

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Srozumitelnost edukačního materiálu
pro ženy podstupující gynekologickou operaci

Bc. Veronika Matějková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Matějková**
Osobní číslo: **Z17212**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci**
Zadávací 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 průzkumného 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. BASTABLE, S., B. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3. vyd. Sudbury: Jones and Barlett Publisher, 2008, 667 s. ISBN 978-07637-4643-8.
2. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy koantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 80-247-1369-1.
3. CHEW, L. D., BRADLEY, K. A., BOYKO, E. J. *Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy*. *Family Medicine*. 2004; 36 (8): s. 588-594.
4. MANDYSOVÁ, P. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.
5. ŠULISTOVÁ, R, TREŠLOVÁ, M. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající 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 28.4.2021

Bc. Veronika Matějková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Velice ráda bych poděkovala paní docentce Petře Mandysové, MSN, Ph.D. za její odborné vedení, podporu, směřování a cenné rady i připomínky, které mi výrazně pomohly ke zpracování této diplomové práce. Děkuji i překladatelům, kteří se podíleli na zpětném překladu použitého dotazníku zdravotní gramotnosti. Děkuji také teamu zdravotnického zařízení za umožnění výzkumného šetření a v neposlední řadě děkuji všem respondentkám, právě díky kterým mohlo být zrealizováno celé výzkumné šetření, za jejich ochotu i vlídná slova.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci. Teoretická část je zaměřena na edukaci v ošetřovatelství, zdravotní gramotnost, metody hodnotící srozumitelnost textu a na gynekologické operace. Ve výzkumné části jsou zkoumány vztahy mezi výsledky srozumitelnosti edukačního materiálu a výsledky zdravotní gramotnosti respondentek. Tyto výsledky jsou také zkoumány stran demografických charakteristik, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání a počet let absolvované školní docházky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Srozumitelnost textu, edukační materiál, edukace, zdravotní gramotnost, gynekologické operace, poslechový test.

TITLE

The readability of educational materials for women undergoing gynecological surgery

ANNOTATION

This thesis deals with the readability of educational materials for women undergoing gynecological surgery. The theoretical part describes information about education in nursing, health literacy, methods of evaluating the readability of the text and gynecological surgery. The research part compares the results of readability of educational material and the results of health literacy of women respondents. It also compares these results with age, education level and number of schooling years.

KEYWORDS

The readability of text, educational material, education, health literacy, gynecological surgery, listening test.

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle práce	12
1.1 Cíl teoretické části práce	12
1.2 Cíle výzkumné části práce	12
2 Teoretická část	13
2.1 Edukace v ošetrovatelství.....	13
2.1.1 Motivace v edukaci	14
2.1.2 Edukační proces	14
2.1.3 Taxonomie edukačních cílů	16
2.1.4 Role sestry v edukaci a edukačním procesu	20
2.1.5 Překážky v edukaci	21
2.2 Zdravotní gramotnost	22
2.2.1 Rozvoj zdravotní gramotnosti.....	24
2.2.2 Zdravotní gramotnost v České republice	25
2.2.3 Měření zdravotní gramotnosti.....	25
2.2.4 Měření čtení	28
2.3 Srozumitelnost textu.....	28
2.3.1 Měření porozumění textu.....	29
2.3.2 Měření obtížnosti textu	30
2.4 Velké operace v gynekologii.....	32
2.4.1 Předoperační příprava	33
2.4.2 Příprava na operačním sále	33
2.4.3 Rozdělení operačních výkonů.....	33
2.4.4 Pooperační péče	35
2.4.5 Pooperační komplikace	35
3 Výzkumná část.....	36

3.1	Cíle výzkumné části	36
3.2	Výzkumné otázky a hypotézy	36
4	Metodika výzkumu	39
4.1	Stanovení kritérií	39
4.2	Nástroje pro sběr dat	39
4.2.1	Sestavení otázek pro poslechový test.....	40
4.2.2	Dotazníkové šetření	40
4.3	Fáze výzkumu	41
4.3.1	I. fáze: Příprava podkladů pro výzkumné šetření	42
4.3.2	II. Fáze: Pilotní studie	42
4.3.3	III. Fáze: Samotné výzkumné šetření	43
4.4	Analýza dat.....	44
5	Prezentace výsledků.....	47
5.1	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 1	49
5.2	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 2	51
5.3	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 3	52
5.4	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 4	52
5.5	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 5	53
5.6	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 6	54
5.7	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 7	55
5.8	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 8	56
5.9	Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 9	57
6	Diskuze	58
7	Závěr	63
8	Použitá literatura	64
9	Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Záznam užitého překladu nástroje v této práci	28
Obrázek 2 - Diagram posloupnosti výzkumného šetření.....	44
Obrázek 3 - Sloupcový graf: Rozložení výzkumného souboru dle věku respondentek	47
Tabulka 1 - Revidovaná Bloomova taxonomie edukačních cílů (Mandysová, 2016, s. 67)	19
Tabulka 2 - Taxonomie psychomotorických edukačních cílů Simpsonové (Mandysová, 2016, s. 71).....	20
Tabulka 3 - Model zdravotní gramotnosti (Hamplová, 2019, barevná příloha IX).....	23
Tabulka 4 - Záznam změny odpovědí u 2. otázky poslechového testu	40
Tabulka 5 - Přeměna nominálních proměnných na ordinální proměnné.....	45
Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105)	46
Tabulka 7 - Popisná statistika věku respondentek	47
Tabulka 8 - Tabulka četností nejvyššího dokončeného vzdělání u respondentek	48
Tabulka 9 - Popisná statistika absolvované školní docházky respondentek.....	48
Tabulka 10 - Tabulka četnosti celkového počtu let absolvované školní docházky	49
Tabulka 11 - Míra srozumitelnosti edukačního materiálu dle poslechového testu (Bastable, 2008, s. 258-260)	50
Tabulka 12 - Tabulka četnosti výsledků poslechového testu	50
Tabulka 13 - Tabulka četnosti výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti	51
Tabulka 14 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu a výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti	52
Tabulka 15 - Spearmanova korelace věku respondentek a výsledku poslechového testu.....	53
Tabulka 16 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu vs. nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek.....	54
Tabulka 17 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu vs. nejvyšší dokončené vzdělání respondentek.....	55
Tabulka 18 - Spearmanova korelace výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti vs. věk respondentek	55
Tabulka 19 - Spearmanovy korelace nejvyššího dosaženého vzdělání a výsledku dotazníku zdravotní gramotnosti	56
Tabulka 20 - Spearmanovy korelace výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti a počtu let absolvované školní docházky	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
DSL	dolní střední laparotomie
FN	Fakultní nemocnice
H ₀	nulová hypotéza
H _A	alternativní hypotéza
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
NVS	The Newest Vital Sign
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TLH	totální laparoskopická hysterektomie
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VO	výzkumná otázka
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Pro ženy podstupující gynekologickou operaci existuje nedostatek edukačních materiálů na toto téma. Důkazem toho je jejich nedostatek či dokonce absence v některých gynekologických ordinacích či na lůžkových odděleních standartní gynekologie. Jediné vyskytující se materiály, které by alespoň trochu zapadaly do operační osvěty, se věnovaly močové inkontinenci a jejímu řešení, prevenci nádorového onemocnění prsu se zmínkou o mastektomii a prevenci nádorového onemocnění hrdla děložního. Dostupnost edukačních materiálů ohledně gynekologických operací lze tedy považovat za značně problematickou a nedostatečnou. Ženy získávají tyto informace převážně ústní formou od zdravotnického personálu či se většina poskytovatelů zdravotní péče spoléhá na podání informací formou informovaného souhlasu. Ten ovšem často nezahrnuje informace ohledně pooperační péče, nýbrž hlavně seznamuje s průběhem operační péče, s průběhem hospitalizace a s možnými komplikacemi. Tyto informované souhlasy slouží zároveň jako právní ochrana mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče a jsou proto i takovou formou psány. Jsou v nich užívány odborné lékařské terminologie, které jsou často pro laickou veřejnost nesrozumitelné a tímto se stává takový materiál obtížně srozumitelným. Zajímavé by bylo i otestovat srozumitelnost právě těchto informovaných souhlasů, ale to je již mimo zaměření této práce.

Tato práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části je zpracována literární rešerše poznatků na téma edukace v ošetrovatelství včetně faktorů, které ovlivňují edukaci, další kapitola se věnuje zdravotní gramotnosti, jejímu testování a současnému stavu v České republice. V této práci lze nalézt i kapitolu hodnotící metody srozumitelnosti textu, jedna kapitola je věnována i překladu cizojazyčných nástrojů, neboť ve výzkumné části byl použit přeložený dotazník zdravotní gramotnosti, který ještě nebyl doposud v ČR použit.

Výzkumná část práce se zabývá kvantitativním zjišťováním srozumitelnosti vybraného edukačního materiálu pomocí poslechového testu. Dále zkoumá subjektivní zdravotní gramotnost respondentek a obě tyto hodnoty koreluje mezi sebou i jednotlivě s demografickými charakteristikami, jakožto jsou věk, nejvyšší dosažené vzdělání a počet let absolvované školní docházky. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v podobě tabulek a grafů a jsou hodnoceny v diskusi.

1 CÍLE PRÁCE

Tato diplomová práce se zabývá srozumitelností edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci.

1.1 Cíl teoretické části práce

V teoretické části práce je stanoveným cílem literární rešerše aktuálních poznatků, která poskytuje teoretická východiska pro výzkumnou část. Týká se následujících oblastí: edukace v ošetrovatelství, překážky v edukaci, význam úlohy sestry v edukaci ženy podstupující operační výkon, zdravotní gramotnosti a srozumitelnosti textu.

1.2 Cíle výzkumné části práce

V praktické části diplomové práce je zvolen jeden hlavní cíl a šest dílčích cílů.

Hlavním cílem výzkumné části práce je zjistit míru srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci ve vztahu k jejich zdravotní gramotnosti. Míra srozumitelnosti edukačního materiálu bude zjišťována pomocí vytvořeného poslechového testu k danému edukačnímu materiálu a míra zdravotní gramotnosti bude zjišťována pomocí přeloženého dotazníku zdravotní gramotnosti, který byl poprvé použit ve studii *Brief questions to identify patients with Inadequate health literacy* (Chew et al., 2004).

Dílčí cíle výzkumné části práce si kladou nároky na zjištění jednotlivých vztahů výsledků poslechového testu a výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti a tyto výsledky porovnat k demografickým charakteristikám, kterými jsou: věk, úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání a celkový počet let absolvované školní docházky.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Edukace v ošetrovatelství

Edukací rozumíme výchovu nemocného k samostatné péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za své zdraví na sebe. Právě pro tento případ je správná edukace nepostradatelná. Nepostradatelnost edukace v ošetrovatelství, deklaruje i vyhláška č. 2/2016 Sb., která rozšiřuje činnosti všeobecné sestry (ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.) o bod uvádějící, že k činnostem všeobecné sestry patří „motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe“ (Mandysová, 2016, s. 9).

Hlavní úlohou edukace v ošetrovatelství a porodní asistenci je zaměření se na předcházení nemocí, udržení zdraví a v neposlední řadě na zkvalitnění života s nezvratným zdravotním stavem. Edukace se tedy prolíná celou zdravotnickou péčí a hraje v ní významnou roli. I proto se v posledních desetiletích přikládá velký význam právě výchovně vzdělávací činnosti zdravotníků (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 30).

Edukace v primární zdravotnické péči je zaměřena na relativně zdravou část populace, neboť směřuje k podpoře zdraví a k předcházení vzniku nemocí vytvářením příznivého prostředí, které umožňuje a podporuje pozitivní změnu ve znalostech, v postojích a v chování populace. Nejčastěji se jedná o aktivity zaměřující se na konkrétní rizikové faktory, které prokazatelně ovlivňují vznik a vývoj onemocnění. Edukace v sekundární prevenci je již zaměřena na výchovu a vzdělávání populace, která již trpí nějakým onemocněním. Jedná se tedy o edukaci pacientů s určitou diagnózou. Zde se ukazuje, že efektivní edukace přináší pravděpodobné snížení nákladů na zdravotní péči, neboť souvisí s vyšší úspěšností léčebného procesu, což sebou často nese kratší dobu léčení i rekonvalescence a u některých diagnóz bývá dosaženo lepšího výsledku. K tomu ovšem dochází za předpokladu, že jsou pacienti či jejich okolí, které se podílí na ošetrovatelské péči, dostatečně informováni o zdravotním stavu a obeznámeni s léčebným režimem na odpovídající úrovni. Smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových, hodnotových a postojových struktur osobnosti, které povedou k postupnému upevňování požadované změny chování za účelem zlepšení zdravotního stavu. Nelze tedy jen pacientovi předat informace, ale hlavně je zapotřebí pacienta motivovat k uskutečňování změny chování a tuto změnu upevňovat (Svěráková, 2012, s. 7-10, 23-24, 29).

Edukace v terciární prevenci se již zaměřuje na řešení následků a nevratných změn po prodělaném onemocnění či úrazu. Zaměřuje se na zlepšení kvality života tak, aby nedošlo

k dalším možným komplikacím. Cílem je co největší obnovení poškozených orgánů, nácvik sebeobsluhy a návrat do běžného života (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 34; Svěráková, 2012, s. 59).

2.1.1 Motivace v edukaci

V edukaci je motivace pacientů nepostradatelná, neboť je vede ke změně zažitého chování. Motivace zahrnuje vnější pobídky a cíle, kterých je potřeba dosáhnout, a vnitřní motivy jedince. Vnější pobídkou může být morální podpora poskytnutá pacientovi zdravotníkem či příklad chování vybraného pacienta. Cílem by mělo být navrácení či upevnění zdraví, osvojení si provádění konkrétního ošetrovatelského výkonu či jiné dovednosti. Vnitřními motivy rozumíme vnitřní příčiny jedince, které se zpravidla odvíjí od konkrétních lidských potřeb. Nejprve musí být uspokojeny základní fyziologické potřeby a teprve poté může dojít k uspokojování potřeb psychologických. Sestra musí být schopna správně identifikovat potřeby pacienta a následně je využít ke změně chování (Svěráková, 2012, s. 32).

Motivace směřuje a vede k seberealizaci, tvořivosti a tím k osobnímu pocitu sebenaplnění. K motivaci nestačí jen vůle a snaha ze strany edukátora, ale stejnou důležitost má vnitřní motivace učící se osoby. Motivačních faktorů je celá řada. Edukátor musí být schopen volit vhodné motivační faktory, neboť někomu může pomoci použití určitého faktoru, oproti tomu jinou osobu stejný faktor demotivuje. Motivační faktory rozdělujeme do tří oblastí. Prvními jsou osobní fyzické, rozvojové a psychologické faktory, jako je snaha, vůle, akce a cíl. Druhými jsou vlivy fyzického a hodnotového prostředí jako je klima, vzor a ideál. Třetí skupinou motivačních faktorů je působení vztahů, nejčastěji se jedná o blízké osoby, rodinu, komunitu či vztah edukátora s edukantem. Carl Rogers například využíval motivaci ve své činnosti psychoterapeuta i učitele, soustředil se na výchovu pomocí emocí a prožitků. Edukátor má projevovat nepředstíraný zájem a vcítění se do edukanta. Hodnotit chování, používat otevřené a upřímné prožívání citů a nálad, a přitom city nehodnotit (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 49-50).

2.1.2 Edukační proces

Susan B. Bastable (2018, s. 11) definuje edukační proces jako systematický, logický, na vědě postavený a plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace, kterými jsou vyučování a učení. V tomto procesu vzájemně působí učitel a učící se osoba. Učitel vykonává vyučovací aktivity a učící se osoba vykonává učební aktivity. Obě tyto aktivity vedou k žádaným změnám v chování.

Edukační proces tedy zahrnuje všechny činnosti, pomocí kterých jeden subjekt vyučuje – edukátor, a druhý subjekt se učí – edukant. Edukatorem bývá nejčastěji zdravotník a edukantem je v oblasti zdravotnické edukace buď zdravý či nemocný jedinec, či sám zdravotník. Podstatou každého edukačního procesu je učení. Učení znamená získávání zkušeností, následné utváření a pozměňování jedince v průběhu celého života. Edukační procesy probíhají v edukačním prostředí. Edukační prostředí se vzájemně odlišují typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou edukačních procesů, které v něm probíhají (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 22, 25).

Edukační proces je často porovnáván s ošetrovatelským procesem z důvodu souběžného probíhání jednotlivých fází obou procesů, i když mají jiné cíle a účel. Oba procesy hodnotí, plánují, realizují a opět hodnotí. Rozdíl je v tom, že ošetrovatelský proces plánuje a realizuje péči založenou na zhodnocení a diagnostice fyzických a psychosociálních potřeb pacienta a oproti tomu edukační proces plánuje a realizuje péči založenou na zhodnocení pacienta, určení jeho učebních potřeb, připravenosti se učit a učebních stylech. Další rozdíl se nachází v cíli obou procesů. Cílem ošetrovatelského postupu je uspokojení fyzických a psychosociálních potřeb pacienta, cílem edukačního procesu je změna znalostí, postojů a dovedností edukanta. Jde tedy o proces zaměřený na přijetí změny a porozumění jí. Tato změna probíhá pomocí učení, které je mimo okruh zdravotnické edukace celoživotním dynamickým procesem, kterým se jedinec seznamuje s novými znalostmi, dovednostmi a mění svoje myšlenky, pocity, postoje i své činy (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 93-95).

První fáze edukačního procesu je zaměřená na přípravu a projektování edukace. Edukant se posuzuje pomocí pedagogické diagnostiky. Určují se edukantovi priority učebních metod, připravenost se učit, vhodnost učebních stylů a hledá se smysl či účel zamýšlené činnosti. Na závěr této fáze je nutný kontakt s edukantem, abychom jej poznali a zjistili v jaké životní situaci se nachází, jaký je jeho zdravotní stav, mentální úroveň, psychomotorické schopnosti a tím mu porozuměli a dokázali vybrat a správně určit cíl edukace, edukační metody a pomůcky vhodné pro tento edukační proces (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 95).

Ve druhé fázi edukačního procesu se stanovuje edukační plán společně s edukantem. Právě zapojení edukanta je důležité a zajišťuje vhodnou motivaci a jeho přesvědčení k celému edukačnímu procesu. Dochází k tomu na základě určení edukačních problémů, potřeb a postupu, kterými se edukace bude ubírat. Plánují se cíle edukce, kroky k nim vedoucí a časový interval dosažení cílů. (Juřeníková, 2010, s. 21-30; Šulistová, Třešlová, 2012, s. 45, 96).

Ve třetí fázi edukačního procesu dochází k realizaci předem připraveného edukačního plánu a tím k osvojování znalostí, dovedností a postojů edukanta pomocí předem vybraných edukačních metod a pomůcek. Během realizace edukátor sleduje průběh edukace a průběžně vyhodnocuje probíhající reakce edukanta, je také obezřetný k neočekávaným překážkám, které se mohou vyskytnout a musí být schopný modifikovat naplánovaný postup vzhledem k okolnostem. Edukátor se během této fáze snaží edukanta podporovat a motivovat v dosahování cílů (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 45, 96).

Ve čtvrté a závěrečné fázi edukačního procesu dochází k hodnocení dosažených výsledků edukace oběma subjekty a umožňuje tak zjistit efektivitu edukačního procesu. Rozdíl mezi dosaženým výsledkem a plánovaným cílem by měl být minimální. Edukant využívá sebehodnocení, které má velký motivační význam. Edukátor hodnotí především získané motorické dovednosti a klade otázky zaměřené na změnu chování a postoje, týkající se zdraví edukanta. Dále využívá reflexe a pozitivní zpětné vazby, která má pro edukanta opět motivační význam. Využívání negativní zpětné vazby není pro edukaci efektivní a neměla by se v ošetrovatelství raději využívat. Edukátor také hodnotí sám sebe jakožto realizátora edukace. Na základě vyhodnocení stanovených cílů lze edukační plán ukončit, případně upravit a zopakovat (Kuberová, 2010, s. 28-30).

Činnost sestry či porodní asistentky v edukačním procesu je minimálně stejně náročná (alespoň dle časové náročnosti) jako v samotném ošetrovatelském procesu. Otázkou může být míra efektivitivy prováděné ošetrovatelské edukace jednou sestrou během ošetrovatelského procesu oproti zvláště prováděné edukaci pomocí důkladně vytvořeného edukačního procesu jinou osobou, která se důkladně věnuje všem fázím edukačního procesu, je schopna provést posouzení edukanta včetně jeho motivace i překážek, stanovit a vybrat formu edukace, dostatečně s edukantem zhodnotit společné úsilí a výsledek edukace a efektivně vést dokumentaci o edukaci či přemýšlet o zlepšení v případě zjištění oblastí, ve kterých je to vhodné (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 92-100).

2.1.3 Taxonomie edukačních cílů

Důležitým úkolem plánovací fáze edukačního procesu je stanovení cílů, které by mělo probíhat společně s edukantem, a sestavení edukačního plánu. Jasně a správně formulované edukační cíle se stanou standardem, podle kterého bude edukant hodnocen. Při rozšiřování učiva se uplatňuje tzv. taxonomie edukačních cílů pomocí které určujeme úroveň znalostí, dovedností či zvládnutí daného obsahu. Každá taxonomie obsahuje domény chování od nejjednoduššího

po nejsložitější. Každá úroveň využívá konkrétních akčních sloves, které jsou pro ni charakteristické a stávají se součástí formulace edukačního cíle. Nejzákladnější rozdělení cílů je dle rozsahu edukace a její časové náročnosti na cíle krátkodobé, které jsou specifické, zaměřují se na změnu chování edukanta, která musí být pozorovatelná a měřitelná právě během probíhající edukace. A na cíle dlouhodobé, které jsou obecné a týkají se finálního výsledku, kterého má být edukací dosaženo. Realistická doba dosažení dlouhodobého cíle může být v řádu několika týdnů či měsíců. Formulace by měla obsahovat informace o tom, kdo bude vykazovat určité chování v daném časovém rámci. Edukační cíle dále rozdělujeme dle jejich zaměření na aktivity a zdroje, či na edukanta. Cíle, které jsou zaměřené na aktivity a zdroje jsou zaměřené hlavně na edukaci jako proces, zabývají se i otázkou usnadnění edukace (Mandysová, 2016, s. 61-65).

Cíle zaměřené na edukanta se dělí na kognitivní, afektivní a behaviorální čili psychomotorické. Kognitivní cíle jsou zaměřeny na rozvoj poznávacích procesů pomocí získávání nových znalostí. Právě na základě nově získaných znalostí by si měl edukant uvědomit hodnotu zdraví a následně se správně rozhodnout, jakým způsobem jej chránit či posilovat. Afektivním cílem si edukant osvojuje nové pocity a postoje ke zdraví a hodnotovou orientaci. Psychomotorickým, behaviorálním cílem je osvojení nové dovednosti vyžadující nervosvalovou činnost. Psychomotorické cíle jsou ve zdravotnictví nejběžnější a zaměřují se na praktickou dovednost a zručnost. Všechny typy cílů se v edukačním procesu vzájemně kombinují. Ke stanoveným cílům se musí vhodně zvolit metody, formy a obsah edukace tak, aby byly ve vzájemném souladu (Kuberová, 2010, s. 46-47).

Edukace v kognitivní doméně je mezi edukátory oblíbená, neboť se edukátoři v této roli cítí dobře, protože jsou zvyklí předávat informace. Činí tak nejčastěji formou přednášky či prezentace. Kognitivní znalost je důležitým faktorem pro následující edukaci v psychomotorické i afektivní doméně, neboť zpracování informací v kognitivní úrovni je pro následující edukaci klíčové. Kognitivní doména Bloomovy taxonomie obsahuje šest různých úrovní, které byly popsány pomocí podstatných jmen. Tato taxonomie byla roku 2001 revidovaná skupinou amerických odborníků, v jejichž čele stál Lorin Anderson a David Krathwohl na revidovanou Bloomovu taxonomii kognitivních edukačních cílů, někdy jmenovanou i jako Andersonovu a Krathwohlovu revidovanou Bloomovu taxonomii (Mandysová, 2016, s. 65-67).

Tato revidovaná verze obsahuje dvě hlavní dimenze, a to doménu kognitivních procesů a doménu znalostní či vědomostní. Revidovaná taxonomie si v kognitivní doméně ponechala šest různých úrovní, ty jsou oproti původní taxonomii pojmenované pomocí sloves. Úrovně jsou seřazeny vzestupně od nejjednodušší po nejsložitější a poslední dvě úrovně byly prohozeny a tím bylo dosaženo i kvalitativní změny. Každá z úrovní je dále specifikována pomocí celkem 19 kognitivních procesů a k nim přiřazených akčních sloves, což umožňuje snazší tvorbu edukačních cílů na daných úrovních (viz Tabulka 1) (Juřeníková, 2010, s. 28-29; Mandysová, 2016, s. 65-67).

Edukací v afektivní doméně si edukant osvojuje nové postoje, pocity, zájmy, názory a hodnoty. Tyto cíle není možno přímo měřit, lze je vyvodit ze slov, pocitů a chování edukanta. Konkrétní cíle edukace se proto definují obtížněji, je nutné myslet na fakt, že učení je subjektivní a motivace je ovlivněna právě pocity, zájmy a hodnotami edukanta. Mezi často používané edukační metody v afektivní doméně se řadí hraní rolí, simulace, skupinová diskuse, rozebírání kazuistik atd. Taxonomii afektivních edukačních cílů sestavili američtí psychologové v čele s Davidem Krathwohlem roku 1964. Tato taxonomie obsahuje pět úrovní, každá úroveň je uváděna dle hloubky pocitů edukanta. Podmínkou zvládnutí vyšší úrovně je ovládnutí i všech nižších úrovní této taxonomie. První úrovní je přijímání, které se projevuje schopností projevit uvědomění si dané situace. Druhou úrovní je reagování, projevující se schopností reagovat zvýšením zájmu o danou situaci. Třetí úrovní je oceňování hodnot, v této úrovni je edukant schopen přijmout a ocenit hodnotu myšlenky či změny a má zájem jednat, aby tuto hodnotu podpořil. Čtvrtou fází je integrování hodnot, kdy edukant projevuje schopnost stanovovat vzájemné vztahy mezi hodnotami, založené na organizování, klasifikování a stanovování priorit týkajících se hodnot. Poslední, tedy pátou úrovní je začlenění systému hodnot do charakterové struktury osobnosti, projevující se schopností edukanta integrovat hodnoty do filozofie a určitého vnímání světa a stálost reakcí. (Juřeníková, 2010, s. 29-30; Mandysová, 2016, s. 65, 68-69).

Tabulka 1 - Revidovaná Bloomova taxonomie edukačních cílů (Mandysová, 2016, s. 67)

Úroveň	Kognitivní proces	Akční slovesa
1. Pamatovat	1.1 Rozpoznávat	Identifikovat
	1.2 Vybavovat si	Opětovně vyvolávat z dlouhodobé paměti
2. Porozumět	2.1 Interpretovat	Zjednodušovat, parafrázovat, představovat, vysvětlovat
	2.2 Dávat příklady	Ilustrovat, doložit příkladem
	2.3 Klasifikovat	Kategorizovat, zařazovat
	2.4 Sumarizovat	Abstrahovat, zobecňovat
	2.5 Odvozovat	Vyvozovat závěry, extrapolovat, interpolovat, předpovídat
	2.6 Srovnávat	Rozlišovat, mapovat, přiřazovat
	2.7 Vysvětlovat	Vytvářet modely
3. Aplikovat	3.1 Provádět	Uskutečnit
	3.2 Realizovat	Použít
4. Analyzovat	4.1 Rozlišovat	Dělat rozdíly, rozeznávat, zaměřovat se, vybírat
	4.2 Uspořádat	Nalézt soudržnost, integrovat, načrtnout, oddělit, strukturovat
	4.3 Přisuzovat	Provést dekonstrukci
5. Hodnotit	5.1 Kontrolovat	Uspořádat (aby se mohlo zkontrolovat), zjišťovat, monitorovat, testovat
	5.2 Kritizovat	Hodnotit
6. Tvořit	6.1 Generovat	Stanovovat hypotézy
	6.2 Plánovat	Navrhovat
	6.3 Budovat	Zkonstruovat

Edukací v psychomotorické (behaviorální) doméně si edukant osvojuje nové dovednosti. K úspěšnému zvládnutí této behaviorální domény je zapotřebí, aby si edukant nejprve osvojil kognitivní i afektivní doménu. Cíle jsou dobře pozorovatelné, a proto se snadno identifikují a měří. V této doméně se užívají dvě taxonomie. V obou taxonomiích je dosažení vyšších úrovní podmíněno zvládnutím všech nižších úrovní. Taxonomie psychomotorických edukačních cílů Simpsonové (viz Tabulka 2) obsahuje sedm úrovní a Daveova taxonomie psychomotorických edukačních cílů obsahuje pět úrovní. V Daveově taxonomii psychomotorických edukačních cílů nalezneme na první úrovni imitaci (nápodobu), během které edukant spontánně či pod vedením edukátora napodobuje činnost, kterou pozoroval během edukace. Na druhé úrovni je manipulace (praktické cvičení), kdy edukant řeší úkol dle nadefinovanému postupu či vlastní volby optimálního způsobu řešení. Na třetí úrovni je zpřesňování, během které edukant ovládá

zvolenou činnost samostatně bez výrazných pochybení. Čtvrtou úrovní je koordinace, během které je edukant schopen spojit různé činnosti, aniž by narušil plynulost dosahování cíle zvolených činností. Automatizace je nejvyšší úrovní v této taxonomii, které může edukant dosáhnout maximálně efektivní práci během které účinně dosahuje cíle díky vynakládání jen takového úsilí, které potřebuje (Mandysová, 2016, s. 65, 70-72).

Tabulka 2 - Taxonomie psychomotorických edukačních cílů Simpsonové (Mandysová, 2016, s. 71)

Úroveň / kategorie	Popis
1. Vnímání (percepce)	Edukant vnímá předměty kolem sebe smyslovými orgány, dává pozor při předvádění dovednosti, čte si návod k použití apod.
2. Zaměření (nastavení)	Přípravenost / pohotovost k akci – edukant vyjadřuje ochotu se učit.
3. Řízená motorická reakce (řízená odezva)	Edukant je veden edukátorem, jak si počínat, vyvíjí úsilí. K řízené odezvě dochází v raných stádiích učení komplexní dovednosti. Zahrnuje imitaci (napodobování edukátora), pokus, chyby.
4. Automatizace jednoduchých motorických dovedností (mechanismus)	Edukant opakovaně provádí kroky daného úkonu.
5. Automatizace komplexních motorických dovedností (komplexní odezva)	Edukant automaticky provádí komplikovaný úkon samostatně a s vysokou úrovní dovednosti, bez váhání, s minimálním úsilím, nepotřebuje se věnovat detailům.
6. Schopnost motorické adaptace (adaptace)	Schopnost edukanta modifikovat a adaptovat motorický úkon, aby vyhovoval potřebám dané situace a potřebám edukanta.
7. Motorická tvořivost (tvorba, originalita)	Schopnost edukanta vytvářet nové motorické úkony, např. nové způsoby manipulace předmětů, což je výsledek porozumění dovednosti a vysoké úrovně schopnosti úkon provádět.

2.1.4 Role sestry v edukaci a edukačním procesu

Sestra či porodní asistentka má být v rámci své profese připravena na zvládnutí role edukátorky. Tato role je poměrně náročná, k jejímu ovládnutí je nejprve potřebné, aby si sestra prošla vlastní fází vzdělávání a osvojila si tak znalosti, dovednosti a postoje nejen z ošetrovatelství a psychologie, ale také z pedagogické disciplíny. Musí znát a ovládat základy a principy vyučování, a to bez ohledu na věk edukantů, jejich zdravotní stav, počet či zda se jedná o klienta nebo jiného zdravotníka. Následně je požadována schopnost předem získané základy implementovat v ošetrovatelské praxi, a tím předávat získané znalosti, dovednosti a postoje dále (Svěráková, 2012, s. 36-38; Šulistová, Třešlová, 2012, s. 20, 104-105).

Sestra či porodní asistentka může využívat svých edukačních schopností a dovedností nejen při edukaci pacientů a výchově ke zdraví, ale také při vzdělávání studentů ošetrovatelství a porodní asistence během jejich praktické výuky. Nesmíme opomenout ani roli sestry mentorky, i když u nás není tak rozšířená jako v zahraničí. Sestra mentorka má za úkol zajišťovat celoživotní vzdělávání sester v určitém zařízení nebo na určitém oddělení. Do jejich kompetencí spadá monitorování kvality poskytované péče, rozhovory se sestrami v rámci poradenství či při řešení problémů, které souvisí s poskytovanou péčí nebo se spoluprací v interdisciplinárním týmu. Jejím cílem není jen vyučovat, ale také podporovat učení a poskytnout prostředí přispívající k učení (Šulistová, Třešlová, 2012, s. 33-35).

2.1.5 Překážky v edukaci

Důvodem neefektivnosti edukačního procesu mohou být překážky, které znemožňují sestram či porodním asistentkám provádět edukaci způsobem, kterým by dosáhly edukačního cíle. Tyto překážky mohou být na straně edukátora, edukanta nebo zdravotnického systému. Mezi překážkami ze strany zdravotníků jako edukátorů patří nejčastěji zpochybňování efektivnosti edukace, nerespektování víry pacienta jakožto i nepřihlédnutí k osobnosti edukanta, jeho motivaci a schopnosti se učit, čímž nastává chyba nepřizpůsobení edukace vývojovému stupni jedince (Nemcová, 2010).

Na poslední zmiňované upozorňuje i Chan (2014), který ve své studii „*Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession.*“ vyzdvihuje důležitost zmapování zdravotní gramotnosti edukanta, neboť při nedostatečně zmapované zdravotní gramotnosti může nastat problém ze strany sester, a to přeceněním zdravotní gramotnosti jedince, čímž dochází k neefektivní komunikaci a nedorozumění. Klíčové je odhalení nízké zdravotní gramotnosti a následné přizpůsobení edukační strategie konkrétnímu pacientovi. (Kaas, Stastková, Šulistová, 2016).

Další překážkou v edukaci ze strany zdravotníků je jejich vlastní nedůvěra v získané edukační schopnosti a absence sebejistoty při edukaci. Což ověřil Kruger (1991) ve výzkumu zjišťujícím schopnosti zdravotníků v oblasti edukace pacienta, a dospěl závěru, že by zdravotníci měli být na roli edukátora intenzivněji připravováni (Bastable, 2008).

Mezi překážky na straně edukanta patří například stres vyvolaný akutním či chronickým onemocněním, který může u pacienta snižovat motivaci a bránit tak k zapojení se do procesu učení. Stres může vyvolat také setrvávání v nemocničním prostředí, ve kterém dochází k nedostatku soukromí a sociální izolaci, což opět nepříznivě ovlivňuje aktivní přístup pacienta.

A v neposlední řadě je dosahování očekávaných výsledků samozřejmě ovlivňováno i charakterovými vlastnostmi jedince (Nemcová, 2010).

Nejvýznamnější překážkou v edukaci ze strany zdravotnického systému je nedostatek času vyhrazený pro edukaci pacientů vzhledem k pracovnímu vytížení ošetřujícího personálu. Často dochází pouze ke krátkému edukačnímu kontaktu, hlavně během provádění ošetrovatelského procesu. Další překážky tvoří i nízká priorita edukace ze strany zdravotnického systému a samotná nevhodnost nemocničního prostředí pro edukaci z důvodu nedostatku soukromí tvořícího bariéru znesnadňující soustředění se na edukační proces (Nemcová, 2010; Šulistová, Třešlová, 2012, s. 104-105)

2.2 Zdravotní gramotnost

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních dovedností, které determinují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, porozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení zdraví. Zdravotní gramotnost charakterizuje postoj ke zdraví v každé demokratické společnosti a je podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnami: věkem, vzděláním, sociálním statusem (Mojžíšová, 2017; Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Zdravotní gramotnost je spojena s gramotností jako takovou a označuje znalosti lidí, jejich motivaci a kompetence získávat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace tak, aby je byli schopni správně posoudit a rozhodnout se o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení i zlepšení kvality svého života v jakémkoli fázi životního cyklu (Holčík, 2017a, s. 7).

Pouze zdravotně gramotný jedinec je schopný o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat, využívat získané vědomosti ve vlastní zdravotní prospěch a nést svůj osobní díl zodpovědnosti za své zdraví. Zdravotní gramotnost se týká jednotlivců, komunit i celé populace, neboť zdravotně gramotní lidé znají principy zdravého životního stylu, řídí se jimi a pomáhají takto zvyšovat celkovou úroveň zdravotního stavu populace (Hamplová, 2019, s. 89; Holčík, 2017b).

V dnešní době navíc stále více lidí vyhledává informace týkající se zdravotního stavu převážně na internetu, což je značně způsobeno jeho dosažitelností, okamžitou dostupností a ve své podstatě i finanční nenáročností. Oproti tomu pro pochopení smyslu zdravotně relevantních informací, jejich interpretaci, vyhodnocení a aplikaci v praxi je taktéž potřeba dobrá zdravotní gramotnost. Obzvláště uživatelé s nízkou zdravotní gramotností nezvažují kvalitu získaných informací, což s sebou přináší značná rizika pro jejich zdraví. Pro zvyšování nízké zdravotní

gramotnosti je potřeba kultivovat obzvláště veřejné populárně-naučné weby a zpřístupnit laické veřejnosti i tvůrcům webů kritéria pro posouzení kvality zveřejňovaných informací (Pleskot, 2018).

WHO rozděluje zdravotní gramotnost do tří oblastí. Na oblast zdravotní péče, oblast prevence nemocí a oblast podpory zdraví. Oblast zdravotní péče zahrnuje kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci. Oblast prevence nemocí zahrnuje nejen prevenci nemocí a úrazů, ale také postoje k medicíně založené na důkazech. Oblast podpory zdraví zahrnuje potřebné informace týkající se životního stylu a životního prostředí (Hamplová, 2019, s. 90).

Do každé ze tří oblastí zdravotní gramotnosti se promítá schopnost zjistit, porozumět a vyhodnotit zdravotně relevantní informace a na základě toho zaujmout kompetentní stanovisko ke zdravotní otázce. Tímto prolínáním vzniká dvanáct subdimenzí zdravotní gramotnosti. Toto prolínání je znázorněno v následující tabulce (Tabulka 3). Takto široce pojatá zdravotní gramotnost dovoluje osobní nezávislost vycházející z hluboké motivace člověka v péči o zdraví a opírající se o promyšlený názor a vlastní stanovisko (Křížová, 2018, s. 35-37).

Tabulka 3 - Model zdravotní gramotnosti (Hamplová, 2019, barevná příloha IX)

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotně relevantních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	Schopnost získat informace o medicínských tématech	Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	Schopnost získat informace o rizikových faktorech	Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech	Schopnost interpretovat vyhodnotit informace o rizikových faktorech	Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	Schopnost získat nové zdravotně relevantní informace	Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Nízká zdravotní gramotnost je spojena s horším zdravotním stavem a souvisí s častějším využíváním pohotovostní péče, častějšími hospitalizacemi a tím i vyššími náklady na poskytovanou zdravotní péči. Je zde také souvislost s rostoucím počtem chronicky nemocných a zejména u starších osob souvislost s vyšší úmrtností (Holčík, 2017b, s. 6-7).

Pacienti s nedostatečnou zdravotní gramotností mohou být ohroženi nedodržením předoperačních pokynů, což vede ke zvýšené morbiditě, zpoždění operací nebo jejich zrušení, což je pro pacienta i nemocnici nákladné (Chew et al., 2004).

2.2.1 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) se ve své strategii *Zdraví 2020*, vycházející z programu WHO, zaobírá rozvojem zdravotní gramotnosti, snižováním nerovnosti ve zdraví a chce vytvářet lepší podmínky podpory zdraví, zvyšovat zdravotní gramotnost, posilovat samostatnost a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví.

WHO ve svém programu *Zdraví 2020*, který se stal základem zdravotní politiky Evropské unie, respektuje různorodost evropských zemí. Jeho cílem je, aby měly všechny státy reálnou možnost zlepšit péči o zdraví dle svých možností. V programu jsou 2 strategické cíle, prvním je zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví. Druhý cíl poukazuje na nutnost podstatně zlepšit kvalitu řízení a zapojit všechny občany, rodiny a společenské struktury do rozhodování a aktivního podílu v péči o zdraví. Základním předpokladem úspěšného splnění cíle je zlepšení zdravotní gramotnosti jedinců. Program *Zdraví 2020* byl v České republice (ČR) přijat s velkou nadějí, vznikly odborné pracovní skupiny, které se zaměřily na dílčí části Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, která vznikla právě z programu *Zdraví 2020*. Vznikla tedy i pracovní skupina pro rozvoj zdravotní gramotnosti, která měřila a hodnotila zdravotní gramotnost, jež navazuje na gramotnost samotnou a zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a schopnosti získávat, chápat, hodnotit a využívat informace mající vztah ke zdraví takovým způsobem, aby byli schopni se v každodenním životě kvalifikovaně rozhodovat v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a v podpoře zdraví se záměrem udržení a zlepšení kvality svého života v jeho celém průběhu. (Holčík, 2017b, s. 6-7).

Je žádoucí, aby se na rozvoji zdravotní gramotnosti podílely kromě samotných jednotlivců a zdravotníků i občanské iniciativy a nejrůznější organizace. Aby dokázaly motivovat své klienty i další občany, kteří nedoceňují hodnotu zdraví a zdravého životního stylu, k opaku a využít k tomu všech dostupných prostředků a metod ke zlepšení celkové zdravotní situace, neboť problémy, které přináší nezdravý životní styl, nemohou být dlouhodobě zvládnuty jen ve

zdravotnických zařízeních. Dále by se mělo usilovat o vstřícnější systém nejen zdravotnictví, ale i dalších sociálních systémů majících vztah ke zdraví tak, aby se v těchto systémech snadněji orientoval i méně zdravotně gramotný jedinec a mohl se tak snáze podílet na péči o své zdraví (Holčík, 2017a, s. 38-41).

2.2.2 Zdravotní gramotnost v České republice

Výzkum zjišťující úroveň zdravotní gramotnosti v České republice (ČR) se realizoval na konci roku 2014 v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR. Jednalo se o první reprezentativní šetření zdravotní gramotnosti, které se v ČR realizovalo a nabízí popis výchozího stavu při realizaci programu Zdraví 2020. Sociologické šetření navázalo na srovnávací výzkum, který již proběhl v 8 zemích Evropské unie (EU), zúčastnilo se ho 1037 respondentů starších 16 let ze všech krajů ČR. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Studií bylo zjištěno, že 59,4 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost. V oblasti zdravotní péče se jedná o 49,5 % dotázaných, v oblasti prevence nemocí o 54,1 % a v oblasti podpory zdraví dokonce o 64,3 % dotázaných. ČR se tedy v návaznosti na zmíněnou předchozí srovnávací studii umístila na osmém, tedy předposledním místě před Bulharskem. Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnnými. Ze studie také vyplynula alarmující podmíněnost úrovně zdravotní gramotnosti věkem, která je nejvýraznější ze všech sledovaných zemí EU. Zvláště naléhavá je tedy potřeba zaměřit se na posilování zdravotní gramotnosti u seniorů. Dalšími podmíněnými proměnnými jsou vzdělání a finanční situace, oproti kterým se jako podmiňující faktor jeví faktické zdravotní chování, jako je tělesná aktivita a udržování tělesné hmotnosti. Zdravotní gramotnost souvisí rovněž se subjektivním zdravotním stavem a využíváním zdravotnických služeb. Právě návštěvnost lékaře je v ČR jedna z nejvyšších ve světě. Zdá se, že jednou z cest, jak tuto frekvenci snížit, je zvyšování zdravotní gramotnosti. Tato data se staly jedním z motivů založení Ústavu pro zdravotní gramotnost v ČR (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

2.2.3 Měření zdravotní gramotnosti

V praxi se často používají spíše kvalitativní metody posuzování zdravotní gramotnosti. Mezi tyto metody patří metoda zpětného vysvětlení, kdy je edukant vyzván k edukaci edukátora vysvětlením, a metoda zpětné ukázky, kdy má edukant vysvětlit či předvést to, co vysvětlil/předvedl edukátor. Jedná se o časově náročnější metody, které ovšem zvyšují efektivitu edukace i u edukantů s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti (Mandysová, 2016, s. 50).

Níže jsou vypsány nástroje pro měření zdravotní gramotnosti.

2.2.3.1 HLS-EU-Q

Měření zdravotní gramotnosti je možné pomocí nástroje HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey Questionnaire), který obsahuje 47 položek zjišťujících subjektivní zdravotní gramotnost dle 12 kritérií přímo vycházejících z Modelu zdravotní gramotnosti (ten je znázorněn výše v tabulce „2“) a byl vytvořen sdružením evropských odborníků zabývajících se problematikou zdravotní gramotnosti.

2.2.3.2 NVS – The Newest Vital Sign

Dalším nástrojem k posouzení zdravotní gramotnosti je NVS test (The Newest Vital Sign). Tento test je poměrně nový nástroj k hodnocení porozumění textu a tím vede i k posouzení zdravotní gramotnosti. Tento test sestává z 6 otázek týkajících se nutriční tabulky na obalu zmrzliny. Respondenti mohou získat 0 až 6 bodů a zdravotní gramotnost je adekvátní při získání alespoň 4 bodů. Oba výše uvedené nástroje jsou kvantitativní (Mandysová, 2016, s. 49).

Česká verze tohoto nástroje byla testována v rámci diplomové práce Zlaty Kocmanové (2020) na 63 hospitalizovaných pacientkách gynekologicko-porodnické kliniky fakultní nemocnice. Výsledky tohoto výzkumu byly uspokojivé, neboť se 65 % respondentek zařadilo do nejvyšší možné kategorie, která vypovídá o adekvátní zdravotní gramotnosti.

2.2.3.3 Dotazník zdravotní gramotnosti (Health Literacy Screening Questions, Chew et al., 2004)

Další metodou zjišťování úrovně zdravotní gramotnosti může být použití nového a zatím nevalidovaného nástroje představujícího tři otázky dotazující úroveň zdravotní gramotnosti. Jedná se o dotazník zdravotní gramotnosti (Health Literacy Screening Question). Vytvořili ho odborníci Washingtonské univerzity v čele s Lisou D. Chew. Bylo jimi sestaveno 16 otázek dotazujících se pomocí frází „jak často“ mají problém či „jak jsou si sebejistí“ v hlavních doménách identifikujících sníženou zdravotní gramotnost, jako je orientace v systému poskytování zdravotní péče, vyplňování lékařských formulářů, řízení se lékařskými pokyny, interakce s poskytovateli péče či využití metody náhradního čtenáře při potížích s porozuměním. Na odpovědi nebyl stanoven časový interval z důvodu limitace odpovědí. Těchto 16 otázek porovnali v pilotní studii s výsledkem testu STOFHLA, který měří čtení a porozumění materiálů souvisejících se zdravím. Výsledkem jejich studie bylo rozdělení zdravotní gramotnosti respondentů na nedostatečnou, okrajovou a přiměřenou zdravotní gramotnost. Dále byly vybrány tři screeningové otázky, které vyšly ze studie jako nejúčinnější

při zachycení nedostatečné zdravotní gramotnosti. Tyto tři screeningové otázky nebyly tak účinné pro detekci pacientů s okrajovou zdravotní gramotností, zřejmě z důvodu jejich neuvědomění si potíží se čtením, či jich může být méně a pravděpodobně použijí strategii zvládnání, jako je náhradní čtenář. Stručně řečeno, každá z těchto tří screeningových otázek se jeví jako užitečná pro detekci nedostatečné zdravotní gramotnosti v populaci veteránů. Jejich výzkum byl limitován omezeným výzkumným souborem (pouze američtí veteráni) a vybízí k otestování nově vzniklého nástroje na širší populaci. Také označili tyto tři screeningové otázky jako důležitý pokrok ve vývoji praktické metody pro identifikaci pacientů s nedostatečnou zdravotní gramotností. Zodpovězení a vyhodnocení těchto 3 otázek zabere sotva minutu, oproti tomu použití nástroje STOFHLA zabere přibližně 7 minut. Právě rychlá identifikace pacientů s nedostatečnou zdravotní gramotností přináší možnost přizpůsobit vzdělávací materiály a komunikační styly vedoucí ke zlepšení pochopení rizik a přínosů chirurgického zákroku a k dodržování předoperačních pokynů u těchto pacientů v rušném klinickém nebo výzkumném prostředí (Chew et al., 2004).

Tento nově vzniklý nástroj testovali autoři rakouské studie „*Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain*“ (Köpper, 2018), jejíž cílem bylo vyhodnotit souvislost zdravotní gramotnosti s intenzitou a vnímáním chronické bolesti. Odpovědi na tyto tři screeningové otázky zdravotní gramotnosti jsou zaznamenány na pěti bodové Likertově stupnici. Nejhorší varianta odpovědi je hodnocena 1 bodem a nejlepší varianta odpovědi je hodnocena 5 body. Minimálně lze tedy dosáhnout 3 bodů a maximálně 15 bodů. (Köppen et al., 2018).

Tento nástroj byl poprvé použit v našich podmínkách právě v této práci. Jeho užitý český překlad je k nahlédnutí níže (viz Obrázek 1)

Dotazník zdravotní gramotnosti (Health Literacy Screening Question, Chew et al., 2004)

Vyberte prosím jednu odpověď.

1. Jak často máte problémy s dozvídaním se o svém zdravotním stavu z důvodu potíží s porozuměním psaným informacím?

5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy

2. Jak moc jste si sebou jist/-a při vyplňování nemocničních formulářů samostatně?

5 - Velmi 4 - Docela dost 3 - Víceméně 2 - Trochu 1 - Vůbec ne

3. Jak často Vám někdo pomáhá číst nemocniční materiály?

5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy

Obrázek 1 - Záznam užitého překladu nástroje v této práci

2.2.4 Měření čtení

K posuzování gramotnosti se využívá i měření čtení. Čtení probíhá pomocí procesu transformace písmen do slov. Jde tedy o schopnost rozpoznat slova a správně je vyslovit. Testy čtení se využívají hlavně v zahraničních výzkumech, konkrétně jich je velmi málo a jejich šíření je značně omezené z důvodu transkulturního zkreslení při překladu. Jedná se o test REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), který je poměrně rychlý. Čtenář při něm čte nahlas 66 slov seřazených od jednoduchých po složité. Při špatném přečtení či nepřečtení slova se odečítá bod. Pro dobré porozumění textu by měl čtenář získat minimálně 60 bodů. Podobným nástrojem je WRAT (Wide Range Achievement Test) ve kterém pacient čte nahlas 100 slov ze seznamu, slova jsou opět seřazena od jednoduchých po složité. Test je ukončen, pokud pacient nepřečte 3 po sobě jdoucí slova. Výsledek se počítá odečtením chybně přečtených a nepřečtených slov z celku, tedy ze 100. Dalším nástrojem je test TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), tento test posuzuje jak čtení, tak i porozumění textu. Ve čteném textu je každé 5. až 7. slovo vynechané a edukant jej doplňuje dle svého uvážení z nabídnutého seznamu možností, tak aby byl text smysluplný. Tento test je ovšem zdoluhavý, jeho vyplnění zabere nejméně 20 minut. Byl vytvořen a používá se ve Spojených státech amerických (Mandysová, 2016, s. 47-48).

2.3 Srozumitelnost textu

Obtížnost, složitost, čtivost, pochopitelnost či srozumitelnost textu jsou užívaná slova, která jmenují souhrn objektivně existujících vlastností textu, které jsou měřitelné a mají vliv na vnímání, chápání a zpracování textové informace učícím se subjektem v procesu učení. Kterýkoliv text má určitou míru srozumitelnosti. Lze předpokládat, že míra srozumitelnosti didaktického materiálu může být nižší než míra srozumitelnosti například žurnalistického či

beletristického textu. Což souvisí s osvojováním informací u didaktického textu. Každopádně při tvorbě didaktického textu musí být vždy vhodně zvolena míra obtížnosti dle toho komu je text určen. Je například evidentní, že laická veřejnost bude čerpat informace z edukačních materiálů, které jsou vytvořené právě pro tuto skupinu a sotva se bude orientovat v materiálech pro odbornou veřejnost, neboť úroveň obtížnosti těchto textů to laické veřejnosti znemožňuje (Průcha, 1998, s. 56).

Srozumitelnost didaktického textu značně komplikují cizí a odborné výrazy, které jsou pro příjemce sdělovaných informací, neznámé. Vliv na srozumitelnost prezentované látky závisí ve velké míře na daném posluchači. Významnými proměnnými jsou sociální vrstva, úroveň vzdělání a stávající informace o daném tématu (Allhoff, 2008).

2.3.1 Měření porozumění textu

Porozumění textu je schopnost pochopit přečtený text. Mezi níže vypsány metody měřící porozumění textu patří i test NVS – The Newest Vital Sign, který se užívá i k hodnocení zdravotní gramotnosti a je již popsán ve stejnojmenné kapitole 2.2.3.2 na straně 26. Tyto měření probíhají se zapojením čtenářů, oproti tomu měření míry obtížnosti či textu probíhá nejčastěji bez zapojení čtenářů pomocí matematických výpočtů (Mandysová, 2016, s. 47-49).

2.3.1.1 Poslechový test (Listening test)

Jedná se o kvalitativní metodu hodnocení porozumění textu. Provedení poslechového testu trvá okolo 10-20 minut. Během kterých mluvčí přečte předem vybranou pasáž z analyzovaného textu nahlas a poté formuje 5-10 otázek ke stěžejním bodům textu a odpovědi zaznamenává. Analyzovaný text musí být psán souvislým textem o minimální délce 300 slov, aby četba trvala minimálně 3 minuty. Úspěšnost jedince je hodnocena procentuálně a dle toho rozdělena do tří úrovní srozumitelnosti. Za dobře srozumitelný edukační materiál se považuje ten, jehož vypočtená procentuální úspěšnost se pohybuje mezi 75-89 %. Pokud je vypočtená úspěšnost nižší než 75 %, je edukační materiál těžce srozumitelný. Naopak pokud je procentuální úspěšnost 90 % a více, hodnotíme edukační materiál jako velmi dobře srozumitelný (Bastable, 2008, s. 260).

Tato metoda byla použita ve výzkumné části práce pro zjišťování srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci.

2.3.1.2 Metoda vynechaných slov (Cloze Procedure)

Tato metoda je používána pro hodnocení porozumění zdravotní literatury za využití souvislosti psané pasáže. Během přípravy tohoto testu je každé páté slovo vymazáno. Čtenář poté musí doplnit prázdná místa výrazy, které jsou dle jeho úsudku vhodné. Pokud čtenář vyplní vynechaná místa správnými slovy, znamená to, že získal znalosti již z okolních slov a testovaný materiál je tím pádem dobře srozumitelný. Přesný výsledek se vypočte vydělením počtu dobře doplněných slov celkovým počtem vymazaných slov. Dostatečně srozumitelný text je hodnocen minimálně 60% úspěšností. Rozmezí 40-59 % značí nízký stupeň srozumitelnosti, úspěšnost méně než 40 % značí, že je materiál obtížný a není doporučen pro výuku (Bastable, 2008).

2.3.2 Měření obtížnosti textu

Jelikož je obtížnost textu (*text difficulty*) objektivní fenomén, lze ji v principu identifikovat, měřit, popsat, analyzovat a vyhodnocovat. Obtížnost edukačního materiálu se měří různými způsoby, Průcha (1998, s. 57-61) je rozděluje do dvou skupin. První skupinou jsou Lingvisticko-kvantitativní metody, jejichž základem je určování srozumitelnosti textu na základě výskytu, proporcí a uspořádání měřitelných jednotek vyskytujících se v textu. Tyto metody jsou objektivní. Nejčastěji měří frekvenci slov, délku či složitost vět, užití abstraktních slov. Tím pádem nahlíží na text jen povrchově. Druhou skupinou jsou subjektivní metody evaluace, při nichž se určování obtížnosti textů provádí dotazováním čtenářů a texty jsou často hodnoceny na základě porovnání či pomocí hodnotících škál.

První míry obtížnosti textu byly vyvíjeny ve 20. letech minulého století v souvislosti se sestavováním tzv. frekvenčních slovníků. Frekvenční slovník byl seznam slov sestavený dle četnosti svého výskytu v textech určitého jazyka. Jedním z vzniklých frekvenčních slovníků je E. L. Thorndikeův slovník *The Teacher's Word Book* z roku 1921. Po jeho vydání se ukázalo, že lze s jeho pomocí hodnotit i texty učebnic. Učebnice používající spíše slova s vysokou frekvencí se jevíly jako snadnější než učebnice používající málo frekventovaná slova. Tím se zjistilo, že obtížnost textu je pro čtenáře ovlivněna lexikálním faktorem. Další faktor ovlivňující obtížnost textu je syntaktický faktor, který vyjadřuje složitost větných struktur. Postupně přibývaly další faktory (výskyt slov s abstraktním výrazem, výskyt složitých souvětí) a byly začleňovány do tzv. vzorců pro výpočet obtížnosti textu. Tyto vzorce se dají užít buď univerzálně (v různých jazycích nebo ve skupině příbuzných jazyků) nebo jsou specificky uzpůsobeny, aby vyhovovaly v určitém jazyce (Průcha, 2017, s. 284; Průcha, 1998, s. 57-58). Níže jsou vypsány vzorce, které využívají matematických analýz pro měření obtížnosti textu.

Vzorec obtížnosti textu LIX

Jedním z univerzálních vzorců obtížnosti textu je vzorec LIX, který pracuje se syntaktickým faktorem (průměrnou délkou věty v počtu slov) a lexikálním faktorem (průměrnou délkou slov s počtem více než 6 písmen). Právě užití pouze těchto dvou faktorů činí míru LIX příliš jednoduchou, a tedy ne zcela validní. Tato míra byla vyvinuta ve Švédsku a v Polsku se prokázala jako dostačující pro hodnocení obtížnosti učebnic. To ovšem nelze říci o aplikaci na texty českých učebnic, kde její aplikace nekoreluje s komplexnější mírou T (Nestlerová-Průcha), jež je vypočítávána z 10 faktorů (Průcha, 2017, s. 284-285).

Komplexní míra obtížnosti textu (Vzorec dle Nestlerová – Průcha – Pluskal)

Původně byla míra obtížnosti textu dle Nestlerové-Průchy založena na dvou parametrech odrážející syntaktickou složitost textu a osmi parametrech vyjadřující sémantickou složitost textu. Tuto míru inovoval M. Pluskal rozšířením počtu parametrů reflektující sémantický komponent obtížnosti textu a tím vznikl vzorec Nestlerové-Průchy-Pluskala, který Průcha (2017, s. 287-293) nazývá zkráceně mírou (T), kde symbol T označuje stupeň obtížnosti textu. Mírou (T) je možnost odhalit v čem spočívá příčina neúměrně vysoké obtížnosti některých textů a její využití již při tvorbě textů, dává možnost jejich vhodné úpravě srozumitelnosti (Průcha, 2017, s. 287-293; Průcha, 1998, s. 61-73).

Mistríkův vzorec obtížnosti textu

Tento vzorec byl vyvinut slovenským lingvistou J. Mistríkem (1968) a slouží k měření obtížnosti textu českých učebnic. Užívá k tomu začlenění tří parametrů: průměrnou délkou vět (značí složitost vyjadřování myšlenek), průměrnou délkou slov v počtu slabik (značí pojmovou zatíženost textu) a index opakování slov, který značí lexikální variabilitu slov (Průcha, 2017, s. 285-287; Průcha, 1998, s. 59-61).

Fleschova míra obtížnosti textu

Tuto míru zkonstruoval američan F. R. Flesch (1948) a měří přístupnost k textu pro subjekty s určitou vzdělaností. Provádí se ze systematického výběru vzorků o rozsahu 100 slov, dále se z každého slova zjišťuje počet slabik a vypočítává se průměrná délka vět v počtu slov. Zjištěná data se dosazují do vzorce. Výpočet se hodnotí na Fleschově škále, která nabývá hodnot od 0 (minimální obtížnost) do 100 (maximální obtížnost). K této škále je také přiřazena vzdělanostní úroveň, která je nezbytná k tomu, aby daný čtenář porozuměl analyzovanému textu (Průcha, 1998, s. 58-59).

Pisarekova míra obtížnosti textu

Další vzorec pro hodnocení obtížnosti textu, který lze aplikovat i na české texty vyvinul polský odborník W. Pisarek (1971). Aplikace Pisarekovy míry obtížnosti textu je poměrně snadná a rychlá. Validita této míry je však nízká, užívá pouze dvou charakteristik textu, a to průměrné délky vět v počtu slov a procentuálního počtu tzv. obtížných výrazů (slova, která mají v základním tvaru čtyři a více slabik) v celkovém počtu slov ve vzorku z textu. Za obtížné výrazy považuje slova, která mají v základním tvaru délku čtyř a více slabik (Průcha, 1998, s. 59).

Fog index

Fog index je nejjednodušší metoda, která dokáže analyzovat text o 100 slovech. Používá k tomu součet dvou proměnných (průměrná délka vět a počet dvou a víceslabičných slov), který se vynásobí hodnotou 0,4. Čím vyšší výsledné číslo je, tím je analyzovaný text obtížnější. Ideálním výsledkem obtížnosti je 7 nebo 8, oproti tomu cokoliv nad 12 je pro většinu lidí příliš obtížné (Bastable, 2008, s. 256).

The Fry Graph Readability Formula

Tento výpočet obtížnosti textu byl vytvořen E. Fryem (1968) a využívá speciální graf. Nejprve jsou vybrány tři pasáže ze zkoumaného textu o 100 slovech. V každé pasáži jsou sečteny věty a slabiky, které jsou následně zprůměrovány a zaznamenány do tabulky. Místo protnutí obou souřadnic ukazuje výsledek srozumitelnosti (Dubay, 2004, s.45-46).

Smog Readability Formula

Tento vzorec je považován za jeden z nejvíce platných vzorců k měření obtížnosti textu. Byl vypracován Mc Lauglinem (1969) a pracuje pouze s počtem vět a s počtem slov o třech a více slabikách. Používá tři vzorky textu (ze začátku, středu a konce textu) o deseti po sobě jdoucích větách a sečte počet slov o třech a více slabikách z výsledku vypočte druhou odmocninu a přičte číslovku 3. Pokud je analyzovaný text kratší než 30 vět, použije se pro výpočet celý. Výsledná obtížnost textu se určí pomocí převodní tabulky (Bastable, 2008, s. 257).

2.4 Velké operace v gynekologii

Každému plánovanému operačnímu výkonu by mělo předcházet předoperační vyšetření a předoperační příprava, čímž by mělo být minimalizováno co nejvíce komplikací, ať už přímo při operaci či pooperačně (Roztočil et al., 2011, s. 395-397).

2.4.1 Předoperační příprava

Účelem této přípravy je zaléčit a kompenzovat pacientku tak, aby mohl být proveden operační výkon následující den. Zabýváme se zde dietou, kdy je nutno přejít na lehčí stravu a následné lačnění. Střevní přípravou, což zahrnuje podávání různých druhů laxativ. Přípravou operačního pole minimalizujeme riziko infekce holením, vyčištěním pupku, či vaginální hygienou v podobě laváží antiseptickými roztoky. Medikamentózní stránkou za účelem úpravy chronické medikace či podání léků na spaní, dále předepsání premedikace, antibiotické profylaxe a prevence TEN. V poslední řadě se doporučuje příprava krve nebo krevních derivátů (Kolařík et al., 2008, s. 880-902).

Opomíjena by neměla být také psychická příprava pacientky. Je nutno ženě objasnit charakter její choroby, důvod a rozsah operace, možné alternativy a doplňky léčby, průběh před operací, během operace i po operaci včetně rekonvalescence. Prostor dáváme také dotazům pacientky a poskytujeme jí náležitý čas na vstřebání nových informací (Rob et al., 2008, s. 61-62).

2.4.2 Příprava na operačním sále

Důležitým bodem bezprostředně před operací je příprava a polohování pacientky na operačním stole. Cílem správného polohování je uložení pacientky tak, aby bylo minimalizováno riziko pádu, ale zároveň nesmí docházet k útlaku končetin polohovacími prvky, čímž by mohla být způsobena ischemizace končetin či poškození nervů a nervových pletení. Specifickou polohou pro vaginální operování je uložení pacientky do gynekologické polohy, k čemuž nám napomáhají tzv. Schautovy opěrky nebo Americké boty, které umožňují bezpečné uložení a fixaci dolních končetin tak, aby bylo operační pole co nejlépe přístupné. Dále se provádí dezinfekce operačního pole dle předpokládaného rozsahu operace a zarouškování dle zvyklosti pracoviště (Kolařík et al., 2008, s. 880-902; Rob et al., 2008, s. 61-62).

2.4.3 Rozdělení operačních výkonů

Gynekologické operace lze dělit dle různých kritérií. Může to být například dle účelu operace, kde rozeznáváme operace diagnostické či terapeutické. Dále operace dělíme dle operačního přístupu na abdominální (otevřená operativa či laparoskopie), vaginální operace nebo kombinace obou metod. (Rob et al., 2008, s. 61-62).

Abdominální operace, tedy operace prováděné z břišního přístupu, jsou prováděny nejčasteji pomocí dolní střední laparotomie (DSL) nebo pomocí příčného suprapubického Pfannenstielova řezu. Výhodou DSL je kraniální rozšíření operačního pole kolem pupku a nad pupek nejčastěji při onkologických operacích nebo při objemných nálezích v pánvi a dutině

břišní. Nevýhodou zde lze může být tvorba hernií v sutuře. Naproti tomu výhodou Pfannenstielova řezu je především kosmetický efekt a nedochází zde ke tvorbě hernií. Mezi základní gynekologické abdominální operace řadíme operace odstraňující dělohu (jednoduchá hysterektomie s nebo bez adnexektomie, supravaginální amputace dělohy, radikální hysterektomie), operace na děloze (myomektomie, operace pro vrozené vývojové vady dělohy, ventrosuspenze dělohy), operace na adnexech, operace pro stresovou inkontinenci moči, závěs poševního pahýlu (Kolařík et al., 2008, s. 880-902; Rob et al., 2008, s. 63-64).

Laparoskopické operování je v dnešní době velice preferovaný operační výkon a umožňuje pohled do dutiny břišní pomocí speciální zdravotnické optiky a operování za využití několika malých operačních vpichů (incizí). Tato metoda je s oblibou využívána pro svou minimální invazivitu, ať už při operacích diagnostických či terapeutických. Hlavní výhodou je nižší pooperační diskomfort, menší bolestivost, výrazně kratší pooperační rekonvalescence a méně komplikací. Jednou z největších nevýhod je rizikovost přístupu do dutiny břišní, a to z důvodu zavádění operačních nástrojů naslepo. Vzniká zde riziko poranění střevních kliček nebo cév. Kontraindikací této operace může být nesnášenlivost Trendelenburgovy polohy, která může u některých pacientek způsobovat respirační potíže. Mezi základní laparoskopické výkony řadíme laparoskopickou hysterektomii (LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, TLH – totální laparoskopická hysterektomie), operace děložních myomů, operace na adnexech, operace pro endometriózu, operace pro sestup pánevních orgánů a stresovou inkontinenci (Kolařík et al., 2008, s. 880-902; Rob et al., 2008, s. 64-65; Roztočil et al., 2011, s. 404-420).

Vaginálního operačního přístupu se využívá v případě výkonů na vulvě, v pochvě, na děložním hrdle či při sestupu dělohy nebo poševních stěn. Specifikem toho operování je nepříliš prostorné operační pole, s čímž souvisí náročnost operování a jsou zde důležité zkušenosti operátora a jeho asistence. Nepříznivými faktory pro vaginální operativu jsou nadměrné velikosti tumorů či adheze po předchozích operačních výkonech. Nespornou výhodou však zůstává menší invazivita s čímž souvisí lehčí průběh pooperačního. Mezi základní vaginální operace řadíme operace na pochvě (přední nebo zadní poševní plastiku, závěs prolabujícího poševního pahýlu, kolpektomii), operace na děložním hrdle, operace na děloze (vaginální hysterektomie) (Kolařík et al., 2008, s. 880-902; Rob et al., 2008, s. 63).

2.4.4 Pooperační péče

Pacientku, která spontánně dýchá, je při vědomí, reaguje na podněty a je oběhově stabilní, si přebírá sestra na oddělení intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že pooperační období je nejrizikovější z hlediska mortality pacientů, je potřeba kontinuálně sledovat základní životní funkce, ošetřovat pacientku dle zásad intenzivní péče, pokračovat v započaté léčbě a předcházet náhlému selhání životních funkcí. Zaměřujeme se tedy na monitoring krevního tlaku, tepové a dechové frekvence, prokrvení, reflexů, operační rány, příjmu a výdeje tekutin, hradí se krevní ztráty a zabýváme se protišokovými opatřeními, především tlumení bolesti (Rob et al., 2008, s. 66; Roztočil et al., 2011, s. 399).

2.4.5 Pooperační komplikace

Pooperačním komplikacím se snažíme předcházet již předoperační přípravou, premedikací, šetrnou anestézií a fyziologickým operováním. Předcházet se snažíme zástavě srdce, šokovému stavu, poruchám střevní pasáže, pooperačnímu krvácení, které se projevuje tachykardií, hypotenzí a hemoperitoneem, nebo tromboembolické nemoci, u které jsou základními prostředky prevence miniheparinizace, bandáže dolních končetin a časná mobilizace pacientky (Rob et al., 2008, s. 66-68; Roztočil et al., 2011, s. 399-400).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumné části

Cíl 1: Zjistit míru srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci pomocí poslechového testu.

Cíl 2: Zjistit míru zdravotní gramotnosti respondentek pomocí dotazníku zdravotní gramotnosti.

Cíl 3: Porovnat míru srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci s jejich mírou zdravotní gramotnosti.

Cíl 4: Zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a věkem respondentek.

Cíl 5: Zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a úrovní dosaženého vzdělání respondentky.

Cíl 6: Zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a celkovým počtem let absolvované školní docházky.

Cíl 7: Zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a věkem respondentek.

Cíl 8: Zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentky.

Cíl 9: Zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a celkovým počtem let absolvované školní docházky.

3.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumné otázky (VO), nulové hypotézy (H_0) a alternativní hypotézy (H_A) vycházejí z vymezených cílů práce a ze studia odborné literatury.

Výzkumné otázky vztahující se k cíli 1:

VO1: Jaká je míra srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci zjišťovaná pomocí poslechového testu?

Výzkumné otázky vztahující se k cíli 2:

VO2: Jaká je míra zdravotní gramotnosti respondentek zjišťovaná pomocí dotazníku zdravotní gramotnosti?

Výzkumné otázky vztahující se k cíli 3:

VO3: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti?

H₀: Mezi výsledky poslechového testu a výsledky zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi výsledky poslechového testu a výsledky zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 4

VO4: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a věkem respondentek?

H₀: Mezi věkem respondentek a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi věkem respondentek a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 5:

VO5: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

H₀: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 6:

VO6: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a celkovým počtem let absolvované školní docházky u respondentek?

H₀: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 7:

VO7: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a věkem respondentek?

H₀: Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 8:

VO8: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

H₀: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli 9:

VO9: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a celkovým počtem let absolvované školní docházky?

H₀: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

4 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem ke stanoveným cílům této diplomové práce byly zvoleny kvantitativní metody výzkumu. Použito bylo poslechového testu a dotazníkového šetření.

4.1 Stanovení kritérií

Výzkumný soubor byl vybrán záměrně a tvořily ho ženy přicházející do ordinace obvodního gynekologa, které splňovaly následující kritéria výzkumu:

- podepsání informovaného souhlasu,
- respondent je ženského pohlaví a dospělého věku do 65 let,
- respondent nemá zdravotnické vzdělání,
- respondent nemá předchozí zkušenost s gynekologickou či jinou břišní operací,
- respondent nemá postiženou dominantní končetinu či jiný vjemový hendikep.

Tato kritéria byla zvolena záměrně, aby se ve výzkumném souboru nevyskytovaly ženy, které by měly zdravotnické vzdělání či předchozí zkušenost s gynekologickou operací, neboť tyto ženy by mohly být dopředu vybaveny informacemi k dané problematice. Kritérium stanovující věkovou hranici 65 let a kritérium hendikepu bylo zařazeno pro neovlivnění srozumitelnosti materiálu.

4.2 Nástroje pro sběr dat

V počáteční fázi výzkumu byly nejprve vyhledávány edukační materiály v gynekologických ordinacích a na lůžkových gynekologických odděleních. Posléze byly edukační materiály vyhledávány i v online podobě na internetových stránkách poskytovatelů zdravotní péče. Výsledkem sběru byly pouze dva edukační materiály, které obsahovaly vhodné informace o perioperační péči při gynekologické operaci. Jednalo se o tištěnou brožuru Fakultní nemocnice (FN) Olomouc „Velká gynekologická operace“ a o celý edukační online portál Onkogynekologického centra 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (LF UK) a Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze, ze kterého byl vybrán úryvek do výzkumného šetření. Vybraný úryvek je edukačním materiálem na téma pooperační péče po gynekologické operaci z řezu (Onkogynekologické centrum 1. LF UK a VFN v Praze), který je k nahlédnutí v příloze B. Nutno poznamenat, že gynekologická klinika VFN s tímto online informačním portálem aktivně pracuje a poskytuje z něj informace i v tištěné podobě pacientům, kteří nemají přístup k internetu.

4.2.1 Sestavení otázek pro poslechový test

Po vybrání vhodného edukačního materiálu byly následně vytvořeny otázky poslechového testu, jehož prostřednictvím byla zkoumána míra srozumitelnosti textu na laické veřejnosti. Poslechový test se skládá z přečtení úryvku edukačního materiálu „Péče po operaci z řezu“ (Onkogynekologické centrum 1. LF UK a VFN v Praze) respondentkám a následného předložení tištěných 12 otázek poslechového testu. Výběr odpovědí poslechového testu tedy probíhá písemně. Tyto otázky byly vytvořeny výzkumníkem a dotazovaly se na informace uvedené v edukačním materiálu. Každá z otázek má na výběr ze čtyř možných odpovědí, z nichž je pouze jedna odpověď správná. V poslechovém testu bylo možno získat 0 až 12 bodů.

Po I. fázi výzkumného šetření bylo v poslechovém testu ponecháno všech 12 otázek, neboť ani jedna z otázek nebyla zodpovězena všemi respondentkami správně. U otázky číslo 2: „Čím je vhodné doplnit stravu v případě průjmu?“ byly poupraveny odpovědi (viz Tabulka 4). Otázky poslechového testu použité v I. fázi výzkumného šetření jsou k nahlédnutí v příloze D. Po I. fázi výzkumného šetření došlo k úpravě nástroje a jeho finální verze, která byla použita ve II. a III. fázi výzkumného šetření je k nahlédnutí v příloze F.

Tabulka 4 - Záznam změny odpovědí u 2. otázky poslechového testu

Odpovědi v I. fázi výzkumu	Upravené odpovědi do II. fáze výzkumu
a) projímadla	a) vitamíny a minerály
b) analgetika	b) analgetiky
c) probiotika	c) probiotiky
d) antibiotika	d) antibiotiky

4.2.2 Dotazníkové šetření

Součástí výzkumu je kromě poslechového testu i dotazníkové šetření obsahující dotazník na doplňující otázky a dotazník zdravotní gramotnosti.

4.2.2.1 Dotazník na doplňující otázky

Dotazník na doplňující otázky se dotazuje respondentek na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celkový počet let absolvované školní docházky, povolání a na využívání preventivních prohlídek. Jeho verze použitá v I. fázi výzkumného šetření je k nahlédnutí v příloze E. Po této fázi byla odstraněna otázka dotazující se na využívání preventivních prohlídek, neboť všechny respondentky odpověděly na tuto otázku kladně. Přihlédnuto bylo také k místu sběru dat, které se odehrávalo pouze v ordinaci obvodního gynekologa, kam dochází drtivá většina žen na

objednání právě na preventivní prohlídku, proto by výsledek této otázky již nebyl vypovídající. Jeho finální verze použita v II. a III. fázi výzkumného šetření je k nahlédnutí jako součást přílohy F.

4.2.2.2 Dotazník zdravotní gramotnosti

Druhou součástí dotazníkového šetření je dotazník zdravotní gramotnosti o třech otázkách, ve kterém respondentky subjektivně hodnotí svou úroveň zdravotní gramotnosti. Odpovědi jsou zaznamenány v pěti bodové Likertově škále. Odpovědi byly hodnoceny 1 bodem pro minimální možnou zdravotní gramotnost a 5 body pro maximální možnou zdravotní gramotnost. Bylo možno dosáhnout celkového skóre s 15 body jako nejlepší možnou hodnotu a 3 body jako nejhorší možnou hodnotu. Tento dotazník zdravotní gramotnosti byl použit v zahraničních studiích „*Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain*“ (Köpper et al., 2018) a „*Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy*“ (Chew et al., 2004).

Před použitím dotazníku zdravotní gramotnosti ve výzkumu proběhl nejprve překlad metodou zpětného překladu, neboť dotazník vychází ze zahraničních zdrojů a tento nástroj nebyl v České republice zatím použit. Na překladu cizojazyčného nástroje se podíleli tři bilingvní překladatelé. V prvním kroku byl cizojazyčný nástroj přeložen prvním překladatelem (bilingvní 1) ze zdrojového (anglického) jazyka do cílového (českého) jazyka. V druhém kroku překladu nástroje byl tento nově vzniklý český překlad zpětně přeložen do zdrojového jazyka druhým překladatelem (bilingvní 2). Ve třetím kroku byly tyto oba nově vzniklé překlady porovnány dalším překladatelem (bilingvní 3) i se zdrojovým originálem nástroje a došlo k cílovému upravení českého překladu (Mandysová, 2019, s. 11-12, 24-25).

Záznam o překladu je k nahlédnutí v příloze C. Konečný překlad byl poté ověřen metodou zpětné vazby ohledně srozumitelnosti respondentkami v pre-testu, které byly tázány na jeho srozumitelnost a zda by cokoliv formulovaly jinak.

4.3 Fáze výzkumu

Sběr dat probíhal osobně na jednom místě ve všech fázích výzkumného šetření po předem uděleném písemném souhlasu o provedení výzkumného šetření v jedné z pražských ordinací soukromého obvodního gynekologa. Respondentky byly po příchodu do ordinace osloveny s žádostí o účast na výzkumu, bylo jim vše vysvětleno a poté se na základě jejich dobrovolného souhlasu stvrzeného podepsáním informovaného souhlasu (viz příloha A) přistoupilo k získávání dat v klidné místnosti sesterny. Na zodpovězení otázek nebyl respondentkám

stanoven žádný časový interval ve všech fázích výzkumného šetření. Každá z respondentek se účastnila pouze jedné z fází výzkumného šetření.

4.3.1 I. fáze: Příprava podkladů pro výzkumné šetření

V I. fázi výzkumného šetření nebyl první skupině respondentek předčítán úryvek z edukačního materiálu. Byly jim pouze předloženy k vyplnění vytištěné otázky poslechového testu (viz příloha D) a dotazníkové šetření (viz příloha E), které obsahuje dotazník zdravotní gramotnosti a dotazník na doplňující otázky.

4.3.1.1 Pre-test

Na závěru I. fáze výzkumného šetření byl proveden tzv. pre-test v podobě zjišťování zpětné vazby k ověření srozumitelnosti všech vytvořených částí výzkumného šetření a jejich případnou úpravu před pilotní studií. Pre-test probíhal 2.12.2020 a účastnilo se jej 12 respondentek přicházejících do ordinace obvodního gynekologa. splňující kritéria výzkumu (kritéria jsou uvedena v kapitole 4.1 na stránce 39). Cílem zjišťování zpětné vazby bylo ověřit srozumitelnost vytvořených otázek poslechového testu (příloha D), srozumitelnost vytvořeného překladu dotazníku zdravotní gramotnosti a dotazníku na doplňující otázky (příloha E). V neposlední řadě se ověřovala i srozumitelnost informovaného souhlasu (příloha A). Během zjišťování zpětné vazby nebyl respondentkám čten úryvek z edukačního materiálu, neboť dalším cílem byla úprava či vyřazení otázek poslechového testu, na které byly respondentkám dopředu známy odpovědi tzn. bez předchozího přečtení edukačního materiálu. Vyřazeny budou ty otázky, na které respondentky odpoví ve 100% shodě správně.

Každá z respondentek byla při odevzdávání podepsaného informovaného souhlasu dotázána, zda všemu porozuměla a zda by chtěla cokoli upravit. Zároveň byly respondentky poproseny o to, aby při samostatném vyplňování poslechového testu z nabízených odpovědí (příloha D) a dotazníků (dotazník na doplňující otázky a dotazník zdravotní gramotnosti) (příloha E), zvýraznily cokoli, co by jim přišlo i minimálně nesrozumitelné. Při odevzdávání vyplněného poslechového testu a dotazníků byly respondentky opět dotázány na srozumitelnost a případnou úpravu.

Sebraná data a informace během zjišťování zpětné vazby byla vyhodnocena a došlo k úpravám výzkumu, které byly posléze ověřeny v pilotní studii.

4.3.2 II. Fáze: Pilotní studie

V II. fázi výzkumného šetření proběhla pilotní studie za účelem ověření proveditelnost či vylepšením výzkumného plánu. V této fázi byly osloveny respondentky, které se neúčastnily

I. fáze výzkumného šetření. Těmto respondentkám byl nejprve přečten úryvek z edukačního materiálu „Péče po břišní operaci z řezu“ (1.LF UK při VFN v Praze) (příloha B) a následně po přečtení úryvku jim byl předložen k vyplnění tištěný poslechový test s dotazníkem na doplňující otázky a dotazníkem zdravotní gramotnosti (příloha F).

Pilotní studie probíhala od 8.12. do 9.12.2020 v ordinaci obvodního gynekologa v Praze a zúčastnilo se jí 13 respondentek splňující kritéria výzkumu (viz kapitola 4.1 na stránce 39). Respondentky byly po příchodu do ordinace osloveny s žádostí o účast na výzkumu, bylo jim vše vysvětleno a poté se na základě jejich dobrovolného souhlasu přistoupilo k získávání dat. Součástí přípravy pilotní studie byl také nácvik bezchybného čtení textu edukačního materiálu „Péče po břišní operaci z řezu“ (Onkogynekologické centrum 1.LF UK a VFN v Praze) (příloha B) výzkumníkem s použitím správné intonace.

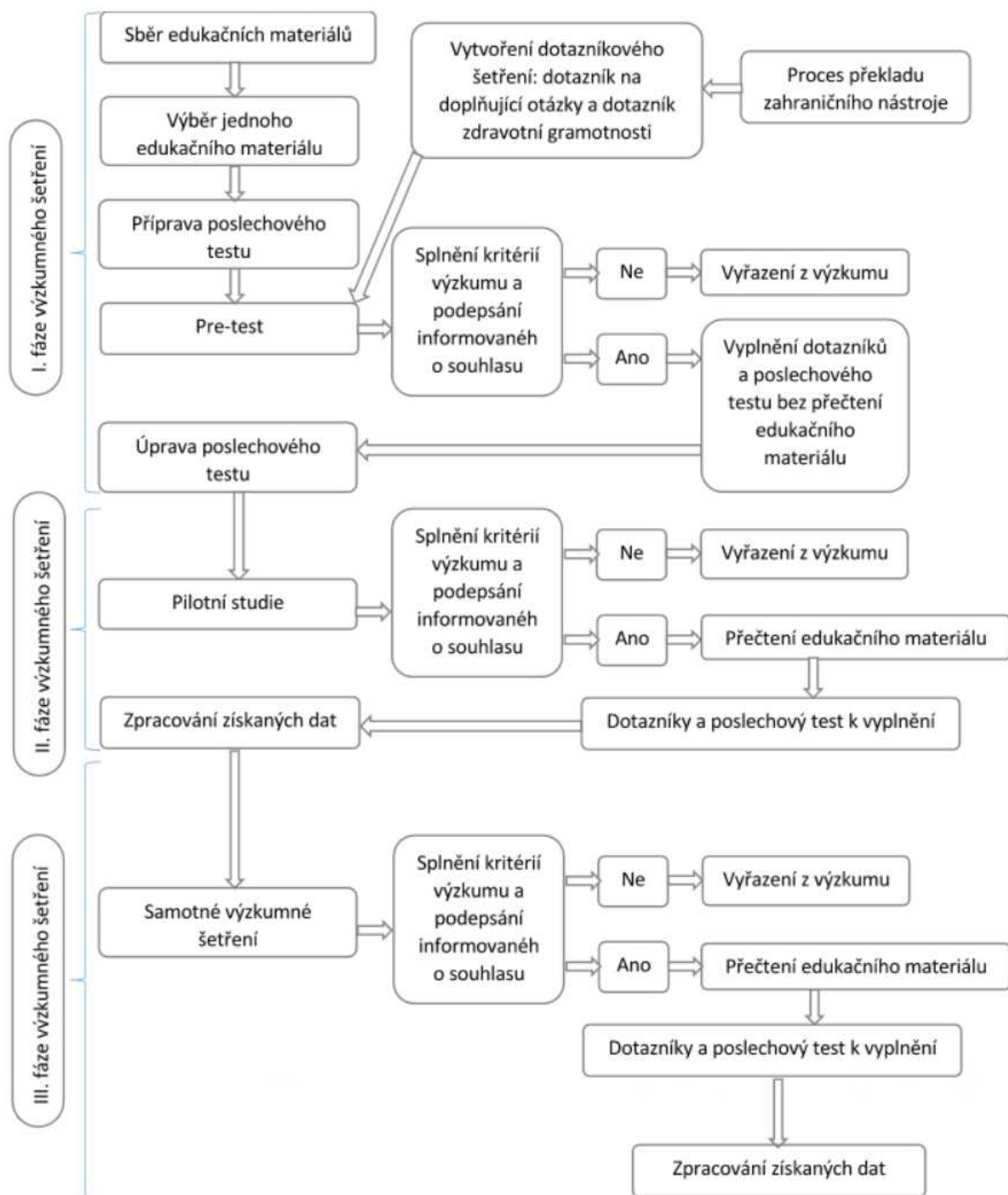
Získávání dat probíhalo v klidné místnosti sesterny, kde byl respondentce po podepsání informovaného souhlasu přečten úryvek edukačního materiálu a poté ji byl předložen k vyplnění tištěný poslechový test s dotazníky na doplňující otázky a zdravotní gramotnost (příloha F). Na vyplnění otázek nebyl respondentkám stanoven žádný časový interval.

4.3.3 III. Fáze: Samotné výzkumné šetření

Samotné výzkumné šetření probíhalo od 16.12.2020 do 27.1.2021 a účastnilo se ho 60 respondentek. Tyto respondentky se neúčastnily žádné z předchozích fází výzkumného šetření a splňovaly kritéria výzkumu (podepsání informovaného souhlasu, ženské pohlaví, dospělý věk do 65 let, absence zdravotnického vzdělání, absence předchozí zkušenosti s gynekologickou či jinou břišní operací, absence postižení dominantní končetiny či jiný vjemový hendikep).

Respondentky, které souhlasily s výzkumem byly řádně seznámeny s tématem diplomové práce, s kritérii výzkumného šetření. Dále byly poučeny o dobrovolnosti ve výzkumném šetření, o anonymním zpracování dat a o možnosti odstoupit od výzkumu. Jejich dobrovolný souhlas s výzkumným šetřením stvrdily podepsáním a navrácením informovaného souhlasu (viz příloha A). Poté se přistoupilo k získávání dat, které probíhalo v klidné místnosti sesterny, kde byl respondentce přečten úryvek edukačního materiálu „Péče po břišní operaci z řezu“ (Onkogynekologické centrum 1.LF UK a VFN v Praze) (příloha B) výzkumníkem. Poté byly respondentce předloženy k vyplnění tištěné otázky poslechového testu s dotazníky na doplňující otázky a zdravotní gramotnost (příloha F). Na vyplnění otázek nebyl respondentkám stanoven žádný časový interval.

Přehlednost výzkumného šetření je zobrazena v následujícím diagramu (Obrázek 2).



Obrázek 2 - Diagram posloupnosti výzkumného šetření

4.4 Analýza dat

Získaná data, z poslechového testu a z dotazníků na zdravotní gramotnost a doplňující otázky (příloha F), během II. a III. fáze výzkumného šetření byla záznamenána, zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Office Excel 2013 a ve statistickém programu Statistica 12. Získaná data z I. fáze výzkumného šetření byla zaznamenána, zpracována a vyhodnocena pouze v programu Microsoft Office Excel 2013.

Jelikož po pilotní studii v II. fázi výzkumného šetření již nedošlo k žádné úpravě výzkumného plánu, a ten byl totožný i ve III. fázi výzkumu, tak byla získaná data z II. a III. fáze výzkumného šetření sloučena, čímž se vytvořil výsledný výzkumný soubor o 73 respondentkách. Podrobný zápis získaných dat je k nahlédnutí v příloze G a v příloze H.

Získaná data byla nejprve zpracována popisnou statistikou, kterou byl zjišťován průměr, medián, modus, minimum, maximum, horní a dolní kvartil a směrodatná odchylka. Tímto se stala získaná data přehlednější. Byly také použity tabulky četností, ve kterých byla zkoumaná četnost, kumulativní četnost, relativní četnost a relativní kumulativní četnost.

Pro účely zpracování získaných dat ohledně nejvyššího dokončeného vzdělání bylo zapotřebí přeměnit nominální proměnné na ordinální proměnné. Tento úkon je znázorněn v následující tabulce (Tabulka 5).

Tabulka 5 - Přeměna nominálních proměnných na ordinální proměnné

Nominální proměnná	Ordinální proměnná
Nedokončené základní vzdělání	1
Dokončené základní vzdělání	2
Středoškolské vzdělání bez maturity	3
Středoškolské vzdělání s maturitou	4
Vyšší odborné vzdělání	5
Vysokoškolské vzdělání	6

Při testování statistických hypotéz byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %. Hladinou významnosti je vyjádřena pravděpodobnost, že nesprávně zamítneme nulovou hypotézu (Chráska, 2007).

K výzkumným otázkám řešených pomocí statistických testů byly nejprve stanoveny pracovní hypotézy, ze kterých byly následně vytvořeny nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza (H_0) tvrdí, že mezi studovanými proměnnými neexistuje žádný vztah. Pokud dojde k zamítnutí nulové hypotézy, přijímá se alternativní hypotéza (H_A), která naopak tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými existuje vztah (Walker, 2010, s 94-95).

Stanovené hypotézy byly testovány v programu Statistica 12, kde byla zkoumána těsnost prokázaného vztahu mezi proměnnými pomocí koeficientu pořadové korelace, tzv. Spearmanův korelační koeficient „ r_s “, který se provádí podle vzorce:

$$r_s = 1 - \frac{6 \times \sum d^2}{n \times (n^2 - 1)}$$

Kdy „d“ je rozdíl pořadí hodnot příslušných korelačních dvojic a „n“ je počet srovnávaných hodnot korelačních dvojic. Korelační koeficient nabývá hodnot od 0 do ± 1 . Čím více se „ r_s “ blíží 1 nebo -1, tím je zkoumaný vztah mezi proměnnými těsnější. Intenzita těsnosti je vyjádřena v následující tabulce (Tabulka 6) (Chráška, 2007).

Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105)

Koeficient korelace	Interpretace
$r = 1$	naprostá (funkční) 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

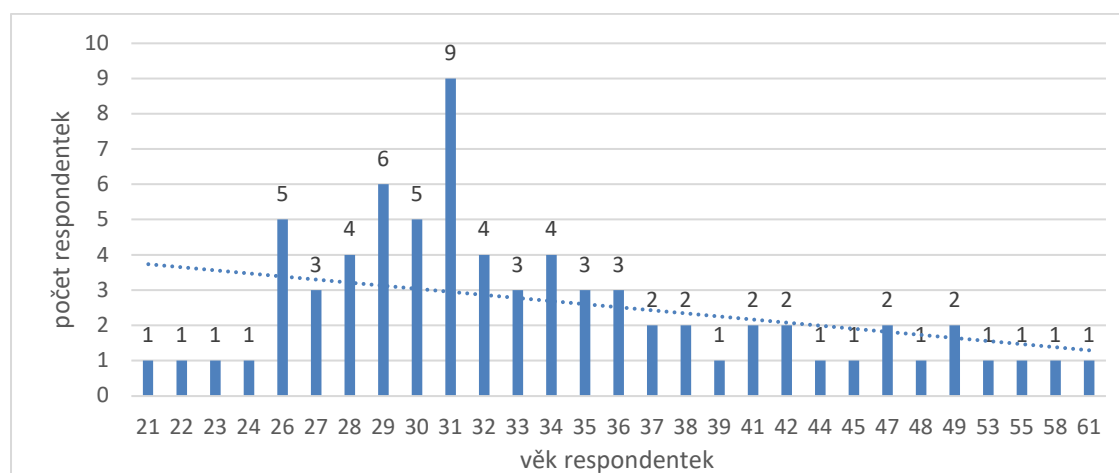
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Detailní data získaná od respondentek z dotazníku na doplňující otázky (věk, dosažené vzdělání, celkový počet let absolvované školní docházky a povolání) jsou zaznamenána v příloze H. Detailní výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti jsou zaznamenány v příloze G, jak v získaných bodových součtech, tak i v procentuální úspěšnosti.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 73 respondentek. Nejmladší respondentce bylo 21 let, nejstarší respondentce 61 let. Průměrný věk respondentek byl 34 let. Podrobná popisná statistika věku respondentek je znázorněna v tabulce níže (Tabulka 7), sloupcový graf (Obrázek 3) zobrazuje věkové rozložení výzkumného souboru a detailní informace jsou zaznamenány v příloze H.

Tabulka 7 - Popisná statistika věku respondentek

Celkový počet respondentek	73
Průměr věku	34,3
Medián věku	32
Modus věku	31
Minimum věku	21
Maximum věku	61
Dolní kvartil věku	29
Horní kvartil věku	37
Rozptyl věku	70,8
Směrodatná odchylka věku	8,4



Obrázek 3 - Sloupcový graf: Rozložení výzkumného souboru dle věku respondentek

V dotazníku na doplňující otázky bylo u respondentek také zjišťováno jejich nejvyšší dokončené vzdělání a celkový počet let absolvované školní docházky. Nejvíce respondentek dosáhlo vysokoškolského vzdělání (52,1 %), nejnižším dosaženým vzdělání u respondentek bylo středoškolské vzdělání bez maturity, které uvedlo 7 respondentek (9,6 %). Výsledky jsou zaznamenány níže v tabulce četností (Tabulka 8), detailní informace jsou zaznamenány v příloze H.

Tabulka 8 - Tabulka četností nejvyššího dokončeného vzdělání u respondentek

Nejvyšší dokončené vzdělání	Počet respondentek	Procentuální zastoupení
Nedokončené základní vzdělání	0	0 %
Dokončené základní vzdělání	0	0 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	7	9,6 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	26	35,6 %
Vyšší odborné vzdělání	2	2,7 %
Vysokoškolské vzdělání	38	52,1 %
Celkem	73	100 %

Pro úplnost informací ohledně absolvované školní docházky je v tabulce níže (Tabulka 9) zaznamenána jejich popisná statistika. Průměrně ženy absolvovaly 15,8 let školní docházky.

Tabulka 9 - Popisná statistika absolvované školní docházky respondentek

Celkový počet respondentek	73
Průměr docházky	15,8
Medián docházky	16
Modus docházky	18
Minimum docházky	12
Maximum docházky	22
Dolní kvartil docházky	13
Horní kvartil docházky	18
Směrodatná odchylka docházky	2,6

V následující tabulce četnosti (Tabulka 10) jsou zaznamenány roky absolvované školní docházky. Nejmenší počet let absolvované školní docházky je 12 let a uvedlo jej osm

respondentek. Největší počet let absolvované školní docházky je 22 let a uvedla jej jedna respondentka. Největší zastoupení v počtu let absolvované školní docházky je 18 let a uvedlo jej 18 respondentek.

Tabulka 10 - Tabulka četnosti celkového počtu let absolvované školní docházky

Celkový počet let absolvované školní docházky	Počet respondentek	Procentuální zastoupení
12	8	11,0 %
13	16	21,9 %
14	2	2,7 %
15	5	6,8 %
16	11	15,1 %
17	5	6,8 %
18	18	24,7 %
19	4	5,5 %
20	3	4,1 %
22	1	1,4 %
Celkem	73	100 %

5.1 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 1

VO1: Jaká je míra srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci zjišťovaná pomocí poslechového testu?

Poslechový test nabývá hodnot obtížnosti vzestupně, tedy čím je bodové skóre vyšší, tím je snadnější text a srozumitelnost je lehčí. Průměrný výsledek úspěšnosti poslechového testu u vybraného edukačního materiálu „*Péče po operaci z řezu*“ (Onkogynekologické centrum 1.LF a VFN v Praze), který je k nahlédnutí v příloze B, je vypočten na 83,6 %. Tímto tedy můžeme považovat testovaný edukační materiál za dobře srozumitelný, neboť splňuje kritérium minimální úspěšnosti v poslechovém testu 75 % dle Bastable (2008) (viz Tabulka 11).

Tabulka 11 - Míra srozumitelnosti edukačního materiálu dle poslechového testu (Bastable, 2008, s. 258-260)

Bodová škála poslechového testu	Srozumitelnost poslechového testu v %	Interpretace srozumitelnosti dle Poslechového testu
méně než 9 b.	menší než 75 %	těžko srozumitelný text
9 b. – 10,7 b.	75–89 %	dobře srozumitelný text
10,8 b. – 12 b.	90–100 %	velmi dobře srozumitelný text

Poslechový test byl hodnocen body. Za každou správnou odpověď získala respondentka jeden bod. Nejméně bylo možno dosáhnout 0 bodů a maximálně bylo možno dosáhnout 12 bodů. Maximální bodovou hranici dosáhlo 16 respondentek. Nejnižší dosažený počet bodů z poslechového testu byly 4 body a získala je jen jedna respondentka. Nejvíce respondentek získalo 10 bodů, a to 18 respondentek. Bodové výsledky jsou znázorněny v tabulce níže (Tabulka 12). Kompletní data získaných bodů v poslechovém testu a procentuální úspěšnost poslechového testu jsou uvedeny v příloze G.

Tabulka 12 - Tabulka četnosti výsledků poslechového testu

Počet získaných bodů v poslechovém testu	Procentuální úspěšnost dle získaných bodů	Počet respondentek	Procentuální zastoupení respondentkami
4	33 %	1	1,4 %
6	50 %	1	1,4 %
7	58 %	5	6,8 %
8	67 %	5	6,8 %
9	75 %	11	15,1 %
10	83 %	18	24,7 %
11	92 %	16	21,9 %
12	100 %	16	21,9 %
Celkem		73	100 %

5.2 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 2

VO2: Jaká je míra zdravotní gramotnosti respondentek zjišťovaná pomocí dotazníku zdravotní gramotnosti?

V dotazníku zdravotní gramotnosti (k nahlédnutí v příloze F) respondentky subjektivně hodnotily svou zdravotní gramotnost ve třech otázkách. Odpovědi zaznamenávaly v pětibodové Likertově hodnotící škále. Čím vyšší počet bodů respondentky získaly, tím vyšší mají subjektivní zdravotní gramotnost.

Nejnižší možný získaný počet bodů v dotazníku zdravotní gramotnosti byly 3 body a nejvyšší možný počet bylo 15 bodů. Nejnižší reálně získaný počet bodů v dotazníku zdravotní gramotnosti bylo 6 bodů a získaly ho 3 respondentky. Nejvyšší počet reálně získaných bodů v dotazníku zdravotní gramotnosti bylo 15 bodů a získaly ho také 3 respondentky. Nejvíce respondentek získalo 11 bodů a to 15 respondentek. Bodové výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti jsou uvedeny v tabulce níže (Tabulka 13). Průměrný bodový výsledek činil 11,3 bodu. Průměrný procentuální výsledek zdravotní gramotnosti testovaného souboru činí 75,6 %. Bodové výsledky byly přepočítány do procentuální úspěšnosti. Kompletní bodové a procentuální výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti jsou uvedeny v příloze G.

Tabulka 13 - Tabulka četnosti výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti

Počet získaných bodů v dotazníku zdravotní gramotnosti	Procentuální úspěšnost dle získaných bodů	Počet respondentek	Procentuální zastoupení
6	40 %	3	4,1 %
7	47 %	1	1,4 %
8	53 %	3	4,1 %
9	60 %	7	9,6 %
10	67 %	8	11 %
11	73 %	15	20,5 %
12	80 %	11	15,1 %
13	87 %	14	19,2 %
14	93 %	8	11 %
15	100 %	3	4,1 %
Celkem		73	100 %

5.3 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 3

VO3: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti?

H₀: Mezi výsledky poslechového testu a výsledky zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi výsledky poslechového testu a výsledky zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 14) z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojitě proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi výsledkem poslechového testu a výsledkem v dotazníku zdravotní gramotnosti byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,071459$ za velmi slabou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str 46).

Tabulka 14 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu a výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky poslechového testu v % & výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti v %	0,071459	0,547990

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a výsledkem poslechového testu. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,547990$, čímž se H_0 nezamítá.

Závěr: Mezi výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti a porozuměním edukačního materiálu prostřednictvím poslechového testu není statisticky významný vztah a tento korelační vztah je velmi málo těsný.

5.4 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 4

VO4: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a věkem respondentek?

H₀: Mezi věkem respondentek a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi věkem respondentek a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (Tabulka 15), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Věk respondentek byl porovnáván s procentuálním výsledkem poslechového testu. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi věkem respondentek a výsledkem v poslechovém testu byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,080732$ za velmi slabou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráska, 2007, s. 105) na str 46).

Tabulka 15 - Spearmanova korelace věku respondentek a výsledku poslechového testu

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky poslechového testu v % & věku respondentek	0,080732	0,497153

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi věkem respondentek a výsledkem poslechového testu. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,497153$, H_0 se tedy nezamítá.

Závěr: Mezi věkem respondentek a porozuměním edukačního materiálu prostřednictvím poslechového testu není statisticky významný vztah a tento korelační vztah je velmi slabý.

5.5 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 5

VO5: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

H₀: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 16), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem v poslechovém testu byla vyhodnocena podle Spearmanova

korelačního koeficientu $r_s = 0,21167$ za nízkou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str **Chyba! Záložka není definována.** Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Tedy čím vyšší dosažené vzdělání, tím lepší výsledek poslechového testu.

Tabulka 16 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu vs. nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek

Spearmanova korelace	r_s	p-value
výsledek poslechového testu v % & nejvyšší dosažené vzdělání	0,21167	0,073056

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána nízká závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a výsledkem poslechového testu. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena $p = 0,073056$, čímž se nezamítá H_0 .

Závěr: Mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a porozuměním edukačního materiálu prostřednictvím poslechového testu není statisticky významný vztah. Tento korelační vztah má nízkou závislost.

5.6 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 6

VO6: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a celkovým počtem let absolvované školní docházky u respondentek?

H₀: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky poslechového testu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky poslechového testu je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 17), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná.

Těsnost vztahu mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem v poslechovém testu byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,078297$ za velmi slabou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str 46)**Chyba! Záložka není definována..**

Tabulka 17 - Spearmanova korelace výsledků poslechového testu vs. nejvyšší dokončené vzdělání respondentek

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky poslechového testu v % & nejvyšší dokončené vzdělání	0,078297	0,510259

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a výsledkem poslechového testu. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,510259$, H_0 se tedy nezamítá.

Závěr: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a porozumění edukačního materiálu prostřednictvím poslechového testu není statisticky významný vztah, neboť tento vztah má slabou závislost.

5.7 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 7

VO7: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a věkem respondentek?

H₀: Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 18), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi věkem respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,205966$ za nízkou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str **Chyba! Záložka není definována.**). Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Tedy čím vyšší věk respondentky, tím lepší výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti.

Tabulka 18 - Spearmanova korelace výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti vs. věk respondentek

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti v % & věk respondentek	0,205966	0,08430

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána nízká závislost mezi věkem respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,08430$, čímž se H_0 nezamítá.

Závěr: Mezi věkem respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah. Tento vztah má nízkou korelační závislost.

5.8 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 8

VO8: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

H₀: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významná vztah.

H_A: Mezi dosaženou úrovní vzdělání respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významná vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 19), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,159311$ za velmi slabou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str **Chyba! Záložka není definována.**). Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru.

Tabulka 19 - Spearmanovy korelace nejvyššího dosaženého vzdělání a výsledku dotazníku zdravotní gramotnosti

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti v % & nejvyšší dosažené vzdělání	0,159311	0,178213

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,178213$, nezamítá se tedy H_0 .

Závěr: Mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah. Tento vztah má velmi slabou korelační závislost.

5.9 Výsledky vztahující se k výzkumné otázce 9

VO9: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a celkovým počtem let absolvované školní docházky u respondentek?

H₀: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti je statisticky významný vztah.

V programu Statistica 12 byla provedena Spearmanova korelace (viz Tabulka 20), z důvodu charakteru dat, nejedná se totiž o spojité proměnné. Data byla ve zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ vyhodnocena jako statisticky nevýznamná. Těsnost vztahu mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti byla vyhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu $r_s = 0,049648$ za velmi slabou závislost (viz Tabulka 6 - Kritéria pro posuzování korelace (Chráška, 2007, s. 105) na str **Chyba! Záložka není definována.**). Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru.

Tabulka 20 - Spearmanovy korelace výsledků dotazníku zdravotní gramotnosti a počtu let absolvované školní docházky

Spearmanova korelace	r_s	p-value
Výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti v % & celkový počet let absolvované školní docházky	0,049648	0,676583

Interpretace výsledků: Na hladině významnosti 5 % byla na základě zkoumaných dat prokázána velmi slabá závislost mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti. V detailním reportu byla hladina významnosti (p-value) vyčíslena jako $p = 0,676583$, nezamítá se tedy H_0 .

Závěr: Mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah. Tento vztah má velmi slabou korelační závislost.

6 DISKUZE

Účelem této diplomové práce bylo zjistit srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci za pomoci poslechového testu a změřit zdravotní gramotnost respondentek pomocí nástroje, který byl použit pouze v zahraničních studiích. Dále byly zjišťovány korelační vztahy těchto výsledků mezi sebou a jednotlivě s demografickými proměnnými, kterými jsou: věk, nejvyšší dosažené vzdělání a celkový počet let absolvované školní docházky.

VO1: Jaká je míra srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci zjišťovaná pomocí poslechového testu?

První cíl zjišťoval míru srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci. Konkrétně se jednalo o edukační materiál *Péče po operaci z řezu* (Onkogynekologické centrum 1.LF UK a VFN Praze). Celý text je v příloze B. tento cíl byl zjišťován pomocí vytvořeného poslechového testu. Průměrný výsledek poslechového testu byl vypočten na 83,6 %, čímž se řadí mezi dobře srozumitelné edukační texty dle Bastable (2008, s. 258-260) neboť dosáhl minimálně 75% úspěšnosti.

Bukovská a Mandysová (2015) zjišťovaly vliv vzdělání na srozumitelnost edukační brožury o antikoncepci po porodu, a to za použití poslechového testu. Jejich výsledky naznačují určité potíže při poslechovém testu, které mohou být způsobeny vzděláním respondentů. Neboť text zkoumaného edukačního materiálu byl dle poslechového testu srozumitelný pouze pro respondentky s vysokoškolským vzděláním. Autorky se ale touto otázkou nezabývaly.

Chamerová a Mandysová (2012) posuzovaly porozumění dvou edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody pomocí poslechových testů a textovou obtížnost zjišťovaly pomocí matematických vzorců. Poukazují na složité edukační materiály, konkrétně na přílišnou náročnost textů, kterým pacienti často nerozumí. Jejich výsledky naznačují, že potíže při poslechovém testu mohou být způsobeny vzděláním respondentů. Autorky se ale touto otázkou nezabývaly.

VO2: Jaká je míra zdravotní gramotnosti respondentek zjišťovaná pomocí dotazníku zdravotní gramotnosti?

Druhým cílem byla zjišťována míra zdravotní gramotnosti respondentek za pomoci dotazníku zdravotní gramotnosti, který byl přeložen z originálního nástroje *Health Literacy Screening*

Questions (Chew et al., 2004). Tento nástroj ještě nebyl v českých podmínkách použit. Bylo možno dosáhnout maxima 15 bodů, které svědčí o bezproblémové zdravotní gramotnosti, tohoto maxima dosáhly 3 respondentky. Nejméně získaných bodů bylo 6 a dosáhly jej 3 respondentky. Nejvíce respondentek dosáhlo 11 bodů (20,5 % respondentek). Průměrný dosažený bodový výsledek výzkumného souboru činil 11,3 bodů. Nutno připomenout, že ve výzkumném souboru se vyskytuje vysoké zastoupení respondentek s vysokoškolským vzděláním (52,1 %), což může zkreslovat výsledky. Například Wilhelmová a Hrubá (2013) ve studii popisující hlavní determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen zjistily, že zdravotní gramotnost těhotných žen roste se zvyšujícím se stupněm vzdělání.

Použitý přeložený dotazník zdravotní gramotnosti byl výstupem 3 nejefektivnějších otázek dotazující zdravotní gramotnost ze zahraniční studie, která si kladla za cíl, právě vytvoření testujících krátkých otázek identifikujících pacienty s nedostatečnou zdravotní gramotností. Tato studie byla limitována použitím pouze na populaci amerických veteránů a její autoři vybízí k testování tohoto nástroje na širší laické veřejnosti (Chew et al., 2004).

Tento nástroj také otestovala rakouská studie zkoumající intenzitu chronické bolesti u pacientů v souvislosti se zdravotní gramotností (Köppen et al., 2018).

VO3: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti?

Třetím cílem této práce bylo porovnat míru srozumitelnosti edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci s jejich mírou zdravotní gramotnosti.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Lze tedy říci, že čím vyšší věk respondentky, tím lepší výsledek v poslechovém testu. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,071459 označen za velmi slabý a podle hladiny významnosti 0,547990 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi výsledky poslechového testu a výsledky dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

VO4: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a věkem respondentek?

Čtvrtým cílem bylo zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a věkem respondentky. Nejmladší respondentce bylo 21 let a nejstarší respondentce bylo 61 let. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Lze tedy říci, že čím vyšší věk respondentky, tím lepší výsledek v poslechovém testu. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,080732 označen za velmi slabý a podle hladiny významnosti 0,497153 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi věkem respondentek a výsledky v poslechovém testu není statisticky významný vztah.

VO5: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

Pátým cílem bylo zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentky. Nejnižší dosaženou úrovní vzdělání respondentek bylo středoškolské vzdělání bez maturity, nejvyšší dosaženou úrovní vzdělání bylo vysokoškolské vzdělání, které bylo i nejčastěji zastoupené ve výzkumném souboru, a to až z více jak poloviny (52,1 % respondentek). Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Lze tedy říci, že čím vyšší věk respondentky, tím lepší výsledek v poslechovém testu. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,21167 označen za slabě závislý a podle hladiny významnosti 0,073056 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a výsledky v poslechovém testu není statisticky významný vztah.

Výsledky zkoumání vlivu vzdělání na srozumitelnost edukační brožury o antikoncepci po porodu naznačují určité potíže při poslechovém testu, které mohou být způsobeny vzděláním respondentů. Autorky se ale touto otázkou nezabývaly. Z výsledků bylo patrné, že text zkoumaného edukačního materiálu byl dle poslechového testu srozumitelný pouze pro respondentky s vysokoškolským vzděláním. (Bukovská, Mandysová, 2015).

V další studii posuzující porozumění dvou edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody pomocí poslechových. Jejich výsledky naznačují, že potíže při poslechovém testu mohou být způsobeny vzděláním respondentů. Autorky se ale touto otázkou nezabývaly. (Chamerová, Mandysová, 2012).

VO6: Jaký je vztah mezi výsledky poslechového testu a celkovým počtem let absolvované školní docházky u respondentek?

Šestým cílem bylo zjistit vztah mezi výsledkem poslechového testu a celkovým počtem let absolvované školní docházky. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že průměrný počet let absolvované školní docházky je 15,8 let, nejnižší počet let absolvované školní docházky je 12 let a nejvyšší počet je 22 let. Respondentky nejčastěji uváděly 18 let absolvované školní docházky (24,7 % respondentek). Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,078297 označen za velmi slabý a podle hladiny významnosti 0,510259 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a výsledky v poslechového testu není statisticky významný vztah.

VO7: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a věkem respondentek?

Sedmým cílem této práce bylo zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a věkem respondentky. Nejmladší respondentce bylo 21 let a nejstarší respondentce bylo 61 let. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách, což značí přímou úměru. Lze tedy říci, že čím vyšší věk respondentky, tím lepší výsledek v dotazníku zdravotní gramotnosti. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,205966 označen za slabě závislý a podle hladiny významnosti 0,08430 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi věkem respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

VO8: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a dosaženou úrovní vzdělání respondentek?

Osmým cílem této práce bylo zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentky. Nejnižší dosaženou úrovní vzdělání respondentek bylo středoškolské vzdělání bez maturity, nejvyšší dosaženou úrovní vzdělání bylo vysokoškolské vzdělání, které bylo i nejčetněji zastoupené ve výzkumném souboru, a to až z více jak poloviny (52,1 % respondentek). Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu

nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,159311 označen za velmi slabý a podle hladiny významnosti 0,178213 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

Jak již bylo řečeno výše, ve výzkumném souboru je vysoké zastoupení respondentek s vysokoškolským vzděláním (52,1 %), což může zkreslovat výsledky. Například Wilhelmová a Hrubá (2013) ve své studii zjistily, že zdravotní gramotnost těhotných žen roste se zvyšujícím se stupněm vzdělání.

VO9: Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti a celkovým počtem let absolvované školní docházky u respondentek?

Devátým a posledním cílem této práce bylo zjistit vztah mezi výsledkem dotazníku zdravotní gramotnosti a celkovým počtem let absolvované školní docházky. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že průměrný počet let absolvované školní docházky je 15,8 let, nejnižší počet let absolvované školní docházky je 12 let, nejvyšší počet je 22 let. Nejčastěji uváděly respondentky 18 let absolvované školní docházky (24,7 % respondentek). Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyl zjištěn statisticky významný vztah na zvolené 5% hladině významnosti. Korelační koeficient vychází v kladných hodnotách. Tento vztah je však vzhledem k hodnotě korelačního koeficientu 0,049648 označen za velmi slabý a podle hladiny významnosti 0,676583 nebylo možno vyvrátit nulovou hypotézu tvrdící, že mezi celkovým počtem let absolvované školní docházky respondentek a výsledky v dotazníku zdravotní gramotnosti není statisticky významný vztah.

7 ZÁVĚR

Teoretická část této diplomové práce se zabývá edukací v ošetrovatelství, konkrétně motivací k edukaci, edukačním procesem, edukačními cíli, rolí sestry/porodní asistentky v edukaci ale i překážkami v edukaci. Dále se zabývá i zdravotní gramotností a metodami měřícími srozumitelnost textu. Jak již samotný název této práce napovídá, jejím cílem bylo zjistit srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci. Tato míra srozumitelnosti byla zjišťována u vybraného edukačního materiálu „Péče po operaci z řezu“ (Onkogynekologické centrum 1.LF UK a VFN v Praze) za použití poslechového testu. Testovaný edukační materiál vyšel dle Bastable (2008) jako materiál dobře srozumitelný a tím pádem vhodný pro edukaci. Dále byla měřena zdravotní gramotnost respondentek pomocí poměrně nového nástroje *Health Literacy Screening Question* (Chew et al., 2004), který byl zatím použit pouze v zahraničních studiích *Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain* (Köpper et al., 2018) a *Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy* (Chew et al., 2004). Tento nástroj byl přeložen do českého jazyka právě pro účely této diplomové práce. Dále byly zjišťovány korelační vztahy výsledků srozumitelnosti edukačního materiálu a výsledků zdravotní gramotnosti mezi sebou, a i jednotlivě s demografickými proměnnými, kterými jsou: věk, nejvyšší dosažené vzdělání a celkový počet let absolvované školní docházky.

Výzkumné šetření bohužel nepřineslo významné poznatky stran vzájemných vztahů mezi poslechovým testem a dotazníkem zdravotní gramotnosti, ani o dalších vztazích těchto dvou proměnných s demografickými charakteristikami. Hlavním přínosem této práce je přeložený nástroj na zjišťování zdravotní gramotnosti, jehož použití by podle autorů mělo rychle identifikovat pacienty s nedostatečnou zdravotní gramotností v rušném klinickém prostředí. Tato identifikace dává možnost přizpůsobit vzdělávací materiály a komunikační styly vedoucí ke zlepšení porozumění edukace. Na základě poznatků z provedeného výzkumu by bylo vhodné tento nástroj nadále testovat na širší veřejnosti, k čemuž vybízejí i samotní autoři tohoto nástroje.

Tato práce poukazuje i na nedostatek edukačních materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci. Bylo by proto vhodné vytvořit kvalitní edukační materiály, které by vznikaly ve spolupráci s odbornými lékaři a byly testovány na srozumitelnost již v procesu tvorby a následně upravovány pro získání co nejsrozumitelnější verze pro laickou veřejnost.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ALLHOFF, D., ALLHOFF W. *Rétorika a komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2283-2

BASTABLE, S., *B. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3. vyd. Sudbury: Jones and Barlett Publisher, 2008, 667 s. ISBN 978-07637-4643-8.

HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.

HAMPLOVÁ, L., HULINSKÝ, P., JEXO VÁ, S., PEKARA, J. *Problematika zdravotní gramotnosti v České republice*. In: Sborník z 10. vědecké konference s mezinárodní účastí Vzdělávání ve zdravotnictví. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2015, s. 49-56.

HOLČÍK, J. Cesta ke zdravotně gramotné společnosti. In: *1. národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017a, s. 38-41. Dostupné také z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf

HOLČÍK, J. Zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví – teze. In: *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika. Sborník textů pro kolokvium*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017b, s. 30-34.

CHAMEROVÁ, R., MANDYSOVÁ, P. Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody: využití Mistríkova vzorce a poslechového testu. Profese on-line [online]. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého v Olomouci, 2012. V(I). S. 11-15 [cit. 2021-04-20]. ISSN 1803-4330. Dostupný z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201201-0003_SROZUMITELNOST_EDUKACNICH_MATERIALU_NA_TEMA_CEVNI_MOZK_OVE_PRIHODY_VYUZITI_MISTRIKOVA_VZORCE_A_POSLECHOVEHO_TES.php.

CHEW, L. D., BRADLEY, K. A., BOYKO, E. J. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Family Medicine*. 2004; **36** (8): s. 588-594.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 80-247-1369-1.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAAS, J., STASKOVÁ, V., ŠULISTOVÁ, R. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt*, 2016; **18**(4), s. 249-253. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201604-0003_koncept-zdravotni-gramotnosti-v-soucasnem-osetrovatelstvi.php?l=cz.

KOCMANOVÁ, Z. *Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci*. Pardubice, 2020. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MANDYSOVÁ, P.

KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEREREISL, J. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 246. ISBN 978-807-3676-841.

KUČERA, Z., PELIKAN, J., ŠTEFLOVÁ, A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*, 2016; **155**(5), s. 233-241. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>.

MANDYSOVÁ, P. *Metody překladu a transkulturní validace zahraničních nástrojů*. 1. vyd. Univerzita Pardubice, 2019, s. 129. ISBN 978-80-7560-269-5.

MANDYSOVÁ, P. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. 1. vyd. Univerzita Pardubice, 2016, 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

MANDYSOVÁ, P., BUKOVSKÁ, L. Čtivost edukační brožury o antikoncepci po porodu. In Mikšová, Z. (ed.). *Profesionalita v ošetrovatelství II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 78-87. ISBN 978-80-244-4863-3.

MANDYSOVÁ, P., BUKOVSKÁ, L. Vliv vzdělání na srozumitelnost edukační brožury o antikoncepci po porodu. In Moravcová, M., Pospíchal J. (eds). *II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem: Péče o ženu a dítě*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015, s. 69-77. ISBN 978-80-7395-895-4. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/6002298-Ii-mezinarodni-konference-kvalita-a-jeji-perspektivy-sbornik-prispevku.html>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014. ISBN: 978-80-85047-47-9.

MOJŽÍŠOVÁ, A, DVORÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. Selected aspects of health literacy in clients endangered by poverty. *Kontakt*, 2017; **19**(3), s. 213-218. ISSN 1212-4117.

NEMCOVÁ, J. a kol. *Moderná edukacia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

Onkogynekologické centrum I.LF UK a VFN v Praze [online]. [Cit. 18.9.2020]. Dostupné z: <http://onkogyn.cz/informace-pro-verejnost/pooperacni-pece-15/pece-po-brisni-operaci-z-rezu-118/>

PLESKOT, O., RUSOVÁ, J. Internet – The threat or hope of Czech health literacy? *Kontakt*, 2018; **20**(4), s. 458-465. ISSN 1212-4117.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 6. vyd. Praha: Portál, 2017. 488 s. ISBN 978-80-262-1228-7.

PRŮCHA, J. *Učebnice: Teorie a analýza edukačního média: příručka pro studenty, učitele, autory učebnic a výzkumné pracovníky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998, 148 s. ISBN 978-80-7409-0035.

ROB, L., MARTEN, A., CITTERBART, K., et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, A., et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.0

ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 219 s. ISBN 978-80-246-1931-6.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Informovaný souhlas</i>	68
Příloha B – <i>Podklad pro poslechový test „Péče po břišní operaci z řezu“ (Onkogynekologické centrum I.LF UK a VFN v Praze)</i>	69
Příloha C – <i>Zpětný překlad dotazníku zdravotní gramotnosti</i>	71
Příloha D – <i>Podklad pro I. fázi výzkumného šetření: Poslechový test</i>	72
Příloha E – <i>Podklad pro I. fázi výzkumného šetření: Dotazník na doplňující otázky a dotazník zdravotní gramotnosti dle Chew et al. (2004)</i>	74
Příloha F – <i>Podklad pro II. a III. fázi výzkumného šetření: Poslechový test, Dotazník na doplňující otázky, Dotazník zdravotní gramotnosti dle Chew et. al (2004)</i>	75
Příloha G – <i>Výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti.</i>	77
Příloha H – <i>Výsledky dotazníku na doplňující otázky</i>	80

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

„Srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci“

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Matějková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice. V rámci mé diplomové práce, na téma Srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci, provádím výzkum. Tímto Vás chci poprosit o účast na výzkumu. Během výzkumu bude zjišťována úroveň srozumitelnosti edukačního materiálu pomocí Poslechového testu. Během Poslechového testu Vám přečtu úryvek z daného edukačního materiálu, dlouhý zhruba 5 minut. Poté Vám předložím tištěné otázky k danému úryvku. Dále Vám předložím Dotazník na doplňující otázky (datum narození, vzdělání a povolání) a Dotazník zdravotní gramotnosti o třech otázkách. Zodpovězení dotazníků by Vám nemělo zabrat více jak 5 minut.

Pro zařazení do výzkumu je zapotřebí splňovat daná kritéria:

1. Podepsání informovaného souhlasu.
2. Respondent je ženského pohlaví a dospělého věku do 65 let.
3. Respondent nemá zdravotnické vzdělání.
4. Respondent nemá předchozí zkušenost s gynekologickou či jinou břišní operací.
5. Respondent nemá postiženou dominantní končetinu či jiný vjemový hendikep.

Respondent:

Jméno a příjmení respondentky: _____

Datum narození: _____

Já, níže podepsaná souhlasím s mou dobrovolnou účastí na výzkumu na téma „Srozumitelnost edukačního materiálu pro ženy podstupující gynekologickou operaci.“ Byla jsem informována o výzkumu, jeho postupu i cíli a byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy. Souhlasím s tím, aby výsledky byly publikovány a použity pro vědecko-výzkumné účely.

Souhlasím, aby bylo provedeno zjišťování mé úrovně srozumitelnosti edukačního materiálu za pomocí Poslechového testu, souhlasím také s vyplněním Dotazníku pro zjištění mé úrovně zdravotní gramotnosti a Dotazníku na doplňkové otázky. Porozuměla jsem tomu, že odpovědi a výsledky Poslechového testu a dotazníků budou zpracovány zcela anonymně a svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv bezdůvodně přerušit či odstoupit.

Datum: _____ Podpis: _____

Výzkumník:

Já, Veronika Matějková, potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informovala o všech spojitostech výzkumu způsobem, který byl podle mého mínění srozumitelný. Rovněž prohlašuji, že výsledky při zpracování zůstanou anonymní.

Datum: _____ Podpis: _____

V případě Vaší pozdější změny názoru o účasti na výzkumu, mě prosím kontaktujte ohledně odstoupení od výzkumu telefonicky či e-mailem.

Bc. Veronika Matějková, +420 604 866 324, veronika.matejkova1@student.upce.cz

Péče po břišní operaci z řezu

Následující řádky by Vám měly usnadnit orientaci v domácí pooperační péči.

Propouštění domů je realizováno v momentě, kdy již není potřeba nemocniční péče. Domácí péče se tedy může do značné míry podobat Vašemu běžnému předchozímu životu, přesto má svá specifika a omezení. Většinu omezení je vhodné dodržovat po dobu 6 týdnů od operace (analogicky jako při tzv. „šestineděli“).

Není-li doporučeno jinak, pak je třeba do 3 pracovních dní kontaktovat ošetřujícího lékaře (gynekologa nebo praktického lékaře) a sdělit mu, že jste byla propuštěna z nemocnice do domácí péče. Máte-li vystaven Průkaz pracovní neschopnosti, pak je nutné ošetřujícího lékaře, který ji dále administrativně povede, navštívit do 3 pracovních dní osobně.

Celková péče a režimová opatření

Operační zákrok a pooperační hojení Vás obvykle nikterak nelimitují v možnosti volného pohybu. Krátké procházky a běžná sebeobsluha jsou vhodnou součástí pooperační rehabilitace. V případě dlouhodobějšího upoutání na lůžko, nebo omezené pohyblivosti, jsou nezbytná dechová cvičení, pravidelné změny polohy na lůžku a procvičování dolních končetin.

Během následujících 6 týdnů se pouze sprchujte. Koupání ve vaně, bazénu apod. je v této době velmi nevhodné.

Hojení operační rány je spojeno s určitou mírou bolestivosti. Ta by ale měla mít tendenci k pozvolnému ústupu. Pro snížení bolestí spojených s nekomplikovaným pooperačním hojením jsou dostačující běžně dostupné léky na bolesti (např. Paralen, Ibalgin, Brufen, Diclofenac) ve standardním dávkování uvedeném v příbalovém letáku.

V pooperačním období je třeba dbát na pravidelné vyprazdňování moči a stolice. Po některých typech operačních zákroků může být nutné zvláštní doporučení pro vyprazdňování moči. V případě průjmů, které jsou časté zejména po užívání antibiotik, je vhodné doplnění potravy o tzv. probiotika (např. Hylak forte). Při zácpě jsou naopak vhodná šetrná projímadla (např. Lactulóza). Optimálně by měla být stolice alespoň jednou za 48 hodin.

Jestliže byla během operace odstraněna děloha, může se spolu s uvolňováním vstřebatelných stehů ve vrcholu pochvy objevit slabé zakrvácení nebo růžový výtok. Typicky přichází za 2 až 3 týdny po operaci a postupně slábne během dalších 2 týdnů. Pohlavní styk je možno mít až po 6 týdnech. Omezení v jiných intimních aktivitách však nejsou, u žen s ponechanou dělohou je možno pohlavně žít bez omezení již dříve po operaci.

Péče o ránu

Hojení rány trvá minimálně 6 týdnů. Během této doby je třeba zvýšené péče.

Nekomplikovanou a dobře se hojící ránu není třeba ničím zakrývat. Alespoň jednou denně ji pečlivě osprchujte vlažnou vodou, ránu můžete omýt neparfémovaným mýdlem. Po vyjmutí stehů jsou vhodné tlakové masáže rány (po přiložení jednoho až dvou bříšek prstů ruky na ránu je vyvinut jemný tlak po dobu 20 až 30 sekund a následně jsou prsty posunuty o svou šířku a celý postup zopakován), které podpoří její pevnost alepší její dlouhodobý vzhled.

Ránu je možné zvláčnit namazáním neparfémovaným krémem (např. červená Indulona) nebo nesoleným vepřovým sádlem. Během hojení může z rány i opakovaně vytéci menší množství narůžovělé nebo nažloutlé tekutiny. Silné krvácení, odchod velkého množství tekutiny, silné zarudnutí, narůstající bolestivost nebo rozestup rány větší než 1 cm jsou ale důvodem ke kontrole lékařem.

Zejména pacientky s nadváhou a pacientky po opakované operaci z podélně vedené rány by měly minimálně 3 týdny po operaci nosit kýlní pás. Všechny pacientky po operaci prováděné z řezu na břicho by se měly vyvarovat vyvíjení nadměrného nitrobřišního tlaku. V souvislosti s tím, je třeba vstávat z lehu „přes bok“, ale i zabránit zácpě a léčit dráždivý kašel. Není vhodné zdvihát těžká břemena a provádět prudké pohyby.

Nenormální projevy v pooperačním období

Důvodem ke kontrole lékařem by měly být kromě výše uvedených komplikací při hojení rány zejména vysoká teplota (nad 38°C), stupňující se bolesti, zástava odchodu plynů a stolice, opakované zvracení, silné krvácení z rodidel a bolestivé močení.

Zdroj: Onkogynekologické centrum 1.LF UK a VFN v Praze [online]. [Cit. 18.9.2020]. Dostupné z: <http://onkogyn.cz/informace-pro-verejnost/pooperacni-pece-15/pece-po-brisni-operaci-z-rezu-118/>

Příloha C – Zpětný překlad dotazníku zdravotní gramotnosti

Originál ve zdrojovém jazyce (Chew et al., 2004)	Český překlad ze zdrojového jazyka (bilingvní 1)	Zpětný překlad do zdrojového jazyka (bilingvní 2)	Výsledný český překlad po porovnání předchozích překladů (bilingvní 3)
Health Literacy Screening Questions	Screening zdravotní gramotnosti	Health literacy screening	Dotazník zdravotní gramotnosti
How often do you have problems learning about your medical condition because of difficulty understanding written information?	Jak často máte problémy s dozvídaním se o svém zdravotním stavu z důvodu potíží s porozuměním psaným materiálům?	How often do you have problems learning about your medical state due to the difficulty understanding written materials?	Jak často máte problémy s dozvídaním se o svém zdravotním stavu z důvodu potíží s porozuměním psaným informacím?
Never	Nikdy	Never	5 - Nikdy
Occasionally	Příležitostně	Occasionally	4 - Příležitostně
Sometimes	Někdy	Sometimes	3 - Někdy
Often	Často	Often	2 - Často
Always	Vždy	Always	1 - Vždy
How confident are you filling out medical forms by yourself?	Jak moc jste si sebou jist/-a při vyplňování nemocničních formulářů samostatně?	How confident are you filling out hospital forms by yourself?	Jak moc jste si sebou jist/-a při vyplňování nemocničních formulářů samostatně?
Extremely	Velmi	Very	5 - Velmi
Quite a bit	Docela dost	Quite a bit	4 - Docela dost
Somewhat	Víceméně	More or less	3 - Víceméně
A little bit	Trochu	A little bit	2 - Trochu
Not at all	Vůbec ne	Not at all	1 - Vůbec ne
How often do you have someone help you read hospital materials?	Jak často vám někdo pomáhá číst nemocniční materiály?	How often do you need assistance reading hospital materials?	Jak často Vám někdo pomáhá číst nemocniční materiály?
Never	Nikdy	Never	5 - Nikdy
Occasionally	Příležitostně	Occasionally	4 - Příležitostně
Sometimes	Někdy	Sometimes	3 - Někdy
Often	Často	Often	2 - Často
Always	Vždy	Always	1 - Vždy

Pořadové číslo respondentky:

Poslechový test

Ke každé otázce vyberte prosím pouze 1 odpověď.

- 1) **Do kolika dnů od propuštění z nemocnice je zapotřebí kontaktovat ošetřujícího lékaře?**
 - a) následující pracovní den
 - b) do 3 pracovních dnů
 - c) do 5 pracovních dnů
 - d) ošetřujícího lékaře kontaktuje propouštěcí nemocnice
- 2) **Čím je vhodné doplnit stravu v případě průjmu?**
 - a) projímadla
 - b) analgetika
 - c) probiotika
 - d) antibiotika
- 3) **Jaká by měla být optimální frekvence stolice?**
 - a) několikrát denně
 - b) alespoň jednou za 24 hodin
 - c) alespoň jednou za 48 hodin
 - d) žádná z odpovědí není správná
- 4) **Čím může být způsobeno slabé zakrvácení nebo růžový výtok, který se objevuje 2 – 3 týdny po operativním odstranění dělohy?**
 - a) následující menstruací
 - b) uvolňováním se vstřebatelných stehů
 - c) rozpadem rány a je nutno ihned kontaktovat lékaře
 - d) žádná z odpovědí není správná
- 5) **Jaká je minimální doba hojení rány?**
 - a) 2 týdny
 - b) 3 týdny
 - c) 4 týdny
 - d) 6 týdnů
- 6) **V jakém případě vyhledáte lékaře?**
 - a) pokud bude narůstat bolestivost operační rány
 - b) pokud bude rozestup rány menší než 1 cm
 - c) pokud nebude okolí rány silně zarudnuté
 - d) všechny odpovědi jsou správně
- 7) **Čím je vhodné promazávat ránu po odstranění stehů?**
 - a) jakýmkoliv krémem či mastí
 - b) neparfémovaným krémem či nesoleným vepřovým sádlem
 - c) nesoleným vepřovým sádlem
 - d) ránu není vhodné promazávat

Pořadové číslo respondentky:

- 8) **Kdy můžete začít s tlakovou masáží rány?**
- a) týden po operaci
 - b) 2 týdny po operaci
 - c) po vyjmutí stehů
 - d) kdykoliv
- 9) **Jak často je doporučováno pečlivě osprchovat ránu?**
- a) alespoň jednou denně
 - b) několikrát denně
 - c) rána se nespřchuje, ale očišťuje pouze pomocí dezinfekčního roztoku
 - d) je doporučováno využívat koupele
- 10) **Za jakou dobu od gynekologické operace je možno mít pohlavní styk?**
- a) za 2 týdny
 - b) za 4 týdny
 - c) za 6 týdnů
 - d) za 8 týdnů
- 11) **Vyberte důvod ke kontrole lékařem:**
- a) zástava odchodu plynů a stolice, opakované zvracení
 - b) bolestivé močení
 - c) rozestup rány větší než 1 cm
 - d) všechny odpovědi jsou správně
- 12) **Vyberte, co není důvodem ke kontrole lékařem:**
- a) narůstající bolestivost
 - b) rozestup rány menší než 1 cm
 - c) silné krvácení, odchod velkého množství tekutiny
 - d) vysoká teplota (nad 38° C)

Pořadové číslo respondentky:

Dotazník pro účastníka výzkumu:

Doplňující otázky:

Datum narození:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Základní nedokončené | <input type="radio"/> Střední s maturitou |
| <input type="radio"/> Základní dokončené | <input type="radio"/> Vyšší odborné |
| <input type="radio"/> Střední bez maturity | <input type="radio"/> Vysokoškolské |

Celkový počet let absolvované školní docházky:

Povolání:

Využíváte pravidelné preventivní prohlídky?

- Ano Ne

Pokud Ano, vypište prosím jaké:

Dotazník zdravotní gramotnosti:

Vyberte prosím jednu odpověď.

- 1) Jak často máte problémy s dozvídáním se o svém zdravotním stavu z důvodu potíží s porozuměním psaným informacím?**
5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy
- 2) Jak moc jste si sebou jist/-a při vyplňování nemocničních formulářů samostatně?**
5 - Velmi 4 - Docela dost 3 - Víceméně 2 - Trochu 1 - Vůbec ne
- 3) Jak často Vám někdo pomáhá číst nemocniční materiály?**
5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy

Pořadové číslo respondentky:

Poslechový test:

Ke každé otázce vyberte prosím pouze 1 odpověď.

- 1) **Do kolika dnů od propuštění z nemocnice je zapotřebí kontaktovat ošetřujícího lékaře?**
 - a) následující pracovní den
 - b) do 3 pracovních dnů
 - c) do 5 pracovních dnů
 - d) ošetřujícího lékaře kontaktuje propouštěcí nemocnice
- 2) **Čím je vhodné doplnit stravu v případě průjmu?**
 - a) vitamíny a minerály
 - b) analgetiky
 - c) probiotiky
 - d) antibiotiky
- 3) **Jaká by měla být optimální frekvence stolice?**
 - a) několikrát denně
 - b) alespoň jednou za 24 hodin
 - c) alespoň jednou za 48 hodin
 - d) žádná z odpovědí není správná
- 4) **Čím může být způsobeno slabé zakrvácení nebo růžový výtok, který se objevuje 2 – 3 týdny po operativním odstranění dělohy?**
 - a) následující menstruaci
 - b) uvolňováním se vstřebatelných stehů
 - c) rozpadem rány a je nutno ihned kontaktovat lékaře
 - d) žádná z odpovědí není správná
- 5) **Jaká je minimální doba hojení rány?**
 - a) 2 týdny
 - b) 3 týdny
 - c) 4 týdny
 - d) 6 týdnů
- 6) **V jakém případě vyhledáte lékaře?**
 - a) pokud bude narůstat bolestivost operační rány
 - b) pokud bude rozestup rány menší než 1 cm
 - c) pokud nebude okolí rány silně zarudnuté
 - d) všechny odpovědi jsou správně
- 7) **Čím je vhodné promazávat ránu po odstranění stehů?**
 - a) jakýmkoliv krémem či mastí
 - b) neparfémovaným krémem či nesoleným vepřovým sádlem
 - c) nesoleným vepřovým sádlem
 - d) ránu není vhodné promazávat
- 8) **Kdy můžete začít s tlakovou masáží rány?**
 - a) týden po operaci
 - b) 2 týdny po operaci
 - c) po vyjmutí stehů
 - d) kdykoliv

Pořadové číslo respondentky:

9) Jak často je doporučováno pečlivě osprchovat ránu?

- a) alespoň jednou denně
- b) několikrát denně
- c) rána se nesprchuje, ale očišťuje pouze pomocí dezinfekčního roztoku
- d) je doporučováno využívat koupele

10) Za jakou dobu od gynekologické operace je možno mít pohlavní styk?

- a) za 2 týdny
- b) za 4 týdny
- c) za 6 týdnů
- d) za 8 týdnů

11) Vyberte důvod ke kontrole lékařem:

- a) zástava odchodu plynů a stolice, opakované zvracení
- b) bolestivé močení
- c) rozestup rány větší než 1 cm
- d) všechny odpovědi jsou správně

12) Vyberte, co není důvodem ke kontrole lékařem:

- a) narůstající bolestivost
- b) rozestup rány menší než 1 cm
- c) silné krvácení, odchod velkého množství tekutiny
- d) vysoká teplota (nad 38° C)

Dotazník na doplňující otázky:

Datum narození:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní nedokončené
- Základní dokončené
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Celkový počet let absolvované školní docházky: (Př.: 9 (ZŠ) + 4 (SŠ) = 13)

Povolání:

Dotazník zdravotní gramotnosti:

Vyberte prosím jednu odpověď.

1) Jak často máte problémy s dozíváním se o svém zdravotním stavu z důvodu potíží s porozuměním psaným informacím?

5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy

2) Jak moc jste si sebou jist/-a při vyplňování nemocničních formulářů samostatně?

5 - Velmi 4 - Docela dost 3 - Víceméně 2 - Trochu 1 - Vůbec ne

3) Jak často Vám někdo pomáhá číst nemocniční materiály?

5 - Nikdy 4 - Příležitostně 3 - Někdy 2 - Často 1 - Vždy

2/2

Příloha G – Výsledky poslechového testu a dotazníku zdravotní gramotnosti.

	Číslo respondentky	Výsledek poslechového testu (bod)	Výsledek poslechového testu (%)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (bod)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (%)
Pilotní studie	1.	11	92	14	93
	2.	11	92	11	73
	3.	11	92	14	93
	4.	8	67	13	87
	5.	12	100	12	80
	6.	9	75	11	73
	7.	10	83	9	60
	8.	9	75	12	80
	9.	9	75	14	93
	10.	10	83	14	93
	11.	4	33	10	67
	12.	10	83	8	53
	13.	7	58	9	60
	14.	9	75	10	67
	15.	12	100	10	67
	16.	6	50	10	67
	17.	8	67	8	53
	18.	7	58	12	80
	19.	12	100	11	73
	20.	7	58	12	80
	21.	11	92	12	80
	22.	11	92	14	93
	23.	10	83	11	73
	24.	12	100	13	87
	25.	12	100	6	40
	26.	12	100	14	93
	27.	8	67	12	80
	28.	10	83	10	67
	29.	7	58	15	100

Číslo respondentky	Výsledek poslechového testu (bod)	Výsledek poslechového testu (%)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (bod)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (%)
30.	11	92	13	87
31.	12	100	13	87
32.	11	92	11	73
33.	7	58	10	67
34.	10	83	12	80
35.	12	100	12	80
36.	10	83	13	87
37.	9	75	11	73
38.	12	100	12	80
39.	12	100	12	80
40.	10	83	9	60
41.	10	83	10	67
42.	12	100	11	73
43.	12	100	12	80
44.	12	100	11	73
45.	12	100	6	40
46.	10	83	11	73
47.	11	92	15	100
48.	11	92	13	87
49.	9	75	14	93
50.	10	83	13	87
51.	9	75	10	67
52.	10	83	13	87
53.	11	92	9	60
54.	10	83	7	47
55.	11	92	11	73
56.	12	100	11	73
57.	10	83	11	73
58.	11	92	13	87
59.	10	83	13	87

Číslo respondentky	Výsledek poslechového testu (bod)	Výsledek poslechového testu (%)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (bod)	Výsledek dotazníku zdravotní gramotnosti (%)
60.	8	67	8	87
61.	10	83	9	87
62.	11	92	15	53
63.	11	92	13	60
64.	10	83	14	100
65.	11	92	6	87
66.	9	75	11	93
67.	9	75	13	40
68.	9	75	13	73
69.	8	67	11	87
70.	11	92	9	87
71.	10	83	13	73
72.	12	100	9	60
73.	9	75	11	87

Příloha H – Výsledky dotazníku na doplňující otázky

	Číslo respondentky	Věk (roky)	Celkový počet let absolvované školní docházky	Nejvyšší dosažené vzdělání	Povolání
Pilotní studie	1.	31	18	VŠ	HR business partner
	2.	28	18	VŠ	manager-kancelářská pozice
	3.	38	18	VŠ	laborant
	4.	35	13	SŠ + M	ADMINISTRATIVA
	5.	28	16	VŠ	učitelka v MŠ
	6.	31	15	SŠ – M	obchodní zástupce
	7.	38	14	SŠ + M	telefonní operátor
	8.	32	13	SŠ + M	odborný prodejce stavebnin
	9.	31	20	VŠ	account manager
	10.	49	12	SŠ + M	logistika
	11.	35	16	SŠ + M	účetní
	12.	29	19	VŠ	manager online obchodu
	13.	26	15	SŠ + M	správce PR projektu
	14.	29	22	VŠ	Úředník: referent ministerstvo kultury
	15.	41	12	SŠ – M	OSVČ Autodoprava
	16.	29	18	VŠ	marketing manager
	17.	45	13	SŠ + M	podnikatelka
	18.	55	13	SŠ – M	operátorka kamerových systémů
	19.	37	12	SŠ – M	doručovatelka
	20.	36	16	VOŠ	učitelka MŠ
	21.	61	17	VŠ	učitelka
	22.	42	14	SŠ + M	vedoucí nákupu
	23.	23	13	SŠ + M	student
	24.	47	15	VŠ	OSVČ
	25.	37	17	VŠ	koordinátorka marketingových aktivit
	26.	31	20	VŠ	advokát
	27.	58	13	SŠ + M	vedoucí skladu
	28.	30	17	VŠ	pedagog

Číslo respondentky	Věk (roky)	Celkový počet let absolvované školní docházky	Nejvyšší dosažené vzdělání	Povolání
29.	33	13	SŠ + M	projektový manager
30.	34	18	VŠ	programátor
31.	32	18	VŠ	notářský kandidát
32.	27	15	SŠ + M	IT tester
33.	26	13	SŠ + M	cestovní ruch
34.	34	18	VŠ	účetní
35.	30	13	SŠ + M	manager v restauraci
36.	34	18	VŠ	učitelka (SOU)
37.	30	18	VŠ	kalkulantka
38.	49	17	VŠ	bankéřka
39.	47	12	SŠ + M	asistent ředitele
40.	31	15	SŠ + M	finanční poradenství
41.	26	16	VŠ	asistentka (administrativa)
42.	48	13	SŠ + M	administrativní pracovník
43.	21	13	SŠ + M	student
44.	36	12	SŠ – M	project specialist
45.	31	16	VŠ	dramaturg
46.	26	18	SŠ + M	pivovarnice
47.	32	18	VŠ	logistika (mateřská)
48.	26	16	VŠ	OSVČ
49.	31	13	SŠ + M	pracovník cestovní kanceláře
50.	53	13	SŠ + M	podnikatelka
51.	22	16	SŠ + M	student
52.	41	16	VŠ	účetní
53.	39	13	SŠ + M	bankovní úřednice
54.	31	20	VŠ	architekt
55.	29	19	VOŠ	pedagogický asistent
56.	35	19	VŠ	plant controller
57.	32	16	VŠ	učitelka MŠ
58.	27	18	VŠ	finanční controller

Číslo respondentky	Věk (roky)	Celkový počet let absolvované školní docházky	Nejvyšší dosažené vzdělání	Povolání
59.	34	18	VŠ	učitelka
60.	30	12	SŠ – M	operátor farmaceutické výroby
61.	24	18	VŠ	finanční specialista
62.	31	18	VŠ	učitelka
63.	28	17	VŠ	administrativní pracovník
64.	44	12	SŠ + M	produkční
65.	28	12	SŠ – M	pošťáčka
66.	33	16	VŠ	zahradnice
67.	27	19	VŠ	pedagog
68.	30	13	SŠ + M	zpěvačka
69.	42	13	SŠ + M	asistentka
70.	36	18	VŠ	lektorka angličtiny
71.	29	16	VŠ	administrativa
72.	29	18	VŠ	účetní
73.	33	18	VŠ	E-comm MNG

Legenda: SŠ – M Středoškolské vzdělání bez maturity
SŠ + M Středoškolské vzdělání s maturitou
VOŠ Vyšší odborné vzdělání
VŠ Vysokoškolské vzdělání