

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Zlata Kocmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci

Zlata Kocmanová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zlata Kocmanová**
Osobní číslo: **Z18229**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

1. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
2. KAAS, Jiří; Věra STASKOVÁ a Radka ŠULISTOVÁ. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt*. 2016, **18**(4), 249-253. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>.
3. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.
4. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, Dagmar DVOŘÁČKOVÁ a Alena KAJANOVÁ. Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou. *Kontakt*. 2017, **19**(3), 213-218. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>.
5. ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4646-6.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

.....
Zlata Kocmanová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní doc. Petře Mandysové, MSN, PhD za odborné vedení, trpělivost, rady a připomínky, které mi významně pomohly ke zpracování této diplomové práce. Děkuji také všem respondentkám, díky kterým mohlo být realizováno celé průzkumné šetření. V neposlední řadě patří poděkování autorům dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a firmě Pfizer za možnost využití tohoto nástroje.

Informace o svolení k využití dotazníku může být dohledána na www.pfizerpcoa.com.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice zdravotní gramotnosti u žen podstupujících malý gynekologický výkon. Teoretická část popisuje základní informace o zdraví, zdravotní gramotnosti a malých gynekologických výkonech. V této části je také popsána role sestry či porodní asistentky při edukaci o zdraví a zdravotní gramotnosti. Ve výzkumné části byla zjišťována zdravotní gramotnost u 63 respondentek pomocí testu The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Z šetření vyplývá, že 65% respondentek prokazuje adekvátní zdravotní gramotnost.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdraví, zdravotní gramotnost, edukace, gynekologické výkony.

TITLE

The Health Literacy of Women Who Undergo a Gynecological Operation

ANNOTATION

Thesis deals with the issue of health literacy in women undergoing minor gynecologic surgical procedures. The theoretical part describes basic information about health, health literacy and minor gynecological procedures. This part also describes the role of a nurse or midwife in health education and health literacy. In the research part, health literacy was determined in 63 respondents using The Newest Vital Sign™ test (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). The survey shows that 65% of respondents demonstrate adequate health literacy.

KEYWORDS

Health, health literacy, education, gynecological operations.

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
I Teoretická část.....	13
1 Zdraví a zdravotní gramotnost.....	13
1.1 Zdraví.....	13
1.1.1 Determinanty zdraví	14
1.1.2 Zdravotní výchova	15
1.2 Zdravotní gramotnost	15
1.3 Edukační proces a jeho využití v ošetrovatelské péči.....	17
1.3.1 1. fáze edukačního procesu – posuzování.....	18
1.3.2 2. fáze edukačního procesu – plánování	18
1.3.3 3. fáze edukačního procesu – realizace.....	18
1.3.4 4. fáze edukačního procesu – hodnocení	19
1.4 Komunikace v rámci edukace	19
1.5 Posuzování zdravotní gramotnosti	20
1.5.1 REALM test.....	20
1.5.2 TOFHLA test	21
1.5.3 NVS™ test (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).....	21
1.6 Současný stav poznání zdravotní gramotnosti v České republice	22
1.7 Rešerše výzkumné literatury	22
2 Malé gynekologické výkony.....	24
2.1 Popis malých gynekologických výkonů.....	24
2.1.1 Hysteroskopie	24
2.1.2 Konizace děložního hrdla	25
2.1.3 Kyretáž hrdla a těla děložního	25
2.1.4 Punkce operační, bioptická	27

2.1.5	Výkony na zevním genitálu	27
2.1.6	Revize dutiny děložní – výkony na těhotné děloze	27
2.1.7	TVT-O	28
2.2	Role sestry či porodní asistentky v edukaci o zdraví a zdravotní gramotnosti	28
II Empirická část		31
3	Průzkumné cíle, otázky a hypotézy	31
3.1	Průzkumné cíle.....	31
3.2	Průzkumné otázky a hypotézy	31
4	Metodika výzkumu	32
4.1	Kvantitativní výzkum.....	32
4.1.1	Dotazník.....	32
4.1.2	Doplňující průzkumné otázky.....	33
4.2	Předvýzkum.....	33
4.3	Popis sběru dat	34
4.4	Metodika sběru dat.....	34
4.5	Zpracování dat.....	35
5	Prezentace výsledků.....	37
5.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
5.2	Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.1	39
5.3	Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.2	42
5.4	Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.3	44
5.5	Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.4	45
6	Diskuze	48
6.1	Doporučení pro praxi	52
7	Závěr	53
8	Použitá literatura	54
9	Přílohy.....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Klíč k vyhodnocení nástroje The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)	33
Tabulka 2 – Přeměna nominálních proměnných	35
Tabulka 3- Kritéria pro posuzování korelace (Chrátka, 2007).....	36
Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentek	37
Tabulka 5 - Tabulka četností dosaženého vzdělání u respondentek (n= 63)	37
Tabulka 6 - Tabulka četností odchozených let školní docházky (n=63).....	38
Tabulka 7 - Tabulka četností malých gynekologických výkonů (n= 63)	38
Tabulka 8 - Klíč k vyhodnocení nástroje The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)	39
Tabulka 9 - Výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) rozdělené dle konkrétního počtu bodů (n=63)	40
Tabulka 10 - Výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) rozdělené do oficiálních kategorií (n=63).....	41
Tabulka 11 - Výsledky jednotlivých otázek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) (n=63)	41
Tabulka 12 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a odchozené roky školní docházky	42
Tabulka 13 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a nejvyšší dosažené vzdělání....	43
Tabulka 14 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a věk	44
Tabulka 15 - Tabulka četností odpovědí respondentek ohledně zdrojů zjišťovaných informací (n=39).....	46
Tabulka 16 - Tabulka četností odpovědí ohledně porozumění vyhledaných informací (n=38)	46
Tabulka 17 - Tabulka četností výsledků respondentek, které odpověděly, že porozuměly zjišťovaným informacím (n=28)	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

HSK – hysteroskopie

IUD – intrauterine device , nitroděložní tělísko

LEEP – loop electrosurgical excision procedure, metoda konizace

LLETZ - large loop excision of the transformation zone, metoda konizace

miniUPT – mini umělé přerušení těhotenství

NVSTM – The Newest Vital SignTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

PA – porodní asistentka

RCUI - revisio cavi uteri instrumentalis (revize dutiny děložní pomocí nástrojů)

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SZO - Světová zdravotnická organizace

SZÚ – Státní zdravotní úřad

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

TVT-O – transvaginal tape obturator (transobturatorní vaginální páska)

UPT – umělé přerušení těhotenství

VVV – vrozená vývojová vada

ÚVOD

„WHO definuje zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení zdraví“ (Mojžíšová, 2017, str. 214).

Význam zdravotní gramotnosti v Evropě narůstá a stává se nepostradatelným nástrojem. Může pomoci lidem nacházet a využívat informace a posílit vliv na své zdraví. Je důležité, aby se zdravotní gramotnost stala součástí výchovy dětí. Nízká zdravotní gramotnost nevede jen k ekonomickým ztrátám a ke zdravotním rizikům, ale je také příčinou rozdílů ve zdraví mezi sociálními skupinami. Hlavní přínos spočívá v napomáhání lidem zlepšovat své zdraví. Jejím prostřednictvím se občan stává aktivním činitelem systému péče o zdraví. Význam zdravotní gramotnosti nelze shrnout do několika jednoduchých tezí. Skutečný význam se naplní tehdy, když se s jejími principy a metodami seznámí co nejvíce lidí a nové poznatky uplatní v praxi (Holčík, 2010).

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti v České republice je krajně nežádoucí. Jde o problém, který postihuje více než polovinu populace, zhoršuje zdraví lidí, zvyšuje náklady na zdravotní péči a snižuje kvalitu života. V dané problematice byla již zkoumána například souvislost zdravotní gramotnosti s chudobou, neboli zdravotní gramotnost lidí, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Zajímavé je, že nebyla nalezena žádná česká studie, která by se zabývala danou tematikou z pohledu ošetřovatelství. Přitom právě sestry se mohou ideálně podílet na zvyšování laické veřejnosti v oblasti zdravotní gramotnosti (Kaas, 2016; Mojžíšová, 2017).

CÍL PRÁCE

Diplomová práce se zabývá tématem zdravotní gramotnosti u žen podstupujících gynekologickou operaci. V části teoretické byl stanoven jeden hlavní cíl, v části empirické byly stanoveny čtyři výzkumné cíle.

V teoretické části práce je cílem na základě rešerše literárních zdrojů přehledně zmapovat aktuální poznatky a teoretická východiska pro empirickou část této diplomové práce. Jedná se například o následující oblasti: hlavní pojmy z oblasti zdraví a zdravotní gramotnosti, determinanty zdraví, soudobé poznatky z oblasti zdravotní gramotnosti, základní malé gynekologické výkony, dotazník The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a jeho využití jako nástroj pro hodnocení zdravotní gramotnosti, úloha sestry či porodní asistentky v edukaci v oblasti zdraví a zdravotní gramotnosti.

Hlavním cílem empirické části je zjistit míru zdravotní gramotnosti u žen podstupujících gynekologický zákrok pomocí dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Další dva cíle navazují na ten první, jelikož mají prozkoumat vztahy mezi odpověďmi respondentek z tohoto dotazníku v závislosti k věku, k dosaženému vzdělání a počtem odchozených let školní docházky. Posledním cílem je zjistit, zda si respondentky zjišťují informace ohledně plánovaného zákroku, případně kde tyto informace získávají a jak jim rozumí. Na základě těchto zjištění je cílem učinit doporučení pro praxi, zda se dotazník The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) jeví jako vhodný nástroj pro posuzování zdravotní gramotnosti.

I TEORETICKÁ ČÁST

V první kapitole teoretické části této diplomové práce budou popsány základní pojmy týkající se tématu – tedy zdraví, determinanty zdraví, zdravotní výchova a především samotný pojem zdravotní gramotnost. Jelikož je tato práce psána z pohledu ošetřovatelství, bude popsán i edukační proces a komunikace v rámci edukace sestrou či porodní asistentkou, právě v oblasti zdravotní gramotnosti. Ve druhé kapitole budou popsány malé gynekologické výkony, které podstoupily ženy (respondentky) účastníci se průzkumu v empirické části. Dále bude popsána role sestry či porodní asistentky v této oblasti a současný stav poznání zdravotní gramotnosti v České republice.

1 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Pojem zdraví a zdravotní výchova jsou pro většinu populace pojmy známé, avšak definování těchto slov je poměrně obtížné. Každá definice se potýká s určitou nejasností či omezením (Holčík, 2009).

1.1 Zdraví

Dle Holčíka je nejčastěji zmiňována definice z odstavce Ústavy Světové zdravotnické organizace (SZO): „Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. Pojem definice je poněkud nepřesný, jedná se spíše o formulaci závěru SZO. Zmíněná definice má několik pozitiv ale i negativ. Významné pozitivum je určitě skutečnost celistvého pojetí základních aspektů zdraví – duševní, tělesné a sociální. Duševní zdraví neboli psychologické zdraví, zahrnující též emocionální zdraví, znamená schopnost jedince subjektivně hodnotit vlastní zdravotní stav. Má tedy vztah k intelektuálním schopnostem člověka. Zdraví tělesné představuje především úplnost tělesných funkcí bez narušení soběstačnosti, jako je například chůze, ale také udržení fyziologických funkcí u orgánů. Tělesné zdraví je ve většině případů vnímáno jako stav, kdy není přítomna žádná nemoc či vada organismu. Posledním aspektem je sociální zdraví, které zahrnuje schopnost zvládat sociální role, navazovat a udržovat sociální kontakty a mezilidské vztahy. Existuje vztah mezi sociální pozicí lidí a rizikem onemocnění. Je známo, že sociální rozdíly souvisí s rozdíly zdravotními. Další předností této definice je fakt, že zmiňuje jak zdraví negativní (nemoc, vada), tak zdraví pozitivní, ve smyslu pohody (well-being) (Holčík, 2010; Křížová, 2018).

Negativní část této definice je opomenutí celé škály stupňů zdraví, od úplného zdraví až po smrt. Definice se orientuje pouze na optimální stav. V praxi je vhodné vnímat zdraví jako stupnici od nejvyššího stupně představující plný zdravotní potenciál až po nejnižší stupeň, který představuje úmrtí. Zdraví a jeho poruchy obsahují dvě složky- subjektivní a objektivní. Složka subjektivní představuje vlastní vnímání pacienta svého stavu, jak vnímá a prožívá zdraví či nemoc. Je významná především pro psychology, sociology, v neposlední řadě pro lékaře a léčitele. V dnešní medicíně je stoupající trend tázání se a vnímání subjektivního názoru pacienta, a to i bez objektivního klinického nálezu. Objektivní složku určují medicínské nálezy, prohlídky, zkratka odborné vyšetření (Holčík, 2010; Křížová 2018).

1.1.1 Determinanty zdraví

Zdraví je podmíněno širokým spektrem okolností, existuje však velice zjednodušené vymezení, které obsahuje čtyři základní determinanty zdraví – životní styl, životní prostředí, genetický (biologický) základ a péče o zdraví spolu se zdravotnictvím. Jedná se o souhrn faktorů, které ovlivňují zdraví člověka ve smyslu pozitivním, ale i negativním. Životní styl (způsob života) může ovlivňovat zdraví jedince až z 40%. Styl života je spojen se sociální pozicí, s kulturou společnosti, ve které jedinec žije (tradice, zkušenosti, výchova, rodinné zvyklosti a návyky), ale také s ekonomickými okolnostmi. Velikým problémem dnešní populace jsou především choroby srdce a cév (na které umírá až 50% populace v ČR) a nádorová onemocnění (27% ze všech úmrtí). Příčinou těchto úmrtí bývá velice často kouření, nesprávná výživa, málo pohybové aktivity, naopak hodně stresu, nepřiměřená psychická zátěž, lékové a drogové závislosti, alkoholové závislosti a v neposlední řadě také rizikové sexuální chování. Životní prostředí ovlivňuje zdraví přibližně z 30%. Problém dnešního světa spočívá především ve znečištěném ovzduší, což je způsobeno neustále narůstajícím počtem automobilů, které plošně znečišťují vzduch. Lokálně pak průmysl, teplárny a domácí topeniště. Péče o zdraví a zdravotnictví se na celkové úrovni zdraví podílí přibližně 20%. Lepší zdravotní péče, nové léky a operační postupy, ale i programy primární a sekundární prevence mají za výsledek klesající tendenci výskytu nemocnosti a úmrtnosti na nádorová onemocnění a nemoci srdce a cév. Genetický základ jedince ovlivňuje zdraví pouze z 10%. Zdraví jedince je částečně ovlivňováno již v prenatálním období, a to především chováním matky. Negativně či pozitivně může být ovlivněno jak fyzické, tak ale i duševní zdraví. Nedávné výzkumy dokazují, že prenatální prostředí může jedince predisponovat k určitým onemocněním, například ke kardiovaskulárním či metabolickým vadám (Hamplová, 2015; Holčík, 2010; Wilhelmová, Hrubá, 2013).

1.1.2 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova neboli výchova ke zdraví slouží jako prostředek zvyšující úroveň zdravotní gramotnosti v primární prevenci u zdravých osob, ale také je součástí edukace pacientů v rámci prevence sekundární a terciální. Je zde snaha o motivaci ke správnému způsobu života, zdravému životnímu stylu, případně ke změnám chování a jednání. K tomu dopomáhají intervence, které se dělí na individuální, skupinové, komunitní a plošné. Individuální jsou zaměřeny přímo na jedince ve snaze eliminovat zdravotní rizika a podporovat zdravý životní styl. Typické je například poradenství (např. kouření, výživa). Výhodou je osobní přístup, nevýhodou je vysoká časová náročnost a nedostatek personálu. Skupinové intervence se zaměřují na sociální skupiny (žáci, senioři, minoritní skupiny), u kterých je předpoklad stejného životního stylu či stejných zdravotních rizik, které by však měly být dopředu ověřeny (např. výzkum v podobě dotazníku). Efektivita pramení například ze vzájemné podpory členů ze skupiny či soutěživosti. Komunitní a plošné intervence vycházejí z celkové analýzy obyvatelstva žijící na určitém území, zaměřují se na velké populační skupiny (např. celostátní postupy proti kouření). Mezi hlavní cíle zdravotní výchovy patří informovanost o prevenci nemocí, získávání vědomostí o determinantách zdraví, osvojení dovedností a návyků ohledně podpory a ochrany zdraví, zvládnutí zdravotních obtíží a dosažení žádoucí úrovně co se zdravotní gramotnosti týče. Výchova ke zdraví by měla být součástí každodenního kontaktu s pacienty, jedná se totiž o důležitou součást léčebných postupů, jelikož zvyšuje efektivitu léčby a napomáhá pacientovi. K tomuto je velice vhodná například všeobecná sestra, která má patřičné vzdělání. Díky blízkému kontaktu s pacientem by měla být schopná získat důvěru a snahu pacienta (Hamplová, 2019).

1.2 Zdravotní gramotnost

„WHO definuje zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a u udržení zdraví“ (Mojžíšová, 2017, str. 214).

Vývoj zdravotní péče klade nároky na pacienta s tím cílem, aby nebyl pouhým příjemcem zdravotní péče, ale aby efektivně spolupracoval a byl aktivním účastníkem, který se podílí na péči o své zdraví. Takový pacient však musí mít dostatečné znalosti a dovednosti, aby mohl být zodpovědný za svůj zdravotní stav. Právě v této souvislosti je zmiňován pojem zdravotní gramotnost, kdy je pacient schopen jednat na základě informací a využívat je ke zlepšení svého zdraví. Riziko nízké zdravotní gramotnosti ve společnosti spočívá především

v celkově vyšším výskytu život ohrožujících situací, celkově horšímu zdravotnímu stavu populace, a tím i zvyšující se náklady na zdravotní péči (Kaas, 2016).

V dnešním světě, ve kterém je neustále snaha zlepšovat zdravotnický systém, je velice důležité si uvědomit, že bez zájmu občanů o své vlastní zdraví, bez schopnosti rozhodovat se a brát odpovědnost za svůj zdravotní stav, bude každý systém jen částečně úspěšný. Zdraví je ovlivňováno mnoho faktory, např. místem bydlení a odpočinku, prací, ale bohužel také životními podmínkami, především co se financí týče (Holčík, 2017).

Na tuto problematiku upozornili již před 16 lety Marmot a Wilkinson. Podle jejich názoru je nezbytné umožnit občanům, aby mohli plnit užitečnou roli v sociálním, kulturním i ekonomickém životě. Je také velice důležité posilovat bezpečnost, zlepšovat kvalitu bydlení, snižovat nezaměstnanost a omezovat nedostatky ve vzdělání a výchově. Společnosti, které se tímto budou řídit, budou zdravější než ty, ve kterých lidé čelí deprivaci, sociálnímu vyloučení a postrádají bezpečí (Wilkinson, Marmot, 2003).

Zdravotní gramotnost lze rozdělit na tři oblasti. První z nich je oblast podpory zdraví, do které patří například péče o životní prostředí či potřebné kompetence životního stylu. Tato oblast zahrnuje dovednost pochopit a porozumět širší problematice zdraví. Následně tyto informace vyhodnotit a umět správně zformulovat osobní promyšlený názor na zdravotní problematiku. Další je oblast prevence nemoci. Do této oblasti patří prevence chorob, infekcí, úrazů, schopnost zajistit si informace o rizikových faktorech. Poslední je oblast zdravotní péče, do které patří neodkladná první pomoc, ošetrovatelská péče, nebo také zajištění dostatku lékařských informací (Křížová, 2018).

Dnes může být pro velkou část populace problém orientovat se ve složitém zdravotnickém systému. Existuje totiž velké množství poznatků, a tudíž činit správná rozhodnutí ve věcech spojených se zdravím a léčbou není jednoduché. Dalo by se říci, že v mnoha zemích nejde o nedostatek informací, ale spíše o nezájem a neochotu jedinců jim porozumět. Zajímavé je, že konkrétně v České republice, kde byla dříve dobrá úroveň sociálního lékařství, jelikož zde byla například aktivní pracoviště zdravotní výchovy a osvěty (Zdravá škola, Zdravá nemocnice, Zdravé město), dnes vykazuje populace dlouhodobě mnoho typických zdravotních ignorancí a rizik, a to v nebývalé míře. Z toho vyplývá, že nestačí pouze samotné informace, ale jde především o um a ochotu tyto informace číst a porozumět jim. Na to poukazuje právě pojem zdravotní gramotnost. Proto již neplatí dřívější fakt, kdy se předpokládalo, že znalost faktů povede k žádoucí změně chování. Nejdůležitější je právě

schopnost informacím porozumět. Souhrnně by se tedy dalo říci, že gramotnost ztělesňuje lidské vědomosti, motivace a kompetence, jak si zajistit dostatek zdravotních informací, kterým následně jedinec porozumí a bude schopen jej vyhodnotit a využít jej v každodenním životě. To by mělo člověku nadále sloužit k tomu, aby udržel či zlepšil kvalitu svého života a zdraví. Kickbusch a kolektiv zdravotní gramotnost vysvětlují jako schopnost rozumět lékaři co konstatuje, rozlišit spolehlivost informací poskytovaných masovými médii, obstarat si informace ohledně psychických problémů (stres, deprese), porozumět údajům na obalech potravin či účastnit se aktivit posilující zdraví. Zdravotní gramotnost médií není v současné době uspokojivá, jelikož se do médií stále dostávají zavádějící a neověřené informace. Problémem je, že například veřejnoprávní media bývají považována za relevantní zdroj, přitom právě jejich úroveň informací je pochybná. Dalším nepříliš vhodným zdrojem informací jsou sociální sítě, kde se objevují například názory zastánců alternativních metod, což může vést ke špatnému postoji a dezinformaci needukovaných osob. Nebezpečná může být pohodlná povaha osob, která jim zabraňuje navštívit zdravotnické zařízení k diagnostice a následné léčbě a raději využívají domácí metody léčení (Kickbusch et al., 2013; Křížová 2018; Šimůnková, 2017).

1.3 Edukační proces a jeho využití v ošetřovatelské péči

Bastable edukační proces definuje takto: „Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavně operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování“ (Bastable, 2008, s.11).

Výchova a vzdělávání by se daly označit jedním slovem jako edukace. Edukace je kontinuální systémový proces. Jedná se o formu sociální interakce. Edukace může probíhat buď jednotlivě či skupinově, formálně i neformálně, prezenčně (přítomnost edukátora) i distančně (např. e-learning). Překážkou při edukaci ze strany edukátora (sestra či PA) bývá většinou především nedostatek času, pocit nedostatečné kompetentnosti či nevhodné prostředí. Ze strany edukanta to je to také nedostatek času (např. krátkodobá hospitalizace), úzkost, stres či jakékoliv jiné sensorické nebo kognitivní nedostatečnosti. Problémem také často bývá nízká úroveň vzdělání edukovaného (Mandysová, 2016; Šulistová, Trešlová, 2012).

1.3.1 1. fáze edukačního procesu – posuzování

První fáze edukačního procesu je zaměřena na posouzení - koho a proč je za potřebí edukovat. Provádí se takzvaná pedagogická diagnostika, kdy se určují priority učebních potřeb edukanta, vhodný styl učení a jeho připravenost se učit. Je velice důležité tuto fázi procesu u každého edukanta (pacienta) provádět individuálně, jinak edukace nebude dostatečně efektivní. Je nutné posoudit nejen v jaké životní a zdravotní situaci se jedinec (nebo i skupina) nachází, ale také jeho psychomotorickou schopnost a mentální úroveň. Důležité je také zjistit výši motivace, která může buď usnadnit, nebo zkomplikovat práci a snahu edukátora. Posuzování vzdělávacích potřeb je zaměřeno na rozdíl v tom, co by jedinec měl umět a znát, oproti tomu co doopravdy umí a zná. Ke správnému určení těchto potřeb je za potřebí znát odpověď na základní otázky - kdo bude edukovaný (jedinec či skupina), zda bude do edukace zapojena i rodina, apod. Jedná-li se o skupinu, je třeba zjistit, zda jsou potřeby všech edukantů stejné. K nalezení odpovědí na tyto otázky je možné využít různé metody, které se často kombinují. Uplatnit se může například neformální konverzace (aktivní naslouchání sestry pacientovy), strukturovaný rozhovor, dotazníky a měřící nástroje vzdělávacích potřeb, skupinová diskuze („focus groups“), testy (vstupní a výstupní testy znalostí), či pozorování edukanta. V neposlední řadě lze získat odpovědi na tyto otázky například z dokumentace pacienta (Mandysová, 2016),(Šulistová, Trešlová, 2012).

1.3.2 2. fáze edukačního procesu – plánování

Druhou fází je plánování, při kterém dochází společně s edukovaným (pacientem) k projektování plánu na základě jeho určených problémů. Určuje se postup, jak bude edukace probíhat, časový harmonogram, postupné kroky (výsledná kritéria) a také cíle, kterých je vhodné a možné dosáhnout. V této fázi se vybírají vhodné konstrukty a didaktické metody pro realizaci edukace (Mandysová, 2016; Šulistová, Trešlová 2012).

1.3.3 3. fáze edukačního procesu – realizace

Ve třetí fázi edukačního procesu dochází k osvojování dovedností a znalostí a postojů edukanta (pacienta) pomocí vybraných metod a pomůcek. Realizace by měla probíhat na základě předem vytvořeného edukačního plánu, který by měl obsahovat - kdo bude edukovaný, důvod edukace, metody, obsah, podmínky, cíle, způsob realizace a hodnocení. Důležité je také sledovat, jestli se v průběhu realizace objevují neočekávané překážky či problémy. Průběžně se také hodnotí reakce edukanta tak, aby ho případně bylo možné posílit a motivovat v případech selhávání v dosahování cílů nebo při neúspěšném postupu (Šulistová, Trešlová 2012).

1.3.4 4. fáze edukačního procesu – hodnocení

Poslední fáze edukačního procesu spočívá v hodnocení dosažených výsledků ze strany edukátora i edukovaného. Hodnocení ze strany samotného edukovaného má veliký motivační význam, slouží ke zjištění efektivity celého edukačního plánu. Vhodné je například využití zpětné vazby a reflexe. Úspěšnost celého edukačního procesu je hodnocena dle rozdílu mezi stanoveným cílem a dosaženým výsledkem. Hodnocení, které probíhá průběžně, se nazývá formativní a zaměřuje se na hledání nedostatků a chyb v průběhu edukace. Oproti tomu hodnocení, které probíhá v rámci poslední fáze edukačního procesu, se nazývá sumativní. (Šulistová, Trešlová 2012).

1.4 Komunikace v rámci edukace

Aby sestra či porodní asistentka vykonávala efektivní komunikaci, záleží především na tom, zda umí, chce a je schopna komunikovat otevřeně (empaticky), pozitivně, bezprostředně (vyjádření míry vztahu mezi komunikujícími) a expresivně (působivě, míra zapojení do interakce). Komunikace mezi sestrou (PA) a pacientem by neměla sloužit pouze k předání informací, nebo naopak jejich získávání pro účely vyplnění dokumentace, ale především k poznání pacienta a jeho potřeb. Na základě tohoto poznání je možné adekvátně poskytovat pomoc a léčbu. Taková komunikace by měla být zcela vědomá. To znamená, že člověk si plně uvědomuje, co chce sdělit, kdy a kde to sdělí a jakým způsobem (Šulistová, Trešlová, 2012).

Komunikační proces mezi sestrou (PA) a pacientem probíhá v určitém situačním kontextu, tedy v určité situaci, kdy probíhá. Posluchač (edukovaný) musí zprávu od edukátora (mluvčí) dekodovat (situace jednosměrné komunikace), případně nějak zareagovat (situace oboustranné komunikace). Mezi mluvčím a posluchačem mohou v průběhu komunikace vzniknout takzvané komunikační šumy, které bývají nejčastěji způsobovány únavou, bolestí či nesoustředěností pacienta. Velice důležité je uvědomění si, že to co je jasné edukátorovi, nemusí být během komunikace jasné edukovanému (Juřeníková, 2010).

Komunikaci nejčastěji dělíme na verbální (komunikace pomocí slov) a neverbální (komunikace pomocí gest, výrazů, doteku atd., beze slov). Je vhodné vybírat správné prvky verbální i neverbální komunikace, mluvit srozumitelně a zřetelně a pečlivě vnímat reakce pacienta (projevy zmatku, nepochopení, strachu). Také je žádoucí umožnit pacientovi se v dostatečné míře vyjádřit, aby došlo k ověření, zda předané informace pochopil a přijal (Juřeníková, 2010; Šulistová, Trešlová, 2012).

Mezi základní komunikační dovednosti patří především pozorné naslouchání, kladení otázek, ale také mlčení a správné využití ticha, vyjádření akceptace, respektu a přijetí, dále parafrázování (vyjádření pacientova sdělení vlastními slovy, což může poskytnout zpětnou vazbu), objasňování (upřesnění myšlenek), konstatování pozorování (může vyjasnit rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením) a v neposlední řadě sumarizování (stručný přehled myšlenek z diskuze) (Šulistová, Trešlová, 2012)

1.5 Posuzování zdravotní gramotnosti

Jak již bylo zmíněno výše, posuzování edukanta (pacienta) je jednou z částí edukačního procesu. Co se týče pojmu zdravotní gramotnost, existují jednoduché i složitější definice. Následující část je zaměřena na užší aspekty zdravotní gramotnosti, kterými jsou čtení, čtivost (= stupeň obtížnosti textu pro čtenáře) a porozumění. V rámci edukace pacienta bývají často využívány edukační materiály v různých formách, například letáky a brožurky, buď tištěné, nebo v elektronické formě. Dříve se zdálo, že tyto materiály jsou pro pacienty vhodné a srozumitelné. Výzkumy však dokazují, že často jsou tyto materiály psány lékařskou terminologií a pro pacienty se tak stávají nesrozumitelné. Existují různé způsoby jak posoudit různé aspekty gramotnosti. Přímou se zapojením edukantů je například pomocí různých testů posuzována schopnost pochopit přečtený text (tedy porozumění) a schopnost rozpoznat slovo a správně je vyslovovat (tedy čtení). Někdy je také vyhodnocováno, zda je edukant schopen informaci využít a aplikovat. K posuzování tzv. čtivosti textu dochází bez zapojení edukantů, za pomoci matematického výpočtu dle různých vzorců. Jelikož zmiňované letáky a brožurky jsou většinou případech volně dostupné, (např. čekárny ordinací, webové stránky zdravotnických zařízení), nevýhodou tedy je, že není přesně známo, kdo bude tyto informace přijímat a zda jim porozumí. Nejideálnější variantou je taková situace, kdy tuto brožurku či leták, například sestra edukátorka doplní ústním výkladem a zároveň i zjistí, zda pacient informace správně pochopil a rozumí jim (Mandysová, 2016).

1.5.1 REALM test

Co se týče testu čtení, bývá využíván test REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine („Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně“). Tento test, jak název říká, je rychlý a zaměřuje se na schopnost přečíst slova. Test obsahuje 66 slov, která jsou seřazena od nejjednodušších až po složitá. Za každé špatně vyslovené či nepřečtené slovo se odečítá bod. Pro dobré porozumění edukačním materiálům je očekáván výsledek více jak 60 bodů. REALM test byl využit například ve výzkumu těhotných žen, kde bylo vyzkoumáno, že těhotné s omezenou gramotností mají menší znalosti ohledně škodlivých účincích kouření.

Existuje také zkrácená verze REALM-SF („short form“), které obsahuje pouze 7 slov. Aby respondent dobře porozuměl edukačním materiálům, ideální výsledek testu je plný počet bodů, tedy 7 bodů. REALM-R („revised“) je přepracovaná verze (Bártlová, 2018; Mandysová, 2016).

1.5.2 TOFHLA test

Dalším testem je TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults. Tento test má oproti REALM testu tu výhodu, že kromě čtení posuzuje také porozumění textu. V testu je vynecháno každé 5. až 7. slovo. Následně má edukant ze seznamu možností vybrat takové hodící se slovo, aby text dával smysl. Nevýhodou tohoto testu je časová náročnost, obvykle zabere více jak 20 minut. V testu je maximální dosažitelný počet bodů 100, při čemž k výsledku dostačující zdravotní gramotnosti je potřeba minimálně 75 bodů. Tímto testem bylo například zjištěno, že hypertonici s omezenou gramotností méně často vědí, že dostatečný pohyb a s ním spojený úbytek hmotnosti, může snížit krevní tlak. Dále také pomocí tohoto testu bylo poukázáno na nižší informovanost diabetiků s omezenou gramotností o příznacích hypoglykémie. Tato metoda vynechaných slov je podobná metodě Cloze, kde by čtenář měl doplnit každé páté slovo ve správném hodícím se tvaru. Zkrácená verze tohoto testu se nazývá S-TOFHLA (Bártlová, 2018; Mandysová, 2016).

1.5.3 NVSTM test (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Posledním zmíněným testem je NVSTM – The Newest Vital SignTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Jedná se o poměrně nový nástroj k posouzení zdravotní gramotnosti. Test obsahuje 6 otázek, ve kterých se zjišťuje, zda je respondent schopen porozumět údajům o nutričních hodnotách a vyvodit tak informace mající vliv na jeho zdraví. Respondenti mohou získat 0 až 6 bodů, přičemž adekvátní zdravotní gramotnost je více jak 4 body. V testu je zkoumána numerická a dokumentová gramotnost. Dingová a Jakubcová (2011) ve svém výzkumu měly za cíl zmapovat pomocí tohoto NVSTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) testu zdravotní gramotnost ve skupině studentů gymnázia (n=40), pacientů v ambulantní ordinaci (n=60) a zdravotních sester (n=40). Celkem tedy 140 náhodně vybraných respondentů (kritéria: věk více jak 17 let, informovaný souhlas, ochota spolupracovat a nepřítomnost kognitivní či percepční poruchy). Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti vzhledem k demografickým údajům (konkrétně věk, pohlaví a stupeň dokončeného vzdělání). Jednalo se o pilotní výzkum NVSTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) testu, tudíž zároveň testovaly jeho využitelnost. Jedním ze závěrů tohoto výzkumu byla například vysoká souvislost dosaženého vzdělání s výsledkem

zdravotní gramotnosti, kde se vzdělání ukázalo jako nejsilnější faktor. Ve výzkumu také byla naznačena klesající tendence úrovně zdravotní gramotnosti vzhledem ke stoupajícímu věku respondentů, což ale bývá vysvětlováno sníženou koncentrací, snížením senzomotorických funkcí a také odvyknutím pracovat s textem a vykonávat logické operace. Česká verze tohoto NVSTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) testu bude využívána v průzkumné části této diplomové práce (Bártlová, 2018; Dingová, Jakubcová, 2011; Mandysová, 2016).

1.6 Současný stav poznání zdravotní gramotnosti v České republice

Na konci roku 2014 se v ČR realizoval výzkum zdravotní gramotnosti v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020. S finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR a České kanceláře WHO provedl šetření Státní zdravotní ústav (SZÚ). Toto sociologické šetření navázalo na výzkum, který již proběhl v 8 zemích EU. Reprezentativního šetření prováděného v ČR, ve kterém byla využita stejná metodika jako v původní studii, se zúčastnilo 1037 vybraných osob starších 15 let ze všech krajů ČR. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech prevence nemocí, podpory zdraví a zdravotní péče. Bylo zjištěno, že 59,4 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost. Konkrétně v oblasti prevence nemocí je to 54,1 %, v oblasti zdravotní péče je to 49,5 %, a v oblasti podpory zdraví dokonce 64,3 % respondentů. Česká republika zaujímá osmé, tedy předposlední místo v porovnání s ostatními zeměmi. Zdravotní gramotnost je podmíněna pozitivně vzděláním, naopak negativně věkem. Také byl zaznamenán výrazný sociální gradient: zdravotní gramotnost stoupá se sociálním statutem. Zdravotní stav člověka je poměrně výrazně ovlivňován zdravotní gramotností (Kučera, Pelikán, Šteflová, 2016).

V České republice je úroveň zdravotní gramotnosti ovlivněna věkem, dosaženým vzděláním, sociálním statutem a úrovní finančního zabezpečení obyvatel. Nižší úroveň zdravotní gramotnosti znamená horší hodnocení zdravotního stavu ze strany samotných obyvatel České republiky a zároveň vyšší spotřebu zdravotní péče (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

1.7 Rešerše výzkumné literatury

Zdroje pro tuto diplomovou práci byly vyhledány především v Národní lékařské knihovně a v informačním systému Medvik – Medicínská virtuální knihovna. Zde byla podle klíčových slov (uvedena v anotaci) udělána rešerše knih a článků (tištěných i internetových) v českém, slovenském a anglickém jazyce. Některé zdroje neodpovídaly svou povahou tématu této práce, tudíž nebyly vůbec využity. Za klíčovou literaturu pro teoretickou část této práce je považována literatura od Jana Holčíka, který se tématem zdravotní gramotnosti zabývá.

Kapitola o malých gynekologických výkonech byla zkonzultována s lékařem a porodní asistentkou z fakultní nemocnice, kde probíhal výzkum. Některé zdroje byly také vyhledány v databázi PubMed. Celkem bylo využito 36 zdrojů, z toho sedm anglických a jeden slovenský.

2 MALÉ GYNEKOLOGICKÉ VÝKONY

2.1 Popis malých gynekologických výkonů

V této části jsou vyjmenovány a popsány malé gynekologické výkony. V empirické části totiž bude zkoumána zdravotní gramotnost u žen, které právě podstoupí nějaký z těchto malých gynekologických výkonů. Je velice důležité, aby se ženy podíleli na sebezpečí, zamezily tak komplikacím, a naopak podpořily zotavování se z výkonu. Aby k tomuto došlo, měla by být žena dopředu dostatečně informována a edukována o nadcházejícím výkonu a měla by mít možnost klást případné otázky. Dále by měla být poučena o klidovém režimu po výkonu, kontrole krvácení či o dodržování hygienických zásad. Souhrnně řečeno, žena (pacientka) by měla mít dostatek informací ohledně svého výkonu, znát jeho benefity (výsledky) ale i rizika. Měla by si být vědoma toho, proč výkon podstupuje a co to pro ni znamená do budoucna.

Za malé gynekologické výkony jsou považovány výkony v rámci jednodenní chirurgie. Mohou mít diagnostickou či terapeutickou funkci, případně obojí zároveň. Výkony probíhají buď v analgesii, analgosedaci či v krátké celkové anestezii. Výkony vyžadují podepsání informovaného souhlasu pacientky. Co se týče komplikací malých gynekologických výkonů, může dojít například k poranění děložního hrdla (nešetná dilatace), což může vést k inkompetenci hrdla v budoucím těhotenství. Dále mohou nastat zánětlivé komplikace, způsobeny např. iantrogeně při nedodržení zásad asepse nebo také nedodržením sexuální abstinence pacientky (pacientka by měla být řádně edukována a obeznámena s riziky). Příznaky jsou v podobě krvácení, teploty či vaginálního výtoku. V malém množství případů může dojít k perforaci dělohy, ke které dochází nejčastěji při dilataci dělohy. Po perforaci následuje většinou laparoskopická revize, při které je kontrolováno krvácení, eventuálně je provedena sutura (Rob, Martan, Citterbart, 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.1 Hysteroskopie

Hysteroskopie je endoskopická metoda, která umožňuje pohled do dutiny děložní transcervikální cestou. Provádí se pomocí hysteroskopu, který je složen z teleskopu se světlem, z kamery a z insuflačního zařízení. Velikou výhodou je dobrá vizualizace, a tím pádem neustálá zrková kontrola dutiny děložní. Výkon probíhá v krátké celkové anestezii a má jak diagnostickou, tak terapeutickou funkci. Díky tomu nachází široké spektrum uplatnění, v současné době tato metoda již skoro úplně nahradila probatorní kyretáž. K hysteroskopickému vyšetření se přistupuje například při nepravidelném krvácení z dutiny

děložní nejasné etiologie, při prokázané patologii na děloze (VVV dělohy, myomy, polypy, hyperplazie endometria), infertilitě či sterilitě, odběru materiálu k mikrobiologickému a bioptickému vyšetření či při ověření lokalizace nitroděložního tělíska (IUD). Příklady terapeutických zákroků mohou být například ablace endometria při recidivujícím krvácení z dělohy, resekce septa, polypektomie či myomektomie (Rob, Martan, Citterbart 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.2 Konizace děložního hrdla

Konizací je nazýván operační zákrok, při kterém dojde k odstranění části děložního čípku. Řadí se tedy mezi takzvané ablační metody. Přistupuje se k němu na základě výsledků vyšetření z kolposkopie a onkologické cytologie, ze kterých je na základě výsledku předpokládán výskyt prekancerózy. Ojedinele je tento zákrok využíván i při jiných obtížích, jako je například krvácí při pohlavním styku nebo chronická zánětlivá nemoc cervixu. Pacientka je při tomto výkonu v analgosedaci. Existuje více metod konizace. První metoda je klasická „studená“ konizace, prováděné skalpelem či nůžkami, která se dnes prakticky nevyužívá. Druhou metodou je excize pomocí tenké vysokofrekvenční kličky – elektrokoagulací (LEEP – loop electrosurgical excision procedure, LLETZ – large loop excision of the transformation zone). Tato metoda je nejčastěji využívána po celém světě, především u lézí na exocervixu. Velikost kličky se volí podle velikosti děložního hrdla a velikosti léze. Termické poškození tkáně je minimalizováno použitím vysokých frekvencí (radiofrekvencí), raná plocha je ošetřována koagulací, případně lokálními hemostyptiky. Defekt po výkonu se nesešívá, z důvodu zabránění rizika stenózy hrdla. Odstraněný preparát je označen u č.12 (pro dobrou orientaci patologa) a dále odeslán na histologické vyšetření (Rob, Martan, Citterbart, 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.3 Kyretáž hrdla a těla děložního

Kyretáž je vždy diagnostický (získání vzorku), ale někdy zároveň i terapeutický výkon (hyperplazie endometria), při kterém operatér získává bioptický materiál buď z hrdla, nebo těla děložního. Žena je při tomto výkonu v celkové anestezii. Nezbytnou součástí výkonu je přesná znalost operatéra o uložení dělohy, zejména verze a flexe, aby mohl nástroje (sonda, dilatátory, kyreta) zavádět ve správné ose hrdla a děložní dutiny. Pokud se jedná o odběr biopsie z hrdla děložního, odebírá se vždy více vzorků z pomyslného hodinového ciferníku pomocí ostré kyrety malého průměru. Jestliže jde o kyretáž dutiny děložní, po sondáži dělohy je potřeba dilatovat děložní hrdlo pomocí Hegarových dilatátorů různých velikostí (zvětšující se po 0,5 mm). Následuje vlastní kyretáž dutiny děložní pomocí ostré

kyrety. Kyrety tupé se používají pouze v souvislosti s graviditou. Zvláštním typem je vakutáž (vakuumaspirace), kdy je endometrium získáváno pomocí podtlakové aspirační kyrety. Při poruchách fertility je také využívána tzv. mikroabraze, kdy se pomocí speciální kyrety získají z přední a zadní stěny děložní dva proužky endometria k následnému vyšetření. Ve většině případů se u pacientek provádí tzv. frakcionovaná kyretáž, při které se odebírá vzorek z děložního hrdla i z děložní dutiny (Rob, Martan, Citterbart, 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.4 Umělé přerušování těhotenství

Umělé přerušování těhotenství (UPT) může být provedeno buď farmakologickým, nebo operačním řešením. Podle zákona č. 66/1986 Sb., a vyhlášky č. 75/1986 Sb. lze ukončit těhotenství na základě písemné žádosti o umělé přerušování těhotenství, buď na žádost ženy, nebo ze zdravotních důvodů. Jestliže jde o žádost ženy, zákrok se provádí do 12. týdne stáří těhotenství za splnění určitých podmínek (věk ženy, vyloučení kontraindikací, eventuálně uplynutí doby od poslední interrupce, atd.). Žena si tento výkon sama hradí. Jestliže se jedná o ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů, zákrok je placený ze zdravotního pojištění. Podle stáří těhotenství se rozděluje interrupce na miniinterrupce a ukončení těhotenství staršího než 8 týdnů. V ČR jde přibližně v 80% o miniinterrupci, pouze 20% uměle ukončených těhotenství je starší více než 8 týdnů. Bezpečnost při umělém ukončování těhotenství klesá se zvyšujícím se stáří gravidity. Miniinterrupce se provádí ambulantně s přibližně dvouhodinovým pobytem po výkonu na lůžku. Výkon probíhá v analgezii, případně krátké celkové anestezii. Nejprve operátor dilataje děložní hrdlo pomocí Hegarových dilatátorů, následně podtlakovou aspirační kyretou odsaje plodové vejce z dutiny děložní. Je doporučeno následně revidovat děložní dutinu malou kyretou. Obsah z dutiny děložní je posílán na histologické vyšetření. Přibližně 14 dní po výkonu by měla pacientka absolvovat kontrolu k vyloučení mimoděložního těhotenství. Jestliže je ukončováno těhotenství starší než 8 týdnů, výkon je prováděn za hospitalizace. Též je používána vakuumaspirace a kyreta, avšak někdy je třeba vybavit plod potratovými kleštěmi. U takto starých těhotenství je po výkonu (nejpozději do 72 hodin) RH negativním ženám podán imunoglobulin anti-RH v rámci zabránění RH izoimunizace. Umělé ukončení těhotenství je velice závažný etický problém, který vyvolává neustálé debaty (Lubušký, 2016; Rob, Martan, Citterbart, 2012).

2.1.5 Punkce operační, bioptická

Při punkci dochází k aspiraci tekutiny z tělních dutin, dutých orgánů, nebo z ohraničených či cystických útvarů. Punktovaný obsah je následně možné mikrobiologicky, biochemicky a cytologicky vyšetřit. V gynekologii nejčastěji dochází k punkci Douglasova prostoru (též excavatio rectouterina) skrz zadní poševní klenbu. Odsát lze krev při krvácení do dutiny břišní, například při extrauterinní graviditě nebo při ovulačním krvácení. Také lze odsát čirou či zabarvenou tekutinu při punkci cysty, která může mít různou hustotu. Hrozí zde však případné nebezpečí rozsevu maligních buněk dále do dutiny břišní. Mezi malý gynekologický výkon by také mohla spadat punkce různých rezistencí prsu (Rob, Martan, Citterbart, 2012).

2.1.6 Výkony na zevním genitálu

Jedním z výkonů na vulvě je excize suspektní tkáně na následné bioptické vyšetření. Různé léze (např. kondylomata) se nejčastěji excidují skalpelem. Je důležité odebraný vzorek na histologické vyšetření vždy řádně popsat z hlediska lokalizace. Dalším zákrokem prováděným na vulvě je terapie zánětu Bartolinské žlázy. Pokud selže konzervativní léčba (antibiotika, analgetika), přistupuje se k té operační. Provede se incize žlázy s následnou drenáží. Jelikož však zůstávají zachovány zánětlivá ložiska, dochází k častým recidivám. Důslednějším řešením je chirurgická nebo chemická exstirpace žlázy. Při chemické exstirpaci se nejprve odsaje obsah z cysty, do vzniklé dutiny se následně vloží asi 0,5 cm tyčinky lapisu (AgNO_3) a po 48 hodinách se pinzetou vytáhne svrašťelé pouzdro žlázy (Rob, Martan, Citterbart, 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.7 Revize dutiny děložní – výkony na těhotné děloze

Mezi malý gynekologický výkon patří také ten, který je prováděn na děloze, ve které probíhalo či stále probíhá těhotenství. Tento výkon se nazývá instrumentální revize děložní. Situací, kdy se k zákroku přistupuje je například jakákoliv abnormalita produktu koncepce – mola hydatidosa, afetální plodové vejce či zamklé těhotenství. K tomuto výkonu se také přistupuje po porodu či potratu, při podezření na zbytky deciduální či choriové tkáně. K výkonu se používá tupá Bummova kyreta, aby nedošlo k poranění děložní stěny, která je vlivem těhotenství měkká. Výkon probíhá v krátké celkové anestezii (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014; Rob, Martan, Citterbart, 2012; Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.1.8 TVT-O

Jde o poměrně nové řešení léčby inkontinence moči, při které se uplatňuje metoda tzv. tahuprosté vaginální pásky (tension-free vaginal tape = TVT). Uložení pásky pod dolní část močové trubice zajistí, aby při zvýšení nitrobršního tlaku nedošlo k úniku moči. Dlouhodobá úspěšnost této metody léčby je okolo 90% (Špaček, Kalousek, Jílek, 2018).

2.2 Role sestry či porodní asistentky v edukaci o zdraví a zdravotní gramotnosti

V dobách dřívějších byla sestra vždy považována za jednoho z členů v týmu, který poskytuje základní zdravotní (fyzickou) péči pacientovi. S postupem času však vznikly a stále vznikají nové odpovědnosti, které vycházejí z holistického pojetí člověka. Vycházejí z nových vědeckých poznatků z oblasti humanitních věd, psychologie, sociologie, ošetrovatelské etiky atd. Stále více důležité jsou činnosti sestry či porodní asistentky, které poskytuje pacientovi, co se týče psychické pomoci ve vztahu vůči nemoci. Dále jsou to činnosti, které staví sestru do role vychovatelky. V neposlední řadě jsou také velice důležité takové aktivity sestry, které vedou k rozšiřování odborné funkce sestry, napomáhající zvyšování úrovně léčebné a ošetrovatelské péče (Plevová, 2011).

Dříve byly na sestry kladeny jiné požadavky, co se týče dovedností ve smyslu dosažení a udržení standardu péče. Nyní se jedná o širší spektrum dovedností, například v oblasti sociálních problémů a sociologických poznatků. To sestře napomáhá lépe poznat a pochopit různé postoje a hodnoty pacientů, včetně jejich rodin. Také je za potřebí pomocí svých dovedností či s pomocí jiných zdravotnických profesionálů plnit zdravotní potřeby pacienta, vědět o nich, případně porozumět tomu, jak tyto potřeby vidí ostatní pracovníci. Velice důležité jsou takové poznatky, které sestře napomáhají pochopit a znát možnosti a zdroje, které společnost má k udržení a ochraně zdraví. Sestra by měla umět využít příležitost k podněcování společnosti (primárně pacientů) v rámci účelného a ekonomicky efektivního poskytování zdrojů, zároveň i k iniciativnímu jednání co se zdravotní politiky a oblasti péče o zdraví týče (Plevová, 2011).

Podle Kaase by se sestry díky jejich početnému zastoupení mohly velmi významně podílet u laické veřejnosti nejen na efektivním ovlivňování péče o zdraví, ale také na zvyšování zdravotní gramotnosti. K co největšímu využití zdravotní gramotnosti v povolání sestry je však nezbytné intenzivní začlenění této problematiky do vzdělávacích programů již ve školách. Kompetentní sestra v tomto případě je taková, která umí naslouchat pacientovi, je

empatická a komunikativní, dostatečně vybavena potřebnými dovednostmi a je ochotná věnovat pacientovi dostatek času v rámci jejích možností (Kaas, 2016).

Z pohledu praktického lékaře zahrnuje zdravotní gramotnost aspekty jako je orientace a porozumění systému zdravotní péče, hygienicko-epidemiologické zásady či schopnost přijmout lékařská doporučení. Právě praktický lékař a jeho zdravotní sestra mají příležitost pomocí různých intervencí (proti alkoholu, kouření atd.) a systematických aktivit ovlivňovat zdravotní gramotnost u svých pacientů. Celkově je problematika zdravotní gramotnosti častěji dávána do kontextu spíše s profesí lékařskou než v souvislosti s ošetrovatelstvím. Přitom právě ošetrovatelství může mít v této oblasti široké uplatnění, například v podobě zapojování se do výzkumných aktivit či propagace vlastního kontextu. Hybná síla sester edukátorek nespočívá pouze v klinickém ošetrovatelství, důležitější zdá se být prevence, k čemuž bývají sestry vyzývány i představiteli mezinárodních sesterských sdružení. Například v České republice by se dal využít prostor pro zdravotní edukaci v ošetrovatelství komunitním (Kass, 2016; Pfeiferová, Seifert, 2016).

Výhoda v profesi sester oproti jiným zdravotním pracovníkům (i lékařům) spočívá především v tom, že s pacienty tráví mnohem více času. Mohou tedy navázat poměrně důvěrný a trvalejší vztah, což vede k zodpovědnosti ve smyslu poskytování informací o problematice zdraví. Další výhodou je bezpochyby také to, že se často nachází v pozici tzv. prostředníka mezi pacientem a lékařem, a tím se často nacházejí v pozici, kdy je potřeba pomoci pacientovi ve smyslu pochopení informací poskytnutých lékařem (Beuchamp, Sparkes, 2014; Kass, 2016).

Edukace sestrou je velice důležitá především z toho důvodu, že momentální zdravotní stav české populace není uspokojivý. Dalším důvodem je zavedení nových postupů v léčbě různých onemocnění, které vyžadují individualizovaný přístup. Faktem je, že podle demografických údajů populace stárne, tudíž se ve společnosti vyskytuje mnoho zdravotních problémů, ve kterých právě edukace sester může být velice prospěšná. Základem úspěšné edukace je dostatek znalostí, komunikačních schopností, empatie a dovedností edukátora. Předpokladem úspěchu je také přesvědčení, že každý pacient má nárok na edukaci a zapojení blízkých do edukačního procesu, ve snaze zabránit konfliktům a zdravotním komplikacím. Při plnění edukačního procesu edukátor sleduje další potřeby pacienta, které nebyly v edukačním plánu. Má také snahu naučit pacienta pochopit jeho roli a zodpovědnost v péči o svoje zdraví (Mandysová, 2016).

S podporou zdraví a edukací v oblasti zdraví velice úzce souvisí pojem prevence. Prevence je snaha přecházet nemoci, oproti tomu podpora zdraví je spíše chápána jako aktivita pro zdraví. Prevence je rozlišována zpravidla dle času. Dle tohoto rozdělení rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciální. Primární prevenci chápeme jako součást podpory zdraví. Jedná se o období, kdy ještě nemoc nevznikla, cílem je tedy předcházet vzniku onemocnění. V tomto období je účelem odstranit rizikové faktory (alkohol, kouření) a uplatňovat aktivity vedoucí k posílení zdraví. Do primární prevence jsou také zahrnuty činnosti zaměřené proti některým nemocem, jako je například očkování. Sekundární prevence je především časná diagnostika, účinná léčba nemoci, snaha zabránit komplikacím a předejít nežádoucímu průběhu. Do sekundární prevence jsou zahrnuty například preventivní prohlídky, při kterých je hlavním účelem zjistit již v počátku rané stadium nemoci (gynekologické, zubní vyšetření). Právě docházení na preventivní prohlídky je známkou a projevem zdravotní uvědomělosti. Z výzkumů je známo, že na prevence docházejí celkově více ženy. Na prevenci následků nemocí, různých handicapů a dysfunkcí se zaměřuje terciální prevence. Cílem je omezit následky na co nejnižší možnou míru a zároveň udržet kvalitu života co nejdéle (Machová, Kubátová, 2009; Pfeiferová, Seifert, 2016).

Je známo, že zdravotní gramotnost osob má veliký dopad na celou společnost. Nízká zdravotní gramotnost vede ke zdravotním rizikům a ekonomickým ztrátám. Jak již bylo zmíněno v úvodu této diplomové práce, problematika zdravotní gramotnosti z pohledu ošetřovatelství nebyla doposud zkoumána. Celkově se zdravotní gramotnost pacientů podceňuje, což může mít za následek, že péče sester (i lékařů) není dostatečně efektivní. V empirické části je proto zkoumána zdravotní gramotnost žen podstupujících malý gynekologický výkon.

II EMPIRICKÁ ČÁST

3 PRŮZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY A HYPOTÉZY

3.1 Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit míru zdravotní gramotnosti u žen podstupujících malý gynekologický výkon pomocí dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Cíl 2. Zjistit vztah mezi odpověďmi respondentek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a dosaženým vzděláním.

Cíl 3. Zjistit vztah mezi odpověďmi respondentek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a věkem.

Cíl 4. Zjistit, zda si respondentky zjišťují informace ohledně svého plánovaného výkonu, kde tyto informace získávají a jak ji rozumí.

3.2 Průzkumné otázky a hypotézy

Průzkumná otázka vztahující se k cíli 1:

Jaká je míra zdravotní gramotnosti žen podstupujících malý gynekologický výkon pomocí dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)?

Průzkumné otázky vztahující se k cíli 2:

Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a počtem odchozených let školní docházky u respondentek?

Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek?

Průzkumná otázka vztahující se k cíli 3:

Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a věkem respondentek?

Průzkumné otázky vztahující se k cíli 4:

- 1) Čerpala jste informace ohledně vašeho výkonu z nějakých zdrojů?
- 2) Z jakých zdrojů?
- 3) Porozuměla jste těmto informacím?

4 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem ke stanoveným cílům této diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum pro jeho vhodné metody. Konkrétní zvolenou metodou pro tento kvantitativní výzkum je dotazník.

4.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum se vyznačuje tím, že má vlastnosti, které lze vyjádřit číslem a měřit je. V kvantitativním výzkumu jsou předem stanoveny hypotézy, což jsou tvrzení, které předpovídají existenci souvislosti mezi dvěma nebo více proměnnými. Cílem výzkumu tedy je testování těchto předem stanovených hypotéz. Úkolem tohoto typu výzkumu je statisticky popsat typ závislosti a změřit intenzitu závislosti mezi proměnnými. Pracuje se s větším počtem respondentů, zároveň je ale redukován rozsah informací. Kvantitativní výzkum má většinou vysokou reliabilitu (spolehlivost) a nízkou validitu (platnost). Závěry výzkumu lze zobecnit na celkovou populaci (Plevová, 2011).

4.1.1 Dotazník

Dotazník slouží k získávání informací pomocí předem stanovených otázek. Jedná se o nejčastěji používanou formu získávání dat, jelikož obsáhne velký počet respondentů a zároveň je nejméně časově náročný ze všech technik. Dotazník může mít buď standardizovanou (obecnou), nebo nestandardizovanou (pro konkrétní výzkum) formu (Plevová, 2011).

4.1.1.1 The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Držitelem autorských práv tohoto dotazníku je Pfizer Inc. ("PFIZER"). Univerzitě Pardubice bylo umožněno nástroj použít za účelem překladu a souvisejícího výzkumu. Nástroj smí být používán pouze v papírové podobě, nesmí být použit elektronicky. Originální znění tohoto nástroje nesmí být součástí této diplomové práce, proto jednotlivé otázky budou popsány v rámci metodiky. Respondentkám byl nástroj poskytován v tištěné formě. Na materiálech bylo uvedeno: Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. / Všechna práva vyhrazena.

Nástroj pro posouzení zdravotní gramotnosti The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) se skládá ze dvou částí. Tou první je skórovací arch, na kterém jsou otázky, které jsou ústně pokládány respondentovi. Celkový počet otázek je 6, pokud však respondent na otázku číslo 5 odpoví špatně, otázka číslo 6 již není respondentovy položena. Vedle každé otázky jsou dvě pole (ano x ne), které slouží tazateli k zaznamenávání odpovědi. Pokud respondent odpoví správně, dotazující zaškrtně pole ano. Pokud respondent

odpoví špatně, zaškrtně dotazující pole ne. U každé otázky je také stanovené správné znění odpovědi. Za každou správně zodpovězenou otázku je možno získat 1 bod, v případě špatné odpovědi dotazovaný získá 0 bodů. Celkově tedy je možno dosáhnout šesti bodů. Klíč k vyhodnocení tohoto nástroje popisuje následující tabulka (Tabulka 1).

Tabulka 1 - Klíč k vyhodnocení nástroje The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Počet bodů 0-1	Naznačuje vysokou pravděpodobnost ($\geq 50\%$) omezené gramotnosti.
Počet bodů 2-3	Naznačuje možnost omezené gramotnosti
Počet bodů 4-6	Téměř vždy vypovídá o adekvátní gramotnosti.

(Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Druhá část je tabulka nutričních hodnot zmrzliny, kterou dostane dotazovaný. Tabulka obsahuje informace o produktu, konkrétně výživové údaje a složení hypotetické zmrzliny.

V první otázce má dotazovaný za úkol vypočítat, kolik kilokalorií sní, pokud sní celé balení zmrzliny. V otázce číslo 2 respondent řeší výpočet sacharidů, ve třetí výpočet nasycených mastných kyselin. Čtvrtá otázka žádá výpočet procent kilokalorií denního příjmu. V páté a případně šesté otázce respondent již nic nepočítá, pouze hledá informaci v textu, týkající se složení vzhledem k alergii.

4.1.2 Doplnující průzkumné otázky

V tomto výzkumu byly k dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) ústně položeny doplňující průzkumné otázky (týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání, počtu odchozených let školní docházky, zjišťování informací o výkonu, atd.). Jednalo se o formu krátkého strukturovaného rozhovoru. Respondentky souhlasily (v informovaném souhlasu) s tím, že jejich odpovědi na zjišťované otázky budou zaznamenávány na diktafon. Následně tyto odpovědi byly klasifikovány, zaznamenávány do tabulek a zpracovány statisticky. Některé informace byly také zjišťovány ze zdravotnické dokumentace respondentek (viz Příloha C).

4.2 Předvýzkum

Před tím, než došlo ke sběru dat k samotnému výzkumu, byl proveden tzv. předvýzkum. Cílem tohoto předvýzkumu bylo zjistit, zda respondentky rozumí pokládaným doplňujícím otázkám, které jim byly pokládány (kolik let studovaly, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, zda si zjišťovaly informace ohledně výkonu, atd.). Dále bylo zjišťováno, jestli je pro respondentky dotazník The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

dostatečně srozumitelný. Předvýzkum byl proveden na gynekologicko-porodnické klinice ve fakultní nemocnici, konkrétně na oddělení operační gynekologie. Kritéria pro výběr byly následující: žena, plnoletá, podstupující malý gynekologický výkon (specifikováno výše v teoretické části), která souhlasí s výzkumem, což potvrdí podepsání informovaného souhlasu (viz Příloha A). Osloveno bylo 15 žen, 2 ženy se nechtěly předvýzkumu účastnit, celkově se tedy zúčastnilo 13 žen. Během předvýzkumu nebyly zjištěny žádné nesrovnalosti. Data z předvýzkumu jsou znázorněna v přílohách světle zelenou barvou (viz legenda pod přílohou).

4.3 Popis sběru dat

Výzkum probíhal od začátku listopadu 2019 do konce února 2020. Celkem bylo osloveno 57 žen, 7 žen se na výzkumu nechtělo podílet, tudíž samotný výzkumný soubor představuje 50 žen. K tomuto souboru se však do výzkumu zahrnuly též respondentky z předvýzkumu, jelikož během něho nedošlo k žádným nesrovnalostem, metodika sběru dat se po předvýzkumu tedy nijak neměnila. Celkový počet respondentek je tedy 63. Nejmladší respondentce bylo 19 let, nejstarší 73. Průměrný věk respondentek je 40,65 a směrodatná odchylka je 13,17. Všechny respondentky byly hospitalizovány v rámci jednodenního režimu na gynekologicko-porodnické klinice fakultní nemocnice. Kritéria pro výběr respondentek byly následující: žena, plnoletá, podstupující malý gynekologický výkon (charakteristika malého gynekologického výkonu viz teoretická část práce). Respondentky, které souhlasily s výzkumem, byly řádně obeznámeny s tématem diplomové práce, případně mohly klást doplňující otázky. Také byly poučeny o anonymitě a dobrovolnosti. Svůj souhlas s účastí na výzkumu potvrdily podepsáním informovaného souhlasu (viz Příloha A).

4.4 Metodika sběru dat

Samotný výzkum se skládal ze dvou základních částí. První částí je dotazník The Newest Vital SignTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Ve druhé části byly respondentkám položeny doplňující otázky (týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání, počtu odchozených let školní docházky, zjišťování informací o výkonu, atd.). Respondentky v rámci testování pomocí dotazníku The Newest Vital SignTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) obdržely tabulku nutričních hodnot imaginární zmrzliny a následně jim byly pokládány výzkumné otázky. Jejich odpovědi byly zaznamenávány do speciálního archu patřícího k dotazníku, do kterého respondentky neměly možnost nahlédnout. Na zodpovězení otázek nebyl respondentkám stanoven přesný čas. Zhodnocení celkových výsledků bylo provedeno dvojím způsobem. Jednak se hodnotilo jednotlivé bodové zastoupení, a jednak rozřazení do

kategorií, které jsou přímo určené od tvůrců dotazníku. Hodnocení výsledků dle zařazení do stanovených kategorií zdá se být validnější z toho důvodu, že některé ženy neměly možnost dosáhnout výsledku šesti bodů. Jestliže nezodpověděly otázku č.5 správně, poslední otázka jim nebyla vůbec položena. Proto v empirické části této diplomové práce byly pro korelaci využity výsledky respondentek dle zařazení do kategorií, ne podle konkrétního dosaženého počtu bodů.

Některá data týkající se respondentek byla zjišťována také ze zdravotní dokumentace (viz Příloha C).

4.5 Zpracování dat

Záznam, zpracování a vyhodnocení dat proběhlo v programu Microsoft Office Excel 2013 a ve statistickém programu Statistica.

Data byla nejprve zpracována popisnou statistikou, aby získaná data byla přehledná. V popisné statistice bylo z dat zjišťováno: průměr, medián, modus, minimum, maximum, horní kvartil, dolní kvartil a směrodatná odchylka. Také byly využity tabulky četností, ve kterých byla zkoumána četnost, kumulativní četnost, relativní četnost a relativní kumulativní četnost. Ve výsledcích této práce je také využita popisná statistika dat týkající se údajů o respondentkách (věk, nejvyšší dosažené vzdělání, počet odchozených let školní docházky, typ výkonu).

Pro účely zpracování statistických dat bylo nutné převést nominální proměnné na číselné proměnné (Tabulka 2).

Tabulka 2 – Přeměna nominálních proměnných

základní	1
středoškolské s výučním listem	2
středoškolské s maturitou	3
vyšší odborné	4
vysokoškolské	5

K výzkumným otázkám řešeným pomocí statistických testů byly stanoveny nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza (H_0) prostřednictvím statistických termínů tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými není žádný vztah. Jestliže dojde k zamítnutí této hypotézy, přijímá se hypotéza alternativní (H_A), která naopak tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými

vztah je. Jestliže jsou ověřovány výzkumné hypotézy, obvykle se zkoumají dvě věci. Za prvé, zda je mezi jevy vztah (na určité hladině významnosti). Existenci těchto vztahů zjistíme pomocí statistických testů významnosti. Pokud se tento vztah prokáže, druhou zkoumanou věcí je těsnost tohoto vztahu (tzv. míra závislosti mezi jevy), který se prokazuje pomocí koeficientů (např. koeficienty korelace, kontingence) (Chráska, 2010).

Pro tuto diplomovou práci byla zvolena hladina významnosti 5 %, $\alpha = 0,05$, pro testování hypotéz výzkumných otázek byl použit koeficient pořadové korelace, tzv. Spearmanův korelační koeficient „ r_s “, pro zjišťování závislosti dvou znaků.

Hladinou významnosti je vyjádřena pravděpodobnost, že dojde k nesprávnému zamítnutí nulové hypotézy. Čím nižší je hladina významnosti, tím je rozdíl statisticky významnější. Pro statistiku se považuje za významné rozdíly $p < 0,05$ a za statisticky velmi významné $p < 0,01$. Pokud absolutní hodnota Spearmanova korelačního koeficientu (r_s) překročí 5% kritickou hodnotu, zamítá se nulová hypotéza o nezávislosti na příslušné hladině významnosti (Zvárová, 2004).

Korelační koeficient může nabývat hodnot od minus jedna do plus jedna. Hodnota 0 značí, že mezi porovnávanými jevy není žádný vztah. Čím více se vypočtená hodnota blíží k 1 (případně k -1), tím je vztah mezi jevy těsnější (viz Tabulka 3). Záporné hodnoty korelačního koeficientu vyjadřují negativní vztah (nepřímá úměra), mohou se interpretovat obdobně jako uvedené kladné hodnoty (Chráska, 2010).

Tabulka 3- Kritéria pro posuzování korelace (Chráska, 2007)

Koeficient korelace	Interpretace
$r = 1$	naprostá závislost
$1,00 > r \geq 0,90$	velmi vysoká závislost
$0,90 > r \geq 0,70$	vysoká závislost
$0,70 > r \geq 0,40$	střední (značná) závislost
$0,40 > r \geq 0,20$	nízká závislost
$0,20 > r \geq 0,00$	velmi slabá závislost
$r = 0$	naprostá nezávislost

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Nejstarší respondentce bylo 73 let, nejmladší 19 let. Průměrný věk respondentek byl 40,65 (Tabulka 4). Podrobná data viz Příloha C.

Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentek

charakteristiky	věk
počet pozorování	63
průměr	40,65
medián	42
modus	vícenásobný
minimum	19
maximum	73
dolní kvartil	30
horní kvartil	49
směrodatná odchylka	13,18

U respondentek bylo v doplňujících otázkách (týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání, odchovených let školní docházky, informovanosti ohledně plánovaného výkonu,...) zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentek mělo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou – 26 žen (41,3%), naopak pouze 1 žena měla nejvyšší dosažené vzdělání základní (1,6%). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce četností (Tabulka 5), detailní informace jsou zaznamenány v Příloze D.

Tabulka 5 - Tabulka četností dosaženého vzdělání u respondentek (n= 63)

Vzdělání	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
základní	1	1,6 %
středoškolské s výučním listem	13	20,6 %
středoškolské s maturitou	26	41,3 %
vyšší odborné	3	4,8 %
vysokoškolské	20	31,7 %
celkem	63	100 %

Dále bylo zjišťováno, kolik let respondentky celkově studovaly (Tabulka 6). Nejvíce respondentek odpovědělo, že studovalo 12 let (36,5%), nejméně let studovala pouze jedna respondentka (1,6 %), které uvedla 9 let studia. Detailní výsledky jsou uvedeny v Příloze D.

Tabulka 6 - Tabulka četností odchozených let školní docházky (n=63)

Počet let odchozené školní docházky	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
9	1	1,6 %
10	2	3,2 %
12	23	36,5 %
13	11	17,5 %
14	4	6,3 %
15	3	4,8 %
16	3	4,8 %
17	5	7,9 %
18	9	14,3 %
19	2	3,2 %
celkem	63	100 %

Dále bylo u respondentek zjišťováno, jaký malý gynekologický výkon budou podstupovat. Tyto data byla zjišťována z dokumentace pacientek. Nejčastějším výkonem byla konizace – 13 žen (20,6%), naopak nejméně časté bylo UPT (umělé přerušení těhotenství), které podstoupily pouze dvě respondentky (3,2%). Výsledky dat mapuje tabulka četností (Tabulka 7). Podrobná data viz Příloha C.

Tabulka 7 - Tabulka četností malých gynekologických výkonů (n= 63)

Výkon	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
hysteroskopie + ablace polypu	5	7,9 %
konizace	13	20,6 %
hysteroskopie + kyretáž	8	12,7 %
RCUI	7	11,1%
TVT-O	8	12,7 %
miniUPT	9	14,3 %
kyretáž	8	12,7 %

Výkon	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
biopsie vulvy	3	4,8%
UPT	2	3,2 %
celkem	63	100 %

Z dokumentace respondentek bylo dále zjišťováno, zda se jedná o první malý gynekologický výkon, který žena podstoupila. Z celkového počtu 63 respondentek se u 49 žen jednalo o první malý gynekologický výkon (77,8 %), 14 žen (22,2 %) již někdy v minulosti nějaký malý gynekologický výkon podstoupilo (viz Příloha C).

5.2 Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.1:

Průzkumná otázka: Na jaké úrovni je zdravotní gramotnost žen podstupujících malý gynekologický výkon?

Tento výzkumný cíl byl zkoumán pomocí zmíněného dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), který se skládá ze šesti otázek. Podle dosaženého počtu bodů byly respondentky následně rozřazeny do třech kategorií, viz Tabulka 8.

Tabulka 8 - Klíč k vyhodnocení nástroje The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Počet bodů 0-1	Naznačuje vysokou pravděpodobnost ($\geq 50\%$) omezené gramotnosti.
Počet bodů 2-3	Naznačuje možnost omezené gramotnosti
Počet bodů 4-6	Téměř vždy vypovídá o adekvátní gramotnosti.

(Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Na první otázku zabývající se výpočtem kilokalorií v celém balení imaginární zmrzliny z celkového počtu 63 respondentek odpovědělo 44 (70%) správně, naopak 19 (30%) uvedlo špatnou odpověď.

Na druhou otázku, která vyžaduje výpočet sacharidů, z celkového počtu 63 respondentek odpovědělo správně 29 žen (46%), naopak 34 žen (54%) odpovědělo nesprávně.

Na třetí otázku, kde respondentky měly vypočítat obsah nasycených mastných kyselin, odpovědělo 49% (31 žen) z celkového počtu respondentek (n= 63) správně, naopak 51% (32 žen) odpovědělo špatně.

V otázce č.4 měly respondentky vypočítat procenta kilokalorií z denního příjmu potravy. Z 63 respondentek odpovědělo 63% (40 žen) správně, 37% (23 žen) uvedlo nesprávnou odpověď.

V otázce č.5 již respondentky nemusely nic počítat, tentokrát byla otázka zaměřena na hledání informace v předložené tabulce nutričních hodnot. Konkrétně se otázka týkala alergie. Na tuto otázku odpovědělo 97% respondentek správně (61 žen), pouze 2 respondentky (3%) odpověděly špatně.

Poslední otázka (č.6) nebyla dle pokynů položena 2 ženám, které odpověděly špatně na otázku č.5, jelikož byla tato šestá otázka doplňující právě k otázce č.5. Odpovídalo na ni tedy pouze 61 respondentek. Všechny tyto respondentky odpověděly na otázku správně (100%).

Následující tabulka znázorňuje detailní výsledky, které nejsou rozděleny do vyhodnocujících kategorií, ale ukazují jednotlivé bodové zastoupení. Nejvíce respondentek dosáhlo nejvyššího možného počtu bodů, tedy 6 bodů (konkrétně 30 %). Za povšimnutí stojí, že ani jedna respondentka neměla konečný výsledek 1 bod. Nejhoršího výsledku, tedy 0 bodů, dosáhly 2 respondentky (3%), viz Tabulka 9. Detailní výsledky se nacházejí v Příloze B.

Tabulka 9 - Výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) rozdělené dle konkrétního počtu bodů (n=63)

Výsledné body	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
0	2	3%
1	0	0%
2	10	16%
3	10	16%
4	7	11%
5	15	24%
6	19	30%

Následující tabulka znázorňuje výsledky rozdělené do jednotlivých kategorií dle oficiálního vyhodnocení dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Z tabulky vyplývá, že 65% respondentek spadá do kategorie, která téměř vždy značí adekvátní zdravotní gramotnost. Naopak pouhá 3% respondentek spadají do kategorie, která

vypovídá téměř vždy o omezené zdravotní gramotnosti (viz Tabulka 10). Detailní výsledky jsou přiloženy v Příloze B.

Tabulka 10 - Výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) rozdělené do oficiálních kategorií (n=63)

Kategorie	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
Počet bodů 0-1	2	3%
Počet bodů 2-3	20	32%
Počet bodů 4-6	41	65%

Legenda:

Klíč k vyhodnocení nástroje The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Počet bodů 0-1	Naznačuje vysokou pravděpodobnost ($\geq 50\%$) omezené gramotnosti.
Počet bodů 2-3	Naznačuje možnost omezené gramotnosti
Počet bodů 4-6	Téměř vždy vypovídá o adekvátní gramotnosti.

(Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Následující tabulka ukazuje souhrn správných i špatných odpovědí respondentek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), což poukazuje na obtížnost jednotlivých otázek. Největší procento správných odpovědí bylo dosaženo u otázky č.6, která však nebyla položena všem respondentkám. Z otázek, které byly položeny všem respondentkám, nejvíce správných odpovědí bylo zaznamenáno u otázky č.5. Naopak nejméně správných odpovědí bylo u otázky č.4 (viz Tabulka 11). Podrobná data jsou zobrazena v Příloze B.

Tabulka 11 - Výsledky jednotlivých otázek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) (n=63)

Otázka č.	Správná odpověď (n)	Správná odpověď (%)	Špatná odpověď (n)	Špatná odpověď (%)
1 (n=63)	44	70%	19	30%
2 (n=63)	29	46%	34	54%
3 (n=63)	31	49%	32	51%
4 (n=63)	23	37%	40	63%
5 (n=63)	61	97%	2	3%
6 (n=61)	61	100%	0	0%

5.3 Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.2

První průzkumná otázka: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a počtem odchozených let školní docházky u respondentek?

H₀ - Mezi počtem let odchozené školní docházky a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) není statisticky významný vztah.

H_A - Mezi počtem let odchozené školní docházky a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je statisticky významný vztah.

Data potřebná k testování jsou uvedena v Příloze B a v Příloze D.

V programu STATISTICA byla provedena Spearmanova korelace, z důvodu charakteru dat (nejedná se totiž o spojité proměnné). Data byla na zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky významná, což bylo doloženo i červeným označením koeficientů (Tabulka 12). Těsnost vztahu mezi odchozenými roky školní docházky a úrovní zdravotní gramotnosti podle výsledku v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu „ r_s “ = 0,396128 za nízkou závislost (viz Tabulka 3 uvedena výše v metodice výzkumu). Odchozené roky školní docházky byly porovnávány s výsledky dotazníku podle zařazení do tří úrovní zdravotní gramotnosti (viz výše Tabulka 1), ne podle konkrétního počtu bodů. Všechny respondentky totiž neměly možnost odpovědět na všech 6 otázkách. Jestliže odpověděly na 5. otázku špatně, šestá otázka jim nebyla vůbec položena. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Tedy čím více odchozených let školní docházky, tím lepší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Tabulka 12 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a odchozené roky školní docházky

Proměnná	Spearmanovy korelace	
	Označené korelace jsou významné na hl. p <,05000	
	výsledek dotazníku	roky školní docházky
výsledek dotazníku	1,000000	0,396128
roky školní docházky	0,396128	1,000000

Interpretace výsledků:

Na hladině významnosti 5 % byl na základě zkoumaných dat prokázán statisticky významný vztah mezi odchozenými roky školní docházky a výsledkem v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). V detailním reportu byla p-hodnota vyčíslena jako 0,001310. Zamítá se tedy H_0 a přijímá se H_A .

Druhá průzkumná otázka: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek?

H_0 - Mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) není statisticky významný vztah.

H_A - Mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je statisticky významný vztah.

Data potřebná k testování jsou uvedena v Příloze B a v Příloze D. V programu STATISTICA byla provedena Spearmanova korelace z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla na zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky významná, což bylo doloženo i červeným označením koeficientů (Tabulka 13). Těsnost vztahu mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem v dotazníku The Newest Vital Sign™ byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu „ r_s “ = 0,562597 za střední závislost (viz Tabulka 3 uvedena výše v metodice výzkumu). Nejvyšší dosažené vzdělání bylo porovnáváno s výsledky dotazníku podle zařazení do tří úrovní zdravotní gramotnosti (viz výše Tabulka 1), ne podle konkrétního počtu bodů. Všechny respondentky totiž neměly možnost odpovědět na všech 6 otázkách. Jestliže odpověděly na 5. otázku špatně, šestá otázka jim nebyla vůbec položena. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Tedy čím vyšší dosažené vzdělání, tím lepší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Tabulka 13 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a nejvyšší dosažené vzdělání

Proměnná	Spearmanovy korelace	
	Označené korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$	
	výsledky dotazníku	dosažené vzdělání
výsledky dotazníku	1,000000	0,562597
dosažené vzdělání	0,562597	1,000000

Interpretace výsledků:

Na hladině významnosti 5 % byl na základě zkoumaných dat prokázán statisticky významný vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem v dotazníku The Newest Vital Sign™. V detailním reportu byla p-hodnota vyčíslena jako 0,000002. Zamítá se tedy H_0 a přijímá se H_A .

5.4 Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.3

Průzkumná otázka: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a věkem respondentek?

H_0 - Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) není statisticky významný vztah.

H_A - Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je statisticky významný vztah.

Data potřebná k testování jsou uvedena v Příloze B a v Příloze C. V programu STATISTICA byla provedená Spearmanova korelace z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Věk respondentek byl porovnáván s výsledkem v dotazníku podle zařazení do tří úrovní zdravotní gramotnosti (viz Tabulka 1 uvedena výše), ne podle konkrétního počtu bodů. Všechny respondentky totiž neměly možnost odpovědět na všech 6 otázek. Jestliže odpověděly na 5. otázku špatně, šestá otázka jim nebyla vůbec položena. Data byla na zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná (Tabulka 14). Korelační koeficient vychází v záporných hodnotách, což značí nepřímou úměru. Lze tedy říci, že čím nižší věk respondentky, tím lepší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Tabulka 14 - Spearmanovy korelace pro výsledek dotazníku a věk

Proměnná	Spearmanovy korelace	
	věk respondentky	výsledky dotazníku
věk respondentky	1,000000	-0,076544
výsledky dotazníku	-0,076544	1,000000

Interpretace výsledků:

Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi věkem respondentky a výsledkem v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). V detailním reportu byla p- hodnota vyčíslena jako 0,551002, přijímá se tedy H_0 .

5.5 Výsledky vztahující se k průzkumnému cíli č.4

Průzkumné otázky vztahující se k cíli 4:

- 1) Čerpala jste informace ohledně vašeho výkonu z nějakých zdrojů?
- 2) Z jakých zdrojů?
- 3) Porozuměla jste těmto informacím?

Respondentkám byly položeny doplňující otázky týkající se zjišťování informací ohledně výkonu, který podstoupily. Na otázku, zda čerpaly informace ohledně výkonu z nějakých zdrojů, z celkového počtu respondentek (n=63) odpovědělo 39 žen (61,9 %) ano, 24 žen (38,1 %) odpovědělo ne (viz Příloha E).

Těmto 39 ženám, které odpověděly, že se předem informovaly o výkonu, byly položeny další dvě doplňující otázky. Bylo zjišťováno, kde se informovaly, z jakých zdrojů a zda těmto informacím porozuměly (viz Příloha E).

Z nasbíraných dat se dalo určit, že respondentky uváděly 4 zdroje informací, které se neustále opakovaly. Ženy vyhledávaly informace na internetu, u obvodního gynekologa, v informační brožurce nebo od rodiny a známých. Respondentky uváděly také kombinaci těchto zdrojů. Odpovědi respondentek jsou uvedeny v následující tabulce četností (Tabulka 15). Z této tabulky vyplývá, že nejčastěji respondentky hledaly informace na internetu (41%). Podrobná data jsou uvedena v Příloze F.

Tabulka 15 - Tabulka četností odpovědí respondentek ohledně zdrojů zjišťovaných informací (n=39)

Kategorie	Tabulka četností			
	Četnost	Kumulativní (četnost)	Rel.četnost	Kumulativní (rel.četnost)
internet + obvodní gynekolog	7	7	17,95%	17,95%
internet + brožurka	2	9	5,13%	23,08%
brožurka	4	13	10,26%	33,33%
internet	16	29	41,03%	74,36%
obvodní gynekolog	1	30	2,56%	76,92%
rodina a známí	1	31	2,56%	79,49%
obvodní gynekolog + brožurka	1	32	2,56%	82,05%
internet + rodina a známí	7	39	17,95%	100,00
celkem	39		100%	

Na otázku, zda porozuměly zjištěným informacím, odpovědělo všech 38 žen buď ano, nebo spíše ano (Tabulka 16).

Tabulka 16 - Tabulka četností odpovědí ohledně porozumění vyhledaných informací (n=38)

Kategorie	Tabulka četností	
	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
ano	28	73,7%
spíše ano	10	24,3 %
celkem	38	100%

Následující tabulka znázorňuje výsledky (kategorie) v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) u respondentek (n= 28), které odpověděly ano na otázku, zda porozuměly zjišťovaným informacím. Žádná z těchto respondentek nedosáhla výsledku, který by naznačoval vysokou pravděpodobnost omezené zdravotní gramotnosti. Naopak, z 28 respondentek 92,9 % svým výsledkem spadá do kategorie naznačující adekvátní zdravotní gramotnost. Výsledky tohoto porovnání poukazují na to, že ženy, které vyhledávaly informace o plánovaném výkonu a porozuměly jim, dosáhly ve většině případů takového výsledku, který patří do nejlépe hodnocené kategorie (Tabulka 17).

Tabulka 17 - Tabulka četností výsledků respondentek, které odpověděly, že porozuměly zjišťovaným informacím (n=28)

Kategorie – vyhodnocení dotazníku	Tabulka četností	
	Počet respondentek (n)	Počet respondentek (%)
2-3	2	7,1 %
4-6	26	92,9 %
celkem	28	100%

Legenda: viz následující tabulka

Vyhodnocení dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)
0-1 bod - vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti
2-3 body – možnost omezené gramotnosti
4-6 bodů – adekvátní gramotnost

(Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

6 DISKUZE

Průzkumná otázka č. 1 - Na jaké úrovni je zdravotní gramotnost žen podstupujících malý gynekologický výkon?

Prvním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak vysoká je zdravotní gramotnost u žen podstupujících malý gynekologický výkon pomocí dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Z výsledků je také patrné, že nejobtížnější otázka byla pro respondentky otázka č. 4 týkající se výpočtu procent kilokalorií z denního příjmu potravy. Zhodnocení celkových výsledků bylo provedeno dvojím způsobem. Jednak se hodnotilo jednotlivé bodové zastoupení a jednak rozřazení do kategorií, které jsou přímo určené od tvůrců dotazníku. Co se týče jednotlivých bodových výsledků, nejvíce respondentek (30%) dosáhlo maximálního počtu bodů (6). Pouze 2 respondentky (3%) nezískaly ani jeden bod. Druhého nejlepšího výsledku, tedy 5 bodů, dosáhlo 24% respondentek, což je zároveň druhý nejvyšší počet procentuálního zastoupení respondentek. Jestliže se výsledky respondentek roztrídí do již zmíněných třech oficiálních kategorií, tak 65% respondentek spadá do té nejvyšší možné, 32% do kategorie prostřední a pouhá 3% do nejnižší možné kategorie. Lze tedy říci, že výsledky dopadly velice uspokojivě.

V roce 2018 (duben – květen) byl proveden výzkum v maďarském městě Nyíregyháza. Výběr respondentů byl náhodný, jednalo se o muže i ženy. Podmínkou bylo, že respondent musel být plnoletý a zároveň obyvatelem tohoto města. V tomto výzkumu byla zdravotní gramotnost respondentů zkoumána pomocí dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Výsledky respondentů byly dále zkoumány z hlediska pohlaví respondenta, věku a vzdělání (základní, střední, vyšší). Nejvíce respondentů odpovědělo správně na pátou otázku, která se týká složení imaginární zmrzliny vzhledem k potencionální alergii. Stejně tak tomu je i ve výzkumu této diplomové práce. Naopak nejméně správných odpovědí bylo na třetí otázku, která se týká výpočtu nasycených tuků. V této diplomové práci nejvíce respondentů odpovědělo špatně na otázku čtvrtou, která se týká výpočtu procent kilokalorií denního příjmu potravy. Bohužel však výsledky tohoto maďarského výzkumu nelze porovnat s výsledky výzkumu této diplomové práce, jelikož v maďarském výzkumu nebyly výsledky respondentů zařazovány do výsledných třech kategorií, jako tomu je v této diplomové práci. Celkově byla zvolena jiná metodika hodnocení, proto by porovnání nebylo relevantní. Lze pouze konstatovat zajímavý fakt, že v maďarském výzkumu dopadly výsledky jednotlivých otázek velice dobře, jelikož u všech otázek převládal počet správně zodpovězených oproti těm špatně zodpovězeným. Jak již bylo

zmíněno výše, nejhůře zodpovězená otázka v maďarském výzkumu byla otázkač.3, avšak počet správných odpovědí u této otázky byl 73%. Celkově lze tedy říci, že co se týče porovnání výsledků u jednotlivých otázek dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), maďarský výzkum dopadl procentuálně lépe. Přesto však autoři tohoto výzkumu apelují na zlepšování zdravotní gramotnosti (Erdei, Barth, Fedor, Takacs, 2018).

Průzkumné otázky vztahující se k cíli 2:

Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a počtem odchozených let školní docházky u respondentek?

Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek?

Druhým cílem této práce bylo zjistit vztah mezi odpověďmi respondentek v dotazníku a dokončenými roky školní docházky. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že průměrný počet let odchozené školní docházky u respondentek je 14 let, nejnižší počet 9 let, nejvyšší 19 let. Nejčastěji respondentky udávaly 12 let studia (36,5%). Dle Spearmanovy korelace byl zjištěn na zvolené hladině významnosti statisticky signifikantní vztah. Korelační koeficient vyšel v kladných hodnotách, jedná se tedy o vztah typu přímé úměry. Lze tedy říci, že čím více odchozených let školní docházky, tím lepší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Těsnost tohoto vztahu byla vyhodnocena podle korelačního koeficientu jako nízká. Na zvolené hladině významnosti 5% je podle vyčíslené p-hodnoty 0,001310 možné zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní, tedy že mezi počtem let odchozené školní docházky a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je statisticky významný vztah.

Dalším cílem bylo zjistit vztah mezi odpověďmi respondentek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) v závislosti s dosaženým vzděláním. Vzdělání bylo rozděleno do jednotlivých kategorií – základní, středoškolské s výučním listem, středoškolské s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské. Nejčetněji zastoupené bylo středoškolské vzdělání s maturitou (41% respondentek), naopak pouze 1 respondentka uvedla základní vzdělání. Pomocí Spearmanovy korelace byl zjištěn statisticky signifikantní vztah. Korelační koeficient vyšel v kladných hodnotách, jedná se tedy o vztah typu přímé úměry. Lze tedy říci, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím lepší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Těsnost toho vztahu byla

určena dle korelačního koeficientu jako střední. Na zvolené hladině významnosti 5% je podle vyčíslené p-hodnoty 0,000002 možné zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní, tedy že mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je statisticky významný vztah.

Dingová a Jakubcová ve svém výzkumu v roce 2010 (leden až březen) o zdravotní gramotnosti také využívaly dotazník The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Do svého výzkumu zařadily 140 respondentů (studenty gymnázia, zdravotní sestry a pacienty) starší sedmnácti let, kteří souhlasili s výzkumem, podepsali informovaný souhlas a nebyla u nich prokázána kognitivní či percepční porucha. V jejich práci došli k závěru, že existují statisticky významné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti z hlediska dosaženého stupně vzdělání ve skupině pacientů. Pouze tato skupina respondentů měla totiž vzdělání rozdílné (základní, středoškolské a vysokoškolské). Všichni studenti gymnázia byli zařazeni do skupiny se středoškolským vzděláním a zdravotní sestry do skupiny se vzděláním vysokoškolským. Potvrzují tedy fakt, že nejvyšší dosažené vzdělání je velice silným faktorem, který ovlivňuje úroveň zdravotní gramotnosti, což je v souladu se zjištěním z této diplomové práce. Poukazují ale také na některé rozsáhlé studie, které tento předpoklad vyvrátili s tvrzením, že i přes dostatečné vzdělání respondentů nebyla vždy prokázána adekvátní úroveň zdravotní gramotnosti.

Průzkumná otázka vztahující se k cíli 3: Existuje statisticky významný vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a věkem respondentek?

Třetím cílem této práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a věkem respondentek. Nejmladší respondentce bylo 19 let, nejstarší 73 let. Pomocí Spearmanovy korelace nebyl zjištěn na zvolené hladině významnosti 5% statisticky významný vztah. Korelační koeficient vyšel v negativní hodnotě, jedná se tedy o vztah typu nepřímé úměry. Lze tedy říci, že čím vyšší věk respondentky, tím horší výsledek v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu označen za velmi slabý a podle p-hodnoty 0,551002 je možné potvrdit nulovou hypotézu, tedy že mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) není statisticky významný vztah.

Ve výzkumu Dingové a Jakubcové (2011) sice nebyl zjištěn statisticky signifikantní vztah mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti, poukazují však na klesající tendenci úrovně zdravotní gramotnosti se zvyšujícím se věkem. Věkový faktor tedy nepovažují za zanedbatelný. Domnívají se, že nebyl prokázán statisticky významný vztah kvůli nerovnoměrně rozloženému souboru respondentů, jelikož soubor obsahoval pouze 15 respondentů starších 50 let. Dalším důvodem také mohl být fakt, že mezi staršími dospělými a seniory v souboru byl vysoký podíl vysokoškolsky vzdělaných osob. Věk, jakožto faktor ovlivňující úroveň zdravotní gramotnosti, je již poměrně dobře zmapovaný a uplatňuje se v souvislosti s poklesem sensorických funkcí, paměti, koncentrace a méně častou frekvencí vykonávání práce s psaným textem či logických operací (Dingová, Jakubcová, 2011).

Průzkumné otázky vztahující se k cíli 4:

- 1) Čerpala jste informace ohledně vašeho výkonu z nějakých zdrojů?
- 2) Z jakých zdrojů?
- 3) Porozuměla jste těmto informacím?

Z odpovědí respondentek vyplývá, že 38 respondentek (60,3%) si před výkonem vyhledávala informace ohledně jejich nadcházejícího výkonu. Dalo by se tedy říci, že většina žen projevila jistou úroveň zdravotní gramotnosti, už jenom tím, že měly snahu zjišťovat informace a následně o nich přemýšlet, případně se podle nich řídit. Této většině respondentek byly položeny další dvě doplňující otázky. Asi není překvapením, že v dnešní moderní době nejvíce žen vyhledávalo informace na internetu. Dalším zajímavým faktem je, že z těchto 39 žen odpověděly všechny na otázku, zda porozuměly vyhledaným informacím buď ano (74%), nebo spíše ano (26%). Žádná z respondentek tedy neuvedla, že vyhledaným informacím nerozuměla, nebo že by jim porozuměla pouze částečně. Lze se jen domnívat, zda jsou odpovědi pravdivé.

Respondentky, které odpověděly „ano“ na otázku, zda porozuměly vyhledaným informacím, dosáhly v 92,9 % dosáhly ve většině případů takového výsledku, který patří do nejlépe hodnocené kategorie. Dala by se tím tedy do značné míry potvrdit validita dotazníku The Newest Vital SignTM (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

6.1 Doporučení pro praxi

Je nezbytné zvyšovat úroveň zdravotní gramotnosti v celé populaci. V praxi by tuto úlohu mohli zastávat praktičtí lékaři a jejich zdravotní sestry, kteří mají možnost informovat a zároveň edukovat své pacienty v potřebných oblastech týkající se zdraví. Správným směrem se vydávají některé obce či města, kde pořádají různé akce pro své občany, při kterých předávají informace o prevenci nemocí, zdravotní péči apod. Důležité je také pořádat přednášky ohledně zdraví a zdravotní gramotnosti již pro žáky základních škol. Co se týče konkrétně problematiky úrovně zdravotní gramotnosti žen podstupujících malý gynekologický výkon, zásadní roli mají obvodní gynekologové spolu se zdravotními sestrami. V rámci preventivních kontrol je možné pacientkám individuálně předávat informace zaměřené na zdravotní problematiku týkající se jejich věku. V ordinacích také mohou být ženám nabídnuty informační brožurky. V určitém rozměru mohou takto fungovat i nemocniční zařízení, do kterých ženy přicházejí na malý gynekologický výkon.

7 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala zdravotní gramotností u žen podstupujících gynekologickou operaci, konkrétně malý gynekologický výkon. V teoretické části práce byly popsány základní pojmy související s tématem zdravotní gramotnosti. V této části je také popsána role sestry či porodní asistentky při edukaci o zdraví a zdravotní gramotnosti. V části empirické byla zkoumána zdravotní gramotnost žen podstupujících malý gynekologický výkon. Výsledky tohoto výzkumu jsou uspokojivé, jelikož 65% respondentek se svým výsledkem v dotazníku (nástroj pro posuzování zdravotní gramotnosti) The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) zařadilo do nejvyšší možné kategorie, která téměř vždy vypovídá o adekvátní zdravotní gramotnosti. Nicméně je důležité zdravotní gramotnost populace nadále zlepšovat, neboť se jedná o dobrý nástroj k zlepšování úrovně zdraví a životní pohody. Obsah teoretické části a výsledky empirické části této práce mohou být také prospěšné pro laickou veřejnost, kterou tato problematika zajímá.

Reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti v České republice proběhl na přelomu let 2014/2015. Výsledky výzkumu ukázaly, že úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel České republiky zaostává za průměrem zemí Evropské unie, které se zúčastnily mezinárodního srovnávacího výzkumu. Z devíti sledovaných zemí zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní se umístilo pouze Bulharsko. Podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti vykazovala většina dotazovaných respondentů v České republice. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s rizikovým chováním, horším zdravotním stavem a vyššími náklady na zdravotní péči. Důležitost zdravotní gramotnosti spočívá v porozumění, získávání a vyhodnocování daných informací a jejich následné aplikaci v běžném životě, kdy jedinec bude schopný posoudit a rozhodovat se v péči o své zdraví v prevenci nemocí a v zájmu udržení lepší kvality života.

8 POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.
2. BASTABLE, Susan Bacorn. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury. 2008. Jones and Barlett Publisher. ISBN 978-07637-4643-8.
3. BEAUCHAMP Alison, Louise Sparkes. Health literacy and nursing. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 2014;21(9), 49.
4. BERNATOVÁ, Eva, Marek JUKL a Jaroslava MARKOVÁ. *Základní norma zdravotnických znalostí*. 4., přeprac. vyd. Praha: Český červený kříž, 2013. ISBN isbn978-80-87729-02-1.
5. DINGOVÁ, Michaela a Tatiana JAKUBCOVÁ. Health literacy - new concept for nursing practice. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2011, 1(1), 34-41. ISBN 1338-6263.
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání (v tiráži 1. vyd.). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-934-1.
8. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: GRADA Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-271-0568-7.
9. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
10. HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví - teze. In: *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika*. 2017, s. 30-45.
11. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.
12. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3
13. CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1369-4

14. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
15. KAAS, Jiří, Věra STASKOVÁ a Radka ŠULISTOVÁ. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt*. 2016, **18**(4), 249-253. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>.
16. KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, [2013]. Solid facts (Series). ISBN 978-92-890-00154. v textu je to jako et al
17. KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdraví - kultura - společnost*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6.
18. KUČERA, Zdeněk, Jürgen M. PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(5), 233-241. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/zdravotni-gramotnost-obyvatele-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>.
19. EUBUŠKÝ, Marek. "Umělé přerušování těhotenství": hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gynekologie a porodnictví*. 2016, **1**(1), 12-29. ISSN 2533-4689.
20. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
21. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.
22. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, Dagmar DVOŘÁČKOVÁ a Alena KAJANOVÁ. Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou. *Kontakt*. 2017, **19**(3), 213-218. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>.
23. PFEIFEROVÁ, Markéta a Bohumil SEIFERT. Zdravotní gramotnost a primární péče. In: *1. národní konference o zdravotní gramotnosti*. 2017, s. 27-28. Dostupné také z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf.
24. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I: historie, vzdělávání, současné ošetrovatelství, role sestry a nemocného, ošetrovatelský proces, konceptuální modely a teorie, klasifikační systémy, výzkum, praxe založená na důkazech*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.

25. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-271-0889-3.
26. POWERS BJ, et al. Can this patient read and understand written health information? *JAMA* 2010 Jul 7;304(1):76-84.
27. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
28. ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Zdravotní gramotnost a media. In: *1. národní konference o zdravotní gramotnosti*. 2017, s. 33-34.
29. ŠIMŮNKOVÁ, Marta a Jana VOJTÍŠKOVÁ. *Zdravotní gramotnost v ČR je nízká*. Practicus. 2015, 14(9), 34-35. ISSN 1213-8711. Dostupné také z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>
30. ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4646-6.
31. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
32. WEISS BD et al. 2005 Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 3(6):514-522.
33. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.
34. WILHEMOVÁ, Radka a Drahoslava HRUBÁ. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekologie*. 2013, **17**(3), 244-251. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/determinanty-zdravotni-gramotnosti-tehotnych-zen-41821>.
35. WILKINSON, Richard a Michael G. MARMOT, ed. *Social determinants of health: solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. ISBN 92-890-1371-0.
36. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-718-4786-0

9 PŘÍLOHY

Příloha A – *Informovaný souhlas*

Příloha B - *Detailní výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)*

Příloha C - *Informace zjišťované z dokumentace respondentek*

Příloha D - *Informace ohledně vzdělání respondentek*

Příloha E – *Odpovědi respondentek ohledně zjišťování informací*

Příloha F – *Odpovědi respondentek ohledně zdrojů, ze kterých čerpaly informace*

Příloha A - Informovaný souhlas

UNIVERZITA PARDUBICE FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ

Informovaný souhlas

Já _____ (jméno, příjmení, datum narození) souhlasím, že se zúčastním výzkumného šetření na téma Zdravotní gramotnost u žen podstupující gynekologickou operaci pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign“. Dotazník zjišťuje úroveň zdravotní gramotnosti, tedy schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, pochopit je, porozumět jim a být schopen je využít ke svému rozvoji či zachování dobrého zdraví. Dotazník pochází z USA a byl přeložen do více jazyků.

První část je tabulka výživových hodnot zmrzliny, po přečtení se Vás budeme ptát na 6 jednoduchých otázek. Další součástí výzkumného šetření bude rozhovor, při kterém se budeme ptát na naše vzdělání, počet let studia, zda jste si o výkonu zjišťovala předem informace, případně jak jste jim porozuměla.

Podpisem stvrzuji souhlas s tím, aby výsledky byly publikovány a použity pro vědecko-výzkumné účely. Také potvrzuji, že informace o povaze a cíli výzkumu mi byly srozumitelně vysvětleny, měla jsem prostor přednést otázky, na které mi byla poskytnuta odpověď. Akceptuji, že mé údaje budou anonymizovány. Rozhovor bude zaznamenáván na diktafon, po jeho následném přepsání bude vymazán.

Potvrzuji, že má účast na výzkumném šetření je zcela dobrovolná, kdykoliv mohu dobrovolně od výzkumu odstoupit bez oznámení jakéhokoliv důvodu, odstoupení musím pouze ústně sdělit výzkumníkovi.

Dne: _____ Podpis: _____

Kontaktní osoba:

Jméno: Zlata

Příjmení: Kocmanová

Pozice: student

Telefon: +420 775620681

Email: kocmanovazlatus@seznam.cz

Příloha B – Detailní výsledky dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Číslo respondetky	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4	Otázka č.5	Otázka č.6	Celkový počet bodů	Kategorie
1	1 b.	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
2	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
3	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
4	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
5	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
6	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
7	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
8	1 b.	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
9	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
10	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
11	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
12	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
13	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
14	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
15	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
16	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
17	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	-	0 b.	0-1
18	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
19	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
20	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
21	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
22	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
23	1 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
24	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
25	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
26	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
27	1 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
28	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
29	1 b.	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
30	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
31	1 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
32	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
33	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
34	1 b.	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
35	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	-	0 b.	0-1
36	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6

Číslo respondetky	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4	Otázka č.5	Otázka č.6	Celkový počet bodů	Kategorie
37	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
38	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
39	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
40	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
41	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
42	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
43	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
44	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
45	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
46	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
47	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
48	1 b.	1 b.	1b	0 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
49	0 b.	0 b.	0b	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
50	1 b.	0 b.	1b .	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
51	1 b.	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
52	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
53	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	4 b.	4-6
54	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	2 b.	2-3
55	0 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
56	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
57	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
58	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
59	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6
60	1 b.	0 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
61	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	1 b.	6 b.	4-6
62	1 b.	0 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	3 b.	2-3
63	1 b.	1 b.	0 b.	1 b.	1 b.	1 b.	5 b.	4-6

Legenda -

pilotní výzkum

1. otázka – jedná se o výpočet, kolik kilokalorií respondent sní, pokud sní celé balení imaginární zmrzliny
2. otázka – jedná se o výpočet sacharidů
3. otázka – jedná se o výpočet nasycených tuků
4. otázka – jedná se o výpočet procent kilokalorií denního příjmu

5. a 6. otázka – zabývá se složením imaginární zmrzliny z hlediska alergií

- 6. otázka nebyla položena respondentkám, které odpověděly špatně na otázku č.5

Kategorie:

Vyhodnocení dotazníku The Newest Vital Sign™ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)
0-1 bod - vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti
2-3 body – možnost omezené gramotnosti
4-6 bodů – adekvátní gramotnost

(Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

Příloha C - Informace zjišťované z dokumentace respondentek

Číslo respondentky	Věk respondentky	Rok narození	Jedná se o první malý gynekologický výkon?	Výkon
1	45	1974	ano	HSK + ablace polypu
2	62	1957	ne	konizace
3	38	1981	ano	konizace
4	54	1965	ano	HSK + kyretáž
5	48	1971	ano	RCUI
6	33	1986	ne	RCUI
7	49	1970	ne	konizace
8	59	1960	ano	TVT-O
9	57	1962	ano	HSK + kyretáž
10	28	1991	ano	miniUPT
11	68	1951	ano	HSK + kyretáž
12	43	1976	ne	konizace
13	39	1980	ano	HSK + kyretáž
14	19	2000	ano	miniUPT
15	45	1975	ano	kyretáž
16	31	1988	ne	kyretáž
17	50	1970	ano	TVT-O
18	31	1989	ano	RCUI
19	28	1991	ano	kyretáž
20	26	1994	ano	konizace
21	44	1976	ano	konizace
22	24	1995	ano	miniUPT
23	48	1972	ano	kyretáž
24	29	1990	ano	konizace
25	47	1973	ne	TVT-O
26	37	1982	ano	miniUPT
27	53	1967	ano	kyretáž
28	52	1967	ne	HSK + kyretáž
29	25	1994	ano	miniUPT
30	48	1971	ano	TVT-O
31	73	1946	ne	biopsie vulvy
32	41	1978	ano	UPT
33	31	1989	ano	HSK + ablace polypu
34	44	1975	ano	HSK + kyretáž
35	21	1999	ano	miniUPT
36	39	1980	ne	RCUI
37	67	1952	ano	HSK + ablace polypu

Číslo respondentky	Věk respondentky	Rok narození	Jedná se o první malý gynekologický výkon?	Výkon
38	32	1987	ano	konizace
39	22	1998	ano	konizace
40	54	1966	ne	HSK + ablace polypu
41	35	1985	ano	HSK + kyretáž
42	63	1956	ne	biopsie vulvy
43	43	1976	ano	kyretáž
44	33	1987	ano	konizace
45	31	1989	ano	HSK + ablace polypu
46	20	1999	ano	miniUPT
47	48	1971	ano	biopsie vulvy
48	27	1993	ano	miniUPT
49	39	1980	ano	TVT-O
50	33	1987	ano	RCUI
51	44	1975	ne	kyretáž
52	25	1994	ano	RCUI
53	51	1968	ne	TVT-O
54	20	1999	ano	miniUPT
55	42	1977	ne	UPT
56	30	1990	ano	RCUI
57	22	1997	ano	konizace
58	57	1963	ano	konizace
59	45	1974	ano	TVT-O
60	52	1968	ano	HSK + kyretáž
61	43	1977	ano	kyretáž
62	27	1992	ano	konizace
63	47	1972	ano	TVT-O

Legenda:

pilotní výzkum

HSK – hysteroskopie

miniUPT – mini umělé přerušení těhotenství

RCUI - revisio cavi uteri instrumentalis (revize dutiny děložní pomocí nástrojů)

TVT-O – transvaginal tape obturator (transobturatorní vaginální páska)

UPT – umělé přerušení těhotenství

Příloha D - *Informace ohledně vzdělání respondentek*

Číslo respondentky	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?
1	vysokoškolské	18
2	vysokoškolské	18
3	vysokoškolské	16
4	středoškolské s maturitou	13
5	středoškolské s maturitou	12
6	středoškolské s výučním listem	12
7	vysokoškolské	18
8	středoškolské s maturitou	14
9	střední s výučním listem	14
10	vysokoškolské	18
11	základní	12
12	středoškolské s maturitou	12
13	středoškolské s maturitou	9
14	středoškolské s výučním listem	12
15	středoškolské s maturitou	12
16	středoškolské s maturitou	13
17	středoškolské s výučním listem	10
18	středoškolské s výučním listem	12
19	vysokoškolské	18
20	vysokoškolské	18
21	vysokoškolské	17
22	středoškolské s maturitou	13
23	středoškolské s maturitou	12
24	středoškolské s maturitou	13
25	vysokoškolské	14
26	středoškolské s maturitou	12
27	středoškolské s výučním listem	12
28	vysokoškolské	19
29	středoškolské s maturitou	13
30	vysokoškolské	17
31	středoškolské s výučním listem	10
32	středoškolské s maturitou	13
33	vysokoškolské	17
34	středoškolské s maturitou	12
35	středoškolské s výučním listem	12
36	vysokoškolské	16
37	středoškolské s maturitou	14
38	vysokoškolské	19

Číslo respondentky	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?
39	středoškolské s maturitou	13
40	středoškolské s maturitou	13
41	vysokoškolské	18
42	středoškolské s výučním listem	12
43	středoškolské s maturitou	12
44	středoškolské s maturitou	12
45	vyšší odborné (dis)	15
46	středoškolské s výučním listem	12
47	vysokoškolské	17
48	vyšší odborné (dis)	15
49	středoškolské s výučním listem	12
50	středoškolské s maturitou	13
51	středoškolské s maturitou	12
52	vysokoškolské	18
53	středoškolské s maturitou	13
54	středoškolské s výučním listem	12
55	středoškolské s maturitou	12
56	vysokoškolské	16
57	vyšší odborné (dis)	15
58	vysokoškolské -	18
59	středoškolské s maturitou	12
60	středoškolské s výučním listem	12
61	vysokoškolské	17
62	středoškolské s maturitou	13
63	středoškolské s maturitou	12

Legenda - pilotní výzkum

Příloha E – Odpovědi respondentek ohledně zjišťování informací

Číslo respondentky	Čerpala jste informace ohledně vašeho výkonu z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste těmto informacím?
1	ano	internet, OG	ano
2	ano	brožurka, internet	ano
3	ano	brožurka	spíše ano
4	ano	internet	ano
5	ano	internet, OG	spíše ano
6	ne		
7	ano	OG	ano
8	ano	rodina a známí	ano
9	ne		
10	ano	internet	ano
11	ano	OG, brožurka	ano
12	ano	internet	ano
13	ano	internet, rodina a známí	ano
14	ano	internet	ano
15	ano	internet, OG	ano
16	ne		
17	ne		
18	ne		
19	ano	internet, OG	spíše ano
20	ano	internet, OG	spíše ano
21	ano	internet	ano
22	ne		
23	ne		
24	ano	internet	ano
25	ne		
26	ano	internet	spíše ano
27	ne		
28	ano	internet, rodina a známí	ano
29	ano	internet	ano
30	ano	internet	ano
31	ano	brožurka	spíše ano
32	ne		
33	ano	internet	ano
34	ano	internet, rodina a známí	ano
35	ne		
36	ano	internet, OG	ano

Číslo respondentky	Čerpala jste informace ohledně vašeho výkonu z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste těmto informacím?
37	ne		
38	ano	internet, brožurka	ano
39	ano	internet	ano
40	ne		
41	ano	internet, rodina a známí	ano
42	ne		
43	ne		
44	ano	internet	ano
45	ne		
46	ne		
47	ano	brožurka	ano
48	ano	internet	ano
49	ne		
50	ne		
51	ano	internet	ano
52	ano	internet, rodina a známí	ano
53	ano	internet, OG	spíše ano
54	ne		
55	ne		
56	ne		
57	ne		
58	ano	internet	ano
59	ano	internet, rodina a známí	spíše ano
60	ne		
61	ano	internet, rodina a známí	ano
62	ano	internet	spíše ano
63	ano	brožurka	spíše ano

Legenda - pilotní výzkum

Příloha F – Odpovědi respondentek ohledně zdrojů, ze kterých čerpaly informace

číslo respondentky	internet	obvodní gynekolog	brožurka	rodina a známí
1	ano	ano	-	-
2	ano	-	ano	-
3	-	-	ano	-
4	ano	-	-	-
5	ano	ano	-	-
7	-	ano	-	-
8	-	-	-	ano
10	ano	-	-	-
11	-	ano	ano	-
12	ano	-	-	-
13	ano	-	-	ano
14	ano	-	-	-
15	ano	ano	-	-
19	ano	ano	-	-
20	ano	ano	-	-
21	ano	-	-	-
24	ano	-	-	-
26	ano	-	-	-
28	ano	-	-	ano
29	ano	-	-	-
30	ano	-	-	-
31	-	-	ano	-
33	ano	-	-	-
34	ano	-	-	ano
36	ano	ano	-	-
38	ano	-	ano	-
39	ano	-	-	-
41	ano	-	-	ano
44	ano	-	-	-
47	-	-	ano	-
48	ano	-	-	-
51	ano	-	-	-
52	ano	-	-	ano
53	ano	ano	-	-
58	ano	-	-	-
59	ano	-	-	ano
61	ano	-	-	ano
62	ano	-	-	-

číslo respondentky	internet	obvodní gynekolog	brožurka	rodina a známí
63	-	-	ano	-

Legenda - pilotní výzkum