

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Radka Voráčová



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Specifika edukačního procesu u pacientů podstupujících plánovaný operační výkon ruky

Vypracovala: Bc. Radka Voráčková
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová Ph.D.
České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Cílem této práce je zmapování edukačního procesu u ambulantních pacientů podstupujících plánovaný zákrok ruky z důvodu syndromu karpálního tunelu nebo skákavého prstu a vytvoření funkčního edukačního materiálu vedoucího ke změně vědomostí a dovedností u těchto pacientů, který mohou sestry ve své praxi využít.

Teoretická část obsahuje informace o problematice uvedených onemocnění a současných možnostech jejich ambulantní léčby. Popisuje sestru v procesu ambulantní péče. Další část je věnována pedagogice a jejímu uplatnění v ošetrovatelství v rámci edukace ambulantních pacientů. Zaměřuje se na specifika vzdělávání dospělých, edukační bariéry, motivaci a edukační realitu, popisuje role a kompetence sester v edukaci. Zabývá se organizačními formami, výukovými metodami a jejich uplatněním při realizaci edukačního procesu v ošetrovatelství.

K dosažení cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jak probíhá edukační proces pacienta před operačním zákrokem ruky?
2. Jak je pacient edukován o pooperačním režimu?
3. Jakým způsobem je realizována edukační činnost u pacientů podstupující operační zákrok ruky?

Takto nastavený výzkumný záměr směřoval ke kvalitativnímu šetření. Rámcově bylo výzkumné šetření rozvrženo do dvou fází, jejichž výsledky shrnuje praktická část. Sběr dat byl uskutečněn v období od února do konce května roku 2014 ve dvou privátních ordinacích a jednom ortopedickém oddělení. První fáze byla zaměřena na sledování odborného cíle a uskutečnilo se během ní 20 hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří podstoupili plánovaný ambulantní zákrok ruky. Toto šetření bylo doplněné o přímé strukturované pozorování zaměřené na sestry při edukační činnosti. Pozorování se zúčastnilo celkem šest sester. Ve druhé fázi byl na základě získaných výsledků vypracován edukační materiál, který použily sestry po předchozí instruktáži ve své praxi. Tento materiál je představován edukačními kartami a mapou péče pro daná onemocnění. Karty byly vytvořeny s ohledem na časovou náročnost ambulantního provozu. Pro rychlou orientaci jsou barevně odlišeny

dle jednotlivých období a edukačních setkání. Účinnost tohoto materiálu při edukaci byla následně ověřena dalšími stejně vedenými polostrukturovanými rozhovory se šesti pacienty ze dvou ambulancí.

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že na pracovištích, kde respondenti podstoupili operační zákrok, byl edukační proces výrazně eliminován a pro jeho realizaci sestry neměly vyhovující podmínky, především časové a prostorové. V edukačním procesu sestry využívaly monologické výukové metody. Chyběly metody názorně demonstrační a dovednostně praktické. Sestry nepoužívaly k edukaci didaktické pomůcky, které mohou edukaci zefektivnit. Naproti tomu působily při pozorování mile a vstřícně. Pacienti disponovali jen omezeným množstvím potřebných informací. Největší nedostatky byly zaznamenány v edukaci o předoperační přípravě. Další problémovou oblastí byly praktické dovednosti účastníků výzkumu. Zjištěno bylo chybné dávkování paracetamolu, které neodpovídá současným doporučením.

Alarmující je, že v první fázi výzkumu uvedlo sestru jako zdroj informací jen šest pacientů z dvaceti. Tuto skutečnost si vysvětlujeme tím, že v tomto případě zde selhala sestra v roli komunikátorky a edukátorky, která má být schopná posoudit potřeby vzdělávání jednotlivce. Nedostatky v edukaci pacienta by bylo možné eliminovat zařazením dialogických, názorně demonstračních či dovednostně praktických metod a vhodným edukačním materiálem, tak jak se nám osvědčilo ve druhé fázi výzkumu. Zajímavé by bylo ověřit, jaké vědomosti sestry edukující ambulantní pacienty mají z pedagogiky a edukačního procesu v ošetrovatelství.

Na závěr lze konstatovat, že edukace pacientů podstupující ambulantní plánovaný zákrok ruky má svá úskalí především v podobě omezeného času stráveného s pacientem a dále nedostatečnými pedagogickými kompetencemi sester, které edukaci pacientů na daných pracovištích provádějí. Výsledky této práce mohou pomoci ozřejmit edukační realitu v ambulancích a zaměřit pozornost i na tento, často v odborné literatuře opomíjený sektor. Vytvořený edukační materiál byl ponechán k užívání na zmiňovaných pracovištích, kde o něj sestry projevíly zájem. Výsledky výzkumu budou předneseny ambulantním sestřím v rámci semináře.

Klíčová slova: edukace, syndrom karpálního tunelu, skákavý prst, ambulantní péče

ABSTRAKT

The object of this work is to chart an educational process of ambulant patients undergoing a planned arm surgery due to carpal tunnel syndrome or trigger finger and creating a functional educational material that leads to a change of knowledge and skills of those patients and that can be used by nurses during their work.

The theoretical section provides information on the issues of listed diseases and information about current possibilities of ambulant treatment. It describes a nurse in the process of an ambulant care. The next section is devoted to pedagogy and its application in nursing in the context of ambulant patient education. It focuses on the specifics of adult education, educational barriers, motivation and educational reality. It describes the roles and responsibilities of nurses in education. It deals with the organizational forms, teaching methods and their application in the realization of the educational process in nursing.

The three questions to achieve the objectives were:

- 1) How does the educational process of the patient look like before arm surgery?
- 2) How is the patient educated on post-operative regime?
- 3) How are the educational activities implemented in patients undergoing arm surgery?

The research project was aimed to the qualitative investigation. Generally the research survey was structured into two phases, the results are summarized in the practical part. Data collection was carried out in the period of February 2014 to the end of May 2014 in two private surgeries and one orthopedic department.

The first phase was focused on observation of professional object and depth semi-structured interviews with patients who underwent an arm surgery were made. This survey was supplemented by direct structured observation of nurses in the process of educational activities. Six nurses were altogether involved in the survey. In the second phase, the educational material based on the obtained results, was made for the nurses to use during their work. This material includes educational cards and maps of care instructions for given diseases. The cards were made considering the time-consuming

ambulant care. For quick reference, the cards are color-coded according to each period and educational meetings. Effectiveness of this material was subsequently verified by more semi-structured interviews with six patients from the two surgeries.

The results of the survey showed that in the workplace where the respondents underwent the surgery, the educational process was significantly eliminated and for its realization the nurses did not have satisfactory conditions, especially time and spatial conditions. During the educational process the nurses were using monologues teaching methods. Demonstration and practical methods were missing. Nurses were not using teaching aids that can make the educational process more effective. On the contrary the nurses were pleasant and helpful. Patients were provided with limited amount of needed information. The greatest lack of information was in the education about pre-operation preparation and also in the area of practical skills of the participants. Wrong dosage of paracetamol was found out. It did not meet current recommendations.

The alarming fact was, that in the first phase of survey only six out of twenty patients stated that a nurse was the main source of information. That fact can be explained that in that case a nurse failed in the role of a communicator and educator, that has to be able to access the needs of the individual patient. The insufficiencies in patient education would be able to eliminate by adding dialogic, demonstrative or practical methods and suitable educative material as approved in the second phase of the survey. It would be interesting to verify what kind of knowledge do the nurses educating ambulant patients have in the field of pedagogy, educational process in nursing.

In conclusion we can say that education of patients undergoing ambulant planned arm surgery is vitiated by lack of time spent with patient and insufficient nurses competence, who guide the education. The results of this work can elucidate the educational reality in surgeries and focus attention on this sector, often neglected in expert literature. Created educational material was left at the mentioned surgeries where the nurses were interested in using it. The results of the survey will be presented to ambulant nurses in a seminar.

Key words: education, carpal tunnel syndrome, trigger finger, ambulant care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 3. 5. 2014

.....

Bc. Radka Voráčová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za cenné rady a ochotu při zpracování této diplomové práce.

Děkuji mé rodině za podporu a toleranci.

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Syndrom karpálního tunelu	11
1.2 Skákavý prst	15
1.3 Sestra v procesu ambulantní péče v chirurgických oborech.....	17
1.3.1 Příprava ambulantního pacienta před plánovanou operací ruky	19
1.3.2 Pooperační režim u ambulantního pacienta po operaci ruky	21
1.4 Specifika edukace dospělých	22
1.5 Faktory ovlivňující edukaci pacienta a edukační bariéry.....	24
1.6 Motivace k učení dospělého pacienta	26
1.7 Edukace v ošetrovatelství	26
1.7.1 Role a kompetence sestry v edukaci	27
1.8 Edukační realita ve zdravotnictví.....	29
1.8.1 Edukační realita aplikovaná na chirurgické ambulanci	30
1.9 Stanovení cílů edukace v ošetrovatelství.....	32
1.10 Organizační formy edukace v ošetrovatelství	34
1.11 Metody edukace v ošetrovatelství.....	35
1.12 Edukační proces v ošetrovatelství	37
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
2.1 Cíle práce	40
2.2 Výzkumné otázky	40
3. METODIKA	41
3.1 Metodika práce.....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
3.3 Realizace výzkumu	44
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46
4.1 Vyhodnocení 1. fáze výzkumného šetření	46

4.1.2 Zdroje informací pacientů	47
4.1.4 Pooperační režim ruky	52
4.1.5 Pooperační komplikace	55
4.1.6 Management bolesti.....	57
4.1.7 Péče o operační ránu.....	60
4.2 Výsledky pozorování.....	64
4.2.1 Pozorování v předoperačním období	64
4.2.2 Pozorování v pooperačním období.....	66
4.2.3 Pozorování edukačního procesu.....	68
4.3 Vyhodnocení 2. fáze výzkumného šetření	70
4.3.1 Zdroje informací pacientů	70
4.3.2 Předoperační příprava	72
4.3.3 Pooperační režim ruky	74
4.3.4 Pooperační komplikace	76
4.3.5 Management bolesti.....	77
4.3.6 Péče o operační ránu.....	79
4.3.7 Edukační činnosti sester	82
5. DISKUZE	84
6. ZÁVĚR	95
7. SEZNAM LITERATURY	97
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	104

ÚVOD

Na kvalitu ošetrovatelské péče jsou kladeny vysoké nároky. Sestra zastává mnoho rolí a musí umět reagovat na neustále se měnící požadavky v její profesi. Jednou z těchto rolí je role sestry edukátorky, která je součástí profesních kompetencí sestry. Pro to, aby se tato role mohla profesionálně rozvinout, je zapotřebí znalostí z různých vědních oborů, především z oblasti zdravotnické a současně i pedagogické. Kvalitně poskytovaná edukace má bezesporu řadu výhod. Především pozitivně působí na spokojenost pacientů a zefektivňuje léčbu.

Většina dostupných publikací je věnována edukaci realizované u hospitalizovaných pacientů. Úroveň ambulantní péče jakoby zůstávala opomíjena. Záměrem této diplomové práce je přiblížení edukační reality v ambulancích chirurgických oborů, které se zabývají chirurgií ruky. Toto téma jsem si zvolila proto, že se věnuji ambulantní péči a současně se zajímám o chirurgii ruky, protože ruka má mezi končetinami výsadní postavení. Chci uplatnit znalosti získané magisterským studiem v praxi a přispět tak ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče na ambulancích. Vzhledem k velkému rozsahu problematiky onemocnění ruky je blíže popsán syndrom karpálního tunelu a skákavý prst, na které bylo výzkumné šetření zacíleno. Jsou to představitelé dvou nejběžnějších a nejfrekventovanějších onemocnění, pro které se provádí plánované operace ruky.

Nárůst těchto onemocnění se netýká pouze nemocí z povolání. Stále častěji se s nimi sestry setkávají v odborných ambulancích chirurgie, ortopedie a neurochirurgie, na které se pacienti s těmito onemocněními obracejí. Dle statistiky privátní chirurgické ordinace, která byla jedním ze zařízení, ve kterém se výzkumné šetření uskutečnilo, bylo provedeno v letech 2009 až 2013 celkem 492 operací syndromu karpálního tunelu 374 operací skákavého prstu. V letech 2004 až 2008 bylo operací syndromu karpálního tunelu podstatně méně, celkem 162. Skákavý prst byl operován u 346 pacientů.

Rychlý rozvoj medicíny a zdravotnictví umožňuje širší uplatnění ambulantní chirurgie. Trendem dnes i do budoucna je realizace péče o pacienty s těmito onemocněními v rámci ambulantní léčby.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Syndrom karpálního tunelu

Tato práce se zaměřuje na edukaci pacienta po operaci ruky provedené z důvodu syndromu karpálního tunelu, který je pro bližší pochopení problematiky v následující stati popsán.

Syndrom karpálního tunelu představuje nejčastější úžinový syndrom. Vyskytuje se až u 10% populace (1). Vzniká útlakem n. medianus, který obsahuje senzitivní, motorická i autonomní vlákna. Karpální tunel je tuhý kanál. Spodina a stěny jsou tvořeny zápěstními kůstkami. Strop vytváří ligamentum carpi transversum. Distálně na něj navazuje superficiální palmární arteriální oblouk. Tunelem prochází nervus medianus s devíti šlachami flexorů prstů (2,3). Onemocnění postihuje čtyřikrát častěji ženy mezi 40. – 50. rokem, muže více po 60. roce života (4). Až v 50% bývá postižení oboustranné (5).

Projevem syndromu karpálního tunelu jsou parestezie I. – III. prstu a přilehlé části IV. prstu. Parestezie mohou postihnout všechny prsty i ruku a mohou se šířit až k lokti. Typickým příznakem je brachialgia parestetica nocturna. Při poklesu krevního tlaku ve spánku se nerv hůře prokrvuje, vzniklé parestezie budí pacienta a nutí jej svěsit a protřepat ruku. Tím se zvýší prokrvení nervu a parestezie ustupují. Někdy mohou nemocní pociťovat chlad dlaně nebo zaznamenat pocity otoku prstů a ruky. U těžkých kompresí nebo při dlouhotrvajícím postižení je ruka oslabena především pro stisk a úchop. Poruchy kožní citlivosti přináší obtíže při běžných denních činnostech jakou je například zapínání knoflíků nebo vypadávají drobné předměty z ruky. Postupně dochází k atrofii thenaru s omezenou abdukci palce. Chronická komprese nervu může vést k jeho strukturálním změnám. Po chirurgickém zákroku se rychle upraví prokrvení nervu. Vymizí parestezie a zlepší se citlivost. Podle délky komprese se nerv zregeneruje. U dlouhodobých a těžkých stavů není možný návrat k normálnímu stavu (1,3,4).

Etiologických faktorů podílejících se na vzniku syndromu karpálního tunelu je mnoho. Syndrom může vzniknout na podkladě morfologických změn vlastního kanálu.

Mezi ně řadíme exostózy, osteofyty, staré fraktury, dnavé tofy, lipomy, ganglia, abnormální svaly a šlachy, vrozenou stenózu karpálního tunelu, cévní anomálie a revmatoidní artritidu. Může vzniknout také v důsledku zvýšené vnímavosti nervu k útlaku, zejména u onemocnění diabetes mellitus a neuropatií. Další příčiny vedoucí k tomuto onemocnění mohou být těhotenství a laktace, poruchy funkce štítné žlázy, akromegalie, amyloidóza, mukopolysacharidóza, familiární výskyt syndromu karpálního tunelu. V některých případech se nepodaří určit etiologii onemocnění. Jedná se tak o idiopatický syndrom karpálního tunelu (2).

Syndrom karpálního tunelu často vzniká v důsledku přetěžování horních končetin, kdy je používána velká svalová síla nebo velký počet opakujících se stereotypních pohybů. To se týká především těžce pracujících žen, dělníků, horníků, ale také těch, kteří vykonávají ruční práce, hrají na hudební nástroj nebo pracují s počítačovou myší. Pokud syndrom karpálního tunelu vznikl v důsledku plnění pracovních povinností, označuje se jako profesionální a zaměstnanci může být přiznána choroba z povolání (4,6,7).

V klinické diagnostice používáme provokační testy, jakými jsou například Tinelův příznak, Phalenův manévr a turniketový test. Tinelův příznak je pozitivní pokud poklep na n. medianus v oblasti zápěstí vyvolá brnění v dlani a II. a III. prstu. Pozitivita je kolem 60%. Phalenův manévr je pozitivní pokud flexe zápěstí vyvolá brnění prstů do 60 sekund. Test je pozitivní zhruba u 80 % pacientů. Možné je provést obrácený Phalenův test, kdy se potíže objeví při extenzi v zápěstí, která trvá minimálně 2 minuty. Možné je provést i turniketový test, kdy se po nafouknutí manžety objeví parestezie (2,3).

Zásadní význam při diagnostice syndromu karpálního tunelu má elektrofyzilogické vyšetření (EMG), bez kterého nemá být indikován chirurgický zákrok. Charakteristickým nálezem je snížení rychlosti vedení senzitivního vedení v periferním úseku n. medianus a prodloužení distální motorické latence v n. medianus. Je vhodné zároveň vyšetřit i n. ulnaris a srovnat senzitivní vedení n. medianus a n. ulnaris. Zpomalené vedení je důsledkem demyelinizace n. medianus. Jehlovou elektromyografií lze prokázat postižení motorických vláken nervu k thenarovým svalům. Ultrazvukové vyšetření je vhodným doplňkem elektrofyzilogického nálezu.

Poskytuje nám informace o anatomických poměrech, otoku, zbytnění šlach či jiné abnormalitě. Je možné využít i další vyšetřovací metody jako RTG, CT, MR. Ta jsou vzhledem k dobré rozlišovací schopnosti UZ používána v těchto případech jen ojediněle (2,3).

Syndrom karpálního tunelu dělíme do tří stupňů, na lehký, střední a těžký, podle klinického nálezu. U lehkého stupně je iritace n. medianus bez přítomnosti zánikových příznaků, nedochází zde k atrofii a slabosti. Na EMG nejsou známky denervace a není snižená rychlost nervového vedení. Doba trvání nepřesahuje 1 rok. Středně těžký stupeň je charakterizován již zmiňovanými pozitivními provokačními testy. Hypotrofie thenaru a svalové oslabení bývá minimální. EMG vykazuje slabé známky denervace a je lehce snižená rychlost nervového vedení. Délka trvání je kratší nebo delší než 1 rok. U těžkého stupně jsou trvalé senzitivní příznaky, svalová atrofie, výrazné zánikové příznaky i výrazná denervace s významným snížením nervového vedení. Délka trvání přesahuje 1 rok (3,8).

U diagnózy syndromu karpálního tunelu je potřeba myslet na to, že podobné příznaky se mohou objevit i u jiných onemocnění. Nejčastější diferenciální diagnózou je krční radikulopatie C6 – C7 projevující se bolestmi krční páteře a sníženou citlivostí palce a ukazováku. Dále pak tendovaginitida, artritida, rhisartróza, kubitální nebo ulnární úžinový syndrom a ganglion na volární straně zápěstí (8).

Konzervativní léčbu indikujeme v případě lehkého stupně postižení. Základem je klidový režim s vynecháním činností, které potíže vyvolávají. Vhodná je fixace zápěstí na noc eventuelně i přes den pomocí dlahy nebo ortézy (2). Nově se můžeme setkat s aplikací kinesio tapu, který snižuje otok, mírní bolest a zvětšuje anatomický prostor karpálního tunelu (9). K tlumení bolesti a otoku lze perorálně užívat nesteroidní antirevmatika, diuretika a kortikoidy. Doporučováno je užívání vitamínu skupiny B. Za diskutabilní považují někteří lékaři použití vazodilatancí. Nedílnou součástí konzervativní léčby je fyzioterapie. Využívá se laser, magnetoterapie, ultrazvuk a další (3). Pokud SKT vznikl na podkladě jiného onemocnění, je zapotřebí léčit i toto základní onemocnění, kterým může být například hypotyreóza, dna a jiné. Pokud není dosaženo požadovaného efektu, je možný obštrik n. medianus lokálním anestetikem

s kortikoidem. Nevýhodou může být lokální komplikace infiltrace kortikoidy nebo poškození nervu (10).

Při selhání konzervativní terapie nebo u pacientů se středně těžkým a těžkým stupněm postižení dle EMG a klinického stavu se indikuje chirurgická terapie. Ta spočívá v přetěti ligamentum carpi transversum, čímž dojde k dekompresi nervu. V praxi se můžeme setkat s otevřenou nebo endoskopickou dekompresí. Otevřenou provádíme převážně v lokální anestezii jako ambulantní výkon. Je možné tento zákrok provést i v celkové nebo svodné anestezii. Pro lepší přehled v operační ráně a urychlení výkonu se často používá turniket. U výkonů v lokální anestezii bývá přiložen na distální předloktí, kde je lépe tolerován. K dosažení bezkrevnosti stačí tlak vyšší, než je systolický tlak. Samozřejmostí je používání zvětšovacích brýlí. Snižují riziko poškození cév a nervů. Otevřená dekomprese se provádí z řezu v dlani 1 centimetr distálně od zápěstní rýhy nad n.medianus v délce 3 centimetrů distálním směrem. Délku řezu přizpůsobujeme velikosti ruky, anatomickým poměrům a velikosti plánovaného výkonu. Existuje několik variant vedení řezu. Výhodou vedení řezu mírně ulnárně je prevence poranění motorické větve medianu. Někteří autoři obhajují rekonstrukci vazů jako prevenci prolapsu flexorových šlach, v běžné klinické praxi se neprovádí (2,3,11).

Endoskopická operace SKT s použitím endoskopického instrumentária je další možností operační techniky. Přístup může být jeden, proximálně od zápěstní rýhy a endoskop i nůž se zavádějí ze stejného přístupu. Jinou variantou je dual portal approach, kdy je z proximálního řezu zaveden endoskop a nůž se zavádí z druhého řezu distálně od vazů (12).

Výsledky obou postupů jsou podobné v jejich efektivnosti, délce rekonvalescence i výskytu komplikací. Výhodou endoskopické techniky je menší pooperační bolest a rychlá obnova plné svalové síly úchopu ruky. Nevýhodou je menší přehled v operačním poli a finanční náročnost. Existuje řada dalších možností, jak uvolnit medianus. Jedná se o různé variace uvedených metod. Rozdíly jsou v použití speciálního instrumentária, v operačním přístupu a v počtu i velikosti řezů (2).

Po chirurgickém zákroku je nutná časná mobilizace, důležité je provádět pasivní i aktivní pohyby prstů v plném rozsahu v rámci prevence srůstu šlachových pochev, proto

není vhodná imobilizace celé ruky. Imobilizace zápěstí výsledky operační léčby neovlivňuje a není tedy nutná. Pokud přetrvávají otoky a není plně obnovena pohyblivost prstů, dlahu indikujeme a zahájíme včasnou rehabilitaci pod odborným dohledem. Správně provedená operace přináší rychlé zlepšení pro pacienta. Již první den po operaci pocítují úlevu od nočních bolestí. Obnovení jemné motoriky a vymizení parestezií dochází až za několik týdnů či měsíců. Délka a úroveň zlepšení se odvíjejí od stupně postižení nervu (2).

Každý operační výkon může být provázen komplikacemi. Mezi všeobecné komplikace patří alergická reakce na léky nebo šicí materiál, krvácení, infekce, dehiscence rány a vznik keloidní nebo hypertrofické jizvy. Může dojít též k rozvoji regionálního bolestivého syndromu, k otoku ruky nebo ke zhoršení chronické tendovaginitidy flexorů. Zřídka se objeví trvalé snížení svalové síly úchopu (2). Mezi komplikace specifické pro chirurgický zákrok v oblasti karpálního tunelu řadíme strukturální poškození nervu, jeho motorické větve, šlach i arterií. Je udáváno v rozmezí 0,19% až 0,49% (3,13). V průměru jsou 2-3% pacientů indikováni k reoperaci. Nejčastěji je příčinou nedostatečné protnutí vazů v 50% a jizevnaté změny (14). Neúspěšných operací je výrazně pod 10% (4).

1.2 Skákavý prst

Druhým onemocněním, na které je zaměřena edukace pacienta v této práci, je skákavý prst, kterému je věnován následující text.

Na počátku je toto postižení způsobeno omezením a později zcela znemožněním pohybu šlach flexoru prstů v místě jejich průchodu poutkem A1. Příčinou tohoto jevu je zduření šlach v typickém místě jejich průběhu poutkem, v důsledku toho je znemožněn klouzavý pohyb šlach. Zesílit může jedna i více šlach. Ztluštění šlach vzniká nejčastěji jejich otokem v důsledku dlouhodobého přetěžování, chronickou mikrotraumatizací, přetažením, tlakem a vibracemi. Na přeměně šlachy se také mohou podílet systémová onemocnění např. revmatoidní artritida, dna, diabetes mellitus. Pokud vyvolávající faktory přetrvávají, může dojít k ruptuře patologicky změněné šlachy (15,16).

Onemocnění postihuje 6 krát častěji ženy než muže převážně mezi 50. – 60. rokem. Riziko vzniku tohoto onemocnění se pohybuje mezi 2-3%. Vyšší výskyt skákavého prstu byl zaznamenán v souvislosti se syndromem karpálního tunelu (17).

Prvním příznakem tohoto onemocnění je většinou velmi přesně lokalizovaná bolest, v počátečních stádiích při dotážení plné flexe postiženého prstu. V některých případech můžeme zaznamenat krepitaci při pohybu postižené šlachy. Zpočátku nemocný pozoruje zadrhávání pohybu při pokusu o plnou flexi. Při výraznějším zúžení šlachové pochvy dochází k fenoménu přeskočení - lupnutí. Tento jev se opakuje při převedení prstu zpět do extenze. Je pozorovatelný v počátečních stádiích především ráno po probuzení a pacient je schopen ho rozcvičit. V pokročilých stádiích může prst zůstat zablokovaný ve flexi a pacient si jej přes značnou bolestivost musí pasivně převést do extenze. „trigger finger“ je anglické označení tohoto stavu, protože připomíná pohyb spouště na zbrani. Zduřenou šlachou můžeme vyhmatat, oblast poutka A1 je při palpaci bolestivá. Nejčastěji bývá postižen palec, následuje ukazovák a prostředník (7).

Podle klinických příznaků se rozlišují 4 stupně postižení. První stupeň je charakterizován bolestivostí, přeskokem v anamnéze a citlivostí na dotek nad poutkem. Ve druhém stupni je vybavitelný přeskok a pacient je schopen sám aktivně prst natáhnout. Ve třetím stupni je vybavitelný přeskok vyžadující pasivní narovnání. Čtvrtý stupeň znamená fixovanou flekční kontrakturu (18).

Konzervativní terapie je vhodná v počátečních stádiích. V případě přetěžování je vhodné omezit aktivity, které stav zhoršují nebo provést dlahování postiženého prstu. Dále je možné ke zmírnění bolesti a otoku ordinovat antiflogistika, antirevmatika perorálně nebo ve formě mastí a gelů. Medikamentózní léčba je pouze adjuvantní (15).

Základem konzervativní léčby je obstřík šlachové pochvy kortikoidem a lokálním anestetikem v místě průchodu poutkem. Obvykle přináší pro nemocného okamžitou úlevu a do několika dní se upraví i klouzavý pohyb šlach. Obstřík lze opakovat s odstupem 4 – 6 týdnů, maximálně třikrát. Tato aplikace musí být správně provedena. Nesmí dojít k aplikaci přímo do šlachy. To by vedlo k kortizonové atrofii šlachy s následnou rupturou (16).

Operační řešení se volí při selhání konzervativní léčby a podle klinického nálezu. Chirurgický zákrok spočívá v discizi poutka a eventuální podélné fenestraci šlachové pochvy. Výkon je prováděn výhradně v lokální anestezii, při které se operatér perioperačně přesvědčí o dostatečném uvolnění poutka a návratu hladkého pohybu šlach. Při výkonu je nutná obezřetnost, aby nedošlo k poškození digitálních nervů a arterií. Toto riziko je největší na palci (15,16).

Operační zákrok může být také „zavřeně“ – perkutánně pouze minimálním kožním vstupem. V tomto případě je poutko protnuto bez zrakové kontroly. K tomuto se používá silná jehla nebo speciální nástroj. Jehla je zavedena do šlachové pochvy k proximálnímu konci poutka A1. Provede se fenestrace poutka, při které lze cítit typické fenomény z přerušování vláken. Aktivním pohybem prstu ověříme dostatečné uvolnění šlachy. Tato technika umožňuje rychlý návrat k běžným činnostem (19).

Po operaci, bez ohledu na typ zákroku, je nutné pacienta poučit o nutnosti a způsobu cvičení. Pravidelně, každou hodinu, se provádí série cviků. Ta spočívá v opakovaném dotažení a setrvání v plné flexi i extenzi a v pasivním protahování do krajních poloh jako prevence adhezí šlach (16).

1.3 Sestra v procesu ambulantní péče v chirurgických oborech

Současným trendem je zkracování doby hospitalizace a péče o pacienta v jeho domácím prostředí za účasti rodinných příslušníků. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definuje ambulantní péči jako „Zdravotní péči, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče“ (20 s. 4733).

Přínosem pro pacienta je snížení psychické zátěže, zachování si nezávislosti, možnost aktivně se podílet na svém uzdravení, minimální redukce sociálních rolí, rychlejší návrat k běžným aktivitám a mnohé jiné. Tento způsob léčby šetří náklady na zdravotní péči. Minimalizuje možnost vzniku nozokomiální infekce a zkracuje pracovní neschopnost (21,22).

Počet ambulantně prováděných výkonů roste. Širší uplatnění ambulantní chirurgie umožnil rozvoj technologií v posledních třiceti letech především v oblasti diagnostiky, operační techniky, anestezie, jednorázových pomůcek, nových materiálů a řady jiných vymožeností moderní medicíny. Na ruce se řada operačních výkonů provádí v lokální anestezii. To umožňuje vykovávání chirurgického zákroku i v dobře technicky a personálně vybavených ordinacích. Právě operace typu karpálního tunelu a skákavého prstu jsou dnes běžně takto prováděny. Pro zajištění efektivnosti ambulantní péče jsou zapotřebí specifické vlastnosti sester. Důraz je kladen nejen na odborné znalosti, ale velice důležitým požadavkem jsou zde psychologicko-komunikativní a organizační schopnosti. Z důvodu rychlého obratu pacientů je nezbytná všestrannost (21).

Podle Americké akademie ambulantní ošetrovatelské péče je sestra mnohostranný nezávislý specialista. Má široké odborné znalosti a klinické zkušenosti s ošetrovatelským procesem. Identifikuje a objasňuje potřeby pacientů. Pracuje s informacemi založenými na důkazech k zajištění bezpečné a kvalitní péče. Podílí se na léčbě akutních onemocnění, pomáhá zvládat chronická onemocnění a poskytuje podporu na konci života. Poskytuje péči jednotlivcům, rodinám, skupinám, komunitám. Ambulantní ošetrovatelská péče je poskytována v různých prostředích. Sestra komunikuje s pacientem tváří v tvář nebo pomocí telekomunikačních technologií. Vystupuje jako poradce pacienta, respektuje jeho kulturu a hodnoty. Provádí zdravotní výchovu. Ambulantní sestry péči koordinují a zajišťují její kontinuitu. Mají znalosti z oblasti managementu, zajišťují kvalitní a nákladově efektní zdravotní péči. Celoživotně se vzdělávají (23).

V ambulancích se provádí řada diagnostických i terapeutických zákroků. Právě sestry v ambulancích jsou ty, se kterými se pacient setkává nejdříve. Jejich chování výrazně ovlivňuje to, jaký dojem si pacient o zdravotnicích udělá. Je žádoucí, aby se pacient setkal s vlídností, ohleduplností a elementární slušností. Ke kritickým místům patří zejména nezvládnutá komunikace ze strany sester a nerespektování soukromí (24).

Ambulantní péče by neměla odpovídat jen zdravotnímu stavu pacienta, zohledňován by měl být i stav duševní. Ošetření bývá spojeno s častými návštěvami ordinace a s tím souvisí i čekání v čekárně. Sestra zde sehrává nejdůležitější roli.

Zajišťuje kontakt mezi ambulancí a čekárnou. Na této pozici by měla být profesně zkušená sestra, která dokáže pozitivně působit na psychický stav pacienta (22). Měla by dokázat předcházet konfliktům a včas vypořádat jejich možné spouštěče. To vyžaduje určité sociální dovednosti, zájem o člověka a snahu mu porozumět (25).

1.3.1 Příprava ambulantního pacienta před plánovanou operací ruky

Příprava prováděná na lůžkových zařízeních den před operací je na ústupu z důvodu rozvoje ambulantní léčby. Plánovaný výkon nelze provést, pokud se na operované končetině nachází nezhojená rána nebo zánětlivé ložisko. Jsou-li v den výkonu jasné známky akutně vzniklého onemocnění např. virózy, musí se výkon zrušit. Chirurgický zákrok prováděný v lokální anestezii nevyžaduje dlouhé lačnění. Poslední jídlo, které má být lehké, je možné konzumovat dvě hodiny před výkonem. Z tekutin je potřeba vyvarovat se mléku, syceným a alkoholickým nápojům. Pacient musí být srozumitelně informován o charakteru operačního výkonu, možných komplikacích, délce pracovní neschopnosti a předpokládaných omezeních v běžném životě. Toto bývá součástí souhlasu s výkonem. (2,21,26).

Sestra v předoperačním období u ambulantních pacientů provádí posouzení pacienta. Jejím cílem je získat potřebné informace tak, aby mohla zvolit co nejlepší a individuální přístup k pacientovi. Navazuje s pacientem užší kontakt a orientuje se především na stránku osobnostní, medicínskou a sociální. Zaměřuje se na léky, které pacient užívá, na možné alergie, na komplikace po prodělaných vyšetřeních či zákrocích, na rodinné zázemí a zaměstnání. Ověřuje si, nakolik je pacient o zákroku informován. Dává pacientovi možnost ptát se na věci, kterým nerozumí. Údaje získává rozhovorem, fyzikálním vyšetřením a pozorováním. Rozsah posouzení je dán charakterem výkonu a osobností pacienta. U ambulantních výkonů prováděných v lokální anestezii, kde léčba nepřesahuje 4-6 týdnů bývá zkrácené. Sestra se zaměřuje především na posouzení edukačních potřeb v oblasti managementu bolesti, farmakoterapie, rehabilitace, hygieny, úrovně vědomostí a dovedností (27,28,29).

Po posouzení pacienta následuje stanovení ošetrovatelské a edukační diagnózy. K nejčastějším ošetrovatelským diagnózám v rámci ambulantní léčby patří, strach v souvislosti s terapeutickým výkonem, deficit informací o výkonu a pooperačním režimu, bolest v souvislosti s chirurgickým zákrokem a riziko vzniku infekce v souvislosti s chirurgickým výkonem. Ošetrovatelské diagnózy si mohou vyžádat edukační intervence, ze kterých se vychází při plánování edukace. Jak v ošetrovatelském, tak v edukačním procesu stanovuje sestra cíle, kterých chce společně s pacientem dosáhnout. Sestra určuje priority, které vycházejí z potřeb pacienta, a na jejich základě zpracovává plán. Ošetrovatelské i edukační intervence vedou k uspokojování potřeb jedince. Z cílů ošetrovatelské péče, které sestra u ambulantního pacienta stanovuje, můžeme uvést například tyto, pacient má informace o výkonu, zná termín výkonu, zná význam zákroku, zná přípravu a průběh výkonu, dokáže popsat, jak se po výkonu chovat, zná přibližnou délku léčby, je v dobrém psychickém stavu. Edukační cíle stanovujeme na podkladě edukační diagnózy. Jsou očekávanou změnou ve vědomostech, dovednostech a postojích (28,29,30).

Po tomto kroku sestra přistupuje k realizaci ošetrovatelského a edukačního procesu. V ošetrovatelském procesu realizuje ošetrovatelské intervence. V našem případě sestra provádí aktivity k přípravě pacienta před zákrokem, má-li možnost, pečuje o něj během zákroku a sleduje ho po zákroku. Před zákrokem sestra zdůrazní přípravu operované končetiny na zákrok již v domácím prostředí. Zahrnuje důkladnou hygienu končetiny včetně úpravy nehtů. Součástí je též upozornění, že na této končetině nesmí být žádná poranění či hnisavé afekce. Vysvětlí význam a použití turniketu během zákroku. Provádí všechny činnosti k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. V edukačním procesu realizuje edukační plán za použití vzdělávacích metod a pomůcek zvolených s ohledem na pacienta. Ošetrovatelský i edukační proces sestra ukončuje hodnocením dosažených výsledků (2,28,31).

1.3.2 Pooperační režim u ambulantního pacienta po operaci ruky

Po skončení výkonu je nutné pacienta edukovat, jak má dále postupovat a pokud je plně orientovaný, bez komplikací může opustit zařízení nejlépe v doprovodu jiné osoby. Klíčovým bodem pooperační péče je antiedematózní terapie. Otok je regulován elevací končetiny. Pacient musí ruku udržovat výš, než loket se zachováním tupého úhlu v lokti. Několikrát denně je potřeba dávat loket nad úroveň ramene po dobu 15 minut. Optimální je, pokud je ruka nad úrovní srdce. Na lůžku je vhodné podložit končetinu tak, aby byla výše než trup. Setra může doporučit přikládání ledových obkladů na 25 minut. Další obklad je možný aplikovat po 20 minutové přestávce. Obvaz se nesmí promáčet. Důležitá je kontrola obvazu. Přiložený obvaz nesmí škrtit, mohlo by dojít k poruše mikrocirkulace. Sestra poučí pacienta o nutnosti včas uvolnit škrtící obvaz. Komprese musí být optimální. Meziprstí chrání vložení obvazového materiálu. Špičky prstů nechává volně ke kontrole prokrvení. Sestra zdůrazní pacientovi, aby obvaz udržoval v suchu a čistotě. Prosáklý obvaz je nesterilní a maceruje ránu (2,11,21).

K analgezii je vhodná kombinace paracetamolu s kodeinem nebo jiným opioidem. Jejich přínosem je především ochrana pacienta před rizikem gastrointestinálního krvácení nebo cévních příhod, které jsou spojovány s užíváním nesteroidních antiflogistik (32). Dle profesora Kršiaka (33) je důležitá správně stanovená terapeutická dávka paracetamolu odvozená od tělesné hmotnosti. Jedna tableta 500mg paracetamolu je doporučována u hmotnosti od 34 do 50 kg, jeden a půl tablety od 51 do 70 kg a dvě tablety u tělesné hmotnosti 70 až 100 kg. Ve Velké Británii je běžná jednotlivá dávka dospělého 1000 mg paracetamolu. U paracetamolu je kontraindikováno užívání alkoholu a třezalky tečkované, která se využívá k léčbě depresí ve fytoterapii (34,35). V případě užívání nesteroidních antiflogistik je pacienta nutné informovat o způsobu užívání a možných nežádoucích účincích, jako jsou například nauzea, zvracení, bolest břicha, průjem, gastrointestinální ulcerace (36).

Nezbytná je včasná mobilizace. Každou hodinu je potřeba provést sérii cviků. Pacient provádí pasivní i aktivní pohyby prstů do plné extenze a flexe z důvodu

prevence šlachových adhezí. Pohyby musí být plynulé a pomalé. Cvičí se do bolesti (11,16).

Sestra poučí pacienta o symptomech potencionálních pooperačních komplikací. Jedná se především o komplikace v operační ráně. Krvácení se projeví prosáknutím obvazu, nebo se krev hromadí pod kůží, což může být pocíťováno jako tlak v ráně. Infekce v ráně manifestuje bolestivostí, pocitem napětí, zčervenáním, vyšší teplotou na dotek. Někdy lze pozorovat vytékání hnisu mezi stehy. Celkově se infekce projeví zvýšením tělesné teploty. Popsané stavy mohou vést k dehiscenci rány. Neopomene zdůraznit péči o ránu a jizvu. Nutné je udržovat ji v čistotě. Není vhodné ji dlouze namáčet. Na ránu se neaplikují mýdla, parfémy, krémy. Ránu pacient nesmí dřít ručníkem, jen ji jemně osuší. Po odstranění stehů, za jeden až dva týdny, začíná s tlakovou masáží jizvy 3x denně 10 minut. Okolí jizvy pravidelně promašťuje např. přírodním vepřovým sádlem. Násilím neodstraňuje strupy. Není vhodné vystavovat jizvu slunečnímu záření minimálně 3 měsíce. Pacient by se měl vyvarovat dráždění jizvy těsným oblečením ze syntetického materiálu. Tělesnou aktivitu je potřeba přizpůsobit. Ke zhojení vnitřních tkání je potřeba přibližně 6 týdnů klidového režimu (37,38).

1.4 Specifika edukace dospělých

V této části se budeme věnovat vzdělávacímu procesu dospělých, edukačním bariérám a motivaci dospělých účastníků k učení, jelikož sledovaná onemocnění postihují převážně dospělou populaci. Aby se pacient mohl stát aktivním účastníkem v péči o své zdraví, musí mít dostatek kvalitních vědomostí a dovedností. Z tohoto důvodu by měla sestra provádějící edukaci znát specifika vzdělávání dospělých.

Vzdělávání je proces, ve kterém si člověk osvojuje soustavu poznatků a činností, které učením přetváří ve vědomosti a dovednosti. Účastníky tohoto procesu tvoří vzdělavatel a vzdělávaný neboli edukátor a edukant. Činností edukátora je vyučování. Zahajuje, motivuje a vede učení tak, aby účastník dosáhl požadovaného cíle. Je nutné vycházet z již osvojených dovedností a poznatků účastníka. Řídí proces vyučování, volí

metody a hodnotí průběh učení. Učení je nejen osvojování si poznatků, ale i přenos postojů, eventuelně změna hodnot. Směřuje k rozvoji člověka, k růstu zkušeností a poznání. Výuka je komplex tvořený vyučováním a učením. Označuje se jako didaktický proces (39).

Vědní obor o výchově a vyučování zaměřený na vzdělávání a učení dospělých se nazývá andragogika. Vzdělávání dospělých se také označuje termínem další vzdělávání. Andragogika vznikla z potřeby řešit praktické záležitosti, jakými je například lidová osvěta. Výuka dospělých má svá specifika a odlišnosti. Z tohoto důvodu by sestra při edukaci této cílové skupiny měla využívat poznatky z andragogiky (40,41,42).

Vyžaduje se respektování zvláštností dospělého a využívání jeho silných stránek osobnosti. Pro dospělé účastníky je charakteristická vyrovnanost, systém hodnot, sociální zralost, ustálený životní způsob a smysl pro reálné cíle. Při výuce musí být respektován věk, úroveň vzdělání, dosavadní dovednosti a zkušenosti, schopnosti, vzdělávací potřeby, motivaci ke studiu, zdravotní stav a čas, kterým účastník disponuje. Dospělý účastník přijímá poznatky kritičtěji a diferencovaněji s ohledem na své potřeby. Nechce se bezvýhradně podřizovat autoritě lektora, nerespektuje bez výhrad všechny jeho poznatky. Pokud dospělý vstoupí do vzdělávacího procesu dobrovolně, lze předpokládat určitou míru motivace ke studiu. V těchto případech vstupuje do výuky aktivně a je pro něj důležitá zpětná vazba. Výsledky svého učení by měl znát už v průběhu výuky, aby věděl, jak si vede. K tomuto účelu je vhodné využít například dialogických metod, v nichž se aktivita plně uplatní. Nemělo by se zapomínat na fyziologická hlediska jednotlivých věkových skupin. S přibývajícím věkem klesá výkonnost tělesných a senzomotorických funkcí. Rozdíly mohou být pozorovány v oblastech pozornosti, rychlosti vnímání, paměti, pružnosti myšlení. V produktivním a vyšším věku převládá myšlení praktické. Účastník chce vědět, jaký přínos pro něj vzdělání bude mít. Přesněji řečeno, k čemu jim učení bude, čeho tím mohou dosáhnout. Z tohoto důvodu je nezbytné propojovat obsah vzdělání s pracovními a životními zkušenostmi účastníků (39,43).

Vzdělávání probíhá celý život. Odehrává se v různých prostředích, která vyžadují rozdílné přístupy edukátora. Vždy je potřeba navodit partnerský vztah mezi edukátorem

a účastníkem a respektovat zvláštnosti dospělého jedince. Vhodné je pokusit se je pozitivně využít. Učení by mělo být plánované, záměrné. Neměla by být opomíjena individualizace, humanizace a také estetická stránka učiva (40,43).

1.5 Faktory ovlivňující edukaci pacienta a edukační bariéry

Dospělým mohou proces vzdělávání komplikovat různé překážky. Tyto bariéry je potřeba identifikovat a postupně je oslabovat. Barták tyto překážky rozlišuje na intelektuální, percepční, emoční a kulturní. Intelektuální bariéry vycházejí z nízké intelektuální výbavy účastníků výuky, které mohou být podpořeny nevhodnými postupy edukátora. Klíčem je jednoduchost a srozumitelnost verbální i neverbální komunikace. Vhodné je používání názorných pomůcek a příkladů. Percepční bariéry brání jedinci jasně vnímat podstatu problému. Často k tomu dochází, pokud je problém špatně definován a vysvětlen. Například pokud je daný problém popsán příliš detailně nebo naopak pouze v obecné rovině. Účastník pak nedokáže rozpoznat podstatu problému. Edukátor si musí v průběhu výuky ověřovat, zda bylo problému porozuměno a vést účastníky k samostatnému myšlení. Emoční bariéry jsou překážky v jednání, myšlení a sdělování. Mohou představovat strach ze selhání a změn, neochotu k jinému úhlu pohledu. Svou roli zde hraje malá představivost a rigidita. Kulturní bariéry mohou vzniknout při podřizování se různým referenčním rámcům. Chováme se tak, jak nám určuje příslušná komunita. Podle toho přijímáme určité normy jednání. Takovéto bariéry se mohou vyskytovat v podobě tvrzení, přijímaných nekriticky bez důkazů. Brání v tvořivém myšlení (43).

Dále lze faktory ovlivňující edukaci rozdělit na překážky ze strany edukanta a edukátora. Ve zdravotnictví významně ovlivňuje edukaci i vlastní zdravotnický systém. Edukantem je v našem případě nejčastěji pacient. Bránit efektivní edukaci zde může především strach a úzkost vyvolané chorobou. Dále věk edukanta, typ a stádium onemocnění a osobnostní charakteristiky jedince. Juřeníková (44) rozšiřuje tyto edukační bariéry o poruchy smyslového vnímání, změněný psychický stav, mentální postižení a jazykovou bariéru. Kuberová (45) poukazuje i na sociální a spirituální

vlastnosti jedince, které také mohou významně ovlivnit kvalitu edukace. Bariéry na straně edukátora, kterého v ošetrovatelství představuje nejčastěji sestra, jsou zejména v oblasti zvládnutí učebního obsahu, metod a forem. Důležitou roli zde hraje schopnost používat vhodné pomůcky, zvládnutí evaluačních nástrojů, umění efektivní komunikace, asertivního chování a pozitivního přístupu. Za významný faktor je nutné považovat i nedostatečně vedenou dokumentaci prováděné edukace. Juřeníková (44) dále zmiňuje i nahodilý průběh edukace, únavu, malou motivaci, a neschopnost týmové spolupráce. Překážky na straně zdravotnického systému tvoří především nedostatečný časový prostor na edukaci, nevhodné prostředí, přiřazovaná nízká priorita edukaci, roztržitost edukace a deficit edukace ve vzdělávacích programech personálu (29,30).

Pokud chceme dosáhnout cílů edukace, musíme se vyvarovat nejčastějších příčin, které vedou k neúspěšné edukaci. Jsou to zejména chyby při posouzení znalostí edukanta, nestanovení cíle nebo nereálný cíl, nevhodná vědomostní diagnóza, špatná organizace času, nerespektování autonomie jedince, kulturní necitlivost, nezvládnutí komunikace-příliš odborné termíny a zahlcování informacemi, nerespektování individuálních odlišností jedince, nevhodné edukační prostředí, nezvládnutí didaktických nástrojů, opomenutí hodnocení a nedostatečné motivování. Kvapil (46) ve svém odborném článku Edukace správně a nesprávně, považuje za nejčastější chybu to, že sestry vedou s pacientem monolog. Zahlcují ho teorií a pak nezbyvá čas na praktické procvičování. Aniž by sám nemocný před sestrou předvedl popisovanou činnost a opravil případné nedostatky, nelze dosáhnout uspokojivého výsledku edukace (29,46).

Popsané překážky by měl edukátor eliminovat, měl by dbát na přiměřenost vzdělávacího procesu. Je nutné se zamyslet nad tím, co je od vzdělávací akce očekáváno a podle toho volit metody, formy a pomůcky učení. Očekávat lze především předání určitého množství informací a navození motorických, intelektuálních či sociálních dovedností (43).

1.6 Motivace k učení dospělého pacienta

Pro úspěšné vzdělávání dospělých je rozhodujícím faktorem motivace účastníka. Motivace je proces, který vyvolává, udržuje a ukončuje po uspokojení potřeby jednání člověka. Podporuje nebo tlumí člověka, aby něco konal nebo nekonal. Zdrojem lidské motivace jsou vnější pobídky a vnitřní potřeby. Pobídka z vnějšku může vnitřní motiv posílit nebo oslabit. Účast dospělých na dalším vzdělávání ovlivňuje zejména společenské klima, vztahy a okolí, životní situace a osobnostní charakteristika jedince. Každý jedinec má různé motivy k učení. Rozlišení motivů na vnitřní-hodnotné a vnější-méně hodnotné se ve vzdělávání dospělých neuplatnilo. Dospělí se učí především za účelem zvládnutí životních změn nebo konkrétního problému. Dále pak z důvodu uspokojování potřeb poznávání a sociálních kontaktů (40,47,48).

Motivační struktura každého jedince je tvořena souhrnem motivačních sil a je jedinečná. Úzce souvisí se zráním a sociálním prostředím člověka. Rozpoznat motivy jedince je obtížné, jelikož stejné chování může být motivováno zcela odlišnými motivy. Pro sestru provádějící edukaci, je důležité chápat motivy nemocného. Může ho pak lépe ovlivňovat a nemocný se stává aktivním účastníkem edukačního procesu. Cílem sestry je vzbudit zájem jedince, aby byl ochotný se učit a provádět změny. Pro vstupní motivaci můžeme použít metody rozhovoru a demonstrace, kdy přesvědčíme pacienta o potřebě nových vědomostí a dovedností. K průběžné motivaci využíváme především pochvalu, povzbuzení, přiměřenou kritiku. Úkolem je udržet zájem o dané téma (45,48,49).

Motivačně může působit i samotný edukátor, který tuto činnost provádí s patřičným zápalem. Svým nadšením dokáže strhnout účastníky ke kooperaci a skutečnému zájmu o učivo (39).

1.7 Edukace v ošetrovatelství

Součástí ošetrovatelské péče je i výchova a vzdělávání. Od sester se v této oblasti očekává kvalifikovaný přístup. Edukací ovlivňujeme efektivitu léčebného procesu a

pomáhá nám pozitivně ovlivňovat spokojenost pacientů. Edukace může být realizována v každé fázi ošetrovatelského procesu. Zaměřuje se na udržení a obnovu zdraví, na kvalitu života při akutních, chronických i nevyлéčitelných onemocnění. Cílem je aktivní pacient jako spolutvůrce své léčby. Jejím prostřednictvím získáváme nové poznatky, vědomosti, dovednosti a můžeme dosáhnout požadované změny chování či změny postojů. Důraz je kladen na soběstačnost. Sestry poskytují edukaci jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám. Edukace v ošetrovatelství respektuje člověka jako celek. Zahrnuje všechny aspekty jeho existence. Nelze jedince vnímat pouze z hlediska tělesného zdraví. V ošetrovatelství je potřeba holistického pohledu na jedince. Inspirací nám může být pojetí zdraví podle Richrda Ebersta. Zdraví chápe jako celek zahrnující dimenzi fyzickou, mentální, emocionální, sociální, duchovní a seberealizační. Kvalitní edukace je výsledkem týmové práce, v jejímž čele stojí sestra (29,30).

V budoucnu by na každém pracovišti měla být vytvořena pracovní pozice pro sestru edukátorku, která tuto činnost bude vykonávat a ponese za ni plnou odpovědnost. Edukace je náročná jak z hlediska kompetencí tak času. Pro tuto činnost je potřeba vytvořit podmínky. Pokud má sestra zvládnout roly edukátorky, musí ovládat základní vědomosti z pedagogiky. Měla by znát podstatu výchovně vzdělávacího procesu. Podle profesora Kvapila (46) je edukátor ve světě považován za odborníka se specifickými dovednostmi a podotýká, že aby edukátor mohl učit ostatní, sám musí něco umět a musí umět učit (31,46,50).

1.7.1 Role a kompetence sestry v edukaci

„Základní povinnosti a kompetence by měla sestry získat po odborné přípravě v oborové didaktice a dalších pedagogicko-psychologických vědních disciplínách během magisterského studia ošetrovatelství. Základní povinnosti a kompetence sester v oblasti edukace v ošetrovatelství vycházejí z kompetence učitel“ (45 s. 77).

Plnění edukační role je jednou z důležitých kompetencí a zodpovědností sestry. Cílem této role je aktivní zapojení zdravých i nemocných jedinců a jejich rodin do rozhodování v oblasti zdravotní výchovy nebo péče. Ve značně rozčleněném

zdravotním systému sestra působí jako koordinátorka péče. Sestry by měly vystupovat jako facilitátorky, tím že vytváří podmínky pro to, aby se jedinci chtěli a mohly učit. Hodnotí vzdělávací potřeby, vytváří edukační plán, využívají vhodných metod i materiálů a společně s učícím se jedincem hodnotí edukaci. Stávají se průvodkyněmi a asistentkami jedincům v jejich snaze určit si cíle učení. Příjemci zdravotní péče sestram věří a respektují je jako jejich advokátky. Sestry mají ideální postavení vysvětlit a uvést na pravou míru nejasné informace. Na rozdíl od lékařů jsou připraveny poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči. Pro plnění této role musí mít potřebné znalosti a dovednosti. V neposlední řadě pomáhají kolegyním se získáním dovedností a znalostí nezbytných pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče (51).

Role sestry organizátorky je spojena s organizačně-řídící činností. Zahrnuje individuální přístup a motivování jedince, zvládání různých organizačních forem a řešení problémových situací. Role komunikátorky je významná tím, že zasahuje do všech fází edukačního procesu. Týká se verbální i neverbální komunikace, kultivovanosti projevu, asertivity. Umožňuje navázat kontakt s pacientem. Role sestry hodnotitelky souvisí s uměním objektivně hodnotit edukační proces. Sestra v roli edukátorky musí mít pedagogické dovednosti pro přípravu a realizaci edukačního procesu. Musí být schopná posoudit potřeby vzdělávání jednotlivce i rodiny. Pomocí edukace, učí sestry jedince oslabovat strach z neznámého nebo nového. Pomáhají měnit chování zdravých i nemocných a tím přispívají ke zvyšování kvality života populace. Mimo odborných vědomostí má mít sestra i další důležité vlastnosti, protože na ostatní působí osobním příkladem. Sestra by při edukaci neměla lhát, devalvovat, podceňovat nebo se vysmívat. Edukace by se měli všichni účastnit rádi (45,52).

Jak bylo zmíněno na začátku této podkapitoly, kompetence sester v oblasti edukace vycházejí z kompetencí učitelů. Vzhledem tomu, že cílovou skupinu tvoří v našem případě dospělí účastníci, je důležité zde zmínit kompetence andragoga, ze kterých je možné edukační kompetence sester odvodit. Jedná se o kompetence odborné, týkající se oboru, ve kterém je edukace poskytována. Tyto kompetence jsou získané praxí a vzděláním. Vyžadují stálou aktualizaci. Pedagogické kompetence představují zvládnutí efektivní komunikace a didaktických prostředků v jejich nejširším pojetí. Osobnostní

kompetence zahrnují osobností charakteristiky a postoje edukátora, empatii, odpovědnost, trpělivost (53).

1.8 Edukační realita ve zdravotnictví

Edukační realita je předmětem moderní pedagogiky, která se snaží o skutečné poznání procesů výchovy a vzdělání. Edukační realita označuje každou skutečnost, ve které probíhají edukační procesy a fungují edukační konstrukty. Edukační procesy jsou činnosti lidí, při kterých se subjekt učí a jiný subjekt ho vyučuje. Liší se stupněm záměrnosti a organizovanosti (54,55,56).

Záměrné učení-intencionální je takové, když se subjekt učí vědomě a využívá k tomu vnější i vnitřní prostředky. Tento edukační proces se označuje jako typ B. Opačným případem je typ A, učení náhodné-bezděčné, kdy si jedinec učení neuvědomuje. Je ovlivněno vnitřní motivací a zájmy. Řízené učení je záměrně navozené, organizované a ovlivňované z venčí. Řízené učení je označováno, jako edukační proces typu C. Potřebám edukace v ošetrovatelství nejvíce odpovídá záměrné a řízené učení (29,52,54).

Edukační procesy se uskutečňují v edukačním prostředí. Existuje široká škála edukačních prostředí, které se liší obsahem, formami edukačního procesu, účastníky a edukačními konstrukty. Vnější edukační prostředí je ovlivněno ekonomickými, demografickými, etnickými a dalšími vlivy. Tyto vnější faktory jsou typické pro konkrétní lokalitu. Vnitřní prostředí dělíme na fyzikální a psychosociální. Fyzikální prostředí představuje prostorové uspořádání, osvětlení, vybavení, nábytek, barvy atd. Psychosociální prostředí zahrnuje například typ a počet edukantů a jejich vzájemné vztahy. Trvalejší vzájemné vztahy účastníků vytvářejí psychosociální prostředí statické s určitým studijním klimatem. Vlivy, které působí krátce na obsah edukačních procesů, vytváří atmosféru a jsou součástí proměnlivého psychosociálního prostředí. Na edukační proces mohou působit pozitivně i negativně. Z uvedeného vyplývá, že edukační prostředí tvoří řada složek, které společně vytvářejí odlišná edukační prostředí. Specifická edukační prostředí jsou tvořena typickými subjekty. Pro

zdravotnické prostředí jsou typickými účastníky pacienti, zdravotničtí pracovníci a lékaři. Tato specifická prostředí se začínají zohledňovat v teorii pedagogiky a otevírá se tak prostor pro vznik dalších pedagogik, jakou je například pedagogika zdravotnická. Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukace. Jsou to učební plány, normy, testy, učebnice, počítačové programy, časopisy a edukační standardy, zákony a řada dalších. Obecně lze říci, že edukační konstrukty tvoří vše, čím lze edukaci řídit, kontrolovat a podporovat (54,55,56).

Součástí edukačního procesu je učení. „Učení je tendence ke změně chování odehrávající se na úrovni senzomotorické, emocionální, sociální a kognitivní“ (57 s. 99). Každý jedinec má osobitý styl učení, který se rozvíjí na podkladě vrozených charakteristik. Během života se styly učení proměňují. Při edukaci je potřeba respektovat specifický, individuální způsob učení edukanta. Pokud si edukant zapamatuje převážně to, co slyší, jedná se o auditivní styl učení. Takto orientovaní jedinci si pročítají texty nahlas, učí se nahlas a pozorně naslouchají. Ruší je hudba, hluk. Vhodnými metodami výuky jsou přednášky, diskuse a různé nahrávky. Pro vizuální styl výuky jsou charakteristické zrakové vjemy. Edukant se naučí nejlépe to, co vidí. Často si dělá poznámky, nákresy, grafy. Informace by měl dostávat více v psané formě. Do výuky je vhodné zařadit obrázky, plakáty, diagramy. Styl spojený s pohybem nazýváme kinestetickým. Je to učení dotykem a praktickou činností. Jedinci se nejlépe učí tím, že si něco nového vyzkouší, sami vytvoří, nacvičí. Do výuky je vhodné zařadit názorné ukázky, vlastní tvorbu, hru. Učební styly se různě kombinují a jeden z nich je dominantní. Edukátor by proto měl používat různé styly výuky, tak aby zprostředkoval učivo všem zúčastněným (58).

1.8.1 Edukační realita aplikovaná na chirurgické ambulanci

Edukátorem je sestra, která záměrně a řízeně působí na edukantna. Tím je v našem případě pacient podstupující ambulantní plánovaný chirurgický zákrok ruky. Edukační proces probíhá v prostředí ambulance, kam pacient přichází. Zde dochází k prvnímu kontaktu a je důležité, aby se zde setkal jak s příjemným prostředím čekárny a ordinace,

tak příjemnou atmosférou, která pomáhá k získání důvěry pacienta potřebné pro jeho spolupráci se zdravotníky. Charakterizovat veškeré ergonomické parametry fyzikálního prostředí ambulance nelze. Více bude řečeno o využití barev a prostorové dispozici s ohledem na edukaci pacienta. Harmonie barev je důležitá pro navození dobré nálady a pohody. Nejvíce se osvědčily jemné pastelové barvy. Nejoblíbenější barvou ve zdravotnictví je zelená, která značí rovnováhu. Sestra může s tímto faktem pracovat například při výběru svého pracovního oděvu a tím podvědomě působit na pacienta. Z prostorového uspořádání je potřeba zdůraznit, že pro navození přátelské atmosféry je vhodné pravouhlé uspořádání židlí. Frontální rovina sestry a pacienta by měly svírat úhel 90°. Ideální jsou křesla na kolečkách k možné regulaci fyzické vzdálenosti mezi sestrou a pacientem. Není vhodné, aby sestra během edukace seděla za stolem přímo naproti pacientovi (59,60,61).

Na ambulanci sestra provádí především základní a komplexní edukaci. Takto léčené pacienty je potřeba motivovat k vysoké aktivitě, protože péče o zdraví je z větší části přenesena na ně. Nejčastější edukační diagnózy, které sestra ve spolupráci s pacientem stanovuje, jsou, deficit vědomostí o přípravě k plánovanému výkonu, deficit vědomostí o pooperačním průběhu, deficit vědomostí o ošetřování rány, deficit dovedností o pooperačním cvičení. Sestra má možnost si edukaci rozvrhnout na několik setkání, která standardně trvají maximálně do 15 minut. Delší doba není pacienty tolerována (28,29,31).

Sestry na ambulancích využívají nejčastěji formu individuální edukace pomocí metod rozhovoru a praktického nácviku. Oblasti edukace si vypracovává každé pracoviště podle svého zaměření a konkrétních lékařských diagnóz. Sestra jako edukátorka zde má možnost vypracovat edukační konstrukty, jakými jsou například mapy péče pro pacienty s konkrétním onemocněním, jejichž součástí jsou základní informace a doporučení. V ambulantní péči je důležité poskytnout informace pacientovi v písemné podobě domů a upozornit ho na možnost využití telefonické konzultace (62,63,64).

Sestra je povinna provést záznam o edukaci do dokumentace pacienta pro zajištění návaznosti a systematičnosti edukace. Tyto záznamy mají funkci informativní,

kvalitativní, odbornou a právní. Na ambulanci provádí sestra záznam do počítače nebo je součástí ambulantní karty pacienta. Vhodný je podpis záznamu pacientem. Tento krok zdůrazňuje odpovědnost pacienta za své chování (30,42,59).

1.9 Stanovení cílů edukace v ošetrovatelství

Didaktické cíle v edukaci ošetrovatelství vychází z pravidel cílů v klasickém vyučování. Správně formulovat cíl je náročné a pro efektivní výuku klíčové. Z tohoto důvodu je následující stať věnována této problematice (45).

Edukační cíle jsou nezbytné pro představu toho, čeho má být u edukanta dosaženo. Je to očekávaný výsledek. Prostřednictvím edukace chceme dosáhnout plánované změny ve vědomostech, schopnostech, hodnotové orientaci a v osobním rozvoji. Na podkladě cílů je vybírán obsah, metody i formy výuky. Stanovení konkrétního edukačního cíle je možné pouze na základě poznání edukačních potřeb. Edukační cíle stanovuje edukátor ve spolupráci s edukantem. Tak lze zvýšit motivaci jedince a efektivitu edukace. Jen na základě jasně stanovených cílů edukátor zjistí, nakolik se výsledek edukace liší od plánovaných očekávání a může provést hodnocení. Konkrétní cíle se podle psychických procesů dělí na afektivní, kognitivní a psychomotorické. Afektivní cíle-citové, zahrnují oblast postojů, citů hodnotové orientace. V ošetrovatelství se týkají utváření nebo hodnocení postojů k nemoci či ke zdraví. Jsou to cíle výchovné. Kognitivní – poznávací cíle se týkají vědomostí a poskytování informací. V ošetrovatelství jsou zaměřeny na to, co člověk ví, co si o problému myslí. Jsou to cíle vzdělávací. Psychomotorické-behaviorální cíle jsou zaměřené na oblast motorických činností a návyků. Vedou ke schopnosti něco rozhodnout a realizovat to. Označují se také, jako cíle výcvikové. Cíle mohou být dále rozděleny na cíle z pozice edukanta a edukátora. V ošetrovatelství se do cílů z pozice sestry promítají edukační strategie. Edukační cíle z pozice pacienta se vyjadřují z hlediska výkonu pacienta. Popisují, co bude pacient dělat. Cíl se vyjádří pomocí aktivního slovesa. K zachování návaznosti a komplexnosti cílů jsou využívány taxonomie cílů. Rozlišeny jsou podle oblasti psychické činnosti při učení. Cíle jsou v nich uspořádány hierarchicky (29,45,65).

Pro kognitivní doménu je používána Bloomova taxonomie cílů. Je tvořena šesti kategoriemi cílů: zapamatování, porozumění, aplikace, analýza, syntéza, hodnocení.

Zapamatování je schopnost zapamatovat a vybavit si fakta, postupy, normy, termíny. Slovesa vhodná pro tyto cíle jsou: vybrat, definovat, pojmenovat, určit. Porozumění znamená porozumět informacím, umět je vysvětlit, sumarizovat, doložit příklad. Pro tyto cíle volíme slovesa jako: vysvětlit, uvést příklad, vyjádřit se, shrnout. Aplikace je schopnost prakticky aplikovat teoretické znalosti. Zde je vhodné použít slovesa typu: aplikovat, demonstrovat, řešit, používat, uspořádat. Analýza zahrnuje schopnost rozebrat informace na jednotlivé části a určit vztahy mezi nimi. Vhodná slovesa jsou: analyzovat, vyloučit, zahrnout, porovnat. Syntéza představuje schopnost složit části a vytvořit nový celek. Aktivní slovesa jsou: kombinovat, vytvořit, rozpoznat, vymyslet, navrhnout. Hodnocení znamená schopnost posuzovat poznatky podle kritérií nebo standardů. Informace můžeme ověřovat, testovat. Činnostní slovesa jsou: posoudit, obhajovat, kritizovat, prověřovat, zdůvodňovat (29,45,66).

Afektivní doména je rozdělaná do kategorií podle úrovně emocionálních odpovědí na přijímání, reagování, oceňování, integrování a začlenění hodnot. Tuto taxonomii vytvořil D. R. Kratwohl. Přijímání znamená citlivost jedince přijímat nové poznatky, nebo věnovat jim pozornost. Činnostní slovesa pro cíle jsou: akceptovat, přijmout, uznat. Reagování představuje aktivní pozornost, podrobení se pravidlům, dobrovolné zúčastnění se aktivit s uspokojením z činnosti. Vhodná slovesa jsou: odpovídat, zapojit se, přizpůsobit se. Ocenění je uznání hodnoty a poznání smyslu činnosti. Aktivní slovesa pro cíle jsou: tvrdit, připojit se, nesouhlasit, přihlásit se dobrovolně. Integrování hodnoty znamená ztotožnění se s činností, za kterou přijímá odpovědnost. Pro cíle budou použita slovesa typu: dodržovat, změnit, obhajovat. Začlenění je začlenění nové hodnoty do životní filozofie, do charakteru jedince. Vhodná slovesa pro cíle jsou: prosazovat, navrhopvat, objasňovat, ovlivňovat (29,45,66).

Psychomotorická doména je tvořena kategoriemi: vnímání, připravenost, řízená činnost, automatizace jednoduchých a komplexních činností, přizpůsobování a motorická tvořivost. Vnímání, kdy si prostřednictvím smyslového vnímání edukant vytváří představu o činnosti. Aktivní slovesa jsou: rozeznat, určit, opsat, vybrat.

Připravenost znamená připravenost vykonat činnost. Subjekt ovládá postup činnosti. Vhodná slovesa jsou: ukázat, vysvětlit, začít, pokusit se. Řízená činnost je vědomé napodobování úkonů předváděných edukátorem. Činná slovesa jsou: upevnit, vyrobit, změřit. Automatizace představuje vykonávání činnosti spolehlivě a přesně. Typická slovesa jsou stejná jako u nápodoby. Přizpůsobování znamená adaptovat činnosti na různé situace a podmínky. Vhodná slovesa jsou: změnit, nahradit, vyměnit. Motorickou tvořivost charakterizuje vytváření nových vzorců pohybu nebo použití starých vzorců novým způsobem. Aktivní slovesa jsou: kombinovat, složit, přetvořit, vytvořit, sestavit. Autorkou této taxonomie cílů E. J. Simpsonová (45,65,66).

Pro správné stanovení cílů je důležité respektovat určitá pravidla. Cíl musí vycházet z potřeb edukanta a má využívat již nabytých vědomostí klienta. Edukant se má podílet na přípravě cíle, kterého má dosáhnout. Cíl má být reálný a orientovaný na budoucnost. Měl by být pozorovatelný a měřitelný. Vyjadřujeme ho jasně a stručně. Neměl by obsahovat informace, které nesouvisí s cíli edukace. Cíl má být přiměřený a kontrolovatelný. Nezbytnou vlastností cílů je jejich komplexnost a konzistentnost. Splnění cíle je nutné časově definovat (29,45,53).

1.10 Organizační formy edukace v ošetrovatelství

„Didaktickou formu edukace lze definovat jako souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci určitého vzdělávacího procesu“ (44 s. 34). Zahrnují uspořádání prostoru i času. Jsou úzce spojené s metodami. Volbu edukační formy ovlivňují potřeby edukanta, edukační cíle a charakter učiva. Blíže budou popsány organizační formy z hlediska toho, jakým způsobem je učební činnost edukantů ve výuce řízena. Dle tohoto hlediska rozeznáváme výuku frontální, skupinovou, individuální a individualizovanou (30,65).

Frontální výuka je hromadná pro celou skupinu. Centrální roli zde zaujímá edukátor. Probíhá zde jednosměrná komunikace od edukátora k edukantům. Zaměřuje se především na zvyšování vědomostí. Neumožňuje respektovat individuální potřeby. Skupinová edukace představuje práci v malých skupinách, které mohou být vytvořeny

na základě určených kritérií nebo spontánně. Optimální počet ve skupině je 8-12. Edukátor zaujímá roli vedoucího skupiny. Důraz je kladen na vzájemnou spolupráci a diskusi. V ošetřovatelství je vhodná zejména tam, kde chceme dosáhnout vzájemné podpory mezi pacienty a rodinami. Individuální edukace je taková, při které edukátor pracuje s jedním edukantem. Umožňuje respektovat individuální charakteristiky jedince. Nevýhodou této formy je časová a ekonomická náročnost. V ošetřovatelství nám umožní zhodnotit, čemu pacienti neporozuměli a čemu je potřeba se nadále věnovat. Vytváří prostor pro to, aby se pacient aktivně podílel na edukaci, která vychází z jeho potřeb. Individualizovaná výuka je přizpůsobena každému edukantovi podle jeho možností. Je založena především na samostatné práci a samostudiu. Příkladem využití této organizační formy v ošetřovatelství je, pokud sestra připraví pro konkrétního pacienta pracovní materiál (29,30,67).

1.11 Metody edukace v ošetřovatelství

Prostřednictvím metod realizujeme edukační proces. Edukační metodou rozumíme uspořádání obsahu edukace a činností jejich účastníků tak, aby bylo dosaženo stanovených edukačních cílů a souladu s didaktickými principy (30).

Didaktické principy jsou obecné požadavky na proces výuky. Ovlivňují kvalitu výuky a pomáhají nám dosáhnout očekávaných cílů. Didaktické principy ulehčují práci účastníkům edukace. Jedná se o princip aktivity, názornosti, přiměřenosti, trvalosti, soustavnosti, individuálního přístupu, zpětné vazby, spojení teorie s praxí, vědeckosti a princip kulturního kontextu (30,39,44).

Prostřednictvím vhodných edukačních metod zapojujeme edukanta do edukačního procesu a tak zvyšujeme efektivitu učení. Výběr edukačních metod se odvíjí od stanovených cílů. Vždy musíme zohlednit osobnost edukanta. Jaká je jeho úroveň inteligence, styl učení, jaké má dosavadní vědomosti a dovednosti. Neexistuje jedna univerzální vyučovací metoda. Výběr metody určují didaktické zásady, obsahy učiva, požadované cíle, osobnostní a věkové charakteristiky edukantů, svéráznosti vnějšího prostředí a zkušenosti edukátora. V literatuře se setkáváme s mnoha různými

klasifikacemi výukových metod podle různých kritérií. Nejčastěji je citovaná klasifikace J. Maňáka, který člení metody edukace z hlediska pramene poznání, z hlediska aktivity edukanta, fází výuky, myšlenkových operací a z hlediska forem a prostředků výuky. Novější klasifikace kombinuje pohledy na edukační metody J. Maňáka a V. Švece, 2003. Metody rozlišují podle složitosti edukačních vazeb. Pojmy metoda a organizační forma zde splývají. Rozlišuje tři základní skupiny výukových metod. Klasické, aktivizující a komplexní (29,30,68).

U klasické výukové metody má dominantní roli edukátor a charakteristická je pro ni frontální výuka. Důraz je kladen na předávání informací edukantovi. Označuje se jako tradiční výuka. Do této skupiny patří metody slovní, názorně demonstrační a dovednostně praktické. Slovní metody zahrnují: vyprávění, vysvětlování, přednášku, práci s textem a rozhovor. Názorně demonstrační metody tvoří: předvádění a pozorování, práce s obrazem, instruktáž. Dovednostně praktické metody jsou: napodobování, manipulování, vytváření dovedností a produkční metody. Aktivizující metody jsou založeny na řešení problémových situací a úloh. Vedou k rozvoji tvořivého myšlení. Patří sem metody diskusní, heuristické, situační, inscenační a didaktické hry. „Komplexní výukové metody rozšiřují prostor výukových metod o prvky organizačních forem, didaktických prostředků a mnohem více než předchozí skupiny metod reflektují celkové cíle výchovy a vzdělávání“ (69 s. 131). Do této skupiny řadíme metody jako brainstorming, televizní výuka, projektová výuka, kritické myšlení, výuka dramatem a jiné (69).

Vzhledem k velkému počtu výukových metod nyní budou popsány ty, které sestra při edukaci jednotlivců i skupin používá nejčastěji.

Rozhovor je dialogická slovní metoda, patří tradičně k nejčastěji používaným metodám v ošetrovatelství. Edukátor pracuje formou otázek a odpovědí a tím zapojuje pacienta do edukačního procesu. Důležité je formulovat otázky jasně a srozumitelně. Je vhodná pro dosahování kognitivních a afektivních cílů. Otázky by neměly u pacienta vyvolat nepříjemné pocity spojené s úzkostí nebo ponížením. Přednáška je monologická slovní metoda. Edukátor předává slovní informace skupině edukantů. Je vhodná pro dosahování kognitivních cílů. Neměla by být příliš dlouhá. Začíná úvodem, přechází

k jádru a končí závěrem. Důležitý je verbální i neverbální projev. Pro zefektivnění můžeme použít slidy, videa a další. Diskuse, je slovní dialogická metoda. Probíhá mezi edukanty navzájem a mezi edukátorem. Největší efektivity je dosaženo při počtu 6-8 členů. Během diskuse dochází k výměně názorů, zkušeností i pocitů a vede k aktivitě pacienta. Je vhodná pro pacienty, kteří mají stejné zdravotní problémy, protože každý člen musí mít k diskusi dostatečné vědomosti na zvolené téma. Úlohou sestry je řízení diskuse a poskytování zpětné vazby. Demonstrace je názorně demonstrační metoda a znamená, že sestra pacientovi předvede konkrétní činnost, kterou si má osvojit. Před zahájením činnosti je zapotřebí připravit a vyzkoušet všechny pomůcky. Předvedení činnosti musí být přesné. Nácvik praktických dovedností by měl následovat po demonstraci. Jedná se o metodu praktickou a je používána k dosažení psychomotorických cílů. Didaktická hra má za cíl, aby pacient vyhrál na podkladě předem získaných vědomostí a dovedností. Řadíme ji mezi aktivizující výukové metody. Dají se aplikovat jak na jednotlivce, tak na skupiny. Vhodné jsou zejména ke kontrole a shrnutí informací. Oblíbené jsou křížovky, puzzle a jiné. Kromě klasických metod edukace se v ošetrovatelství dají využít i alternativní edukační metody, které zefektivňují edukační proces (29,69).

1.12 Edukační proces v ošetrovatelství

Závěrečná kapitola je věnována edukačnímu procesu, ve kterém by sestra měla dokázat uplatnit veškeré uvedené znalosti a dovednosti z edukace.

Edukační proces v ošetrovatelství je záměrný, plánovaný, řízený a cílevědomý proces uskutečňovaný ve specifickém prostředí v průběhu vzájemné interakce sestry edukátorky a edukanta, kterým může být jednotlivce, rodina, skupina nebo komunita, na jejímž základě dochází k požadovaným změnám v chování. Edukační proces vychází z edukačních potřeb, stylů učení a z ochoty k učení. Cíle je dosaženo, pokud dojde ke změně ve vědomostech, schopnostech nebo v postojích. Probíhá v pěti na sebe navazujících fázích (29,66).

První fází je posouzení. V této fázi sestra sbírá informace o konkrétním jedinci a provádí pedagogickou diagnostiku. Sběr dat by měl být systematický. Sestra analyzuje schopnost edukanta učit se a jeho učební styl. Zjišťuje, jaké vědomosti nebo dovednosti o daném problému má a jaká je výše jeho motivace k učení. Oblast deficitu musí být přesně pojmenována. Začít může od základních údajů, jako jsou vzdělání a zaměstnání. Sestra pokračuje zhodnocením fyzického stavu pacienta a hledá faktory, které mohou ovlivňovat průběh učení. Zajímá se o samotnou osobnost edukanta a jeho rodinu. Nezapomíná na informace o životním stylu, kultuře, náboženství a na společensko-ekonomické faktory. Po analýze informací stanoví edukační potřeby (29,30).

Druhou fází je diagnostika. Po shrnutí a ověření získaných údajů sestra ve spolupráci s pacientem stanoví edukační diagnózu, která vymezuje jeho potřeby. Edukační diagnóza se může týkat deficitu ve vědomostech, dovednostech ale i například v nedostatku motivace. Rozlišujeme je podle aktuálnosti s ohledem na priority jedince. Důležité je přesné definování problémů z pohledu pacienta (29,30).

Třetí fází je plánování. Odvíjí se od priorit edukace. Hlavním záměrem je vytvoření edukačního plánu a stanovení cílů, kterých chceme spolu s jedincem dosáhnout. Současně stanovíme výsledná kritéria. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé. Mají mít formu doporučení, nezakazujeme. V této fázi sestra vybírá obsahy, formy a metody edukace s ohledem na počet edukantů a na čas, který má k dispozici. Dále vybírá vhodné místo a pomůcky k edukaci. Tvoří časový harmonogram, který má být dostatečně pružný a ve kterém jsou rozplánované jednotlivé aktivity a setkání. Nesmí zapomenout posoudit překážky edukace (29,30).

Realizace je čtvrtou fází edukačního procesu. Edukátorka v ní zprostředkovává edukantovi nové poznatky. Ve fázi motivační usiluje o vzbuzení zájmu edukanta. Připravuje ho na nové poznatky. V expoziční fázi seznamuje jedince s učivem. Usiluje o to, aby došlo k osvojení si požadovaného chování. Používá různé metody a pomůcky. Ve fixační fázi opakuje a upevňuje učivo tím, že postup zopakuje nebo s pacientem řeší konkrétní úlohu. Diagnostickou fází prověřuje osvojené vědomosti, dovednosti a návyky. Poskytuje ji zpětnou vazbu. Diagnostika je průběžná, individuální nebo skupinová. Prováděna může být formou ústní, písemnou, pohybovou a kombinovanou.

Aplikační fáze znamená, že získané dovednosti pacient prakticky nebo teoreticky využívá (29,30).

Poslední fází edukačního procesu je hodnocení, kdy sestra hodnotí splnění edukačních cílů a výsledky. Zda byly splněné, nesplněné nebo splněné jen částečně. Hodnocení provádí průběžně a na závěr edukace. V průběžném hodnocení společně hodnotí edukátor i edukant výstupy z každého edukačního setkání. Při závěrečném hodnocení se vyhodnocuje celý průběh edukace na základě stanovených kritérií. Ke zjištění výsledků kognitivních cílů sestra klade otázky. Testy nejsou příliš vhodné, mohou vyvolat u edukantů úzkost. Motorické cíle zhodnotí pozorováním pacienta. Hodnocení afektivních cílů je obtížné. Hodnotit může odpovědi na konkrétní otázky nebo pozorovat změnu v chování či vyslechné názory edukanta. Pokud nebyl cíl splněn nebo byl splněn jen částečně, edukační plán reviduje či vytvoří nový plán. Při hodnocení zdůrazňuje na prvním místě pozitiva a postupně přechází ke kritice. Důležitou součástí hodnocení je poskytnutí zpětné vazby sestře a její sebereflexe (29,30).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat specifika edukačního procesu u pacientů podstupujících plánovaný operační zákrok ruky.
2. Vypracování edukačního materiálu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak probíhá edukační proces pacienta před operačním zákrokem ruky?
2. Jak je pacient edukován o pooperačním režimu?
3. Jakým způsobem je realizována edukační činnost u pacientů podstupujících operační zákrok ruky?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Výzkum byl realizován jako kvalitativní šetření rozvržené do dvou fází. V první fázi byl sběr dat uskutečněn hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s pacienty, kteří podstoupili plánovaný ambulantní zákrok ruky. Toto šetření bylo doplněno o výzkumnou metodu přímého strukturovaného pozorování zaměřeného na sestry v rámci edukační reality. Metoda pozorování byla původně navržena k realizaci ve druhé fázi výzkumu. Na základě dat zjištěných z polostrukturovaných rozhovorů bylo toto pozorování přesunuto do první fáze, jelikož si situace vyžadovala jev více prozkoumat z důvodu verifikace získaných dat. Tato metodologická triangulace umožnila náhled na zkoumaný jev z více stran. Na základě výsledků šetření první fáze byl vypracován edukační materiál, pomocí kterého nově proběhla edukace dalších pacientů. Edukaci prováděly sestry jednotlivých pracovišť samy po předchozí instruktáži výzkumníkem. S pacienty byly následně vedeny stejné hloubkové polostrukturované rozhovory k ověření vytvořeného edukačního materiálu. Přesná transkripce rozhovorů byla analyzována technikou otevřeného kódování metodou „papír a tužka“. Následně byly tyto kódy rozříděny do kategorií a dále bylo pokračováno technikou označovanou „vyložení karet“. Kategorie byly pro přehlednost uspořádány do schémat zpracovaných programem SmartArt Microsoft Office Word 2007.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v prostředí privátní chirurgické ambulance, privátní ortopedické ambulance a na ortopedickém oddělení i ambulanci nemocnice v rámci poskytované ambulantní péče na Chomutovsku. Soubor byl vybrán záměrně dle cílů výzkumu a sběr údajů probíhal do dosažení teoretické saturace. Celková doba sběru dat trvala od února 2014 do konce dubna 2014. Vybráni byli pacienti podstupující ambulantní plánovaný zákrok v lokální anestezii z důvodu syndromu karpálního tunelu

nebo skákavého prstu. Pozorování bylo uskutečněno u šesti sester vždy s vysloveným souhlasem každé dotčené. Na každém pracovišti byly pozorovány dvě sestry. Údaje získané během pozorování byly zaznamenány do pozorovacích archů vytvořených k tomuto účelu (Příloha 1). Pro přehlednost byla charakteristika výzkumného souboru zpracována do tabulek.

Tabulka1 Identifikace respondentů v 1. fázi výzkumu

Identifikace respondentů v 1. fázi výzkumu						
respondent	pohlaví	věk	povolání	délka výkonu povolání	zárok	pracoviště
R1	žena	53 let	učitelka ZŠ	26 let	SKT	ort. amb.
R2	žena	59 let	účetní	38 let	SKT	ort. amb.
R3	žena	52 let	referentka	18 let	SKT	ort. amb.
R4	žena	54 let	uklízečka	33 let	SKT	ort. amb.
R5	muž	60 let	malíř pokojů	40 let	SKT	ort. amb.
R6	žena	50 let	kadeřnice	32 let	skákavý prst	ort. odd.
R7	žena	45 let	učitelka ZŠ	19 let	skákavý prst	ort. odd.
R8	žena	48 let	operátorka	8 let	skákavý prst	ort. odd.
R9	muž	55 let	elektromechanik	36 let	skákavý prst	ort. odd.
R10	muž	48 let	informatik	29 let	skákavý prst	ort. odd.
R11	žena	55 let	zdravotní sestra	30 let	SKT	chir. amb.
R12	žena	60 let	operátorka	15 let	SKT	chir. amb.
R13	žena	44 let	masérka	22 let	SKT	chir. amb.
R14	žena	51 let	účetní	31 let	SKT	chir. amb.
R15	žena	57 let	skladnice	12 let	SKT	chir. amb.
R16	žena	53 let	švadlena	35 let	skákavý prst	chir. amb.
R17	muž	33 let	zedník	13 let	skákavý prst	chir. amb.
R18	muž	42 let	zámečnick	24 let	skákavý prst	chir. amb.
R19	žena	48 let	učitelka ZŠ	23 let	skákavý prst	chir. amb.
R20	žena	45 let	učitelka ZŠ	20 let	skákavý prst	chir. amb.

Legenda tabulky: SKT: syndrom karpálního tunelu, ort. amb.: ortopedická ambulance, chir. amb.: chirurgická ambulance

Tabulka 2 Identifikace pozorovaných sester

Identifikace pozorovaných sester					
sestra	věk	dosažené vzdělání	celková délka praxe	pracoviště	délka praxe v ambulanci
S1	37 let	střední odborné s maturitou	17 let	ortopedická ambulance	12 let
S2	48 let	střední odborné s maturitou	30 let	ortopedická ambulance	15 let
S3	59 let	střední odborné s maturitou	40 let	chirurgická ambulance	19 let
S4	28 let	střední odborné s maturitou.	8 let	chirurgická ambulance	4 roky
S5	40 let	střední odborné s maturitou	21 let	ortopedická ambulance nemocnice	10 let
S6	52 let	střední odborné s maturitou	32 let	ortopedické oddělení	16 let

Tabulka 3 Identifikace respondentů ve 2. fázi výzkumu

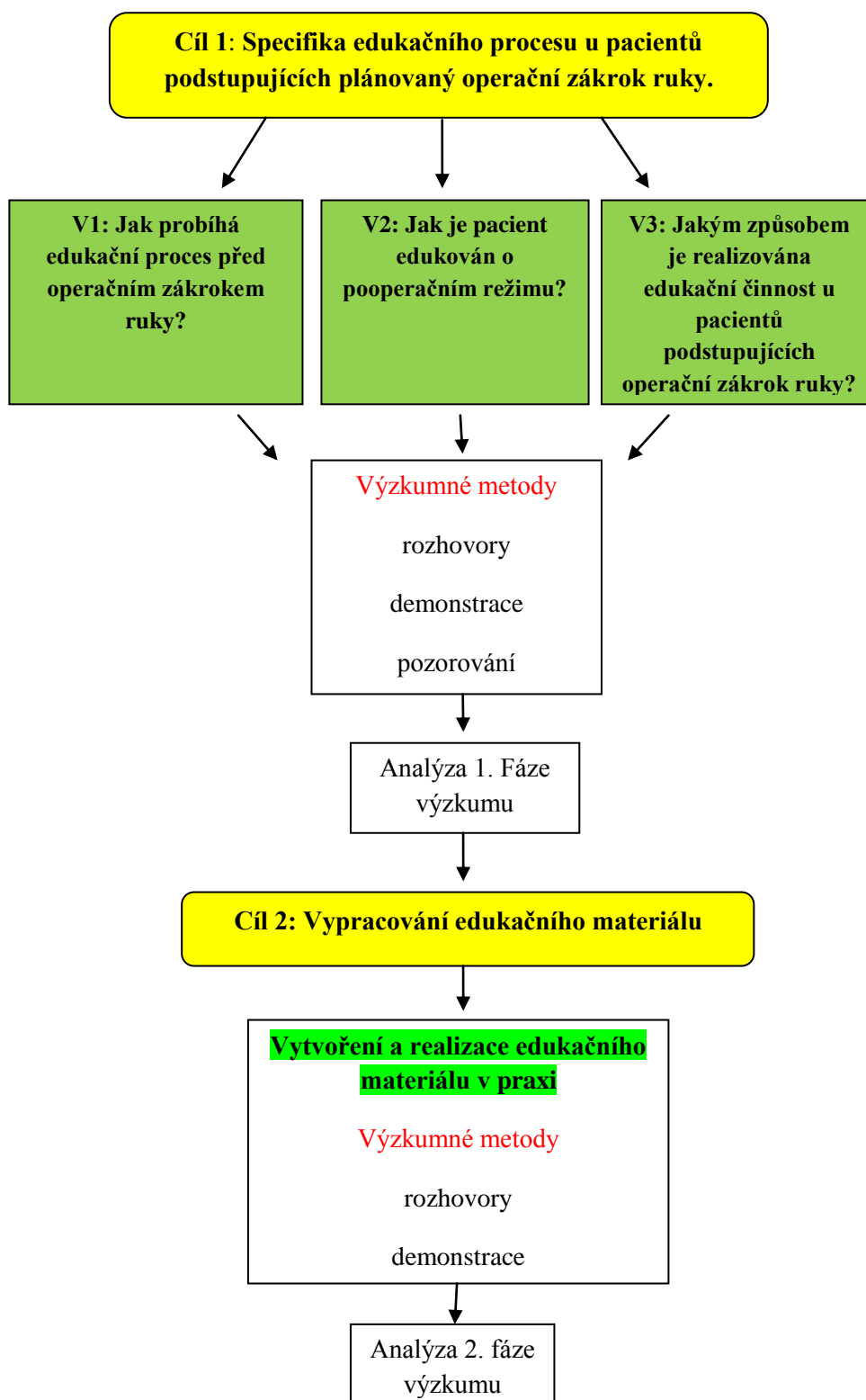
Identifikace respondentů v 2. fázi výzkumu						
respondent	pohlaví	věk	povolání	délka výkonu povolání	zákrok	pracoviště
R21	žena	38 let	asistentka	15 let	skákový prst	chir. amb
R22	muž	56 let	sedlář	31 let	skákový prst	chir. amb.
R23	žena	45 let	účetní	26 let	SKT	chir. amb.
R24	muž	29 let	dělník	10 let	skákový prst	ort. amb
R25	žena	48 let	malířka keramiky	31 let	SKT	ort. amb.
R26	žena	51 let	učitelka MŠ	32 let	SKT	ort. amb.

3.3 Realizace výzkumu

V první fázi výzkumu bylo realizováno dvacet polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří daný typ zákroku již na uvedených pracovištích absolvovali. Ve druhé fázi proběhlo šest rozhovorů na pracovišti privátní chirurgické a ortopedické ambulance (Příloha 2). Rozhovory ve výzkumném šetření probíhaly individuálně s ohledem na zachování anonymity respondentů. Na ortopedickém oddělení byl po dohodě s vedením oddělení zvolen přesný písemný záznam rozhovorů bez možnosti zvukového záznamu. Na ostatních pracovištích byla většina rozhovoru taktéž zaznamenána písemně na papír. Tři respondenti z celkového počtu souhlasili se zvukovým záznamem rozhovoru.

Edukační karty (Příloha 3) byly vytvořeny dle současných doporučení odborné literatury medicíny a ošetrovatelství s respektováním časové náročnosti ambulantního provozu. Karty jsou barevně rozlišeny pro jednotlivá edukační setkání. Pacientovi je pomocí karty položena otázka a je mu ponechán prostor k odpovědi. V případě nejistoty či nevědomosti nahlas přečte správná doporučení z druhé strany karty. Otázky korespondují s textem a doporučeními shrnutými v mapě péče, kterou pacient dostává k dispozici již při prvním setkání (Příloha 4).

Schéma1 Grafické znázornění výzkumu



4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola obsahuje vyhodnocení výsledků zjišťovaných jevů. První část mapuje výsledky z rozhovorů s pacienty, kteří podstoupili operační zákrok ve vybraných zařízeních, doplněné o pozorování sester při edukační činnosti. Druhá část je věnována zmapování výsledků z realizace edukačního materiálu v praxi.

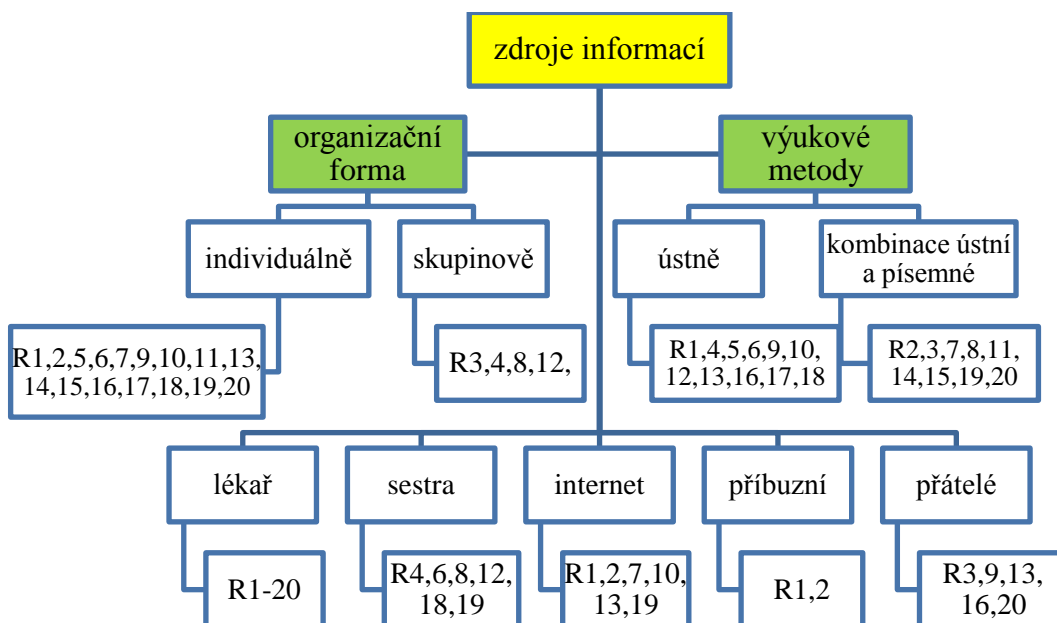
4.1 Vyhodnocení 1. fáze výzkumného šetření

Na základě analýzy rozhovorů byly vytvořeny tyto kategorie:

1. Zdroje informací pacientů
2. Předoperační příprava
3. Pooperační režim ruky
4. Pooperační komplikace
5. Management bolesti
6. Péče o operační ránu

4.1.2 Zdroje informací pacientů

Schéma 2 Zdroje informací



Z rozhovorů vyplývá, že v poskytování informací u ambulantních zákroků dominují lékaři. Lékaře jako zdroj informací uvedlo shodně všech dvacet respondentů. Sestra byla uvedena v šesti případech stejně jako informace získané prostřednictvím internetu. V rozhovorech byli dále jmenováni i přátelé a příbuzní dotyčných pacientů.

Respondenka (R1) po sdělení výsledků z vyšetření, reagovala takto: „Doma jsem si hned na internetu nastudovala, o co se jedná a objednala se na ortopedii, sem k panu doktorovi.“ Taktéž informace na internetu vyhledávala žena (R2), která byla léčena u praktické lékařky: „Neměla jsem pocit, že by mně to pomáhalo a začala jsem informace hledat na internetu.“ To respondent (R10), který je zaměstnán jako správce počítačových sítí, si veškeré informace nahledal ještě před návštěvou lékaře: „Nejprve jsem si vše vygoogloval podle příznaků. Potom jsem šel rovnou na ortopedickou ambulanci, kde mi to lékař vlastně už jen potvrdil.“ Podobně postupovala i učitelka ze základní školy (R7): „Nastudovala jsem si něco o tom onemocnění ještě dříve než jsem šla k lékaři. Pan doktor byl stručný a moc se mnou nezdržoval.“

Informace převážně od sestry získala žena středního věku (R8): „*Sestra mně to vysvětlovala. Já se jí ptala, protože jsem doktorovi rozuměla jen něco.*“ Základní organizační informace poskytla sestra respondentce (R6): „*Řekla mi termín operace, a kam mám přijít. A že na převaz zase půjdu k nim.*“ Dále doplnila i místo zákroku: „*Že mně to budou dělat na sále. Hrůzu jsem měla z toho, že jsem musela být nahá.*“ Na otázku, zda potřebné informace získala jen od lékaře, učitelka (R20) ze základní školy uvedla: „*Ne, i sestřička u pana doktora mně to docela hezky vysvětlila.*“ Hlavním zdrojem informací pro ni však byla její kolegyně, která podstoupila stejný zákrok: „*Kolegyně fungovala dobře, všechno mi detailně popsala.*“ Společně s kamarádem probíral zákrok i pětapadesátiletý muž (R9): „*Kamarád měl to samé, tak jsme se spolu o tom bavili. Radil mi, ať si to nechám operovat, jinak nebudu mít klid.*“

Jako zdroj informací dobře sloužila respondentce (R19) její sestra: „*Moje sestra je zdravotní sestra. Ta věta zní hrozně, ale je to tak. Když jsem jí popsala, co mě trápí, hned věděla, o co jde. Vysvětlila mně podstatu onemocnění a dojednala konzultaci u pana doktora.*“

Některým pacientům zcela dostačovaly informace podané lékařem, jako například respondentce (R14): „*Neměla jsem potřebu pátrat ještě jinde.*“

Do této kategorie bylo zařazeno i to, jaké organizační formy a výukové metody při získávání informací pacientům vyhovují. Většina respondentů uváděla jako nejvíce vyhovující individuální formu. Celkem ji preferovalo šestnáct respondentů. Čtyři účastníci rozhovorů byli pro edukaci ve skupině. Nejčastějším důvodem odmítání této organizační formy byla uváděna ztráta soukromí a času. Z rozhovorů dále vyplynulo, že pacienti upřednostňují ústní podávání informací, kde mohou klást případné dotazy a ujasňovat si nesrovnalosti. Devět respondentů uvádělo kombinaci ústně podaných informací s písemnými. Ty by neměly být příliš dlouhé a měly by shrnovat hlavní body.

Respondentka (R1) na možnost setkání ve skupině, která by byla tvořena lidmi se stejnou diagnózou, reagovala: „*To asi ne, vadí mi probírat osobní věci před někým cizím.*“ K tomu, jakou by zvolila výukovou metodu, uvedla: „*Já rozhodně ústně, když se můžete zeptat na něco, co vám není jasné.*“ Podobně na edukaci ve skupině reagovala i paní učitelka (R18): „*Nemyslím si, že bych chtěla, aby někdo cizí věděl, s čím jdu na*

operaci. Je to mé soukromí. Jsem učitelka a je zcela možné, že bych se potkala třeba s rodiči žáků a to by mně nebylo příjemné.“ Respondent (R17) označil takovéto setkání za trapné: *„Jako skupinová terapie, jo? To fakt ne. To je trapný.“* Pro respondenta (R6) by to byla jak ztráta soukromí tak i času: *„To by znamenal čas navíc a ještě s cizími lidmi. Nikomu do toho nic není, s čím jdu na operaci.“*

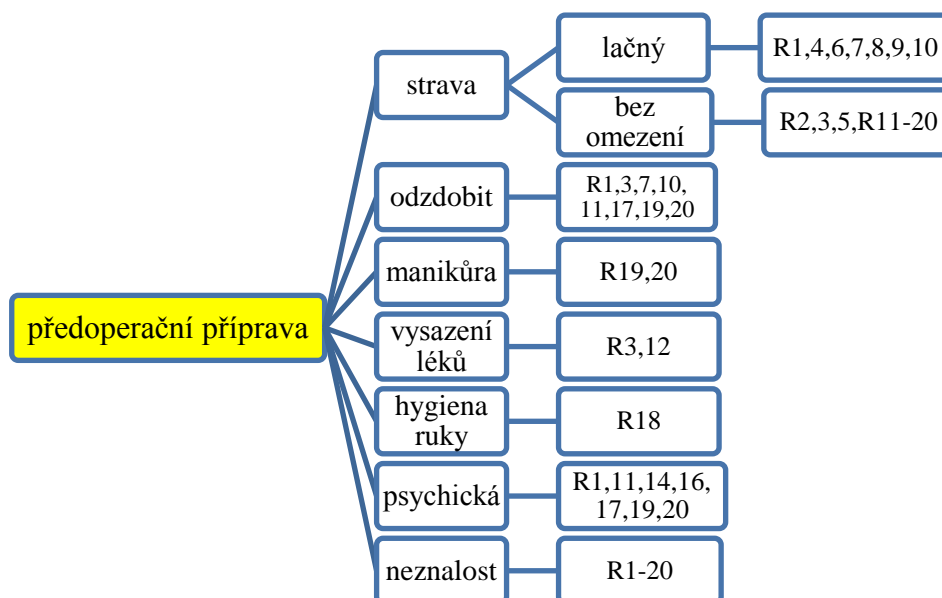
Pozitivně na edukaci ve skupině reagovala respondentka (R8): *„Tak proč ne. To bych klidně přišla. Člověk by viděl, že to mají i jiní a neměl by potom třeba takový strach z té operace.“* Ve stejném duchu se vyjádřila i repondentka (R12): *„To by se mi líbilo. Mohli bychom si o tom pohovořit a třeba ukázat i to cvičení.“*

Nejvíce preferovanou výukovou metodou byla metoda ústní, jako například u repondentky (R1): *„Já rozhodně ústně, když se můžete zeptat na něco, co vám není jasné“.* Respondent (R17) k tomu uvedl: *„Stačí ústně. Já bych nějaké papíry akorát někde založil.“*

Kombinaci ústní a písemné metody by volila repondentka (R2): *„Člověk může na něco zapomenout a pak je lepší, když ty informace máte napsané ještě v nějakých bodech. Číst dlouhé elaboráty mě nebaví, ale takové to připomenutí není asi špatné.“* Respondentka (R3) k tomu dodala: *„Někdo má u doktora trému a může mu něco vypadnout. Doma si to pak může v klidu číst.“* Podobně reagovala i respondentka (R14): *„Mám strach, že si vše nezapamatuji a pak si doma vzpomínám, jak on to ten doktor říkal.“* Pro respondentku (R8) znamená návštěva lékaře psychické napětí a proto by taktéž volila kombinaci uvedených metod: *„Já to potřebuji slyšet a asi i číst. Mám u doktora z toho nervy a pak všechno zapomenu.“*

4.1.3 Předoperační příprava

Schéma 3 Předoperační příprava



V této kategorii jsou shrnuta vyjádření respondentů týkající se edukace o předoperační přípravě. V rozhovorech se objevovaly odpovědi typu nevím, to mi neřekli nebo připravovat jsem se neměla. Osm respondentů uvádělo odlakování nehtů nebo odložení prstýnků či hodinek. Tyto údaje byly kódovány jednotně jako odzdobení. Psychickou přípravu vyjádřili čtyři respondenti, především formou dobré nálady. V rámci předoperační přípravy byl u tří účastníků rozhovorů zmiňován i doprovod zajištěný po operaci, který byl při analýze zařazen do psychické přípravy. Dále se ve dvou případech respondenti zmínili o úpravě nehtů, tedy o manikúře a ve stejném počtu se objevilo vysazení léků určitou dobu před zákrokem. Konkrétně se jednalo o Anopyrin. Jeden respondent zmínil hygienu ruky před zákrokem. U jedné z respondentek musela být operace odložena z důvodu poranění na operované ruce při práci na zahradě.

V rámci předoperační přípravy byly sledovány i znalosti pacientů o doporučení ohledně přijímání stravy a tekutin. Bylo zjištěno, že tato doporučení se liší v závislosti na pracovišti. V ortopedické ambulanci se tři účastníci rozhovorů v přijímání stravy

nějak neomezovali a dva ano. Respondenti z ortopedického oddělení hovořili o lačnění. Respondenti, kteří podstoupili zákrok na chirurgické ambulanci, neměli před zákrokem přijímání stravy a tekutin omezené.

Respondentka (R1) se na zákrok připravovala takto: *„Sestra mi řekla, abych si odlakovala nehty a že je vhodný doprovod po operaci. Nic víc jsem už nedělala.“* K omezení stravy před operací uvedla: *„Ráno jsem si normálně vypila kávu, ale raději jsem nic nejedla.“* Konkrétní informace o přípravě neměla respondentka (R2): *„Nic takového mi nikdo neříkal, o nějaké zvláštní přípravě. Sestřička mi řekla, že pokud budu mít nějaké dotazy, můžu jí zavolat, ale nevyužila jsem to.“* Ke stravování se vyjádřila stručně: *„Normálně jsem se nasnídala, neměla jsem zakázáno jíst.“* Stejnou zkušenost s přípravou měla i kadeřnice (R6): *„Nevím, jak bych se měla doma připravovat.“* Na rozdíl od předchozí respondentky před výkonem nejedla: *„Měla jsem přijít nalačno, ale léky jsem mohla zapít trochou vody.“*

Léky ovlivňující krevní srážlivost mají být dostatečnou dobu před operačními zákroky vysazeny. Tak jako to bylo u pacientky označené (R3): *„No já беру Anopyrin, tak jsem ho měla týden před operací vysadit.“* Na otázku, jak jste měla připravit ruku před zákrokem, odpoví: *„Ruku? O tom mi nikdo nic neřekl. Ruku jsem nijak nepřipravovala, akorát jsem si sundala prstýnek.“*

Důležitou součástí období před výkonem je psychická příprava. Ta byla zaznamenána u respondentky (R11), která pracuje jako zdravotní sestra s mentálně postiženými lidmi: *„Mohla jsem se nasnídat, dát si kávičku a hlavně přijít v dobré náladě. Sestra říkala, že se nemám zbytečně stresovat, že ty zákroky provádí často, a když budu v klidu, tak to půjde raz dva.“* Respondenti (R14 a16) měli: *„Být v klidu a nebát se.“* První z nich jedla naposledy hodinu před výkonem a neměla žádná doporučení ke stravování. V dobré náladě se měla dostavit i respondentka (R19): *„Měla jsem přijít v dobré náladě jinak snad nic.“* Na otázku, jak jste měla připravit ruku před zákrokem, reagovala: *„O tom jsme se u lékaře nebavili, ale moje sestra mě upozornila, že bych neměla mít dlouhé nehty a nějak výrazně nazdobené. Takže jsem před tím absolvovala manikúru, aby bylo vše v pořádku.“* Ohledně úpravy stravy před výkonem

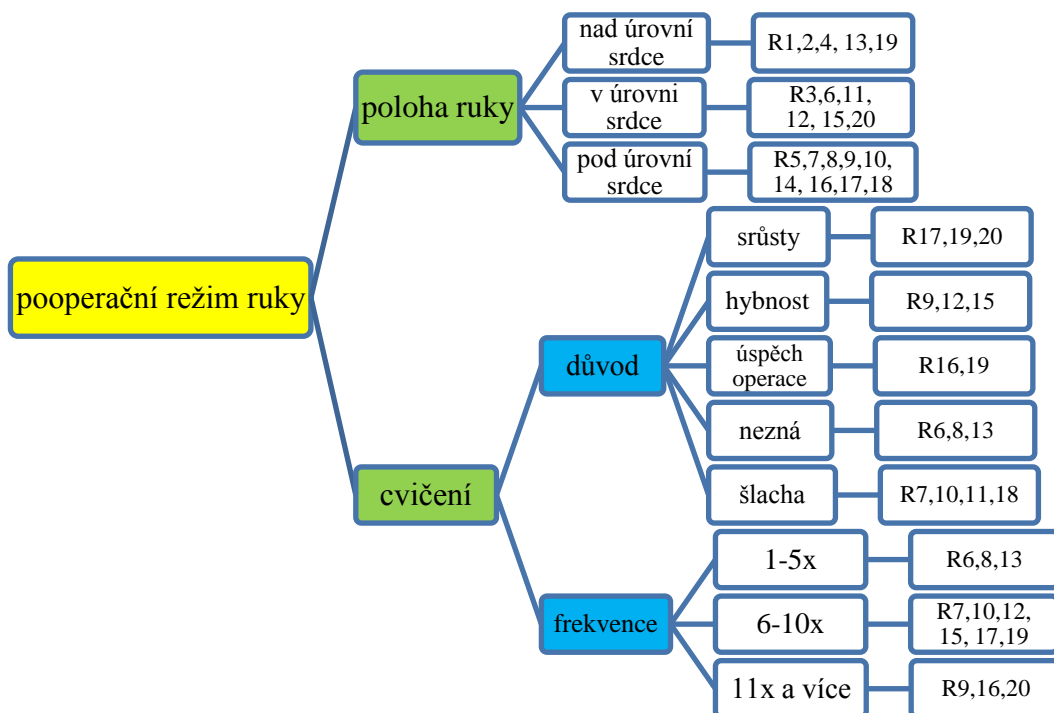
odpověděla: „*Jelikož byla operace v místním umrtvení, mohla jsem se před tím přiměřeně najíst a pila jsem normálně.*“

Zámečnick (R18), jako jediný z účastníků rozhovorů, provedl hygienu ruky: „*Snažil jsem se ji trochu vydrbat, protože mám ruce špinavé z práce, i když používám rukavice. Jak se říká, špína je zažraná.*“

Zajímavou zkušenost měla učitelka, která ráda zahradničí (R20): „*Žádná speciální příprava se nekonala. Je to asi jako když jdete k zubaři. Také se zvlášť nepřipravujete.*“ Paní dále pokračovala „*Já si lakuji nehty, tak ty jsem odlakovala a upravila. No já na sebe musím prozradit, že se kvůli mně musela operace odložit. Jak naschvál jsem si při práci vrazila do ruky trn. Nebylo to nic hrozného, ale netušila jsem, že by to mohlo znamenat nějaký problém. Jenže když jsem přišla na zákrok, pan doktor se podíval na ruku a řekl, že to budeme muset odložit, protože tam bylo trochu hnisu.*“ Stravování omezené neměla, ale ze strachu nemohla jíst.

4.1.4 Pooperační režim ruky

Schéma 4 Pooperační režim ruky



Poloha ruky, na které byl proveden zákrok, je klíčová z hlediska prevence vzniku edému. V rozhovorech se v souvislosti s polohou převážně objevovaly výrazy jako nahoru nebo vysoko. Pro přesné určení toho, jak jednotliví respondenti chápou tyto termíny, následovalo požádání o názorné předvedení polohy, ve které ruku měli. Poloha byla písemně zaznamenána. Devět účastníků rozhovorů předvedlo polohu ruky níže než je poloha srdce, šest zhruba v úrovni srdce, tři nad úrovní a dva ukazovali ruku položenou na hlavě.

Další důležitou součástí edukace pacienta o pooperačním režimu je to, jak má s operovanou rukou zacházet. Zde se respondenti vyjadřovali ke cvičení s prsty na operované ruce, jak často cvičili a zdali znali důvod tohoto cvičení. Ze šetření vyplynulo, že 15 respondentů nějakým způsobem cvičení provádělo. Pět respondentů z ortopedické ambulance neprovádělo žádné cviky. Frekvence cvičení byla rozpracována do tří skupin, 1-5krát denně, 6-10krát denně a 11 a vícekrát denně. Důvody cvičení byly v rozhovorech uváděny různé. Nejčastěji byly zmiňovány srůsty nebo šlacha a to celkem v sedmi případech. Dále se v rozhovorech objevily důvody jako úspěch operace či ztuhnutí. Někteří důvod cvičení neznali. Z analýzy rozhovoru vyplynulo, že o důvodech cvičení nebyli informováni respondenti, kteří podstoupili zákrok v nemocnici (R1-5). V privátní ortopedické ambulanci cvičení po operaci syndromu karpálního tunelu nedoporučovali (R1-5). Pro kontrolu správnosti byli i v tomto případě respondenti požádáni o názornou ukázkou techniky cviků. Nevyhovující technika byla zaznamenána v osmi případech.

Respondentka (R1) se k poloze ruky po zákroku dozvěděla: „*Že mám mít ruku hodně vysoko.*“ Paní předvedla ruku položenou na hlavě. „*No to mi pan doktor opravdu řekl, že si jí mám dát na hlavu, že to pak nebude tolik bolet. Ale to jsem dělala tak první tři dny. Sestra mi ještě poradila, že si ruku mám v posteli podložit, aby byla výš.*“ Muž (R5), který byl operován na stejném pracovišti, k tomu dodal: „*Chtěl, abych dával ruku hodně vysoko. Sestra mi říkala, že to můžu ledovat a že si mám pod tu ruku něco dát i do postele. Aby jako byla výš*“ Při předvedení polohy pán ukázal ruku pod úroveň srdce.

Respondentka (R6) z ortopedického oddělení na otázku, v jaké poloze měla ruku, stroze odpověděla: „*No nahoru.*“ Při demonstraci polohy předvedla ruku ve výši srdce.

Podobně stroze se vyjádřila ke cvičení prstů: „*Hýbala jsem s nimi.*“ Dále bylo zjišťováno, jak často cvičila: „*Ježiš, to nevím. Ono mě to první den moc nešlo. Tak asi pětkrát.*“ K tomu, proč cvičila, se respondentka vyjádřila takto: „*Protože mi sestra řekla, že s nimi mám hýbat a já jsem poslušný pacient.*“ Při demonstraci cviků s prsty se nejednalo o extenzi a flexi, ale o kmitání natažených prstů.

Respondentka (R8) popisuje pooperační režim takto: „*Jinak jsem si měla procvičovat prsty a mít ruku nahoře.*“ Při předvedení polohy ukázala ruku níž, než je úroveň srdce. S prsty cvičila od druhého dne: „*Hýbala jsem s nimi, když jsem si vzpomněla. Ono to bylo dost umrtnené a bolavé. Po operaci jsem to trochu šidila, ale druhý den už to bylo lepší.*“ Frekvenci udala desetkrát za den. Technika nebyla správná. Cviky prováděla jen s posledními články prstů. K tomu, jestli věděla, proč se má cvičit uvedla: „*Já se neptala, proč se má cvičit. Prostě dělám, co mi řeknou.*“

Respondentka (R12) absolvovala operaci syndromu karpálního tunelu v privátní chirurgické ambulanci a také byla informována o zvýšené poloze ruky, při předvedení měla ruku v úrovni srdce a dodala: „*Dávala jsem si ji na šátek, abych ji nemusela pořád držet.*“ Cvičila desetkrát denně proto: „*Aby to nezatuhlo.*“ Při předvádění techniky cviků hovořila: „*Trochu jsem s nimi cvičila, snažila jsem se je narovnávat a dělala jsem špetku.*“ To také předvedla, technika byla nesprávná.

Polohu ruky výš než úroveň srdce předvedla respondentka (R13) a dodala: „*I vleže jsem si ji dávala výš tak, že jsem si pod ní smotala osušku.*“ S prsty cvičila omezeně: „*Trochu jsem s nimi hýbala. Řekla bych, že tak pětkrát za den to bylo.*“ K důvodu poznamenala: „*Doktor mi říkal, ať je procvičuji a bylo to napsané i ve zprávě.*“ Při demonstraci cviků předvedla pohyb s nataženými prsty.

Po operaci držela ruku respondentka (R14) pod úroveň srdce a k tématu se vyjádřila takto: „*Když jsem ji dala dolů, tak v ní byl cítit tlak a cukání, to mě donutilo držet ruku nahoru.*“ S prsty lehce pohybovala a jako důvod uvedla: „*Měla jsem takový pocit, že je to vhodné.*“ Frekvenci cvičení nemohla určit: „*Cílené cvičení jsem neprováděla. Takže nemůžu říct ani kolikrát.*“ Předvedené cviky odpovídaly popisu.

Respondentka (R16) prováděla cviky velice často: „*Poctivě jsem s nimi cvičila. Pořád i v noci, řekla bych, že tak třicetkrát to bylo.*“ Důležité pro ni bylo sdělení lékaře:

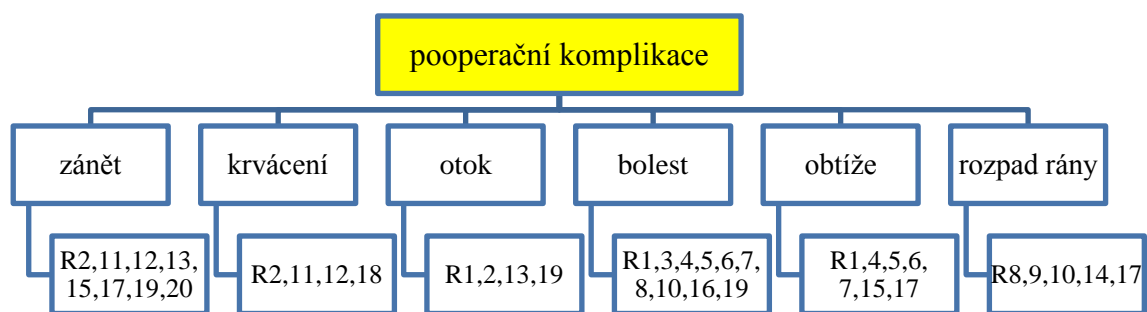
„Že na tom závisí úspěch operace.“ Při demonstraci cviků nedotahovala prsty do plné extenze.

Zedník po operaci skákavého prstu (R17) popsal pooperační období následovně: „To je jednoduché, ruku nahoru a cvičit a cvičit.“ Jako důvod cvičení uvedl: „Aby se ta šlacha neslepila. Krev je prý jako lepidlo.“ Prsty procvičoval zhruba osmkrát denně a bezprostředně po operaci měl zvláštní pocit: „Doktor chtěl, abych s ním zahýbal, ale já vůbec nevěděl, jestli s ním už hýbu nebo ne. Byl to divný pocit.“ V rámci předvedení pán ukázal ruku pod úroveň srdce a jako v předchozím případě neprováděl maximální rozsah extenze a flexe prstů.

Učitelka ze základní školy (R19) popsala techniku cvičení: „Cvičila jsem s nimi tak, že jsem je natahovala a ohýbala. Zhruba desetkrát denně.“ K tomu, proč s prsty cvičila, uvedla: „Mohly by tam vzniknout srůsty a potom by špatně fungoval prst. Operace by tím pádem byla k ničemu.“ Při demonstraci předvedla plnou flexi a extenzi prstů a polohu ruky nad úroveň srdce.

4.1.5 Pooperační komplikace

Schéma 5 Pooperační komplikace



Ve výzkumném šetření byly zjišťovány znalosti respondentů o symptomech upozorňující na potenciální pooperační komplikace. Polovina odpovědí zahrnovala bolest, následoval zánět a rozpad operační rány. Čtyřikrát bylo uváděno krvácení a ve

stejném počtu otok. V sedmi případech bylo zmíněno doporučení lékaře dostavit se ke kontrole při výskytu obtíží, které nebyly blíže specifikovány.

Paní (R2), která měla zkušenosti po úraze nohy, odpověděla stručně a jasně: *„Napadá mě nějaké zhoršení, třeba kdyby se to zanítlo a pak otok nebo krvácení.“*

Polovina respondentů uváděla bolest, tak jako respondentka (R4): *„Měla jsem přijít, kdyby byly nějaké problémy.“* K tomu, o jaké problémy by se mohlo jednat, dodala: *„To mi neřekli.“*

Nakonec uvedla: *„Kdyby se to zkazilo, kdyby to bolelo i po těch práškách.“*

Podobně na tom byl i respondent (R5), který si s odpovědí na otázku poradil tak, že odpověď tipnul: *„Tak to netuším, ale zkusím to střílet od oka, velká bolest. Upozornili mě, že v případě problémů mám přijít dřív, ale jaké to jsou, to už neřekli.“* Přesto, že

žena (R6) podstoupila operační zákrok na jiném pracovišti, hovořila velmi obdobně: *„Hlavně asi bolest. Ve zprávě bylo napsáno, že při obtížích se mám dostavit hned.“*

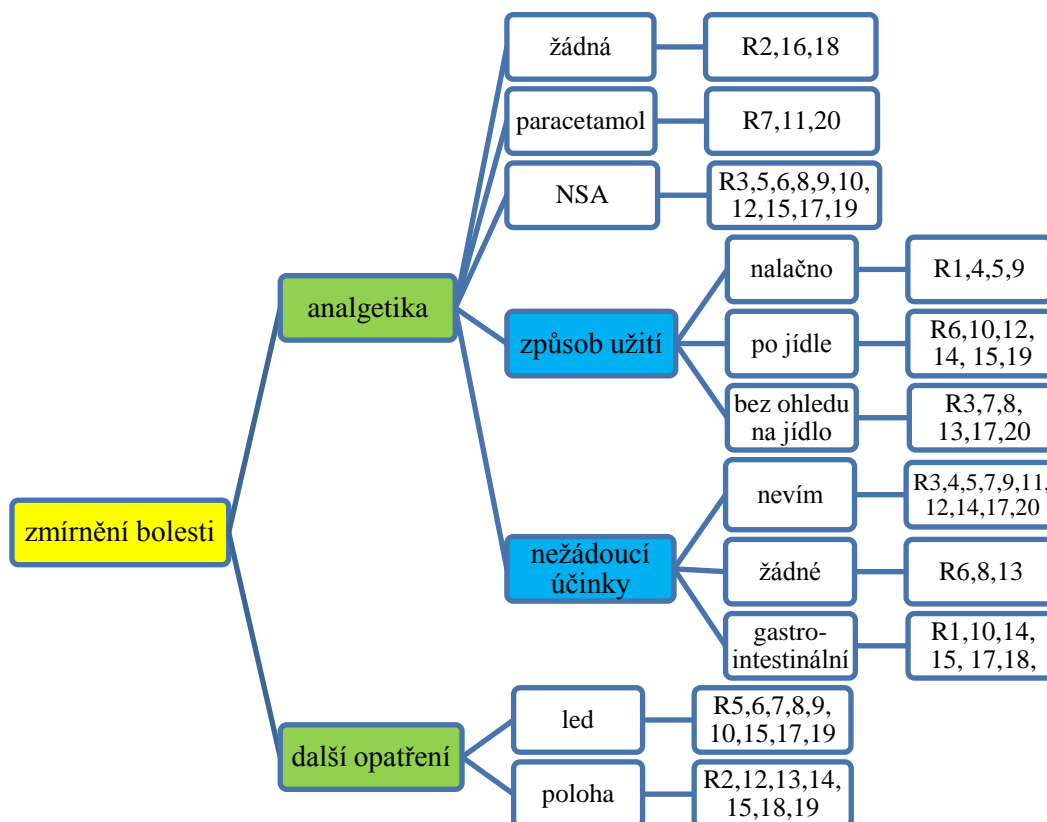
Bolest, jako symptom upozorňující na nebezpečí vyhodnotila i vyučená švadlena: *„Asi bolest, kdyby se zhoršovala. To by znamenalo, že se něco děje.“*

Obavy z možného poranění rány měla respondentka (R14) : *„Kdybych třeba upadla a roztrhla si stehy. Toho jsem se bála, abych nemusela znovu na šití. Čím více si člověk dává pozor, tím se zrovna něco přihodí.“* Tato komplikace, po krátké odmlce, napadla i elektromechanika (R9): *„Já myslím, že by ta rána mohla třeba prasknout, nebo tak něco.“* Respondentka (R8), uvedla: *„Tak, kdyby to začalo hodně bolet.“* Po odmlce dodala: *„Třeba, kdybych spadla, nebo se do toho bouchla. To bych musela jít k doktorovi na kontrolu. No oni vám to taky přesně neřeknou.“*

V osmi případech byl v rozhovorech uváděn zánět nebo jeho příznaky jako u respondentky (R11): *„Napadá mě krvácení, nebo kdyby v tom začalo tepat. To by se rozjížděl zánět.“* Respondentka (R19) na otázku reagovala následovně: *„Jít k lékaři dříve by mě donutila určitě zhoršující se bolest nebo začínající zánět.“* K tomu, jak by se takový zánět projevoval, doplnila: *„Takové to klasické šubání.“* Z důvodu zánětu vzniklého z poranění ruky při práci na zahradě musela být respondentce (R20) odložena operace. Nyní tuto zkušenost uplatnila: *„Takže to by byl zánět, jak jsem sama zjistila. Myslím, že tohle je asi nejčastější, co se může stát.“*

4.1.6 Management bolesti

Schéma 6 Zmírnění bolesti



V rozhovorech bylo sledováno, jak pacienti tlumí bolest po operačním zákroku a jaké znalosti mají o užívání analgetik. Při prostudování rozhovorů bylo zjištěno, že pacienti ovlivňovali intenzitu bolesti i pomocí fyzikálních metod. Především zvýšenou polohou končetiny a chlazením operační rány. Nesteroidní antiflogistika (NSA) byla nejčastěji užívanou skupinou léků. Pacienti zmiňovali především Dexoket a Brufen. Tři respondenti ke snížení bolesti zvolili paracetamol. Stejný počet nepotřeboval tlumit bolest žádnými léky. V případech, kdy respondenti uvedli paracetamol, byla dále sledována jeho užívaná dávka, která nebyla optimální u dvou respondentek. Dále bylo zjištěno, že analgetika byla užívána bez ohledu na jídlo šesti respondenty, šest je užívalo po jídle a čtyři účastníci nalačno. Při zjišťování znalostí o nežádoucích účincích či

interakcích spojených s užíváním konkrétních léků, hovořili respondenti více o osobních zkušenostech s těmito léky.

Respondentka (R1) si nepamatovala, jaké léky užívala: „*Pan doktor mi nějaké předepsal, ale nevzpomenu si, jak se jmenují.*“ K jejich užívání doplnila: „*Mně se ulevilo hned po operaci, ale ta ranka bolela. Jedla jsem je asi týden a jen, když mě to bolelo. Já zbytečně prášky nepolykám.*“ Na otázku, jaké jí mohly léky způsobit obtíže, uvedla: „*Bolel mě po nich žaludek, ale to nic nebylo.*“ Následovala doplňující otázka na užívání léků v souvislosti s jídlem: „*Prášky jím obvykle před jídlem.*“ Před jídlem užíval Diclofenak i respondent (R5), který si ho bral: „*Ráno před snídaní.*“ Tento lék nesloužil jen k tlumení pooperační bolesti: „*Mám problémy se zády. Zmínil jsem se o tom panu doktorovi a on mi předepsal tohle, že prý zabírá na obojí.*“ K tomu, jaké obtíže by mohl mít, v souvislosti s užíváním tohoto léku řekl: „*Ne, to nevím. Nikdo nic takového neříkal.*“ Mimo léku mu bylo doporučeno chlazení rány po zákroku: „*Sestra mi říkala, že to můžu ledovat.....*“

Nejčastěji předepisovaným lékem k zmírnění pooperační bolesti, byl Dexoket. Ten užívala i respondentka (R3) způsobem: „*Vezmu si ho kdykoli, když to bolí.*“ K možným nežádoucím účinkům se vyjádřila takto: „*Nevím, já ty letáky raději nečtu, protože tam je toho, že by člověk nemohl brát nic.*“ Respondentka (R12), taktéž užívala Dexoket a zmínila se o příbalových letáčích: „*Čtu si letáčky u léků.*“ K tomu, aby uvedla nějaké obtíže, se odmlčela a dodala: „*Zrovna teď si na nic nemůžu vzpomenout.*“ Blíže užívání popsala takto: „*Vzala jsem si akorát dvakrát půl prášku, když jsem cítila, že to přichází k sobě a po jídle.*“ Mimo analgetik tlumila bolest zvýšenou polohou končetiny: „*...aby do ní nešla krev a nepulzovalo to tolik.*“ K otázce, zda užívala léky proti bolesti, se paní učitelka (R19) vyjádřila takto: „*Ano, měla jsem předepsaný Dexoket. Pan doktor mě upozornil, že mám léky užívat po jídle, protože po nich může bolet žaludek.*“ Dále z rozhovoru vyplynulo: „*Dávat ruku vysoko, aby nedocházelo k otoku a zmírnila se bolest. Také jsem mohla ránu zaledovat.*“

Respondentka (R14) si nevzpomněla na název léků, ale popsala, jak je užívala: „*Dvakrát denně, ráno a večer. Zapijela jsem je vodou po jídle.*“ K případným obtížím se vyjádřila: „*Netuším, ale byla jsem po nich nafouklá, jinak jsem nic zvláštního*

nepocítovala.“ V rámci rozhovoru bylo zjištěno, že mírnila bolest i polohou ruky: *„Když jsem jí dala dolů, tak v ní byl cítit tlak a cukání, to mě donutilo držet ruku nahoře.*“ Kromě nadýmání se respondent (R17) potýkal při užívání Brufenu s průjemem, který pak zařadil do nežádoucích účinků: *„Netuším. I když jsem po něm byl takový nadmutý a párkrát jsem měl i průjem. Tak asi ten průjem, ne?“* Lék si bral bez ohledu na jídlo: *„... .. prostě jsem si ho vzal, když bylo třeba.“*

Tři z účastníků rozhovoru volili ke snížení bolesti paracetamol stejně jako respondentka (R7): *„Doma jsem si vzala Paralen.“* K užívání dodala: *„Podle návodu. Vzala jsem si jednu tabletku, když mě to bolelo a raději i na noc, abych se vyspala.“* K případným omezením uvedla: *„Ne, zatím jsem po něm nikdy žádné problémy neměla.“* Dále byl vznesen dotaz na tělesnou hmotnost paní: *„Mně to nevadí, kolem sedmdesáti kil, proč?“* Po zákroku se dozvěděla od sestry: *„Že mám ruku mít ve zvýšené poloze, můžu ledovat, vzít si prášky na bolest.“* Podobně hovořil i respondent (R10), který podstoupil výkon na stejném pracovišti: *„Při bolesti led a prášky. Pořídil jsem si Nurofen.“* K dotazu na užívání řekl: *„První tři dny jsem ho jedl třikrát denně, většinou po jídle. Pak už to bylo dobré.“* K otázce na možné obtíže při užívání Nurofenu se zamyslel a pronesl: *„Nevolnost, to je vše, co mě napadá.“* Respondentka (R20) volila také Paralen: *„Já nedám dopustit na Paralen.“* Uvedla, že užila dvě tablety najednou při tělesné hmotnosti 63 kilogramů. Dále byla dotázána, zda ví, na co si při jeho užívání dávat pozor: *„Ne, to nevím.“*

Z dvaceti respondentů tři neovlivňovali bolest pomocí léků. Jednou z nich byla i respondentka (R2): *„Doktor mi je chtěl předepsat, ale já nechtěla. Měla jsem úraz nohy a dlouho se léčila, tak teď do sebe nechci už nic cpát. Stačilo mi to.“* Z rozhovoru dále vyplynulo, že bolest korigovala polohou končetiny, kterou ji doporučil lékař: *„Ten mi hodně zdůrazňoval, že mám mít ruku vysoko, až na hlavě, kvůli bolesti a tlaku“* To respondentka (R16) nepocítovala po operaci skákavého prstu výraznou bolest: *„Nebolelo mě to tak, abych si musela něco vzít.“*

4.1.7 Péče o operační ránu

Schéma 7 Péče o operační ránu do odstranění stehů

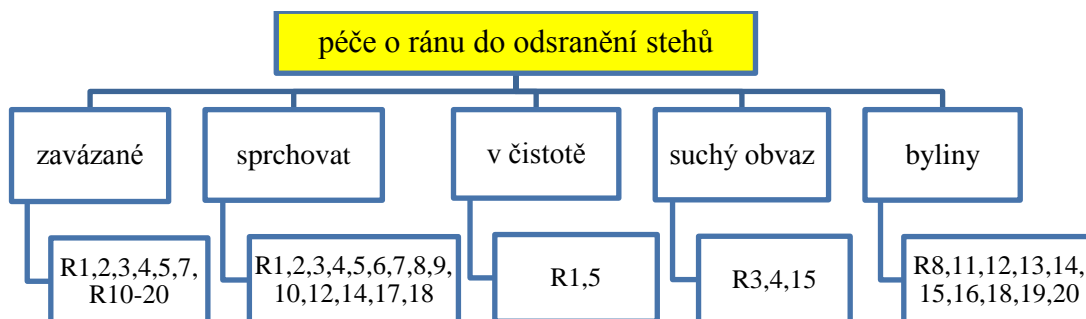
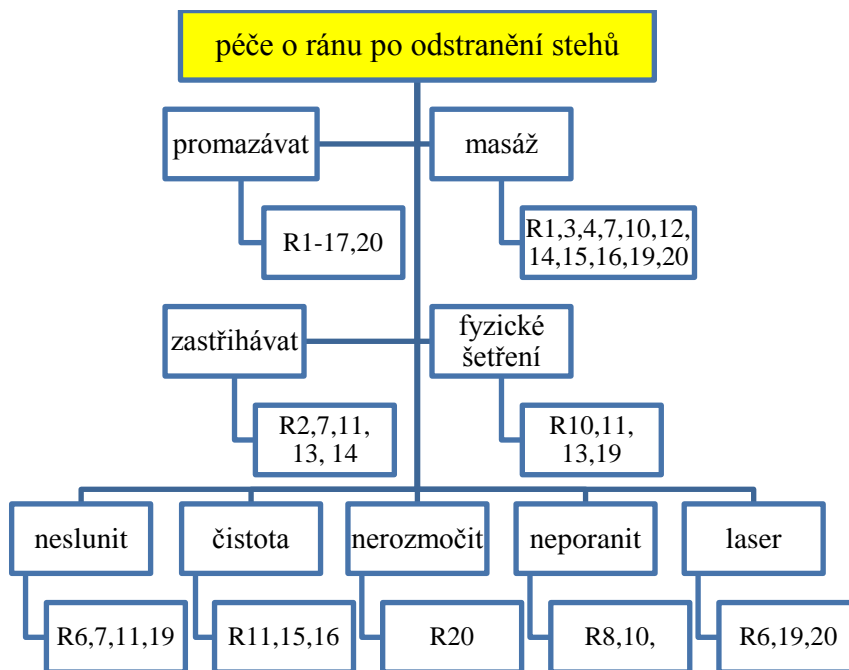


Schéma 8: Péče o operační ránu po odstranění stehů



Péče o ránu je v případě ambulantních pacientů převážně v rukou jich samotných. Z tohoto důvodu byla sledována úroveň znalostí a dovedností pacientů v péči o ránu i jizvu. Pro snadnější orientaci toho, jak probíhala bezprostřední péče o operační ránu a následná péče o jizvu, bylo ve formulaci otázek použito slovní spojení „do odstranění stehů“ a „po odstranění stehů“.

V péči o ránu do odstranění stehů všichni respondenti uváděli krytí obvazem minimálně do prvního převazu. Následovalo sprchování či jiný způsob očisty. Devět účastníků rozhovorů používalo k ošetření rány řepík lékařský a v jednom případě byl zvolen heřmánek. Tři z dotazovaných měli ránu ošetřenou tekutým obvazem. Jedenkrát se vyskytlo krytí rány náplastí. Dále účastníci rozhovorů uváděli udržování rány v suchu, a to ve třech případech. V pěti rozhovorech bylo zaznamenáno i fyzické šetření operované ruky. Snahu o udržování čistoty rány zmínili dva účastníci.

V péči o jizvu dominovalo promazávání vysušeného okolí jizvy, které bylo uvedeno v osmnácti rozhovorech. K tomu nejčastěji dotyční používali vepřové sádlo. Druhá v pořadí byla vazelína a objevila se i konopná či měsíčková mast. Dva dotazovaní používali indulonu. Masírování jizvy provádělo jedenáct respondentů. Pro zjištění správné techniky tlakové masáže jizvy byli tito respondenti požádáni o názornou demonstraci. Odpovídající způsob masáže byl zaznamenán ve dvou případech. Pětkrát bylo zmíněno zastřihávání odlupující se kůže po stezích. Nevystavovat jizvu slunci a nadále fyzicky šetřit ruku bylo zaznamenáno čtyřikrát. Ošetřit jizvu laserem si nechali tři účastníci. Shodný počet respondentů udržoval jizvu v čistotě. Dále z rozhovorů vyplynulo, že v rámci rehabilitace byl aplikován na jizvu ultrazvuk, a to u dvou respondentů. Omezení koupání z důvodu rozmočení jizvy uvedl jeden účastník a dva upozorňovali na opatrnost, aby nedošlo k poranění jizvy.

Respondentka (R1) popsala péči o operační ránu takto: „*Chodila jsem na převazy. Pan doktor to vždy zkontroloval a zase zavázal. Snažila jsem se, abych to nikde nezamazala. Později jsem mohla ranku sprchovat, ale pořád zavazovat. Snažila jsem se ruku nezatěžovat.*“ Po odstranění stehů pokračovala „*Ještě týden jsem to sprchovala a pak jsem začala s promazáváním konopnou mastí. Také jsem jizvu promačkávala.*“ Při předvádění paní ukázala krouživé pohyby, nejednalo se o tlakovou masáž jizvy. K další péči o jizvu uvedla: „*Určitě se na to dá dát ultrazvuk. Na ten jsem chodila v rámci rehabilitace.*“ Svérázným způsobem hovořila o péči uklizečka (R4): „*Já jsem se o to nestarala, bylo to zavázané. Při kontrole mi to očistili a vyměnili obvaz.*“ Ona sama žádnou péči v této fázi neprováděla: „*Ne, neměla jsem to rozvazovat a obvaz se nesměl namočit. Když mě stehy vyndali, tak jsem to vždy chvilku umyla vodou, osušila a*

namazala jsem si to indulonou. Měla jsem jizvu promazávat. Já mám hrozně suché ruce z práce a ta kůže se okolo dost loupala. Taky mně poradili, abych si to masírovala, že ta jizva není pak tvrdá.“ Při předvedení masáže paní palcem rychle za sebou mačká po jizvě, což neodpovídá správné technice. Dále dodala: „Chodila jsem na rehabilitaci a tam mně dělali ultrazvuk a také jizvu masírovali.“

Malíř pokojů (R5) také zpočátku sám o ránu nepečoval a chodil na převazy. Iniciativu převzal později: „...a asi po týdnu jsem to mohl sprchovat. Vždycky jsem to zase zavázal, aby se do toho nedostala nějaká špína.“ Péči po odstranění stehů se příliš nevěnoval: „...žena mi to občas promazala nějakou mastičkou, protože jsem tím zatrhával oblečení.“ Při další otázce směřované k jizvám reagoval: „Vás ty jizvy nějak zajímají.“ Což bylo potvrzeno a požádáno, aby dále pokračoval. „Když já opravdu nemám co. Nestaral jsem se o to. Zahojilo se to a tak to má být. Proč to dál komplikovat, ne?“

Respondetka (R6) absolvovala převazy na ortopedické ambulanci v nemocnici: „Druhý den jsem byla na převaze. Natřeli mi to nějakou zelenou vodičkou. Měla jsem to sprchovat a dávat si na to pozor.“ Další kontrola u lékaře se uskutečnila při odstraňování stehů a následnou péči o jizvu prováděla takto: „Mazala jsem ji krémem, protože se kůže začala odlupovat. Známa mi řekla, že na jizvy je dobrý laser, ale musí se platit, tak jsem na něj nešla. Ono to není na té ruce zas tak vidět.“ K dalším opatřením dodala: „Jo, to je takové všeobecné, že se nemá chodit na sluníčko, ale léto je daleko a toho slunce teď moc není.“ Ve stejném zařízení byla na převaze i respondenka (R8), která použila ke krytí rány náplast: „To jsem měla nejdřív zavázaný a pak po kontrole mi obvaz sundali. Lehce jsem to myla a lepila náplastí, protože jsem pořád o něco zachytávala, jak tam koukaly ty stehy. Ještě jsem si vylouhovala heřmánek a v něm to máčela. Ten má hojivé účinky.“ Po odstranění stehů ránu promazávala a jizvu by chránila před poraněním.

Léčivé účinky bylin se v péči o operační ránu uplatnily u respondetky (R12): „Nesměla jsem sundávat obvaz asi týden. To mě převazovali u pana doktora. Potom jsem to už mohla sprchovat a několikrát denně potírat řepíkem. Doma jsem to nechávala volně, ale ven jsem si to raději kryla.“ Po stezích promazávala vepřovým

sádlem a prováděla masáž jizvy. „Potom jsem to kolem jizvy promazávala čistým sádlem a masírovala.“ Při demonstraci masáže předvedla poťukávání prsty přes jizvu, což nebylo správně a pokračovala: „Ještě jezdím rukou přes míček, tím se to také masíruje. To jsem odkoukala na rehabilitaci.“

Řepík lékařský a používala k ošetření rány i respondentka (R14): „Do vyndání stehů jsem jí měla zavázanou. Umyla jsem ji vodou bez mýdla. Stehy byly dost tvrdé, zachytávala jsem o ně, což bylo nepříjemné, proto jsem to zavazovala. Nedělala jsem nic přes bolest.“ Posléze: „Prováděla jsem koupele v řepíkovém čaji. On dost vysušuje, takže se kůže kolem začala loupat, proto jsem ji stříhala nůžkami z manikúry a promazávala sádlem.“ Také jizvu masírovala: „Jizvu promačkávám vždy, když si vzpomenu, asi tak desetkrát za den. Pořádila jsem si malý míček a tím přes jizvu přejíždím.“ Při předvedení masáže palcem promačkávala jizvu v rychlých intervalech.

Respondent (R17) si na péči o ránu příliš nepotrpěl: „Pan doktor má asi rád nějaký řepík, nebo tak podobně, protože se to tím mělo potírat. Já jsem to ale nedělal, nějaké čajičky mě moc nezajímají. Normálně jsem to omyl vodou a zavázal.“ Po vyndání stehů okomentoval péči takto: „Chvilí se to loupalo, ale kdo by tohle řešil. To z práce mám ruce oddělaný víc. Tohle je v pohodě.“ I další muž (R18) měl k této části léčby svůj osobitý přístup: „Měl jsem to zavázané do převazu. Pak jsem měl koupat ranku v řepíku. To se starala manželka. Vždycky to omyla a překryla nějakým kouskem obvazu.“ K období po stezích uvedl: „Promašťoval jsem to indulonou a do práce jsem to pořád překrýval, dokud se to úplně nezavřelo. Ono se to jakoby rozšklebilo, ale jenom na povrchu. Postupně se kůže odloupala a teď už je tam jenom takováhle čárka.“ Zmínil se také o masáži jizvy: „Měl jsem dělat masáž, ale já šel hned do práce, tam jsem to masíroval až dost.“ Více informací poskytla respondentka (R19): „Zpočátku jsem měla ruku stále zavázanou. Pan doktor tam dal obklad s antibiotikem. Po převazu jsem poťukávala ranku tamponkem namočeným v řepíku lékařském, který mi byl lékařem doporučen pro jeho hojivé účinky. Do práce jsem si ránu nadále zavazovala. Později jsem prováděla tlakovou masáž.“ Techniku masáže popsala takto: „Tlačíte pár vteřin na jizvu a po chvilce se posunete dále, až ji promačkáte celou“ Pani předvedla tlakovou masáž jizvy a dále uvedla: „Určitě se nesmí slunit a měla by se hlavně

zpočátku šetřit. Byla jsem také na laseru, ten si musíte zaplatit.“ Jako další pohovořila k tomuto tématu respondentka (R20), která je kolegyní repondentky (R19). Taktéž používala k ošetření řepík lékařský a ránu si zpočátku zakrývala. Po odstranění stehů upozornila, že se rána nesmí vystavovat dlouhému působení vody: *„Okolí jsem promazávala krémem a asi tak po týdnu jsem dělala masáže jizvy.*“ Masáž popsala takto: *„Musíte tlačit, dokud to místečko nezbělá.*“ Při předvádění se jednalo o tlakovou masáž. *„Nesmíte se s tím koupat, tedy jako dlouho nechat ve vodě, aby se ranka nerozmočila. Chodila jsem i na laser, který mně doporučila kolegyně.*“

4.2 Výsledky pozorování

4.2.1 Pozorování v předoperačním období

Tabulka 4 Pozorování v předoperačním období

SESTRY	S1	S2	S3	S4	S5
PŘÍPRAVA					
odlakování	X			X	X
odzdobení		X			X
vysazení léků		X			
STRAVA					
malé množství	X				
nasnídat			X		
bez omezení				X	
lačný					X
PODPORA					
konzultace	X	X			
doprovod	X			X	
uklidňování		X	X	X	

Během pozorování S1 bylo zjištěno následující. V rámci předoperační přípravy sestra upozorňovala pacientky na nutnost odlakování si nehtů. Blíže se k přípravě ruky nevyjadřovala. Taktéž aktivně nehovořila o podmínkách týkající se stravy. V případě dotazu pacienta uvedla, že mohou něco malého pojíst. Do psychické přípravy lze zahrnout doprovod po provedeném zákroku, o jehož významu pacienty informovala a také možnost zavolat nebo přijít v případě jakýchkoliv nejasností.

Sestra S2 pacientům, kteří se přišli na zákrok domluvit, se o předoperační přípravě ruky nezmínila. Případné omezení stravy či tekutin před zákrokem nebylo projednáváno ani v jednom z pozorovaných případů. U jedné pacientky připomněla vysazení léku před výkonem a odstranění prstýnku. Pacienty psychicky podporovala tím, že se jedná o lehký zákrok, který netrvá dlouho a také nabízela telefonickou konzultaci v případě, že něčemu nerozumí nebo si zákrok rozmyslí.

Při pozorování sestry S3 nebylo zaznamenáno, že by edukovala pacienty o předoperační přípravě ruky. Co se týkalo dietních doporučení před zákrokem, doporučovala nasnídat se a rozhodně nechodit nalačno. Pacienty uklidňovala tím, aby se nebáli a přišli v dobré náladě, což bylo součástí psychické přípravy.

Sestra S4 se v rámci předoperační přípravy ruky omezila jen na ženy, které upozorňovala na odlakování nehtů před zákrokem. Omezení stravy nebylo zaznamenáno. Pacientům říkala, že mohou jíst a pít normálně. Do psychické přípravy byl zařazen doprovod, který doporučovala pacientům k zákroku a dále snaha o uklidňování a mírnění obav.

Sestra S5 z ortopedické ambulance upozorňovala ženy na nutnost odlakování nehtů. V případě operace levé ruky informovala o odložení hodinek. Zdůrazňovala důležitost lačnění před výkonem. V průběhu pozorování nebyla zaznamenána psychická podpora pacientů.

4.2.2 Pozorování v pooperačním období

Tabulka 5 Pozorování v pooperačním období

SESTRY	S1	S2	S3	S4	S5	S6
POOPERAČNÍ REŽIM						
elevace ruky	X	X	X	X	X	X
fyzický klid	X	X				
cvičení			X	X	X	X
POOPERAČNÍ KOMPLIKACE						
bolest	X			X		
nedefinované obtíže		X	X		X	X
INFORMACE O LÉCÍCH						
neposkytnuty	X	X	X	X	X	X
PÉČE O RÁNU						
krytí	X	X	X	X		
sprchování	X				X	
šetření ruky	X				X	
ledování		X	X	X		
řepík lékařský			X	X		
čistota krytí						X
PÉČE O JIZVU						
promazávat	X	X	X	X	X	X
zastříhávat	X		X		X	
masáž		X	X	X	X	
nekoupat				X		
neslunit				X		

V pooperačním období sestra S1 zdůrazňovala nutnost zvýšené polohy operované ruky. Vysvětlovala pacientům, že tuto polohu je vhodné zajistit i v poloze vleže polštářem vloženým pod ruku. Dále je upozornila na dodržování fyzického klidu po zákroku. O vzniku potencionálních pooperačních komplikací a jejich projevů neinformovala, kromě přetrvávající bolesti, při které se pacienti mohou dostavit na kontrolu k lékaři dříve. K eliminaci pooperační bolesti doporučovala pacientům užít lék, který jim lékař předepsal. Jiné informace podávané sestrou k této oblasti nebyly během pozorování zaznamenány. Další sledovanou oblastí byla péče o ránu a jizvu. Zde sestra

zdůrazňovala pravidelné sprchování rány a přiložení čistého krytí. Nadále bylo zmiňováno fyzické šetření ruky. V péči o jizvu doporučovala promazávat okolí ranky a zastříhávat odlupující se kůži.

Po zákroku nabádala sestra S2 pacienty ke zvýšené poloze končetiny, která platí i pokud budou ležet. Upozornila na možnost ledování ruky přes obvaz a dodržování fyzického klidu. Konkrétní projevy možných pooperačních komplikací s pacienty neprobírala, ale bylo jim nabídnuto, že při obtížích mohou přijít kdykoli. O způsobu užívání léků proti bolesti a jejich možných nežádoucích účincích se nezmiňovala. Ohledně operační rány poučovala pacienty, že obvaz nesmí namočit, ránu mohou sprchovat a musí ji zakrývat. Po odstranění stehů doporučovala promazávání okolí ranky a masáže jizvy. Chyběl údaj o tom, od kdy a jak často ji provádět.

Sestra S3 po provedeném zákroku informovala pacienty o zvýšené poloze dané končetiny a o nutnosti cvičit s prsty. Důvod cvičení ani konkrétní postup blíže neupřesňovala. Taktéž nepodávala informace o frekvenci cvičení. K potencionálním symptomům pooperačních komplikací se nevyjadřovala. Všechny pacienty upozornila, že se mohou dostavit na kontrolu dříve, pokud nastanou problémy. K předepsaným lékům na bolest nepodávala žádné poučení. Ohledně péče o ránu doporučovala ponechat obvaz a ledování. Dále vysvětlovala pacientům hojivé účinky řepíku lékařského, kterým měli ranku ošetřovat. V pozdější fázi nezapomínala upozornit na promazávání kolem rány a provádění masáže. Tlaková masáž jizvy nebyla blíže definována. Zdůrazňovala, aby kůži v okolí rány pacienti netrhali, ale používali nůžky. Jiné varianty péče o jizvu nebyly během pozorování zaznamenány.

V rámci pooperačního režimu sestra S4 vždy upozornila na zvýšenou polohu ruky z důvodu možného otoku. Dále zdůrazňovala, že úspěch operace záleží i na pravidelném cvičení. Konkrétní postup ani frekvenci neuváděla. Ze symptomů upozorňujících na pooperační komplikace zmiňovala zhoršující se bolest, pro kterou by pacienti mohli vyhledat lékaře. Léky na bolest doporučovala užít před spaním, pro klidný spánek. Jiné informace k této oblasti nebyly pozorovány. V rámci péče o ránu i tato sestra hovořila o nutnosti ránu zpočátku zakrývat a o možnosti ledování. Upozornila na to, aby operovaná ruka nebyla příliš zatěžována. Pacientům též vysvětlovala použití krátkých

obkladů řepíkem lékařským. Na jizvu doporučovala tlakovou masáž, jejíž techniku slovně popsala. Návčik neprobíhal. Z dalších možností péče o jizvu nedoporučovala koupání a slunění.

Při kontrolách po zákroku sestra S5 poučovala pacienty o nutnosti nadále udržovat zvýšenou polohu ruky a cvičit s prsty. Doporučovala sprchování rány a fyzické šetření ruky. Pacienty upozorňovala na včasné vyhledání lékaře při vzniku obtíží. Obtíže blíže nekonkretizovala. K eliminaci bolesti doporučovala zvýšenou polohu končetiny. Po odstranění stehů uváděla promazávání, masáže a zastřihávání odlupující se kůže.

Sestra S6 prováděla edukaci pacientů po jejich návratu na oddělení z operačního sálu. Podala jim informace o elevaci operované končetiny, procvičování prstů a o možnosti zaledování rány. Pacientům nebyly předepisovány léky k tlumení pooperační bolesti. Sestra je informovala o možnosti jejich zakoupení v lékárně. Symptomy možných pooperačních komplikací nespécifikovala. Pacienty informovala o nutnosti včas vyhledat lékaře při vzniku obtíží. Upozorňovala na zachování čistoty obvazu. Podala informace o termínu kontroly na ortopedické ambulanci.

4.2.3 Pozorování edukačního procesu

Tabulka 6 Pozorování edukačního procesu

SESTRY	S1	S2	S3	S4	S5	S6
PROCES						
náhodné učení	X	X	X	X	X	X
PROSTŘEDÍ						
ordinace	X	X	X	X	X	
chodba						X
koupelna						X
METODY						
monologické	X	X	X	X	X	X
ČAS						
není vyhrazen	X	X	X	X	X	X

Pozorování edukačních činností bylo zaměřeno na typ edukačního procesu. U sester S1-S6 se jednalo o náhodné učení označované jako typ A. Žádná ze sester nepoužívala k edukaci didaktické pomůcky. Jediné pozorované výukové metody, které sestry využívaly, byly slovní monologické.

Dále bylo sledováno prostředí edukace. Tímto prostředím byla u sestry S1 ordinace lékaře, kde pacient seděl před lékařem, od něhož ho odděloval pracovní stůl a sestra stála vedle lékaře nebo na jiném místě v ordinaci. Po celou dobu sledování nebylo zaznamenáno, že by si sestra k pacientovi sedla nebo že by rozhovor s ním probíhal v jiné místnosti než v ordinaci lékaře. Prostor ordinace bylo příjemné a laděné do odstínů modré barvy. Atmosféra byla většinou napjatá. Byl zde cítit časový tlak, ale sestra se chovala mile a vstřícně. K edukaci pacienta využívala času během psaní zprávy lékařem, v průběhu operačního zákroku a dále při provádění převazu.

Prostředí edukace bylo u sestry S2 shodné se sestrou S1. Ani tato sestra neměla možnost si k pacientovi sednout. Komunikovala s ním ve stoje, nejčastěji vedle sedícího lékaře. Atmosféra byla klidná, jen neustále rušily zvonící telefony či klepání na dveře ordinace, kterým se však věnovala druhá ze sester. Čas vyhrazený k edukaci zde sestra neměla a využívala volné chvíle, například když lékař psal na počítači nebo při převazech.

Edukačním prostředím pro sestru S3 byla ordinace lékaře laděná do zelené barvy. Sestra zde měla svůj stůl umístěný naproti stolu lékaře a mezi nimi byla židle pro pacienta. Sestra tedy měla možnost hovořit s pacientem na stejné výškové úrovni, tedy vsedě, které ale nevyužívala. Atmosféra zde panovala klidná, i když sestra působila poněkud odměřeně. Stejně jako v předchozích případech využívala meziprostoru během ordinace lékaře a vlastní činností. Především při přípravě pomůcek, materiálu nebo při ošetřování pacienta.

Edukační prostředí u sestry S4 bylo shodné jako v případě sestry S3. Atmosféra byla relativně klidná, rušena hlavně telefonickými hovory lékaře. Tato sestra nešetřila úsměvy a působila mile. I v tomto případě nebyl vytvořen časový prostor určený k edukaci. Sestra postupovala jako S3, ale v porovnání s ní podávala více informací při stejných možnostech.

Sestra S5 edukovala pacienty v případě první návštěvy ambulance v sesterně po jejich příchodu z ordinace lékaře. Pacienti zde měli určené místo k sezení. To jim sestrou nebylo nabídnuto. Při dalších kontrolách edukace probíhala v ordinaci lékaře během převazu nebo při odstraňování stehů. Prostředí bylo příjemné, upravené. Atmosféra byla napjatá z důvodu velkého počtu lidí v čekárně. Sestra se snažila situaci zvládat s úsměvem, ale byla na ni znát nervozita.

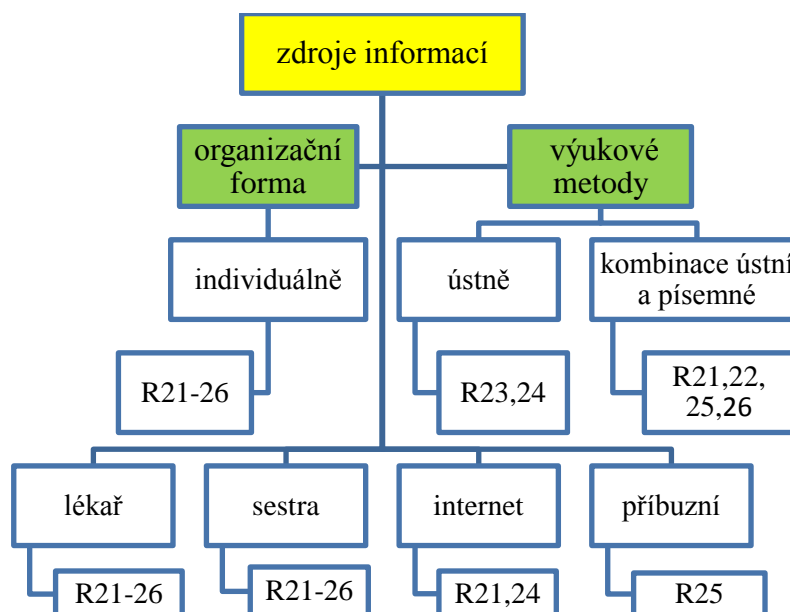
Edukaci pacientů sestra S6 prováděla ve stoje na chodbě oddělení před jejich odchodem nebo v koupelně, kde se pacienti po zákroku převlékali. Sestra komunikovala stroze a nedávala prostor k dotazům. Tato sestra vykonávala službu na ortopedickém oddělení a k ambulantním pacientům odbíhala během své práce.

4.3 Vyhodnocení 2. fáze výzkumného šetření

V této fázi byly na základě analýzy rozhovorů stanoveny stejné kategorie jako ve fázi první doplněné o osmou kategorii Edukační činnosti sester.

4.3.1 Zdroje informací pacientů

Schéma 10 Zdroje informací



Z uskutečněných rozhovorů bylo zjištěno, že pacienti jako zdroj informací nejčastěji uváděli lékaře a sestry. Oba jmenované zástupce v rozhovorech zmínilo všech šest dotazovaných pacientů, kteří podstoupili plánovaný ambulantní zákrok. Jako další zdroj informací byl zmíněn internet a to ve dvou případech. Jedenkrát doplnil informace příbuzný.

Respondentka (R21) k tomuto uvedla: „*Nejen od lékaře, něco jsem si nastudovala na internetu a pan doktor tady má i milou sestřičku, která se mi hodně věnovala. Měla takové kartičky a vždycky si se mnou sedla a probrala to, co mě mělo čekat. Bylo to fajn a dost mě to překvapilo.*“ Taktéž respondentka (R23) si pochvalovala jak poskytování informací, tak přístup personálu: „*Tady jsou všichni moc milí. Pan doktor vám řekne vše kolem operace a sestřička zase to, co máte dělat a co vás bude čekat. Při každé návštěvě jsme si spolu sedly a ona mi vše vysvětlila a pak mě tak trochu zkoušela, jak jsem to pochopila. S tím jsem se ještě nikde nesetkala.*“ Muž (R24) si raději všechny informace ověřil na internetu: „*Tak mluvil jsem s doktorem a i se setrou. Ta mě trochu překvapila, protože mi řikla něco k té operaci a pak mě dávala otázky. Naštěstí jsem si mohl přečíst odpověď, to bylo dobré. Doma jsem se hned koukl na net, protože si raději vše ověřím.*“ Respondentka (R25) získala informace kromě lékaře a sestry i od svého otce: „*Otec měl to samé co já, akorát na druhé ruce.*“ K sestře ještě doplnila: „*Ale hodně mi toho říkala i sestřička. Nejprve co mám dělat před operací a pak na každé kontrole se mi věnovala. Dokonce na mě měla připravené otázky.*“

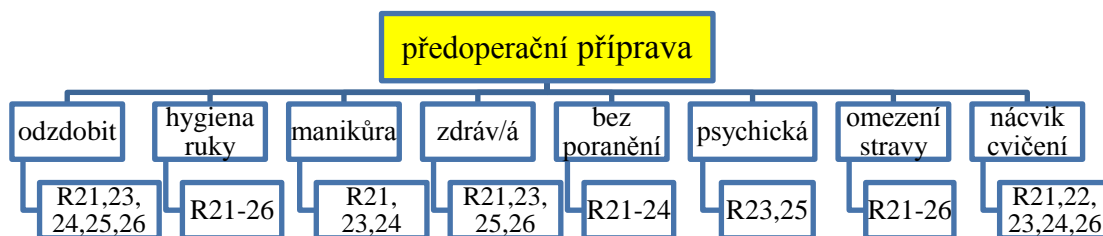
V této kategorii je dále shrnuto, jaké organizační formě a výukovým metodám, v rámci získávání informací, dávají respondenti přednost. Respondenti preferovali individuální formu a nikdo nebyl ochotný účastnit se edukace ve skupině. Dva z účastníků upřednostňovali získávání informací pouze ústní formou. Ostatní upřednostňovali kombinaci ústního i písemného podání informací.

Respondent (R22) k tomuto uvedl: „*Mně to vyhovovalo, jak to mají zařízené tady. Všechno vám vysvětlí a pak dostanete domů takový návod co dělat, kdybyste na něco zapomněl.*“ Ke skupinové edukaci namítl: „*Na to bych neměl čas, jezdit sem kvůli nějakému setkání. Navíc se nerad družím s cizími lidmi.*“ Respondentka (23) je spíše

pro ústně podané informace: „*Já mám raději ústní domluvu. Moc se mi líbilo, jak to probíhalo tady u pana doktora. Takhle se mi ještě nikde nevěnovali. Konečně jsem měla pocit, že skutečně někoho zajímám. Myslím jako z lékařského pohledu.*“ Ohledně edukce ve skupině řekla: „*Jéje, tak to by nebylo určitě nic pro mě. Nemám představu, jak by se to ve skupinkách dělalo. Já raději samostatně.*“ Taktéž respondent (R24) by volil ústní a individuální formu: „*Mně to stačí říct. Je lepší, když se můžu ptát a rovnou si všechno vyjasnit.*“ Dále na možnost edukace ve skupině rodpoveděl stručně: „*Ne, to mě nebere.*“ Respondentka (R26) odpověděla: „*Zvolila bych asi kombinaci ústní a písemnou. Pro starší lidi je náročné si všechno zapamatovat. I já jsem byla ráda, že se mám do čeho podívat.*“ Na skupinové setkání reagovala: „*Mám ráda své soukromí a tohle do něj určitě nepatří.*“

4.3.2 Předoperační příprava

Schéma 11 Předoperační příprava



Hygienu operované ruky byla v rámci předoperační přípravy prováděna všemi účastníky. Pět respondentů vědělo o odložení šperků, hodinek nebo o odlakování nehtů. Ve čtyřech případech bylo uvedeno, že na operované ruce by nemělo být žádné poranění a ve stejném počtu se objevila skutečnost, že před zákrokem by člověk měl být zdrav. O úpravě nehtů se zmínili tři respondenti a dva zahrnuli do přípravy doprovod. Ohledně stravy před zákrokem panovala u dotazovaných shoda v tom, že poslední jídlo může být konzumováno maximálně dvě hodiny před zákrokem. Součástí předoperační

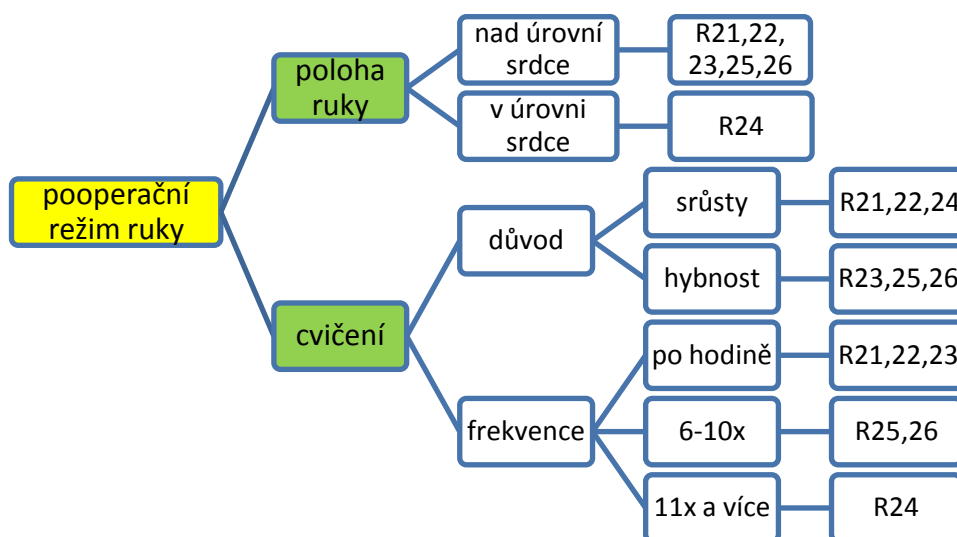
přípravy byl nácvik cvičení prstů ruky. Podrobněji jsou výsledky cvičení rozpracovány v následující kategorii pooperačního režimu ruky.

Respondentka (R21) se k předoperační přípravě vyjádřila takto: *„Já jsem měla největší problém s nehty. Musela jsem si z nich nechat sundat ozdoby a odlakovat je. Jinak si musíte ráno před operací ruku umýt a vyčistit nehty.“* Dále pokračovala: *„Měla jsem si dávat pozor, abych před zákrokem nenastydla, raději jsem v práci nepouštěla klimatizaci. Také na té ruce nesmíte mít nějaké poranění, co by hnisalo. To by vás potom neodoperovali. Jo a samozřejmě nemůžete mít ozdoby jako prstýnky a tak.“* Ke stravě před operací pohotově odpověděla: *„Naposledy můžete jíst dvě hodiny před operací. Říkali mi, ať nejím nic těžkého jako třeba guláš, ale to u mě nehrozí. Pít můžete normálně, jen se máte vyvyrovat bublinkám a kyselému pití.“* Respondent (R22), který měl upracované ruce, hovořil takto: *„Musel jsem si pořádně vydrbat ruku. To víte, dělám s kůží a ta barví. Sestra mi říkala, že takhle špinavý na operaci přijít nemůžu. Taky chtěli, abych polevil v práci, protože jsem měl na ruce nějaké ranky, jak se občas říznete nebo píchnete. Prý kdyby se to podebralo, tak by mě nemohli operovat. A měl jsem si přivést doprovod, protože jsem nemohl se zavázanou rukou řídit.“* K jídlu doplnil: *„Sestra říkala, že mám jíst maximálně do dvou hodin před operací. Pít můžete, dokonce jsem si s sebou měl vzít pití, ale já si raději počkal domů na pivečko.“* Respondentka (R25) působila křehkým dojmem a vyprávěla: *„Ráno jsem si poctivě umyla ruku a vyčistila nehty. Ty mně daly zabrat, ale větší problém byl se snubákem, který jsem musela sundat. Myslela jsem si, že ho budu muset nechat přeštípnout. Nakonec jsem ho dolů dostala. Také jsem si měla přivést někoho, kdo mě doprovodí. Vzala jsem si manžela. Byla jsem moc ráda, že se mnou šel. Dostala jsem hrozný starch a málem jsem si to rozmyslela. Dokonce mi dovolili, aby mě držel za ruku.“* Potom ještě dodala: *„....., že jsem se měla vyhýbat někomu nemocnému, aby na mě neprsnul a nebyla jsem před operací nemocná já.“* Ohledně stravy uvedla: *„Hlavně nesmíte nic tučného a mastného nebo tak něco, aby se vám nechtělo zvracet. Pít máte spíš neperlivou vodu.“* Učitelka z mateřské školy (R26), měla před operací největší obavy z toho, aby k operaci přišla zdravá: *„.....máte být před operací fit. Tedy, že nemáte mít třeba virózu. Jenže děti ve školce jsou skoro pořád nastydle a permanentně má někdo rýmu. Takže můj*

hlavní úkol byl, nenakazit se. Potom už to byly jen drobnosti. Mít čistou a upravenou ruku bez prstýnků a nechodit nalakovaná.“ K omezení stravy řekla: „Naposledy jsem si dala svačinku dvě hodiny před operací a vzala jsem si s sebou pítí. Neměly by se pít hodně bublinkaté nápoje nebo mléko a džusy.“

4.3.3 Pooperační režim ruky

Schéma 12 Pooperační režim ruky



V rámci pooperačního režimu byla u respondentů zjišťována poloha končetiny a cvičení prstů ruky. K zpřesnění údajů bylo požadováno názorné předvedení. V této souvislosti byla sledována frekvence a znalost důvodu cvičení. Z šetření vyplynulo, že všichni pacienti dodržovaly zvýšenou polohu operované ruky, která při předvedení byla nad úrovní srdce a prováděli cvičení prstů na této ruce. Každý respondent dokázal uvést důvody cvičení. Jmenovány byly srůsty a zachování hybnosti vždy ve třech případech. Frekvence cvičení byla uváděna po hodině, a to u čtyřech respondentů. Dále byly získány konkrétní číselné údaje patnáctkrát a osmkrát za den.

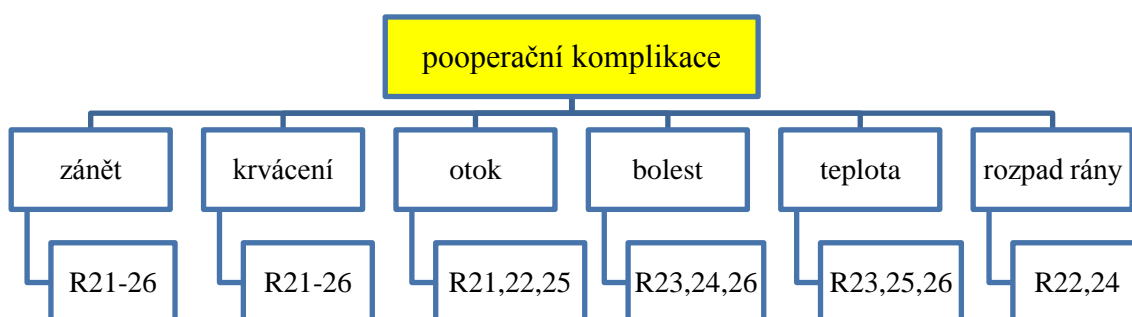
Poperační režim ruky popsala respondentka (R21) takto: „Říkala, že musím nosit ruku výš, než mám srdce, protože to pak tolik nebolí a neotéká.“ Při předvedení polohy

měla ruku výš, než srdce. Potom pokračovala: „*Také musíte cvičit, asi tak po hodině. Ta operovaná šlacha musí klouzat, jinak by mohla srůst.*“ K tomu, jak cvičila, dodala: „*Musíte ohýbat prsty až do dlaně, jak jen to nejvíc jde s tím obvazem. Tohle jsem si zkoušela ještě před operací, abych se právě potom nebála pořádně ohnout prsty, i když je to zavázané.*“ Na žádost o předvedení ukázala plnou flexi a extenzi prstů. Respondentka (R23) na toto téma reagovala: „*...,aby ruka byla výš než mám srdce a že si ji mám podložit v posteli třeba polštářkem.*“ K důvodu uvedla: „*Protože to potom míň bolí a neotečou tolik prsty.*“ Při demonstraci polohy měla ruku výš než srdce. Dále pokračovala cvičením: „*Už před operací jsem si zkoušela, jak se má správně cvičit s prsty na ruce. Prsty máte ohnout až do dlaně a pak je zase úplně natáhnout. Nesmíte zapomenout na palec. Je to důležité, aby se procvičovaly. Kdyby se s nimi nehýbalo, tak ztuhnou. Mělo by se cvičit každou hodinku alespoň párkrát.*“ Cviky předvedla správně. Respondent (R24) nosil ruku o něco níže, při předvedení ukázal polohu zhruba v úrovni srdce a potom se rozhovořil o tom, jak cvičil: „*Hodně jsem cvičil. Před operací už to s vámi nacvičí, protože potom se s tím prý lidi bojí hýbat a to je špatně.*“ Na otázku z jakého důvodu čvilil, odpověděl: „*Zase by to srostlo a musel bych znovu na operaci.*“ K tomu, jak často cvičil, uvedl: „*Hodněkrát, tak patnáctkrát denně.*“ Při předvedení provedl cviky správně. Respondentka (R25) vypověděla k poloze ruky toto: „*Měla jsem ji dávat hodně vysoko, klidně až na hlavu.*“ Dále hovořilo o tom, co jí sestra doporučila: „*Že si ruku můžu dát na šátek, aby mě nebolela a že je dobré i vleže si ji něčím vypočložit.*“ Při předvedení polohy ukázala ruku nad úroveň srdce a k cvičení se vyjádřila následovně: „*Jo a měla jsem cvičit. Né moc, ale aby mě nezatuhly prsty.*“ Při ukázce cviků předvedla flexi a extenzi prstů, která nebyla úplná. Na otázku, jak často cvičila se zamyslela o odpověděla: „*Myslím, že to mohlo být tak osmkrát za den.*“ Poslední z respondentů, žena (R26), se rozhovořila k tomuto tématu takto: „*Že mě to bude míň bolet, když budu ruku nosit vysoko. Měla jsem ji mít výš, než mám srdce. To jsem dodržovala, protože to fungovalo.*“ Na otázku co dělala s prsty odpověděla: „*S těmi jsem cvičila. Mělo se cvičit každou hodinu. Tak často jsem to nedělala, přiznávám se. Řekla bych, že jsem to zvládla tak maximálně osmkrát denně.*“ Jako důvod cvičení uvedla: „*Aby se protáhly prsty a šlachy. Zkrátka, aby po operaci ruka co nejdříve*

začala fungovat.“ Při demonstraci předvedla plnou flexi a extenzi prstů a doplnila: „Sestřička mě to takhle učila hned , jak jsem si domluvila operaci.“

4.3.4 Pooperační komplikace

Schéma 13 Pooperační komplikace



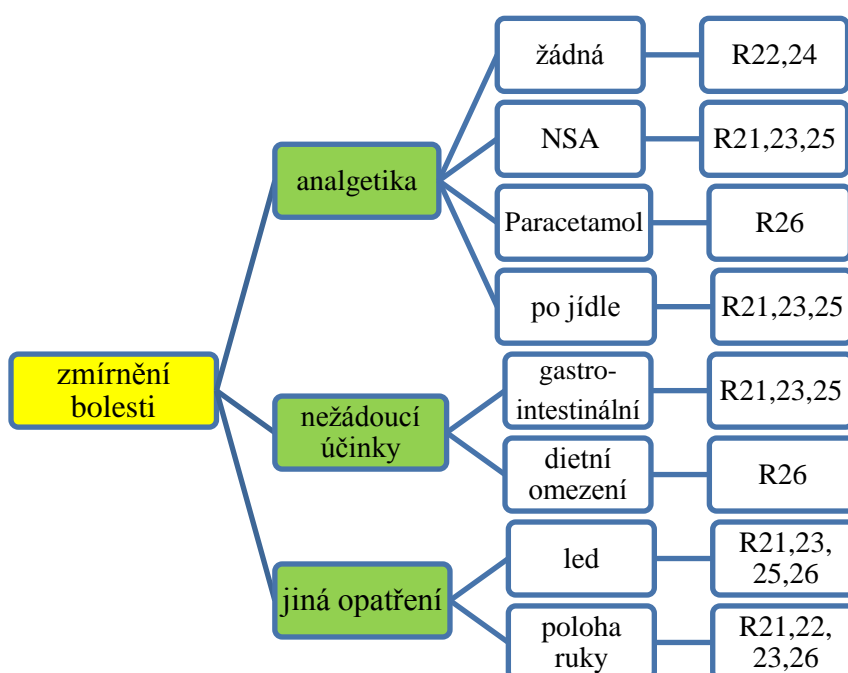
Ve výzkumném šetření byly sledovány znalosti respondentů z oblasti pooperačních komplikací a jejich symptomů. Všichni účastníci rozhovorů uvedli zánět a krvácení. Dále byl uváděn otok, bolest a teplota, a to vždy shodně ve třech případech. Dvakrát byl zmíněn rozpad operační rány.

Respondentka (R21) k tomuto uvedla: „*Tak to taky sestřička vysvětlovala. Říkala, kdykoli se mi nebude něco zdát, ale hlavně, že by se to mohlo zanítit. Pak by v tom začalo tepat a bylo by to horké. Měla jsem si první den kontrolovat obvaz, jestli neprosakuje krví. To bych musela hned přijít.*“ Dále doplnila: „*...na tu ruku nemůžete dát prstýnky, protože mohou otéct prsty a to by bylo zlé.*“ Respondent (R22) byl velmi rychlý a stručný: „*Zánět, krvácení, otok, nebo by se mohla rána rozpadnout. Prostě jsem si musel ruku hlídat a když by se s ní něco dělo, tak hned dorazit ke kontrole.*“ V podobném duchu hovořil i respondent (R24): „*Upozorňovali mě, že kdyby se bolest po operaci nezmenšovala, ale naopak by rostla, tak by se v tom mohl začít dělat zánět. To bych musel přijít k doktorovi dřív, nebo když by nasákl obvaz krví. To bych také musel jít hned, třeba i na pohotovost. Extrém by byl, kdyby praskla rána. Vzal jsem si raději neschopenku, abych mohl být v klidu.*“ Respondentka (R26) zmínila i změnu

tělesné teploty: „Kdyby to začalo krváčet. Potom by se rána mohla zanítit. To bych poznala tak, že by se zhoršovala bolest, cukalo by v tom a mohla bych dostat i teplotu. V každém případě jsem měla přijít, pokud bych upozorovala něco neobvyklého.“

4.3.5 Management bolesti

Schéma 14 Zmírnění bolesti



Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že nejvíce preferovanou skupinou léků k tlumení pooperační bolesti byly nesteroidní protizánětlivé léky (NSA). Dva respondenti neužívali žádná analgetika. Léky byly užívány po konzumaci jídla. Při zjišťování znalostí o vedlejších účincích léků byly nejvíce uváděny bolesti žaludku a průjem. Respondenti byli personálem o nežádoucích účincích jejich léků informováni. V jednom z případů respondentka zvolila k tlumení bolesti paracetamol. Zde byla sledována užívaná dávka vzhledem k tělesné hmotnosti. Dále byla pooperační bolest mírněna ledováním rány a zvýšenou polohou operované ruky a to ve čtyřech případech.

K tlumení bolesti užívala respondentka (R23) Dexoket: „*To je něco jako Brufen.*“ Užívala ho první tři dny a dále upřesnila: „*Byla jsem poučená, že se nesmí jíst do prázdného žaludku. Takže jsem vždycky před tím něco malého zakousla.*“ K nežádoucím účinkům dodala: „*Nedělá dobře žaludku, moc to po něm netráví. Měla jsem ho přestat užívat, kdyby mě po něm bolel žaludek nebo břicho.*“ Dále z rozhovoru vyplynulo, že bolest byla mírněna i dalšími opatřeními, a to zvýšenou polohou ruky a ledováním: „*Já jsem raději hned ochlazovala. Dávala jsem si na to mraženou zeleninu.*“ Na otázku, jak dlouho chadila, odpověděla: „*Asi tak dvacet až třicet minut. Pak jsem dala zeleninu znovu zmrazit a pokračovala.*“ Z nedostatku finančních prostředků neužíval žádná analgetika mladý dělník (R24): „*No, něco mi doktor napsal, ale já si to nevyzvednul. Na rovinu, neměl jsem na to. Říkal jsem si, že když to bude bolet hodně, tak zajdu k mámě a ta mi něco dá. Ale ono to nebylo nic hrozného, takže jsem ani nic nepotřeboval.*“ Na otázku jaké léky užívala, odpověděla respondentka (R25) takto: „*Tak to jsem měla Brufen. Říkala jsem to už u doktora, že jsem na něj zvyklá. Kupuji ten kanadský, je totiž šetrnější. Brala jsem si ho vždycky při jídle, třikrát denně.*“ Dále k tomu, jaké by jí mohl způsobit potíže, se rozhovořila: „*Jestli si dobře vzpomínám, tak mi říkali, že po něm můžu mít průjem nebo mě může bolet břicho. A že žádný Brufen není šetrný, tomu ale nevěřím.*“ Bolest byla také tlumena ledováním: „*Potom mi ještě doporučovala ochladit ránu třeba těmi mrazíci vložkami tak, aby se nepromácel obvaz.*“ Respondentka (R26) tlumila pooperační bolest paracetamolem: „*Užívala jsem Paralen. Mám problémy se žaludkem, tak raději nic jiného nejím. Normálně jsem vždycky jedla jednu tabletku, ale pan doktor mi řekl, že mám brát dvě najednou.*“ Poté byla paní dotázána na tělesnou hmotnost, která je „*kolem osmdesáti kil.*“ K možným obtížím při užívání Paralenu uvedla: „*No, to jsem byla moc překvapená, když mně sestřička řekla, že se u něj nesmí pít alkohol, protože by poškodil játra. Né, že bych holdovala alkoholu, ale nevěděla jsem, že je to úplně zakázané. A zajímavé je, že se nemá u něj pít také čaj z třezalky. A ten já piju. Sice jen občas, ale je dobrý na nervy, které s dětmi rozhodně máte.*“ I tato respondentka uvedla, že jí ruka méně bolela, pokud měla ruku výš a také ránu chladila: „*Přiložíte led na dvacet minutek a pak si dáte alespoň půl hodiny pauzu,*

než můžete přiložit další. Důležité je, že to nesmí téct, aby se nenamočil obvaz.“ Takto popsala techniku ledování.

4.3.6 Péče o operační ránu

Schéma 15 Péče o ránu do odstranění stehů

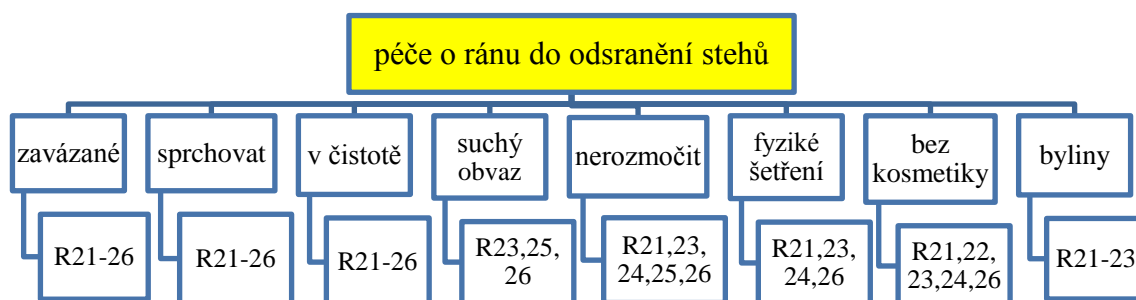
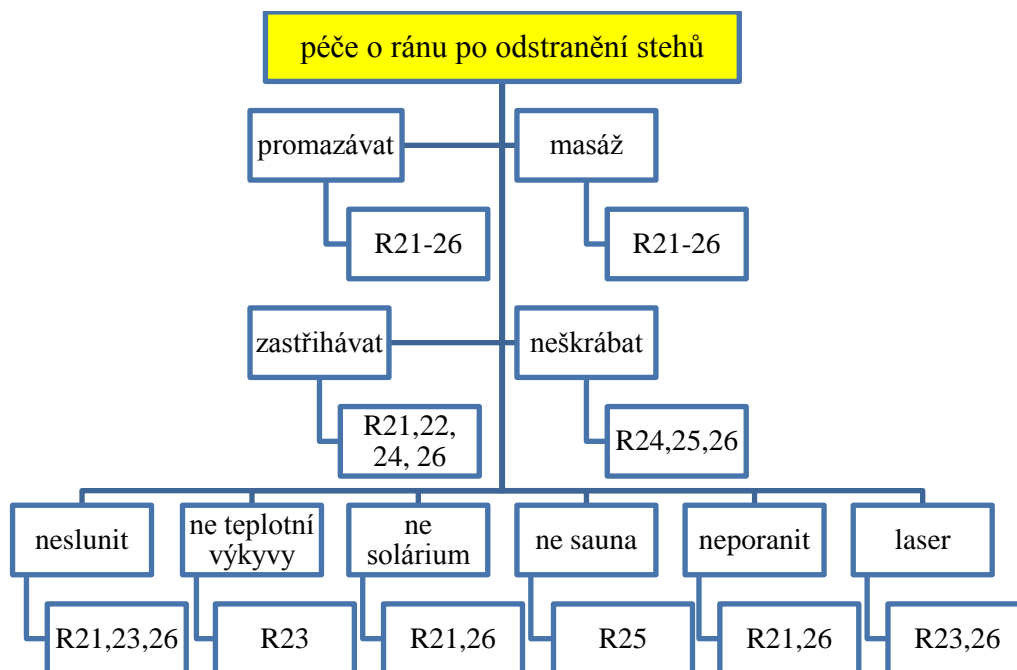


Schéma 16 Péče o ránu po odstranění stehů



K upřesnění byla péče o ránu rozlišena na péči prováděnou do odstranění stehů a po odstranění stehů. V prvním případě všichni dotazovaní měli ránu krytou obvazovým materiálem. Tři z nich ošetřovali ránu řepíkem lékařským. Pětrát bylo v rozhovoru zmíněno, že se nesmí používat mýdlo nebo jiná kosmetika. Ve stejném počtu byl kladen důraz na zachování čistoty. Dále účastníci rozhovorů uváděli, že se rána nesmí koupat nebo používali výraz rozmočit. Tři respondenti ránu sprchovali. Dále bylo zaznamenáno u čtyř účastníků fyzické šetření ruky, z důvodu zajištění klidného hojení a třikrát zachování suchého obvazu.

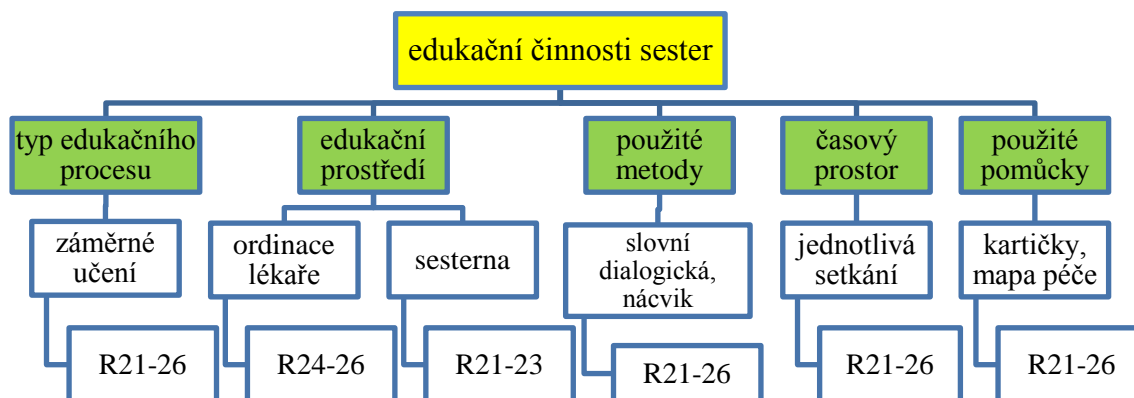
Péče prováděná po odstranění stehů zahrnovala především promazávání okolí a tlakové masáže jizvy. Dotyční byli vyzváni, aby tuto masáž názorně předvedli. V jednom případě nebyl způsob masáže zcela správný. Masáž neprováděl jeden účastník rozhovorů. Vepřové sádlo bylo k promazávání okolí zvoleno nejčastěji. Tři respondenti uvedli, že rána nesmí být vystavena slunci a dva soláriu. Odlupující se kůži ošetřovali zastříháváním a a tři upozorňovali na to, že se rána nesmí škrábat. Jedenkrát byla zaznamenáno, že nelze ránu saunovat či ji vystavovat nepříznivým teplotám. Ve dvou případech využili repondenti k ošetření jizvy laser.

Respondentka (R23) po operaci syndromu karpálního tunelu popsala péči o ránu takto: *„Zpočátku jsem chodila na převazy, kde to pan doktor sterilně ošetřil. Teprve za deset dní jsem začala potukávat ránu odvarem z řepičku. Žádné mýdlo nebo jinou kosmetiku na to nemůžete používat. A nesmíte se s tím koupat. Také jsem si to vždy překryla takovým čtverečkem a zavázala. Až později jsem ránu nechávala na vzduchu, ale jen doma. Ještě mě k tomu napadá, že s tou rukou nemůžete nic moc dělat. Potřebuje klid na hojení.“* Dále se ráně po odstranění stehů věnovala takto: *„Promazávala jsem to kolem vazelínou a dělala tlakové masáže.“* Při předvedení ukázala správnou techniku a na otázku, jak často ji provádí, odpověděla: *„Měla by se dělat alespoň třikrát denně a tak asi dva měsíce.“* Jako další uvedla: *„Nedělá jí dobře sluníčko a horké počasí. Vlastně i mráz. Já jsem chodila na rehabilitaci a tam mě hodně pomohli. Když už jsem tam chodila, tak jsem si zaplatila i laser, aby to dobře vypadalo.“* Ránu se snažil udržet v klidu a v čistotě respondent (R24): *„Hlavně to chce klid. Nic jsem nedělal, kromě toho procvičování prstů. Chodil jsem na kontroly a nosil pořád obvaz. Mám doma psa a to*

víte, jsem samý chlup. Sestra si toho všimla a říkala, že by se mi mohly dostat do rány. Po prvním převaze jsem to doma sprchoval.“ K tomu, jestli k mytí něco používal, odpověděl: „Ne, to musíte jen čistou vodou, žádný sprcháč. Ani se nesmíte koupat, nebo by se to úplně rozpadlo.“ Po odstranění stehů promazával okolí sádlem a snažil se vyvarovat škrábání: „Dost to svědělo, ale nesmíte se škrábat, jen lehce. Tu kůži, co se loupe taky nesmíte jen tak utrhnout, ale ustříhnout.“ Tlakovou masáž jizvy neprováděl, „Potom mě tu ještě učili masírovat jizvu. To jsem ale nedělal. Přijde mi to takové přehnané. Není to velká jizva.“ Respondentka (R25) dbala na suchý a čistý obvaz: „Já jsem měla za úkol, abych obvaz neumazala nebo nenamočila. Asi za deset dní jsem se o to už starala doma, ale na kontroly jsem chodila. Nesměla jsem se s tím koupat, ale sprchovat jo. Potom jenom opatrně osušit a zase zavázat.“ Po odstranění stehů ji trápila suchá kůže a svědění: „Zpočátku to bylo hodně citlivé a takové suché. Strašně se mi to chtělo poškrábat, i když se to nemá. Mazala jsem si to měsíčkovou mastí a masírovala.“ Při názorné ukázce předvedla tlakovou masáž, ale tlak na jizvu trval velmi krátce. Tuto masáž provádí večer u televize. Oželet musela svojí oblíbenou návštěvu sauny: „Já ráda chodím do sauny, jenže s tím se nesmí.“ Jednapadesátiletá žena(R26) pečovala o ránu následovně: „Důležité je se do toho neuhodit a mít to čisté a v suchu. Mokré nedělá rány dobře. Nesmí se do ní mazat žádné krémy nebo mastičky, jen jsem to sprchovala.“ Po odstranění stehů dávala pozor: „....aby se rána neroztrhla, protože není ještě moc pevná. Je hodně namáhaná, jak ohýbáte zápěstí. Promazávala jsem ji sádlem, aby změkly stroupky. Nesmíte je strhávat, ale když tak jenom ostríhnout, to co se odlupuje.“ Z dalších možností, jak pečovat o jizvu, zmínila ošetření laserem: „...jsem si jí nechala ošetřit laserem. To mi doporučili. A jinak se nemá jizva opalovat, protože by ztmavla. Musí se překrýt nebo namazat krémem s vysokým faktorem. To platí i pro solária.“ Paní prováděla tlakovou masáž několikrát denně a při předvedení ji provedla správně.

4.3.7 Edukační činnosti sester

Schéma 17 Edukační činnosti sester



V této kategorii bylo v rozhovorech sledováno prostředí, ve kterém se edukace uskutečňovala a také jaké výukové metody a didaktické pomůcky sestry používaly. Dále kdy edukace probíhala a o jaký typ edukačního procesu se jednalo. Jelikož rozhovory probíhaly na dvou pracovištích, byla uváděna i dvě různá edukační prostředí. A to sesterna a ordinace lékaře. Sestry používaly k edukaci vytvořené edukační karty a dávaly pacientům k dispozici mapu péče. Edukace se uskutečňovala metodou rozhovorů během jednotlivých setkání v rámci poskytované ambulantní péče. Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že šlo o záměrné učení, tedy o edukační proces typu B.

Respondent (R22) k tomu, kde se sestrou hovořil, uvedl: „Vepředu, jak mají tu místnost pro sestry.“ Dále doplnil: „Jo, normálně jsme si povídali.“ Na dotaz, jestli sestra používala nějaké pomůcky, odpověděl: „Měla připravené kartičky s otázkami, jestli jsem to dobře pochopil.“ Během rozhovoru byly ještě zaznamenány výroky: „Tak to mě sestřička učila“, nebo „Všechno vám vysvětlí a pak dostanete domů takový návod ...“ Žena, (R23) se na sledované téma vyjadřovala: „Při každé návštěvě jsme si spolu sedly a ona mi vše vysvětlila a pak mě tak trochu zkoušela.“ K prostředí dodala: „V té jejich místnosti, tam mě posadila do křesla a všechno jsme probraly.“ Následoval dotaz na didaktické pomůcky: „Měla kartičky s otázkami a nápovědou.“ Jindy uvedla: „Dostala jsem i návod toho, co mě čeká.“ Respondentka dále v rozhovoru zmínila nácvik

činností: „Už před operací jsem si zkoušela, jak se má správně cvičit s prsty na ruce.“ U mladíka (R29) bylo na dané téma zaznamenáno: „...a pak mě dávala otázky. Naštěstí jsem se mohl podívat na odpověď, to bylo dobré.“ Místem edukace označil ordinaci a upřesnil: „Sedli jsme si ke stolu a ona mi dávala otázky napsané na kartičkách.“ I zde byl v rozhovoru zaznamenán nácvik cvičení prstů a navíc tlakové masáže: „Před operací už to s vámi nacvičí, protože potom se s tím prý lidi bojí hýbat.“ a „Potom mě tu ještě učili masírovat jizvu.“ To, že edukace probíhala opakovaně, bylo zřejmé z věty: „To si mě zase vzala do parády sestra. Vysvětlovala mi, co mám dělat, co nemám dělat a zase mě z toho zkoušela.“ Učitelka z mateřské školy (R26) výstižně glosovala: „Trochu jsem si připadala jak u nás ve školce. Také používáme pro děti kartičky.“ Z dalších pomůcek zmínila: „Dávaly, myslím, že se to jmenovalo mapa péče. Takový přehled co, kdy a jak.“ Dále hovořila: „Byl to takový příjemný rozhovor, kde vás prozkouší, jestli vnímáte, co vám říkají. To já chápu.“ Z praktických činností proběhl nácvik tlakové masáže a cvičení: „Také jsem se naučila dělat tlakovou masáž.“ „Sestřička mě to takhle učila hned, jak jsem si domluvila operaci.“

5. DISKUZE

Záměrem této diplomové práce byla snaha o zmapování edukační reality u ambulantních pacientů, kteří podstoupili plánovaný zákrok ruky z důvodu syndromu karpálního tunelu nebo skákavého prstu. Edukace v ambulanci je neoddelitelnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Rozhodně lze potvrdit slova Závodné (2005), která konstatuje skutečnost, že péče o zdraví je v ambulancích převážně přenesena na samotné pacienty.

Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnických zařízeních od února 2014 do konce dubna 2014 ve dvou fázích. Celkem se uskutečnilo 26 polostrukturovaných rozhovorů a bylo pozorováno šest sester ze tří pracovišť při edukační činnosti za účelem získání dat pro stanovený cíl této diplomové práce, kterým je zmapování specifik edukačního procesu u pacientů podstupující plánovaný operační zákrok ruky. Na základě dalšího cíle této práce byl vytvořen edukační materiál v podobě mapy péče a edukačních karet. Tyto karty obsahují kontrolní otázky pro pacienty tak, aby sestra i pacient měli zpětnou vazbu o výsledcích společného úsilí. O důležitosti zpětné vazby pro dospělé účastníky edukace hovoří i Mužík (2004). Ten zdůrazňuje, že dospělý jedinec potřebuje vědět, jak si během výuky vede. V této souvislosti Nemcová (2010) uvádí, že testování může u dospělých edukantů vyvolat úzkost. S ohledem na tuto skutečnost jsou karty z druhé strany opatřeny správnou odpovědí pro případ, že by edukant odpověď neznal nebo si jí nebyl jistý. Dále byla vytvořena mapa péče shrnující nejdůležitější opatření, kterými se má pacient během jednotlivých časových období řídit. Tyto mapy jsou pasované na konkrétní onemocnění a dle doporučení Rankina ((2005) byly poskytovány pacientům domů.

Rozhovorů se celkem účastnilo devatenáct žen. Ve dvanácti případech s onemocněním syndromu karpálního tunelu a v sedmi s onemocněním skákavého prstu. Muži tvořili v počtu sedm menšinu. Jeden muž podstoupil zákrok z důvodu syndromu karpálního tunelu a šest pro skákavý prst. Vyšší počet žen potvrdil skutečnost, že jsou syndromem karpálního tunelu a skákavými prsty častěji postiženy ženy než muži, jak uvádí Dufek (2006) a Makkouk (2008).

Valenta (2007) ve své knize *Základy chirurgie* uvádí, že syndrom karpálního tunelu je příznačný pro těžce pracující ženy. Tato skutečnost se během výzkumu nepotvrdila. Ve výzkumném vzorku tímto syndromem trpělo pět pedagogických pracovníků a pětkrát byli postiženi nositelé profese administrativní povahy. Na základě těchto skutečností se lze více přiklonit k tvrzení Biegla (2007), který do pracovní zátěže ruky řadí i práci s počítačem, při které dochází ke stereotypním pohybům ruky.

První výzkumná otázka hledala odpovědi na to, jak probíhá edukační proces pacienta před operačním zákrokem ruky. Ústředním cílem této části bylo zjistit, jaké vědomosti a dovednosti pacienti mají před podstoupením zákroku. Kromě klasické předoperační přípravy Pilný (2011) doporučuje důkladnou hygienu ruky před operací samotným pacientem. Upozorňuje, že nelze provést chirurgický výkon, pokud se na operované končetině nachází zánětlivé ložisko či nezhojení rána. Z tohoto důvodu by se pacient měl vyvarovat poranění na ruce minimálně týden před výkonem. Respondenti v první fázi výzkumu o těchto požadavcích nebyli edukováni. Hygienu ruky provedl pouze jeden respondent a to zcela intuitivně. V jednom případě byl plánovaný výkon odložen z důvodu poranění na ruce. Z analýzy rozhovorů a z pozorování sester bylo zřejmé, že pacienti dostávali od sester jen omezené informace. Týkaly se vysazení léků před operací, které jsou v kompetenci lékaře a odstranění laku či ozdob z ruky. Do předoperační přípravy sestry nezahrnovaly popis a praktický nácvik cvičení prstů operované ruky, které je důležitou prevencí srůstu šlachových pochev, jak uvádí Dungal (2005). Nácvik je potřeba zařadit do období před výkonem, protože bezprostředně po lokální anestezii není pacient schopen provést cviky v plném rozsahu z důvodu otoku a necitlivosti prstů. Tyto nedostatky mohou dle mého názoru pramenit z nedostatečných vědomostí sester o aktuálních požadavcích předoperační péče a z možného podceňování ambulantně prováděných výkonů.

Součástí vědomostí, které by pacienti měli mít, jsou doporučení týkající se omezení stravy a tekutin před zákrokem. Zde panovala neshoda a doporučení se lišila v závislosti na pracovišti. Sestry z privátních ambulancí se této oblasti příliš nevěnovaly. Maximálně se omezily na informace, že se k výkonu pacienti nemají dostavit lační nebo že mohou běžně jíst a pít. U pacientů podstupujících zákrok na ortopedickém oddělení

v nemocnici bylo vyžadováno klasické lačnění. Dovoleno byl přiměřený příjem tekutin. S takovými rozdílnými přístupy bychom se neměli v praxi setkávat. Souhlasíme s doporučením Jindrové (2011), která uvádí, že chirurgický zákrok prováděný v lokální anestezii nevyžaduje dlouhé lačnění. Poslední jídlo, které má být lehce stravitelné, může být konzumováno dvě hodiny před výkonem. Podstatná jsou i doporučení k výběru tekutin, kde je potřeba vyvarovat se mléku, syceným nápojům a alkoholu. Je nutné podotknout, že sestry musí respektovat požadavky lékařů a proto by tato oblast mohla být předmětem další diskuse.

Všechny získané údaje z první fáze výzkumu, byly vzaty v potaz při tvorbě edukačního materiálu. Před jeho aplikací proběhla setkání se sestrami z jednotlivých pracovišť, kde byl vysvětlen způsob práce s tímto materiálem a obsah požadovaných znalostí, které měli pacienti získat. Edukace novými postupy se u druhé skupiny respondentů v předoperační přípravě promítla následovně. Hygienu operované ruky provedli všichni zúčastnění. Taktéž každý respondent znal dietní a časové omezení v příjmu stravy a tekutin. Ve většině případů věděli respondenti o riziku zrušení operace z důvodu akutního onemocnění nebo poranění operované ruky. Návěst cviků před výkonem absolvovali čtyři účastníci. To, že návěst neproběhl u všech pacientů, je možné vysvětlit časovou tísní, která byla v rámci pozorování v první fázi zaznamenána, nebo došlo k opomenutí této činnosti sestrou. Obecně lze konstatovat, že vědomosti a dovednosti se u těchto respondentů podstatně zlepšily. Naopak zde téměř byla opomenuta příprava psychická, které se sestry více věnovaly v první fázi. Tento fakt může být důsledkem toho, že sestry byly vystaveny nové, neznámé zkušenosti, na kterou byly nuceny reagovat v relativně omezeném časovém úseku. V tomto případě lze hovořit o edukačních bariérách ze strany edukátora a zdravotnického systému, jak uvádí Nemcová (2010). Domníváme se, že při delší zkušenosti a praxi s tímto způsobem edukace by se nedostatky eliminovaly.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, jak je pacient edukován o pooperačním režimu. Důraz byl kladen především na znalost a dodržování elevace operované končetiny a provádění pravidelného cvičení. Pro získání přesných údajů byli respondenti požádáni o názornou demonstraci polohy i cviků. U cvičení byla sledována

i jeho frekvence. Antiedematózní terapii považuje za klíčovou Pilný (2011), který k jejímu zajištění doporučuje již zmíněnou elevaci končetiny tak, aby byla nad úroveň srdce. Důraz klade i na časnou mobilizaci z důvodu předcházení adhezí šlach či k zachování plné pohyblivosti prstů. Všichni respondenti z první fáze výzkumu věděli o nutnosti elevace končetiny. Jak bylo poznamenáno výše, rozhodující je poloha ruky vůči srdci. Požadovanou polohu nad úroveň srdce při demonstraci předvedlo jen pět respondentů z dvaceti.

O málo lepší výsledek byl zaznamenán při předvedení cviků s prsty patnácti respondenty, kteří cvičení prováděli. Správnou techniku do plné plynulé flexe a extenze prstů provedlo sedm účastníků. Pět respondentům z ortopedické ambulance, kteří podstoupili operaci karpálního tunelu, byl doporučován úplný klid ruky. Ten není v souladu s odbornou literaturou, kde Pilný (2011) u operací karpálního tunelu upozorňuje, že pooperační léčba přímo vyžaduje časnou mobilizaci ruky. Toto rozhodnutí je však v kompetenci operátora. Sestra může v rámci týmové práce a z kvalitní péče na tento fakt lékaře upozornit.

Celkově neuspokojivý výsledek lze přičítat nedostatečné edukaci pacientů, při které nejsou sestrou využívány metody názorně demonstrační, dovednostně praktické a nejsou stanoveny psychomotorické cíle. Toto tvrzení bylo podloženo pozorováním sester při edukační činnosti. Jako důvody cvičení respondenti správně uváděli adheze nebo zachování hybnosti v šesti případech. Ostatní respondenti důvod neznali nebo nebyli konkrétní v tom smyslu, že důvodem ke cvičení je nic neříkající výraz „šlacha“. Rovněž se odvolávali na „úspěch operace“ nebo na lékaře či sestru, kteří jim sdělili, že mají cvičit. Důvodem tohoto zjištění je s největší pravděpodobností nerespektování specifík edukace dospělých sestrami. Podle Bartáka (2008) v produktivním a vyšším věku převládá myšlení praktické. Proto je znalost důvodu konkrétní činnosti důležitá. Jak uvádí Barták (2008), v dospělém věku účastník chce vědět, k čemu mu učení bude, čeho tím může dosáhnout.

Cvičení má být podle Dungra (2005) prováděno pravidelně každou hodinu, což nebylo v první fázi výzkumu splněno. V rozhovorech se sami respondenti příliš nezmiňovali o frekvenci cvičení, proto jim byla pokládána doplňující otázka, jak často

cvičili. Odpovědi zahrnovaly frekvenci v rozmezí od pěti do třiceti za den. Tento rozptyl svědčí pro to, že konkrétní údaj o četnosti cvičení pacienti s největší pravděpodobností nedostali. V tomto případě došlo k opomenutí jednoho z principů správně stanoveného cíle, kterým je měřitelnost. Edukant musí vědět, že má cvičit, proč má cvičit a jak má cvičit včetně konkrétního údaje o frekvenci cviků. Potom tento cíl může být podle Palána (2008) považován za komplexní.

Analýza rozhovorů respondentů, kteří byli edukováni pomocí vytvořeného materiálu, přinesla tyto výsledky. Jeden respondent měl ruku v úrovni srdce, ostatní nad úrovní srdce. Čtyři respondenti uvedli frekvenci cvičení po hodině. Každý respondent znal důvod cvičení, kterým byly srůsty nebo zachování hybnosti. Jen jeden účastník při demonstraci zcela nedotáhl do maximální polohy extenzi a flexi prstů. Tato zjištěná byla povzbudivá. Stále však byly nedostatky především ve frekvenci cviků. Jedna respondentka věděla, že má cvičit každou hodinu a přesto cviky takto neprováděla. Zaznamenána byla i nižší frekvence, která neodpovídala požadavkům. Z tohoto důvodu je potřeba klást vyšší důraz na význam cviků a zřejmě i více zdůrazňovat možné negativní dopady na plnou funkčnost ruky.

Každý, kdo podstupuje operační zákrok, musí být informován o možných pooperačních komplikacích, jak upozorňuje Czudek (2009). Jelikož po ambulantním zákroku pacient odchází do domácího léčení, musí sám dokázat správně vyhodnotit symptomy různých potencionálních komplikací. Proto další sledovanou oblastí v rámci edukace o pooperačním režimu byly znalosti pacientů o těchto komplikacích či jejich projevech. Zeman (2011) řadí k všeobecným komplikacím především infekci, krvácení a dehiscenci rány. Respondenti nejčastěji k těmto komplikacím uváděli bolest, která by je donutila vyhledat lékaře a po ní následovala infekce. Z rozhovorů bylo zřejmé, že respondentům chybí potřebná jistota k odpovědím. Často začínali své odpovědi výrazem „napadá mě, a myslím“. Zajímavé bylo zjištění, že sestry pacientům doporučí dostavit se při obtížích ihned, ale tyto obtíže blíže nespecifikují. Výpovědi respondentů byly potvrzeny v rámci pozorování sester. Souhlasíme se slovy Bartáka (2008), že edukátor si musí v průběhu výuky ověřovat, zda bylo problému porozuměno. Sestry by

si měly dotazem na pacienta ověřit, jestli všemu sdělenému rozumí a dát mu prostor pro případné dotazy.

Každý respondent z druhé fáze výzkumu uvedl z pooperačních komplikací zánět a krvácení. Nově se zmiňovali tři respondenti o zvýšení tělesné teploty v souvislosti s možnou infekcí. Znamky zánětu byly popisovány jako tepání, cukání, bolestivost a již zmiňovaná zvýšená tělesná teplota, tak jak je uvádí Zeman (2011). Respondenti popisovali sledování obvazu z důvodu případného krvácení. Dehiscenci zmínili jen dva respondenti. Dle mého názoru je zapotřebí více pacientům vysvětlovat symptomy jednotlivých komplikací, než je pouze umět vyjmenovat, tak jak se to děje například v souvislosti s informovanými souhlasy. Umět pacientům vysvětlit co je běžné a co už je varujícím signálem. Sestry mají podle Bastable (2008) ideální postavení k tomu, aby vysvětlovaly a uváděly na pravou míru nejasné informace. Zapotřebí je konkrétnost a jednoznačnost. Tato slova korespondují s názorem Bartáka (2008), podle něhož je jedním z klíčů úspěšné edukace jednoduchá a srozumitelná komunikace.

Nemcová (2010) se u ambulantních výkonů provedených v lokální anestezii zaměřuje na posouzení edukačních potřeb v oblasti managementu bolesti. I v tomto výzkumu bylo sledováno, jak pacienti tlumili pooperační bolest a jaké znalosti měli o užívaných lécích. Nesteroidní protizánětlivé léky byly nejvíce preferovanou skupinou léků k tlumení pooperační bolesti. Zjištěny byly u poloviny účastníků, kteří léky k tlumení bolesti používali. Respondenti užívali především Dexoket a Brufen tablety. Ze všech respondentů jen čtyři zvolili jako účinnou látku paracetamol. Tyto údaje neodpovídají doporučenému postupu pro léčbu akutní bolesti. Lékem první volby by měl být dle Kršiaka (2008) paracetamol v kombinaci například s kodeinem či jiným opioidem, kdy přínosem je analgetický účinek bez rizika gastrointestinálního krvácení nebo cévních příhod, které hrozí u nesteroidních antiflogistik. Důležitá je optimální dávka paracetamolu. Jak bylo zjištěno ve dvou případech ze čtyř, byla užitá nesprávná dávka paracetamolu. Optimální dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti. Kršiak (2011) zdůrazňuje nárůst obezity a nadváhy, kterému neodpovídá současné doporučené dávkování. Po kontrole příbalového letáku u Paralenu 500 bylo skutečně zjištěno, že dospělým a mladistvým je při hmotnosti nad padesát kilogramů doporučována dávka 1-

2 tablety. Je tedy na uvážení spotřebitele jakou dávku si vybere. Profesor Kršiak (2011) ve svém článku o optimálním dávkování paracetamolu specifikuje dávkování dle tělesné hmotnosti na jednu tabletu 500 mg paracetamolu u osob od 34 do 50 kg, jeden a půl tablety pro hmotnost 51-70kg a dvě tablety u osob od 71-100kg. Ve Velké Británii činí jednotlivá dávka pro dospělého 1000 mg paracetamolu. U paracetamolu je přísně kontraindikována konzumace alkoholu a neměla by být užívána třezalka tečkovaná, která patří k rostlinným antidepresivům, jejichž obliba dle Petráňové (2003) poroste. Na tyto skutečnosti by měl být pacient, který bude užívat paracetamol, upozorněn. Uvedené znalosti se u respondentů z první fáze výzkumu nepodařilo zaznamenat.

Respondenti z první skupiny hovořili spíše o osobních zkušenostech s daným typem léku. Většinou uváděli gastrointestinální potíže ve smyslu nadýmání či průjmu. Proto byl předmětem zájmů i způsob užívání léku v souvislosti s jídlem. Nesteroidní antiflogistika jsou doporučována užívat krátce po jídle z důvodu minimalizace nežádoucích gastrointestinálních účinků. Po jídle užívalo tyto léky šest respondentů v první fázi výzkumu. Deset respondentů nemělo informace o nežádoucích účincích a šest popsalo zažívací potíže, které se u nich v souvislosti s užíváním léků proti bolesti vyskytly. Při následném pozorování sester S1-S4 bylo zřejmé, proč respondenti neměli potřebné vědomosti z této oblasti. Ani jedna ze sester se k lékům blíže nevyjadřovala a o nežádoucích účincích či jiných doporučeních spojených s jejich užíváním pacienty neinformovala. Respondentům, kteří podstoupili zákrok v nemocnici, v rámci ortopedického oddělení, nebyla analgetika předepisována. Pravděpodobně z tohoto důvodu respondenti R6-R10 nebyli o této oblasti edukováni. Účastníci druhé fáze výzkumu byli o nežádoucích účincích léků informováni. Nesteroidní antiflogistika užívali po jídle. Respondentka R26 znala dietní omezení spojená s paracetamolem. Dávka doporučená lékařem byla optimální.

Kromě užívání analgetik byla bolest respondenty eliminována fyzikálními metodami, elevací končetiny a chlazením operační rány. Respondenti z druhé fáze výzkumu v souvislosti s ledováním uváděli, že se nesmí obvaz promáčet. Ledování bylo respondentům R21,23,25,26 doporučováno podle postupu Pilného (2011), který varuje

před přehnanou délkou chlazení a doporučuje maximální dobu ledování na třicet minut. Respondenti z první fáze byli o možnosti použití ledu informováni v devíti případech.

Znalosti pacientů o tom, jak mají pečovat o operační ránu a následně o jizvu v domácím prostředí, uzavíraly oblast edukace o pooperačním režimu. Z důvodu zpřesnění dat byla rozlišena péče na období do odstranění stehů a po odstranění stehů. Sledována byla úroveň znalostí i dovedností. U respondentů, kteří prováděli masáž jizvy, byla hodnocena technika jejího provedení při názorné demonstraci. Dle Krejčí (2003) musí být operační rána v suchu, aby nedocházelo k její maceraci. Jen tři respondenti z první části výzkumu se zmínili o tomto požadavku. Dva dbali na čistotu obvazu. Respondentům z privátní chirurgické ambulance bylo doporučováno ošetření ranky řepíkem lékařským. Domníváme se, že hlavním požadavkem v péči o ránu do odstranění stehů je především zachování čistého a suchého prostředí rány i jejího okolí, které lze dosáhnout pravidelnými asepticky prováděnými převazy. Pokud probíhá proces hojení bez komplikací, lze pokračovat například již zmíněným řepíkem. Na základě zkušeností se přikláníme k tomu, že rána by měla být alespoň lehce kryta až do odstranění stehů. Respondenti z nemocnice měli ránu krytou do prvního převazu. Dále postupoval každý podle svého uvážení. Například respondentka R8 použila ke krytí čerstvé rány zcela nevhodně náplast.

Smičková (2011) v péči o jizvu hovoří o tom, že ji nelze škrábat nebo z ní násilím odstraňovat strupy. V žádném případě nedoporučuje vystavovat jizvu slunečnímu záření, soláriu a chladu minimálně tři měsíce. Ránu nekoupat až čtyři týdny, ale jen krátce sprchovat. Neaplikovat na ni žádná mýdla či kosmetické přípravky. Provádět tlakové masáže jizvy a promašťovat okolí. O těchto doporučeních respondenti v první části výzkumu byli nedostatečně a nejednotně informováni, jak je zřejmé ze schématu 8 na straně 60. Nejčastěji pečovali o ránu po odstranění stehů tak, že ji masírovali a promazávali. Správná technika tlakové masáže jizvy byla zaznamenána u dvou respondentek. Jak již bylo poznamenáno, sestry nevyužívaly při edukaci pacientů názorně demonstrační a dovednostně praktické metody a pacientům tak chyběla potřebná zručnost k jejímu provedení. Na tyto nedostatky upozorňuje ve svých článcích i profesor Kvapil (2011), který tvrdí, že aniž by nemocný sám předvedl popisovanou

činnost, nelze dosáhnout uspokojivého výsledku edukace. Pouhé ústní sdělení se ukazuje být v případech, kdy pacient má vykonávat nějakou konkrétní činnost, nedostačující. Sestry v tomto případě needukovaly pacienty o možnostech péče o jizvu v celém rozsahu. Lze se jen domnívat, jestli takto činily z nedostatku časového prostoru nebo zda samy neměly dostatek potřebných informací. Toto by bylo potřeba ověřit dalším šetřením zaměřeným více na sestry.

Ve druhé fázi výzkumu, kde byl použit edukační materiál, byly znalosti respondentů pestřejší a jednotnější hlavně v péči o ránu do odstranění stehů jak je patrné ze schématu 15 na straně 79. Péče o ránu po odstranění stehů také zaznamenala určitý pokrok ve sjednocení základních znalostí a dovedností jakými byla tlaková masáž jizvy, promazávání, zastřihávání kůže a zákazu škrábání. Respondenti předvedli správnou techniku tlakové masáže kromě jednoho případu. Polovina účastníků uvedla ochranu jizvy před sluncem. U dalších opatření došlo opět k roztržitému, kdy jednotlivá doporučení uvedl jen jeden, maximálně dva respondenti. Na základě těchto zjištění se domníváme, že pacienti si vyeliminovali ta opatření, která považovali za nejpodstatnější a zbylým nevěnovali takovou pozornost, jelikož svým charakterem neodpovídaly jejich aktuálním potřebám. Jednalo se zejména o doporučení ohledně slunění, solária, sauny, která blíže zachycuje schéma 16 na straně 79. Výše popsané výsledky odpovídají na druhou výzkumnou otázku, jak je pacient edukován o pooperačním režimu.

Nyní budou shrnuty výsledky vztahující se ke třetí výzkumné otázce, jakým způsobem je realizována edukační činnost u pacientů podstupující operační zákrok ruky. Prezentované výsledky byly získány z rozhovorů a z pozorování sester při edukační činnosti. Sledovány byly především výukové metody, typ edukačního procesu, prostředí, v němž byla edukace realizována a časový prostor vytvořený k tomuto účelu.

V první fázi výzkumu sestry používaly k edukaci monologické slovní metody bez využití didaktických pomůcek. Mužik (2004) naopak uvádí, že k tomu, aby se mohla uplatnit aktivita dospělého jedince ve výuce, je zapotřebí využívat dialogických metod. Jedním z cílů edukace v ošetrovatelství je podle Magurové (2009) aktivní pacient, který je spolutvůrcem své léčby. Pacienti v této fázi byli pasivními příjemci informací s dominantní úlohou sestry. Toto dominantní chování nebylo projeveno jen strohou,

monologickou komunikací, ale bylo pozorováno i v neverbálních projevech sestry, například tím, že pokud s pacientem hovořily, nezauly stejnou výškovou úroveň. Dle Berana (2010) i takovéto prvky hrají důležitou roli pro navození přátelské atmosféry a partnerského vztahu. Zde však zůstaly opomenuty. Za pozitivní lze hodnotit, že pozorované sestry působily mile a vstřícně, i přes časový přes a neustále vyrušování v podobě telefonátů či klepání na dveře ordinace. Osobnost edukátora je dle Mužika (2004) důležitá, neboť svým chováním může motivovat účastníky ke spolupráci. Sestry by si měly tento fakt uvědomit a více ho ve své edukační činnosti uplatňovat. Edukace se uskutečňovala na pracovištích privátní chirurgické a ortopedické ambulance přímo v ordinaci lékaře. Konkrétní časový prostor k edukaci vytvořen nebyl. Sestry využívaly času při ošetřování pacienta, jako například během zákroku, při převazech nebo pokud lékař psal nález. Toto jsou podle Nemcové (2010) klasické překážky edukačního procesu vytvořené zdravotnickým systémem. Ten neposkytuje dostatečný časový prostor pro edukaci. Jelikož v privátních ordinacích organizují práci především lékaři, nezbyvá než opět souhlasit s jejím tvrzením, že ze strany lékařů je edukaci připisována nízká priorita. Za velice nevyhovující považujeme edukační prostředí respondentů R6-10, kteří podstoupili zákrok v nemocnici. Po zákroku jim informace byly poskytovány v koupelně, kde si odkládali prádlo nebo na chodbě ortopedického oddělení. S těmito zkušenostmi bychom se již dnes v praxi setkávat neměli. Dle mého osobního názoru je zapotřebí, aby management zdravotnického zařízení věnoval této oblasti více pozornosti. I v tomto případě se shoduje toto zjištění s tvrzením Nemcové (2010), která upozorňuje na negativní vliv prostředí, v němž se sestra ani pacient nemohou soustředit. Po důkladné analýze rozhovorů a pozorování lze konstatovat, že se jednalo o edukační proces typu A, tedy že se pacient učil především spontánně. To je v rozporu s doporučením Šulistové (2012). Ta upozorňuje na fakt, že edukace v ošetrovatelství by měla být záměrná nebo řízená, které odpovídá edukační proces typu B a C.

V porovnání s druhou částí výzkumu došlo k zlepšení podmínek. Po dohodě s lékaři a sestrami privátních ordinací byl v chirurgické ordinaci vyčleněn prostor k edukaci v sesterně. V ortopedické ambulanci z důvodu prostorového uspořádání nebylo možné zajistit jinou místnost. Sestře bylo umožněno edukovat pacienta v sedě u

stolu. K edukaci byly využity výukové metody dialogické doplněné o edukační konstrukty v podobě edukačních karet a mapy péče.

V souvislosti s edukačním procesem bylo sledováno, jaké výukové metody a organizační formy k získávání nových informací respondenti preferují. Metody ústní zvolilo o dva respondenty více než kombinaci metody ústní a písemné a jednoznačně dominovala individuální forma. Nejčastějšími důvody k odmítání edukace ve skupině byla uváděna ztráta soukromí a času. Ve druhé fázi výzkumu byla situace obdobná, jen s tím rozdílem, že kombinace ústní a písemné metody byla upřednostněna před ústní.

Překvapující je, že v první fázi výzkumu jako hlavní zdroj informací všichni respondenti uvedli lékaře a sestru uvedlo jen šest respondentů z dvaceti, což bylo ve stejném počtu jako informace získané prostřednictvím internetu. To, že sestru jako nositelku informací uvedlo jen tak málo respondentů, si vysvětlujeme tím, že v tomto případě zde selhala sestra v roli edukátorky, která má být podle Kuberové (2010) schopná posoudit vzdělávací potřeby jednotlivce. Souhlasíme s Haškovcovou (2013), že je nutné věnovat pozornost i ambulantní realitě a odstraňovat vše, co může u pacientů vzbudit nepříznivý dojem. Jeho hlavní příčinu spatřuje v nezvládnuté, až podivné komunikaci sester pracujících v ambulancích, což také mohlo být důvodem toho, že sestru na ambulanci zmínilo v souvislosti se zdroji informací tak málo respondentů. Ve druhé fázi výzkumu se tato situace neopakovala a sestra byla uvedena ve stejném počtu jako lékař.

6. ZÁVĚR

V současné době se stále více v ordinacích chirurgických odborností sestáváme s pacienty s onemocněním ruky. Jedná se zejména o případy syndromu karpálního tunelu a skákavých prstů, kterým je věnována i tato diplomová práce. Trendem dnes i do budoucna je realizace péče o tyto pacienty v rámci ambulantní léčby. Předmětem zkoumání této práce byl edukační proces u ambulantních pacientů, kteří podstupují operační zákrok z důvodu výše uvedených onemocnění. Správně vedený edukační proces zacílený na změnu vědomostí a dovedností významně ovlivňuje průběh léčby i rekonvalescence.

Cílem práce bylo zmapování specifík edukačního procesu u pacientů podstupujících operační zákrok ruky a vytvoření edukačního materiálu. Pro pokrytí celé zkoumané oblasti edukačního procesu u těchto pacientů byly stanoveny tři výzkumné otázky. Na období před zákrokem se zaměřovala otázka: Jak probíhá edukační proces pacienta před operačním zákrokem ruky? Období po zákroku sledovala druhá výzkumná otázka: Jak je pacient edukován o pooperačním režimu. Poslední stanovená otázka byla: Jakým způsobem je realizována edukační činnost u pacientů podstupující operační zákrok ruky?

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že na pracovištích, kde respondenti podstoupili operační zákrok, byl edukační proces výrazně eliminován a pro jeho realizaci sestry neměly vyhovující podmínky, především časové a prostorové. Pacienti byli nedostatečně edukováni o předoperační přípravě. Hlavní nedostatky se týkaly přípravy operované ruky a preventivního chování pacienta před výkonem. Doporučení o omezení stravy a tekutin se v jednotlivých pracovištích výrazně lišila.

Edukace o pooperačním režimu se omezila na informace o poloze končetiny, cvičení, ledování a předání receptu. Často chybělo upřesnění informací ve smyslu jak, proč nebo kolikrát. V managementu pooperační bolesti bylo zjištěno, že doporučované dávkování paracetamolu již neodpovídá současným trendům. Pacienti neměli informace o dietních omezeních či podstatných nežádoucích účincích léků. V rozhovorech uplatnili především své osobní zkušenosti s konkrétním lékem. Respondentům chyběli

znalosti o symptomech potenciálních pooperačních komplikací. Pozorování sester potvrdilo, že této oblasti příliš nevěnují. Pacienty upozorní na včasné vyhledání pomoci při obtížích, které blíže nespecifikují. Je zřejmé, že dospělí jedinci dokáží uplatnit své životní zkušenosti a určité znalosti z této oblasti prokázali. V péči o jizvu pacienti uváděli různá opatření, která však byla značně roztráštěná. Shoda panovala u tlakových masáží a promazávání jizvy. Technika masáží však v naprosté většině případů neodpovídala správnému postupu. V edukačním procesu sestry využívaly převážně slovních monologických výukových metod. Chyběly metody názorně demonstrační a dovednostně praktické. Sestry nepoužívaly k edukaci didaktické pomůcky. Naproti tomu působili při pozorování mile a vstřícně i přes časovou tíseň.

Alarmující je, že v první fázi výzkumu jako zdroj informací uvedlo sestru jen šest pacientů z dvaceti, což bylo ve stejném počtu jako informace získané prostřednictvím internetu. Hlavní nedostatky tak lze spatřovat v nezvládnuté roli edukátorky a komunikátorky. V tomto ohledu se otvírá prostor pro další výzkumná šetření. Navrhovala bych provést výzkumné šetření týkající se organizace práce a personálního pokrytí v odborných ambulancích, které by mohlo pomoci k vytvoření lepších časových podmínek pro edukační proces realizovaný sestrami u ambulantních pacientů. Nedostatky v edukaci pacienta by bylo možné eliminovat zařazením dialogických, názorně demonstračních či dovednostně praktických metod a vhodným edukačním materiálem, tak jak se nám osvědčilo ve druhé fázi výzkumu. Zde se edukace pacientů i její podmínky zlepšily.

Výsledky této práce mohou pomoci ozřejmit edukační realitu v ambulancích a zaměřit pozornost i na tento často v odborné literatuře opomíjený sektor. Vytvořený edukační materiál byl ponechán k užívání na pracovištích, kde o něj sestry projevíly zájem. Výsledky výzkumu budou předneseny ambulantním sestram v rámci semináře.

Didaktika ošetrovatelství je relativně mladý obor a je zapotřebí dokázat aplikovat její poznatky z teoretické úrovně do praktické tak, aby se edukace v ošetrovatelství stala kvalifikovanou pomocí nejen hospitalizovaným pacientům, ale také těm ambulantním, kteří si již při první návštěvě ambulancí utváří názor na stav a kvalitu zdravotnictví.

7. SEZNAM LITERATURY

1. SAMEŠ, Martin. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-072-0.
2. PILNÝ, J., R. SLODIČKA a kol. *Chirurgie ruky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3295-4.
3. SMRČKA, M., V. VYBÍHAL a M. NĚMEC. Syndrom karpálního tunelu. *Neurologie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 4, s. 243-246. ISSN 1213-1814.
4. DUFEK, Jaroslav. Profesionální syndrom karpálního tunelu. *Neurologie pro praxi*. 2006, č. 5, s. 254-256. ISSN 1213-1814.
5. ZEMAN, Miroslav et al. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9.
6. VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie: Druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.
7. BIEGEL, Martin. Malé ortopedické operace. *Postgraduální medicína*. 2007, roč. 9, č. 7, s. 745-748. ISSN 1212-4184.
8. LEBLANCK, Kim Edward a Wayne CESTIA. Carpal tunnel syndrome. *American Family Physician*. 2011, vol. 83, no. 8, s. 953-958. ISSN 0002-838X.
9. KOBROVÁ, Jitka a Robert VÁLKA. *Terapeutické využití kinesio tapu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4294-6.
10. JAVŮREK, Jan. *Malý atlas léčebných obstríků*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-449-5.
11. KREJČA, Miroslav. *Dupuytrenova nemoc*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0231-2.

12. KANTA, Martin et al. Možnosti chirurgické léčby syndromu karpálního tunelu. *Neurologie pro praxi*. 2006, č. 3, s. 153-157. ISSN 1213-1814.
13. BENSON, Leon et al. Complications of endoscopic and open carpal tunnel repase. *Arthroscopy: The journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2006, vol. 22, no. 9, s. 919-924. ISSN 0749-8063.
14. ASSMUS, Hans et al. Rezidiv- und Korrekturingriffe biem Karpaltunnelsyndrom. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie*. 2006, Jg. 38, Heft 5, s. 306-311. ISSN 0722-1819.
15. SOSNA, A., P. VAVŘÍK, M. KRBEČ, D. POKORNÝ a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
16. DUNGL, Pavel a kol. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
17. MAKKOUK, Al Hasan et al. Trigger finger: etiology, evaluation and treatment. *Current Reviews in Musculoskeletal medicine*. 2008. vol. 1 no. 2, s. 92-96. ISSN 1935-973X.
18. WOLFE, S., R. HOTCHIKSS, W. PEDERSON and S. KOZIN. *Green's Operative Hand Surgery*. 6th.ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010. ISBN 978-1-4160-5279-1.
19. PAVLIČNÝ, Radek. Perkutánní fenestrace při postižení lupavým prstem. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*. 2010, roč. 77, č. 1, s. 46-51. ISSN 0001-5415.
20. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

21. CZUDEK, Stanislav a kol. *Jednodenní chirurgie: One-day Sumery*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1786-9.
22. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
23. American Academy of Ambulatory Care Nursing. *Defining Characteristics* [online]. 2011 [cit. 2013-13-12]. Dostupné z: <http://www.aaacn.org/what-ambulatory-care-nursing>
24. HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. 2013, ISBN 978-80-7492-063-9.
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
26. JINDROVÁ, B., M. STŘÍTESKÝ, J. KUNSTÝŘ a kol. *Praktické postupy v anestezii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3626-2.
27. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. BRNO: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-283-3.
28. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II - aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
29. NEMCOVÁ, J., E. HLINKOVÁ a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
30. MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.
31. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.
32. KRŠIAK, Miloslav. Pokroky ve farmakoterapii bolesti. *Paliativna medicína aliečba bolesti*. 2008, roč. 1, č. 3, s. 114-118. ISSN 1337-6896.

33. KRŠIAK, Miloslav et al. Optimální dávkování paracetamolu při léčbě bolesti a horečky. *Tempus medicorum*. 2011, roč. 20, č. 2, s. 36. ISSN 1214-7524.
34. PETRÁŇOVÁ, Tatjana. Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*) – ob stojí rostlinné antidepresivum v konkurenci ostatních antidepresiv? *Remedia*. 2003, roč. 13, č. 1, s. 57-59. ISSN 0862-8947.
35. Státní ústav pro kontrolu léčiv: *Databáze léků* [online]. 2010 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0195011&tab=texts>
36. MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
37. ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.
38. SMÍČKOVÁ, Eva. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 1, s. 31-33. ISSN 1214-8687.
39. MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. 2. přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2004. ISBN 80-7357-045-9.
40. BENEŠ, Milan. *Andragogika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2580-2.
41. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178-944-5.
42. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
43. BARTÁK, Jan. *Jak vzdělávat dospělé*. Praha: Alfa, 2008. ISBN 978-80-87197-12-7.
44. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

45. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
46. KVAPIL, Milan. Edukace správně a nesprávně. *Medical Tribune*. 2011, roč. 7, č. 17, s. A6. ISSN 1214-8911.
47. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
48. ČECHOVÁ, Věra a Marie ROZSYPALOVÁ. *Obecná psychologie*. 6. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-548-8.
49. GILLERNOVÁ, Ilona a Jiří BURIANEK. *Základy společenských věd: základy psychologie, sociologie*. 4. vyd. Praha: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-749-9.
50. TOMANOVÁ, Dana. Edukační kompetence zdravotní sestry. In: HOLEŠINSKÁ, Pavla. *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2.
51. BASTABLE, B. Susan. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 3rd. ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 2008. ISBN 978-0-7637-4643-8.
52. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
53. PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-58-7.
54. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-047-X.

55. PRŮCHA, Jan. ed. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.
56. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
57. KERN, Hans et al. *Přehled psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0105-2.
58. KREJČOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3474-3.
59. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
60. NELEŠOVÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0738-1.
61. JANICZEKOVÁ, Elena. Symbolika barev v práci sestry. *Sestra*. 2012, č. 11, s. 28. ISSN 1210-0404.
62. BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
63. HOLEŠINSKÁ, Pavla. Edukace diabetika II. typu léčeného, mimo jiné, inzulinem. In: HOLEŠINSKÁ, Pavla. *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2.
64. RANKIN, S. H., K. D. STALLINGS a F. LONDON. *Patient Education in Health and Illness*. 5th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ISBN 0-7817-4849-6.
65. WINGARD, Rebecca. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal*, 2005, vol. 32, no. 2, s. 211-215. ISSN 1526-744X.

66. BASTABLE, B. Susan. *Essentials of patient education*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2005. ISBN 978-0-7637-4842-5.
67. VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele: 2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.
68. ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole: Praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4152-9.
69. ZORMANOVÁ, Lucie. *Výukové metody v pedagogice: S praktickými ukázkami*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4100-0.
70. MAŇÁK, Josef a Vlastimil Švec. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.
71. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Pozorovací záznamový arch

Příloha 2 – Seznam otázek k rozhovorům

Příloha 3 – Edukační karty

Příloha 4 – Mapa péče

Příloha 1

POZOROVACÍ ZÁZNAMOVÝ ARCH	
Sestra:	Pracoviště:
PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	
Příprava před operací	
Strava	
Psychická podpora	
POOPERAČNÍ OBDOBÍ	
Pooperační režim	
Pooperační komplikace	
Informace o lécích	
Péče o ránu a jizvu	
EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY	
Typ edukačního procesu	
Forma edukace dle prostředí	
Použité strategie	
Forma edukace dle času	
Jiné	

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Seznam otázek k rozhovorům

1. Popište, jak to probíhalo, když jste se na ambulanci přišel/a domluvit na zákrok?
2. Od koho jste získal/a informace?
3. Jak jste se měl/a na zákrok připravit?
4. Popište, jak to probíhalo po zákroku?
5. V jaké poloze jste měl/a ruku po zákroku?
6. Co jste dělal/a s prsty na ruce?
7. Jak často jste s prsty cvičil/a?
8. Proč jste cvičil/a?
9. Jaké obtíže by vás přivedly k lékaři dříve, než je termín kontroly?
10. Jaké léky na bolest jste užíval/a?
11. Popište, jak jste je užíval/a?
12. Jaké potíže vám mohly způsobit?
13. Jak jste se staral/a o ránu do odstranění stehů?
14. Jak jste se staral/a o ránu po odstranění stehů?
15. V jaké podobě raději dostáváte informace od zdravotníků?
16. Byl/a byste ochotný/á zúčastnit se skupinového setkání, kde by byli i jiní pacienti se stejným problémem?
17. Jaké je vaše povolání?
18. Jak dlouho ho vykonáváte?
19. Kolik je vám let?
20. Chcete ještě něco doplnit k našemu rozhovoru?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Edukační karty

OBDOBÍ PŘED OPERACÍ

JAK SE BUDETE
PŘIPRAVOVAT NA OPERACI?

NEPORANIT RUKU

NEONEMOCNĚT

OČISTA RUKY A NEHTŮ

POSLEDNÍ JÍDLO 2 HODINY
PŘED VÝKONEM

NEPÍT PERLIVÉ NÁPOJE,
MLÉKO, ALKOHOL

OBDOBÍ PŘED OPERACÍ

JAK ČASTO BUDETE CVIKY
PROVÁDĚT?

PROČ SE MAJÍ CVIKY
PROVÁDĚT?

PŘEDVEĎTE CVIKY PRSTŮ
NA RUCE

KAŽDOU HODINU

ABY NEVZNIKLY SRŮSTY A
ZACHVALA SE HYBNOST
RUKY

Zdroj: vlastní

OBDOBÍ PO OPERACI 1.

PŘEDVEĎTE, V JAKÉ
POLOZE BUDETE MÍT RUKU
PO OPERACI A VYSVĚTLETE
PROČ.

RUKA NAD ÚROVNÍ SRDCE
MENŠÍ BOLEST
ZABRÁNIT OTOKU RUKY

OBDOBÍ PO OPERACÍ 1.

CO BUDETE PO OPERACI
SLEDOVAT?

OTOK PRSTŮ A RUKY
PROSAKOVÁNÍ OBVAZU
KRVÍ
CUKÁNÍ, TEPÁNÍ
ZHORŠENÍ BOLESTI
ZARUDNUTÍ
TĚLESNOU TEPLITU

Zdroj: vlastní

OBDOBÍ PO OPERACI 1.

K ČEMU JE DOBRÉ
CHLAZENÍ RÁNY PO
OPERACI A JAK SE
PROVÁDÍ?

ZMÍRŇUJE BOLEST
PŘILOŽIT LEDOVÝ OBKLAD
NA 20 MINUT
NÁSLEDUJE 30 MINUT
PAUZA

OBDOBÍ PO OPERACI 1.

JAK SE BUDETE STARAT O
RÁNU DO ODSTRANĚNÍ
STEHŮ?

UDRŽOVAT SUCHÝ
A ČISTÝ OBVAZ
CHRÁNIT OBVAZEM
DBÁT NA ČISTOTU RÁNY
NEKOUPAT 4 TÝDNY
ŠETŘIT RUKU 6 TÝDNŮ

Zdroj: vlastní

OBDOBÍ PO OPERACI 2.

PŘEDVEĎTE TLAKOVOU
MASÁŽ JIZVY

JAK ČASTO JI BUDETE
PROVÁDĚT?

3x DENNĚ 10 MINUT
PROVÁDĚT 2 MĚSÍCE

OBDOBÍ PO OPERACI 2.

JAK SE BUDETE STARAT O
RÁNU DO ODSTRANĚNÍ
STEHŮ?

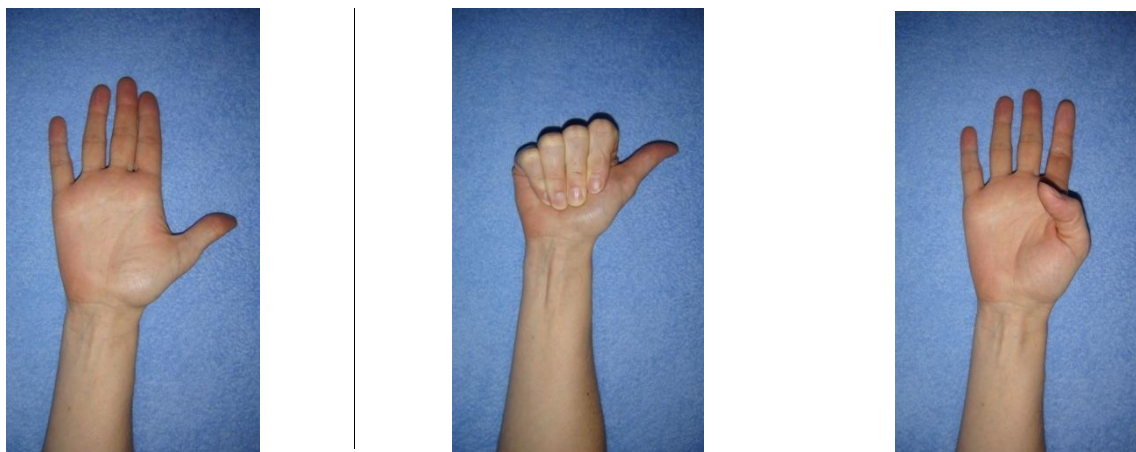
NEŠKRÁBAT
NESTRHÁVAT STRUP
TLAKOVÁ MASÁŽ
NESLUNIT 3 MĚSÍCE
PROMAZÁVAT
NE SAUNA, SOLÁRIUM a
CHLAD

Zdroj: vlastní

Příloha 4

MAPA PÉČE PRO AMBULANTNÍ PACIENTY S OPERACÍ KARPÁLNÍHO TUNELU A SKÁKAVÉHO PRSTU

Před operací	V den operace	Po operaci	Péče o ránu	Péče o jizvu
Týden před operací se vyvarovat poranění na ruce	Důkladná očista operované ruky mýdlem včetně nehtů	Poloha ruky- nad úroveň srdce	V čistotě a suchu	Neškrábat, nestrhávat strup
Pozor na hnisavé projevy na ruce (záděrky, pupínky, ranky)	Odstranění prstýnků, náramků a hodinek z ruky	Cvičení každou hodinu	Nemáčet 4 týdny Krátké omytí v řepíkovém čaji	Promašťovat (vepřové sádlo bez přísad, měsíčková mast...)
Pozor na nachlazení, virózy	Max. 2 hodiny před výkonem jen lehké jídlo	Léky na bolest po jídle	Nepoužívat mýdlo a krémy	Ne sauna, solárium, chlad
Odstranění laku či jiných ozdob z nehtů	Pít je možné nevhodné nápoje: alkohol, mléko, sycené	Hlídat: otok ruky a prstů, prosakování obvazu, zvýšení teploty, zhoršení bolesti	Nevystavovat ránu zátěži 6 týdnů	Za 10 dní po odstranění stehů provádět tlakovou masáž jizvy
Nácvik cvičení s prsty ruky	Vhodný doprovod	Ledovat 20 minut s 30min. pauzou	Krytí rány čistým obvazem	Ochrana před sluncem min. 3 měsíce



Jednotlivé cviky začínáme z přímé polohy zápěstí a ruky. Maximální natažení a ohnutí prstů držíme po dobu 30 sekund s následným uvolněním také na 30 sekund. Pohyby vykonáváme pomalu a plynule bez vyvolání bolesti. Tato cvičení opakujeme každou hodinu zhruba 10x podle aktuálního stavu. Zbytečně ruku nepřetěžujeme.

Tlakovou masáž jizvy provádíme tak, že bříšky prstů jizvu stlačujeme proti spodině, než zbělá po dobu 30 sekund. Potom tlak uvolníme a posuneme se na místo hned vedle. Tímto způsobem pokračujeme po celé délce jizvy. Masáž provádíme minimálně 3x denně 10 minut po dobu dvou měsíců.

Zdroj: Vlastní a Krejča, Miroslav. *Dupuytrenova nemoc*. Praha: Grada, 2003. Rehabilitace, s. 95-98. ISBN 80-247-0231-2.