, ko opazijo kakršnekoli spremembe z vidom, obiščejo svojega okulista. Zdravljenje sive mreže je operativno. Pri operaciji sive mreže ima pacient na voljo več vrst intraokularnih leč, za katere se na prvem pregledu pri oftalmološkem kirurgu tudi odloči. Moramo pa vedeti, da vsi pacienti niso primerni za vse vrste intraokularnih leč.

Na podlagi praktičnih izkušenj, pridobljenih v Očesnem kirurškem centru dr. Pfeifer ugotavljamo, da so nekateri pacienti še vedno premalo informirani o sami operaciji sive mreže ter IOL. Na osnovi pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da ima podajane informacij in razlaga s strani diplomirane medicinske sestre za pacienta zelo pomembno vlogo. Pacient dobi na prvem pregledu pred operacijo sive mreže tako pisna kot ustna navodila. Zdi se pomembno, da diplomirana medicinska sestra pove pacientu informacije na jasn način tako, da jih bo pacient razumel, slišal ter imel tudi sam možnost postaviti dodatna vprašanja. Rezultati raziskave kažejo, da je pri odločitvi pacienta za operacijo sive mreže s premium IOL poleg dobre informiranosti s strani diplomirane medicinske sestre pomembna tudi izobrazba, starost ter pogovor pacienta s svojci o sami operaciji. Priporočamo nadaljnje raziskave o kakovosti življenja pacientov z vstavljenimi premium IOL.

5 LITERATURA

Acri.LISA. Bifokalna intraokularna leča za življenje brez očal. Ljubljana: Biokorp; 2009:1-4.

Altaie R, Ring P, Morarji J, Patel DV, McGhee CNJ. Prospective analysis of visual outcomes using apodized, diffractive multifocal intraocular lenses following phacoemulsification for cataract or clear lens extraction. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2012;40:148–154.

Bušić M, Čima I, Kuzmanović Elabjer B. *Seminaria ophthalmologica : udžbenik oftalmologije i optometrije.* Osijek: Cerovski d.o.o.; 2011.

Causes of blindness and visual impairment. WHO; 2008. Dostopno na: <http://www.who.int/blindness/causes/en/>, (12.8.2014).

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

Charters L, Piovella M. IOL designs aid intermediate vision. *Ophthalmology Times.* 2012;37(21):55-7.

Črnež A, Pfeifer V. Vidna funkcija po vstavitvi enodelnih toričnih hidrofilnih akrilnih intraokularnih leč s hidrofobno površino šest mesecev po operaciji sive mreže. *Zdrav Vestn Supl.* 2012;81:40-4.

De Vries NE, Webers AB, Touwslager WRH, Bauer NJC, De Brabander J, et al. Dissatisfaction after implantation of multifocal intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg.* 2011;37(5):859-65.

Deborah S, Jacobs MD. Cataract in adult. 2014. Dostopno na: http://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults?source=search_result&selected, (8.5.2014).

Gimble H, Chang D. Cataract: A Patient's Guide to Threatment. Nebraska: Addicus Books; 2004:45-6.

Globočnik-Petrovič M, Gardašević I. Vitrektomija pars plana pri zapletih operacije sive mreže. Zdrav Vestn. 2005;74:593-7.

Grebot A. New trifocal lens ends need for glasses after cataract surgery. London: Mail on Sunday; 2012. Dostopno na: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2210481/Cataract-surgery-Trifocal-lens-ends-need-glasses-post-operation.html>, (23.1.2014).

Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

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

Jaki Mekjavič P. Starostnik in motnje vida. Zdrav Vestn. 2008;77:823–6.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2005.

Korošec M. Edukacija bolnika pred operacijo sive mreže: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

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

Mandić Z, Iveković R, Škunca Herman J, Doko Mandić B. Moderni pristup operaciji katarakte. *Medix*. 2008;78:123-7.

Meredith S, Grierson I, Yung M, Jacob T. *Izostrite čute*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2010.

Mikek K. Siva mrena. *Fokus* 17. 2008;(17):10-1.

Očesni center Preskar. Operacija sive mreže. Novo mesto; 2014. Dostopno na: <http://www.preskar.si/operacija-sive-mrene.html>, (23.1.2014).

Očesni kirurški center dr. Pfeifer. Siva mrena. Ljubljana; 2008. Dostopno na: <http://www.okc-pfeifer.si/content/view/34/56/>, (18.1.2014).

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

Pahor D. Leča. In: Gračner B, Pahor D, eds. *Oftalmologija: učbenik za študente Visoke zdravstvene šole*. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2003: 85-90.

Pfeifer V, Mikek K. Priporočila za zdravljenje pooperativnih zapletov po operaciji sive mreže. *Zdrav Vestn*. 2004;73:423-6.

Pfeifer V, Gardašević I. Korekcija refrakcijskih napak. *Zdrav Vestn*. 2005;74:663-7.

Pfeifer V, Vidovič-Valentinčič N. Indikacije za operacijo sive mreže. *Zdrav Vestn*. 2005;74:589-91.

Prebil A, Mohar P, Drobne J. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohoreva družba; 2009.

Solomon R, Donnenfeld ED. Recent advances and future frontiers in treating age-related cataracts. *JAMA*. 2003;290(2): 248-51.

Schwartzbartl Pfeifer MA. Siva mrena. Ljubljana; 2008. Dostopno na: <http://www.okc-pfeifer.si/content/view/34/56/>, (22.3.2014).

Seničar A. Psihične priprava bolnika na operativni poseg. In: Rebernik Milić M, eds. *Zagotovimo varnost pacienta*, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006: 7-18.

Slovenske regije v številkah. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenija; 2014.

Škerl L. *Izobrazba in dogodek na slovenskem trgu dela: [diplomsko delo]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2003.

Voskresenskaya A, Pozdeyeva N, Batkov Y, Treushnicov V, Cherednik V. Initial results of trifocal diffractive IOL implantati. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2010;248:1299–306.

Zečevič S. Vloga operacijske medicinske sestre v klinični poti pri operaciji katarakte s phacoemulzificatio. In: Rebernik Milić M, eds. *Zagotavljanje perioperativne zdravstvene nege v koraku z razvojem operativnega zdravljenja bolnikov*, Novo mesto, 15. oktober 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije; 2004: 59-66.

Žmauc T. Timsko delo v operacijski zdravstveni negi. In: Rebernik Milić M, eds. Management v operacijski zdravstveni negi, Terme Dobrna, 7. November 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije; 2003.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Lara Močnik, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo z naslovom Dejavniki odločitve pacienta za operacijo sive mreže pod mentorstvom Sedine Kalender Smajlović. Z anketnim vprašalnikom, ki je pred Vami, želim pridobiti podatke s področja operacije sive mreže s premium intraokularnimi lečami in vlogo diplomirane medicinske sestre pri tem. Pri anketi je zagotovljena absolutna anonimnost. Zagotavljam Vam, da bodo podatki uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Najlepše se Vam zahvaljujem za Vašo iskrenost in sodelovanje.

VPRAŠALNIK

1. Spol
 - a. Moški
 - b. Ženski

2. Starost
 - a. Pod 40
 - b. Od 41 do 50
 - c. Od 51 do 60
 - d. Od 61 do 70
 - e. Od 71 do 80
 - f. 81 in več

3. Izobrazba:

- a. Nedokončana osnovna šola
- b. Osnovna šola
- c. Srednja šola
- d. Visoka šola ali univerzitetna izobrazba
- e. Magisterij ali doktorat

4. Regija v kateri prebivate:

- a. Pomurska
- b. Podravska
- c. Koroška
- d. Savinjska
- e. Zasavska
- f. Spodnjeposavska
- g. Jugovzhodna Slovenija
- h. Osrednjeslovenska
- i. Gorenjska
- j. Notranjsko-kraška
- k. Goriška
- l. Obalno kraška

5. Ali so bili svojci prisotni pri reševanju ankete

- a. DA
- b. NE

6. Prisotnost svojcev vpliva na mojo odločitev

5-zelo se strinjam 4-se strinjam 3-neodločen 2-se ne strinjam 1-povsem se ne strinjam

7. Doma smo se pogovarjali o izbiri intraokularne leče

5-zelo se strinjam 4-se strinjam 3-neodločen 2-se ne strinjam 1-povsem se ne strinjam

8. Cena vpliva na mojo odločitev o izbiri intraokularne leče

5-zelo se strinjam 4-se strinjam 3-neodločen 2-se ne strinjam 1-povsem se ne strinjam

9. Premium IOL

a. Ni primeren kandidat

b. Se ne odloči

c.Odloči se za torično IOL

d.Odloči se bifokalno IOL

e.Odloči se za trifokalno IOL

f.Odloči se za bifokalno torično IOL

g.Odloči se za trifokalno torično IOL

10. Ali ste se tako odločili na podlagi razlage medicinske sestre? DA NE