



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Informační zdroje ve zdravotní edukaci pacientů
s civilizačními chorobami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Drsová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Informační zdroje ve zdravotní edukaci pacientů s civilizačními chorobami*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Lucie Drsová

Poděkování

Dovolte mi tímto způsobem poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za její odborné vedení a rady, které mi velice pomohly při zpracování bakalářské práce. Zároveň bych chtěla vyzdvihnout její rychlé odpovědi při mých otázkách ohledně této práce, které mi byly při zpracovávání velkou pomocí.

Informační zdroje ve zdravotní edukaci pacientů s civilizačními chorobami

Abstrakt

Tato předkládaná práce se zabývá problematikou informačních zdrojů ve zdravotní edukaci u pacientů s civilizačními chorobami. Informační zdroje sehrávají v edukaci pacienta klíčovou úlohu. Především z důvodu, že zdravotní sestra může díky své edukační kompetenci ovlivňovat zdravotní gramotnost jednotlivců i společnosti. V současné době existuje mnoho forem informačních zdrojů, a tak sestra může pomocí nich efektivně edukovat, následně motivovat pacienta a předávat mu informace. V teoretické části jsou popsány příklady civilizačních chorob, informačních zdrojů a zásady edukace pacientů, jež sestra využívá ve svém povolání. Výzkumná část je zrealizována kvantitativní metodou pomocí dotazníku, který anonymně vyplnilo 110 respondentek.

Mým cílem je v bakalářské práci zjistit, zda zdravotní sestry znají zásady pro uvádění informačních zdrojů pacientům, jakým způsobem a metodou jej užívají. Dále zda teoretické znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním, či jsou praktické dovednosti sester při práci s informačními zdroji ovlivněny dlouholetou praxí v oboru.

Tento výzkum byl prováděn na různých pracovištích jedné nemocnice. Dále tak byly dotazovány i sestry z pracovišť praktického lékaře či z ambulancí. Z výzkumného šetření vyplývá, že zdravotní sestry při edukaci pacientů používají informační zdroje, a to především v podobě tištěných dokumentů, jako jsou letáky, brožury, odborné časopisy či vlastní edukační materiál, které využívají v rámci osobní edukace v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení. V posledním cíli byl kladen důraz na teoretické znalosti sester pro uvádění informačních zdrojů. Ve výzkumné části bylo zjištěno, že teoretické znalosti jsou ovlivněny vzděláním či sebevzděláním. Dále velkou roli hraje dlouhodobá praxe v oboru.

Výsledky analýzy mohou sloužit jako podklad pro opatření, a zlepšit tak správné využití informačních zdrojů ve zdravotní edukaci pacientů právě s civilizačními chorobami.

Klíčová slova

Civilizační choroby; informační zdroje; edukace pacienta

Information Resources in the Health Education of Patients with Civilisation Diseases

Abstract

This theses deal with the issue of information resources in health education in patients with civilisational diseases. The information sources play a key role in patient education. This is mainly because the nurse can influence the health literacy of individuals and society due to her educational competence. Currently, there are many forms of information sources, so the nurse can use them to effectively educate, then motivate and pass on information to the patient. The theoretical part describes examples of civilisation diseases, information sources and the principles of patient education that the nurse uses in her profession. The research part is implemented by a quantitative method using a questionnaire, which was anonymously filled out by 110 respondents.

My goal in the bachelor thesis is to find out if nurses know the principles for providing information resources to patients although, which way and method they use. Furthermore, whether the theoretical knowledge of nurses about information sources is influenced by education, or whether the practical skills of nurses with information sources are influenced by years of experience in the field.

This research was carried out at different workplaces of one hospital. Nurses from the GP's offices or ambulance surgeries were also interviewed. The research survey shows that nurses; while educating patients; use information sources that are mainly in the form of printed documents such as leaflets, brochures, professional journals as well as their own educational material. They use it in the context of personal education in an office or in a medical institution. In the last objective, the theoretical knowledge of nurses for the presentation of information resources was emphasis. The research section found that theoretical knowledge is influenced by education or self-education. Furthermore, long-term practice in the field plays a major role.

The results of the analysis can serve as a basis for measure and therefore improving the correct use of information resources in the health education of patients with civilisational diseases.

Key words

Civilisation diseases; Information Resources; Education of Patients

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	10
1.1 Civilizační choroby-obecná charakteristika.....	10
1.1.1 Kardiovaskulární choroby.....	10
1.1.1.1 Arteriální hypertenze.....	11
1.1.1.2 Ateroskleróza	12
1.1.2 Diabetes mellitus II. typu.....	13
1.1.3 Obezita	15
1.2 Informační zdroje.....	17
1.2.1 Informatika obecně	17
1.2.2 Zdroj informací pomocí médií.....	18
1.2.3 Zdravotnické informace na internetu	19
1.2.4 Elektronický zdroj informací	20
1.2.4.1 EHealth	20
1.2.4.2 Databáze-portál Medvik	21
1.2.4.3 Bibliographia medica Českoslovaci	22
1.2.4.4 Pubmed	23
1.3 Edukace pacientů	23
1.3.1 Edukace obecně	23
1.3.2 Formy edukace.....	24
1.3.3 Fáze při procesu edukace	24
1.3.4 Role sestry.....	25
1.3.5 Edukační metody	25
1.3.6 Edukační materiály a jejich zásady.....	26
1.3.7 Edukační cíle.....	27
1.3.8 Edukace pacientů s vybranými civilizačními chorobami	28

1.3.8.1	Edukace pacientů s arteriální hypertenzí.....	28
1.3.8.1.1	Rizikový faktor-kouření.....	28
1.3.8.1.2	Rizikový faktor-obezita	28
1.3.8.2	Edukace pacientů s aterosklerózou	29
1.3.8.2.1	Rizikový faktor-nedostatek pohybu.....	29
1.3.8.2.2	Rizikový faktor-stres.....	29
1.3.8.3	Edukace pacientů s diabetem mellitem II. typu	29
1.3.8.3.1	Konverzační mapy	30
1.3.8.3.2	Jednodenní ambulantní kurzy	31
1.3.8.3.3	Kurzy z pohledu edukační sestry	31
1.3.8.4	Edukace pacientů s obezitou	32
1.3.8.4.1	Hodnocení obezity	32
1.4	Aktuální zajímavost ve světě: COVID-19	33
2	Cíle a hypotézy práce	35
2.1	Cíle práce	35
2.2	Hypotézy práce	35
3	Metodika.....	36
3.1	Použité metody a techniky sběru dat	36
3.2.	Charakteristika zkoumaného vzorku	36
4	Výsledky.....	37
4.1.	Výsledky s grafy	37
5	Diskuze	59
	Závěr	63
	Seznam použitých zdrojů.....	64
	Seznam příloh	70

Úvod

V bakalářské práci se zaměřuji na problematiku informačních zdrojů, jež je důležitá při správné edukaci pacientů, a to především v souvislosti s civilizačními chorobami.

V teoretické části popisuji definici civilizačních chorob, uvádím příklady informačních zdrojů a popisuji edukaci, o které by každá zdravotní sestra měla mít dostatek teoretických znalostí a umět tak prakticky využít ve svém povolání.

Civilizačních chorob existuje mnoho. Já, vzhledem k danému rozhraní stránek bakalářské práce, uvedu pouze některé příklady, které se u pacientů vyskytují nejčastěji. K rozboru v teoretické části jsem si vybrala onemocnění kardiovaskulární, diabetes mellitus II. typu a obezitu.

K nejvyšší kvalitě zdraví musí každý jedinec mít dostatek informací ohledně zdravotního stavu, prevence, diagnózy, léčby i možných komplikací. Zdroj informací je tedy velice podstatný, neboť pomůže pacientovi ke správnému pochopení, a může tak předejít různým rizikům. Úlohou zdravotního personálu je co možná nejlépe předat pacientovi informace o dané problematice. Při edukaci mohou pomoci právě zdroje, jako jsou média, internetové zdroje, elektronické zdroje, tištěné zdroje, jako jsou různé letáky, časopisy, odborné články a učebnice. Úkol edukanta spočívá v tom, zvolit správný informační zdroj, který pacientovi pomůže v přehledu daného onemocnění, který musí být adekvátní k individuálnímu jedinci. Existují informační zdroje jako jsou databáze, které mohou pomoci jak zdravotní sestře pro dohledání informací a vzdělávání sebe sama, tak existují portály, které jsou přístupné i pacientům. V databázích můžeme najít různé vědecké články z koutů celého světa. Tyto články využívá malé procento pacientů, spíše je využívá odborný personál. Některé poznatky z nich uvádím i v této bakalářské práci.

Žijeme ve 21. století, a tak s postupnou modernizací civilizace se tomu nevyhneme i ve zdravotnictví. Forma, na kterou se také zaměřuji v této práci, je elektronický zdroj informací, známý pod českým názvem e-zdravotnictví či anglickým eHealth. Tento koncept je budoucnost českého zdravotnictví. Pomáhá jak pacientům, tak lékařům pro vyšší kvalitu péče, zdravotnickým zařízením a samotnému státu, z hlediska úspornějšího financování. V této práci uvádím právě výhody tohoto systému. Je vhodný pro prvotní prevenci, diagnostiku a následnou léčbu. Dále může sloužit pro sledování a řízení zdraví, i pro zlepšení životního stylu.

Jestliže máme dostatek informačních zdrojů, ale edukace ze strany zdravotní sestry není správně provedena, výsledek nemusí být dostačující. Každá zdravotní sestra by měla znát správnou formu edukace, fáze procesu edukace při procesu, roli sestry a vytyčené edukační cíle. I tento všeobecný přehled v práci nastiňuji. Vzhledem k mým vybraným příkladům civilizačních chorob se zaměřuji i na edukaci daného onemocnění, rizika nemocí a další faktory, které mohou zdravotníkovi pomoci při edukaci, jako jsou například pomůcky ve skupinových edukacích a kurzy, které se využívají.

1 Současný stav

1.1 Civilizační choroby-obecná charakteristika

V dnešní uspěchané moderní době se setkáváme s onemocněními, které nazýváme civilizační choroby.

Civilizační choroby jsou chápány jako onemocnění, která jsou provázena v určitém čase a prostředí dané populace, ve které se nachází. Každá civilizace má své specifické druhy a typy onemocnění (Adámková, 2010).

Dle Doliny (2009) jsou civilizační choroby neinfekční chronické nemoci, jež jsou ovlivněné jejich prevencí, diagnostikou a následnou terapií.

Ministerstvo zdravotnictví vykazuje priority ohledně prevence, ochrany a podpory zdraví populace v oblastech, jako je dostatečná pohybová aktivita, dále správná výživa a stravovací návyky populace, zvládání stresu, rizikové faktory pro zdraví při špatné životosprávě, vzdělávání a programy podpory zdraví, infekční onemocnění a vakcinační programy, snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí, screeningové programy, jejich sledování, vyhodnocování a v poslední řadě identifikace možnosti pro plánování nových screeningových programů (Bártlová a kol., 2018).

Mezi nejčastější civilizační choroby v dnešní době z hlediska kardiovaskulárního onemocnění patří například hypertenze, ateroskleróza a infarkt myokardu, z hlediska poruchy příjmu potravy obezita a mentální anorexie, z pohledu psychických potíží můžeme zařadit depresi, bolesti hlavy a syndrom vyhoření. Další onemocnění vyskytující se v civilizaci jsou diabetes mellitus, nádorová onemocnění a chronický únavový syndrom.

Dá se tedy říci, že civilizační onemocnění jsou velice podporována chováním lidstva. Vychází nám z toho, že prevencí jde předejít těmto chorobám či alespoň omezit riziko vzniku těchto chorob. Jsou zde ale i rizikové faktory, kterým se nelze zcela vyhnout; technologický a technický rozvoj, a tím znečišťování životního prostředí.

1.1.1 Kardiovaskulární choroby

Kardiovaskulární choroby postihují cévní systém organismu. Patří sem funkce srdce, systém cév a krevní oběh, jenž zajišťuje zásobování celého organismu

kyslíkem a živinami. Odvádí také škodlivé a nepotřebné látky z těla (Machová, 2015).

Dle Adámkové (2010) k příčinám úmrtí v rozvojových i vyspělých zemích patří kardiovaskulární choroby. Mnoho rizikových faktorů je důsledkem tohoto onemocnění. Toto onemocnění je důsledkem mnoha rizikových faktorů. V rámci prevence by na ovlivnitelné faktory měl být kladen důraz. Prevence je brána jako celoživotní proces a způsob života, jakým jedinec žije (Rosolová a kol., 2013).

Dolák (2015) udává, že na podporu zdraví navazuje již zmiňovaná prevence. Podotýká původ latinského slova *praevenire*, které představuje předcházení nežádoucího jevu. Prevenci si můžeme představit jako soubor opatření či činností, které předchází nemocem a jiným nežádoucím jevům (Tóthová, Chloubová, Prokešová, 2019).

Dále uvádím příklady ovlivnitelných a neovlivnitelných rizikových faktorů. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví a genetickou dispozici. Faktorů, které můžeme ovlivnit, je mnoho a mohou se nám odrazit v našem zdravotním stavu. Obezita patří mezi první ovlivnitelné faktory a trpí jí přes 300 milionů obyvatel na světě. Zde byla potvrzena vyšší úmrtnost na kardiovaskulární choroby. Obezita je rizikem pro následující choroby: arteriální hypertenze, infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozková příhoda aj. Ke snížení rizika například arteriální hypertenze je zapotřebí redukce hmotnosti, zvýšení aerobní zátěže, redukce příjmu NaCl (do 5-6 g/den), omezení příjmu alkoholických nápojů, snížené množství kofeinů (doporučené 1-2 šálky/24hodin) a nekouřit (Adámková, 2010).

Adámková (2010) ve své knize Civilizační choroby-žijeme spolu upozorňuje na fakt, že i přes snahu pacienta a zdravotníků se vždy nedaří pomocí nefarmakologické léčby vyléčit tato onemocnění, a tak nastupuje na řadu farmakologická léčba. Léčba farmakologická musí být vždy komplexní.

1.1.1.1 Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze neboli vysoký krevní tlak je definován jako zvýšení systolického a diastolického tlaku, který je naměřen opakovaně (minimálně dvakrát při dvou rozdílných návštěvách lékaře). Hodnoty krevního tlaku musí být vyšší nebo rovné 140 mm Hg systolického tlaku a vyšší nebo rovné 90 mm Hg diastolického tlaku, abychom mohli diagnózu potvrdit jako arteriální hypertenzi. Výjimkou jsou děti, u kterých jsou hodnotící kritéria odlišná (Bulava, 2017).

Vysoký krevní tlak se řadí k rizikovým faktorům pro vznik onemocnění, jako je například ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin aj. Jeho sledování je zapotřebí především z důvodu prevence těchto chorob. Ze studií vychází, že při snížení systolického tlaku o 10 až 12 mm Hg a diastolického tlaku o 5 až 6 mm Hg klesá riziko cévní mozkové příhody o 42 %. U ostatních rizik koronárního onemocnění se jedná o 16 % (Bulava, 2017).

Pro lepší orientaci přikládám do příloh tabulku klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku. Viz příloha č. 2.

U esenciální hypertenze lze považovat za rizikové faktory větší příjem soli, genetické vlivy, stres, kouření, obezitu, nadměrnou konzumaci alkoholu a kávy a nedostatek fyzické aktivity (Bulava, 2017).

Mezi sekundární hypertenze bychom zařadili hypertenzi u endokrinních poruch, renální hypertenzi, renovaskulární hypertenzi, dále hypertenzi v těhotenství, hypertenzi u syndromu obstrukční spánkové apnoe, iatrogeně vyvolanou hypertenzi, hypertenzi po transplantaci orgánů a hypertenzi z neurogenních příčin.

Co se týče klinického obrazu, u takového pacienta je často asymptomatický. Pokud se však symptomy objeví, jedná se zpravidla o únavnost, bolesti hlavy a epistaxi.

Studie potvrzují fakt, že až třetina hypertoniků není včas rozpoznána a následně léčena (Bulava, 2017).

Pokud hypertenze přetrvává dlouho a není včas léčena, dojde k poškození orgánů či poškození kardiovaskulárního systému (Machová et al., 2015).

1.1.1.2 Ateroskleróza

Generalizované zánětlivé onemocnění arterií, které se spojuje s dysfunkcí endotelu, je ateroskleróza. Jedná se o systémové onemocnění, jež se projevuje následky, které jsou závažné. Tyto následky jsou v regionálních cirkulacích, jako je stenóza arteria carotis, dále cévní mozková příhoda, klaudikace, aortální ateroskleróza a aneuryzma (Barash a kol., 2015).

Postižená tepna se zužuje, což vede k ischemii tkáně. Nejčastější etiologie je na věnčitých tepnách srdce, mozkových artériích a tepnách dolních končetin (Nohejlová et al., 2013).

Častou příčinou morbiditu a mortality obyvatelstva ve vyspělých zemích se stává právě ateroskleróza. Ta vede k onemocnění, jako je velice častý infarkt myokardu a cévní mozková příhoda (Martínková, 2018).

Nyní se zaměříme na rizikové faktory tohoto onemocnění, poněvadž jsou velmi zásadní pro edukaci pacienta. Mezi predispoziční faktory s ohledem na metabolický syndrom řadíme abdominální obezitu, aterogenní dyslipidémii, vysoký krevní tlak, protrombotický stav a inzulínovou rezistenci. Mezi hlavní rizikové faktory bychom zařadili kouření, zvýšenou hladinu LDL cholesterolu, rovněž tak nízkou hladinu HDL cholesterolu, v rodinné anamnéze předčasnou ischemickou chorobu srdeční a věk. V rámci studií mezi nové rizikové faktory patří vyšší hladina triglyceridů a malé LDL částice, anglicky low-density-lipoprotein (Barash a kol., 2015).

Toto onemocnění vyžaduje správnou životosprávu, vyhýbání se rizikovým faktorům a dodržování předepsané léčby (Robinson et al., 2009).

1.1.2 Diabetes mellitus II. typu

Diabetes je chronické onemocnění, ke kterému dojde, když slinivka břišní nevytváří dostatek inzulínu, anebo když organismus nemůže účinně využít inzulín, který produkuje. Inzulín je hormon slinivky břišní, jež se nachází v Beta buňkách v Langerhansových ostrůvcích. Tento hormon pomáhá transportu glukózy do buněk kosterního a srdečního svalstva. Naopak glukóza zvyšuje hladinu glykémie. Hodnoty glukózy v krvi u zdravého jedince se pohybují od 3,3 do 5,5 mmol/l. Hyperglykémie neboli zvýšená hladina cukru v krvi vede k poškození mnoha systémů organismu, která jsou závažná, především poškození nervů a cév (WHO, 2020).

Zaměřuji se na diabetes mellitus II. typu. Ten se charakterizuje nezávislostí na inzulínu neboli inzulín nondependentní. Za důsledkem inzulínové rezistence je typický tento typ diabetu, jehož následkem je zvýšení hladiny glukózy v krvi. Dále tak vlivem nedostatečné sekrece inzulínu, a to v období po jídle.

Tento typ diabetu byl donedávna pozorován pouze u dospělých osob, nyní se ale častěji vyskytuje i u dětí. Mnohdy se toto onemocnění propojuje s obezitou. Dle posledního výzkumu se od roku 1980, kdy byl počet obyvatel s diabetem 108 milionu, zvedl na počet 422 milionů. Dále byl zpozorován rychlejší nárůst tohoto onemocnění v zemích s nízkými a středními příjmy než v zemích s vysokými příjmy. Dle světové zdravotnické organizace WHO byl diabetes v roce 2016 sedmou hlavní příčinou úmrtí (WHO, 2020).

Co se týče dopadu na zdraví, ze studie vyplývá, že diabetes může poškodit srdce, cévy, oči, ledviny a nervy. Dospělý člověk s onemocněním diabetes má dvojnásobně až trojnásobně zvýšené riziko srdečních chorob a mozkových příhod než zdravý jedinec. Dále má diabetes vliv na se snížený průtok krve na neuropatii, poškození nervů, vředů na dolních končetinách, infekci až případnou amputaci končetiny. Také takzvaná diabetická retinopatie je hlavní příčinou slepoty, přičemž se vyskytuje v důsledku dlouhodobého poškození malých cév v sítnici. WHO udává diabetes jako příčinu s procentem 2,6 globální slepoty. Poslední zmíněným důsledkem udávám selhání ledvin, jež je diabetes hlavní příčinou (WHO, 2020).

WHO pro prevenci před diabetem II. typu udává následné opatření. Lidé by měli dosáhnout zdravé tělesné hmotnosti a udržovat ji. Doporučuje se také fyzická aktivita, a to alespoň 30 minut denně, středně intenzivní, jíst zdravou stravu a vyhýbat se cukru a nasyceným tukům. Kouření také zvyšuje riziko diabetu a kardiovaskulárních chorob, a tak by se lidé měli kouření vyvarovat (WHO, 2020).

Jako příznaky, které nám mohou napovědět, že se u jedince může jednat o diabetes, uvádím žízeň, polyurii a únavu. Pro včasnou diagnostiku lze provést test hladiny cukru v krvi, který je v dnešní době relativně přístupný. Pokročilou diagnostikou již u pacienta s již prokázaným diabetem je screening a léčba retinopatie, která způsobuje slepotu, dále kontrola hladiny lipidů v krvi, pro regulaci hladiny cholesterolu a screening časných příznaků onemocnění ledvin a následná jejich léčba (WHO, 2020).

Konzervativní léčba je již zmiňovaná i jako prevence viz výše, a to zdravá strava, fyzická aktivita a nekouření. Dále je nutno pečovat o nohy (správná obuv, hygiena, pravidelné kontroly). Mezi terapeutickou léčbu se pacient s II. typem diabetu může léčit perorálními léky, ale jeho onemocnění může vyžadovat i inzulín (WHO, 2020). Někteří pacienti totiž po uplynulých letech mění perorální antidiabetika za léčbu inzulínovou (Nohejlová et. al., 2013). Cílem léčby je dosažení normálních hodnot glykémie (Bartoš a kol, 2018).

Pacienti s diabetem mellitem II. typu nemusí být celoživotně závislí na podávání exogenního inzulínu. Avšak ve většině případů u pacientů s tímto onemocněním dochází k zvyšování stupně diabetické poruchy (Škrha et al., 2009).

1.1.3 Obezita

Dle světové zdravotnické organizace WHO je nadváha a obezita definována jako abnormální či nadměrné hromadění tělesného tuku, jež je pro jedince zdravotně rizikové. Organizace udává, že se tato problematika rozrostla do vyšších rozsahů v celém světě. Ze studií vychází, že každoročně se zvyšuje morbidita populace více než o 4 miliony lidí v důsledku tohoto problému.

Tělesná hmotnost se hodnotí dle indexu, který nalezneme pod názvem BMI (anglicky body-mass-index), který se vypočítá jako množství kilogramů osoby dělené druhou mocninou její výšky v metrech (kg/m^2). Světová zdravotnická organizace definuje nadváhu při výsledku výpočtu BMI 25 a vyšším a obezitu při BMI 30 vyšším. BMI poskytuje nejužitečnější a nepoužívanější měřítko tělesné hmotnosti, avšak nesmíme pozapomenout na fakt, že se jedná o hrubý výsledek, jelikož BMI nemusí vždy obsahovat stejnému stupni tuku, svalové hmotnosti a jiných hmotnostních aspektů (WHO, 2020).

Ze studie z roku 2019 vyplývá, že děti do 5 let trpících obezitou či nadváhou je 38 milionů. Z dalšího výzkumu z roku 2017 se od roku 1975 do roku 2016 prevalence dětí a dospívajících, které trpí nadváhou či obezitou ve věku 5 až 19 let, zvýšila více jak čtyřnásobně, to je ze 4 procent na 18 procent v celosvětovém měřítku. Nadváha či obezita je u populace více než u poloviny obyvatel celého světa. Výjimkou však je Afrika a část Asie, kde větší množství obyvatel trpí spíše podváhou (WHO, 2020).

Příčiny, jež vedou k nadváze či obezitě lze zvrátit. Bohužel dodnes žádná země nedokázala tento růst epidemie zastavit. Základní příčina obezity je nevyvážené množství příjmu kalorií s jeho výdejem. V posledním desetiletí se změnila globální strava, a tak se zvýšila spotřeba energeticky náročných potravin, které obsahují mnoho tuku a volného cukru. Zároveň poklesla fyzická aktivita, především v důsledku s měnícího se charakteru práce, například sedavého zaměstnání. Rovněž tak zvýšené používání dopravních prostředků pomohlo k nárůstu obézních osob (WHO, 2020). Pro obézního jedince je často složité rozpoznat přebytečný tuk v potravě. Charakteristický tak je pocit plnosti daného pokrmu, který uspokojí konzumenta. Velice často obézní klienti preferují sladké potraviny, jako je například čokoláda pro velký obsah tuku (Hainer 2011). Další příčinou obezity také však může být genetická dispozice, nebo jiné poruchy organismu, jako jsou poruchy žláz s vnitřní sekrecí a porucha signalizace stavu zásob tuku. U některých pacientů byl vyzorován nedostatek receptorů leptinu (Nohejlová et al., 2013).

Co se již zmiňovaného leptinu týče, je jedním z regulátorů tělesné hmotnosti. Leptin působí na centrum pocitu sytosti, který se nachází v hypothalamu. Toto centrum vyvolá u člověka pocit hladu či naopak pocit přesycenosti. Díky tomuto regulátoru může tak náš organismus regulovat příjem potravy. Dále řídí výdej energie pomocí poskytování informací centrální nervové soustavě prostřednictvím stimulace sympatického nervového systému. Tyto stimulační účinky leptinu se nachází v hnědé tukové tkáni, ledvinách a nadledvinkách. Z toho vyplývá rezistence tohoto regulátoru právě u obézních lidí. Takto obézní jedinec má tak omezený výdej energie a zvýšenou chuť k jídlu. Taková osoba hůře hubne (Vaněčková et al., 2014).

Mezi hlavní rizikové faktory řady onemocnění patří nadváha a obezita. Závažným onemocněním z hlediska kardiovaskulárních chorob je například cévní mozková příhoda a různé srdeční choroby. Tato onemocnění jsou velmi častými celosvětovými příčinami úmrtí. Obezita či nadváha může přispívat i k dalšímu onemocnění, například k nemoci diabetes mellitus. S tím však souvisí takové stavy, jako je slepota, či amputace končetin. Dle studie se procentuální stav onemocnění diabetu celosvětově zvýšil. Obezitou je velice postižené také pohybové ústrojí. Trpí kosti a klouby, a tím může docházet i k osteoartróze (WHO, 2020). Obezita také vede k vyššímu riziku onemocnění, jakými může být hypertenze, hyperglykémie, dyslipidémie (Engin, 2017). Dále WHO uvádí, že obezita může být také spojena s některými druhy rakoviny: rakovina prsu, vaječníku, jater, ledvin, prostaty, žlučníku a tlustého střeva.

Každý obézní pacient by si měl být vědom, co udělat pro snížení své tělesné hmotnosti. Mezi první faktory patří snížený počet kalorií, který najdeme v tucích a cukrech. Jedinec by měl zvýšit podíl denního příjmu zeleniny, ovoce, luštěnin a do svého denního režimu zapojit pravidelnou fyzickou aktivitu. Tou se rozumí alespoň 150 minut pohybu týdně u dospělého jedince a alespoň 60 minut denně u dětí či dospívajících.

Velký vliv na dětskou obezitu nemá pouze výživa a pohyb, ale i okolí dítěte, ve kterém se pohybuje. Zejména rodiče, škola a stát. Vhodná je prevence už od útlého věku dítěte. Dětská obezita může vyústit v obezitu v dospělém věku která může být spojena s předčasnou smrtí (Hladná, 2011). Ze studií vychází, že u kojenců, které jsou kojeni od narození do 6. měsíce věku, se snižuje riziko nadváhy či obezity v dospělosti (WHO, 2020).

1.2 Informační zdroje

Doplnění informačního zdroje může zdravotní sestře velice pomoci při správné a efektivní edukaci pacienta. Proto v následné části bakalářské práce popisují i příklady, které mohou být využity.

1.2.1 Informatika obecně

Při poskytování zdravotnických služeb nahlížíme na získání informací od zdravotnického personálu jako na nedílnou součást péče. Dnešní lékařská péče bývá často podmíněna dostatkem znalostí, dovedností, kompetencemi a informací.

Dle Kasala, Svačiny a Kofránka (2008) se popisuje obor lékařské informatiky jako vědní obor, který se zabývá zpracováním a využitím lékařských informací a jejich vlastností. Informatika má své určité aspekty, kterými se vymezuje, jako je předmět zájmu (informace), metody práce (ukládání, přenos, ochrana, vyhledávání a zpracování informací technickými prostředky, jako je například počítač).

Informační gramotnost pokládáme za stěžejní ve zdravotní edukaci pacientů. Každý edukant by měl být schopen rozeznat potřebné informace, vyhledat je, vyhodnotit a závěrem efektivně využít. Sestra edukátorka by měla správně vyhodnotit vhodnost užití informačních zdrojů u daných pacientů.

Existují dva typy informační gramotnosti. Za první typ považujeme gramotnost funkční. Sem zařadíme literální komplex a dokumentové, jazykové a numerické gramotnosti. Druhý typ označujeme za počítačovou gramotnost. Do této kategorie zařadíme využití počítače jako nástroje pro získávání informací na různých internetových sítích (Dombrovská, 2017).

Různorodou povahu mohou mít právě uváděné informace, data i znalosti. Například při snímcích ze zobrazovacích metod, jako je rentgen, počítačová tomografie, magnetická rezonance či jiné, jsou popisy v přirozeném jazyce a mají dvourozměrné obrazy. Při vyšetření za tím stojí elektrokardiograf, elektromyografie či elektroencefalografie zaznamenáváme biologické signály. Číselné hodnoty nalezneme především u laboratorního vyšetření. Tato všechna vyšetření jsou uložena na různých médiích: papír, negativy, blány, fotografie, elektronické soubory či knihy. Zmíněné informace slouží jako materiální podklady pro zdravotnický personál. Mohou však anonymně sloužit i jako pomocný materiál pro výzkum (Dombrovská, 2017).

1.2.2 Zdroj informací pomocí médií

Média slouží jako nástroj v komunikaci, který umožňuje přenos sdělení mezi více jak dvěma subjekty. Médium může přenášet informace pomocí různých kanálů, jako je tisk, rozhlas, internet televize a jiné (MediaGuru, 2014).

První typ jsou média tištěná a elektronická. Za tištěná média považujeme různé časopisy, noviny, vědecké články ve sbornících a jiné publikace. Televize, rozhlas a další obrazové a zvukové záznamy označujeme jako elektronická média (Šmíd, 2014).

Tištěná forma při zdravotní edukaci pacientů názorně zobrazuje slova a statický obraz. Do této formy informačních zdrojů řadíme i různé letáky, které jsou pro pacienta výbornou zkrácenou formou informací o dané problematice a zjednoduší mu tak přínos informací, které ho zajímají. Zároveň je dotyčný částečně edukován o možnosti chování u daného onemocnění.

Z elektronických médií zmiňme kupříkladu televizi, počítač či jiné zařízení, jako je chytrý telefon, který může pacient využívat jako zdroj informací ohledně dané problematiky. Musíme zde ale zohlednit relevantní informace.

Při edukaci pacienta je zapotřebí jeho aktivní spolupráce, kterou sestra může ověřit pomocí zpětné vazby. Edukant si však musí uvědomit jeho nutnou aktivní spolupráci pro zlepšení jeho zdravotního stavu. Při edukaci je na místě využít různých edukačních prostředků (letáky, vědecké články, internetové databáze a jiné), které nám mohou pomoci k pochopení dané problematiky.

V návaznosti na dané téma dále vytyčuji i různé internetové elektronické zdravotnictví, například takzvaný eHealth, který zahrnuje soubor služeb a nástrojů, jež užívají komunikačních a informačních technologií. Úkolem eHealthu je zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, řízení a sledování ve zdravotnictví. Tento nástroj nám umožňuje se podílet na rozvoji zdravotní gramotnosti (Politika, 2014).

Jako další projekt bych ráda uvedla Score. Tento projekt je tvořen dvěma složkami. Lékařská videokonferenční síť pro profesní komunikaci pracovišť z České republiky, jež jsou připojeny. Tato síť je neveřejná a slouží k podpoře inovací profesionální komunikace mezi lékaři, kde si mohou vyměnit informace a vytvoření spolupráce. Druhá složka je tvořena multimedialním portálem s názvem mojemedicina.cz (Score, 2014).

1.2.3 Zdravotnické informace na internetu

Rozvojem moderní civilizace se rozšiřuje možnost internetu. Internet nám může posloužit i jako zdroj vyhledávání zdravotnických informací, které nám mohou pomáhat v rozšiřování našich znalostí ohledně dané problematiky a mohou pomoci ke správné edukaci.

Při vyhledávání informací týkajících se zdravotnické problematiky je třeba rozlišit druhy informací, jak relevantní, jež jsou v daný moment rozhodování využívány, či naopak redundantní, které jsou nadbytečné (Zvárová, 2002).

Jestliže pomocí internetu vyhledáváme medicínské informace, máme na mysli hlavní čtyři pilíře, díky kterým dosáhneme získání kvalitních informací. Jako první vyzdvihnu vzdělávání uživatelů. Toto vzdělávání se orientuje na různé cílové skupiny edukantů. Odlišena je zde i hloubka dané zdravotnické problematiky. Za druhý pilíř považujeme autocenzuru tvůrců. Autocenzura spadá do velice podstatných činitelů při samotné tvorbě dané zdravotnické informace. Za další udáváme hodnocení třetí stranou. Tento pilíř shledáváme nejpodstatnějším, a to pro kvalitní zdravotnické informace. Dle Menouška (2014) záleží na hodnotiteli příslušného zdroje, takzvaná fundovanost hodnotitelů a dále také záleží na metodice, jakou je daný pramen posuzovaný. Máme určité druhy institucí, které hodnotí danou problematiku. Za nejznámější považujeme například Organising Medical Networked Information, který můžeme najít pod zkratkou OMNI, dále The Cochrane Collaboration, Medcirkle, Health on the Net Foundation, pod zkratkou HON a jiné. Jako poslední pilíř uvádíme takzvaný postih. Ten uplatňujeme tehdy, kdy jsou na internetu nevalidní až zdraví ohrožující informace (Menoušek, 2014).

Další typ systému je softwarový, takzvaný automatizovaný. U nalezených relevantních dokumentů k vyskytujících se na internetu musíme zohlednit dvě charakteristické vlastnosti. Jsou to vlastnosti úplnost a přesnost. Tak docílíme našeho vyhledávaného relevantního zdroje (Kasal, Svačina, Mardešić, 2001). Zde musíme zohlednit ovlivnitelnost těchto vlastností. Jsou jimi především špatné nebo nepřesné zadání do internetového vyhledávání. Z toho nám vyplývá, že čím více je zadáný dotaz specifikován, tím se zvýší se nám tak hodnota přesnosti. Zde ale můžeme narazit na problém nedohledání všech relevantních zdrojů, které bychom potřebovali. V případě, že vyhledáváme informace z obecnější linie, zvýší se nám tak počet nalezených dokumentů, ale sníží se jejich přesnost.

Internetový zdroj informací nám může velice pomoci při edukaci pacientů, ale zároveň musíme odlišit relevantní zdroje od redundantních či dokonce mylných, a vyhnout se tak špatnému informování pacientů a zhoršování jejich zdravotního stavu.

1.2.4 Elektronický zdroj informací

Pokud hovoříme o zdrojích informací ve 21. století, je nezbytné vyzdvihnout elektronické zdroje, jež jsou nyní více užívány.

1.2.4.1 EHealth

E-zdravotnictví, e-zdraví a podobné názvy znamenají jedno a to samé – eHealth. Tento pojem je, jak vychází ze znění, převzat z anglického jazyka. Písmeno „e” znázorňuje slovo „elektronika” (Bartůňková, 2010).

EHealth je založen na komunikačních a technologických zdrojích. Tento pojem je nový pro zdravotní péči, která je podporována elektronickými a informačními technologiemi. Má být nápomocný pro prevenci, diagnostiku, léčbu, sledování a řízení zdraví a životního stylu (MVČR, 2018).

O zavedení elektronického zdravotnictví ve světě dlouhou dobu uvažovala i Evropská unie. Výsledek byl pozitivní, a tak mezi prvními kroky zavádění tohoto typu zdravotnictví byly eRecepty a eNeschopenky. Aktivně se zapojila i Česká republika. Vhodně zvolený rámec v tomto odvětví může výrazně pomoci lékařům, pacientům, a i šetřit veřejné prostředky (Kubička, 2019).

Cílem eHealth je poskytování kvalitní, moderní a dostupné zdravotnické služby. Elektronický zdroj informací slouží ke zjišťování, sdílení dat pacientů mezi systémy poskytovatelů zdravotní péče a strukturami zdravotnictví. Výhodou je možnost nahlédnutí pacientem do jeho zdravotních údajů. Ke čtyřem prioritám elektronizace zdravotnictví patří ePreskripce a medikace, management pacienta, národní portál zdraví a elektronická zdravotní knížka (Kubička, 2019).

Výhodou eHealth z pohledu pacienta je získání přístupového bodu k informacím ohledně jejich zdravotním stavu. Přehled jim může pomoci ke zlepšení jejich životního stylu v nemoci. Tímto projektem se zvyšuje odpovědnost pacienta za jeho vlastní zdraví. Informace, jež jsou snadno dostupné, mohou podporovat osobní vzdělávání každého jedince. Kromě anamnézy pacienta systém elektronického

zdravotnictví zobrazuje informace o poskytovatelích zdravotní péče, jejich adresy a kontakty spolu s referencemi od pacientů o kvalitě služeb. Další výhodou je zpřístupnění databází léků, nemocí a dalších informací, a tak zvyšování jejich znalostí dané problematiky.

Pacientovi poskytované informace jsou ověřené a správné. Na základě těchto informací se zvyšuje kvalita léčby. Jedná se o informace týkající se zdravotní historie, vyšetření a léků.

Za další výhodu systému považujeme snižování potřeby invazivních vyšetření z důvodu dosažitelnosti výsledků testů a vyšetření. Také riziko možných kontraindikací je snižené. Pacient má přehled naplánovaných zdravotnických úkonů, očkování a prevence. Má přístup k informaci, kdo a v jakém čase se pokusil o získání přístupu k jeho zdravotní historii (Kubička, 2019).

Výhody z pohledu lékaře jsou následné. Ošetřující má k dispozici kompletní zdravotní historii pacienta. Díky tomu může kvalitněji posoudit symptomy onemocnění a navrhnout následný postup medikace po shlednutí předchozí. Přehled informací pomáhá ošetřujícímu lékaři při předepisování léků. Obsahuje funkci ePreskripce, která ho upozorní na dříve předepsané léky v uplynulém období, dále interakce a kontraindikace předepsaného léku, navrnutí generické náhrady a alergické reakce na určité léky. Laboratorní výsledky možné ke zkontrolovat v daném systému, což vede k úpravě následného postupu (Kubička, 2019).

Jako další bych ráda uvedla výhody zdravotnického zařízení. EHealth zkvalitňuje služby z hlediska již zmiňované péče pacienta a podporuje méně návštěv lékaře a nižší náklady. Díky tomuto systému se zlepšuje organizace termínů návštěv pacientů, minimální doba čekání a vzdálený přístup k elektronické zdravotnické dokumentaci (Kubička, 2019).

Zdravotní sestra, která bude pacienta edukovat ohledně daného projektu, by měla mít dostatek informací, které předá pacientům. V dnešní moderní civilizaci se většina nástrojů a pomůcek elektronizuje, a nechybí tomu tak i ve zdravotnictví.

1.2.4.2 Databáze-portál Medvik

Ve vyhledávání informací na internetu nám mohou posloužit takzvané elektronické databáze. V následující kapitole vyzdvihnu několik nejdůležitějších

z nich. Z těchto databází se mohou sestry sebevzdělávat a při dostatečných teoretických znalostích zdravotních sester může být zlepšena kvalita edukace pacientů.

Tento portál nám umožňuje prohledávat jakékoliv informace v různých databázích a přesměruje nás na děle zmiňované databáze. Najdeme ho na adrese: <http://www.medvik.cz/bmc/>. Umožňuje nám rychlé a přehledné vyhledávání. Je jednoduchý a usnadní nám práci při vyhledávání dat. Bezplatně nám poslouží k nalezení abstraktů, recenzí, kapitol z knih a některých plných textů. Komplexnost plných textů mají k dispozici pouze registrovaní čtenáři NLK, ale je umožněn přístup pro online uživatele za příplatek (Marušáková, 2016).

Ráda bych představila vzhled tohoto portálu, který je k nahlédnutí viz příloha 1.

1.2.4.3 Bibliographia medica Česlovaca

Jako první příklad elektronického informačního zdroje bych ráda uvedla českou a slovenskou bibliografickou medicínu, uváděnou převážně pod zkratkou BMČ. Tato databáze zachycuje poznatky lékařství a medicíny již od roku 1947. Od roku 2000 se tato databáze osamostatnila pro Českou republiku, ale zprostředkovává informace i ze zahraničí. Zprostředkovatelem BMČ je Národní lékařská knihovna sídlící v Praze. Osoba, která vyhledává zdravotnické informace, navštíví bibliografii v portálu Medvik. V elektronické podobě jsou zpracovány informace od roku 1951 s výjimkou roku 1957, 1959, 1960 a 1965 až do současnosti, ostatní roky a výjimky jsou pouze v knižní podobě. V současné době máme přibližně 855 tisíc elektronických záznamů. Systém MeSH je slovníkem určený pro uspořádání, zpracování a vyhledávání informací. Národní lékařská knihovna provádí překlady a každoročně je aktualizuje (Maixnerová, Záviška, 2015).

Zmíněná databáze zpracovává analyticky později odborné časopisy, monografie, kapitoly v knize a sborníky. Každý rok přibude do této databáze přibližně 25 tisíc záznamů. Tento informační zdroj pomáhá především lékařům, nelékařskému zdravotnickému personálu, studentům a veřejnosti, jež chce či potřebuje vyhledávat informace (BMČ, NLK, 2015).

1.2.4.4 Pubmed

Jako příklad cizojazyčného zdroje uvádím databázi Pubmed. Důvodem výběru této databáze je přehlednost a snadná přístupnost pro širokou veřejnost.

Pubmed je přístupný k databázi s názvem MEDLINE, jež obsahuje abstrakty biomedicínských odborných článků, které jsou napsány v cizím jazyce. Je k dispozici více jak 25 milionů záznamů. Stejně jako u BMC mohou plné texty být zpoplatněny. U tohoto vyhledávacího informačního zdroje najdeme také slovník MeSH. Vyhledávající zde může pokládat dotazy, tvořit tematické složky a má možnost nastavení zaslání upozornění nových záznamů o daném tématu na svůj email (Marušáková, 2016).

1.3 Edukace pacientů

Správná edukace pacienta je podstatná pro správné pochopení pacientových teoretických znalostí a osvojení si praktických dovedností. V následující části této práce popíši edukaci jako takovou a dále se budu věnovat edukaci na již vytyčených příkladech civilizačních chorob.

1.3.1 Edukace obecně

Latinské slovo *educatio*, *educare* znamená v překladu vést vpřed či vychovávat, vzdělávat. Juřeníková (2010) uvádí edukaci jako určitý proces, jehož cílem je změna v postojích, vědomostech, dovednostech či návycích, jež jsou pozitivní.

Za edukanta se považuje určitý subjekt, který je učen. V medicínské edukaci existuje buď zdravý či nemocný klient nebo pacient. Zdravotník, který si prohlubuje své odborné znalosti také může být edukantem. Za edukátora pokládáme aktéra samotného edukačního procesu. Ve zdravotnictví může být edukátor jakýkoliv ošetrovatelský personál, ale v této práci budeme hovořit především o všeobecných sestřích. Edukační konstrukty jsou standardy a materiály, jež ovlivňují kvalitu daného procesu. Při takovémto učení zdravotnickým personálem je nezbytnou podmínkou vyhledat vhodné prostředí, které bude užito. Může jím být například ambulance (Juřeníková, 2010).

Svěráková (2012) tvrdí, že edukace patří do takzvané sekundární prevence a jejím úkolem je předávat informace pacientům. Tito pacienti už jistou chorobou trpí,

a díky tomuto učení se rozvíjí jejich osobnost. Udává, že při edukaci je důležité, aby edukátor měl vědomostní poznatky, což jsou v tomto případě lékařské medicínské znalosti. Edukující člověk by měl také znát pedagogické poznatky, poněvadž při předávání informací ohledně dané problematiky se vyskytují stejná pravidla a zásady, jako u výukového procesu.

Edukace by měla být holistická a přínosná pro pacienta. Tomu pomůžou již uváděné teoretické znalosti dané problematiky, tak dodržování zásad edukace, se kterou se pojí didaktika. Edukátor, v tomto případě zdravotní sestra, by měla splňovat daná kritéria.

1.3.2 Formy edukace

I edukace má své formy, které při ní využíváme. Známe především formy dvě; individuální a skupinovou. Jako první již zmiňovaná forma individuální, kterou používáme nejčastěji, je výhodná z hlediska individuálního přístupu k pacientovi. Při této formě může edukátor upravit tempo daného edukačního procesu a učení se tak stává pro pacienta efektivnější. Zpětnou vazbou, která se při edukaci používá, je při této formě snadnější navázat na aktivitu edukanta. Jako vše, i tato forma má své nevýhody. Patří sem nespolupráce s ostatními pacienty, jež daný problém také trápí a časová náročnost pro edukátora.

U skupinové formy edukování pacienti mají výhodu psychické opory ostatních pacientů, jež mají stejný problém. Mohou tak získat zkušenosti i další poznatky od ostatních. Mezi nevýhody patří neaktivita edukantů, kteří se nezapojí do zpětné vazby. Tempo, jež je při skupinové edukaci využíváno, nelze však při této edukaci přizpůsobit všem pacientům (Juřeníková, 2010).

1.3.3 Fáze při procesu edukace

V následné podkapitole zmiňuji fáze, které edukace má a kterými by se každý edukátor měl řídit při edukačním procesu.

Dle Juřeníkové (2010) se edukace dělí do pěti fází. Za první fázi shledáváme takzvané počáteční pedagogické diagnostiky. V této fázi by edukátor měl zhodnotit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukovaného pacienta, zjistit tak i jeho edukační potřeby, které jsou nezbytnou součástí. K odhalení informací využije edukující sestra metodu pozorování či rozhovor. Při této fázi se stanoví cíle edukace.

Následuje projektování. Zde edukátor naplňuje cíle, zvolí obsah, způsob, metody, formu, načasování a pomůcky jež bude využívat.

Třetí fází označujeme realizaci. Při této části najde edukátor prostor k motivaci, která navazuje na expozici, při které jsou zprostředkované nové poznatky edukantům. Správná realizace není jenom o podávání informací edukantovi, ale i o jeho aktivním zapojení, na které se navazuje fixací. Následně se získané vědomosti a dovednosti opakují a pacient si může tak nové poznatky upevňovat. Průběžná diagnostika se stává velice důležitou pro testování a ověření si daného učiva. Posledním krokem při realizaci je aplikace.

Pod čtvrtou fází si Juřeníková (2010) představuje upevnění a prohlubování učiva, které bývá nezbytnou částí pro uchování si vědomostí a dovedností. Udává, že nesmíme pozapomenout na fakt, v němž padesát procent naučené látky edukant do druhého dne zapomene. Proto je nutné nové poznatky opakovat a procvičovat. Pokud tak činíme, dojde ke snadnější fixaci poznatků.

Za poslední fází označujeme zpětnou vazbu. Zde máme prostor pro hodnocení výsledků edukanta i edukátora. Pro přehled přikládám tabulku, která obsahuje zahrnutí jednotlivých fází edukace do ošetrovatelského procesu. Ta je k nahlédnutí v kapitole 8 viz příloha 3.

1.3.4 Role sestry

Zdravotní sestra musí při správné edukaci splňovat určitá kritéria. Především musí mít dostatek odborných znalostí a mít praktické dovednosti. Tato kritéria jsou důležitou součástí pro získání pacientovy důvěry. Následně je důležité, aby sestra byla empatická a měla dobré komunikační schopnosti. Edukátorka by měla zhodnotit schopnosti a možnosti edukanta a následně tak přizpůsobit edukační plán (Juřeníková, 2010).

1.3.5 Edukační metody

Juřeníková (2010) při pojednávání o edukačních metodách uvádí, že se jedná o cílené a vědomé působení edukátora, jež je předem promyšlené. Výsledkem toho je efektivně naplnění cílů učení. Metoda by měla být zajímavá pro edukanta, ale i pro edukujícího.

Zde uvedu základní rozdělení metod, ačkoliv se v jiných literaturách mohou lišit. První metodou je teoretická. Zde se uplatňuje klasická přednáška, přednáška ex cathedra, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář. Druhým rozdělením je teoreticko-praktické. Zde je prostor pro diskuzivní metody, problémové metody, programové výuky, diagnostické a klasifikační a projektové metody. Poslední rozdělení je praktické. Sem řadíme instruktáž, coaching, asistování, rotace práce a stáž, exkurzi (Juřeníková, 2010).

Metodou kooperativního učení je myšlen výcvik především sociálních dovedností, jehož úspěch je podmíněn činností ostatních členů skupiny a tím pádem je společná práce oporou pro každého člena. Výhodou této metody je aktivní zapojení jedinců, kteří jsou uzavření, špatně kooperující či velmi slabí (Špirudová, 2015).

Kognitivně-behaviorální metoda se uplatňuje v případech, kdy pacient potřebuje zásadně změnit své názory či způsoby chování. Tato metoda je postavena na základech, jako je klasické podmiňování (stimuly odpovídají na reflexivní reakce), operativní podmiňování (vede k příjemným následkům) a observační podmiňování (pomocí pozorování a napodobování druhých). Tuto metodu můžeme využít například při přejídání se a podobně. Časový limit této edukace je zhruba hodinu až hodinu a půl. Lekce v této metodě jsou předem naprogramovány (Špirudová, 2015).

1.3.6 Edukační materiály a jejich zásady

Pro rozšíření edukace o mluvený projev zdravotní sestry je vhodné zařadit do procesu písemné materiály. Výhodou je snadnější pochopení informací pro dosažení edukačního cíle. Každá edukátorka by však měla zhodnotit vhodnost edukačního materiálu individuálnímu pacientovi. Rozhodně bude rozdíl edukačního materiálu pro dětského, dospělého a seniorského pacienta.

Podstatnou součástí edukace je dobře napsaný edukační materiál. Edukační materiál nesmí být příliš složitý. Čím větší jednoduchost v obsahu materiálu, tím lépe. Materiál by měl zahrnovat rizikové faktory, zásady bezpečnosti a přínos léčby, jež pacienta pomáhá motivovat. Návody při edukaci by měly obsahovat instrukce, které jsou dostatečně podrobné pro edukanta. Instrukce by měly být popsány postupně, krok za krokem (Juřeníková, 2010).

Materiály mohou představovat různé didaktické techniky a učební pomůcky. Dle Juřeníkové (2010) jsou ve zdravotnictví nejčastěji využívané textové materiály.

Edukační materiály se mohou navzájem doplňovat. Jedná se nejčastěji o různé letáky či brožury. Mezi další edukační materiály patří například videa, která jsou také velice často využívána. Dále to mohou být různé obrázky, obrazy, schémata a data na počítačích či projektoru. Auditivní materiály, jako jsou různé CD, rozhlasové pořady, nahrávky a jiné jsou v dnešní době méně používané z důvodu absence vizualizace. Internet a různé elektronické dokumenty nám mohou pomoci jako edukační materiál, který často slouží jako doplněk běžné výuky. Výhodou je i využití v sebevzdělávání se, například u zdravotnického personálu.

Nyní uvedu příklady zásad při výběru nejčastější formy materiálu, což je tištěná forma. Zde je nutné klást důraz na srozumitelnost a čitelnost podkladu. Vhodné je zvolit černé písmo na bílý podklad s velikostí 12bodového písma. Důležité informace a nadpisy by měly být zvýrazněny tučným písmem. Neměly by se používat složité obrázky a grafy. Tento materiál by měl být jako doplňující podklad pro verbální komunikaci zdravotníka a edukanta. Jak jsem již uváděla, měl by být přizpůsobený individuálnímu pacientovi.

Každý edukační materiál by měl být volen na podkladě pedagogických záměrů. Při správném pochopení edukačního materiálu a provedení správné edukace nám může pomoci v prevenci, ale i v léčbě pacienta.

1.3.7 Edukační cíle

Edukační cíle jsou nepochybně velmi důležitou složkou v rámci správné edukace pacientů a klientů.

Podle Juřenikové (2010) si každý edukátor musí být jist a vědom, jakých změn v dovednostech, vědomostech, v návycích či v postojích chce docílit. Cíle však musí být správně formulované, aby edukátorovi mohli pomoci při edukačním procesu. Je to očekávaný výsledek, jenž chceme dosáhnout. Rozdíl mezi reálným výsledkem edukace a edukačním cílem by měl být co nejmenší.

Každý edukant si může rozdělit cíle na krátkodobé, ty jsou využity při každé etapě, či dlouhodobé, kde si všímáme finálního výsledku. Všechny cíle by měly být pro edukanta přiměřené a reálně splnit. Mezi další charakteristickou vlastnost cílů řadíme jasnost, přesnost, konkrétnost, jednoznačnost a možnost kontroly. Komplexnost je důležitá, neboť by cíl měl působit na kognitivní oblast, což spadá do vědomostní, afektivní stránky, kdy hraje roli rozvoj osobnosti, ovlivnění postojů edukanta a psychomotorika (Juřeniková, 2010).

1.3.8 Edukace pacientů s vybranými civilizačními chorobami

Nyní bych ráda uvedla edukaci pacientů u vybraných civilizačních chorob, jako je arteriální hypertenze, ateroskleróza, diabetes mellitus II. typ a obezita.

1.3.8.1 Edukace pacientů s arteriální hypertenzí

Pacienti trpící arteriální hypertenzí by měli dbát na režimová opatření, bez kterých se neobejde nefarmakologická léčba. Tato léčba přispívá k terapii u pacientů trpících tímto onemocněním. Jako příklad uvádím zanechání kouření, u obézních pacientů redukce hmotnosti, omezení příjmu soli a snížení konzumace alkoholu (Souček, Špinar, Svačina, 2005).

Dále by edukace měla pomoci pacientům při získání informací ohledně správného postupu měření krevního tlaku, které využívají v domácím prostředí. Pacienti by si měli být vědomi nepříznivého vlivu arteriální hypertenze na jejich zdraví, komplikace, léčbu a nemoci jako takové. Edukátor, v tomto případě lékař, ve spolupráci se zdravotní sestrou, by měl zvolit takovéto cíle (Vokurka a Hugo, 2011).

1.3.8.1.1 Rizikový faktor-kouření

Kouření nezvyšuje krevní tlak, ale patří mezi rizikové faktory postihující artérie, které vedou například k ischemické chorobě srdeční.

Při edukaci pacientů by měla být položena otázka pacientovi, zda kouří, kolik cigaret denně a jak dlouho. Následně edukantovi kuřákovi by měla být poskytnuta doporučení při přestávání kouření a provedena motivace. Pacientovi můžeme doporučit například Linku pro odvykání kouření s číslem 844 600 500, či některé z Center pro závislé na tabáku (Malá, 2015).

Sestra edukátorka při podpoře pacienta kuřáka stanoví termín, od kdy by pacient měl začít s odvykáním a uvede možnosti jiných rituálů při situacích, které souvisely s kouřením. Do tohoto procesu je vhodné zapojení i rodiny edukanta. Následná motivace a vytyčení výhod nekouření je velice důležitá při této intervenci. Zdravotní sestra nesmí pozapomenout na chválu při splnění daného cíle (Malá, 2015).

1.3.8.1.2 Rizikový faktor-obezita

Mezi další rizikový faktor arteriální hypertenze řadíme obezitu. Sestra edukátorka by neměla pozapomenout na tento rizikový faktor a edukantovi podat

dostatek informací. Dále sestra může pacientovi předat kontakt na specializovaná centra či nutričního terapeuta a neměla by zapomenout na uvedení informačních zdrojů, kde pacient může sám studovat danou problematiku.

1.3.8.2 Edukace pacientů s aterosklerózou

Správná edukace obyvatelstva ohledně možnosti vzniku aterosklerózy by mohla vést ke snížení výskytu daného onemocnění. V následujícím odstavci uvádím rizikové faktory, které se dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Mezi neovlivnitelné faktory zařadíme vyšší věk, mužské pohlaví, genetické predispozice a genetické abnormality, jako je familiární hypercholesterolemie. Dále máme ovlivnitelné rizikové faktory, jako je hypertenze, hyperlipidémie, kouření, diabetes a zvýšená hladina hodnoty CRP (Vojtěch, 2013).

1.3.8.2.1 Rizikový faktor-nedostatek pohybu

Při dostatečné fyzické aktivitě je sníženo riziko aterosklerózy. Sestra edukátorka tak doporučí pacientovi pohyb čtyřikrát až pětkrát týdně po dobu třiceti minut. Samozřejmě druh fyzické aktivity musí být přizpůsoben individuálně jedinci. Sestra může pacientovi doporučit například rychlou chůzi, jízdu na kole, plavání či tanec. Tepová frekvence by se měla pohybovat okolo 75 procent (Fait, Vrabík, Češka, 2008).

1.3.8.2.2 Rizikový faktor-stres

Stres označujeme jako reakci organismu na určitý stresový podnět. Při emotivní zátěži se vylučují hormony, jenž přispívají ke vzniku onemocnění, jako je právě zmiňovaná ateroskleróza. Pro eliminaci stresu může sestra doporučit například procházky, jízdu na kole a jiné fyzické aktivity, jelikož pomůžou spotřebovat tyto hormony. Dále edukátorka může doporučit dostatek pravidelného spánku. Mezi další redukátory stresu patří například meditace, masáž, poslech hudby, jóga či četba knih (Křivohlavý, 2009).

1.3.8.3 Edukace pacientů s diabetem mellitem II. typu

Edukace u pacientů s tímto onemocněním je důležitá především kvůli její léčebné funkci. Pacient musí se sestrou edukátorkou spolupracovat, jinak nejsou

výsledky efektivní. U pacientů s diabetem připadá vhodná i edukace skupinová o které bych se ráda zmínila (Jirkovská et al.,2017).

V této formě edukace pacienti mají výhodu při sdílení si informací o daném onemocnění mezi sebou, a učí se tak od sebe navzájem. Korigují své názory, postupy a postoje a mohou se poučit ze zkušeností ostatních (jak pozitivních, tak negativních). Dále si mohou sdělit své emoce a pomoci si tak po psychické stránce. V této formě edukace má sestra spíše roli naslouchající a facilitující skupinové dění. Je proto spíše mediátorka a průvodkyně, i přesto má řadu důležitých úkolů. Musí zde určit vhodnost pacientů v dané skupině a její počet členů. Dále tak stanoví cíle a při každém setkání vymezuje téma dne. Při skupinové edukaci pacientů ohledně inzulinoterapie je například vhodné a zároveň podpůrné pro ostatní pacienty nechat mluvit ty, kteří již tuto terapii podstoupili. Pasivní pacient při poslechu ostatních bývá často pozitivně motivován, a tak mění svůj postoj (Jirkovská et al., 2017).

Při první edukaci by měly být na začátku představeny určité osoby a následující děje. Jako první je představení edukátora, popřípadě dalších lektorů, například nutričního terapeuta a jiných. Dále představení programu, organizačních pravidel, účastníků, očekávání od edukace, formu této edukace a stručný úvod do lekce (Jirkovská et al., 2017).

Dále je důležitá obecná role edukátorky při této formě edukace. Musí zajistit organizaci kurzu, což je chápáno jako prostor, načasování, pomůcky a další. Dalšími úkoly jsou uvést do lekce i tématu, dbát na dodržování skupiny daného tématu, reagovat na potřeby edukantů, podporovat skupinovou diskuzi, zapojovat všechny účastníky, dbát na zpětnou vazbu. Edukanti musí chápat informace, popřípadě je třeba informace vysvětlit, informovat o dalších informačních zdrojích a v poslední řadě shrnout celou lekci (Jirkovská et al., 2017).

1.3.8.3.1 Konverzační mapy

Uvádím další příklady – pomůcku, jež je využívána ve skupinové edukaci diabetiků. Je to takzvaná konverzační mapa, která pomáhá edukátorkám ke správnému vedení skupiny edukantů při lekcích. Pod celosvětový projekt patří právě konverzační mapy s názvem „Diabetes Conversation Program“. V současné době je v České republice k dispozici sedm druhů těchto map. Mají názvy: Život s diabetem, Jak funguje diabetes, Zdravé stravování a pohybová aktivita, Zahájení léčby inzulinem, Porozumění rizikovým faktorům při zvládnání diabetu, Diabetes a péče o

nohy, Život v rodině s diabetem 1. typu. Při této formě učení převažuje nikoliv monolog ale spíše dialog, při kterém edukátorka aktivizuje edukanty pomocí pokládáním otázek, jež jsou otevřené, a tak jsou pacienti vyzýváni ke společné diskuzi (Jirkovská a kol., 2017).

1.3.8.3.2 Jednodenní ambulantní kurzy

Jednou z forem efektivní skupinové edukace je právě jednodenní ambulantní kurz pro pacienty, kteří jsou léčeni inzulínovou pumpou s možností využití kontinuálního měření glukózy či pro pacienty s inzulínovou pumpou bez funkce senzoru. Jeho cílem je předávání pravidel a informací při léčbě pumpou. Při workshopech se stává výhodou předávání informací a praktických rad uživatelů mezi sebou (Jirkovská a kol., 2017).

V českém pracovišti IKEM probíhají workshopy za účasti 4 až 6 pacientů, neboť při větším počtu ubývá efektivita individuální péče. Zde musíme počítat s časovou náročností. Je zapotřebí kurzy určitých typů a značek výrobců provozovat odděleně.

V neposlední řadě bych ráda popsala program, jež je aktuálně využíván. Jako první je význam inzulínových pump a kontinuální monitorace glukózy pro diabetiky, dále modelové situace při léčbě inzulínovou pumpou a senzorem, chyby a omyly při léčbě pumpou a senzorem, instruktáž pumpy I (druhy bazálních dávek, kdy a jak bazální dávku použít a za jakých podmínek, instruktáž pumpy II (program pro stahování dat a záznamů ze senzoru a další možnosti), kalkulovaný bolus, rozložený bolus a kombinovaný bolus a v poslední řadě závěrečné zhodnocení kurzu a dotazníky (Jirkovská a kol., 2017).

1.3.8.3.3 Kurzy z pohledu edukační sestry

Ve zdravotnickém zařízení IKEM, Centru diabetologie, jsou kurzy provozovány mnoho let pro pacienty, kteří jsou léčeni inzulinem. Tyto kurzy jsou pětidenní a jsou při hospitalizaci s kapacitou pěti až sedmi pacientů, které probíhají 7-8 x ročně.

V průběhu kurzu je využíváno mluvené slovo, promítací technika a konverzační mapy. Jako další pomůcky, jež si pacienti mohou sami vyzkoušet, jsou například glukometr, inzulínová pumpa, váhy potravin, tlakoměr a další. Zde se pacienti snaží

prakticky zvládnout onemocnění diabetes. Při tomto kurzu je dostatek prostoru na pacientovy otázky, a tak si osvojuje své znalosti a praktické dovednosti.

Po uplynulých šesti měsících jsou pacienti zváni na kontrolní setkání formou víkendové reedukace, které je mimo zdravotnické zařízení (Jirkovská a kol., 2017).

Dietní opatření je nezbytnou součástí v léčbě diabetu mellitu II. typu, proto do přílohy přikládám schéma dietního léčby diabetu (viz příloha 4).

1.3.8.4 Edukace pacientů s obezitou

Při edukaci u pacientů trpících obezitou je zapotřebí provádět dlouhodobější intervence. Při prvním setkání se provede měření hodnot – váha pacienta, svalová a tuková hmota, množství vody v organismu, poměr pasu a boků a hodnota BMI (Štochllová, 2013).

Při edukaci u obezních pacientů se sestra edukátorka musí držet správných zásad a pravidel pro edukaci. U těchto pacientů se musí především sestra zaměřit na správnou životosprávu, jako jsou stravovací návyky a fyzická aktivita. Dále však může pacientovi nabídnout možnost přítomnosti nutričního terapeuta či doporučit informační zdroje, kde si pacient sám vyhledá dané informace.

1.3.8.4.1 Hodnocení obezity

Dle Staňkové je jednou z metod, která definuje stav výživy pacienta, pravidlo ABCD. Písmeno A znázorňuje antropometrické měření, které představuje informaci o složení a hmotnosti těla. Zde měříme BMI, měření kožní řasy a obvod svalů ramena. Písmeno B nám představují biochemické údaje hladiny látek a metabolitů, které jsou specifickým indikátorem pro určení poruchy výživy. Písmeno C nám poukazuje na klinické příznaky, jako je například změna sliznice, jazyka, kůže a očí a také kardiovaskulární a nervové změny systému. Poslední písmeno D znázorňuje anamnézu stavu výživy pacienta jako jeho stravovací návyky, preferencí jídel, konzumaci vitamínů, minerálů a fyzické aktivity.

Pro přehled klasifikace hmotnosti dle BMI přikládám do příloh tabulku viz příloha 5.

1.4 Aktuální zajímavost ve světě: COVID-19

Tuto bakalářskou práci píši ve velice složitém období pro obyvatelstvo, které postihla virová pandemie s názvem COVID-19. Tato pandemie je velký zásah pro lidstvo, neboť vede k mortalitě lidstva. Proto jsem se rozhodla zařadit i toto téma do teoretické části.

První případy tohoto onemocnění byly hlášeny z čínského Wu-chanu s datem 31. 12. 2019. Toto onemocnění se projevilo u lidí, kteří navštívili trh, kde se prodávaly mořské plody, ryby, kuřata, netopýři, ptáci a svišti. Případy byly odhaleny v dalších zemích Asie, Austrálie a postupně se nemoc rozšířila do Evropy, Afriky a Ameriky. 30. ledna byl vyhlášen zdravotnickou organizací WHO globální stav zdravotní nouze. 13. března 2020 jako hlavní epicentrum byla vyhlášena Evropa a USA (SZÚ, 2020).

Nejčastější klinický příznak je horečka, suchý kašel, únava, produkce sputa, dušnost, bolest v krku, bolest hlavy, bolest kloubů a svalů. Mezi méně časté patří průjem, zvracení a zápal plic. Závažnější až smrtelný průběh ze statistik je zaznamenán především u pacientů starších 60 let, osob s chronickým onemocněním a kuřáků. Inkubační doba se pohybuje okolo 14 dnů (SZÚ, 2020).

Nyní je přenos definován po úzkém kontaktu s infikovanou osobou, jeho sekrety v souvislosti s přežíváním viru v prostředí. Z výzkumu jsou informace, kdy vir ve vzduchu přežije až 3 hodiny, na mědi až 4 hodiny, na kartonu až 24 hodin a až 2-3 dny na plastu a nerezové oceli (SZÚ, 2020).

Já vzhledem k neukončenému procesu šíření tohoto viru ve světě v době, kdy píši tuto práci neuvádím více informací. Především z důvodu spousty nevalidních informací týkajících se tohoto tématu, které dodnes nejsou potvrzeny.

Kapitolu s touto problematikou jsem zařadila do mé bakalářské práce také především z důvodu, že se v této pandemii využívají informační zdroje pro edukaci obyvatelstva v elektronické formě. Především se edukuje obyvatelstvo pro správné chování při pandemii. Hojně se v této době využívají především elektronické zdroje. Ministerstvo zdravotnictví pravidelně aktualizuje na svých internetových stránkách aktuální informace ohledně COVID-19. Na těchto stránkách můžeme najít například aktuální články z daného dne, dále informace ohledně uvolňování opatření, informace pro zdravotníky a veřejnost.

Na stránkách ministerstva zdravotnictví můžeme dohledat i mediální informační zdroj v podobě ilustračního videa, jako je například chytrá karanténa,

kteřá slouží pro edukaci pacienta, jenž je pozitivní. V tomto videu je instruktáž postupu, jak se chovat při pozitivním testu. V první řadě infikovaného kontaktuje hygienik a společně s ním si jedinec vzpomene, s kým se poslední době stýkal (5 dní zpět). Dále se vytvoří vzpomínková mapa míst, kde se pohyboval. Se souhlasem dotyčného je možné od operátora zmapovat, kde se nacházel jeho mobilní telefon v posledních dnech. Hygienická stanice kontaktuje občany, které se vyskytli v okolí infikovaného a ti zůstanou po dobu 14 dní v karanténě ve své domácnosti. Ohrožení, kteří jsou v karanténě si nechají odebrat vzorky. Aplikace chytré karantény jim ukáže odběrové centrum v jejich okolí, které je nejméně frekventované. Za co nejkratší dobu je dotyčným sdělen výsledek testu. Cílem tohoto projektu je zabránit možnému přenosu viru. (MZČR, 2020)

Ministerstvo zdravotnictví především edukuje obyvatelstvo pomocí médií jako je televize, kde sdělují aktuální informace a následné postupy.

2 Cíle a hypotézy práce

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit způsoby použití informačních zdrojů při edukaci pacientů s civilizačními chorobami

Cíl 2: Zjistit metody použití informačních zdrojů při edukaci u pacientů s civilizačními chorobami

Cíl 3: Zjistit teoretické znalosti sester pro uvádění informačních zdrojů pacientům.

2.2 Hypotézy práce

H 1: Většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty.

H 2: Více jak polovina sester zná zásady a metody pro uvádění informačních zdrojů pacientům.

H 3: Teoretické znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

V první části bakalářské práce je popsán současný stav, kdy je použit pouze teoretický popis mého tématu. Ten je zpracován na základě odborných knih, časopisů a článků. Druhou část práce obsahuje výzkum. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou. Pro zjištění teoretických znalostí sester o informačních zdrojích při edukaci pacientů s civilizační chorobou byl využit nestandardizovaný dotazník.

Tato metoda sběru dat byla vybrána pro potvrzení či vyvrácení hypotéz. V tomto dotazníkovém šetření byla zachována anonymita, avšak sestry v dotazníku uváděly, z jakého pracoviště pochází. Dotazník byl vyplněn sestrami pouze v tištěné podobě.

Sestry respondentky byly slovně ale i písemně informovány o dodržení anonymity a zároveň byly informovány o problematice, jež se bakalářská práce zabývá. V úvodu bylo respondentkám popsáno, že se v dotazníku nachází 29 otázek, které jsou uzavřené a polouzavřené. Dále, že se otázky zaměřují především na informační zdroje. Pro upřesnění bylo uvedeno, že informačními zdroji se rozumí takový zdroj informací, jenž zdravotní sestře pomáhá při edukaci pacienta pro správné pochopení a osvojení si dané problematiky. To může pomoci v prevenci civilizačních chorob, ale také i v léčebném procesu. Nechyběly příklady těchto zdrojů. Mezi ně byly zařazeny tištěné dokumenty, jako jsou letáky, odborné časopisy, brožury a jiné. Dále zdroje pomocí médií, jako jsou odborné pořady a videa, internet, kde můžeme nalézt odborné stránky a elektronické dokumenty. V konečné fázi úvodu bylo podotknuto, že se v dotazníku nachází otázky směřované na zásady informačních zdrojů. Pro upřesnění bylo předloženo pár příkladů zásad, jako je zvolení vhodnosti informačního zdroje pro daného pacienta, časovost, vybrání vhodnosti edukačního materiálu, jednoduchost, jasnost a kroková posloupnost. Nakonec byla dodána prosba o zakroužkování pouze jedné správné odpovědi, kterou považují za nejčastější a nechybělo poděkování.

3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro dosažení co nejvyššího počtu respondentů výzkumný vzorek tvořily zdravotní sestry z nemocnice v Jihočeském kraji, a to z oddělení chirurgického,

interního, neurologického, rehabilitace, interní ambulance, kardio-JIP, diabetologie, metabolické jednotky a v poslední řadě sestry z primární zdravotní péče.

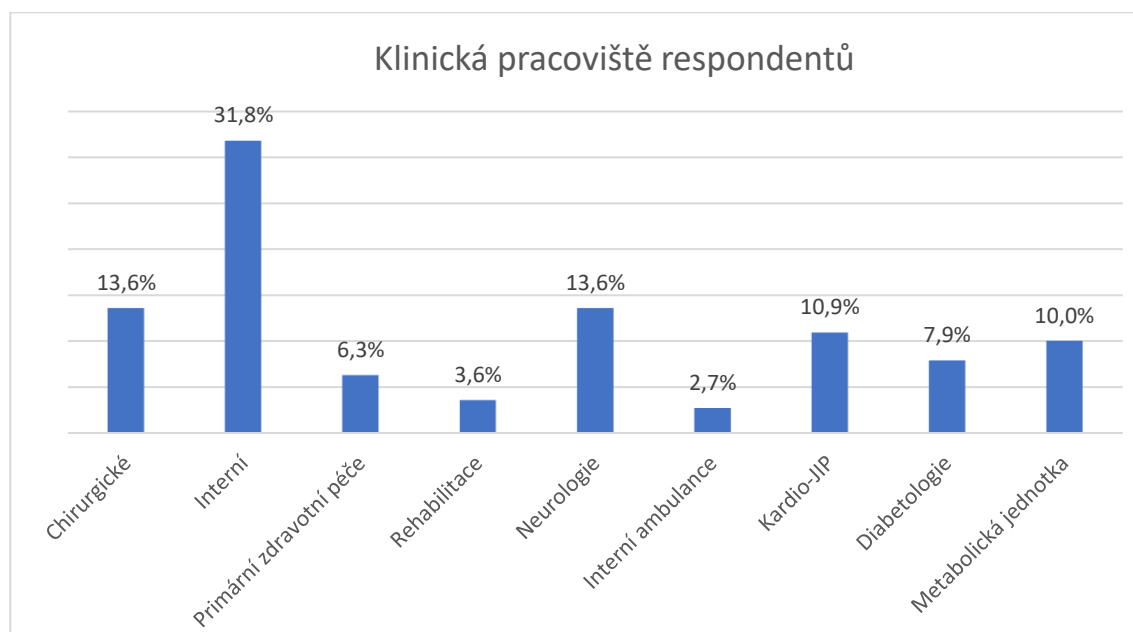
Bylo rozdáno 130 dotazníků, z čehož 18 nebylo vyplněno a u dvou dotazníků nebyly úplné informace. Ve výsledcích tedy bylo pracováno s počtem 110 vyplněných dotazníků. Sestry byly velice vstřícné, až překvapivě aktivní ve vyplňování položených otázek.

Dotazník byl anonymní, v úvodu byla popsána racionalizace pojmů, aby bylo předcházeno nedorozumění při kladení otázek.

4 Výsledky

4.1. Výsledky s grafy

V následující části práce jsou uvedeny grafy s výsledky vlastního šetření. Uvedená čísla jsou zobrazena v procentech. U jednotlivých výsledků může vzhledem k zaokrouhlování dojít k odchylce v řádech 0,1 %. Výsledky obsahují 29 grafů s odpovědi respondentů.

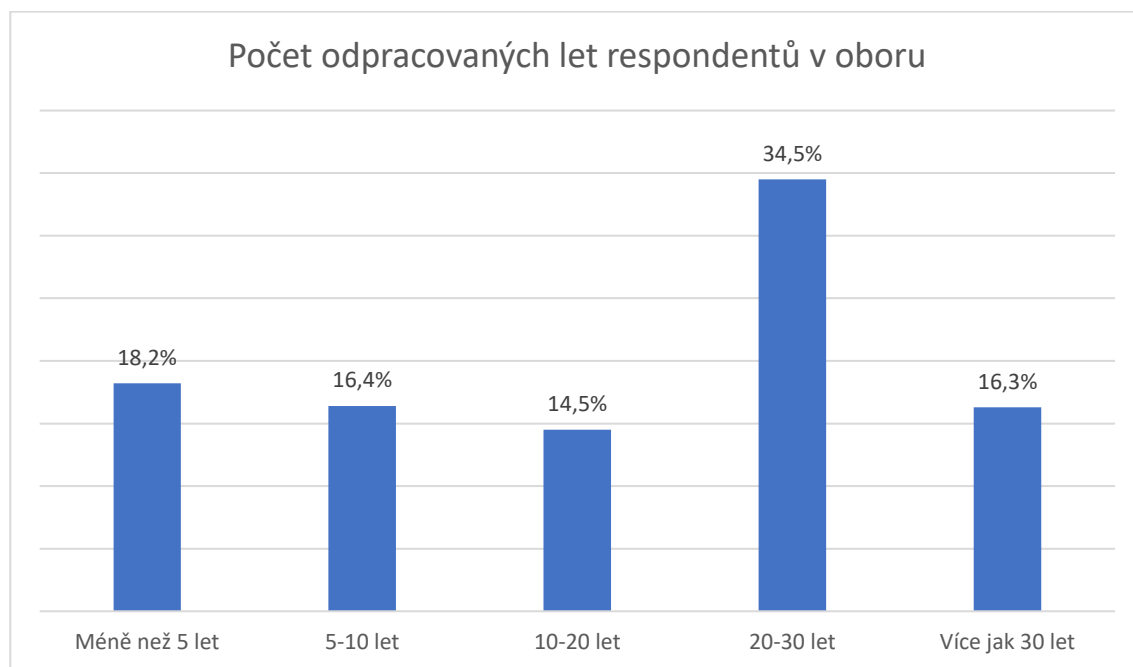


Obrázek 1: Klinická pracoviště respondentů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Z celkového počtu 110 dotazovaných respondentů (100 %) pracují na chirurgickém oddělení 13,6 % (15), na interním 31,8 % (35), v primární zdravotní péči 6,3 % (7), na rehabilitaci 3,6 % (4), neurologii 13,6 % (15), v interní ambulanci 2,7 % (3), na oddělení kardio-JIP 10,9 % (12), diabetologii 7,9 % (8) a zbývajících

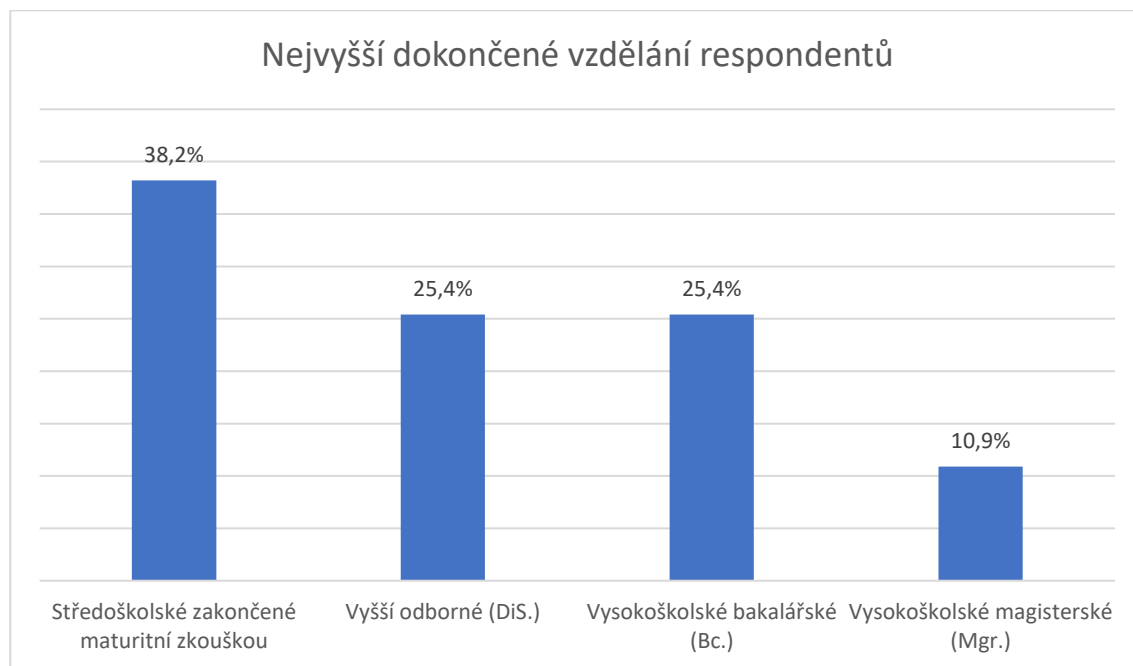
10 % (10) sester na metabolické jednotce. Zdravotní sestry byly vybrány z jedné okresní nemocnice a různých primárních zdravotních péčí v Jihočeském kraji.



Obrázek 2: Počet odpracovaných let respondentů v oboru

Zdroj: vlastní šetření, 2020

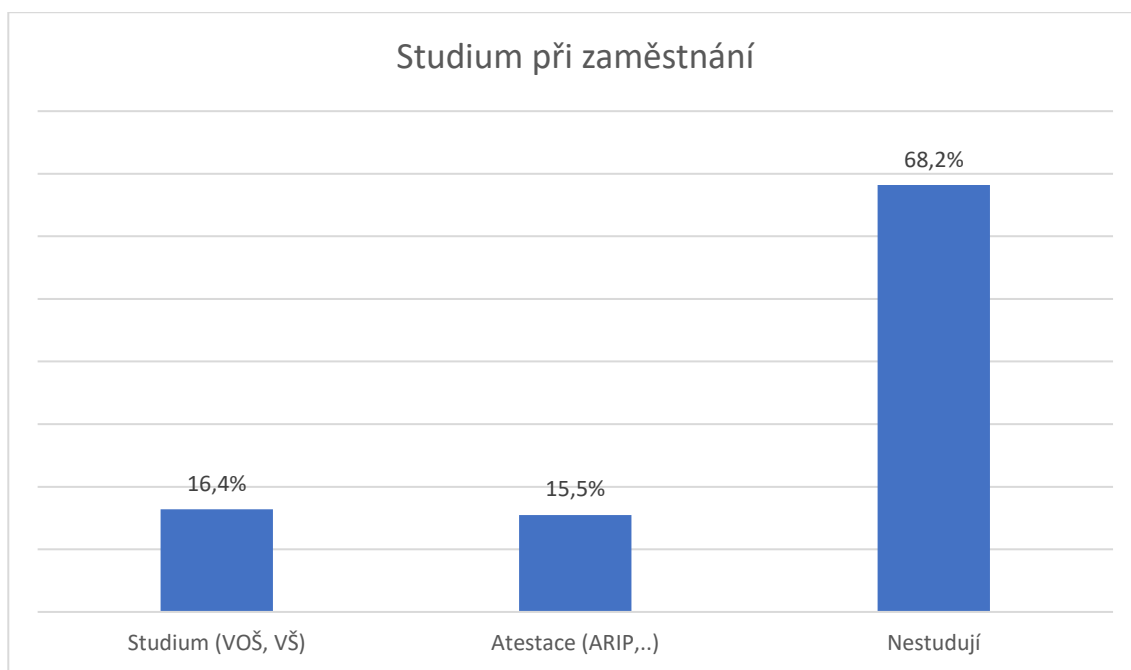
Z celkového počtu 110 respondentů (100 %) vykonává pracovní činnost v oboru méně než 5 let 18,2 % (20), 5-10 let 16,4 % (18), 10-20 let 14,5 % (16), 20-30 let 34,5 % (38) a více jak 30 let 16,3 % (18).



Obrázek 3: Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

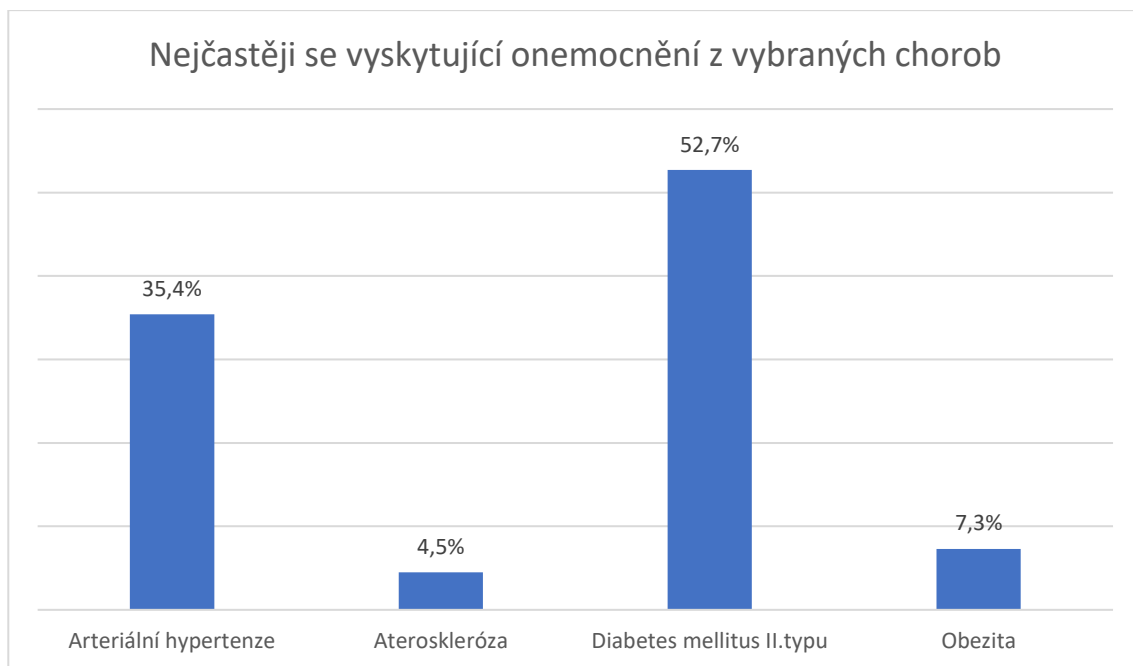
Z celkového počtu 110 respondentů (100 %) nejvyšší dokončené vzdělání má 38,2 % (42) středoškolské zakončené maturitní zkouškou, vyšší odborné 25,4 % (28), vysokoškolské bakalářské 25,4 % (28) a vysokoškolské magisterské 10,9 % (12).



Obrázek 4: Studium při zaměstnání

Zdroj: vlastní šetření, 2020

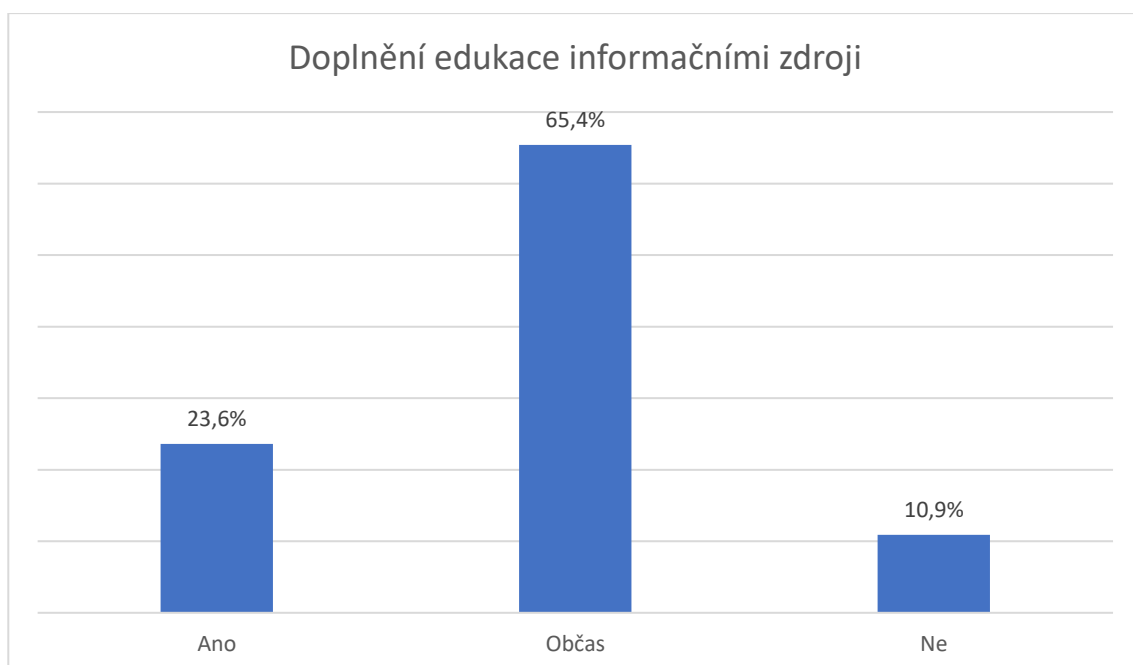
Při zaměstnání studuje vyšší odbornou školu a vysokou školu z celkového počtu 110 respondentů (100 %) 16,4 % (18), doplňují si své vzdělání o atestaci (ARIP,...) 15,5% (17) a nestuduje při zaměstnání většina, tj. 68,2 % (75).



Obrázek 5: Nejčastěji se vyskytující onemocnění z vybraných chorob

Zdroj: vlastní šetření, 2020

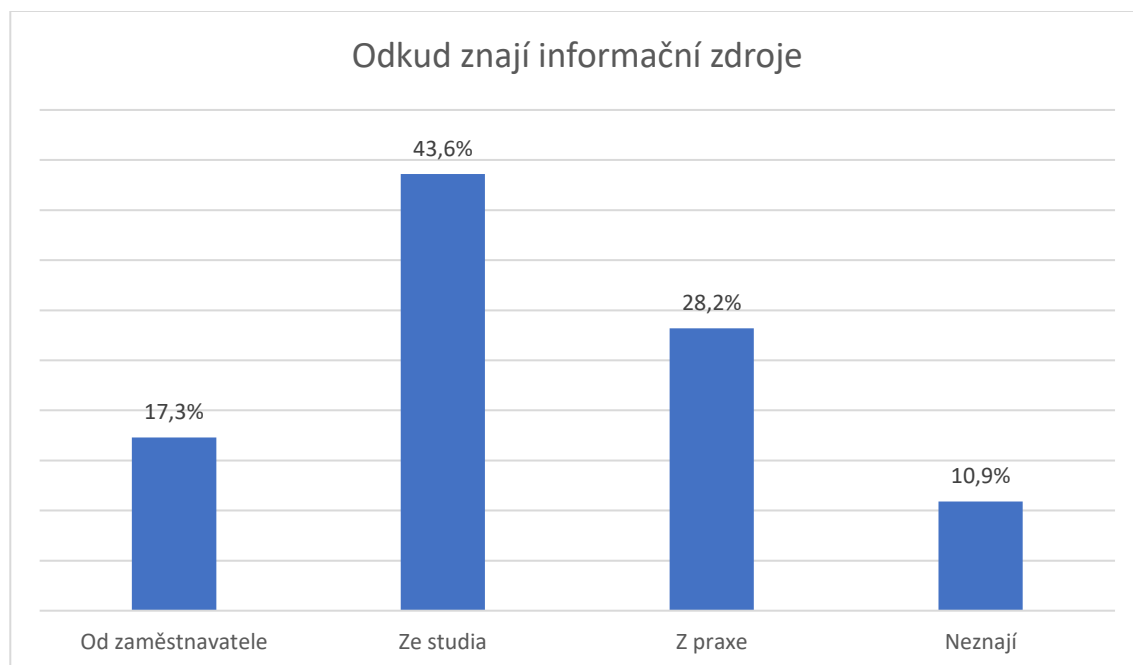
Na otázku, se kterou diagnózou z těchto vybraných civilizačních chorob se nejčastěji setkávají v rámci svého zaměstnání uvedlo 35,4 % (39) respondentek arteriální hypertenzi, 4,5 % (5) aterosklerózu, 52,7 % (58) diabetes mellitus II. typu a 7,3 % (8) obezitu z celkového počtu dotazovaných 110 zdravotních sester (100 %).



Obrázek 6: Doplnění edukace informačními zdroji

Zdroj: vlastní šetření, 2020

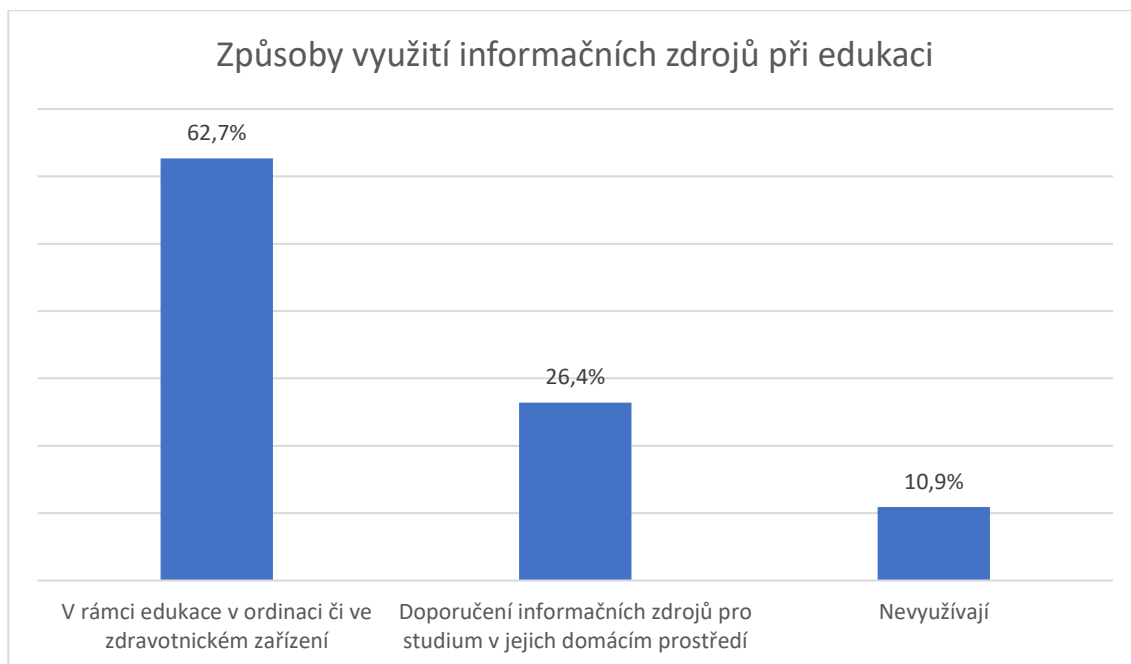
Z celkového počtu 110 dotazovaných respondentů (100 %) o doplnění edukace informačními zdroji uvedlo 23,6 % (26) kladně, 65,4 % (72) občasné doplňování a 10,9 % (12) uvedlo, že nedoplňují edukaci informačními zdroji.



Obrázek 7: Odkud znají informační zdroje

Zdroj: vlastní šetření, 2020

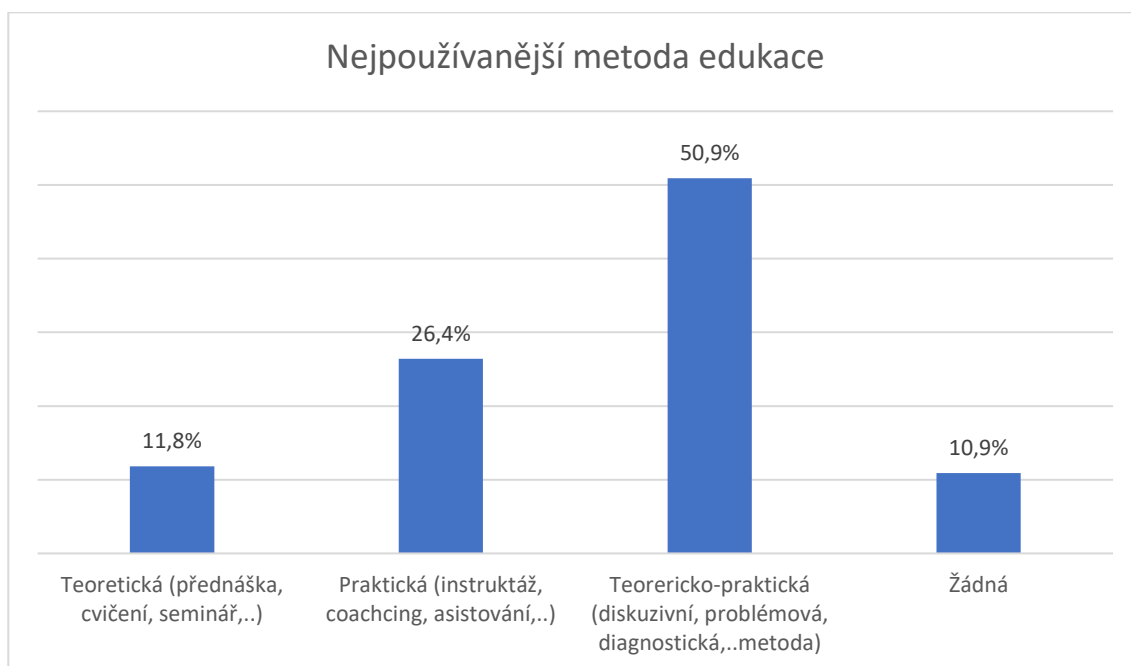
Na tuto otázku odpovídalo všech 110 respondentek, včetně těch, které uvedly, že informační zdroje neznají s procentuální hodnotí 10,9 (12). Nejvyšší počet zodpovězených odpovědí bylo při odpovědi, že informační zdroje znají ze studia, takto odpovědělo 43,6 % (48) respondentek. Dále 28,2 % (31) z praxe a od zaměstnavatele 17,3 % (19).



Obrázek 8: Způsoby využití informačních zdrojů při edukaci pacientů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

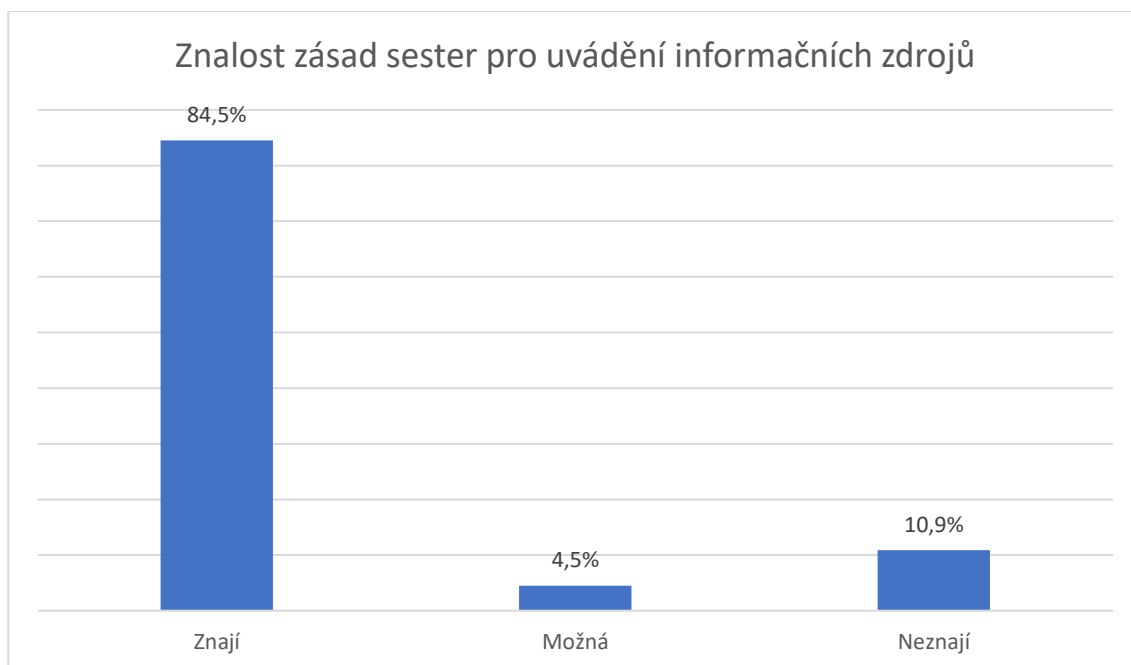
Z mého výzkumného šetření z celkového počtu 110 respondentek uvedlo 10,9 % (12) nevyužívání informačních zdrojů při edukaci pacientů. S procenty 62,7 (69) uvedlo, že informační zdroje využívají v rámci edukaci v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení. 26,4 % (29) uvedlo, že doporučují informační zdroje pacientům pro studium v jejich domácím prostředí.



Obrázek 9: Nejpoužívanější metoda edukace

Zdroj: vlastní šetření, 2020

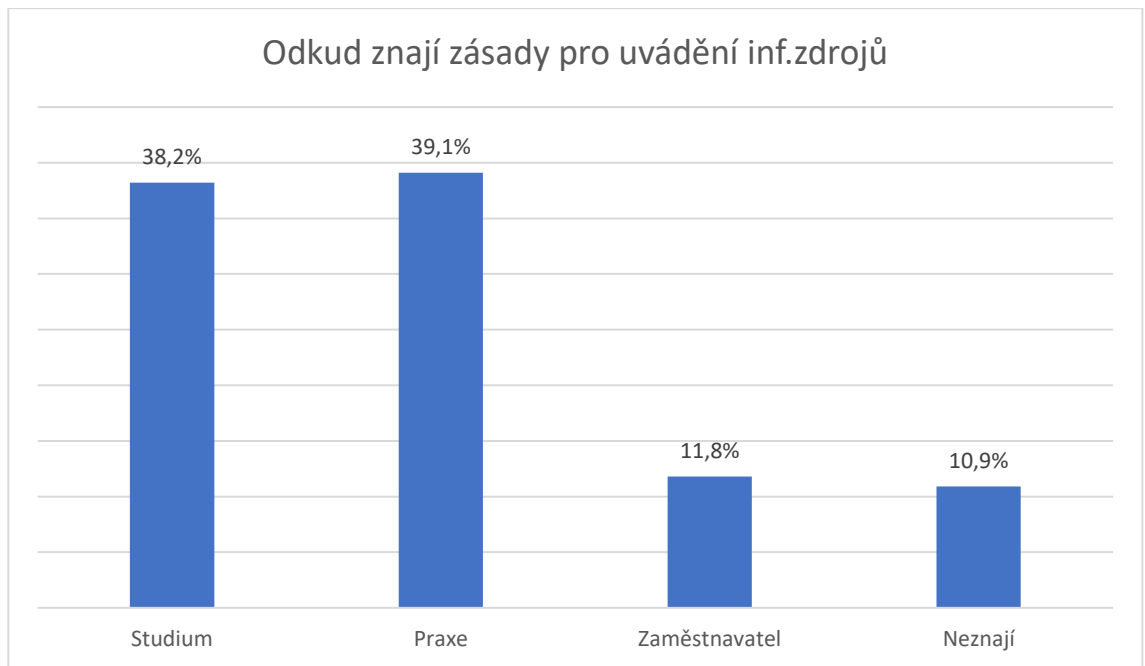
Ze 110 respondentek uvedlo 10,9 % (12) neuzívání edukačních metod, přičemž 50,9 % (56) uvedlo jako nejčastěji užívanou metodu teoreticko-praktickou, 26,4 % (29) praktickou a 11,8 % (13) teoretickou.



Obrázek 10: Znalost zásad sester pro uvádění informačních zdrojů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

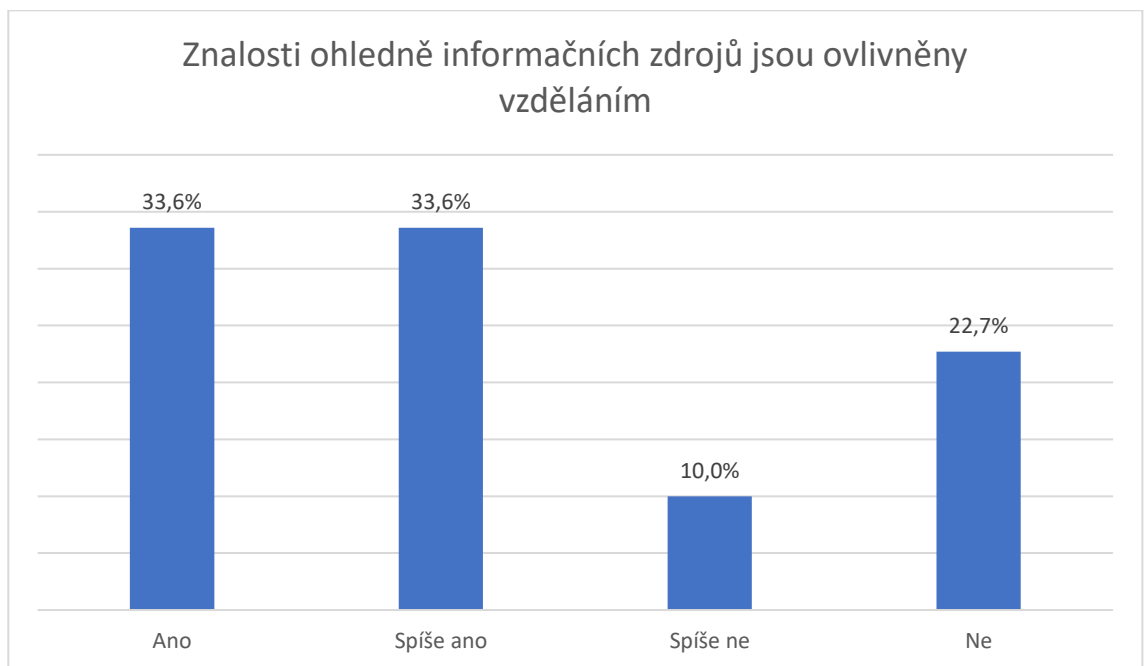
Na otázku, zda znají zásady pro uvádění informačních zdrojů pacientům (a po vysvětlení jaké zásady je myšleno) uvedlo z celkového počtu 100 % (110 respondentů) 10,9 % (12) jejich neznalost, 84,5 % (93) uvedlo, že znají zásady a odpověď „možná“ zvolilo 4,5 % (5).



Obrázek 11: Odkud znají zásady pro uvádění inf. zdrojů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

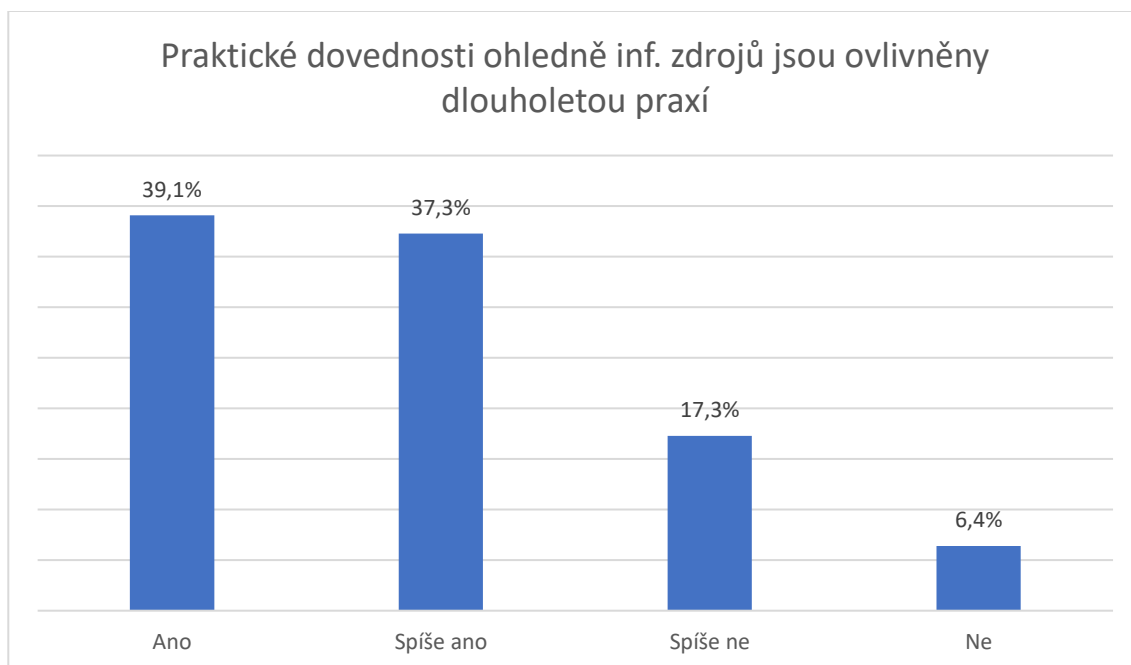
Z celkového množství respondentů (110=100 %) na neznalost zásad odpovědělo 10,9 % (12). 39,1 % (43) sester uvedlo, že zásady pro uvádění informačních zdrojů pacientům znají z praxe, 38,2 % (42) ze studia a 11,8 % (13) od zaměstnavatele.



Obrázek 12: Znalosti ohledně informačních zdrojů jsou ovlivněny vzděláním

Zdroj: vlastní šetření, 2020

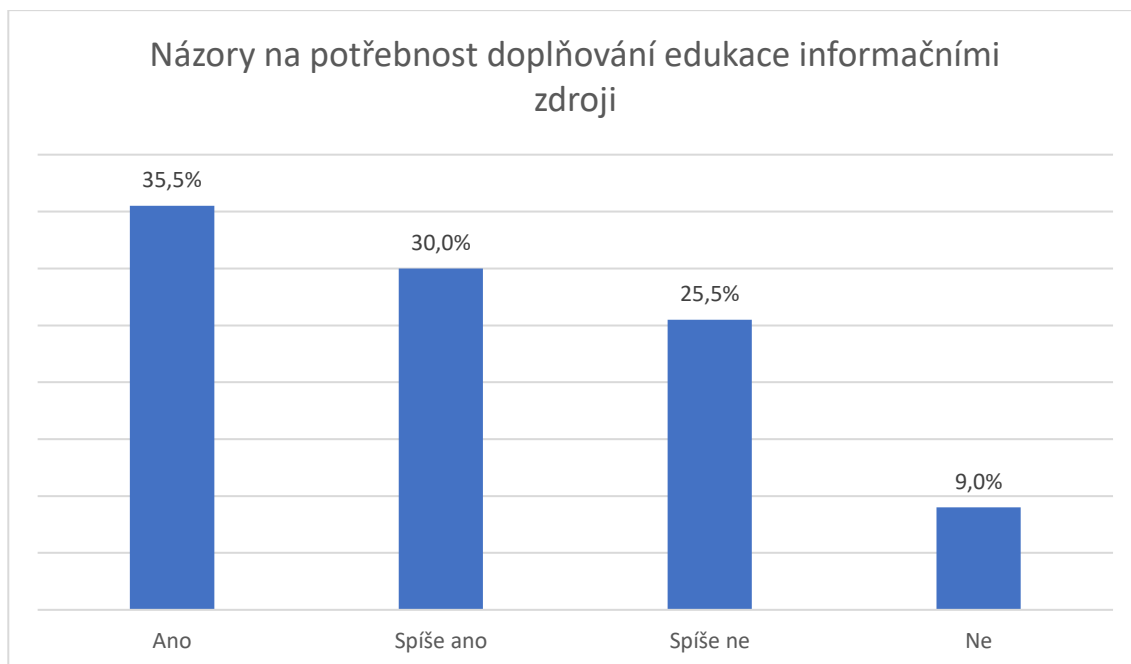
Z celkového množství 110 respondentů (100 %) názor ohledně ovlivnění znalosti vzděláním o informačních zdrojích zodpovědělo 33,6 % (37) ano, 33,6 % (37) spíše ano, 10 % (11) spíše ne a 22,7 % (25) ne.



Obrázek 13: Praktické dovednosti ohledně inf. zdrojů jsou ovlivněny dlouholetou praxí

Zdroj: vlastní šetření, 2020

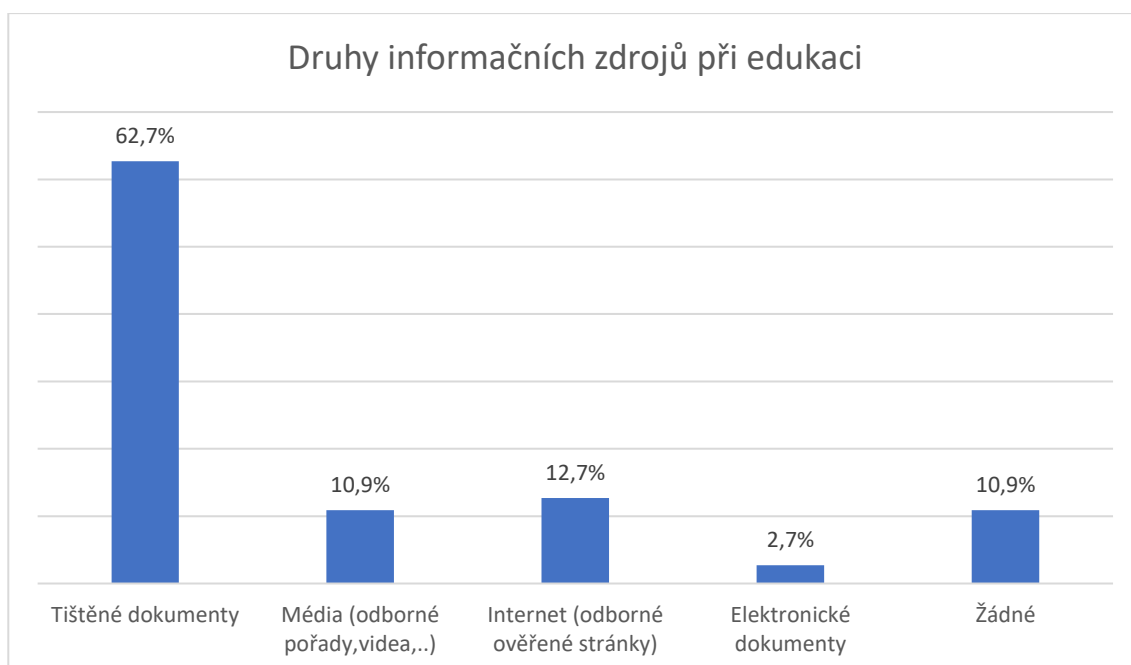
39,1 % sester uvedlo, že praktické dovednosti ohledně informačních zdrojů jsou ovlivněny praxí, 37,3 % uvedlo odpověď „spíše ano“, 17,3 % „spíše ne“ a 6,4 % uvedlo, že dovednosti nejsou ovlivněny dlouholetou praxí v oboru.



Obrázek 14: Názory na potřebnost doplňování edukace informačními zdroji

Zdroj: vlastní šetření, 2020

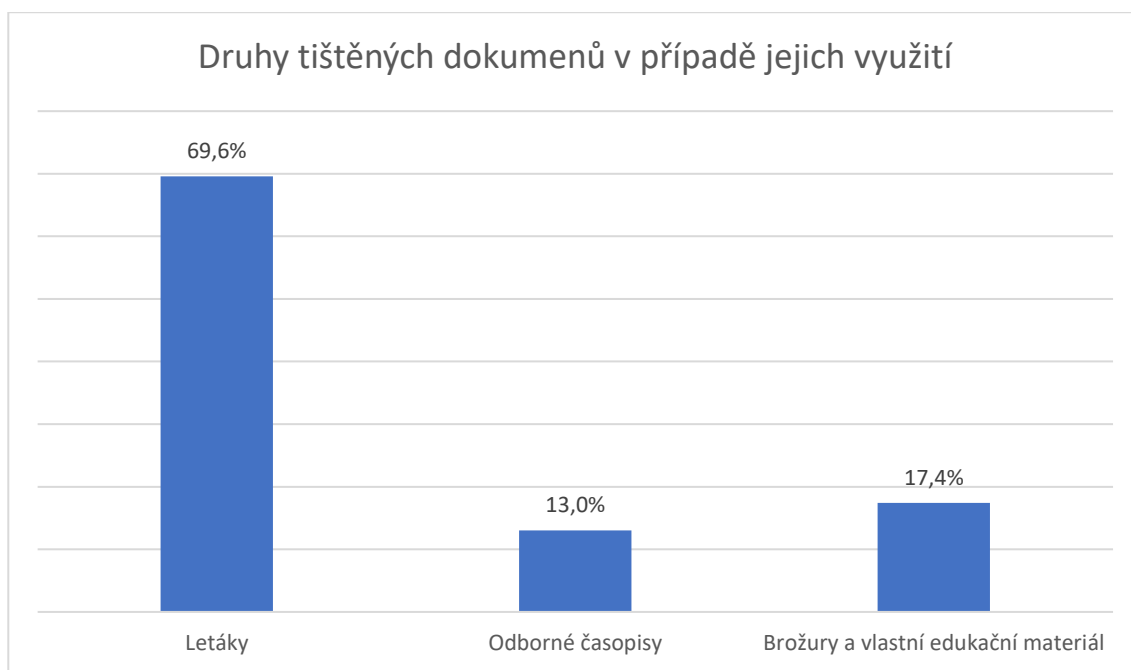
Z výzkumného šetření vyplívá, že 35,5 % (39) respondentů si myslí, že doplňování edukace informačními zdroji je potřebné, 30 % (33) uvedlo spíše ano, 25,5 % (28) spíše ne a 9 % (10) tuto hypotézu vyvrací.



Obrázek 15: Druhy používání informačních zdrojů při edukaci

Zdroj: vlastní šetření, 2020

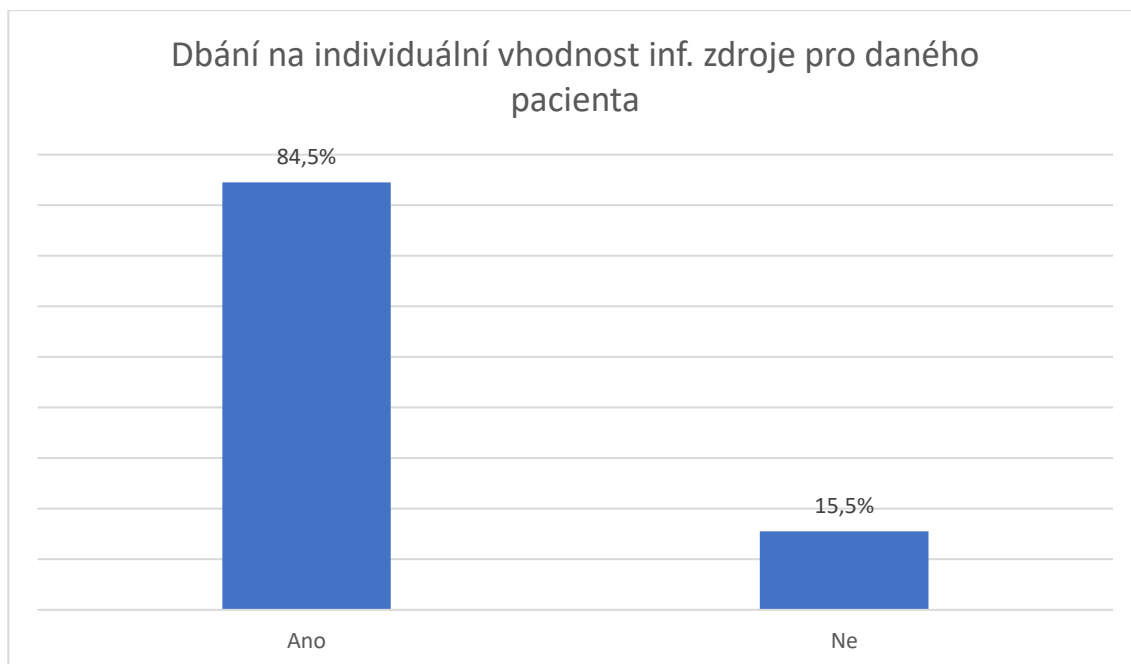
10,9 % (12) dotazovaných sester uvedlo, že informační zdroje při edukaci nepoužívají. 2,7 % (3) používají elektronické dokumenty, 12,7 % (14) internet (jako jsou odborné ověřené stránky), 10,9 % (12) média (odborné pořady, videa, aj.) a s nejvyšším procentem 62,7 % (69) zodpovědělo, že používá tištěné dokumenty.



Obrázek 16: Druhy tištěných dokumentů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

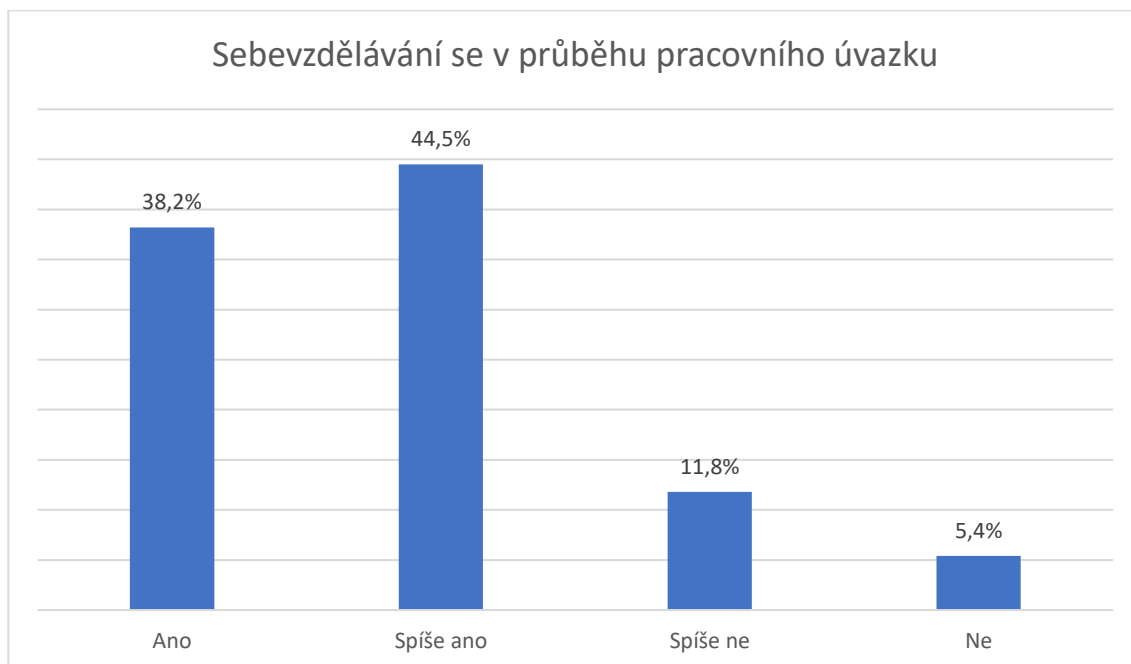
Z počtu 69 respondentů, kteří uvedli jako typ informačních zdrojů tištěné dokumenty byli dále dotazováni na uvedení druhu těchto dokumentů. 69,6 % (48) používá letáky, 13 % (9) odborné časopisy a 17,4 % (12) brožury a vlastní edukační materiál.



Obrázek 17: Dbání na individuální vhodnost informačního zdroje pro daného pacienta

Zdroj: vlastní šetření, 2020

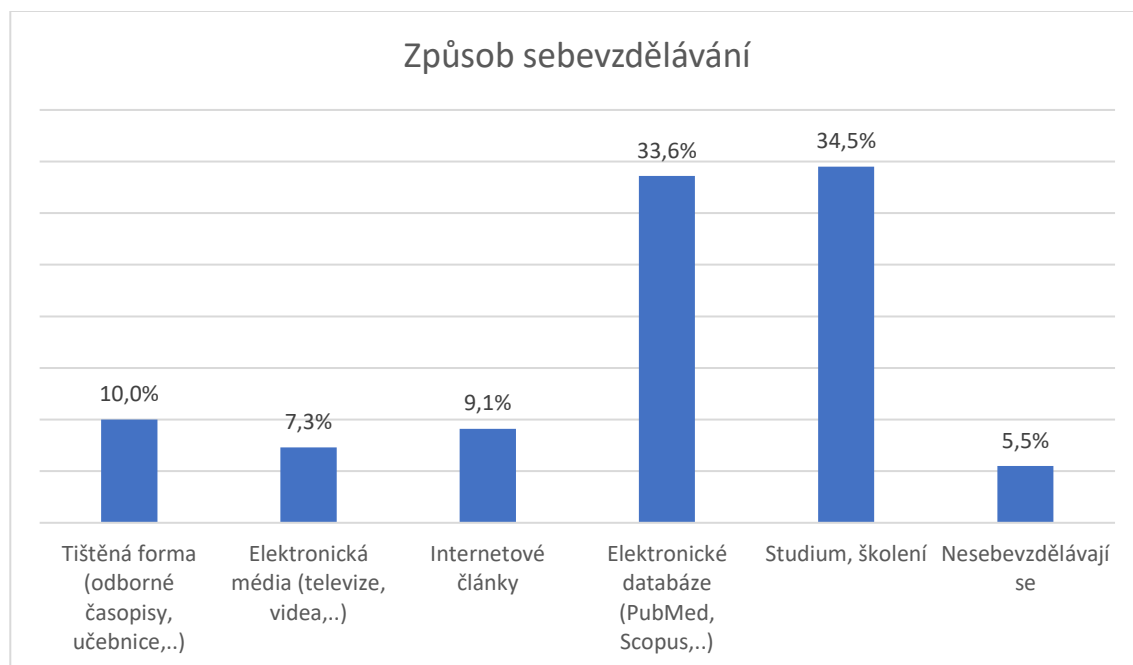
U počtu 98 (100 %) respondentek, které uvedly, že doplňují alespoň občas edukaci pacientů o informační zdroje byl kladen dotaz, zda dbají na individuální vhodnost informačního zdroje u daného pacienta. 84,5 % (93) zodpovědělo kladně a 15,5 % (17) negativně.



Obrázek 18: Sebevzdělávání se v průběhu pracovního úvazku

Zdroj: vlastní šetření, 2020

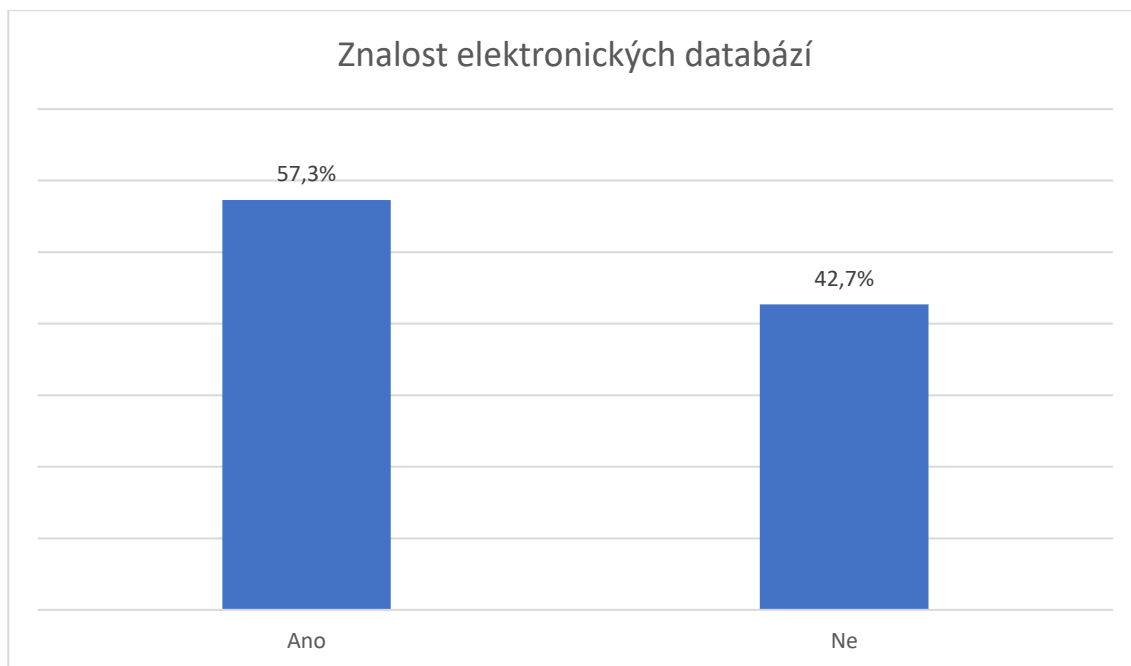
Z celkového počtu 110 respondentů zodpovědělo, že se v průběhu pracovního úvazku sebevzdělává 38,2 % (42) sester, spíše ano uvedlo 44,5 % (49), spíše ne 11,8% (13) a 5,4 % (6) se nesebevzdělává.



Obrázek 19: Způsob sebevzdělávání

Zdroj: vlastní šetření, 2020

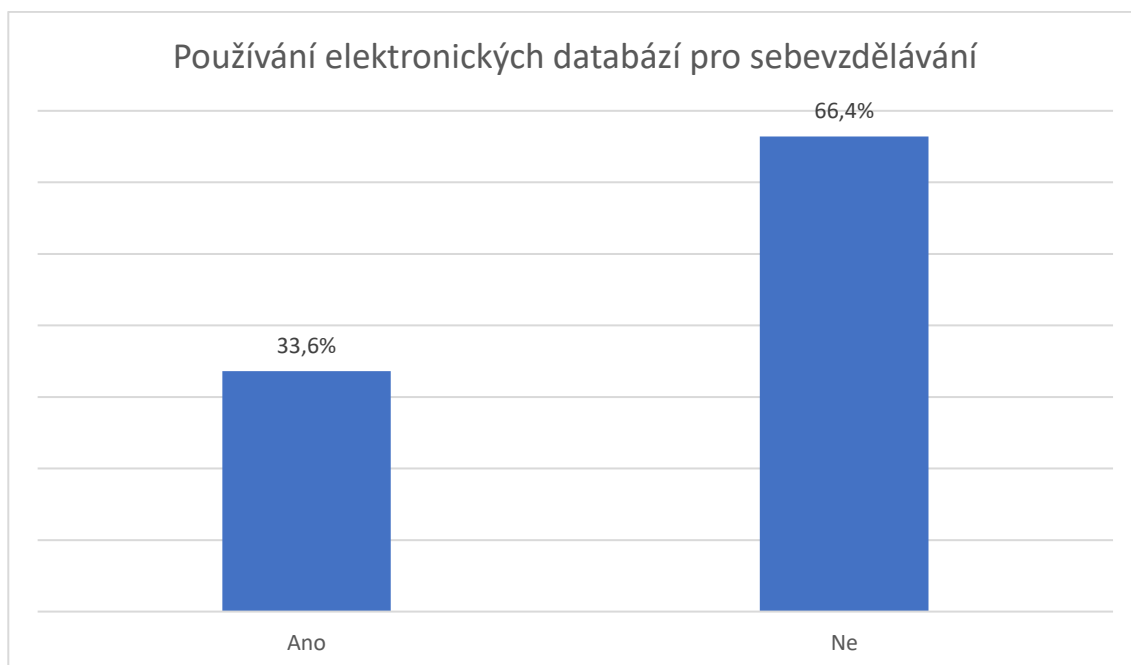
V tomto grafu můžeme vidět způsob sebevzdělávání dotazovaných zdravotních sester. 5,5 % (6) se nesebevzdělává, 34,5 % (38) formou studia či školení, 33,6 % (37) pomocí elektronických databází, jako je například PubMed, Scopus a jiné, 9,1 % (10) pomocí internetu, 7,3 % (8) elektronickými médii a 10 % (11) tištěnými dokumenty



Obrázek 20: Znalost elektronických databází

Zdroj: vlastní šetření, 2020

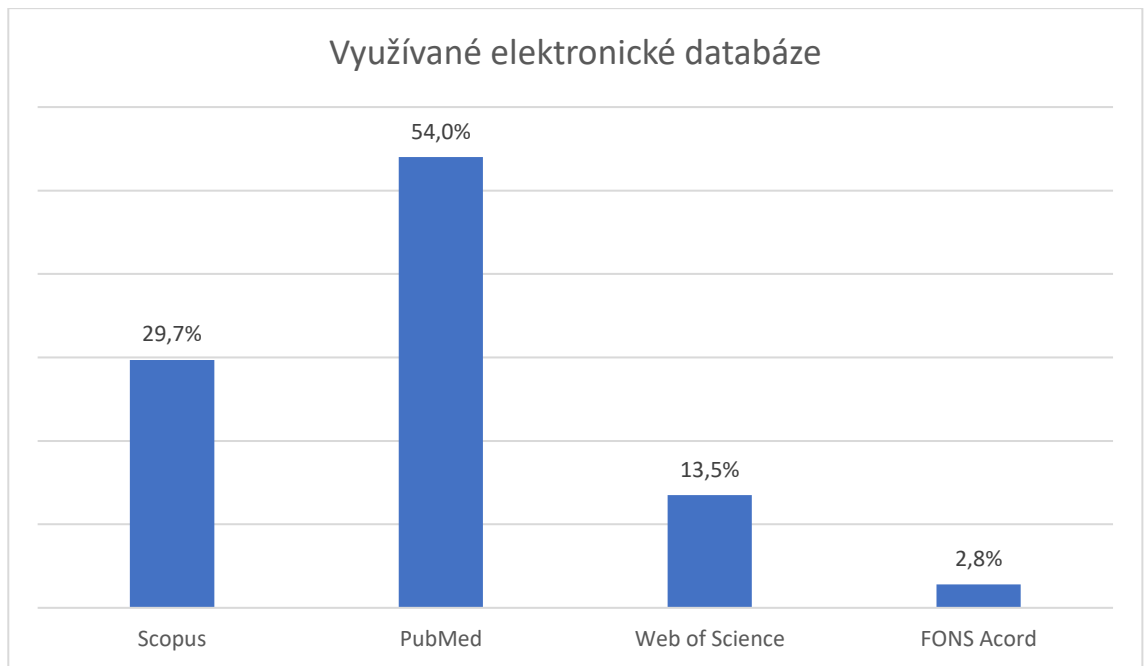
Ze 110 zdravotních sester zodpovědělo znalost ohledně elektronických databází 57,3 % (63). Neznalost elektronických databází bylo u 42,7 % (47).



Obrázek 21: Používání elektronických databází pro sebevzdělávání

Zdroj: vlastní šetření, 2020

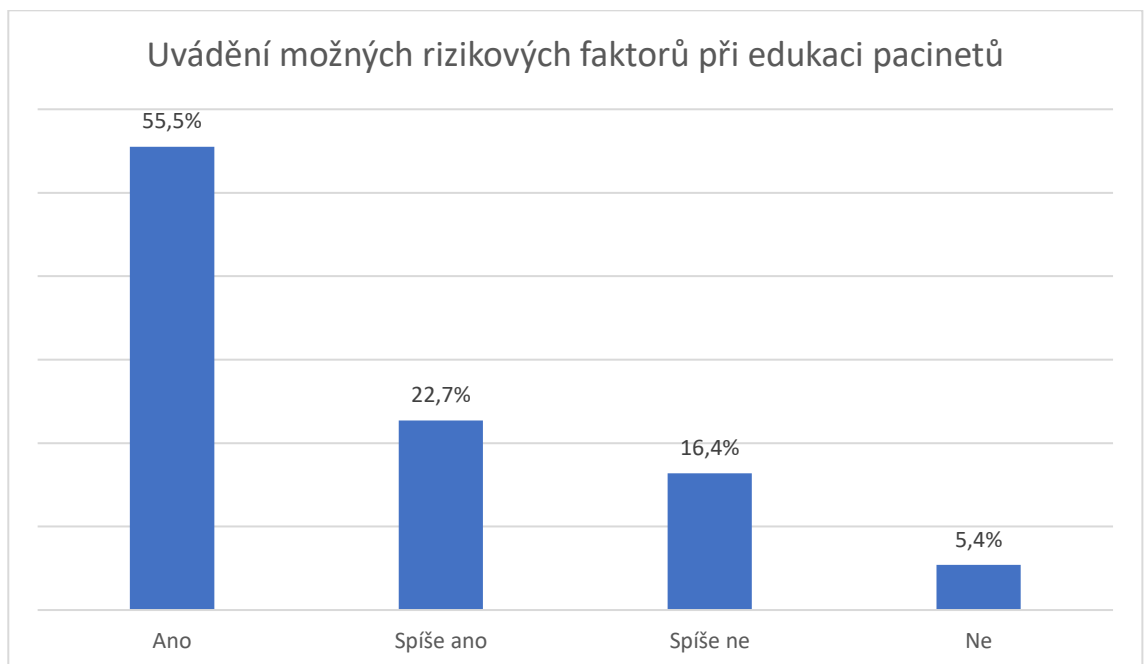
Ze 104 respondentek, které uvedly, že se sebevzdělávají uvedlo 33,6 % (37) pomocí elektronických databází a 66,4 % (73) se sebevzdělává jiným způsobem.



Obrázek 22: Využívané elektronické databáze

Zdroj: vlastní šetření, 2020

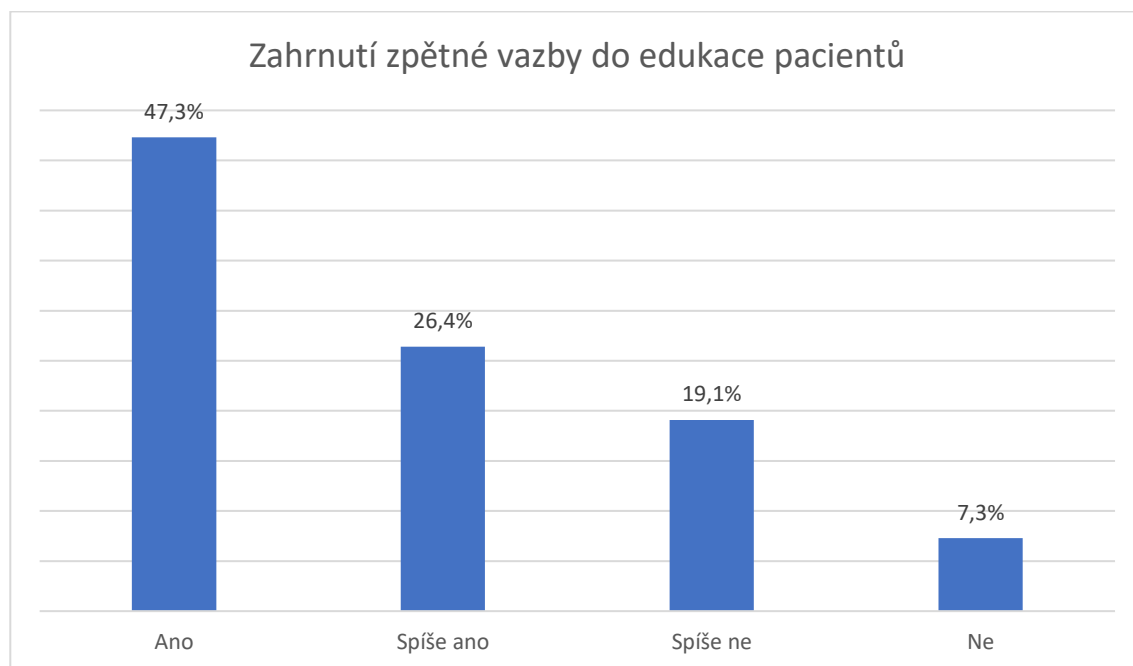
Z 37 (100 %) respondentů, které se sebevzdělávají pomocí elektronických databází zodpovědělo 29,7 % (11) typ databáze s názvem Scopus, 54 % (20) PubMed, 13,5 % (5) Web of Science a 2,8 % (1) FONS Acord, který uvedla sestra v polouzavřené otázce jako jiný typ databáze, jež nebyl uveden v předchozích možnostech.



Obrázek 23: Uvádění možných rizikových faktorů při edukaci pacientů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

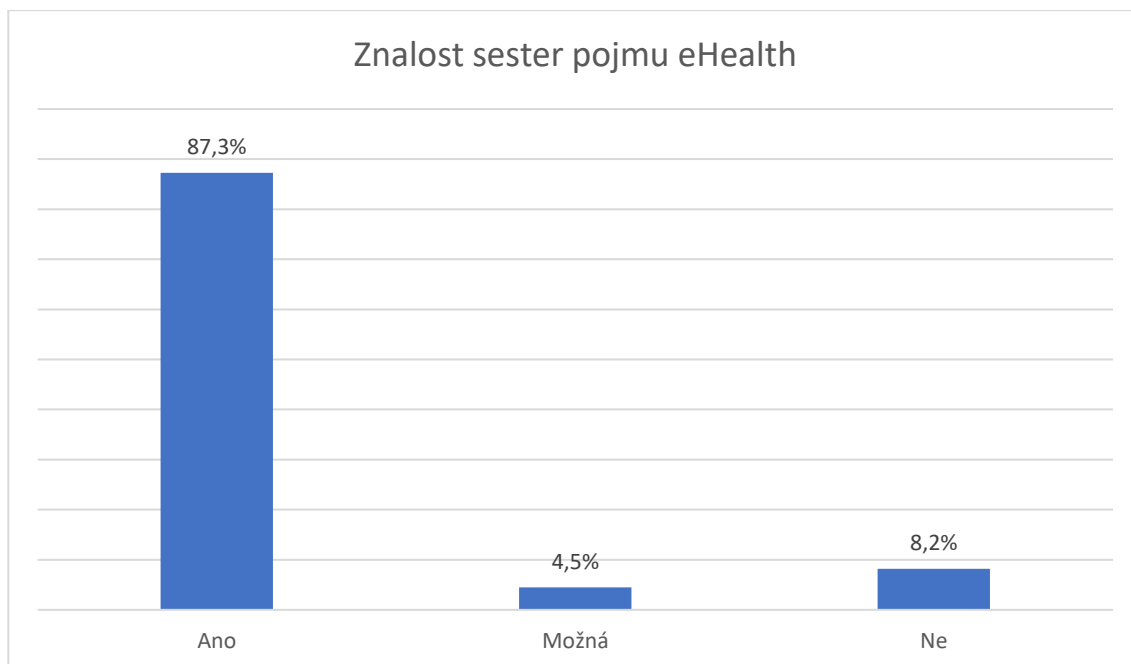
V další části dotazníku se otázky zaměřovaly na správnost edukace. Tato otázka byla ohledně rizikových faktorů, zda je zdravotní sestry uvádějí při edukaci pacientů s civilizačními chorobami. Většina, což je 55,5 % (61) respondentek z celkového množství 110 (100 %) zodpověděla kladně. 22,7 % (25) vybralo možnost „spíše ano“, 16,4 % (18) „spíše ne“ a 5,4 % (6) zodpovědělo negativně.



Obrázek 24: Zahrnutí zpětné vazby do edukace pacientů

Zdroj: vlastní šetření, 2020

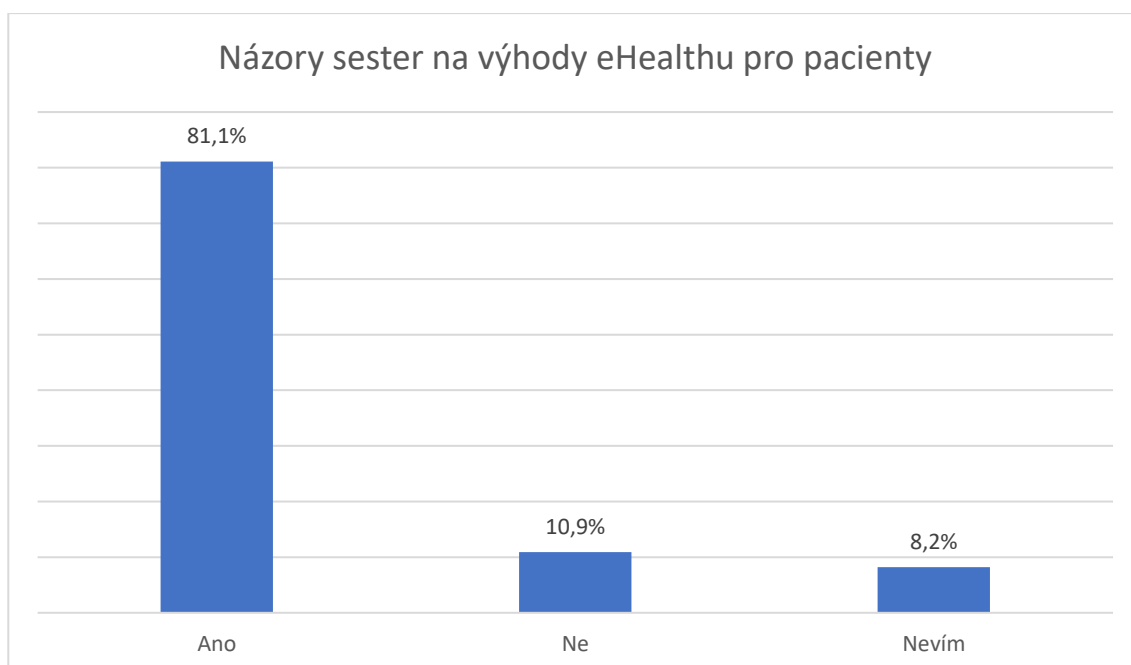
Z dotazovaných 110 respondentů zahrnuje do edukace pacientů zpětnou vazbu 47,3 % (52) spíše ano 26,4 % (29), 19,1 % (21) spíše ne a 7,3 % (8) nezahrnuje.



Obrázek 25: Znalost sester pojmu eHealth

Zdroj: vlastní šetření, 2020

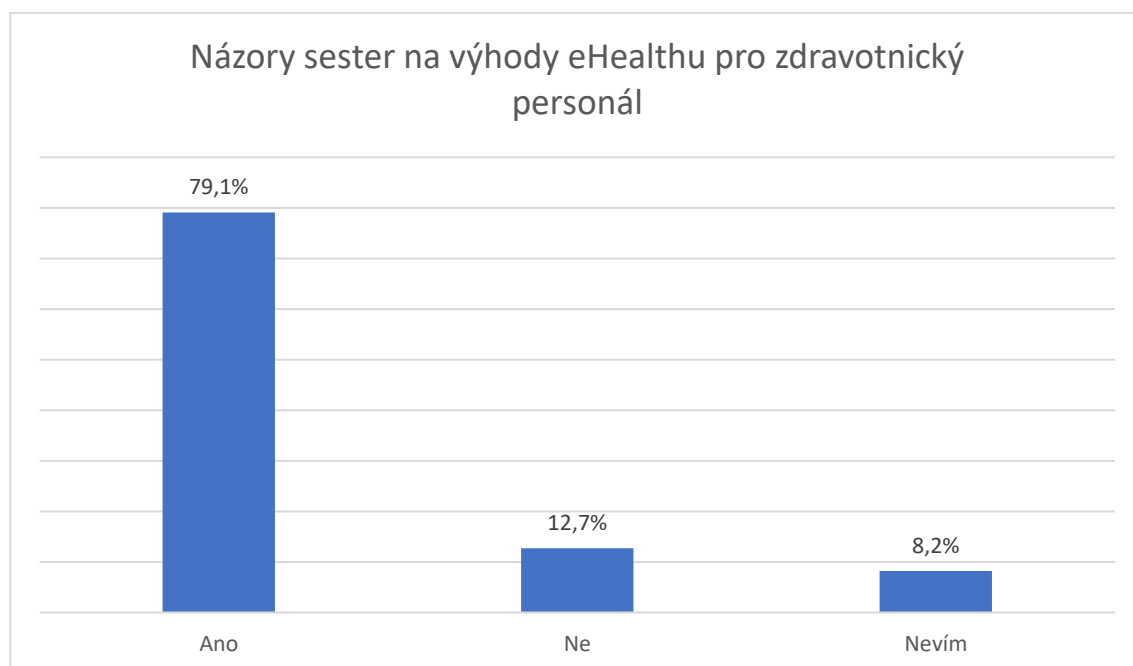
Další část dotazníku obsahoval otázky ohledně eHealthu neboli e-zdravotnictví. První otázka zněla, zda respondentky (110 sester) znají tento pojem. 87,3 % (96) odpovědělo, že ano, 4,5 % (5) možná a 8,2 % (9) uvedlo, že tento pojem neznají.



Obrázek 26: Názory sester na výhody eHealthu pro pacienty

Zdroj: vlastní šetření, 2020

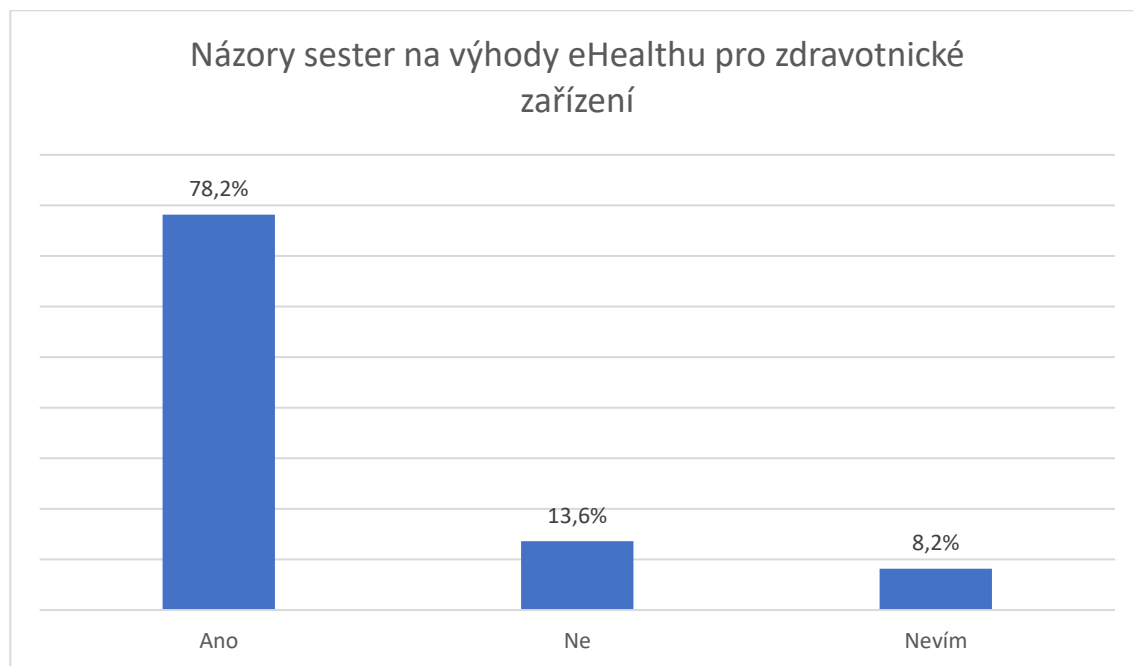
Z počtu 101 respondentek, které vědí, co pojem znamená považuje 81,1 % (89) eHealth jako výhodu pro pacienty, 10,9 % (12) má opačný názor a 8,2 % (9) neví.



Obrázek 27: Názory sester na výhody eHealthu pro zdravotnický personál

Zdroj: vlastní šetření, 2020

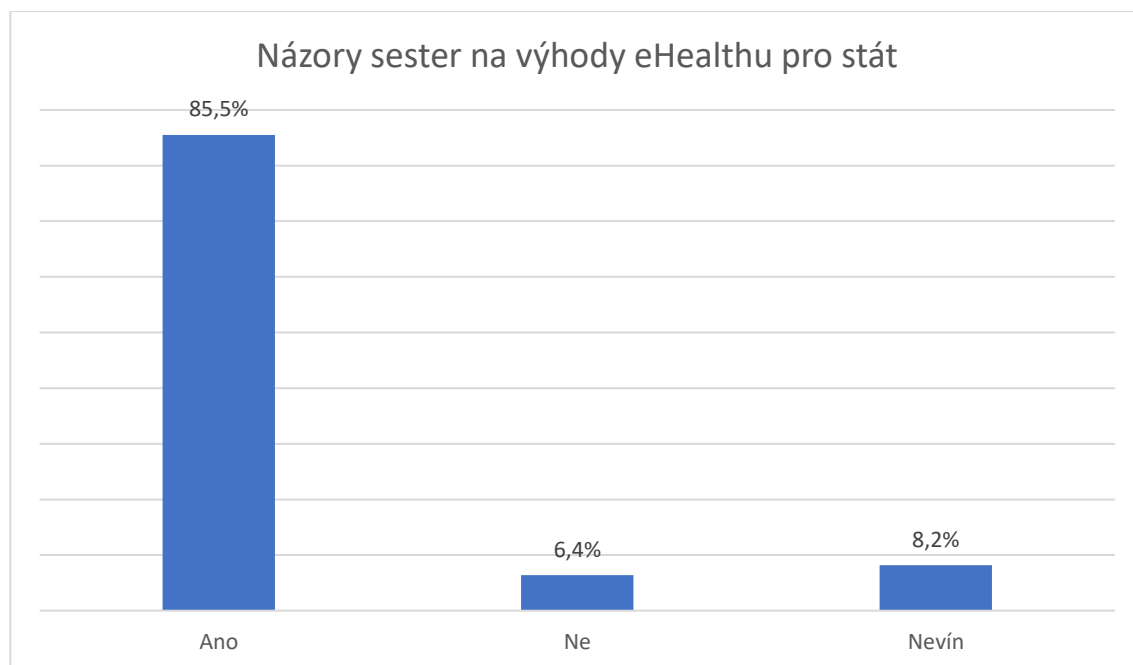
79,1 % (87) sester si myslí, že eHealth je výhodou pro zdravotnický personál, 12,7 % (14) tuto hypotézu nepotvrzuje a 8,2 % (9) neví.



Obrázek 28: Názory sester na výhody eHealthu pro zdravotnické zařízení

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Z celkového počtu 110 respondentů uvedlo 78,2 % (86) názor, že projekt eHealth je výhodou pro zdravotnické zařízení, 13,6 % (15) má opačný názor a 8,2 % (9) neví.



Obrázek 29: Názory sester na výhody eHealthu pro stát z hlediska financí

Zdroj: vlastní šetření, 2020

85,5 % (94) sester si myslí, že eHealth je z hlediska finanční výhody pro stát, 6,4 % (7) má opačný názor a 8,2 % (9) neví. Tento výpočet je z celkového počtu 110 respondentů (100 %).

Statistické testování hypotézy

Tato část práce vyhodnocuje předem stanovené hypotézy.

Hypotéza

H 1: Většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty.

H 2: Více jak polovina sester zná zásady a metody pro uvádění informačních zdrojů pacientům.

H 3: Teoretické znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním.

Hypotéza 1

H 1: Většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné

První stanovená hypotéza byla vyhodnocena na základě otázky 13 a 14 v dotazníku (viz příloha 6), jež byl předložen respondentům. Graf, z kterého vychází odpověď na tuto hypotézu je k nahlédnutí viz kapitola výsledků-obrázek 15 a 16. Následně předvedu pro přehled tabulku odpovědí respondentů. V první otázce odpovídalo 110 respondentů (100 %) a v druhé otázce odpovídalo 69 respondentů, z čehož byl vypočítán 100 % jako celkový součet respondentů, které v předchozí otázce uvedli užívání tištěných dokumentů.

Jaký druh informačního zdroje při edukaci pacientů užíváte nejčastěji?	Jaký druh tištěných dokumentů používáte?
Tištěné dokumenty 62,7 % (69)	Letáky 69,6 % (48)
Média (odborné pořady, videa) 10,9 % (12)	Odborné časopisy 13 % (9)
Internet (odborné internetové stránky) 12,7 % (14)	Brožury a vlastní edukační materiál 17,4% (12)
Elektronické dokumenty 2,7 % (3)	
Žádné 10,9 % (12)	

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Z následující tabulky vyplývá, že více jak většina (50,1 %) sester používá při edukaci informační zdroj v tištěné podobě. Pro zajímavost byl přiložen do tabulky i nejčastější druh tohoto dokumentu. Nejčastěji z tištěné formy respondentky používají letáky. Hypotéza je tedy potvrzena- většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty.

Hypotéza 2

H 2: Více jak polovina sester zná zásady a metody pro uvádění informačních zdrojů pacientům.

Druhá stanovená hypotéza byla vyhodnocena pomocí otázky číslo 10 a 11 v dotazníku (viz příloha 6), jež byl rozdán 110 respondentkám (100 %). Stejně tak, jako u první hypotézy pro lepší přehled je vložena tabulka odpovědí dotazovaných.

Znáte zásady pro uvádění informačních zdrojů?	Odkud znáte zásady pro uvádění informačních zdrojů?
Ano 84,5 % (93)	Ze studia 38,2 % (42)
Možná 4,5 % (5)	Z praxe 39,1 % (43)

Ne 10,9 % (12)	Od zaměstnavatele 11,8 % (13)
	Neznám 10,9 % (12)

Zdroj: vlastní šetření, 2020

V dotazníku, jež sestry vyplňovaly byl v úvodu vepsán popis pro zásady informačních zdrojů. Z tabulky vyplývá, že více jak polovina respondentek (více než 50,1%) uvedlo svou znalost zásad pro uvádění informačních zdrojů. Pro zajímavost, odkud znají sestry zásady byla vložena do tabulky 2.otázka s odpovědi. Sestry převážně znají zásady z praxe a ze studia.

V následující tabulce předvedu odpovědi respondentů ohledně užívání metod informačních zdrojů při edukaci pacienta.

Jak využíváte informační zdroje při edukaci pacienta?
V rámci edukace v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení 62,7 % (69)
Doporučuji zdroje pro studium v jejich domácím prostředí 26,4 % (29)
Nepoužívám 10,9 % (12)

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Na otázku, jak využívají informační zdroje při edukaci pacienta neboli jakou metodou je využívají odpověděla více jak většina v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení, méně jak třetina doporučuje zdroje pro studium v jejich domácím prostředí a 10,9 procent sester uvedlo, že informační zdroje nepoužívají.

Hypotéza je tedy potvrzena- více jak polovina sester zná zásady a metody pro uvádění informačních zdrojů pacientům.

Hypotéza 3

H3: Teoretické znalosti o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním. Poslední stanovená hypotéza byla na základě otázky číslo 16 v dotazníku (viz příloha 6), který byl vyplňován respondentkami z celkového počtu 110 (100 %).

Odpovědi s grafy jsou k nahlédnutí v této kapitole výsledků viz obrázek číslo 12. Pro přehled je přiložena tabulka odpovědí.

Jsou teoretické znalosti sester o informačních zdrojích ovlivněny vzděláním?
Ano 33,6 % (37)
Spíše ano 33,6 % (37)
Spíše ne 10 % (11)
Ne 22,7 % (25)

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Na otázku, zda jsou teoretické znalosti sester o informačních zdrojích ovlivněny vzděláním zodpověděla v dotazníku většina respondentů kladně. Menší většina s tímto tvrzením nesouhlasí. Pro zajímavost je vložena tabulka s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek, které odpovídaly na tuto otázku.

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
Středoškolské zakončené maturitní zkouškou 38,2 % (42)
Vyšší odborné (DiS.) 25,4 % (28)
Vysokoškolské bakalářské 25,4 % (28)
Vysokoškolské magisterské 10,9 % (12)

Zdroj: vlastní šetření, 2020

Tato tabulka byla vložena pro přehled, které sestry s tímto tvrzením souhlasí. Odpovědi s výsledky jsou k nahlédnutí viz tato kapitola v obrázku číslo 3, v dotazníku pod otázkou s číslem 3 (viz příloha 6).

Ze dvou proměnných- dosažené vzdělání respondentů a jejich odpovědi s názory, zda jsou teoretické znalosti sester ovlivněny vzděláním byl vypočítán chí kvadrát test.

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem
středoškolské zakončené maturitní zkouškou	4	9	5	24	42
vyšší odborné	4	20	3	1	28
vysokoškolské bakalářské	18	7	3	0	28
vysokoškolské magisterské	11	1	0	0	12
	37	37	11	25	110
očekávané odpovědi	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
středoškolské zakončené maturitní zkouškou	1,527272727	3,436364	1,909091	9,163636	
vyšší odborné	1,018181818	2,290909	1,272727	6,109091	
vysokoškolské bakalářské	1,018181818	2,290909	1,272727	6,109091	
vysokoškolské magisterské	0,436363636	0,981818	0,545455	2,618182	
chí test	1,2911E-156				

Zdroj: vlastní zpracování, 2020

Výsledek chí kvadrát testu je 1,2911E-156, to znamená, že je blíže k absolutní hodnotě 0, která potvrzuje hypotézu. Z toho vyplývá, že hypotéza je potvrzena.

5 Diskuze

První cíl této bakalářské práce byl zjistit způsoby použití informačních zdrojů při edukaci pacientů s civilizačními chorobami. Toho se dosáhlo ve výzkumné části této práce pomocí již zmiňovaných anonymních dotazníků. V tomto šetření byl úspěšně dosažen vytyčený cíl. Jako nejčastější způsob použití informačních zdrojů byly uváděny tištěné dokumenty. Myslím si, že tento výsledek průzkumu je především zdůvodněn osvědčenou praxí, kdy tištěná forma je nejpřístupnější pro všechny věkové kategorie. Samozřejmě je třeba dbát na individualitu pacientů, jiné formy dokumentů je zapotřebí u dětí, dospělých a seniorů. Dalším důvodem, proč nejčastější forma je právě zmiňovaná tištěná forma, je uplatňování vlastního edukačního materiálu, jenž si daná instituce vyrobí sama či jiných brožur. Ovšem nejčastější formou tištěných materiálů jsou letáky.

První vytyčená hypotéza byla, že většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty. Ta byla vyhodnocena na základě otázky 13 a 14 v dotazníku, který je k nahlédnutí v příloze 6. Z vlastního výzkumného šetření, který je k dispozici v podkapitole statistického testování hypotézy (4.2.1) bylo zjištěno, že více jak většina (>50,1 %) sester používá při edukaci informační zdroj v tištěné podobě s procentuální hodnotí 62,7 (tzn. 69 respondentů) ze 100 % (110 respondentů). Z vybraných 69 sester, které zodpověděly tuto variantu byl vypočítán součet 100 %. Tato skupina respondentů byla dotazována ohledně druhu užívání tištěných dokumentů. 69,6 % (48) respondentek uvedlo letáky, 13 % (9) odborné časopisy a 17,4 % (12) sester používá brožury či vlastní edukační materiál daného pracoviště. Z tohoto šetření nám vyšel výsledek, jež zní, že většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty. To znamená, že předem stanovená hypotéza je potvrzena. Výsledek tohoto šetření je k nahlédnutí viz podkapitola 4.2.

Dle Špirudové (2015) je při edukaci potřebné pacientům vytvořit tištěné či elektronické opory pro zkvalitnění edukačního procesu, kde mohou čerpat z různých informačních zdrojů. Jde o didaktické materiály, které navádí jednoduchým způsobem k určitým kompetencím. V České republice tyto materiály běžně sestry nevypracovávají, pouze v některých speciálních edukačních centrech pro pacienty najdeme rozpracované edukační materiály sester edukátorek. V těchto centrech můžeme najít takové edukační materiály, jež jsou podrobněji a cíleněji směřovány

k jednotlivým pacientům. Také v těchto centrech edukace sestry probíhá i v podobě přednášky, demonstrace, praktického nácviku pod dohledem a v závěru je dán prostor pro dotazy či zpětnou vazbu. Uvedla jsem však, že dotazník obsahoval jako nejčastější odpovědi užívání tištěných dokumentů (nejvíce letáky, dále odborné časopisy, ale i brožury a vlastní edukační materiálů), přičemž i některé sestry uvedly jako informační zdroj při poskytování edukace média (odborné pořady či videa) a elektronické dokumenty. Myslím si, že doplňování edukace informačními zdroji je pro zvýšení kvality vhodné zvolení nejpřesnějšího materiálu pro individuálního pacienta, avšak to vždy není reálné v rámci běžných situací.

Druhým cílem této práce bylo zjištění metod použití informačních zdrojů při edukaci u pacientů s civilizačními chorobami. Jako uváděna nejčastější metoda ve výzkumném šetření je osobní edukace v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení. Menší část respondentů uvedla metodu doporučení zdroje pro studium v pacientově domácím prostředí. Tento výsledek byl v rozporu s mým očekáváním. Dle Juřeníkové (2010) je edukační metodou chápáno působení edukátora na edukanta, které je cílevědomé a předem promyšlené. Efektivita metod je v naplnění požadovaného cíle. Pro zajímavost byla v dotazníku položena otázka, jakou metodu edukace při podávání informačních zdrojů a jiných intervencí užívají nejčastěji. Mé očekávání zhruba odpovídalo výsledkům výzkumného šetření. Nejpoužívanější metodou edukace byla teoreticko-praktická, následně praktická, teoretická a některé sestry uvedly, že edukační metody nevyužívají vůbec.

Kvůli předcházení nedorozumění byl v úvodní části dotazníku popsán příklad zásad pro uvádění informačních zdrojů pacientům při edukaci. Mezi nimi byly popsány zásady, jako je zvolení vhodnosti informačního zdroje pro daného pacienta. Tato intervence je velice důležitá, neboť každý pacient je individuální a je rozdíl, zda edukujeme dítě, dospělého či seniora. Informační zdroj by měl být pro dotyčného pacienta či klienta jednoduchý, přehledný a měla by být dodržena kroková posloupnost, toto by sestra edukátorka měla mít pod kontrolou. Pacienta by měla správně edukovat dle zásad edukace a neměla by chybět i zpětná vazba a prostor pro dotazy.

Více jak polovina sester zná zásady a metody pro uvádění informačních zdrojů pacientům při edukaci, takto zněla druhá stanovená hypotéza. Ta byla vyhodnocena na základě výsledků dotazníku. K tomuto vyhodnocení nám pomohla otázka číslo 10 a 11 v dotazníku, který byl položen respondentkám. Příklad vyplněného

dotazníku je k nahlédnutí viz příloha 6. Z výsledků šetření pomocí této kvantitativní metody byla zpracována tabulka, která popisuje počet respondentů (110 - 100 %) s jejich odpovědi, která je k nahlédnutí v podkapitole 4.2. Z vypočítaného výsledku vyplývá, že více jak polovina respondentek (<50,1 %) má znalosti zásad pro uvádění informačních zdrojů. V tomto výsledku byla přidána i zajímavost, odkud respondentky znají tyto zásady. Znalost pocházela převážně ze studia či praxe.

Třetím cílem této práce bylo zjištění teoretických znalostí sester o informačních zdrojích a zda jsou ovlivněny vzděláním. Z mého výzkumného šetření vyplývá, že teoretické znalosti o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním či sebevzděláváním. Názor sester ohledně tohoto tvrzení byl převážně pozitivní pro ovlivňování znalostí vzděláním. Některé sestry i uvedly, že se sebevzdělávají v průběhu pracovního úvazku. Způsob sebevzdělávání uváděly pomocí tištěné formy, elektronických médií, internetových článků, školení či studia a elektronických databází. Mé otázky pro zajímavost ohledně sebevzdělávání pomocí elektronických databází byly i kladeny na druhy databází. To vše je k nahlédnutí v grafické podobě viz podkapitola výsledků. Informační zdroje, které provádějí edukanty daným onemocněním by měly mít motivační prvky k prevenci či léčebné terapii, především ale nesmí chybět jasně stručně srozumitelné informace, které mají být edukantovi předány (Špirudová, 2015).

Teoretické znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním, takto zněla poslední neboli třetí hypotéza. Toto šetření bylo tvořeno pomocí 110 respondentek (100 %), z kterých 33,6 % (37 sester) potvrdilo, že s touto hypotézou souhlasí, stejně tak 33,6 % (37 sester) uvedlo, že spíše souhlasí, 10 % (11 sester) odpovědělo, že si tuto hypotézu spíše nemyslí a zbylých 22,7 % (25 sester) tuto hypotézu vyvrací. Hypotéza s těmito výsledky jsou k nahlédnutí v podkapitole 4.2. Zde můžeme i vycházet z odpovědí, které jsou pro zajímavost, jako je nejvyšší dosažené vzdělání sester, které odpovídaly v tomto dotazníku a reagovaly tak na toto tvrzení. Z celkového počtu respondentek (110-100 %), které byly dotazovány z Jihočeského kraje uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání 38,2 % (42) středoškolské zakončené maturitní zkouškou, 25,4 % (28) vyšší odborné, rovněž tak 25,4 % (28) vysokoškolské bakalářské a 10,9 % (12) vysokoškolské magisterské. Jako poznámku doplňuji možnost nahlédnutí výsledků viz podkapitola 4.2.

Na základě dvou proměnných v hypotéze číslo 3 byl zpracován chí kvadrát test. Ten byl vypočítán dle výsledcích odpovědí respondentů s různým dosažení

nejvyššího vzdělání. Druhá proměnná byla jejich názornost na hypotézu, zda teoretické znalosti ohledně informačních zdrojů jsou ovlivněny vzděláním. Při výsledku hodnoty 1 se hypotéza vyvrací, zatímco hodnota 0 hypotézu potvrzuje. Výsledek tohoto testu je $1,2911E-156$, což znamená, že je přiblížen hodnotě 0, to znamená, že hypotéza je potvrzena.

Musíme však brát v potaz, že výsledky se mohou lišit při zadání dotazníku do jiných institucí, jelikož tento dotazník byl uplatňován pouze v jedné okresní nemocnici a u sedmi primárních zdravotních péčích, jako jsou ordinace praktických lékařů. Některé sestry dokonce uvedly, že informační zdroje ve zdravotní edukaci pacientů nepoužívají, počet respondentů pro přehled je k nahlédnutí v grafu viz výše.

Dovolila jsem si v práci poukázat na současný stav obyvatelstva, jež je velice postiženo v období pandemie. Bohužel ani při dopisování mé práce není pandemie u konce. Nemohu napsat více informací, poněvadž není potvrzeno, že jsou validní. Počet pacientů, které tento stav postihl narůstá a nemáme tak ani konečné informace, proto bych byla ráda, aby tato část práce byla považována pouze za doplňující informaci.

Závěr

V této práci je řešena problematika informačních zdrojů v rámci edukace pacientů s civilizačními chorobami. Toto téma mě obohatilo o další poznatky ohledně informačních zdrojů a správné edukace pacientů, které mi určitě v mé následné práci velmi pomůžou pro uplatnění v praxi.

Za příklady civilizačních chorob jsem uvedla arteriální hypertenzi, aterosklerózu, diabetes mellitus II. typu a obezitu. Vybrala jsem si tato onemocnění, poněvadž je považují za velice časté v populaci. Správná edukace sestry tak může pomoci s vypořádáním se pacienta s onemocněním. K edukaci je zapotřebí čerpat z informačních zdrojů, které pomohou sestře i edukantům k pochopení daného onemocnění a dále pomohou pacientům vyléčit nemoc nebo se s ní kvalitněji žít.

Pro tuto práci byly vytyčeny 3 cíle. Tyto informace byly zjištěny pomocí nestandardizovaného dotazníku. Prvním cílem bylo zjistit způsoby použití informačních zdrojů při edukaci pacientů s civilizačními chorobami. Dále zjistit metody použití informačních zdrojů a třetí cíl zjišťoval teoretické znalosti sester o informačních zdrojích.

V této kvantitativní metodě 110 respondentek zodpovědělo, že nejčastěji používají pro edukaci pacienta tištěné dokumenty. Respondentky uvedly, že nejčastěji využívají teoreticko-praktickou metodu v rámci osobní edukace v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení. Z výzkumného šetření vyplývá, že znalosti ohledně informačních zdrojů jsou ovlivněny vzděláním či sebevzděláváním.

Hypotézy v této práci byly 3. První hypotéza zněla, že většina sester nejčastěji používá v rámci informačních zdrojů tištěné dokumenty. Tato hypotéza byla potvrzena. Nejčastěji používanými dokumenty byly tištěné letáky. Více jak polovina sester zná zásady pro uvádění informačních zdrojů pacientům-takto zněla druhá hypotéza. Ta byla potvrzena, poněvadž většina uvedla, že tyto zásady zná. Třetí hypotéza se zabývala otázkou, zda teoretické znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním. Tato hypotéza byla také potvrzena, většina sester uvedla, že si myslí, že znalosti jsou ovlivněny vzděláním. Dokonce některé sestry se i sebevzdělávají v průběhu pracovního úvazku.

Tato práce by měla sloužit jako podklad pro opatření, a vést ke zlepšení správného využití informačních zdrojů.

Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. BARASH, P. G., BRUCE F. C. a STOELTING R. K., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 9788024740539.
3. BÁRTLOVÁ, S., a kol., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. BÁRTLOVÁ, S., BRABCOVÁ, I., HAJDUCHOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L. & MOTLOVÁ, L. 2017, "New ways towards the improvement of the seniors' health literacy", *Casopis Lekarů Ceskych*, vol. 156, no. 8, pp. 445-449. doi:10.1016/j.cnsns.2016.07.026. Dostupné z: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85041620448&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=information+sources+in+health+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=98af3fb270ca1772d18834515536c3d0&sot=b&sdt=cl&cluster=solang%2c%22Czech%22%2ct&sl=49&s=TITLE-ABS-KEY%28information+sources+in+health+care%29&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm= \(SCOPUS\)](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85041620448&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=information+sources+in+health+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=98af3fb270ca1772d18834515536c3d0&sot=b&sdt=cl&cluster=solang%2c%22Czech%22%2ct&sl=49&s=TITLE-ABS-KEY%28information+sources+in+health+care%29&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm= (SCOPUS))
5. BARTOŠ, V., a PELIKÁNOVÁ, T., 2018. *Praktická diabetologie. Aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-559-0.
6. BARTŮŇKOVÁ, L., 2010. *eHealth : nová média ve zdravotnictví*. Praha. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta filozofická. Ústav informačních studií a knihovnictví.
7. *Bibliographia medica Čechoslovaca*, 2015. Národní lékařská knihovna [online] [cit. 2015-11-22]. Dostupné z: <http://www.nlk.cz/informace-o-nlk/odborne-cinnosti/bmc>.
8. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0468-0.
9. DOMBROVSKÁ, M., LANDOVÁ H. a TICHÁ L. *Informační gramotnost-teorie a praxe v ČR*. Národní knihovna, knihovnická revue. nedatováno, roč. 15, č. 1, s. 7–18. ISSN 1214-0678.

10. ENGIN, A., 2017. The Definition and Prevalence of Obesity and Metabolic Syndrome. ENGIN, Ayse Basak a Atilla ENGIN, ed. Obesity and Lipotoxicity [online]. Cham: Springer International Publishing, 2017-06-06, s. 1-17 [cit. 2019-11-04]. Advances in Experimental Medicine and Biology. DOI: 10.1007/978-3-319-48382-5_1. ISBN 978-3-319-48380-1. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-48382-5_1 (PUBMED)
11. FAIT, T., VRABÍK, M., ČEŠKA, R., 2008. Preventivní medicína. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-160-8.
12. HAINER, V. a kol., 2011. Základy klinické obezitologie: 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024775302.
13. HAMPLOVÁ, L., 2020. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5
14. HLADNÁ, H., 2011. Sestra. Prevence obezity u dětí. [Online] 2.únor. [Citace: 11.listopad 2017.] dostupné z: <https://zdravi.euro.cz./clanek/sestra/prevence-obezity-u-deti-458225>.
15. JIRKOVSKÁ, A., JIRKOVSKÁ, J., ČECHOVÁ, K. a HAVLOVÁ, V., 2017. Skupinová edukace diabetiků: jak na to... Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-335
16. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KASAL, P., SVAČINA Š. a MARDEŠIĆ T., 2001. Internet a medicína: o nebohém pacientovi v postmoderní době. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0119-7
18. KASAL, P., SVAČINA, Š., KOFRÁNEK, J., 2008. Teze rozvoje e-Health v České republice. In Sborník příspěvků MEDSOFT. Praha : Agentura Action M, 2008, s. 23- 32. ISBN 978-80-86742-22-9.
19. KOLÍN, A., 2018. Nové kolekce e-knih ve zdrojích NLK. Lékařská knihovna [online]. roč. 23, č. 3-4. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2018-23-3-4/nove-kolekce-e-knih-ve-zdrojich-nlk/>. ISSN 1804-2031.
20. KŘIVOHLAVÁ, L., 2017. "Plant based diet in the prevention of civilization diseases", Prakticky Lekar, vol. 97, no. 3, pp. 131-133. doi:10.1016/j.cnsns.2016.07.026. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85021793345&origin=resultslist&sort=plf-f>

&src=s&st1=diseases+of+civilization&nlo=&nlr=&nls=&sid=171db50235cc23b2f447cc0d9c460af5&sot=b&sdt=c1&cluster=scolang%2c%22Czech%22%2ct&sl=39&s=TITLEABKEY%28diseases+of+civilization%29&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm= (SCOPUS)

21. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
22. KUBIČKA, R., 2019. *Veřejný sektor a zdravotnictví: Co můžeme očekávat od eHealth?. Čtenář: SystémOnLine [online]. [vid. Zář, 17.] Dostupné z: <http://m.systemonline.cz/it-pro-verejny-sektor-a-zdravotnictvi/co-muzeme-ocekavat-od-ehealth.htm>.*
23. *Lékařská videokonferenční síť | Sscore, 2014 [online]. [vid. 15. květen]. Dostupné z: <http://www.sscore.cz/lekarska-videokonferencni-sit>*
24. MACHOVÁ, J. a KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
25. MAIXNEROVÁ, L., ZÁVIŠKA M., 2015. *Bibliographia medica Českoslovasca – aktuální stav. Lékařská knihovna [online]. ISSN 1804-2031. Dostupné z: <http://www.nlk.cz/publikace-nlk/lekarska-knihovna/2015-1/20-1-2/bmc-aktualni-stav>.*
26. MALÁ, K., et al., 2015. *Užívání tabáku: informace a pracovní postup pro intervenci sestry [online]. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/pokyny_pro_sestry_2015.pdf*
27. MANDOVEC, A., 2008. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2807-0.
28. MARTÍNKOVÁ, J., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4157-4.
29. MARUŠÁKOVÁ, D., 2016. *JAK NA TO: Kde a jak hledat důvěryhodné informace z oblasti medicíny a zdravotnictví. Čtenář: MĚSÍČNÍK PRO KNIHOVNY [online]. [vid. říjen]. Dostupné z: <https://www.svkkk.cz/en/ctenar/clanek/367>.*
30. MediaGuru, 2014. *Médium [online]. [vid. 15. květen]. Dostupné z: <http://www.mediaguru.cz/medialni-slovník/medium/>*

31. MENOŠEK, J., 2014. Medicínské informace na internetu. Klasifikace evaluačních systémů (metod). Dostupné z: http://www.inforum.cz/archiv/inforum2003/prispevky/Menousek_Jiri.pdf
32. MZČR, 2020. Chytrá karanténa. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/chytra-karantena/>.
33. MUSIL, D., 2012. "Chronic venous disease: Underappreciated and overappreciated, what is new?", *Interni Medicina pro Praxi*, vol. 14, no. 3, pp. 96-100. doi:10.1016/j.cnsns.2016.07.026. Dostupné z: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84860866652&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=diseases+of+civilization&nlo=&nlr=&nls=&sid=171db50235cc23b2f447cc0d9c460af5&sot=b&sdt=cl&cluster=solang%2c%22Czech%22%2ct&sl=39&s=TITLE-ABS-KEY\(diseases+of+civilization\)&relpos=18&citeCnt=0&searchTerm=\(SCOPUS\)](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84860866652&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=diseases+of+civilization&nlo=&nlr=&nls=&sid=171db50235cc23b2f447cc0d9c460af5&sot=b&sdt=cl&cluster=solang%2c%22Czech%22%2ct&sl=39&s=TITLE-ABS-KEY(diseases+of+civilization)&relpos=18&citeCnt=0&searchTerm=(SCOPUS))
34. NOHEJLOVÁ, K., 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. ISBN 978-80-87878-04-0.
35. NOVÁK, V., 2009. Obezita. [online]. [vid. 4. září]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezita-443562>.
36. Politika-Evropská komise, 2014 [online]. [vid. 15. květen]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_cs.htm
37. ROBINSON, J.G., FOX K.M., BULLANO M.F. GRANDY S., 2009. *Atherosclerosis profile and incidence of cardiovascular events: a population-based survey*. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, 9: 46.
38. ROSOLOVÁ, H., a kol. (2013). *Preventivní kardiologie*. Praha: Axonite.
39. RYBKA, J., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1612-7.
40. SEEDHOUSE, D., 2001. *Health: The foundations for achievement* (2nd editio). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
41. SOUČEK, M., ŠPINAR, J. a SVAČINA, P., 2005. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1367-5.
42. SOVOVÁ, E. a ŘEHOŘOVÁ, J., 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1009-9.

43. STAŇKOVÁ, G., 2009. Ošetrovatelská diagnostika v péči o výživu – nedostatečná výživa. In: Sestra [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-diagnostika-v-peci-o-vyzivu-nedostatecna-vyziva-447340>
44. Státní zdravotní ústav, 2020. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Coronavirus/Zakladni_info/COVID_19_zakladni_informace_k_31.3.2020.pdf
45. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
46. ŠKRHA, J., 2009. Diabetologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-607-6.
47. ŠMÍD, M., 2014. Stručný slovník elektronických studií [online]. B.m.: Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy. [vid. 20. duben]. Dostupné z: <http://smid.fsv.cuni.cz/doc/SLFIN.rtf>
48. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 9788024757100.
49. ŠTEFÁREK, J., 2018. Interna 06: Hypertenze. Čtenář: Medicína, nemoci, studium na 1.LF UK [online]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/interna-06>.
50. ŠTOCHLOVÁ, J., 2013. Poradna zdravé výživy a obezity – edukace obézního pacienta v denní praxi. In: Institutu Klinické a Experimentální Medicíny [online]. [cit. 2018-3-14]. Dostupné z: <http://www.dlouhovestkostbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=68>
51. ŠVECOVÁ, R., Langmajerová, J. & Müllerová, D. 2014, "Different perception of obesity from men and women perspective -a pilot study", Hygiena, vol. 59, no. 2, pp.60-63. doi:10.1016/j.cnsns.2016.07.026. Dostupné z: [68](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84902476744&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=information+sources+in+health+care&nlo=&nlr=&nls=&sid=98af3fb270ca1772d18834515536c3d0&sot=b&sdt=cl&cluster=solang%2c%22Czech%22%2ct&sl=49&s=TITLE-ABS-KEY%28information+sources+in+health+care%29&relpos=13&citeCnt=0&searchTerm= (SCOPUS)

</div>
<div data-bbox=)

52. TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R., ed., 2019. Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2197-7.
53. VANĚČKOVÁ I., MALETÍNSKÁ L., BEHULIAK M., NAGELOVÁ V., ZICHA J., KUNEŠ J., 2014. Obesity-related hypertension: possible pathophysiological mechanisms. *Journal of Endocrinology*, 223: R63-R78.
54. VOJTĚCH, P., 2013. Ateroskleróza pro mediky [online]. [vid. 21. říjen]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/247-ateroskleroz-pro-mediky>
55. VOKURKA, M. a HUGO, J. 2011. Praktický slovník medicíny. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.
56. WHO, 2020. Diabetes [online]. [vid. 15. květen]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
57. WHO, 2020. Obesity and overweight [online]. [vid. 1. duben]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
58. ZVÁROVÁ, J., 2002. Biomedicínská informatika: k teoretickým základům cesty ke zdraví. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0609-7.

Seznam příloh

Příloha 1- Vzhled portálu Medvik

Příloha 2- Klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku

Příloha 3- Edukace a ošetrovatelský proces

Příloha 4- Schéma dietní léčby diabetu

Příloha 5- Klasifikace hmotnosti dle BMI

Příloha 6- Dotazník (příklad vyplněného dotazníku)

Příloha 1: Vzhled portálu Medvik

The screenshot shows the Medvik portal search interface. At the top left is the Medvik logo. To its right is a search bar with the placeholder text "napište hledaný výraz..." and a green "Hledat" button. Below the search bar are radio buttons for "Katalogy", "BMČ-články", and "vše". To the right of the search bar is a green "Přihlášení" button. Below the search bar is a navigation menu with tabs: "Úvod", "Pokročilé hledání", "Autoři", "Témata", "Knihovny", "Prohlížení", "Výsledky", and "Schránka". The main content area is divided into three columns. The left column contains links for "Hledat v katalogu", "Knihovny Medvik a BMČ", "Online zdroje NLK", and "Základní informace". The middle column is titled "Najít konkrétní..." and contains six search filters: "Název", "Časopis", "Předmět", "Autor", "Akce", and "Knihovna", each with a search icon. The right column is titled "Kolekce" and lists various collections. At the bottom of the main content area is a link "Prohledávat lze všechny báze provozované v systému Medvik...". The footer contains the text "Verze: 1.1", "Přehled změn", "Napište nám", and "Provozuje: Národní lékařská knihovna".

Úvod | Pokročilé hledání | Autoři | Témata | Knihovny | Prohlížení | Výsledky | Schránka

Hledat v katalogu
Knihovny Medvik a BMČ změnit

Online zdroje NLK
Portál E-zdrojů
Vyhledávač Summon
Digitální knihovna
EZB-NLK

Základní informace
kontakt | otevírací doba
přihláška čtenáře
objednávky služeb | popis
online zdroje
vzdálený přístup
MeSH-CZ
Bibliographia medica
Čechoslovaca

Najít konkrétní...

Název

Časopis

Předmět

Autor

Akce

Knihovna

Prohledávat lze všechny báze provozované v systému Medvik...

Kolekce
Digitální knihovna
E-books on Demand
Excerptované tituly v BMČ
Medicina v literatuře
Laická literatura
Závěrečné zprávy IGA
Zdravotnické muzeum
WHO
E-knihy
Výtvarné umění

Verze: 1.1 | Přehled změn | Napište nám | Provozuje: Národní lékařská knihovna

(Kolín, 2018)

Příloha 2: Klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku

Kategorie	Systolický tlak	Diastolický tlak
Optimální	< 120	< 80
Normální	120–129	80–84
Vysoký normální	130–139	85–89
Hypertenze 1. stupně (mírná)	140–159	90–99
Hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160–179	100–109
Hypertenze 3. stupně (závažná)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90

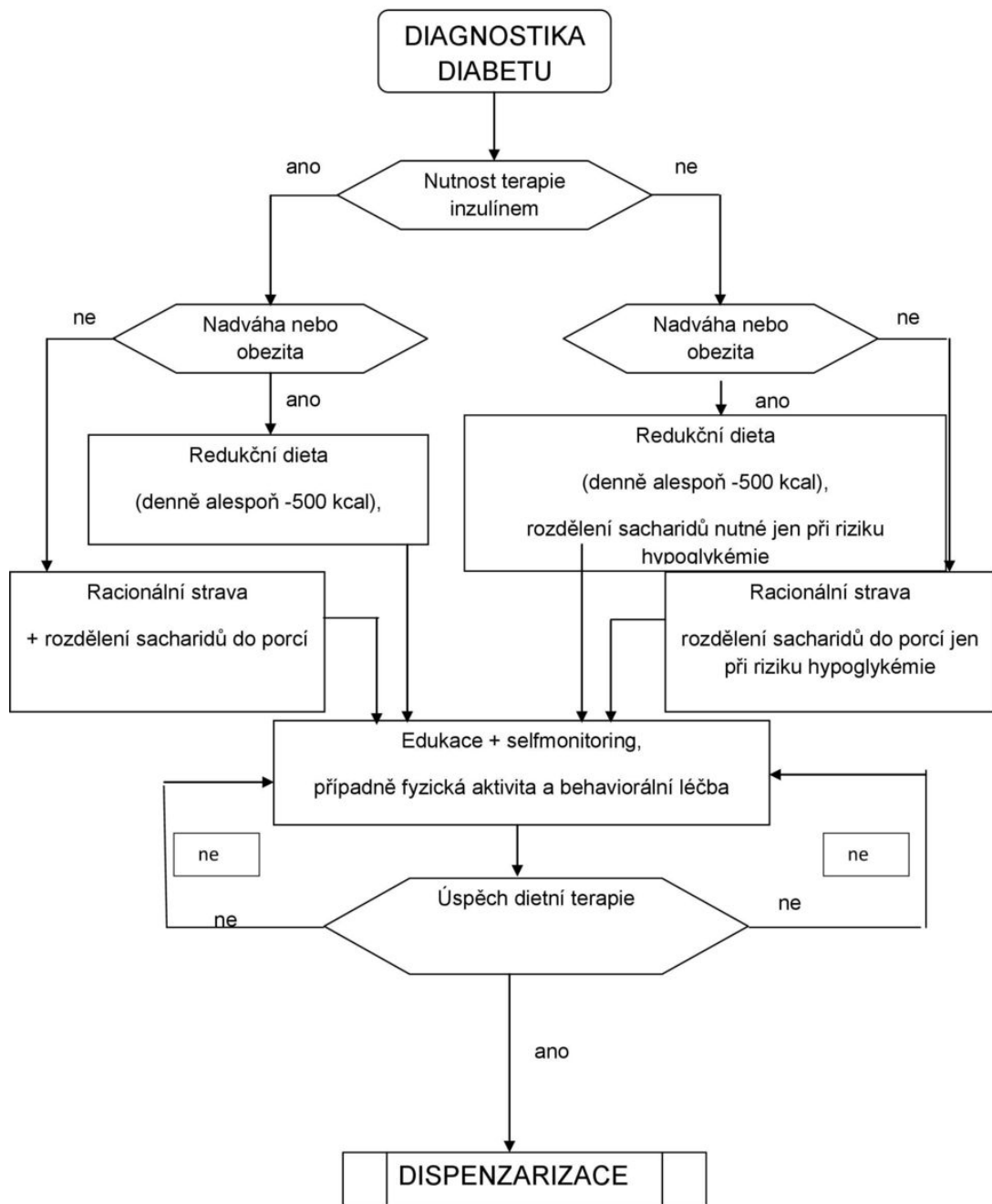
(Štefárek, 2018)

Příloha 3: Edukace a ošetřovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetřovatelském procesu
Edukace	Ošetřovatelský proces	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/ posouzení	získávání informací o klientovi
projektování	stanovení ošetřova- telské diagnózy	stanovení ošetřova- telského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	plánování ošetřova- telské péče	sestavení plánu ošetřo- vatelské péče pro vyře- šení ošetřovatelských problémů klienta
realizace	realizace ošetřova- telského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetřovatelského problému
upevňování a prohlubování učiva		
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetřovatelské péče

(Juřeníková, 2010)

Příloha 4: Schéma dietní léčby diabetu



(Standardy České diabetologické společnosti, 2012)

Příloha 5: Klasifikace hmotnosti dle BMI

Stupeň	BMI (kg/m ²)	Riziko komplikací
podváha	< 18,5	vysoké
normální váha	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0–34,9	střední
obezita II. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita III. stupně	≥ 40	velmi vysoké

(Novák, 2009)

Příloha 6: Dotazník (příklad vyplněného dotazníku)

Dotazník k bakalářské práci

Dobry den, jsem studentkou 3.rocniku Zdravotne socialni fakulty Jihoceske univerzity v Ceskych Budejovicich. Pisi bakalarskou praci na tema Informacni zdroje ve zdravotni edukaci pacientu s civilizacnimi chorobami. V teto praci provadam vyzkum kvantitativni metodou, a tak potrebuji co nejvice respondentu k dosazeni meho vyzkumného cíle.

Proto bych vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Podotýkám však, že dotazníky jsou anonymní, proto prosím o co nejvíce možnější pravdivé informace.

V tomto dotazníku se nachází 29 otázek, které jsou uzavřené a polouzavřené.

Otázky jsou především zaměřené na informační zdroje. Tomu se rozumí zdroj informací, který zdravotní sestře pomáhá při edukaci pacienta, aby správně pochopil a osvojil si danou problematiku. Mezi informační zdroje v podobě tištěných dokumentů patří například letáky, odborné časopisy, aj. Dále zdroje pomocí médií (odborné pořady, videa,..), internet (odborné stránky), elektronické dokumenty a další.

Dále se v dotazníku nacházejí otázky směřované na zásady informačních zdrojů. Těmito zásady je myšleno například zvolení vhodnosti (individualitu) inf.zdroje pro daného pacienta, dále časovost, vybrání vhodnosti edukačního materiálu, jednoduchost, jasnost a krokovou posloupnost.

Při vyplňování otázek prosím zakroužkujete pouze jednu správnou odpověď.

Mnohokrát Vám předem děkuji.

Zdroj: vlastní šetření, 2020

1) Na jakém oddělení pracujete?

- a) Chirurgické oddělení
- b) Interní oddělení
- c) Primární zdravotní péče
- d) Jiné (prosím, uveďte jaké)

2) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) Méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-20 let
- d) 20-30 let
- e) Více jak 30 let

3) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské zakončené maturitní zkouškou
- b) Vyšší odborné (dis.)
- c) Vysokoškolské bakalářské studium
- d) Vysokoškolské magisterské studium

4) Studujete při zaměstnání?

- a) Ano, doplňuji si vyšší vzdělání z výše uvedených (v otázce č. 3)
- b) Ano, doplňuji si vzdělání atestací (ARIP,..)
- c) Ne

Zdroj: vlastní šetření, 2020

5) S kterou diagnózou z těchto uvedených u svých pacientů se při výkonu své práce nejčastěji setkáváte?

- a) Arteriální hypertenze
- b) Ateroskleróza
- c) Diabetes mellitus II. typu
- d) Obezitou

6) Doplnujete edukaci o informační zdroje?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

7) Odkud znáte informační zdroje?

- a) Od zaměstnavatele
- b) Ze studia
- c) Z praxe
- d) Jiné (prosím, uveďte)

8) Využíváte informační zdroje při osobní edukaci s pacientem?

- a) V rámci edukace v ordinaci či ve zdravotnickém zařízení
- b) Doporučuji zdroje pro studium v jejich domácím prostředí
- c) Nedoporučuji nic

9) Myslíte si, že doplňování edukace informačními zdroji je potřebné?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Zdroj: vlastní šetření, 2020

10) Myslíte si, že znáte zásady pro uvádění informačních zdrojů?

- a) Ano
- b) Možná
- c) Ne

11) Odkud znáte zásady pro uvádění informačních zdrojů?

- a) Ze studia
- b) Z praxe
- c) Od zaměstnavatele
- d) Jiné (prosím, uveďte jaké)
- e) Neznám

12) Při doporučení pacientovi informačního zdroje dbáte na individuální vhodnost inf.zdroje pro daného pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

13) Jaké informační zdroje používáte při edukaci pacienta?

- a) Tištěné dokumenty
- b) Média (odborné pořady, videa,...)
- c) Internet (poradím pacientovi odborné stránky pro studium)
- d) Elektronické dokumenty
- e) Jiné (prosím, uveďte jaké)

14) V případě, že používáte tištěné dokumenty, uveďte jaké

- a) Letáky
- b) Odborné časopisy
- c) Jiné (prosím, uveďte jaké)
- d) Nepoužívám

Zdroj: vlastní šetření, 2020

15) Myslíte si, že jsou vaše praktické dovednosti ohledně informačních zdrojů ovlivněny dlouholetou praxí

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16) Myslíte si, že znalosti sester o informačních zdrojích jsou ovlivněny vzděláním?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

17) Sebezděláváte se i v průběhu plného pracovního úvazku?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18) Jakým způsobem se sebezděláváte?

- a) Tištěná forma (odborné časopisy, učebnice,...)
- b) Pomocí elektronických médií (televize, videa,...)
- c) Pomocí internetových článků
- d) Elektronické databáze (PubMed, Scopus,...)
- e) Různé školení či studiem
- f) Jiným způsobem (prosím, uveďte jakým)

Zdroj: vlastní šetření, 2020

19) Víte, co to jsou elektronické databáze (PubMed, Scopus, Web of Science,...)?

- a) Ano
- b) Ne

20) Používáte pro sebezdělávání elektronické databáze? (Pokud ano, vyplňte prosím otázku č. 21)

- a) Ano
- b) Ne

21) Jaké elektronické databáze používáte nejčastěji?

- a) Scopus
- b) PubMed
- c) Web of Science
- d) Ebsco
- e) Jiné (prosím, uveďte jaké)

22) Jakou metodu při edukaci uplatňujete?

- a) Teoretickou (přednáška, cvičení, seminář)
- b) Teoreticko-praktickou (diskuzivní, problémová, diagnostická, projektová, klasifikační,...)
- c) Praktickou (instruktáž, coaching, asistování, stáž, exkurze,...)
- d) Žádnou

23) Uvádíte při edukaci pacientů možné rizikové faktory?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Zdroj: vlastní šetření, 2020

24) Používáte při edukaci pacientů zpětnou vazbu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

25) Víte, co znamená pojem eHealth či e-zdravotnictví (ePrescripce, eNeschopenky...)?

- a) Ano
- b) Možná
- c) Ne

26) Myslíte si, zda eHealth, který se zavádí po celém světě má výhody pro pacienty?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, co to znamená

27) Myslíte si, zda eHealth, je výhodou pro lékaře či jiný zdravotnický personál?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, co to znamená

Zdroj: vlastní šetření, 2020

28) Myslíte si, že systém eHealth je výhodou pro zdravotnické zařízení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, co to znamená

29) Myslíte si, že systém eHealth je výhodou pro stát z hlediska financí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, co to znamená

Mnohokrát Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

S pozdravem,

Drsová Lucie.

Zdroj: vlastní šetření, 2020