

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. LENKA VÁŇOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Spokojenost nemocných po operaci chronického
epitympanálního středoušního zánětu**

Bc. Lenka Váňová

**Diplomová práce
2010**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka VÁŇOVÁ**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství**
Název tématu: **Spokojenost nemocných po operaci chronického epitympanálního středoušního zánětu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky chronických zánětů.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů, výzkumných předpokladů.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. **HYBÁŠEK, I.** Ušní, nosní, a krční lékařství. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum, 1999. ISBN 80-7262-017-7.
2. **HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J.** Otorinolaryngologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
3. **CHROBOK, V.; PELLANT, A.; PROFANT, M. a kol.** Cholesteatom spánkové kosti. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2008. ISBN 978-80-7311-104-5.
4. **MOLNÁR, A.** Rekonstrukčné chirurgické výkony v strednom uchu. 1. vyd. Bratislava : VEDA - nakladateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1987. ISBN 071-028-87.
5. **SKŘIVAN, J.** Záněty středního ucha. Sluch a jeho poruchy. Hluchota. 1. vyd. Praha : TRITON, s.r.o., 2000. ISBN 80-7254-128-5.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Jan Mejzlík, Ph.D.**
Fakulta zdravotnických studií
Konzultant diplomové práce: **prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2009**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2010**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající za zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3.4. 2010

Váňová Lenka

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu prof. MUDr. Arnoštu Pellantovi, DrSc. a panu MUDr. Janu Mejzlíkovi, Ph.D., kteří mi svými cennými radami a připomínkami pomohli při psaní diplomové práce.

Seznam použitých zkratk

ET – epitympanální (nad bubínkem)

Hz – Hertz (jednotka frekvence)

kHz – kilo Hertz

dB – decibel (jednotka intenzity)

CT – výpočetní tomografie

HRCT – výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností

MNR – magnetická resonance

ATB – antibiotika

n. III – nervus oculomotorius

n. V – nervus trigeminus

n. VI – nervus abducens

n. VII – nervus facialis

n. VIII – nervus vestibulocochlearis

n. XII – nervus hypoglossus

FW – sedimentace

CRP – C-reaktivní protein

KO – krevní obraz

diff. – diferenciál

ORL – otorinolaryngologie

VDN – vedlejší dutiny nosní

SOUHRN

Práce hodnotí spokojenost nemocných po operaci chronického epitympanálního (ET) středoušního zánětu. Vlastní diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií středního ucha a některými vyšetřovacími metodami, které souvisí s chronickými ET záněty. Dále informuje o vlastním chronickém středoušním epitympanálním zánětu, jeho terapii a komplikacích. V závěru pojednává o problematice psychiky a mezilidských vztahů u pacientů s chronickými hnisavými záněty a o ošetrovatelské péči po sanačních a rekonstrukčních operacích.

Praktická část obsahuje výsledky průzkumu, který byl prováděn na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a.s.

KLÍČOVÁ SLOVA

Ucho, Středoušní zánět, Ošetrovatelská péče, Komplikace

TITLE

Patient's satisfaction after the surgery of chronic epitympanal middle ear inflammation

ABSTRACT

The Thesis is focused on patient satisfaction after middle ear surgery of chronic epitympanal inflammation. Article is divided in the theoretical and practical parts.

The theoretical part explains the anatomy and physiology of the middle ear and describes examinative methods that are related to the chronical ET inflammation. The theoretical part gives an information on the chronical middle ear ET inflammation, and its therapy and complications. The conclusion deals with the questions of psychical state and of interpersonal relationships of the patients with the chronical suppurative inflammation. Moreover, the nursing care after the sanitation and reconstruction surgery is mentioned.

The practical part contains the results of the survey performed at the Teaching hospital: Regional Hospital of Pardubice, Inc., Department of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery.

KEYWORDS

Ear, Middle ear inflammation, Nursing care, Complications

OBSAH:

Úvod	10
Cíle	11
ČÁST TEORETICKÁ	
1 Anatomie středního ucha.....	12
1.1 Bubínek	12
1.2 Střední ucho.....	12
1.2.1 Středoušní (bubínková) dutina	12
1.2.1.1 Epitympanum, mezotympanum a hypotympanum	12
1.2.1.2 Středoušní kůstky a svaly středoušní dutiny	13
1.2.1.3 Sluchová trubice	13
1.3 Spánková kost.....	13
1.4 Cévní zásobení	13
2 Fyziologie středního ucha.....	14
2.1 Sluch	14
2.2 Rovnováha.....	14
3 Vyšetřovací metody	15
3.1 Mikroskopie.....	15
3.2 Vyšetření sluchu	15
3.2.1 Sluchové zkoušky šepot, hlasitá řeč	15
3.2.2 Ladičkové zkoušky	15
3.2.3 Audiometrické vyšetření	16
3.2.3.1 Audiometrie tónová	16
3.3 Vyšetřovací metody spánkové kosti	16
4 Středoušní záněty.....	17
4.1 Chronický hnisavý středoušní zánět	17
4.1.1 Chronický mezotympanální středoušní zánět.....	17
4.1.2 Chronický epitympanální středoušní zánět	18
4.1.2.1 Epitympanální zánět s ostitidou.....	18
4.1.2.2 Epitympanální zánět s cholesteatomem	18
5 Operační léčba chronických hnisavých středoušních zánětů.....	20
5.1 Sanační výkony	20
5.2 Rekonstrukční výkony	21

6	Komplikace chronických středoušních zánětů	22
6.1	Šíření zánětu	22
6.2	Místní komplikace	22
6.2.1	Subperiostální absces	22
6.2.2	Obrna lícního nervu	23
6.2.3	Píštěl labyrintu	23
6.2.4	Labyrinthitida	23
6.3	Nitrolební komplikace	24
6.3.1	Trombóza a tromboflebitida nitrolebních splavů	24
6.3.2	Meningitida	24
6.3.3	Mozkový a mozečkový absces	25
7	Ošetrovatelská péče u sanačních a rekonstrukčních výkonů na spánkové kosti.....	26
7.1	Předoperační příprava	27
7.1.1	Dlouhodobá speciální předoperační příprava	27
7.1.2	Krátkodobá speciální předoperační příprava.....	28
7.1.3	Bezprostřední speciální předoperační příprava	28
7.2	Pooperační péče.....	28
7.2.1	Krátkodobá speciální pooperační péče	29
7.2.2	Dlouhodobá speciální pooperační péče.....	29
	ČÁST VÝZKUMNÁ	
	Hypotézy	31
8	Metodika výzkumu	32
9	Prezentace výsledků.....	33
10	Testování hypotéz	59
11	Diskuse	64
	Závěr.....	67
	Soupis bibliografických citací.....	68
	Seznam příloh	71
	Přílohy	72

Úvod

Chronické hnisavé středoušní záněty představují závažnou klinickou jednotku. Jsou mnohdy doprovázeny nepříjemnými a často dlouho trvajících somatickými obtížemi – k typickým patří výtok z ucha (nezapáchající, či zapáchající) a nedoslýchavost převodního typu. Problematika onemocnění ovšem nespočívá pouze v nedoslýchavosti a výtocích, ale je zde i nebezpečí vzniku velmi závažných komplikací. K nim dochází v případě, že se zánět šíří do okolních struktur. Obzvláště nebezpečné jsou pak komplikace nitrolební, které v konečném důsledku, bez adekvátní léčby, mohou končit úmrtím nemocného. Nutno ovšem podotknout, že tyto mají stále klesající tendenci.

Doporučenou metodou léčby je operace. Základním posláním této práce bylo vyhodnotit, zda pacienti po sanačních a rekonstrukčních operacích ucha pro zmíněný typ zánětu pocítují zlepšení v kvalitě jejich života.

Nesmíme zapomínat na to, že při léčbě nejde pouze o vlastní vyléčení onemocnění, ale především o zlepšení kvality života nemocného. Dosáhneme-li uzdravení u dvou osob se stejným medicínským výsledkem, nemusí tyto osoby vyléčení vnímat stejným způsobem. Tato skutečnost je z velké části ovlivněna osobností pacienta.

Osobnost člověka je tvořena složkami – biologickou, psychickou, sociální a duchovní, které jsou navzájem propojené. Z tohoto důvodu je u některých nemocných, v důsledku dlouhotrvajících nepříjemných obtíží, ovlivněna i oblast psychická a sociální, které ale mnohdy stojí v pozadí somatických problémů. Jejich opomíjení v kombinaci s přetrvávajícími fyzickými příznaky může vést až k depresivním stavům a sociální izolaci, proto je velmi důležité, v rámci holistického přístupu, pátrat i po těchto komplikacích.

Cíle:

1. Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu a eliminací případných fyzických obtíží před operačním výkonem).
2. Zhodnotit vliv onemocnění na psychiku, či sociální oblast (stav před operací X stav po operaci).
3. Zjistit, jaký somatický příznak pacienti subjektivně vnímají jako nejhorší.
4. Zhodnotit míru spokojenosti pacientů s informacemi, které jim o onemocnění byly podány.

ČÁST TEORETICKÁ

1 Anatomie středního ucha

Ucho se skládá ze tří základních částí:

- zevní ucho (auris externa) – k němu patří boltec (auricula) a zevní zvukovod (meatus acusticus externus), který je zakončen bubínkem (membrana tympani)
- střední ucho (auris media) – jeho součástí je sklípkový systém a středoušní (bubínková) dutina (cavitas tympanica), která obsahuje středoušní kůstky, středoušní svaly a vede z ní Eustachova trubice (tuba auditiva) do nosohltanu
- vnitřní ucho (auris interna) – je tvořeno kostěným a blanitým labyrintem, labyrint má část rovnovážnou a sluchovou, rovnovážná část se skládá z vestibula a tří polokruhovitých kanálků (jsou zde uloženy receptční orgány), sluchovou část představuje kostěný a blanitý hlemýžď (cochlea), který obsahuje receptční sluchový (Cortiho) orgán (Čihák, 2004)

1.1 Bubínek

Bubínek je velmi tenká membrána, šedivé barvy, která odděluje zevní zvukovod od středoušní dutiny. Jeho plocha činí 55 mm². Bubínek má tvar nálevky, což je dáno jeho kónickým vtažením do středoušní dutiny, a je ukotven v prstenci chrupavčitých buněk (annulus fibrocartilagineus). (Čihák, 2004)

1.2 Střední ucho

1.2.1 Středoušní (bubínková) dutina

Středoušní dutina se nachází za bubínkem a má na frontálním řezu tvar přesýpacích hodin. Je ohraničena stropem, který odděluje bubínkovou dutinu od střední jámy lební, spodinou, zadní, přední, mediální a laterální stěnou. Středoušní dutina je vyplněna vzduchem, vystlána tenkou sliznicí a dělí se na epitympanum, mezotympanum a hypotympanum. (Čihák, 2004, Chrobok, 2008)

1.2.1.1 Epitympanum, mezotympanum a hypotympanum

Epitympanum se označuje také jako nadbubínková dutina. Nachází se tedy nad horním okrajem bubínku. Je v něm uložena část sluchových kůstek (hlavička a krček kladívka, tělo a krátký výběžek kovádlinky) a také se odtud odvíjí pneumatizace bradavkového výběžku.

Mezotympanum představuje střední část bubínkové dutiny. Jsou zde lokalizovány ostatní struktury řetězu kůstek. Úkolem je zajistit ventilaci epitympana prostřednictvím tympanického istmu.

Dolní část bubínkové dutiny se nazývá hypotympanum. Má kostěnou stěnu, která je tvořena hlavně tympanickou kostí, ale také os petrosum. (Čihák, 2004, Chrobok, 2008)

1.2.1.2 Středoušní kůstky a svaly středoušní dutiny

Ve středoušní dutině se nachází tři středoušní kůstky. Označují se jako kladívko (malleus), kovadlinka (incus) a třmínek (stapes). Funkce sluchových kůstek spočívá v přenosu kmitů bubínku do perilymfy v labyrintu vnitřního ucha.

Ke svalům středoušní dutiny patří napínač bubínku (musculus tensor tympani), který je inervován prostřednictvím n. V., a třmínkový sval (musculus stapedius), jehož inervaci zajišťuje n. VII.. Úkolem svalů je regulovat napětí bubínku a sluchových kůstek. (Čihák, 2004)

1.2.1.3 Sluchová trubice

Sluchová trubice (tuba auditiva, Eustachova trubice) zajišťuje spojení středoušní dutiny s nosohltanem. Sliznici pokrývá víceřadý cylindrický epitel s řasinkami a její základní funkcí je vyrovnávání tlaků – atmosférického (v nosohltanu) a tlaku ve středoušní dutině. Tato úloha je důležitá proto, aby správně fungoval převod kmitů bubínku středoušními kůstkami. Cestou tuby také často proniká infekce do středoušní dutiny. (Čihák, 2004)

1.3 Spánková kost

Spánková kost je tvořena kostí **skalní** (os petrosum), která svým tvarem připomíná pyramidu, a vystupují z ní dva výběžky – bradavkový výběžek (processus mastoideus) a bodcovitý výběžek (processus styloideus), **skvamózní** (squama ossis temporalis), ta vybíhá ve své přední části v zygomatický výběžek, a **bubínkovou** (os tympanicum), která vytváří stěny kostěného zevního zvukovodu. (Čihák, 2004, Chrobok, 2008)

1.4 Cévní zásobení

Cévní zásobení středoušní dutiny zajišťují:

Tepny – arteriae tympanicae a arteriae caroticotympanicae

Žíly – ze středoušní dutiny a sluchové trubice odtéká krev do plexus pterygoideus a sinus petrosus superior (Čihák, 2004)

2 Fyziologie středního ucha

2.1 Sluch

Rozsah vnímání lidského ucha je od 16 Hz do 20 kHz a od sluchového prahu 0 dB do 120 dB. Vyšší intenzitu buď člověk vnímá bolestivě, nebo nevnímá vůbec.

Z funkčního hlediska se ucho dělí na periferní a centrální část. Periferní část tvoří převodní systém, hlemýžď a n. VIII. Základem centrální části jsou sluchová dráha a korová centra. (Hybášek, 2006)

Záchyt zvukových vln ušním boltcem se rovná začátku vlastního procesu slyšení. Zvukové vlny po průchodu zvukovodem dopadají na bubínek, který se rozkmitá. Dále se vlny přenáší přes kladívko, kovádlíku a třmínek až do tekutiny labyrintu. V tekutině dochází na podkladě pohybu ploténky třmínku ke vzniku tlakové vlny, ovšem tyto nejsou v obou polovinách závitů hlemýžďe stejné. V důsledku tohoto faktu se vyklenuje elastická bazální membrána buď do jednoho, nebo do druhého prostoru a pohyb, který vzniká, se označuje jako kmitání. Kmitání způsobí změnu vzdálenosti mezi bazální a pevnou krycí membránou, což vede k podráždění různých smyslových buněk tahem za jejich vlásky. Nervové buňky přenáší podráždění sluchovým nervem do podkorových center, v němž dochází ke vzniku sluchových reflexů, zároveň je odtud veden vzruch do korového analyzátoru ve spánkovém laloku. Zde se dále zpracovává a následně je vnímán jako například řeč, hluk nebo hudba. (Plch, 2008)

2.2 Rovnováha

Rovnovážné ústrojí má dvě funkce – určení polohy hlavy v prostoru a určení změny pohybu.

V průběhu dne člověk mění polohu hlavy mnohokrát. Při tom dochází k různému tažení dvou na sebe kolmých otolitů (krystalky vápenatých solí), což vyvolá podráždění jen některých vláskových buněk. Jak je již výše uvedeno, podráždění pokračuje z uší do podkorových a korových center, zde se zpracovává a analyzuje, což umožňuje přesně určit polohu v prostoru.

Na začátku či na konci pohybu dochází na základě setrvačnosti k pohybu endolymfy v polokruhovitých kanálcích, což způsobí podráždění vláskových buněk. To je opět vedeno n.VIII. do centrálního nervového systému, kde dochází k analýze, a proto je možné určit směr pohybu v prostoru. (Plch, 2008)

3 Vyšetřovací metody

3.1 Mikrootoskopie

Mikrootoskopie je vyšetřovací metoda, při které se hodnotí zvukovod, bubínek, případně středouší. Provádí se jednak pomocí ušního zrcátka, jehož velikost je závislá na průměru zvukovodu a pomocí otologického mikroskopu, který poskytuje stereoskopický pohled a umožňuje bimanuální vyšetření. (Mejzlík, 2007)

Za fyziologické se považuje, jestliže má zvukovod ovoidní tvar a bubínek je šedý, konturovaný a s reflexem. U epitympanálních (ET) zánětů je možné pozorovat nástěnné perforace, jenž mohou být vyplněny cholesteatomem, granulační tkání, polypy nebo purulentní sekrecí. (Hybášek, 2006)

3.2 Vyšetření sluchu

3.2.1 Sluchové zkoušky šepot, hlasitá řeč

Tímto vyšetřením je možné zjistit, zda má pacient sluch normální, či se u něj vyskytuje převodní nebo percepční nedoslýchavost. Provádí se dvěma způsoby. U prvního z nich se využívá hlasité řeči a nazývá se vox magna (V). Druhý se provádí šepotem a označujeme ho souslovím vox sibilans (Vs). Vyšetření by se mělo provádět v nehlučné, minimálně 6 metrů dlouhé místnosti, u každého ucha zvlášť, s pomocí typických slov (auto, kolo, mouka, kabát, dvacet, měsíc atd.). Vyšetření provádí lékař za pomoci sestry, jejímž úkolem je clonit boční pohled a vyřadit z činnosti nevyšetřované ucho.

Na normální sluch usuzujeme tehdy, když vyšetřovaný slyší lékaře ze 6 metrů. U chronických epitympanálních zánětů je možné detekovat nedoslýchavost převodního typu, kdy nemocný špatně rozumí slovům, která obsahují střední a hluboké hlásky. (Uchytíl, 2002)

3.2.2 Ladičkové zkoušky

Provádí se dvojím způsobem. Rozezvučená ladička se přikládá buď před zvukovod (vyšetření vzdušného vedení), nebo patkou na různá místa lebky (vyšetření kostního vedení).

K ladičkovým zkouškám patří Weberova zkouška (W), při níž se hodnotí kostní vedení, Rinneho zkouška (R), u které se porovnává kostní a vzdušné vedení jednoho ucha a Schwabachova zkouška (Sch), jejíž podstatou je porovnání kostního vedení vyšetřovaného a lékaře. Při normálním sluchu vyšetřovaný u W zkoušky nelateralizuje (slyší zvuk v obou uších), R zkouška je pozitivní (vzdušné vedení je slyšet déle než kostní) a Sch zkouška je normální (lékař i vyšetřovaný přestanou zvuk slyšet současně). U ET zánětů při W zkoušce

dochází k lateralizaci (zvuk je slyšet v nemocném uchu), R zkouška je negativní (kostní vedení je slyšet déle než vzdušné) a Sch zkouška je prodloužená (vyšetřovaný slyší zvuk déle než lékař). (Uchytíl, 2002)

3.2.3 Audiometrické vyšetření

3.2.3.1 Audiometrie tónová

Tónová audiometrie se provádí pomocí přístroje (audiometru), který vyrábí tóny o různé intenzitě (dB) a frekvenci (Hz). Tyto tóny jsou vedeny do vyšetřovaného ucha sluchátky (při vyšetření vzdušného vedení) nebo kostním vibrátorem, který se přikládá na mastoideální výběžek (při vyšetření kostního vedení). Intenzita tónu se postupně zvyšuje až k hodnotě, kdy ho pacient detekuje. Rozsah intenzity se při vyšetření pohybuje v rozmezí od 0 do 100 dB. Takto se určuje práh sluchu na frekvencích od 125 Hz do 8 kHz. Vyšetřuje se každé ucho zvlášť.

Výsledný záznam se nazývá audiogram. Křivka se při normálním sluchu nachází v rozmezí od 0 dB do 20 dB ztrát. U ET zánětů je kostní vedení normální, vzdušné vedení je pod 20 dB ztrát a mezi oběma křivkami je velké rozmezí = kostně vzdušný rozdíl. (Lejska, 1994)

3.3 Vyšetřovací metody spánkové kosti

Dříve často prováděný rentgen spánkové kosti, v Schüllerově nebo Stenwersově projekci, se dnes užívá velmi málo. Podrobnější hodnocení umožňuje CT, dnes stále užívanější, HRCT a v případě měkkých tkání MNR. Obě vyšetření (CT, HRCT) využívají pro zobrazování požadovaných struktur rentgenového záření. Rozdílnost tedy spočívá především v kvalitě rozlišení zobrazovaných oblastí, která je vyšší u HRCT. CT a HRCT slouží k hodnocení:

- rozsahu pneumatizace spánkové kosti, což pomáhá při rozhodování o vedení operační techniky
- anatomie spánkové kosti např. šíře zevního zvukovodu, postavení střední jámy lební, či esovitého splavu
- specifických změn vyvolaných onemocněním spánkové kosti

Tyto vyšetřovací metody by měly být prováděny pouze v přesně indikovaných případech a na pracovištích, kde se chirurgii spánkové kosti věnují v plném rozsahu. (Chrobok, 2008)

4 Středoušní záněty

Tab. 1 Dělení středoušních zánětů

1. akutní	nehnisavé	katarální	
		serózní	
	hnisavé		
2. Chronické	nehnisavé		
	hnisavé	meztympanální	
		epitympanální	s ostitidou a bez cholesteatomu
			s ostitidou a s cholesteatomem

4.1 Chronický hnisavý středoušní zánět

Chronický hnisavý zánět středního ucha se dělí podle lokalizace patologického procesu na meztympanální, epitympanální. U obou těchto typů zánětů se objevují následující společné znaky: (Hybášek, 2006)

- trvalý nebo často se opakující výtok z ucha
- trvalá perforace bubínku
- zpravidla utlumená pneumatizace spánkové kosti
- velmi často převodní nedoslýchavost

4.1.1 Chronický meztympanální středoušní zánět

Podkladem onemocnění jsou recidiva prudkého zánětu nebo přeměna latentního zánětu, což je častější varianta. Při vzniku zánětu má zásadní význam nepřiměřená léčba primárního onemocnění a zánětů v horních dýchacích cestách.

Typickým příznakem je centrální perforace bubínku v oblasti pars tensa. Perforace může být ovoidní, ledvinová či srdčitá. Dále se objevuje hlenohnisavý, nezapáchající výtok z ucha a středně těžká převodní nedoslýchavost.

V rámci terapie je důležité léčit všechny záněty v horních dýchacích cestách a obnovit tubární funkci. Lokálně se aplikují antibiotika, možná i kombinace s kortikoidy, mukolytika a kyselina bórová v práškové formě. Po odléčení zánětu je možné, asi za tři měsíce, provést myringoplastiku. V případě, že je onemocnění spojeno s chronickou mastoiditidou, provádí se antromastoidektomie (otevření pneumatického systému spánkové kosti a antra, odstraňuje se zánětlivě změněná sliznice a mezisklípková septa mastoidních sklípků). (Hybášek, 2006)

4.1.2 Chronický epitympanální středoušní zánět

Přesné příčiny onemocnění zatím nejsou dostatečně objasněny. Zánět probíhá v epitympanu, přičemž mezotympanum je vzdušné, sluchová trubice funkční a pars tensa bubínku je zpravidla uchována. U většiny nemocných probíhá zánět již od dětství, z toho důvodu je pneumatizace utlumená a spánková kost sklerotická.

4.1.2.1 Epitympanální zánět s ostitidou

U tohoto typu zánětu dochází k retenci hnisu, nekróze a destrukci sluchových kůstek (hl. dlouhého ramínka kovadlinky a raménka třmínku). Projevuje se výtokem z ucha, který je stálý, ale mnohdy tak malý, že ujde pozornosti nemocného. Dále dochází ke značnému zhoršení sluchu z důvodu poškození řetězu sluchových kůstek. Exacerbace onemocnění může být spojena s bolestí ucha nebo přechodně zvýšenou teplotou, ale i se vznikem nitrolebních komplikací (meningitidy, labyrintitidy, mozkové a mozečkové abscesy). Diagnostika je založena na otoskopickém nález (nástěnná perforace) a CT vyšetření.

Terapie je chirurgická – tympanoplastika nebo radikální operace (v pokročilém stádiu). Provádí se jednak z důvodu rizika vzniku komplikací a jednak proto, aby se zachoval nebo obnovil sluch. (Tichý, 1983)

4.1.2.2 Epitympanální zánět s cholesteatomem

Cholesteatom je forma destruktivního ostitického procesu, která je charakterizovaná přítomností rohovatějícího dlaždicobuněčného epitelu ve středním uchu. Existuje několik různých hledisek, podle nichž je možné cholesteatom klasifikovat. Nejčastěji užívaná jsou uvedena v následující tabulce.

Tab. 2 Dělení cholesteatomu

Cholesteatom:
- dle vzniku:
- vrozený
- získaný
- dle stavu bubínku:
- za celistvým bubínkem – většinou je za ním přítomen vrozený cholesteatom
- s defektem bubínku:
- primárně získaný – podkladem jsou retrakční kapsy
- sekundárně získaný – spojený se skutečnou perforací bubínku

Typickým příznakem je zapáchající výtok, který po výplachu ucha neustává. Přestože je porušen řetěz sluchových kůstek, poškození sluchu nebývá příliš velké. Důvodem je právě přítomnost cholesteatomu, který usnadňuje převod zvukových vln. Pulzující výtok, bolesti hlavy, teplota, závrať, obrna lícního nervu jsou příznakem zánětlivých komplikací.

Základem diagnostiky jsou anamnéza a otoskopický nález (nástěnná perforace či pseudoperforace v pars flaccida bubínku nebo v oblasti zadního horního čtverce, je možná i kombinace obou typů). Dalšími možnostmi jsou zobrazovací metody a histologické vyšetření.

Terapie je rovněž chirurgická – atikotomie (otevření atiku – část nadbubínkové dutiny), atikoantrotomie, radikální operace, tympanoplastika. Cílem chirurgické léčby je odstranit patologické ložisko a upravit řetěz sluchových kůstek. (Chrobok, 2008, Tichý, 1983)

5 Operační léčba chronických hnisavých středoušních zánětů

Operační léčba chronických středoušních zánětů zahrnuje sanační a rekonstrukční operace. Nejprve je nutné odstranit zánět, čehož je docíleno sanační operací. V případě, že jsou poškozeny středoušní kůstky, je indikován rekonstrukční zákrok. Většinou se oba výkony provádí v rámci jedné operace, ale je možné nejdříve eradikovat zánět a poté s odstupem půl roku až roku uskutečnit rekonstrukci.

Operační přístupy se různí podle druhu výkonu a anatomických poměrů pacienta.

endomeatální – řez ve zvukovodu

endaaurální – řez ve zvukovodu protažený až do oblasti incisura helicotrastica

retroaurikulární – řez za boltcem (Duda, 2007)

5.1 Sanační výkony

Podstatou sanačního výkonu je odstranit patologické ložisko ve spánkové kosti. Toho je docíleno prostřednictvím exenterace (vyčištění zánětem postižených dutin pneumatického systému), skeletizace (nad důležitými anatomickými strukturami – př. lícní nerv, esovitý splav je ponechána tenká vrstva kosti), exteriorizace (vytvoření široké trepanační dutiny).

Tab. 3 Dělení sanačních operací

Klasifikace sanačních výkonů: <ul style="list-style-type: none">- otevřená technika (canal wall down)- zavřená technika (canal wall up)
--

U otevřené techniky se odstraňuje zadní horní stěna zvukovodu. Podstatou operace je vyčištění dutin pneumatického systému a vytvoření trepanační dutiny, která komunikuje se zevním zvukovodem. Výhodou je možnost pooperační kontroly, nevýhoda spočívá v problematické rekonstrukci a mnohdy nestabilní trepanační dutině. Klasifikace otevřených trepanačních dutin z funkčního hlediska:

- klasická radikální operace – podstatou je odstranění zánětlivých změn i převodního aparátu, což vede k těžké nedoslýchavosti
- konzervativní radikální operace – radikalita tohoto výkonu spočívá v ošetření zánětu, konzervativní je proto, že se zachovávají zdravé struktury středního ucha
- atikoantrotomie – může být provedena otevřenou i uzavřenou technikou, spočívá v otevření epitympana, aditus ad antrum a antrum mastoideum

U zavřené techniky se zadní a horní stěna zvukovodu zachovává buď primárně, nebo se sekundárně rekonstruuje. Ventilace uzavřené trepanační a bubínkové dutiny je zajištěna prostřednictvím sluchové trubice. Výhodu jsou téměř normální anatomické poměry umožňující bezproblémovou rekonstrukci. Naopak nevýhodou je velmi obtížná pooperační kontrola. (Chrobok, 2008)

5.2 Rekonstrukční výkony

Cílem těchto výkonů je rekonstrukce stěny zvukovodu a řetězu kůstek, či blanky bubínku. Podmínkou úspěšného rekonstrukčního výkonu je dokonalé odstranění patologického ložiska, správná funkce vnitřního ucha, funkční Eustachova trubice a zdravá sliznice ve středouší.

Tympanoplastiky (rekonstrukce řetězu kůstek nebo blanky bubínku) je možné klasifikovat podle Wulsteina (Hahn, 2006, str. 89):

- I) *typ – perforace bubínku, řetěz kůstek intaktní – myringoplastika*
- II) *typ – defekt manubria kladívka, zbytek řetězu kůstek intaktní – myringoincudopexie*
- III) *typ – defekt kladívka a kovádky, přítomny suprastruktury a celý kompletní funkční třmínek – kolumelizace*
- IV) *typ – defekt celého řetězu kůstek, pohyblivá ploténka třmínku – ekranizace*
- V) *typ – kompletní fixace ploténky třmínku v oválném okénku – fenestrace laterálního kanálku*

Wulsteinova klasifikace v některých bodech již nevyhovuje, což je způsobeno neustálým vývojem přístrojové a operační techniky. Z výše uvedených pěti typů jsou dnes nejčastěji používány – myringoplastika, kolumelizace, ekranizace a fenestrace.

Podstatou myringoplastiky je uzavření bubínkové perforace, k čemuž se užívají např. štěpy z fascie musculus temporalis nebo z chrupavky. Principem kolumelizace je spojení bubínku s ploténkou třmínku, čímž se vytvoří malá bubínková dutina. Ekranizace spočívá v zastínění okrouhlého okénka zbytkem bubínku nebo štěpem. Oválné okénko je otevřeno do zvukovodu. Fenestrace představuje vytvoření okénka v laterální polokruhové chodbičce, což umožňuje přenos zvukových vln na perilymfu vnitřního ucha. (Hybášek 2006, Chrobok, 2008)

6 Komplikace chronických středoušních zánětů

6.1 Šíření zánětu

Komplikace vznikají na podkladě šíření zánětu, k čemuž dochází per continuitatem (kostí, přes dura mater a stěny splavů, růstem zánětlivého trombu v cévních spojkách, perforovanými cestami), hematogenní cestou, traumatickou cestou (laterobazální poranění, operace ucha, střelná poranění, poranění cizími tělesy). Šíření infekce a její závažnost je závislá na druhu a virulenci mikroba, na celkovém stavu organismu a předchozí terapii.

Komplikace středoušních zánětů je možné dělit, dle toho kam se zánět rozšířil, do dvou skupin:

- místní komplikace
- nitrolební komplikace

6.2 Místní komplikace

Tab. 4 Dělení místních komplikací

místní komplikace: <ul style="list-style-type: none">- subperiostální absces- obrna lícního nervu- píštěl labyrintu- labyrintitida

6.2.1 Subperiostální absces

Vzniká šířením zánětu z pneumatického systému k zevnímu povrchu spánkové kosti, což umožňují dehiscence nebo eroze kosti. Výskyt je častější u jedinců mladších věkových kategorií, neboť je antrum mastoideum uloženo povrchově. Nejčastějšími vyvolávajícími agens jsou *Proteus* a *Pseudomonas*.

Diagnostika se děje jednak na základě klinického obrazu, v němž dominuje otok, zarudnutí, vyhlazení retroaurikulární rýhy, bolest při tlaku na processus mastoideus, odstávající boltec a také na podkladě vyšetřovacích metod – CT s možností použití kontrastní látky.

Terapie spočívá v chirurgickém řešení – incize, evakuace abscesu a antromastoidektomie. Cílem je dosáhnout normální ventilace středoušní dutiny. (Chrobok, 2008)

6.2.2 Obrna lícního nervu

Příčinami vzniku jsou jednak poškození stěny kanálu lícního nervu, v takovém případě se většinou volí terapie konzervativní – ATB, kortikoidy, paracentéza a nebo destrukce kosti zánětem, či cholesteatomem. Na nervu dochází k demyelinizaci a degeneraci. Lokalizace zánětlivého poškození nervu se diagnostikuje pomocí CT.

V rámci terapie se u chronických středoušních zánětů s cholesteatomem, provádí sanace. V pooperačním období se podávají ATB a je třeba pečovat o rohovku oka – oční mast, krytí oka, je možné provést i sešití víček. (Chrobok, 2008)

6.2.3 Píštěl labyrintu

Jedná se o defekt kostěné stěny labyrintu. Patří k nejčastějším komplikacím chronického středoušního zánětu. V klinickém obraze se může objevit přechodná závrať (hlavně při čištění uší), percepční nedoslýchavost, pozitivní píštělový test (nystagmus ve směru postižení, při zvýšení tlaku v zevním zvukovodu a nystagmus ke zdravé straně, při snížení tlaku v zevním zvukovodu) nebo může být průběh asymptomatický.

Terapie je zaměřena na odstranění cholesteatomu, ošetření píštěle labyrintu a zachování funkce vnitřního ucha. (Chrobok, 2008)

6.2.4 Labyrinthitida

Labyrinthitida je způsobena rozšířením infekce do hlemýždě a vestibula. Vyvolávajícími agens jsou beta-hemolytický streptokok, Haemophilus influenzae, Pneumococcus pneumoniae, Proteus, Pseudomonas a stafylokoky.

Tab. 5 Dělení labyrinthitidy

Labyrinthitida:

- akutní :

- **serózní** – způsobena průnikem infekce do vnitřního ucha

- **hnisavá** – příčinou je průnik infekce do labyrintu, závažný stav – riziko rozšíření do nitrolebí, důsledkem může být hluchota

- **chronická** – je spojena s píštělí na podkladě ostitidy nebo cholesteatomu, kdy měkké tkáně vrůstají do labyrintu

- **labyrinthová skleróza** – konečné stádium hnisavé labyrinthitidy, hnisavý zánět přechází v osifikaci labyrintu

Nemocní si stěžují na závratě, tinitus, nauzeu, zvracení, nedoslýchavost (percepční či kombinovaná) a může být pozitivní píštělový příznak. V rámci diagnostiky se provádí CT a neurologické vyšetření. Chirurgická terapie spočívá v provedení sanační operace, konzervativní terapie je zaměřena na klid na lůžku, dostatečnou hydrataci, podávání antiemetik a kortikoidů. (Chrobok, 2008)

6.3 Nitrolební komplikace

Tab. 6 Dělení nitrolebních komplikací

Nitrolební komplikace:
- záněty esovitého splavu, epidurální a perisinuózní absces
- trombóza a tromboflebitida nitrolebních splavů
- meningitida
- subdurální empyém
- mozkový a mozečkový absces

6.3.1 Trombóza a tromboflebitida nitrolebních splavů

Trombóza a tromboflebitida jsou zpravidla způsobeny přímým přestupem infekce z kosti na stěnu splavu. Na podkladě zánětu dochází k porušení výstelky a následně ke vzniku trombu. Častější výskyt trombózy je možné detekovat u pacientů mužského pohlaví s chronickým středoušním zánětem s cholesteatomem.

Onemocnění se projevuje celkovými příznaky – septická teplota, třesavka, zimnice, místními příznaky – zarudnutí, otok, citlivost mastoidu a příznaky z mechanického uzávěru, což může vyústit v nitrolební hypertenzi.

Pro diagnostiku mají zásadní význam CT a MNR. Při léčbě této komplikace se jednoznačně uplatňují sanační výkony a intravenózní antibiotická terapie. (Chrobok, 2008)

6.3.2 Meningitida

Zánět postihuje intermeningeální prostor a projevuje se nejprve edémem a překrvením leptomeningu. Postupně dochází k progresi stavu, což může vyústit až v nitrolební hypertenzi.

V klinickém obraze se objevuje únava, podrážděnost, úzkostlivost, vysoké teploty, úporné bolesti hlavy, ztuhlost šíje, křeče (lokalizované i generalizované), hemiparézy, neklid, fotofobie, edémy očních papil, poruchy reakce zornic a přechodné obrny hlavových (n. III., n. VI., n. VII., n. XII.) a spinálních nervů. Difúzní meningitidy se mohou komplikovat

septickým šokem, diseminovanou intravaskulární koagulopatií a kožními projevy (petechie, purpura). Může vzniknout také syndrom nitrolební hypertenze (nauzea, zvracení, poruchy vědomí).

Diagnóza se stanoví na základě anamnézy, klinických příznaků, neurologického vyšetření, laboratorních výsledků (FW, CRP, KO a diff.), CT, MNR a hlavně likvorového nálezu.

Chirurgická léčba spočívá v ošetření spánkové kosti, konzervativní léčbu zajišťují infektologové. Její podstatou je podávání ATB, úprava vnitřního prostředí, podávání antikoagulancií a protiedémových preparátů. (Chrobok, 2008)

6.3.3 Mozkový a mozečkový absces

Četnost výskytu abscesů je v různých oblastech mozku variabilní. Nejfrekventovanějším místem je temporální lalok, následují abscesy mozečku, frontálního, parietálního a okcipitálního laloku. Absces se může vyskytovat v jakémkoli věku, ale nejčastěji je to mezi 20. – 40. rokem a má variabilní velikost. Sekret, který se v něm nachází má většinou hustou konzistenci, může zapáchat a obsahovat příměsi krve, či hlenu.

Projevuje se bolestmi hlavy, teplotou, nauzeou, zvracením, únavou, ospalostí, ztrátou koncentrace, nechutenstvím a úbytkem hmotnosti. K fatálnímu konci dochází tehdy, jestliže se absces neléčí a provalí se do postranní komory nebo do subarachnoideálního prostoru. Další možné příčiny úmrtí jsou porucha dechového centra, výhřez mozkové tkáně a přímý útlak kmene či prodloužené míchy v oblasti foramen occipitale magnum.

Diagnostika vychází z klinického obrazu, neurologického, oftalmologického, otoneurologického a infektologického vyšetření a především z výsledků zobrazovacích metod – CT a MNR.

Terapie abscesů je prioritně prováděna chirurgickou cestou, a to sice neurochirurgem. Otorinolaryngolog řeší primární ložisko prostřednictvím sanační operace. Jako podpůrná léčba se užívá konzervativní terapie, jejímž cílem je potlačení infekce, léčba všech komplikací a zajištění komplexní péče zaměřené na výživu, homeostázu, dýchací cesty a rehabilitaci. (Chrobok, 2008)

7 Ošetřovatelská péče u sanačních a rekonstrukčních výkonů na spánkové kosti

Moderní ošetřovatelství je charakterizováno holistickým přístupem, což znamená, že bychom měli vnímat osobnost člověka jako celek neboli jako bio-psycho-sociální-duchovní bytost. Jednotlivé části osobnosti jsou navzájem propojeny, proto porucha jedné složky vede zákonitě k poruše jiné složky (např. dlouhodobá psychická zátěž může být jednou z příčin vzniku somatického onemocnění). Z výše uvedeného vyplývá, že pouze holistickým přístupem je možné dosáhnout uspokojení jednotlivých potřeb pacienta. (Trachtová, 2005)

Chronické hnisavé středoušní záněty jsou problematické nejen z hlediska somatických obtíží, které jsou velmi nepříjemné, ale také z důvodu možných komplikací v oblasti psychické či sociální. Psychické a sociální obtíže pramení zejména z dlouhotrvajících příznaků, které doprovází vlastní onemocnění. Jedná se hlavně o nedoslýchavost a ušní šelest.

Nedoslýchavostí trpí každý desátý člověk. Jedná se tedy o poměrně častý problém. Přesto mají lidé se sluchovým postižením tendenci své obtíže skrývat. Důvodem je určité stigma, které ve společnosti panuje. Nejčastější předsudek je ten, že sluchově postižení jsou méně inteligentní. Žádný člověk nechce být vnímán jako hloupý, proto je pochopitelné, že mnozí svůj problém nepřiznají. Nemocní mohou trpět také pocitem studu a méněcennosti, neboť jsou jiní, odlišní od ostatních a musí se opakovaně dotazovat „Co jsi říkal/a?“. Poněkud závažnějším důsledkem nedoslýchavosti může být deprese, která je doprovázena strachem, zlobou (na sebe i ostatní), výčitkami, pocitem viny, smutkem, negativismem, bezmocí a beznadějí. Člověk trpící depresí by měl vyhledat odbornou pomoc. Lékař určí stupeň deprese a způsob léčby – léky, terapie, případně kombinace obou forem. (Sluchová ztráta, cit. 2010-03-20)

Sociálními důsledky jsou problémy v zaměstnání (škole), v partnerském životě, které v kombinaci s psychickými problémy mohou vyústit až v sociální izolaci. Problémy v zaměstnání vznikají z neznalosti. Jestliže kolegové nevědí o nedoslýchavosti mohou se domnívat, že sluchově postižený je vypočítavý, arogantní, slyší jen to, co chce. Z těchto důvodů je lepší svěřit se s problémem jak kolegům, tak i zaměstnavateli. Pokud je člověk se sluchovým postižením i přesto vyloučen z kolektivu či dokonce ztratí zaměstnání, nejedná se již o nevědomost, ale o hloupost (ze strany kolegů i zaměstnavatele). Partnerský život může být nedoslýchavostí také zasažen. Pro oba partnery je komunikace velmi únavná. Zdravý partner musí upozorňovat na začátek konverzace a nedoslýchavý musí být zase

neustále ve střehu, aby zachytil začátek rozhovoru. Rovněž dochází ke ztrátě impulsivnosti při sdělování veselých zážitků, což může vyvolávat u osoby se sluchovým postižením pocity méněcennosti a izolace a u partnera se zdravým sluchem zase pocity viny. V průběhu komunikace může rovněž docházet k řadě nedorozumění. Je třeba, aby se oba partneři snažili co nejlépe vyvstaly problém překonat a najít optimální způsob komunikace. (Sluchová ztráta, cit. 2010-03-20)

Ušní šelest (Tinitus) je rovněž náročný jak z psychického, tak sociálního hlediska. U lidí trpících tinitem se mohou objevit poruchy spánku, úzkost a deprese. Dále může dojít ke snížení pracovní výkonnosti a k ovlivnění osobních vztahů. Člověk se často uzavírá sám do sebe a trpí sebelítostí z toho, že ho nikdo nechápe. Tato fakta vedou k tomu, že se odcizuje jak partnerovi, tak i ostatním lidem. (Tinitus, cit. 2010-03-20)

Narušenou psychiku a mezilidské vztahy ještě více prohlubují strach nebo obavy z plánované operace a z neznámého nemocničního prostředí. V rámci ošetrovatelské péče bychom se měli snažit veškeré obavy co nejvíce minimalizovat, případně úplně eliminovat, čehož lze docílit správně prováděnou předoperační přípravou.

Důsledná pooperační a dispenzární péče je rovněž důležitá z důvodu možných komplikací (somatických, psychické či sociální).

7.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava se dělí na obecnou a speciální a z hlediska časového na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední, které se ještě dále dělí na přípravu psychickou, laboratorní a tělesnou.

7.1.1 Dlouhodobá speciální předoperační příprava

Psychická příprava zahrnuje edukaci pacienta. Jejimi tématy jsou nedoslýchavost, která je způsobena přítomností obvodu, v případě potřeby (zhoršení sluchu u obou uší) je třeba domluvit se s pacientem na způsobu komunikace, možná úprava vlasů (někdy je nutné ostříhat místo kolem ucha), pooperační režim. Při edukaci o pooperačním režimu by sestra měla nemocného informovat o nutnosti spolupráce při zjišťování výskytu případných komplikací, o opatrnosti při sprchování a také o tom, že by se měl vyvarovat prudkých pohybů (předklonů a smrkání). Mezi úkoly sestry v tomto období rovněž patří aktivní pátrání po možných obavách souvisejících s operací nebo nemocničním prostředím či po psychických a sociálních problémech, které vznikají v důsledku onemocnění. Zmírnění obtíží

docílíme rozhovorem s pacientem, případně mu nabídneme rozhovor s lékařem nebo psychologem.

Tělesná příprava spočívá ve vyšetření sluchu šepotem, hlasitou řečí (provádí lékař, sestra asistuje, jejím úkolem je clonit pacientovi tak, aby nemohl odezírat a zabránit přeslýchání, čehož dosáhneme tím, že se nevyšetřované ucho uzavře vatou a bříškem prstu se zmáčkne tragus – při vyšetření šepotem nebo se bříškem prstu zamáčkne zvukovod a tře se o něj prstem, čímž vzniká šelest – při vyšetření hlasitou řečí). Dále pacient podstupuje ladičkové zkoušky, audiometrické vyšetření, které provádí sestra specialistka, rentgen spánkové kosti, CT a HRCT. Úkolem sestry je pacienta na tato vyšetření poučit, připravit a objednat.

Laboratorní příprava je obecná jako před každou operací.

7.1.2 Krátkodobá speciální předoperační příprava

V rámci psychické přípravy by se sestra měla přesvědčit, zda pacient pochopil všechny podané informace (oddíl 7.1.1). V případě, že má nemocný nějaké nejasnosti, je třeba jejich opětovné vysvětlení. Případné obavy a strach z operace je možné zmírnit opět rozhovorem se sestrou, lékařem či psychologem.

Tělesná příprava je zaměřena na úpravu operačního pole, která spočívá v ostříhání vlasů okolo ucha nebo jejich úpravě tak, aby nepřekážely při operaci (sepnout je). Zejména u mužů je vhodné odstranit chloupky ze zvukovodu. Někdy lékař indikuje aplikaci léků (nejčastěji se jedná o antibiotika) nebo výplach, který provádí on, sestra asistuje. Jejím úkolem je připravit a podávat pomůcky (stříkačka, emitní miska, tekutina – dle pracoviště – voda, roztok heřmánku, musí mít tělesnou teplotu, pinzeta, tampónky).

7.1.3 Bezprostřední speciální předoperační příprava

Na základě indikace lékaře je aplikována premedikace a u většiny pacientů i ATB. Společně s nemocným sestra odesílá na sál kompletní dokumentaci (chorobopis a výsledky zobrazovacích vyšetření). (Juřeníková, 2000, ORL oddělení PKN a.s.)

7.2 Pooperační péče

Pooperační péče se rovněž dělí na obecnou a speciální, z časového hlediska na bezprostřední, krátkodobou a dlouhodobou, které se dále dělí na psychickou, tělesnou, medikamentózní a laboratorní.

Bezprostřední pooperační péče začíná převzetím pacienta z operačního sálu a odpovídá standardu.

7.2.1 Krátkodobá speciální pooperační péče

V této fázi je důležité aktivně pátrat po bolesti (lokalizace, charakter, intenzita), provést záznam, podat léky na základě ordinace lékaře a sledovat jejich účinnost. Nemusí jít pouze o bolest ucha, ale také krční páteře při nevhodné poloze hlavy a čelistního kloubu v případě operace v jeho blízkosti. Dalším úkolem sestry je kontrolovat operační ránu, respektive obvaz. Krvácení po operaci nebývá velké, přesto může dojít k prosáknutí krve. Tento fakt u některých pacientů nepříznivě působí na psychiku. Je třeba pacienta uklidnit, přiložit vatový čtverec a informovat ho o převazu, který se obvykle provádí 1. pooperační den. Velmi důležitou činností je kontrola mimiky obličeje, neboť je zde možnost poškození lícního nervu – požádat pacienta, aby se usmál, vycenil zuby, nafoukl tváře, pozvedl obočí zavřel oči. U všech těchto úkonů je nutné hodnotit jejich symetričnost, jestliže chybí, měla by sestra informovat lékaře.

7.2.2 Dlouhodobá speciální pooperační péče

Dlouhodobá speciální pooperační péče je rozdělena do několika oblastí:

Péče o ránu – převaz se obvykle provádí 1. pooperační den. Musí probíhat za aseptických podmínek. Mění se jednak vlastní obvaz a také ušní tampónky – odstraní se pomocí ušní pinzety, lékař zkontroluje operační ránu, na sterilní tampónek se aplikují léky, zavede se opět pomocí pinzety do zvukovodu, ucho se překryje vatovými čtverci a opět se obváže.

Péče o bolest – intervence jsou shodné s těmi, které sestra provádí v rámci krátkodobé pooperační péče.

Péče o výživu – u některých pacientů se mohou objevit změny chuti a bolesti čelistního kloubu, které způsobují problémy při kousání a otvírání úst. Úkolem sestry je aktivně po těchto obtížích pátrat, domluvit se s pacientem na vhodné formě stravy (kašovitá, či tekutá) a po dohodě s lékařem ji objednat. V případě změny chuti je možné zajistit nutričního specialistu. Také je důležité informovat nemocného, že se jedná o komplikaci dočasnou, která během několika měsíců mizí.

Péče o pohybový režim – první vertikalizace probíhá vždy za přítomnosti sestry, poté co je pacientovi změřen krevní tlak. Také je nutné znovu připomenout edukaci prováděnou v rámci předoperační přípravy – nedělat prudké pohyby, nepředklánět se.

Péče o hygienu – zdůraznit opatrnost při sprchování, do ucha se nesmí dostat voda.

Péče o vyprazdňování – v této oblasti pacienti nemívají žádné problémy (samozřejmě platí standardní zásady pooperační péče (krátkodobé) – pacient by se měl do 6 hodin po operaci vymočit).

Péče o odpočinek a spánek – spánek je ovlivněn bolestí (oddíl 7.2.1), ale také psychickým rozpoložením pacienta. Úkolem sestry je zjistit příčinu a snažit se ji minimalizovat případně úplně odstranit. Mnohdy postačí rozhovor s pacientem, případně zajistit rozhovor s lékařem, či psychologem. (Juřeníková, 2000, ORL oddělení PKN a.s.)

V rámci edukace informujeme nemocného o opatrnosti při sprchování, mytí hlavy, koupání (zcela nevhodné jsou přírodní vodní zdroje), smrkání (správná technika – každá nosní dírka zvlášť). Není vhodné se potápět. Dále je nutné vyhýbat se prašnému prostředí, nadměrnému hluku, průvanu a preventivně působit proti nachlazení, čehož docílíme vhodným oblečením, vyváženou stravou bohatou na vitamíny, která posiluje obranyschopnost organismu. V prvních týdnech po operaci není vhodné cestování letadlem. Dále je edukace zaměřena na dodržování léčebných opatření doporučená lékařem a nutnost dispenzarizace na ORL ambulanci – v prvních týdnech na základě ordinace lékaře, dále jednou za půl roku až jednou za rok, při obtížích ihned. V rámci dlouhodobé dispenzarizace je také nutné pátrat po možných komplikacích v oblasti psychické či sociální a nemocnému nabídnout pomoc – rozhovor se sestrou, s lékařem či psychologem. (Juřeníková, 2000)

Po celou dobu pobytu pacienta na oddělení (zejména ovšem v bezprostředním a krátkodobém pooperačním období) je nutné sledovat známky dalších možných komplikací (obrna lícního nervu, postižení vnitřního ucha, likvoreja, teplota). Při výskytu jakékoli komplikace je nutné neprodleně informovat lékaře a zajistit provedení jeho ordinací.

Intervence sestry v případě obrny lícního nervu jsou rozebrány v krátkodobé pooperační péči, po příznacích je nutné pátrat ihned po probuzení nemocného.

Postižení vnitřního ucha se projevuje závratěmi, zvracením, nystagmem a intenzivním ušním šelestem. Úkolem sestry je aktivně zjišťovat zda se pacientovi netočí hlava, zda nemá pocit na zvracení či šelest v uchu, a všimnout si očních bulbů. U lůžka by měla být připravena emitní miska a buničina. Je důležité upozornit pacienta aby nevstával z lůžka.

Subfebrilie jsou běžné. Febrilie svědčí o nitrolebních komplikacích. Intervence sestry spočívají v měření teploty a zaznamenávání zjištěných hodnot. Při febriliích je nutné podávat dostatek tekutin, antipyretika dle ordinace lékaře a provádět zábaly končetin.

Příznakem likvorey je žlutavý výtok zbarvující obvaz a ložní prádlo. Úkolem sestry je převléknout lůžkoviny a převázat ucho. (Chrobok, 2008)

ČÁST VÝZKUMNÁ

Hypotézy:

H_0 – Spokojenost s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, s eliminací případných předoperačních obtíží) není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s výsledkem operace projeví muži, než ženy.

H_0 – Psychika není ovlivněna provedením operace.

H_A – Před operací budou mít pacienti více psychických obtíží než po operaci.

H_0 – Sociální oblast není ovlivněna provedením operace.

H_A – Před operací budou mít pacienti více obtíží v sociální oblasti než po operaci.

H_0 – Všechny somatické příznaky jsou vnímány stejně intenzivně.

H_A – Nejhorše budou vnímány nedoslýchavost a tinitus.

H_0 – Spokojenost s podanými informacemi není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s podanými informacemi projeví ženy, než muži.

8 Metodika výzkumu

Vypracování diplomové práce probíhalo ve třech etapách.

První etapa (příprava) byla zaměřena na získání informací o zadaném tématu, stanovení cílů, hypotéz a tvorbu dotazníku, což je nejčastější výzkumná technika. Jeho výhodou je relativně snadné, rychlé a ekonomicky nenáročné získání informací od většího počtu respondentů. Naopak nevýhodou může být ověření správnosti odpovědí či malá návratnost. Dotazníkové šetření může být anonymní či neanonymní. Dotazník užívaný v diplomové práci byl anonymní, neboť zjišťoval subjektivní názor respondentů. Obsahoval dvacet otázek a identifikační údaje. Z celkového souboru otázek bylo čtrnáct uzavřených (dichotomických a polytomických) a šest otevřených, u nichž dotazovaní tvořili odpověď sami.

Druhá etapa (realizace) byla zaměřena na získání dat, čehož bylo docíleno rozesláním 100 dotazníků. 87 pacientům ORL oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s. (PKN) a 13 dotazovaným přes internet – server doktorka.cz. Ze všech rozeslaných dotazníků se jich vrátilo 52 a to sice 42 od pacientů ORL PKN a 10 od dotazovaných přes internet.

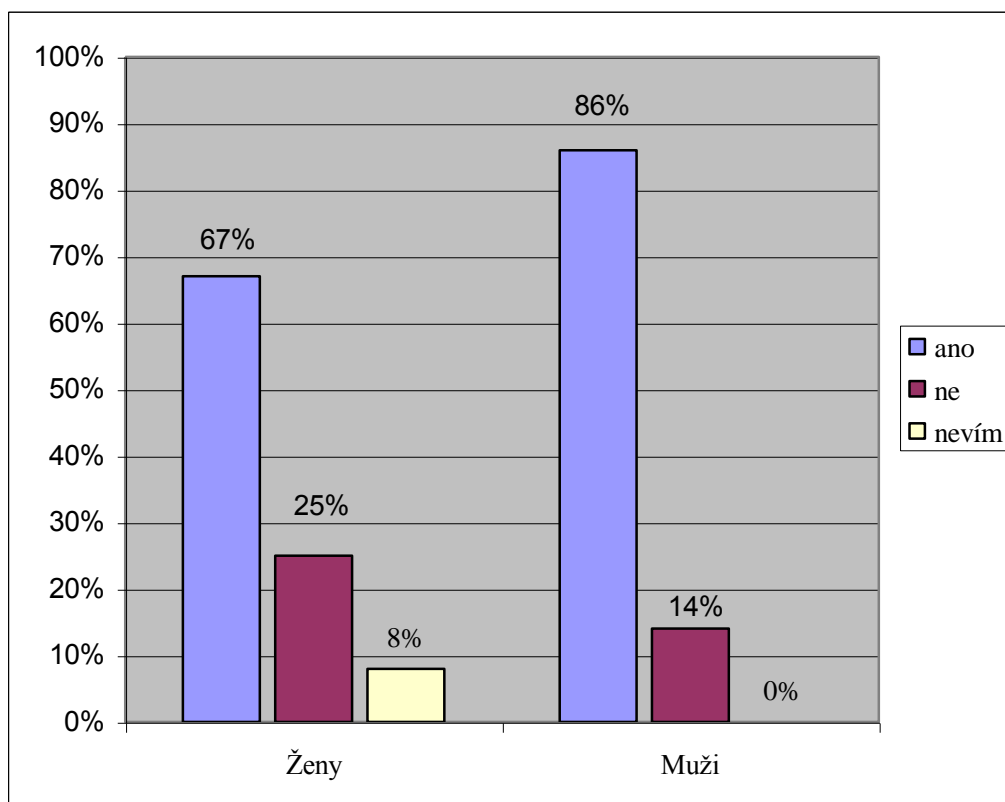
Základem třetí etapy bylo vyhodnocení získaných údajů. Otázky 1 – 6, 8 – 11, 13, 15, 17, 19, 20 byly zpracovány do tabulek dle vzorce $p_i = (n_i/n) * 100$, přičemž p_i = relativní četnost v % n_i = absolutní četnost a n = celkový počet respondentů. Otevřené otázky byly vyhodnoceny slovně. Hypotézy testovaly otázky 6, 8, 11, 15, 17 a 19. K ověření hypotéz byla využita testovací metoda Chí-kvadrát pro porovnání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích podle vzorce $X^2 = \sum(\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$ (X^2 = Chí-kvadrát, \sum = suma, součet). Jejím základem jsou kontingenční tabulka (očekávaná četnost), stupeň volnosti (počet sloupců – 1) * (počet řádků – 1) a rozložení X^2 . (Pecáková, 2004)

9 Prezentace výsledků

1. otázka – Trpěl/a jste v dětství často na záněty středního ucha?

Tab. 7 Výskyt středoušních zánětů v dětství

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	16	24
ne	6	4
nevím	2	0
celkem	24	28



Obr. 1 Graf výskytu středoušních zánětů

Většina dotazovaných se potýká s problematikou středoušních zánětů již od dětství a právě tento fakt je predisponujícím faktorem vzniku chronického středoušního zánětu. Dlouhotrvající obtíže mohou být rovněž příčinou vzniku problémů v oblasti psychické a sociální.

2. otázka – Jaké obtíže Vás před operací trápily?

Tab. 8 Zapáchající výtok

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	10	42%	18	64%
neuvedeno	14	58%	10	36%
celkem	24	100%	28	100%

Tab. 9 Nezapáchající výtok

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	6	25%	7	25%
neuvedeno	18	75%	21	75%
celkem	24	100%	28	100%

Tab. 10 Nedoslýchavost

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	20	83%	21	75%
neuvedeno	4	17%	7	25%
celkem	24	100%	28	100%

Tab. 11 Pískání, hučení

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	16	67%	8	29%
neuvedeno	8	33%	20	71%
celkem	24	100%	28	100%

Tab. 12 Záněty vedlejších dutin nosních, chronické rýmy

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	16	67%	8	29%
neuvedeno	8	33%	20	71%
celkem	24	100%	28	100%

Tab. 13 Jiné příznaky

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	6	25%	1	4%
neuvedeno	18	75%	27	96%
celkem	24	100%	28	100%

Ženy napsali k odpovědi jiné příznaky – bolest a zánět zvukovodu. Muži uvedli v příznacích jiné rovněž bolest. Odpověď žádné příznaky neuvedl nikdo.

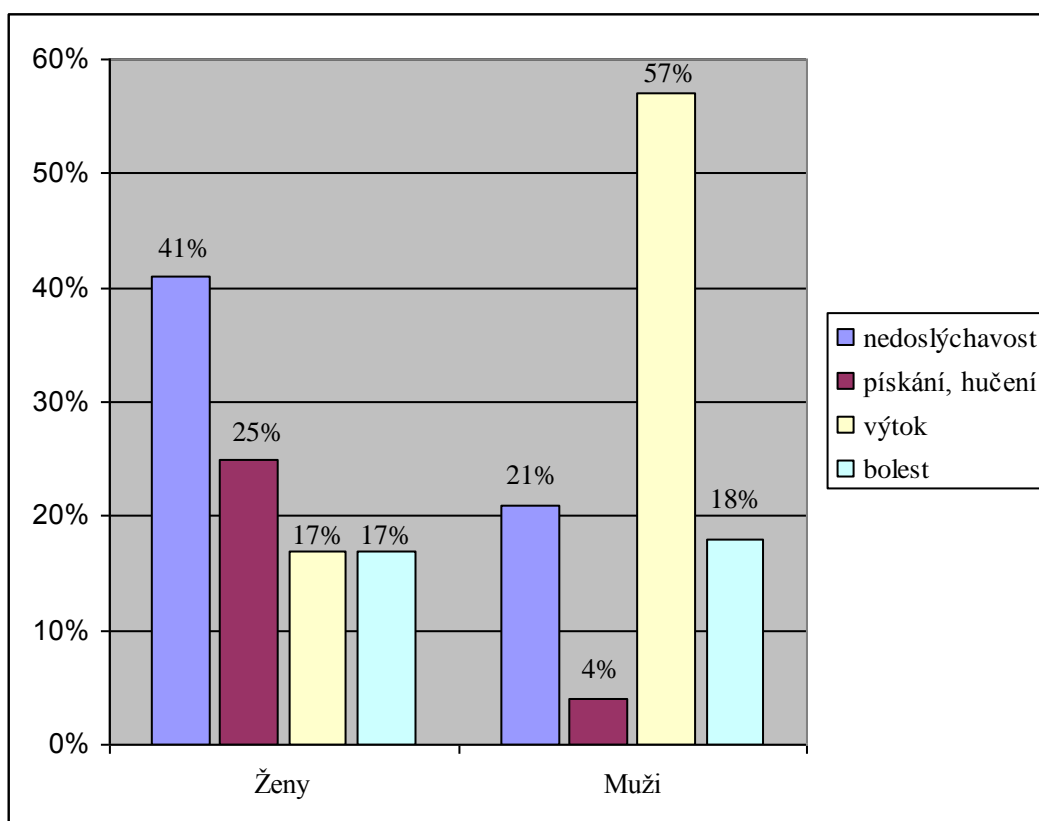
Mezi příznaky u žen dominovala nedoslýchavost, druhé nejčastější byly pískání, hučení a záněty vedlejších dutin nosních, chronické rýmy. Muži nejvíce uváděli rovněž nedoslýchavost, na druhém místě se ale umístil zapáchající výtok.

Nedoslýchavost a výtok z ucha jsou typickými příznaky chronického hnisavého středoušního zánětu a v dotaznících byly také nejčastěji uváděny.

3. Který z příznaků Vám nejvíce vadil? (Uvádějte sestupně – od příznaku, který vadil nejvíce, až po ten, co vadil nejméně)

Tab. 14 Příznaky uvedené na 1. místě

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
nedoslýchavost	10	6
pískání, hučení	6	1
výtok	4	16
bolest	4	5
celkem	24	28

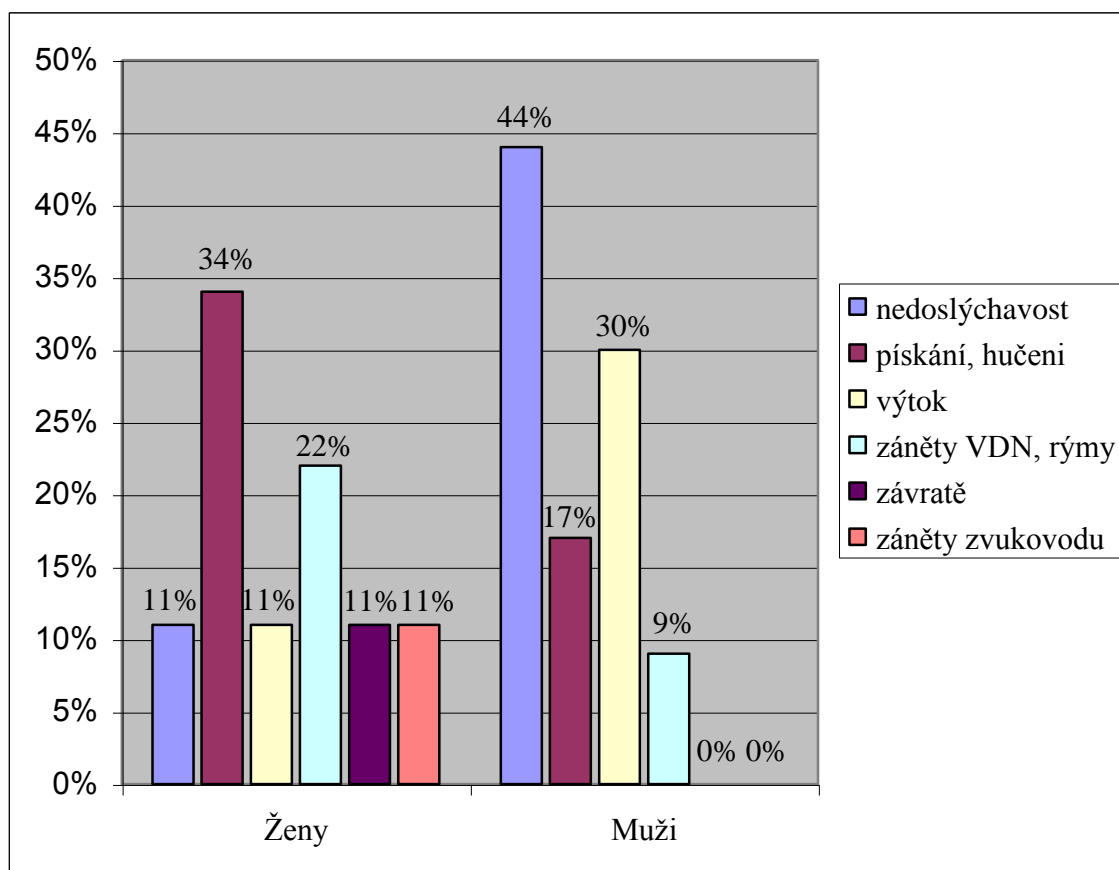


Obr. 2 Graf příznaků uvedených na 1. místě

Příznaky na druhém místě uvedlo 18 žen a 23 mužů.

Tab. 15 Příznaky uvedené na 2. místě

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
nedoslýchavost	2	10
pískání, hučení	6	4
výtok	2	7
záněty VDN, rýmy	4	2
závratě	2	0
záněty zvukovodu	2	0
celkem	18	23

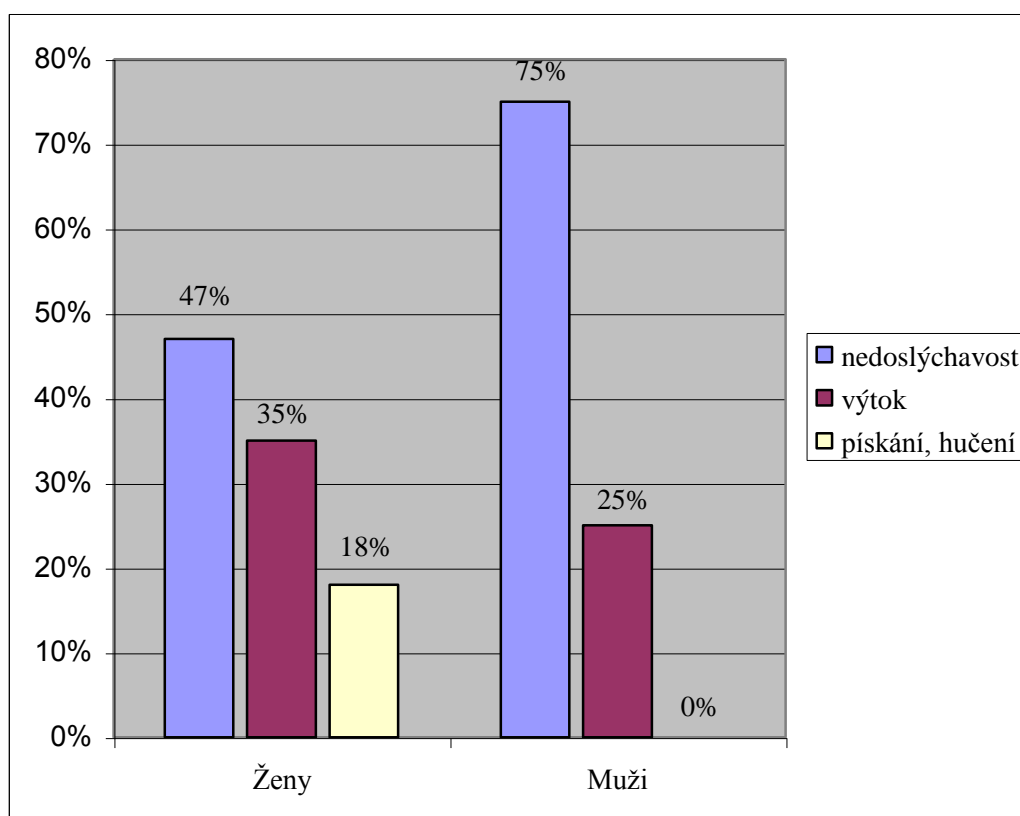


Obr. 3 Graf příznaků uvedených na 2. místě

Příznaky na 3. místě uvedlo 17 žen a pouze 4 muži.

Tab. 16 Příznaky uvedené na 3. místě

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
nedoslýchavost	8	3
výtok	6	1
pískání, hučení	3	0
celkem	17	4



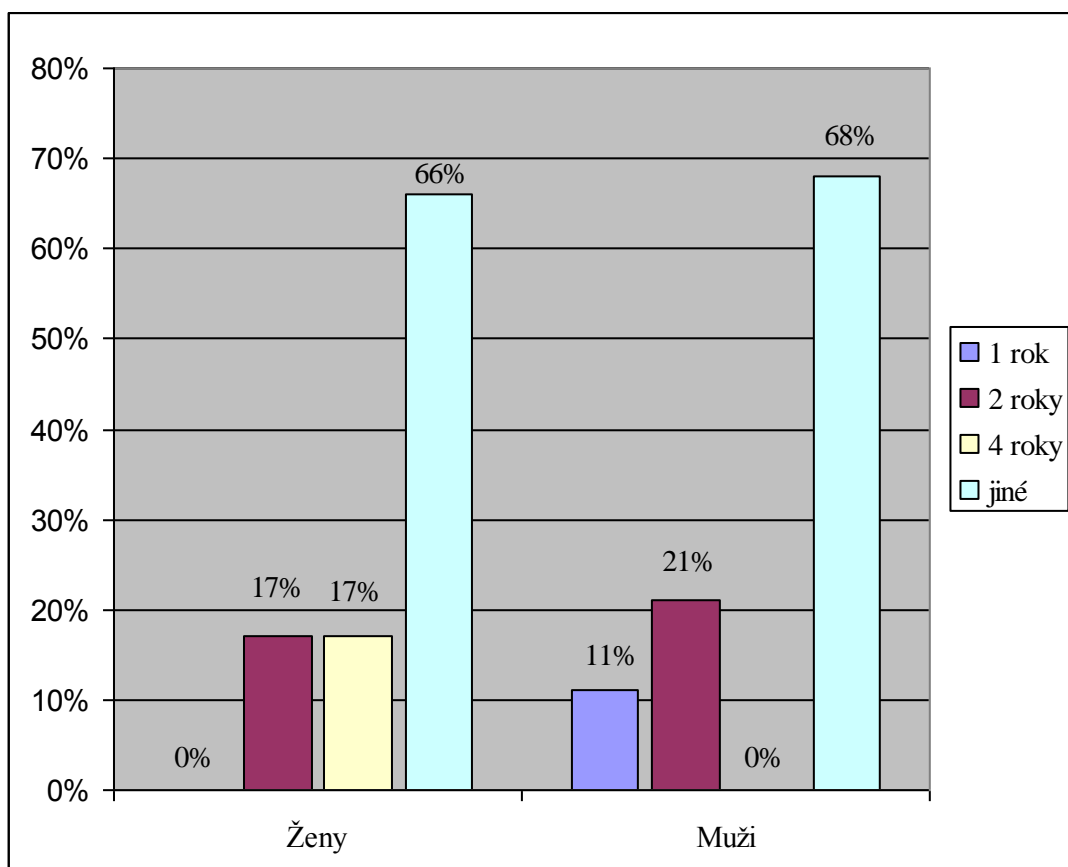
Obr. 4 Graf příznaků uvedených na 3. místě

Intenzita vnímání jednotlivých příznaků je závislá na osobnosti člověka. Všechny somatické obtíže jsou nepříjemné, nicméně vždy se najde jeden, který je nemocným vnímán jako nejhorší. Z výše uvedeného procentuálního vyjádření vyplývá, že ženy nejvíce trápila nedoslýchavost a muže výtok z ucha.

4. Jak dlouho u Vás obtíže trvaly?

Tab. 17 Délka trvání obtíží

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
1 rok	0	3
2 roky	4	6
4 roky	4	0
jiné	16	19
celkem	24	28



Obr. 5 Graf četnosti výskytu obtíží

Dotazovaní nejčastěji uváděli odpověď jiné. Průměrná délka trvání obtíží vypočítaná z udaných hodnot v této odpovědi je u žen 18,7 let a u mužů 17 let.

5. Obtíže se u Vás vyskytovaly?

Tab. 18 Výskyt obtíží

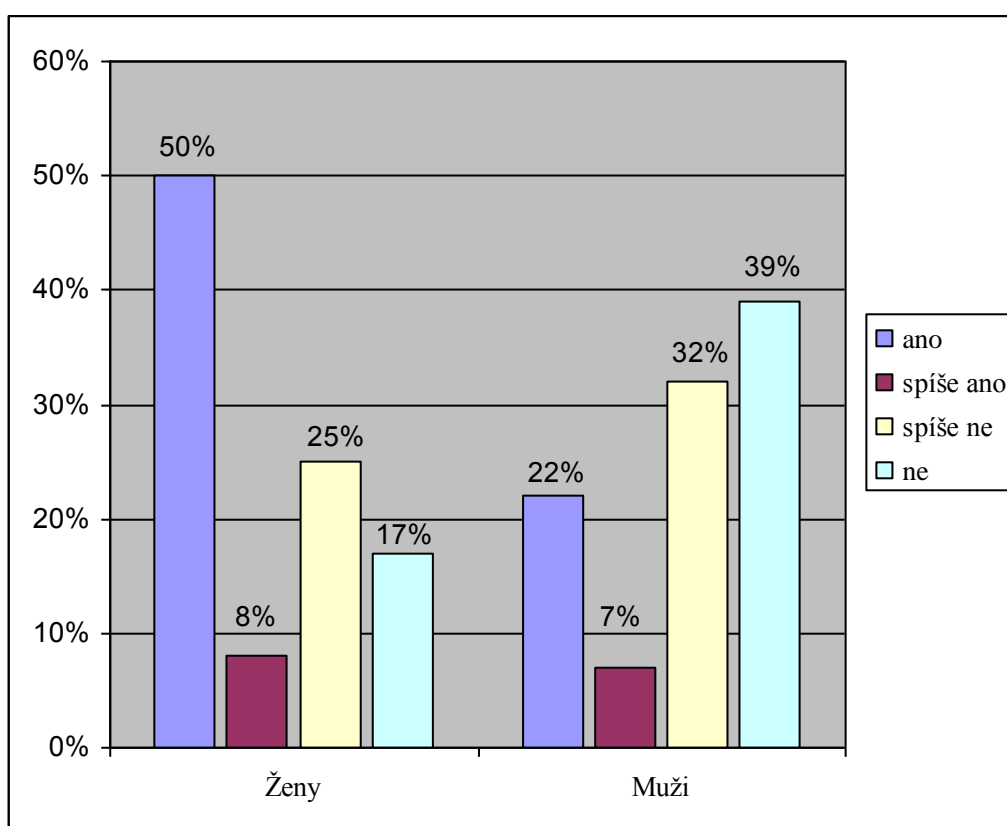
	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
trvale	14	58%	11	39%
v atakách	10	42%	17	61%
celkem	24	100%	28	100%

Trvalý a dlouhodobý výskyt somatických příznaků může mít velký vliv na rozvoj obtíží v oblasti psychické a sociální. Proti těmto problémům je možné preventivně působit aktivním dotazováním zdravotníkem.

6. Přineslo Vám onemocnění nějaké obtíže v sociální oblasti (= kontakt s lidmi)?

Tab. 19 Výskyt obtíží v sociální oblasti

	Ženy	Muži
	n _i	n _i
ano	12	6
spíše ano	2	2
spíše ne	6	9
ne	4	11
celkem	24	28



Obr. 6 Graf sociálních obtíží

Výsledky této otázky dokazují, jak je důležité vnímat nemocného komplexně, jako bio-psycho-sociálně-duchovní bytost. Více než polovina žen a třetina mužů uvedla problémy v sociální oblasti. Mezilidský kontakt je přirozenou součástí života. Někteří nemocní s chronickým hnisavým středoušním zánětem ovšem tento kontakt nuceně omezují. Důvodem je především nedoslýchavost, kvůli které mnohdy nemocní působí jako méně inteligentní, neboť se neustále dotazují, či jako vypočítaví jedinci, protože podle ostatních,

slyší jen to, co chtějí. Kvůli nepochopení ze strany kolegů či známých jsou vyřazováni z kolektivu. U některých dotazovaných vedlo onemocnění (respektive jeho somatické projevy) až k omezení profesního růstu nebo problémům při seznamování. Výše zmiňované problémy mohou ovlivnit případnou nespokojenost nemocného.

7. Pokud jste odpověděli ano, či spíše ano, napište, o jaké problémy se jedná?

U této otázky dotazovaní odpovídali, jaké měli problémy v sociální oblasti.

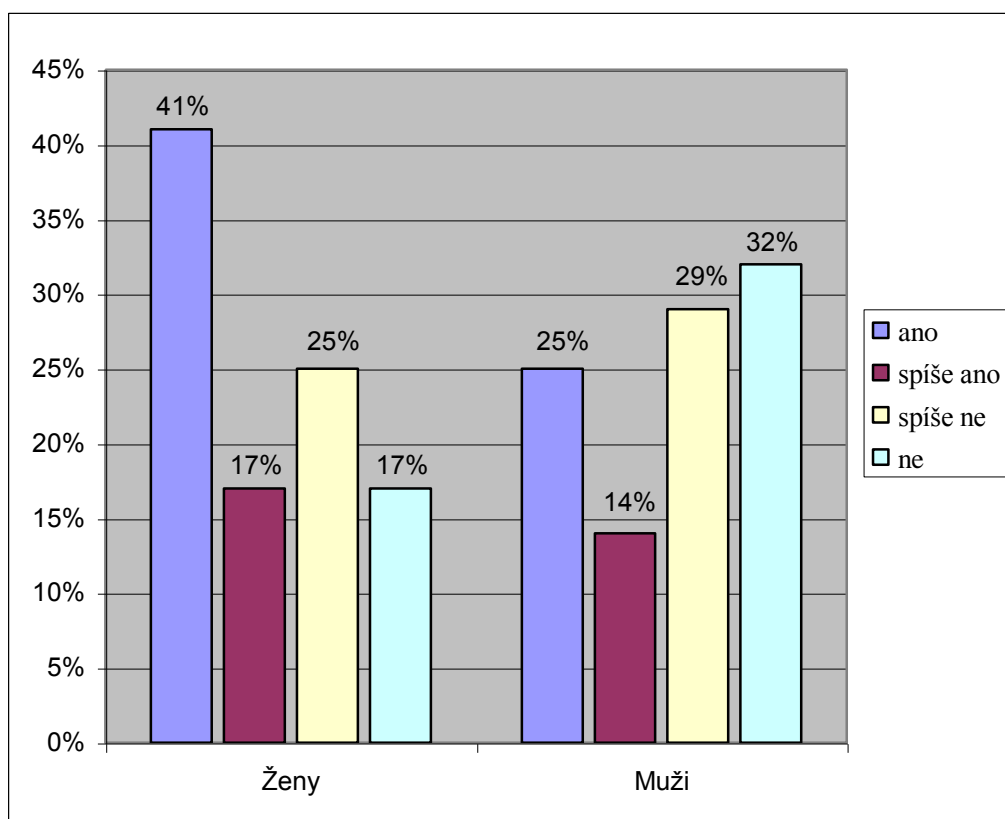
Nejčastěji byly uváděny problémy s komunikací, omezení kontaktu s lidmi, problémy v pracovním kolektivu (škole) – nepochopení ze strany kolegů („slyším jen to, co chci, jsem hloupá“), vyloučení z kolektivu, omezení profesního růstu, nezaměstnanost, problémy při seznamování.

Všechny uváděné obtíže mohou vést od pocitů méněcennosti, přes výrazné omezování kontaktů s lidmi, až k sociální izolaci, což je velmi závažný důsledek. Zdravotníci by opět měli po těchto problémech aktivně pátrat a nemocnému nabídnou adekvátní pomoc, která mu bude vyhovovat.

8. Přineslo Vám onemocnění nějaké problémy v oblasti psychiky či chování?

Tab. 20 Výskyt psychických obtíží či poruch chování

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	10	7
spíše ano	4	4
spíše ne	6	8
ne	4	9
celkem	24	28



Obr. 7 Graf psychických obtíží a poruch chování

Procentuální vyjádření u odpovědí ano, či spíše ano opět ukazuje na provázanost jednotlivých složek osobnosti člověka. 58% žen a 39% mužů uvedlo přítomnost určitých problémů v oblasti psychiky či chování. Jednotlivé obtíže jsou rozvedeny v následující otázce.

9. Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, vyberte z následujících možností, o jaké změny se jednalo.

Zde měli dotazovaní uvést psychické obtíže nebo poruchy chování, které se vyskytly během onemocnění.

Tab. 21 Nervozita

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	10	71%	8	73%
neuvedeno	4	29%	3	27%
celkem	14	100%	11	100%

Tab. 22 Podrážděnost

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	8	57%	4	36%
neuvedeno	6	43%	7	64%
celkem	14	100%	11	100%

Tab. 23 Pocity méněcennosti

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	8	57%	6	55%
neuvedeno	6	43%	5	45%
celkem	14	100%	11	100%

Tab. 24 Deprese

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	2	14%	2	18%
neuvedeno	12	86%	9	82%
celkem	14	100%	11	100%

Tab. 25 Jiné obtíže

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	2	14%	0	0%
neuvedeno	12	86%	11	100%
celkem	14	100%	11	100%

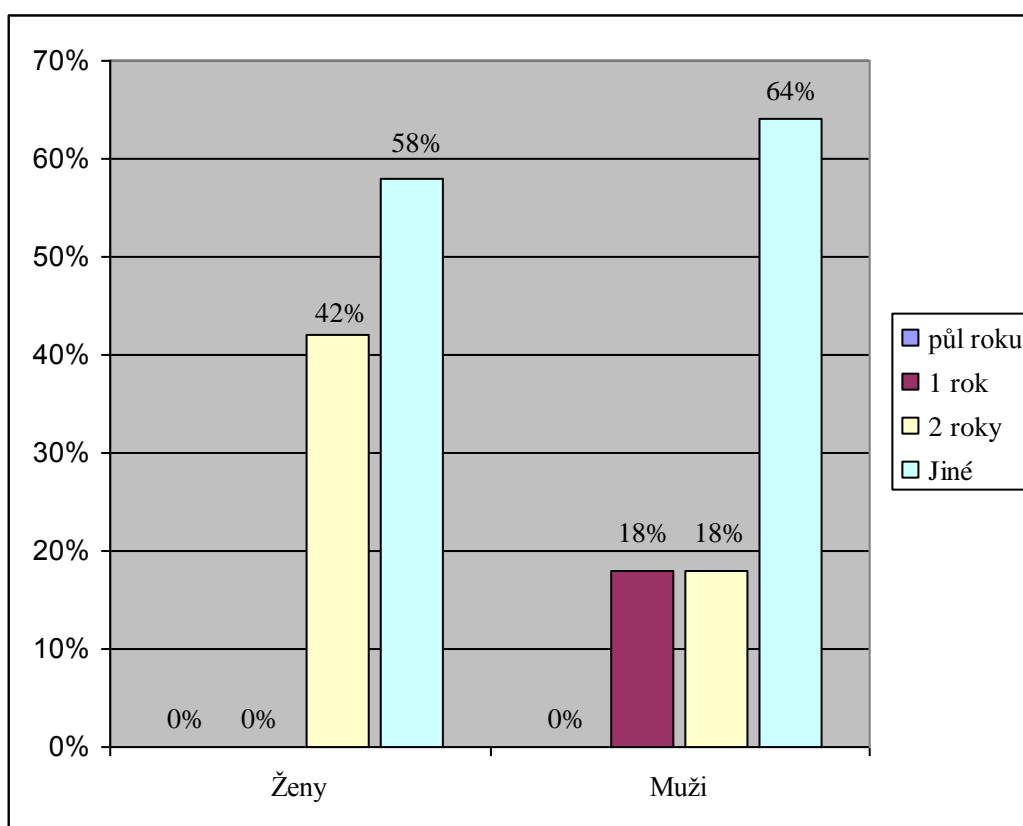
U odpovědi jiné ženy uvedly ve dvou případech strach.

Nervozita, podrážděnost, pocity méněcennosti, strach a depresivní stavy jsou komplikace, které by se v rámci komplexní léčby měly také řešit. Je třeba ovšem změnit přístup k nemocným. Samozřejmě je důležité eliminovat somatické obtíže, ale stejně důležitá je i psychická složka osobnosti člověka. Pokud všechny čtyři složky nejsou v rovnováze, zmenšuje se šance na uzdravení nemocného. Což neznamená, že pacient bude úplně bez jakýchkoliv fyzických obtíží, ale pokud na to bude připraven, může se s tímto faktem lépe smířit.

10. Kdy jste podstoupil/a operaci?

Tab. 26 Časové rozložení provedení operačního výkonu

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
půl roku	0	0
1 rok	0	5
2 roky	10	5
jiné	14	18
celkem	24	28



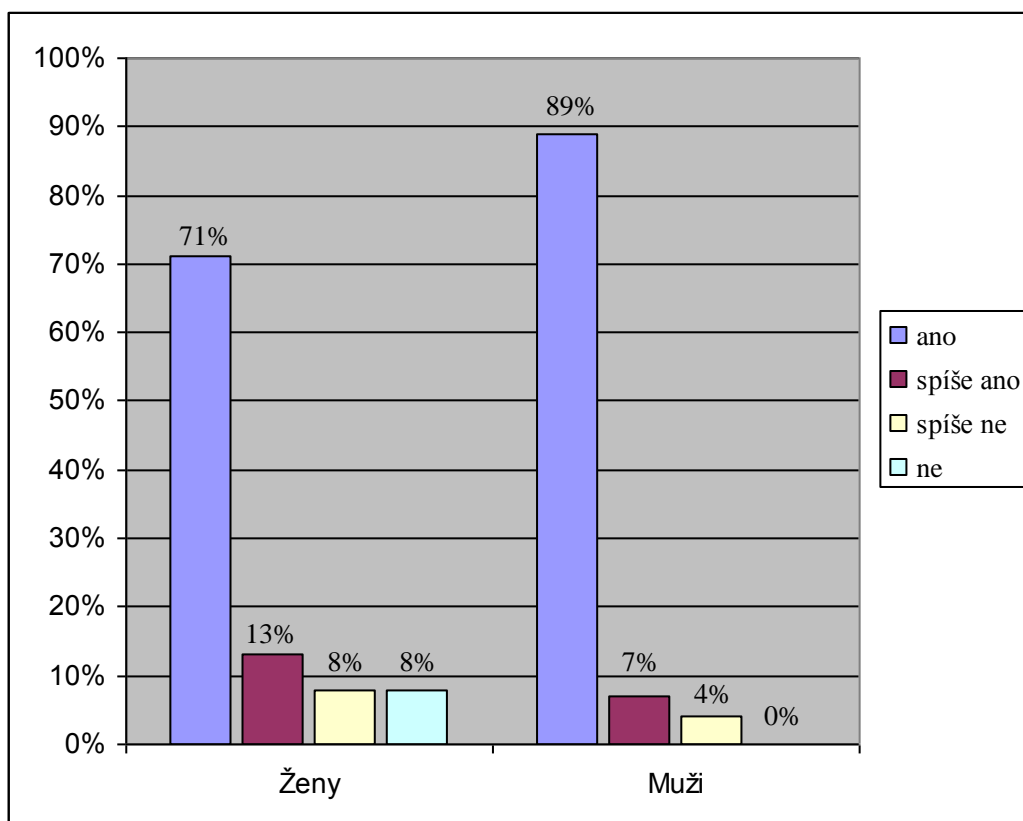
Obr. 8 Graf provedení operačního výkonu

Dotazovaní uváděli zejména odpověď jiné. Průměrná doba, která uběhla od podstoupení operačního výkonu, vypočítaná z udaných hodnot je u žen 5,6 let a u mužů 6,4 let.

11. Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám byly poskytnuty o onemocnění a o operaci?

Tab. 27 Spokojenost s podanými informacemi

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	17	25
spíše ano	3	2
spíše ne	2	1
ne	2	0
celkem	24	28



Obr. 9 Graf spokojenosti s podanými informacemi

Téměř všichni respondenti vyjádřili spokojenost s podanými informacemi. Přesto ale někteří po dalším dotazování uvedli, že jim bylo nepříjemné, neustále se lékaře či sestry na něco dotazovat. Není správné, aby nemocný pocítoval obavy z pokládání otázek, naopak by měl být ujištěn, že se může kdykoliv zeptat na cokoli, co se týká jeho onemocnění. Toto ujištění vede k navázání větší důvěry mezi pacientem a zdravotníky.

12. Pokud jste odpověděl/a ne, či spíše ne, napište, jaké informace Vám konkrétně chyběly?

Zde měli dotazovaní, kteří odpověděli v předchozí otázce negativně, uvést konkrétní informace, které jim nebyly sděleny.

Jak vyplývá z výsledků otázky číslo 11, velká většina respondentů byla s podanými informacemi spokojena. Ostatní, kteří vyjádřili nesouhlas, v této otázce odpovídali obecně – chyběly veškeré informace.

Spokojenost s podanými informacemi byla vysoká, nicméně při dalším dotazování na vytvoření informačního materiálu se respondenti vyjádřili kladně. Další otázky směřovaly na obsah případné brožury. Na základě odpovědí jsem vypracovala informační materiál, který by mohl sloužit pacientům s chronickými hnisavými středoušními záněty jako zdroj ucelených informací (viz přílohy).

13. Vyskytují se u Vás nyní nějaké fyzické obtíže (příznaky podobné těm před operací – nedoslýchavost, tekoucí ucho, pískání atd.)?

Tab. 28 Výskyt pooperačních somatických obtíží

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
ano	18	75%	16	57%
ne	6	25%	12	43%
celkem	24	100%	28	100%

Většina pacientů očekává od operace odstranění příznaků, což ovšem lékař nemůže nikdy zaručit. Z výsledků vyplývá, že u většiny pacientů se somatické obtíže opět vyskytly, bohužel u některých dotazovaných došlo navíc k jejich zhoršení. Tato fakta mohou ovlivnit psychiku i sociální oblast osobnosti nemocného a souvisí i s případnou nespokojeností.

14. Pokud jste odpověděl/a ano, napište, o jaké obtíže se jedná.

U této otázky měli dotazovaní uvést případné fyzické obtíže, které se u nich po operaci vyskytují.

Tab. 29 Nedoslýchavost

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	14	78%	13	81%
neuvedeno	4	22%	3	19%
celkem	18	100%	16	100%

Tab. 30 Pískání hučení

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	8	44%	2	13%
neuvedeno	10	56%	14	87%
celkem	18	100%	16	100%

Tab. 31 Závratě

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	4	22%	3	19%
neuvedeno	14	78%	13	81%
celkem	18	100%	16	100%

Tab. 32 Výtok

	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	2	11%	2	13%
neuvedeno	16	89%	14	87%
celkem	18	100%	16	100%

Tab. 33 Bolest

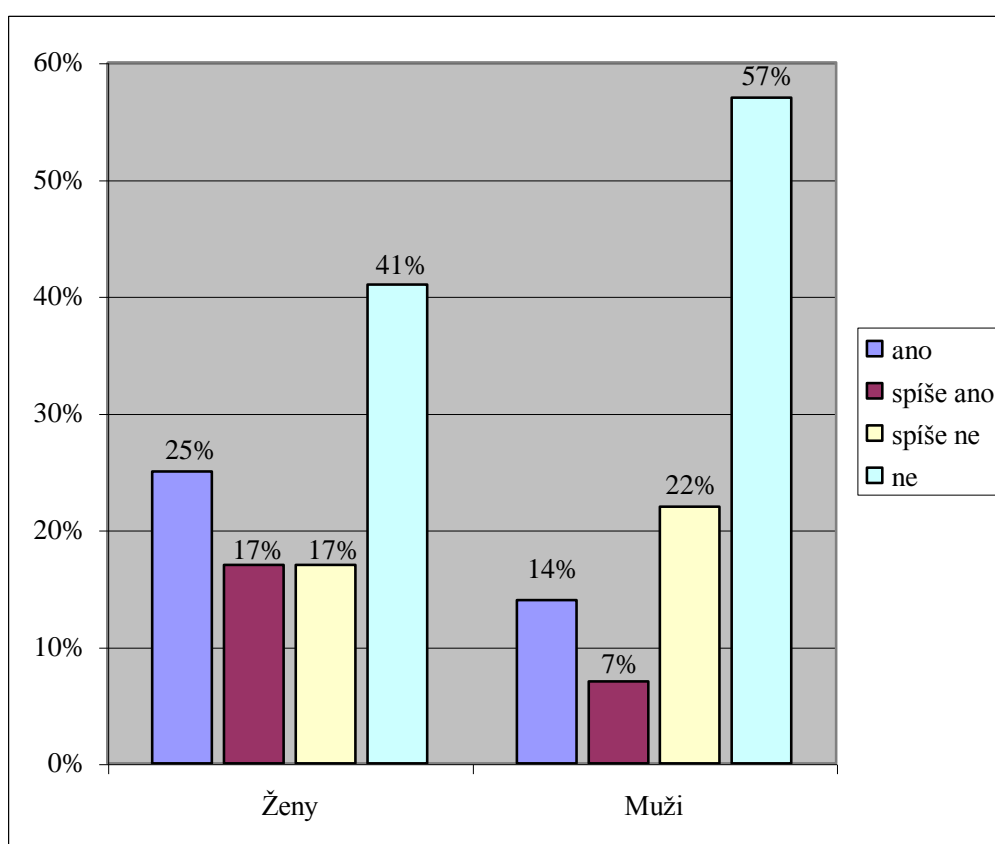
	Ženy		Muži	
	n_i	p_i	n_i	p_i
uvedeno	2	11%	0	0%
neuvedeno	16	89%	16	100%
celkem	18	100%	16	100%

Nejčastěji uváděnou fyzickou obtíž, která se vyskytuje po operaci, je nedoslýchavost. Právě tato komplikace může negativně ovlivňovat stávající i budoucí mezilidské kontakty. Problémy v této oblasti mohou vést ke vzniku dalších obtíží, zejména psychických.

15. Vyskytují se u Vás po operaci nějaké problémy v sociální oblasti?

Tab. 34 Výskyt problémů v sociální oblasti (období po operačním výkonu)

	Ženy	Muži
	n _i	n _i
ano	6	4
spíše ano	4	2
spíše ne	4	6
ne	10	16
celkem	24	28



Obr. 10 Graf sociálních obtíží po operaci

Výskyt sociálních obtíží v období po operaci u některých nemocných nadále přetrvává. Nejedná se tedy pouze o problém vyskytující se před operací. Na toto by měli zdravotníci myslet i v rámci dlouhodobé dispenzarizace a nabídnout pacientovi nějaké řešení.

16. Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, napište, o jaké problémy se jedná.

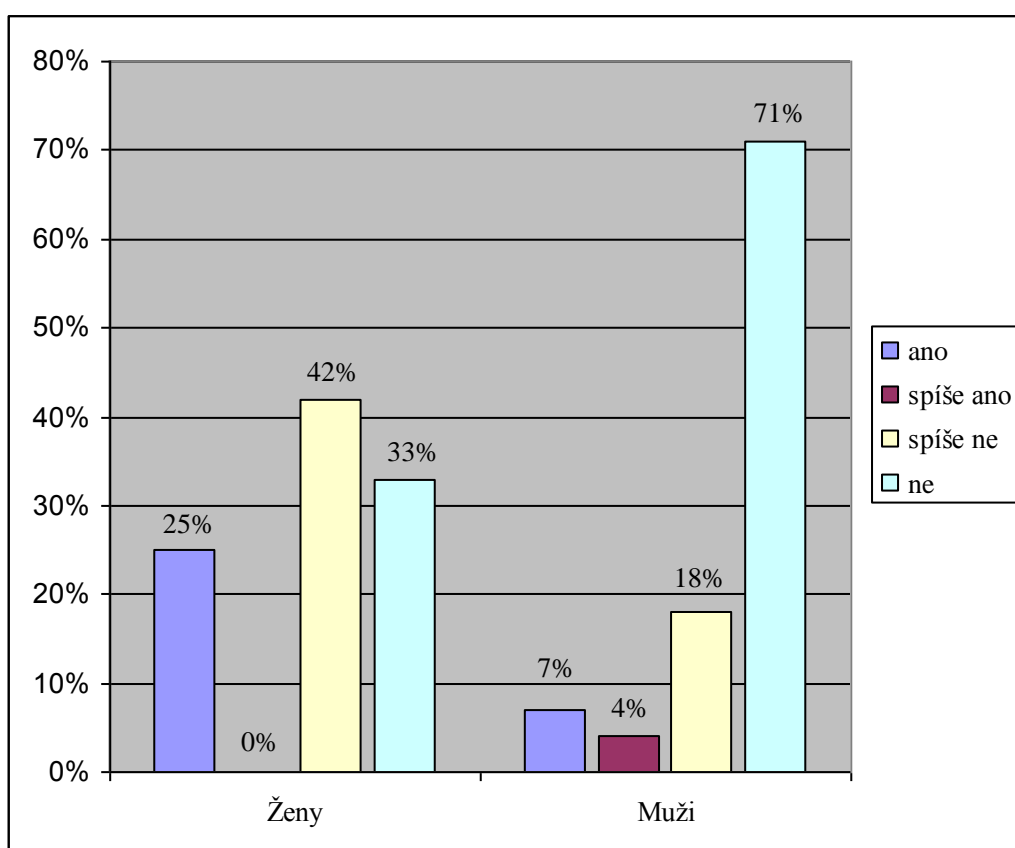
V této otázce měli respondenti uvést jaké mají po operaci obtíže v sociální oblasti.

Komplikace související s mezilidským kontaktem jsou stejné jako v případě 7. otázky. Respondenti opět uváděli komunikační problémy, problémy v pracovním kolektivu – nepochopení ze strany kolegů a nezaměstnanost. I zde by se měl uplatňovat holistický přístup, který umožňuje odhalit problémy týkající se nejen somatických obtíží, ale i problémů v oblasti sociální či psychické.

17. Vyskytují se u Vás po operaci nějaké obtíže v psychické oblasti?

Tab. 35 Výskyt psychických obtíží (období po operačním výkonu)

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	6	2
spíše ano	0	1
spíše ne	10	5
ne	8	20
celkem	24	28



Obr. 11 Graf pooperačních psychických obtíží

Psychické obtíže mohou negativně ovlivnit jak případné somatické, tak i sociální problémy. I zde by se tedy měl v rámci terapie uplatňovat komplexní přístup.

18. Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, napište, o jaké obtíže se jedná.

Respondenti měli uvést jaké psychické obtíže se u nich po operaci vyskytly.

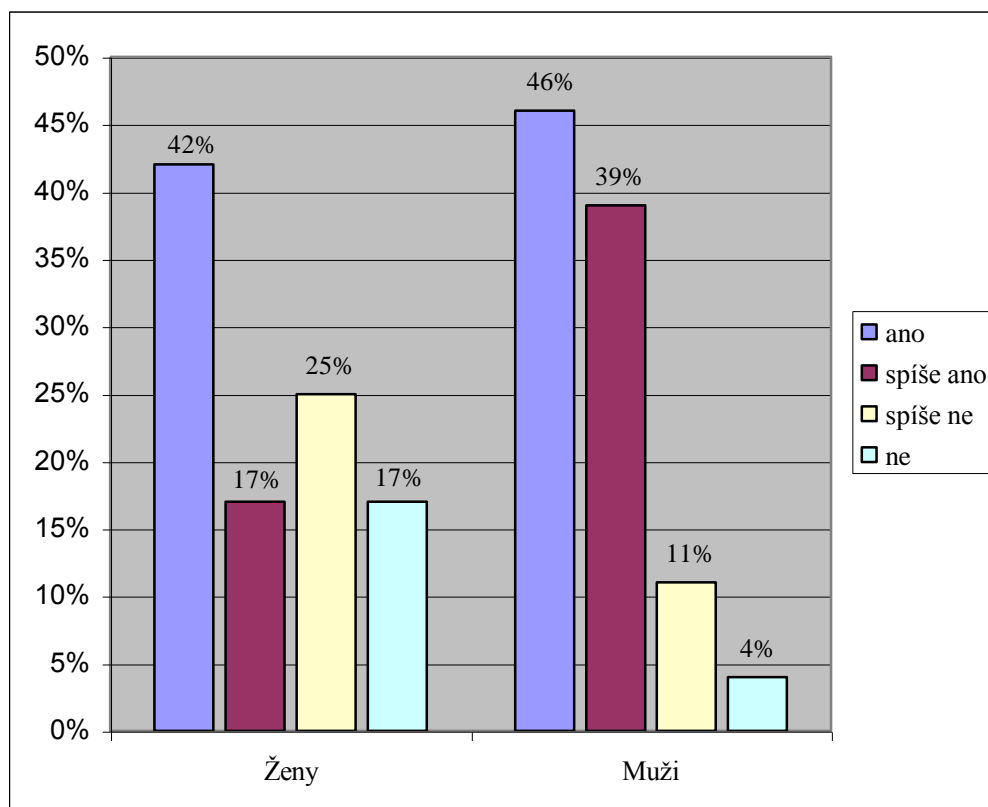
Rovněž uváděné psychické komplikace v období po operaci byly stejné jako ty, co respondenti udávali v 9. otázce (psychické obtíže před operací).

V odpovědích se nejvíce objevovaly pocity méněcennosti, podrážděnost, nervozita a úzkostné stavy, které vznikly z důvodu neshod v pracovním kolektivu. Proto i zde platí nutnost komplexního přístupu k nemocnému.

19. Jste spokojen/a s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, s eliminací případných fyzických obtíží před operačním výkonem)?

Tab. 36 Spokojenost s výsledkem operace

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	10	13
spíše ano	4	11
spíše ne	6	3
ne	4	1
celkem	24	28



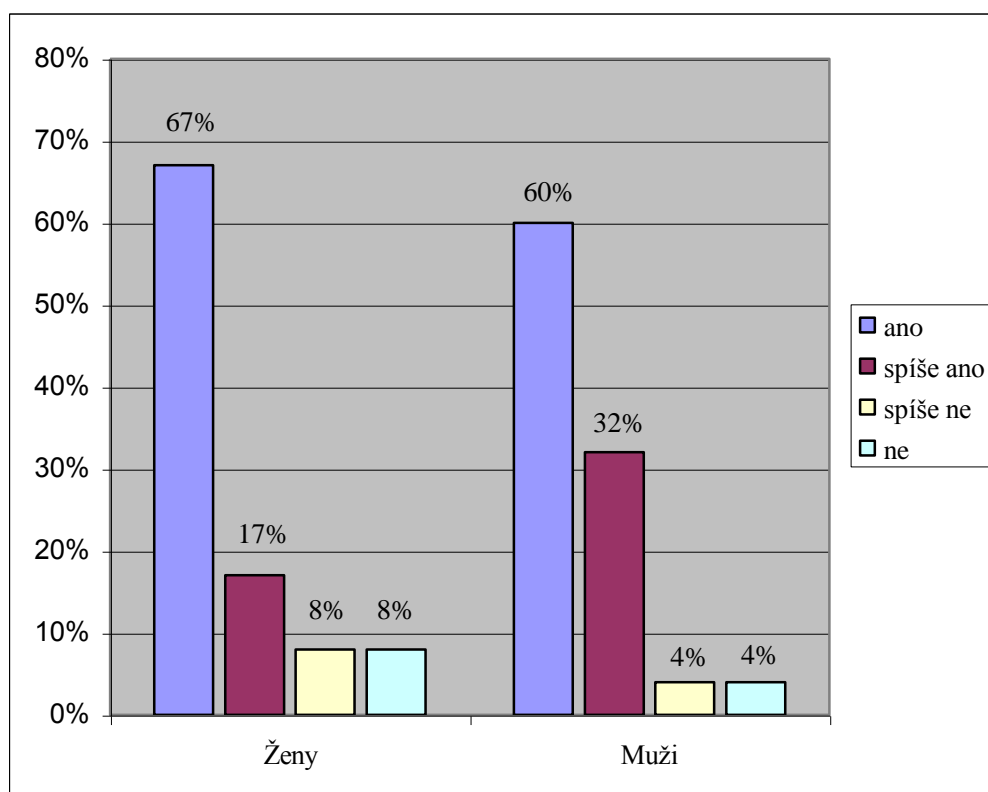
Obr. 12 Graf spokojenosti s operací

Přestože výskyt pooperačních fyzických obtíží byl poměrně vysoký (75% žen a 57% mužů), zřejmě ale došlo k jejich zmírnění, neboť spokojenost s výsledkem operace byla rovněž vysoká (59% žen a 85% mužů).

20. Doporučil/a byste svému příbuznému (známému) s podobnými obtížemi operaci?

Tab. 37 Doporučení k operaci

	Ženy	Muži
	n_i	n_i
ano	16	17
spíše ano	4	9
spíše ne	2	1
ne	2	1
celkem	24	28



Obr. 13 Graf doporučení k operaci

Procento dotazovaných, kteří by známému (příbuznému) doporučili operaci, bylo vysoké.

Doporučení od někoho s podobnými problémy může působit na nemocného v pozitivním, ale i v negativním slova smyslu. Pokud si je pacient nejistý, neví, jak se má k operaci postavit, názor někoho druhého mu může pomoci se rozhodnout. Vždy se ale jedná o názor subjektivní, který je ovlivněn vlastními zkušenostmi. Nemocný by tedy měl být upozorněn, že u něj může být průběh zcela odlišný.

10 Testování hypotéz

H_0 – Spokojenost s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, s eliminací případných předoperačních obtíží) není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s výsledkem operace projeví muži, než ženy.

Touto hypotézou je testována otázka číslo 19 „Jste spokojen/a s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, s eliminací případných fyzických obtíží před operací)?“
Procentuální vyjádření je uvedeno v kapitole prezentace výsledků (str. 57).

Tab. 38 Naměřené četnosti 1

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Ženy	10	4	6	4	24
Muži	13	11	3	1	28
Celkem	23	15	9	5	52

Tab. 39 Očekávané četnosti 1

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Ženy	10,62	6,92	4,15	2,31	24
Muži	12,38	8,08	4,85	2,69	28
Celkem	23	15	9	5	52

Výpočet:

Hodnota vypočítaná = 6,1827

Počet stupňů volnosti = 3

Hladina významnosti = 0,05

Tabulková funkce CHIINV (kritická hodnota) = 7,814725

Vypočítaná hodnota je nižší než hodnota kritická => H_0 přijímám.

H_0 – Psychika není ovlivněna provedením operace.

H_A – Pacienti budou mít před operací více psychických obtíží, než po operaci.

Touto hypotézou jsou testovány otázky číslo 8 „Přineslo Vám onemocnění nějaké problémy v oblasti psychiky či chování?“ a číslo 17 „Vyskytují se u Vás po operaci nějaké problémy v oblasti psychiky?“ Procentuální vyjádření je uvedeno v kapitole prezentace výsledků str. 44 a str. 55.

Tab. 40 Naměřené četnosti 2

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Před operací	17	8	14	13	52
Po operaci	8	1	15	28	52
Celkem	25	9	29	41	104

Tab. 41 Očekávané četnosti 2

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Před operací	12,5	4,5	14,5	20,5	52
Po operaci	12,5	4,5	14,5	20,5	52
Celkem	25	9	29	41	104

Výpočet:

Hodnota vypočítaná = 14, 2066

Počet stupňů volnosti = 3

Hladina významnosti = 0,05

Tabulková funkce CHIINV (kritická hodnota) = 7,814725

Vypočítaná hodnota je vyšší než kritická => H_0 zamítám, přijímám H_A .

H_0 – Sociální oblast není ovlivněna provedením operace.

H_A – Před operací budou mít pacienti více obtíží v sociální oblasti než po operaci.

Touto hypotézou jsou testovány otázky číslo 6 „Přineslo Vám onemocnění nějaké problémy v sociální oblasti (= kontakt s lidmi)?“ a číslo 15 „Vyskytují se u Vás po operaci nějaké problémy v sociální oblasti?“ Procentuální vyjádření je uvedeno v kapitole prezentace výsledků str. 41 a str. 53.

Tab. 42 Naměřené četnosti 3

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Před operací	18	4	15	15	52
Po operaci	10	6	10	26	52
Celkem	28	10	25	41	104

Tab. 43 Očekávané četnosti 3

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Před operací	14,0	5,0	12,5	20,5	52
Po operaci	14,0	5,0	12,5	20,5	52
Celkem	28	10	25	41	104

Výpočet:

Hodnota vypočítaná = 6,6368

Počet stupňů volnosti = 3

Hladina významnosti = 0,05

Tabulková funkce CHIINV (kritická hodnota) = 7,814725

Vypočítaná hodnota je nižší než hodnota kritická => H_0 přijímám.

H_0 – Všechny somatické příznaky jsou vnímány stejně intenzivně.

H_A – Nejhůře budou vnímány nedoslýchavost a tinitus.

Touto hypotézou je testována otázka číslo 3 „Který z příznaků Vám nejvíce vadil? (Uvádějte sestupně – od příznaku, který vadil nejvíce, až po ten, co vadil nejméně).
Procentuální vyjádření je uvedeno v kapitole prezentace výsledků na str. 36.

Tab. 44 Naměřené četnosti 4

	Ženy	Muži	Celkem
Nedoslýchavost, tinitus	16	7	23
Ostatní	8	21	29
Celkem	24	28	52

Tab. 45 Očekávané četnosti 4

	Ženy	Muži	Celkem
Nedoslýchavost, tinitus	10,62	12,38	23
Ostatní	13,38	15,62	29
Celkem	24	28	52

Výpočet:

Hodnota vypočítaná = 9,0795

Počet stupňů volnosti = 1

Hladina významnosti = 0,05

Tabulková funkce CHIINV (kritická hodnota) = 3,841455338

Vypočítaná hodnota je vyšší než hodnota kritická => H_0 zamítám, přijímám H_A .

H_0 – Spokojenost s podanými informacemi není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s podanými informacemi projeví ženy, než muži.

Touto hypotézou je testována otázka číslo 11 „Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám byly poskytnuty o onemocnění a o operaci?“ Procentuální vyjádření je uvedeno v kapitole prezentace výsledků str. 48.

Tab. 46 Naměřené četnosti 5

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Ženy	17	3	2	2	24
Muži	25	2	1	0	28
Celkem	42	5	3	2	52

Tab. 47 Očekávané četnosti 5

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Ženy	19,38	2,31	1,38	0,92	24
Muži	22,62	2,69	1,62	1,08	28
Celkem	42	5	3	2	52

Výpočet:

Hodnota vypočítaná = 3,7891

Počet stupňů volnosti = 3

Hladina významnosti = 0,05

Tabulková funkce CHIINV (kritická hodnota) = 7,814725

Vypočítaná hodnota je nižší než hodnota kritická => H_0 přijímám.

11 Diskuse

Průzkum, který byl v rámci diplomové práce prováděn, ukázal, že většina respondentů (59% žen a 85% mužů), i přes poměrně častý výskyt obtíží (hlavně somatických) v období po operačním výkonu, byla s výsledkem operace spokojena. To je jistě pozitivní zjištění. Je zde ale také 41% žen a 15% mužů, kteří vyjádřili nespokojenost. Jejich negativní hodnocení pravděpodobně pramení z toho, že měli příliš velká očekávání, která se nesplnila, a možný neúspěch jim byl zřejmě nedostatečně zdůrazněn.

Hypotéza č. 1:

H_0 – Spokojenost s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, s eliminací případných předoperačních obtíží) není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s výsledkem operace projeví muži, než ženy.

Na základě testovací statistické metody Chí-kvadrát byla H_0 přijata a H_A tedy zamítnuta.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem se dále zabývala problematikou psychiky a mezilidských vztahů u nemocných s chronickými epitympanálními záněty středního ucha, neboť i obtíže v této oblasti mohou mít vliv na pacientovu spokojenost, či nespokojenost a ovlivňují kvalitu života.

Nemocní netrpí pouze somatickými příznaky, ale u některých dochází i ke vzniku problémů v psychické a sociální oblasti. Obtíže se netýkají pouze období před podstoupením operačního zákroku, ale bohužel se někdy vyskytnou i po něm. Pokud má pacient velká očekávání (odstranění příznaků, zlepšení sluchu), která nejsou splněna, může po operaci (ne bezprostředně, ale v delším časovém úseku) pociťovat zklamání a přestat zdravotníkům důvěřovat. Proto je nutné, aby byl v rámci předoperační přípravy upozorněn na to, že jeho sluch už nikdy nebude takový, jako před vznikem onemocnění.

Hypotéza č. 2:

H_0 – Psychika není ovlivněna provedením operace.

H_A – Pacienti budou mít před operací více psychických obtíží, než po operaci.

Na základě testovací statistické metody Chí-kvadrát byla H_0 zamítnuta a H_A přijata.

Hypotéza č. 3:

H_0 – Sociální oblast není ovlivněna provedením operace.

H_A – Před operací budou mít pacienti více obtíží v sociální oblasti než po operaci.

Na základě testovací statistické metody Chí-kvadrát byla přijata H_0 a H_A zamítnuta.

Zdravotníci se v rámci terapie zaměřují zejména na somatické obtíže nemocného, přičemž psychická a sociální oblast stojí spíše v pozadí. Tento přístup je třeba změnit, neboť

psychické a sociální obtíže jsou neméně důležité. Navíc pokud nejsou všechny čtyři složky osobnosti v rovnováze, člověk se nemůže cítit zdravý a většinou nepocítuje ani spokojenost. Je tedy třeba, aby se zdravotníci (lékaři i sestry) aktivně na tyto problémy dotazovali a také nabídli pacientovi určité možnosti řešení. Někdy pomůže rozhovor se sestrou či lékařem, někdy je nutná návštěva psychologa, případně psychiatra (v případě depresí). Pacient při rozhovoru s lékařem či sestrou očekává, že bude vyslechnut, a zároveň chce slyšet nějaké doporučení, řešení, které by jeho problémy odstranilo.

Mnozí sluchově postižení se za svůj problém stydí, skrývají ho a připadají si méněcenní. V takovém případě je důležité zdůraznit, že se jedná o poměrně běžný problém, o němž by se nemocný neměl bát hovořit. Pokud totiž kolegům a známým o svém sluchovém postižení řekne, může se zbavit označení, že je arogantní, méně inteligentní nebo neochotný odpovídat. Dále je možné pacientovi doporučit, aby se s kolegy, přáteli, partnerem dohodl na nějakém signálu, který použije, když jim bude něco chtít říct nebo když oni budou chtít hovořit s ním. Nemocného je třeba připravit na možné posměšky (v souvislosti s verbalizací jeho problému), ale zároveň mu sdělit, že by je neměl tolerovat a měl by mít stále na mysli, že není jediný s tímto postižením. Určitě by také na sebe měl být hrdý, protože o svém problému dokázal hovořit. Někdy je nutné, aby pacient vyhledal pomoc psychologa. Psychologická léčba probíhá formou terapie. V rámci terapie je důležité určit jedno téma, které se bude v průběhu sezení probírat. Úkolem psychologa je, spíše než dávat rady, se ptát, což pacientovi umožňuje, aby sám našel možnosti řešení. Takový přístup pozitivně působí na sebevědomí člověka. Psycholog také pomáhá nemocnému vyrovnat se s veškerými negativními pocity.

Další doporučení pro pacienty – proti negativním emocím také pomáhá:

- pohovořit si s lidmi se stejným problémem (existují skupiny, ve kterých se sdružují lidé se sluchovým postižením nebo je možné zapojit se do internetové diskuse), nemocný si s nimi může vyměňovat rady a zkušenosti
- cvičení
- relaxace

Jedním z cílů diplomové práce bylo zjistit, jaké somatické obtíže respondenti vnímají jako nejhorší. Nedoslýchavost je nejčastější komplikací chronických hnisavých zánětů, tinitus je poměrně častou obtíží téhož onemocnění. Právě tyto dvě komplikace se nejvíce podílejí na vzniku problémů v oblasti psychické a sociální, neboť člověka v mnoha oblastech limitují.

Docent Hroboň ve své knize Nedoslýchavost rovněž uvádí, že: „Ztráta sluchu – ať je příčinou cokoli – je nesporně zásadní změnou, zasahuje výrazně psychiku postiženého člověka a ovlivňuje kvalitu jeho života. To ovšem platí jen do té míry, do jaké to člověk sám připustí.“ (Hroboň, 1998, str. 55)

Hypotéza č. 4:

H₀ – Všechny somatické příznaky jsou vnímány stejně intenzivně.

H_A – Nejhůře budou vnímány nedoslýchavost a tinitus.

Na základě testovací statistické metody Chí-kvadrát byla **H₀** zamítnuta a **H_A** tedy přijata.

V rámci výzkumu byla také zjišťována spokojenost s podanými informacemi. Zde byl výsledek poměrně jednoznačný 84% žen a 96% mužů se vyjádřilo pozitivně, tedy s podanými informacemi byli spokojeni. Nicméně někteří dotazovaní uváděli, že jim bylo nepříjemné lékaře či sestry neustále „obtěžovat“ svými dotazy. Takovýto dojem by pacient mít neměl. Úkolem zdravotnického personálu je tyto pocity odstranit ujištěním, že otázky týkající se jeho zdravotního stavu a vlastního onemocnění může klást kdykoli. Respondenti se také kladně vyjádřili k otázce vytvoření informační brožury i k otázce jejího obsahu (zjištěno dodatečně v rámci internetové diskuse). Informační materiál jsem tedy vypracovala (viz přílohy). Mohl by sloužit jako zdroj ucelených informací.

Hypotéza č. 5:

H₀ – Spokojenost s podanými informacemi není závislá na pohlaví.

H_A – Větší spokojenost s podanými informacemi projeví ženy, než muži.

Na základě testovací statistické metody Chí-kvadrát byla **H₀** přijata a **H_A** tedy zamítnuta.

Závěr

Jakákoli nemoc a s ní spojené příznaky jsou ve většině případů vnímány jako nežádoucí. Chronické hnisavé epitympanální záněty jsou doprovázeny velmi nepříjemnými somatickými obtížemi, které mohou být příčinou vzniku komplikací v oblasti psychické či sociální, což je dáno jejich vzájemnou provázaností. Právě z těchto důvodů by měl být automatický holistický přístup k nemocnému. Ten zajišťuje, že jsou řešeny problémy týkající se všech složek osobnosti člověka (bio-psycho-sociálně-duchovní). V tomto ohledu je současná situace ve zdravotnictví jistě lepší než v minulosti, přesto stále ještě ne dostačující. Je třeba, aby zdravotnický personál přijal za své fakt, že pouze ten člověk, který má v rovnováze všechny čtyři složky, se může cítit zdravý a spokojený.

Chronický hnisavý ET zánět je onemocnění, které může negativně ovlivnit mnoho oblastí lidského života. Průzkum byl zaměřen zejména na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Nemocný od operace očekává výrazné zlepšení ve všech těchto oblastech. Většina dotazovaných byla s výsledkem operace spokojena, přestože se u mnoha z nich po operaci opět určité fyzické obtíže objevily. Hypotézy prokázaly, že psychika byla operací ovlivněna, tedy psychické obtíže se zmírnily. Nicméně hypotézy zaměřené na obtíže v sociální oblasti ukázaly, že na jejich výskyt operace nemá vliv.

Soupis bibliografických citací

Knihy

- 1) ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.
- 2) ČIHOVSKÝ, J. *Sociologický výzkum* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006 [cit. 2010-03-20].
Dostupný z WWW: <http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FTK-dokumenty/Katedra_rekreologie/Sociologicky_vyzkum_def_1_.doc>
- 3) DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-7169-642-0.
- 4) HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-0529-3.
- 5) HROBOŇ, M. a kol. *Nedoslýchavost*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998. ISBN 80-86003-13-2.
- 6) HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 1999. ISBN 80-7262-017-7. ISBN 80-7184-949-9.
- 7) HYBÁŠEK, I.; Vokurka, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
- 8) CHROBOK, V; PELLANT, A. a kol. *Cholesteatom*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2008. ISBN 978-80-7311-104-5.
- 9) JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetřovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999.
- 10) JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetřovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 1. část – Psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000.
- 11) KLOZAR, J. et al. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-346-X. ISBN 80-246-1125-2.
- 12) KOTYZA, F. *Tympanoplastiky*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní nakladatelství, 1968. ISBN 08-055-68.
- 13) KOVAL', J. *Chirurgická léčba chronického středoušného zápalu*. Bratislava: Vydavateľstvo USPO Bratislava, 1988. ISBN 80-88717-337.
- 14) LEJSKA, M a kol. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. 1. vyd. Brno: Národní

- centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 1994. ISBN 80-7013-178-0
- 15) MEJZLÍK, J.; POKORNÝ, K. a kol. *Zevní zvukovod*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 978-80-7311-092-5.
 - 16) MOLNÁR, A. *Rekonstrukčné chirurgické výkony v strednom uchu*. 1.vyd. Bratislava: Veda - nakladateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1987. ISBN 071-028-87.
 - 17) NADOL jr., J.B., McKENNA, M. J. *Surgery of the ear and temporal bone*. 2. end. New York:Raven press, 2005. ISBN 0-7817-2046-X.
 - 18) PECÁKOVÁ, I. a kol. *Požizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 3. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2004. ISBN 80-245 0753-6.
 - 19) PLCH, J. *Otorinolaryngologie v perioperační péči*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-486-3.
 - 20) SKŘIVAN, J. *Záněty středního ucha. Sluch a jeho poruchy. Hluchota*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-128-5.
 - 21) STRNADOVÁ, V. *Jaké je to neslyšet*. 1.vyd. Praha: Česká unie neslyšících, Pedagogická fakulta Technické univerzity v Liberci, 1995.
 - 22) ŠKEŘÍK, P. *Otorinolaryngologie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Scientia Media, 1993. ISBN 80-85526-13-1.
 - 23) THORA, C. *Tinitus*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-739-9.
 - 24) TICHÝ, S. a kol. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. ISBN 08-053-83.
 - 25) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-324-4.
 - 26) UCHYTIL, B. a kol. *Vyšetřovací metody a základní diagnostika v otorinolaryngologii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-190-0.

Časopisy

- 27) CHMELÍKOVÁ, M. *Práce sestry na audiologickém pracovišti*. Sestra, 2007, roč. 17, č. 2., s. 51. ISSN 1210-0404.
- 28) CHROBOK, V.; PELLANT, A. a kol. *Prognostické faktory chronického středoušního zánětu – předoperační faktory, způsob chirurgické léčby*. Otorinolaryngologie a foniatrie, 2007, roč. 56, č. 4, s. 195 – 206, s. 208 – 219. ISSN 1210-7867.

- 29) CHROBOK, V.; PELLANT, A. a kol. *Prognostické faktory chronického středoušního zánětu – pooperační faktory*. Otorinolaryngologie a foniatrie, 2008, roč. 57, č. 1, s. 3 –15. ISSN 1210-7876.

Webové odkazy

- 30) ESENTA s.r.o. *Tinitus* [online]. Praha, 2009 [cit. 2010-03-20]
Dostupný z WWW: <<http://www.ceskamedicina.cz/cz/ceska-medicina-novinky/tinitus?>>
- 31) GONG. *Tinitus civilizační problém* [online]. Praha, 2008 [cit. 2010-03-20]
Dostupný z WWW: <<http://www.gong.cz/tinnitus/>>
- 32) WIDEX. *Sluchová ztráta* [online]. Praha, 2009 [cit. 2010-03-20]
Dostupný z WWW: <<http://www.widex.cz/Hearing%20loss.aspx>>

Seznam příloh

Dotazník.....	72
Informační materiál pro pacienty s chronickým hnisavým středoušním zánětem.....	75
Ošetřovatelské diagnózy.....	79

Přílohy

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Váňová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci své diplomové práce se zabývám tím, jak jsou lidé spokojeni s výsledkem operace chronického středoušního zánětu. Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který se stane součástí mého průzkumu.

Děkuji

1) Trpěl/a jste v dětství často na záněty středního ucha?

- a) ano b) ne c) nevím

2) Jaké obtíže Vás před operací trápily?

- a) výtok z ucha
 zapáchající
 nezapáchající
- b) nedoslýchavost
- c) pískání, hučení
- d) záněty vedlejších dutin nosních, chronické rýmy
- e) žádné
- f) jiné

3) Který z příznaků Vám nejvíce vadil? (Uvádějte sestupně – od příznaku, který vadil nejvíce, až po ten, který vadil nejméně.)

.....
.....

4) Jak dlouho u Vás obtíže trvaly?

- a) 1rok
- b) 2 roky
- c) 4 roky
- d) jiné

5) Obtíže se u Vás vyskytovaly?

- a) trvale b) v atakách (občasně)

6) Přineslo Vám onemocnění nějaké problémy v sociální oblasti (= kontakt s lidmi)?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

7) Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, uveďte, o jaké problémy se jednalo.

.....
.....

8) Přineslo Vám onemocnění nějaké problémy v oblasti psychiky či chování?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

9) Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, vyberte z následujících možností, o jaké změny se jednalo.

- a) nervozita
b) podrážděnost
c) pocity méněcennosti
d) deprese
e) jiné

10) Kdy jste podstoupil/a operaci?

- a) před půl rokem
b) před rokem
c) před dvěma roky
d) jiné

11) Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám byly poskytnuty o onemocnění a o operaci?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

12) Pokud jste odpověděl/a ne, či spíše ne, napište, jaké informace Vám konkrétně chyběly?

.....
.....

13) Vyskytují se u Vás nyní nějaké fyzické obtíže (příznaky podobné těm před operací – pískání, nedoslýchavost, tekoucí ucho...)?

- a) ano b) ne

14) Pokud jste odpověděl/a ano, napište, o jaké obtíže se jedná.

.....
.....

15) Vyskytují se u Vás po operaci nějaké problémy v sociální oblasti?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

16) Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, napište, o jaké problémy se jedná.

.....
.....

17) Vyskytují se u Vás po operaci nějaké problémy v oblasti psychiky či chování?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

18) Pokud jste odpověděl/a ano, či spíše ano, napište o jaké problémy se jedná.

.....
.....

19) Jste spokojen/a s výsledkem operace (s nynějším stavem sluchu, eliminací případných předoperačních fyzických obtíží)?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

20) Doporučil/a byste svému příbuznému (známému) s podobnými obtížemi operaci?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Identifikační údaje

Věk

- a) 15 – 19
b) 20 – 40
c) 41 – 60
d) 61 a více

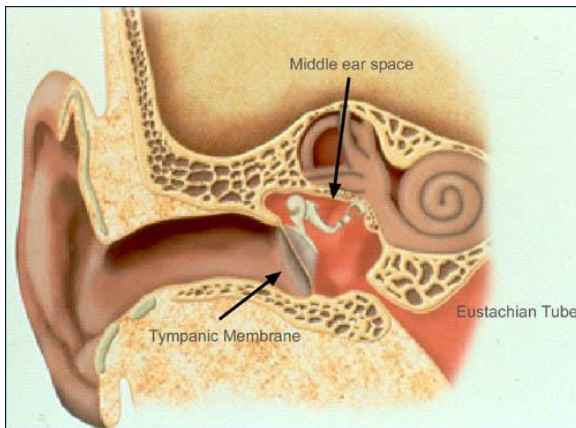
Pohlaví

- a) žena b) muž

Informační materiál pro pacienty s chronickým hnisavým středoušním zánětem

Místo zánětu

Zánět probíhá ve středoušní dutině. Její součástí jsou tři středoušní kůstky, které mohou být zánětem také zasaženy



Tympanic Membrane = bubínek, Middle ear space = středoušní dutina, Eustachian Tube = Eustachova trubice.

Příčiny

Nejčastější příčinou chronických hnisavých středoušních zánětů jsou opakované akutní záněty středního ucha, záněty horních cest dýchacích (chronické rýmy, chronické záněty vedlejších dutin nosních a nosohltanu). Na vzniku se také podílí nepřiměřená léčba těchto zánětů, proto je velmi důležité dodržovat veškerá doporučení lékaře.

Příznaky

Chronický hnisavý středoušní zánět

Chronický hnisavý zánět středního ucha se dělí na mezotympanální (v dutině za bubínkem) a epitympanální (v dutině nad bubínkem) formu. U obou těchto typů zánětů se objevují následující společné znaky:

- trvalý nebo často se opakující výtok z ucha
- trvalá perforace bubínku (otvor v bubínku)
- velmi často nedoslýchavost

Chronický mezotympanální středoušní zánět

Typickým příznakem je hlenohnisavý, nezapáchající výtok z ucha a středně těžká nedoslýchavost.

V rámci terapie je důležité léčit všechny záněty v horních dýchacích cestách a obnovit funkci Eustachovy trubice. Vlastní léčba středoušního zánětu spočívá v aplikaci antibiotik. Po vyléčení zánětu je možné (asi za tři měsíce) provést tzv. myringoplastiku.

Chronické epitympanální středoušní záněty

Zánět je zpravidla doprovázen vznikem tzv. cholesteatomu, což je patologická hmota, která vyplňuje středoušní dutinu a je příčinou vzniku zapáchajícího výtoky a nedoslýchavosti. Záleží ovšem na jeho velikosti – malé cholesteatomy nemusí působit žádné obtíže.

Terapie je pouze chirurgická – operace.



Cholesteatom
v nadbubínkové
dutině

Komplikace

Komplikace vznikají, jestliže se zánět šíří do okolních struktur. Obzvláště nebezpečné je jeho šíření do mozku, proto by se zánět neměl podceňovat.

Příznaky doprovázející komplikace: bolesti ucha, otok, zarudnutí, závratě, nauzea – pocit na zvracení, zvracení, únava, spavost, vysoké teploty, zimnice, třesavka, úporné bolesti hlavy.

Terapie

Operační léčba představuje dva základní typy operací:

- sanační
- rekonstrukční

Sanační výkony

Při operaci se vede řez buď před, nebo za uchem, čímž se docílí otevření středoušní dutiny a bradavkového výběžku (součást spánkové kosti). Následně se pod operačním mikroskopem odstraňuje zánětlivé ložisko ze středouší a bradavkového výběžku, což je hlavní úkol tohoto typu operačního výkonu.

Rekonstrukční výkony

Rekonstrukční výkony se označují jako tympanoplastiky. Mohou navazovat na sanační operaci nebo se mohou provádět s odstupem několika měsíců. Cílem těchto operací je rekonstrukce řetězu sluchových kůstek a bubínku. Rekonstrukce řetězu kůstek se označuje jako osikuloplastika a rekonstrukce bubínku jako myringoplastika.

Operační výkony probíhají v celkové anestezii a jejich délka může být i několik hodin.

Pooperační období

V pooperačním období můžete pociťovat bolest, která se dá velmi dobře ovlivnit analgetiky (léky na bolest).

Operační rána – budete mít obvázané ucho, což způsobí nedoslýchavost, převaz se obvykle provádí 1. pooperační den.

Stravování – někdy se po operaci mohou objevit potíže při otvírání úst a kousání a změny chuti, jedná se o dočasné komplikace, které se řeší změnou formy stravy, případně je možné zajistit výživového poradce. Ten se s Vámi domluví na jídelníčku, který Vám bude vyhovovat.

Hygiena – je nutná opatrnost, aby nedošlo ke vniknutí vody do operovaného ucha.

Možné pooperační komplikace:

Jsou velmi zřídka a k jejich výskytu může dojít i přesto, že byl při operaci dodržen správný postup. Jedná se o:

Obrnu lícního nervu, postižení vnitřního ucha, likvoreu, krvácení, zánětlivé komplikace

Projevy:

Pokleslý koutek, omezená mimika obličeje, závrať, opakované zvracení, intenzivní ušní šelest, teploty, bolesti ucha a hlavy, nažloutlé zbarvení obvazu, či povlaku polštáře

Terapie:

chirurgický zákrok, klid na lůžku, medikamentózně (léky)

Průměrná doba hospitalizace je sedm až deset dní.

Informace pro domácí ošetřování

- průměrná doba rekonvalescence je patnáct dní až jeden měsíc
- opatrnost při sprchování, mytí hlavy, koupání (zcela nevhodné jsou přírodní vodní zdroje), nepotápět se
- vyhýbat se prašnému prostředí, nadměrnému hluku, průvanu
- správná technika smrkání – každá nosní dírka zvlášť
- preventivně působit proti vzniku nachlazení – vhodné oblečení, vyvážená strava bohatá na vitamíny, která posiluje obranyschopnost organismu
- v prvních týdnech po operaci není vhodné cestovat letadlem
- **docházet na preventivní prohlídky – do zhojení dle lékaře, poté jednou za půl roku až rok**

Většina pacientů očekává od operace zlepšení sluchu, toto ale lékař nemůže vždy garantovat. U poloviny nemocných po operaci ke zlepšení sluchu dojde, nicméně u někoho nedoslýchavost přetrvává a je možné, i její zhoršení oproti stavu před operací. Podstoupení operace je ale velmi důležité vzhledem k možným komplikacím (viz. výše).

Ošetrovateľské diagnózy

Ošetrovateľské diagnózy jsou uspořádané podle jednotlivých diagnostických domén NANDA taxonomie 1-13 (Podpora zdraví, Výživa, Vylučování a výměna, Aktivita – odpočinek, Vnímání – poznávání, Vnímání sebe sama, Vztahy, Sexualita, Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, Životní princip, Bezpečnost – ochrana, Komfort, Růst/Vývoj)

Aktuální

1. Diagnostická doména: Podpora zdraví

Třída: Management zdraví

Ošetrovateľská diagnóza: 00078 Neefektivní léčebný režim

2. Diagnostická doména: Výživa

Třída: Přijímání potravy

Ošetrovateľská diagnóza: 00103 Porušené polykání

4. Diagnostická doména: Aktivita - odpočinek

Třída: Spánek – odpočinek

Ošetrovateľská diagnóza: 00095 Porušený spánek

Třída: Aktivita – pohyb

Ošetrovateľská diagnóza: 00085 Zhoršená pohyblivost

Třída: Sebepéče

Ošetrovateľská diagnóza: 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

5. Diagnostická doména: Vnímání – poznávání

Třída: Čítí – vnímání

Ošetrovateľská diagnóza: 00122 Porucha smyslového vnímání (sluch, kinestezie)

Třída: Poznávání

Ošetrovateľská diagnóza: 00126 Deficitní znalost

Třída: Komunikace

Ošetrovateľská diagnóza: 00051 Zhoršená verbální komunikace

6. Diagnostická doména: Vnímání sebe sama

Třída: Tělesný obraz

Ošetrovateľská diagnóza: 00118 Porušený tělesný obraz

9. Diagnostická doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída: Reakce na zvládání zátěže

Ošetrovateľská diagnóza: 00148 Strach

11. Diagnostická doména: Bezpečnost – ochrana

Třída: Tělesné poškození

Ošetrovatelská diagnóza: 00046 Porušená kožní integrita

00044 Porušená tkáňová integrita

12. Diagnostická doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Ošetrovatelská diagnóza: 00132 Akutní bolest

00133 Chronická bolest

00134 Nauzea

Potenciální

2. Diagnostická doména: Výživa

Třída: Hydratace

Ošetrovatelská diagnóza: 0028 Riziko deficitu tělesných tekutin

6. Diagnostická doména: Vnímání sebe sama

Třída: Sebeúcta

Ošetrovatelská diagnóza: 00153 Riziko situačně snížené sebeúcty

11. Diagnostická doména: Bezpečnost – ochrana

Třída: Infekce

Ošetrovatelská diagnóza: 00004 Riziko infekce

Třída: Tělesné poškození

Ošetrovatelská diagnóza: 00087 Riziko perioperačního poškození

00155 Riziko pádu

Třída: Termoregulace

Ošetrovatelská diagnóza: 00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty