

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu
Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.

Autor:

Bc. Alena Soukupová

2007

Abstract

Self-reflection is understood as a general individual's muse over himself, recapitulation of a certain part of life or own behaviour. Its aim is to evaluate myself and to choose a strategy for future. Its significance could be more important, depending on its targeted usage and it could be very important during a medical regime because a lot of illnesses mean a resulting interference into a client's life style. This change is often related to a dietary regime. Support of a self-reflection during an observance of the dietary regime can lead to a realising of client's mistakes which he has made and to a realising of a hazard which can be an effect of it. It can contribute to a generally better coping with this situation.

A research was made with a method of questioning, questionnaire technique, in hospitals in České Budějovice, Písek and Příbram and was aimed at three informant groups. Nurses were in the first group, they were sent 150 questionnaires, 138 (92%) came back. The second group consists of clients, they were sent 150 questionnaires and 133 (87%) came back. Clients' family members were in the third group, they were sent 105 questionnaires and 66 (63%) came back. The aim of this work, find out whether nurses support client's self-reflection during observing dietary regime, was fulfilled. According to research results the first hypothesis (nurses do not support client's self-reflection during observing dietary regime) was confirmed, the second hypothesis (nurses do not use educational material for supporting of client's self-reflection) was also confirmed. The third hypothesis (client's self-reflection during observing dietary regime is more supported by family members than by nurses) was also confirmed. It is noticable from research results that all three groups, nurses, clients and their family members do not have enough information about self-reflection, they do not realize its contribution and do not use it. I would like to make accessible my work and its results to a staff of workplace where the data collection was made. I would like to contribute with my work to a bigger self-reflection usage.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citovaných zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové na téma „Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu“, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Touto cestou bych chtěla poděkovat především vedoucí mé diplomové práce
paní doc. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D., R.N., za užitečné rady a čas které mi věnovala,
a také za ochotu a trpělivost.

Děkuji...

Obsah:

Úvod	6
1. Současný stav	7
1.1. Zdraví	7
1.1.1. Holismus	8
1.2. Nemoc	8
1.2.1. Nemoc jako psychologický problém	9
1.3. Výživa	10
1.3.1. Složky potravy	11
1.3.2. Zásady správné výživy	13
1.3.3. Vyšetření stavu výživy	14
1.3.4. Faktory ovlivňující výživu	15
1.4. Diety	16
1.4.1. Dieta při žaludečních a duodenálních vředech	17
1.4.2. Dieta při zánětlivých onemocnění střeva	17
1.4.3. Dieta u aterosklerózy	18
1.4.4. Dieta při ischemické chorobě srdeční	18
1.4.5. Dieta při hypertenzi	19
1.4.6. Dieta při chronickém poškození jater- po prodělané Hepatitidě	19
1.4.7. Dieta při akutním onemocnění žlučníku a žlučových cest	19
1.4.8. Dieta při chronickém onemocnění žlučníku	20
1.4.9. Dieta při ledvinných kamenech	20
1.4.10. Dieta při diabetes mellitus	21
1.4.11. Dieta při osteoporóze	22
1.4.12. Dieta při obezitě	23
1.4.13. Dieta při celiakii	24
1.4.14. Dieta při antikoagulační léčbě	25
1.5. Sestra a edukační proces	26
1.5.1. Záznam o edukaci	27

1.5.2. Výchovný proces v sesterské profesi	29
1.5.3. Sestra a pacient	29
1.5.4. Chyby znehodnocující posuzování lidí	31
1.6. Reflexe	32
1.6.1. Rozhodování o výuce.....	33
1.6.2. Podmínky pro zdárný průběh reflexe.....	33
1.6.3. Pravidla vedení reflexe	34
1.6.4. Reflexe v sesterské praxi	34
1.7. Sebereflexe.....	35
1.7.1. Sebepojetí.....	36
1.7.2. Proces sebereflexe.....	36
1.7.3. Funkce sebereflexe	37
1.6.4. Prostředky sebereflexe	37
1.7.5. Kritické myšlení.....	38
1.7.6. Zpětná vazba	39
1.8. Motivace	40
1.7.1. Potřeby jako motivy	41
2. Cíl práce a hypotézy	43
2.1. Cíl práce	43
2.2. Hypotézy	43
3. Metodika	44
3.1. Použitá metoda	44
3.2. Charakteristika souboru.....	44
4. Výsledky	46
5. Diskuse	87
6. Závěr	99
7. Seznam použitých zdrojů.....	100
8. Klíčová slova	106
9. Seznam příloh	107

Úvod

Sebereflexe, tedy jakési nastavení zrcadla sama sobě, zpětné zhodnocení rozebírání nějaké situace, nám pomáhá zhodnotit své vlastní jednání a vyvodit závěry do budoucna. Aniž bychom si to uvědomovali, tak ji většina z nás využívá každý den, je nám přínosná. Její význam může být vyšší, využíváme-li ji cíleně a může být velmi důležitá během léčebného režimu.

Mnohá onemocnění znamenají pro klienta následný zásah do životního stylu, včetně dietního režimu. Tato změna nebývá pro klienty zpočátku jednoduchá a mnozí se s ní nevyrovnaří vůbec. Právě v takových případech je velmi důležitá sebereflexe. Podstatné je vést klienta k tomu, aby vnímal své činy, přemýšlel o nich, analyzoval je a učil se z nich. Podpora sebereflexe při dodržování dietního režimu může vést k tomu, aby si klient uvědomil chyby, kterých se dopustil a též rizika, která toho mohou být důsledkem. Je samozřejmě důležité vzít v úvahu, jedná-li se o změnu dietního režimu pouze krátkodobou, nebo bude-li muset klient přizpůsobit své stravovací návyky dlouhodobě či trvale. Sebereflexe tedy může přispívat k celkově lepšímu zvládnutí této změny.

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala, protože si myslím, že sebereflexe může mít velký přínos pro klienta samotného a také spolupráci klienta se sestrou a to nejen v oblasti týkající se dietního režimu. Zároveň si myslím, že v současné době se sebereflexi nepřikládá příliš velký význam a že by bylo nutné na tuto oblast více upozornit.

1. Současný stav

1.1. Zdraví

Existuje mnoho definic pojmu zdraví. Je možné se setkat s medicínsky orientovanými definicemi, které o něm mluví jako o absenci tělesných a duševních potíží. Jiné definice jej vymezují pozitivně. V Chartě WHO z Ottawy z roku 1986 je zdraví chápáno jako procesuální děj, který zahrnuje tělesné, psychické a sociální aspekty. Lze jej tedy dostatečně určit pouze na základě subjektivních informací. Plyne to z toho, že zdraví pomáhá člověku při efektivním a přiměřeném překonávání obtíží v životě. V novějších pojetích se integruje medicínské, psychologické a sociologické chápání zdraví. (50)

Světová zdravotnická organizace zdraví v roce 1948 vymezila jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady. Což zahrnuje práci na těle a na duchu, ale také na vztazích mezi lidmi a ve společnosti. Tato definice byla později upravena, tak že zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Pozitivní zdraví je stav, který v sobě zahrnuje seberealizaci, chuť do života a lidskou tvořivost. V definicích se tedy dnes zdůrazňuje denní naplňování celistvosti, ne jen pomyslný ideální stav. K tomu přihlíží i nejnovější definice dle SZO, která zdraví vymezuje jako relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí. (42, 4, 14)

Zdraví se týká nás všech a je cennou hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Je kategorií široce humánní a nevzniká v nemocnicích. (47)

Co se zdraví týče, panuje naprostá shoda v tom, že je dobré být zdrav, nikdo nechce být nemocen. Člověk chce být zdrav, aby mohl v životě něčeho dosáhnout a opačný stav, tedy nemoc, je nežádoucí, protože brání úspěšnému dosažení cíle. Zdraví je tedy v tomto případě chápáno jako podstatný předpoklad k dosažení cíle. (23)

Za zdraví je považován stav, kdy není přítomná nemoc. Toto pojetí zdraví vychází z běžné klinické praxe. Přičemž zhruba od 70. let 20. století dochází k výraznému zvyšování pozornosti, která je věnována nemocnému jako Svěbytné osobnosti. Začal být významně prosazován názor, že je pro člověka nedůstojné, stane-li

se jakýmsi předmětem „objektivistického kultu exaktní vědy“ a podcení se jeho dosavadní život, zkušenosti, názory, hodnoty a práva. (14)

Slovo „zdraví“ v historii původně znamenalo celek. K tomuto pojetí lze dnes pozorovat návrat a to v holismu, který chápe zdraví a péči o něj v podstatně širším měřítku. (23)

1.1.1. Holismus

Holismus je filosofický směr, který sestry díky snaze zachovávat rovnováhu mezi technickými pokroky a potřebami nemocných začali prosazovat do klinické praxe. Jeho základní myšlenkou je, že celek není jen souhrnem jednotlivých částí, ale že se jedná o nehmotný činitel celistvosti (viz příloha 1 – Lidská bytost z hlediska holistického přístupu). Přičemž porucha jedné části znamená poruchu celého systému. Z čehož plyne, že sestra pečuje o člověka jako celek, ne jen o jeho izolované části. Holistická péče pomáhá lidem převzít odpovědnost za vlastní zdraví, jehož existenci nejspolehlivěji potvrdí opačný stav, tedy nemoc. (4, 24)

1.2. Nemoc

Nemoc je stav, při němž došlo k poruše zdraví (viz příloha 2 – Biopsychosociální model zdraví a nemoci). Rozlišení zdraví a nemoc není tak jednoduché, hranici mezi nimi nelze jednoznačně vymezit. (4, 3, 41) Jedná se tedy o nějaký patologický stav těla nebo mysli. Normativní definice zdraví a nemoci popisuje nemoc jako stav, který nemocnému způsobuje subjektivní potíže, to však nezahrnuje všechny nemoci. Funkcionalistická definice zdraví a nemoci oproti tomu definuje některé funkce organismu jako správné a jiné už jako patologické a to bez ohledu na to, zda ty patologické funkce způsobují už nějaké subjektivní potíže.

Zjednodušeně lze nemoc tedy definovat jako poruchu homeostázy organismu a selhání adaptačních mechanismů organismu vlivem nepříznivých vlivů vnějšího prostředí. (53)

1.2.1. Nemoc jako psychologický problém

„Být zdravým“ je velmi významnou hodnotou v životě téměř každého jedince. Zdravý člověk snese většinou lehce i větší fyzickou nebo psychickou zátěž či nepohodu a není omezen ani v nejrozmanitějších aktivitách, které jsou spojeny s uspokojením a radostí, jako je cestování, ale i takové relativní samozřejmosti jako je osobní hygiena, schopnost se najíst a napít.

Nemoc svým průběhem nebo svými důsledky často velmi negativně ovlivňuje kvalitu života jedince a bývá proto označována jako náročná životní situace. Takovou situaci může být například akutní onemocnění spojené s intenzivní bolestí, nebo chronická choroba, která nemocného významně omezuje v jeho životních aktivitách, popřípadě jej ohrožuje nepříznivou prognózou.

Je nutné brát v úvahu duševní stránku nemocného, způsob prožívání jeho choroby a také psychické reakce na bolest. Jde totiž o důležitou součást jeho celkového stavu, která zpětně ovlivňuje průběh onemocnění. Psychogenní faktory jsou významným a nezanedbatelným činitelem při vzniku, v průběhu a léčbě onemocnění. (17)

Somatické onemocnění je všeobecně považováno za jednu z největších zátěží v životě člověka, která působí na jeho psychiku a mnohdy dochází až ke změně jeho identity. Postoj člověka k nemoci je různý a vyplývá i z toho kolik změn sebou tento stav přináší. Změny v psychice se mohou projevat i tím jak jedinec přijímá roli nemocného. (41)

Zvládání nemoci také ovlivňuje její průběh a charakter, tedy zda se jedná o onemocnění akutní nebo chronické. Protože zatímco akutní onemocnění má rychlý průběh a v relativně krátkém období lze očekávat návrat k „totálnímu“ zdraví, tak u chronické choroby je nutné si uvědomit, že s ní člověk bude žít dlouho, mnohdy až do smrti. To sebou tedy přináší i mnohé životní změny a omezení, přestože mnohá z těchto chronických onemocnění nejsou takového charakteru, že by momentálně ohrožovala život člověka. Obrovský dopad mívá chronické onemocnění také na sebepojetí pacienta, tedy na to jak sám sebe vidí, chápe a hodnotí. (22)

Sama hospitalizace je pro nemocného často velmi výrazným zážitkem. Ocítá se totiž náhle v roli, která má spíše charakter posluchače autorit, které jsou zastoupeny zdravotnickým personálem. U člověka v nemocnici se může objevit celá řada psychických potíží spojená s hospitalizací, nejčastěji se jedná o nervozitu, úzkost, děsivé obavy a deprese. Aby nemocný mohl zůstat v psychické pohodě, je důležité jej aktivně zapojit do uzdravného procesu. (22)

Velmi důležitá je v tomto případě komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocnými. Základním pravidlem je, aby byly informace nemocnému předávány srozumitelně a jasně, je totiž nutné si uvědomit i fakt, že pacienti se nebudou instrukcemi zdravotnického personálu řídit, nebudou-li jim rozumět a nepochopí-li proč. (13)

1.3. Výživa

Jídlo a příjem potravy neuspokojuje pouze hlad. Jídlo a pocit sytosti doprovází zpravidla pozitivní emoce, dobré jídlo bývá zdrojem spokojenosti člověka. Příjem potravy tedy ovlivňuje duševní pohodu jedince, ale také se významně podílí na celkovém zdravotním stavu člověka a průběhu některých onemocnění. (39)

Výživa má bez pochyby velký význam při ovlivňování zdravotního stavu jedince. Jedná se o souhrn pochodů, kdy organismus přijímá, zpracovává a využívá živiny. Tedy látky, které jsou nezbytné k růstu, obnově a udržení funkcí organismu a můžeme je rozlišit na látky výživné a ochranné. Výživa by tedy měla přivádět látky důležité pro činnost orgánů a tvorbu záložních zdrojů. Její hlavní úkol ale spočívá v dodávání živin a poskytování energie a také být zdrojem tepla.

Podle I. P. Pavlova je příjem potravy u člověka řízen „potravovým centrem“ v mozku. Pocity hladu, chuti a žízně jsou ovlivňovány souhrou tkáňových potřeb a nervové regulace. (11, 26)

Výživa nespočívá pouze v příjmu potravy, ale také ve zpracování požitých živin. V okamžiku spolknutí potravy, prochází třemi fázemi a to, zažíváním, vstřebáváním a metabolismem. Při zažívání dochází k fyzikálním a chemickým změnám ve struktuře potravy, tedy rozložení hlavních živin na jednodušší chemické látky.

Vstřebávání spočívá v transportu živin přes sliznici střeva do krve. Závěrečnou fází je metabolismus, kdy dochází k využívání živin buňkami pro jejich růst a jako zdroj energie. (26, 21)

1.3.1. Složky potravy

Výživa je souhrn všech interakcí mezi organizmem a požitou stravou. Potrava a základní živiny jsou nezbytné pro růst a zachování všech tkání v těle a normální fungování procesů, které probíhají v organismu. Adekvátní příjem potravy se skládá z vyváženého množství základních živin, tedy vody, sacharidů, bílkovin, tuků, vitamínů a minerálů. (21)

Pro metabolismus, obnovu tkání, regulaci tělesné teploty a pohyby svalstva je nezbytný dostatečný přívod energie. Při nedostatečném energetickém příjmu je nejprve spotřebováván tuk z tukové tkáně a následně svalová hmota. Naopak při nadbytečném přívodu energie do organismu se vyvíjí obezita s rizikem dalších nemocí. Výdej energie ovlivňuje bazální metabolismus, metabolismus potravy a fyzická aktivita jedince, která se na energetickém výdeji podílí z 20 až 40 %. Obecně je doporučováno u osob bez vážnějšího onemocnění denní příjem energie 25 – 35 kcal/kg váhy (viz příloha 3 – Potraviny podle jejich energetického obsahu). (11)

Jako základní stavební hmota tkání slouží bílkoviny. Živočišné zdroje bílkovin, jako jsou vejce, mléko, ryby a maso, dodávají organismu všechny nezbytné aminokyseliny. Mezi nejdůležitější funkce bílkovin patří štěpení potravy, zajišťování hormonálních pochodů v organismu, udržování acidobazické rovnováhy a činnosti imunitního systému. Hlavními zdroji bílkovin jsou maso, luštěniny, sýry, vejce, ořechy a mléčné výrobky. Jejich doporučená denní dávka by měla tvořit 15 % celkového příjmu.

Primárním zdrojem energie pro organismus jsou sacharidy. V tenkém střevě dochází k jejich rozkladu na jednoduché vstřebatelné cukry. Okamžitým zdrojem energie pro tělo je glykogen, což je zásobní glukóza. Pokud je to nutné, pak se glykogen mění v játrech a svalectech na glukózu. Pokud je glukózy nadbytečné množství, pak se

přeměňuje a ukládá ve formě tuku. Z celkového energetického denního příjmu by denní příjem sacharidů měl tvořit 55 %.

Oproti tomu jako zásobní, tedy dlouhodobý zdroj energie slouží tuky. Mezi jejich další funkce patří ochrana před ztrátami tepla, přenos vitamínů rozpustných v tucích a ochrana orgánů. Tvoří také buněčné membrány a podílí se na tvorbě hormonů. (11, 26) Existuje několik typů tuků. Nasycené mastné kyseliny, které pokud nejsou energeticky využity, pak se výrazně podílí na zvyšování rizika některých chorob, jako jsou srdečně cévní onemocnění a některé druhy nádorů, především prostaty a prsu. Nenasycené mastné kyseliny mají odlišné účinky, které jsou velmi významné, a jejich nedostatek ve stravě je podstatné nutriční riziko. Tyto kyseliny se po přeměně na biologicky aktivní látky významně uplatňují při prevenci srdečních a cévních chorob. Ovlivňují cévní stěnu, podílejí se na regulaci krevního tlaku a snižují sklon k tvorbě trombů. (40) Dalším typem jsou polynenasycené mastné kyseliny, které regulují metabolismus cholesterolu. Jejich denní příjem by měl tvořit 30 % celkového denního příjmu energie. (11)

Za podstatný rizikový faktor při vzniku aterosklerózy je považován cholesterol. Přesto je velmi důležitou složkou potravy, která se v organismu uplatňuje jako stavební složka buněk a buněčných membrán a jako částice lipoproteinů. Částice, které mají více bílkovin a méně tuků, se nazývají lipoproteiny s vysokou denzitou, high – density proteins, tedy HDL, a částice s větším obsahem tuků a menším bílkovin jsou lipoproteiny s nízkou denzitou, low – density lipoproteins, tedy LDL. V působení HDL a LDL jsou významné odlišnosti. Nejdůležitějším je rozdíl v předávání cholesterolu tkáním, přičemž HDL mají tendenci cholesterol převádět z tkání do jater a podporovat tím jeho odbourávání. Zatímco LDL cholesterol přivádí do tkání. (40)

Mezi nestravitelné složky potravy, nezbytné pro organismus patří vláknina. Jejím účinkem je, že zpomaluje vstřebávání sacharidů a reguluje průchod stolice střevem a střevní motoriku. Neobsahuje výživné látky, ale při jejím nedostatku dochází ke snižování účinnosti trávicího ústrojí, což se může projevit vznikem zácpy, žlučových kamenů nebo rakovinou tlustého střeva. Vláknina podporuje střevní pasáž, zadržuje vodu a omezuje kontakt jedů se střevní stěnou. Mezi její pozitivní účinky bezesporu

patří, že navozuje pocit sytosti, snižuje výskyt rakoviny tlustého střeva, působí preventivně proti varixům a hemoroidům. Také váže cholesterol, čímž snižuje jeho hladinu v krvi.

Pro průběh mnoha životně důležitých reakcí v organismu jsou nezbytné vitaminy a minerály. Tvoří totiž strukturu kostí, hemoglobinu a enzymů. Z minerálních látek jsou pro správnou funkci organismu nezbytné vápník, hořčík, fosfor, sodík, draslík, železo a zinek. Ze stopových prvků to jsou měď, chrom, mangan, molybden, selen a jód.

Nezbytnou ve výživě je také nepochybně voda, bez níž nelze žít. Voda přenáší ionty a minerály, reguluje tělesnou teplotu a umožňuje vylučování odpadních látek v moči. Pro optimální funkci organismu je nezbytná rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin. Vodu ztrácíme močí, pocením a dýcháním a přijímáme ji pitím, potravou a malá část se tvoří metabolismem. Nebezpečí dehydratace hrozí u lidí s průjmem, zvracejících, při horečce, u diabetiků, nemocných léčených diuretiky, u oslabených a starých pacientů a při poruchách příjmu potravy. Minimální množství, které by měl člověk denně přijmout je 1,5 litru tekutin. (11)

1.3.2. Zásady správné výživy

Jedním ze základních pravidel, které stanovuje, co je to správná výživa, je aby si jedinec neškodil, tím co jí. Při stravování je důležité dodržovat vyváženost energetického příjmu a výdeje, dbát o to, aby strava byla mnohostranná a obměňovaná a aby do ní bylo zařazeno co nejvíce čerstvě připravených jídel. Vhodné také je nezatěžovat organismus přísadami v potravinách, nepřejídat se, jíst v klidu a pravidelně ve stejnou dobu a rozdělit si denní příjem energie tak, aby snídane z něj tvořila 15 %, přesnídávka 10 %, oběd 35 %, svačina 15 % a večeře zbývajících 25 %. Nezbytnou součástí je také pitný režim, přičemž denní příjem tekutin by měl být 1,5 – 2 litry. Avšak pít by se mělo nejpozději hodinu před jídlem a nejdříve hodinu po jídle, protože pití při jídle ředí trávicí enzymy. Z tuků by měly být upřednostňovány rostlinné před živočišnými. Je dobré se vyhýbat potravinám s vysokým obsahem cukrů, přijímat

přiměřené množství soli a kombinovat rostlinné a živočišné zdroje bílkovin. Samozřejmostí by se měla stát denní konzumace čerstvého ovoce a zeleniny. (11, 39)

1.3.3. Vyšetření stavu výživy

Hodnocení stavu výživy bývá velmi často opomíjeno. Může být tak jednoduché nebo naopak složité, podle toho jak je to vhodné, ale podstatné je, že musí být subjektivní, a stejně tak i objektivní. Vhodné je sledování klienta, které zajišťují sestry a jeho doplnění dalšími zdroji, jako je anamnéza, hodnocení psychického a sociálního stavu, fyzikální vyšetření, stravovací návyky apod. (32)

Při hodnocení stavu výživy a metabolismu hospitalizovaných je nutné se zaměřit především na dvě oblasti. Prvním z nich je, jaký je dlouhodobý nutriční stav u nemocného, druhou je jeho aktuální metabolický stav. (2) Jednou z metod hodnocení stavu výživy je přístup „ABCD“, tedy *antropometrické hodnoty, biochemické údaje, klinické parametry – clinical signs a výživová anamnéza – dietary history*. (21)

Stav výživy se u jedince vyšetřuje pohledem, další možností je výpočet Body Mass Indexu. Orientačně je možné využít pro výpočet optimální hmotnosti Brocův vzorec, kdy od výšky v cm odečteme 100, přičemž výsledek by se měl rovnat váze jedince. Je nutné ale mít na mysli, že u žen a mužů je odlišné ukládání tuků. Pokud dojde k výraznému poklesu hmotnosti, který je charakterizován nepřítomností zásobní tukové tkáně, jedná se o kachexii. Vede k ní těžká podvýživa a zhoubné nádory, především nádory v trávicím traktu. (27)

K vyšetřením, která jsou nezbytná pro zjištění stavu výživy, neodmyslitelně patří nutriční anamnéza (viz příloha 4 – Výživová anamnéza). Jde především o údaje, jako jsou stravovací návyky včetně oblíbených a nevhodných jídel, změna tělesné hmotnosti za posledních 3 až 6 měsíců, změna stavu výživy při onemocnění, průběh onemocnění, gastrointestinální a jiné potíže, Vliv onemocnění na příjem a trávení potravy, potravinové alergie, vztah fyzické aktivity k příjmu potravy aj. Přesná anamnéza zpravidla poskytuje první stimuly, upozorňující na poruchy výživy. (2, 32, 21, 5)

Součástí hodnocení výživy by mělo být fyzikální vyšetření, které zahrnuje následující oblasti: dutina ústní, poruchy polykání, nevolnost a zvracení, průjem a zácpa. (32)

Způsob výživy je určován na základě stanovení kvalitativních a kvantitativních parametrů přijímané potravy. Pro hodnocení dlouhodobějšího stavu výživy jsou kromě anamnestických údajů využívány antropologická statická i funkční, biochemická a imunologická kritéria.

Antropologická kritéria statická se zaměřují na obvod svalstva paže, tloušťku kožní řasy nad tricipsem a výškováhový poměr. Při funkčním hodnocení se průběžně měří síla stisku, výdechová rychlost aj.

Biochemická kritéria zahrnují hlavně stanovení hladiny plasmatických proteinů s různými poločasy. Z těchto ukazatelů výživy bývá sledován sérový albumin, sérový transferin a sérový hemoglobin. (2, 32, 21)

Z imunologických kritérií je nejpoužívanější absolutní počet lymfocytů a výsledek kožních testů po podání standardních antigenů.

Tato vyšetření se však využívají zejména u nemocných v těžkých stavech. (2)

1.3.4. Faktory ovlivňující výživu

Před hodnocením stavu výživy je nutné vzít v úvahu faktory, které ovlivňují individuální stravovací návyky.

Oblíbenost některých jídel je určována etnickou příslušností. Také náboženské vyznání má vliv na způsob stravování a výživu, přičemž sestra musí respektovat náboženské dietetické praktiky. Co a kolik člověk jí významně ovlivňuje ekonomická situace.

Na výběru stravy se významně podílí i příslušnost ke společenským skupinám a podskupinám, odlišujících se od sebe věkem, pohlavím, zaměstnáním, nebo zájmy. Při posuzování těchto faktorů je nutné vzít v úvahu to, co má a nemá jedinec rád, protože lidé si často přinášejí oblibu nebo odpor k nějakému jídlu z dětství.

Mezi další determinanty ovlivňujícími výživu člověka, jsou životní styl a názor na vztah výživy a zdraví, protože přesvědčení, že výživa významně ovlivňuje zdraví jedince, hraje velkou roli ve způsobu stravování a výběru potravin.

Dalšími faktory, které je také nutné posuzovat je vliv reklamy, psychologické faktory, zdravotní stav a alkohol a léky. (21)

1.4. *Diety*

Pokud člověk onemocní, pak dochází k mnoha změnám a jednou z nich bývá zpravidla dietní omezení. I na činnosti denního života je náhle potřeba podstatně více energie než jindy a samo onemocnění mnohdy ovlivňuje podmínky hospodaření se získanou energií. Stravování při hospitalizaci nezahrnuje pouhé zajištění jídla, ale samo o sobě je léčebným prostředkem, je nutnou součástí léčby klienta. Bez přiměřené a nutné výživy nelze nemocného plně vyléčit. Na tuto skutečnost upozorňovala už ve své době Florence Nightingaelová, přesto i v současnosti je mnoho jedinců, kteří si to neuvědomují. (37)

Příjem potravy a tekutin je totiž jednou ze základních součástí lidské existence. Strava pro nemocné, je speciálně upravená, podle jejich stavu (viz příloha 5 – Seznam základních a speciálních diet). Některé složky potravy jsou v ní omezeny či vynechány, jiné naopak zvýšeny. Dietní strava má při léčbě mnoha nemocí své nezastupitelné místo a je nutné ji dodržovat. Proto i tato strava musí být pestrá, chutná a vyvážená. (33)

V současnosti v nemocnici funguje Dietní systém, který ovšem je vhodný pro zajištění léčebné výživy pouze pro nemocné s obdobnými požadavky na energetickou a biologickou hodnotu potravy. Mnoho klientů proto potřebuje individuální dietní přístup k zabezpečení energie a živin. Pomoci nemocným, jejichž stav vyžaduje speciálně upravenou stravu je úkolem dietetologa a sestry. Dietetolog podává klientovi a jeho rodině informace o jídlech vhodných i zakázaných a pomáhá jim plánovat stravu. Úkolem sestry je tyto pokyny zdůrazňovat a pomáhat klientovi realizovat žádané změny a hodnotit reakce na ně. (21, 5)

Některá dietní omezení bývají pouze dočasná a po odeznění akutní fáze nebo v průběhu rekonvalescence se jedinec může vrátit zpět ke stylu stravování, na nějž byl

zvyklý. Ne zřídka se ovšem stává, že klient musí dietu dodržovat dlouhodobě, nebo celoživotně. V takovém případě je nezbytné, aby nemocný své dietě nejen rozuměl, ale měl by k ní mít také vypěstovaný pozitivní přístup a měl by být obeznámen s následky, ke kterým může dojít v případě nedodržování dietního opatření (21)

1.4.1. Dieta při žaludečních a duodenálních vředech

Při vředovém onemocnění dochází k porušení žaludeční nebo duodenální sliznice vlivem kyselé žaludeční šťávy. Při vzniku tohoto onemocnění se podílí mnoho rizikových faktorů, jako jsou stres, diabetes mellitus, hypertenze, onemocnění jater, nesteroidní antirevmatika a jiné.

Mezi hlavní dietní zásady patří pravidelná strava, více denních dávek v menších porcích, pomalá a soustředěná konzumace pokrmu v klidném prostředí, nejíst čtyři hodiny před spánkem, příjem nepřepálené a nízkotučné stravy s dostatkem bílkovin. Dále je nutné omezit citrusy, koření, smažená jídla a potraviny s množstvím celulózy. Pacient by také neměl pít mléko, které přes prvotní neutralizační účinek zvyšuje žaludeční kyselost. (11)

1.4.2. Dieta při zánětlivých onemocněních střeva

Nejčastějšími zánětlivými onemocněními postihujícími střevo jsou Crohnova choroba, která je charakterizována zánětem s nejčastější lokalizací v ileu a ulcerózní kolitida, tedy zánětlivé onemocnění vyskytující se v tračníku a konečníku. V obou případech bývají nemocní ohroženi sníženým přísunem bílkovin, nedostatkem energie, vitamínů a minerálů.

Mezi dietní zásady při zánětlivých onemocněních střeva patří, že podstatná je běžná vyvážená strava bez omezení, konzumovat menší porce v kratších časových intervalech. Je vhodná strava bohatá na živiny a energii. U některých nemocných musí být dodávány také vitamíny rozpustné v tucích a je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin. Při ulcerózní kolitidě má po ústupu obtíží následovat vyvážená strava. (11)

1.4.3. Dieta u aterosklerózy

Při ateroskleróze, tedy kornatění tepen, se při zvýšené hladině krevních tuků dostávají malé částičky cholesterolu do cévní stěny, kde je buňky vychytávají a mění se v tukové buňky. Mezi rizikové faktory se řadí stres, sedavý způsob života, přejídání, nadváha a obezita, kouření a hypertenze. V poslední době se objevují názory, že hladina cholesterolu nemusí být hlavním rizikovým faktorem. Ideální dieta u aterosklerózy není charakterizována vyloučením či maximálním omezením tuků, ale jedná se o dietu obsahující zdravé tuky a s vyloučením tuků škodlivých.

Do stravy by měly být zařazeny mononenasycené tuky a polynenasycené tuky omega-3. Důležité je zabezpečit dostatečný přísun bílkovin, celozrnných obilnin a konzumovat dostatek čerstvého ovoce a zeleniny. Nemocní by měli přijímat v dostatečném množství vlákninu, omezit bílou mouku a rafinovaný bílý cukr a také tučná jídla s vysokým obsahem živočišných nasycených tuků. Při nadváze a obezitě je nezbytné zhubnout, relaxovat, odpočívat a nekouřit. (11)

1.4.4. Dieta při ischemické chorobě srdeční

Kardiovaskulární choroby jsou nejčastější příčinou úmrtí, proto jsou dietní opatření podstatnou součástí primární a též sekundární prevence.

Při těchto onemocněních je důležité řídit se pravidly zdravé výživy. Do jídelníčku by měly být zařazeny celozrnné obilniny, nové brambory, neloupaná rýže, několikrát týdně luštěniny nebo sója. Několikrát týdně by měly být konzumovány ryby s vyšším obsahem omega-3 mastných kyselin v mase, jako je makrela, losos, čerstvý tuňák a jiné. U vegetariánů je vhodné je nahradit řepkovým nebo lněným olejem. Omega-3 mastné kyseliny omezují krevní srážlivost a protizánětlivými účinky zabraňují poškození cévní stěny, snižují hladinu tuků v krvi a zvyšují účinnost inzulínu. Oxidaci cholesterolu zabraňuje vyšší příjem čerstvé zeleniny a ovoce a jeho vstřebávání snižuje vláknina. Je vhodné také upravit kalorický příjem, především je-li nutná redukce hmotnosti. Celkově je při tomto onemocnění podstatné jíst v malých porcích a nepřejídat se. Alkohol v malých dávkách není škodlivý, neboť zvyšuje hladinu HDL, tedy „správného“ cholesterolu, jedná se ale maximálně o jeden drink denně. (11)

1.4.5. Dieta při hypertenzi

V České republice trpí vysokým tlakem přes milion obyvatel. Rizikovým faktorem je například obezita, dědičnost, stres, alkohol a mnoho dalších. Dieta při hypertenzi souvisí s dietou u aterosklerózy.

Důležité je řídit se dle pyramidy zdravé výživy, zařadit potraviny obsahující mononenasycené tuky, například olivový olej, a polynenasycené tuky omega-3, tedy tučné ryby, jako jsou makrely, lososy, sardinky, pstruzi a jiné. Nezbytná je vyšší konzumace ovoce a zeleniny, omezení přívodu nenasycených tuků a soli. Mělo by dojít ke snížení energetického příjmu ve formě nenasycených tuků, slazených limonád a alkoholu. Také by měl být omezen příjem rafinovaného cukru v bílém pečivu, sladkostech, bílé rýži a bramborách a alkohol ve větším množství. (11)

1.4.6. Dieta při chronickém poškození jater – po prodělané hepatitidě

Chronické poškození jater se projevuje především únavou, celkovou slabostí a gastrointestinálními potížemi, jako je nadýmání, nechutenství, průjem a říhání.

Mezi hlavními dietní zásady, které musí pacient dodržovat, patří vyvážená strava dle pravidel správné výživy, více menších porcí potravy denně a přiměřený příjem kalorií, který zajistí využití bílkovin, které je nutné jen takové množství, aby mohlo být využito na obnovu tkáně a ne jako zdroj energie. Vhodné je omezit příjem tuků a zařadit do jídelníčku více porcí čerstvého ovoce a zeleniny. Jako zdroj energie by měly být přijímány hlavně sacharidy, které tvoří zásobní zdroj energie v těle a brání také odbourávání bílkovin za tímto účelem. Při nutnosti omezit příjem bílkovin je důležité dbát na to, aby do diety byly zařazeny potraviny obsahující kvalitní bílkoviny, jako jsou vejce, bílé maso, ořechy, ryby a sója. A je nevyhnutelné vyloučit alkohol. (11)

1.4.7. Dieta při akutním onemocnění žlučníku a žlučových cest

Správná výživa je velmi důležitou složkou léčby onemocnění žlučníku a žlučových cest. Hlavní funkcí žlučníku je zahustit žluč, přičemž žluč pomáhá trávit živiny v potravě a podporuje motilitu střevní. Při onemocnění žlučníku je základem

nízkotučná dieta, ovšem při ochablém a nedostatečně funkčním žlučníku je doporučována dieta s vyšším obsahem tuků a bílkovin. Nejběžnějšími jsou žlučové kameny a záněty. Po odstranění žlučníku trpí většina nemocných nadváhou.

Při zánětu žlučníku a žlučové kolice by se nemocný měl řídit následujícími zásadami. Nejíst žádné tuky, mastné a na bílkoviny bohaté potraviny, jako jsou maso, mléčné výrobky, kořeněná jídla, ořechy, syrové ovoce, nepít slazené nápoje, kakao a alkohol. Místo toho přijímat tekutiny jako jsou ovocné čaje, kyselé mléko a ovocné šťávy, ovšem neslazené. Přijímat přírodní tvaroh, obilniny a bramborovou kaši. Po odeznění záchvatu je vhodná dušená zelenina. (11)

1.4.8. Dieta při chronickém onemocnění žlučníku

Mezi zásady, které by měl nemocný dodržovat, při chronickém onemocnění žlučníku patří příjem potravy s nízkým obsahem tuků, pravidelná strava skládající se z čerstvě uvařených pokrmů. Při jídle je důležité jíst pomalu a na jídlo se soustředit. Nevhodné je také večeřet těsně před spaním, protože se tím zvýšeně zatěžuje trávicí ústrojí. Z diety je nutné vyřadit smažené pokrmy, ořechy, olivy, kokos, šlehačku, kysanou smetanu, čokoládu, uzeniny, sýry, husí a kachní maso. Vhodné jsou zeleninové a kuřecí vývary, čerstvá nebo vařená zelenina, ovoce s nízkým obsahem cukru. Z tekutin je dobré pít čaj, syčené minerální vody a džusy.

Při tvorbě žlučových kamenů může nemocný pít jablečný džus, z potravin mají být vyřazeny vejce, vepřové a drůbeží maso, fazole, ořechy, mléko, káva a kukuřice.

Po odstranění žlučníku jsou vhodné žlučové soli, které podporují trávení a vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích. (11)

1.4.9. Dieta při ledvinných kamenech

Při ledvinném onemocnění správně sestavená dieta brání komplikacím, jako jsou převodnění, zvýšení hladiny kalie a onemocnění kostí a hubnutí.

Hlavním doporučením u lidí se sklonem k tvorbě ledvinových kamenů se týká dostatečného množství tekutin. Ze stravy je nutné vyloučit vitamin C, protože podporuje tvorbu ledvinových kamenů, dále špenát, řepu, čokoládu, čaj jahody, ořechy a také pšeničné otruby a cereálie s ořechy nebo pšeničnými otrubami.

U vápníkových kamenů se jeho omezování doporučuje jen při některých stavech. Nemocný s vápníkovými kameny by měl omezit potraviny bohaté na kyselinu šťavelovou, která je obsažena řepě, rebarboře, špenátu, petrželi. Je nutné snížit příjem živočišných tuků, rafinovaného cukru a soli. Vhodná je vláknina, která na sebe ve střevech váže vápník, který se díky tomu méně vylučuje močí. Denní doporučený příjem tekutin jsou 3 litry denně.

Dalším typem kamenů jsou z kyseliny močové, které snadněji vznikají při sníženém příjmu tekutin při kyselé moči a nadměrném množství kyseliny močové. U tohoto onemocnění je nutné omezit puriny, potraviny s vysokým obsahem bílkovin a zajistit příjem tekutin v množství 2 až 3 litry denně, především zásadité minerální vody.

Cystinové kameny jsou vrozené a je vhodné při dietě omezit solení, přívod živočišných bílkovin a opět pít zásadité minerální vody v množství 2 až 3 litry za den.
(11)

1.4.10. Diabetes mellitus

Toto metabolické onemocnění, charakterizováno zvýšenou hladinou krevního cukru, postihuje velkou část naší populace. Jeho nebezpečí spočívá v tom, že se často nijak výrazně neprojevuje, ale později se mohou rozvíjet velmi závažné komplikace. Lékařské studie prokázaly, že správná životospráva diabetika, může zabránit projevům této choroby, proto se výživa a pohyb spolu s podáváním léků řadí k prioritám nemocného.

Základem výživy nemocných je pestrá a vyvážená strava. Výrobky pro diabetiky, které byly v dřívější době preferovány, dnes už nejsou ve výživě diabetika tak zastoupeny.

Měli by jíst tři velká jídla denně s přestávkami a při výběru se řídit Pyramidou zdravé výživy. Přednost by měli dávat potravinám obsahujících sacharidy, které se

pomaleji vstřebávají, protože stabilizují hladinu krevního cukru, podporují hubnutí a obsahují vlákninu. Tyto sacharidy lze nalézt v luštěninách, sladkých bramborách, sladké kukuřici, krutím a kuřecím mase, rybách, celozrnných obilninách, ovoci a zelenině. Představa, že je při tomto onemocnění úplný zákaz cukru neplatí, přesto je nutné jeho příjem značně omezit a uvědomit si, že cukr je obsažen nejen ve sladkých potravinách. Důležité jsou také potraviny bohaté na vlákninu, která snižuje hladinu krevního cukru a tuku. Z mléčných výrobků jsou doporučovány polotučné. Podíl červeného masa v potravě by měl být výrazně snížen, dále by mělo dojít k vyřazení smaženého jídla, uzenin a smažených ryb z jídelníčku. Pitný režim diabetika by se měl skládat z 1,5 litru dietních a neslazených nápojů. Člověk trpící nadváhou by měl také omezit svůj kalorický příjem.

U pacientů s cukrovkou také hrozí riziko hypoglykémie, tedy příliš nízká hladina glykémie, což se projeví pocením, rozmazaným viděním, třesem, hladem, mdlobami. Bývá způsobená porušením režimu při léčbě diabetu mellitu. Prevencí je pravidelné dávky jídla, mezi nimiž se má dodržovat 4 až 5 hodinová pauza, dodržování pravidel zdravé výživy, potraviny s nízkým glykemickým indexem, který umožňuje pomalé vstřebávání cukru a dostatečný příjem tekutin. (11)

1.4.11. Dieta při osteoporóze

Osteoporóza je chronické onemocnění, při němž dochází k úbytku vápníku a odbouráváním se z kostí. Příčinou je nedostatečný příjem vápníku v potravě, nebo jeho zhoršené vstřebávání i zvýšené vylučování. Projevem tohoto onemocnění jsou bolesti v páteři či kostech.

Dietní opatření jsou při léčbě osteoporózy velmi zásadní. Při dietě je hlavním prvkem podávání pestré stravy s dostatečným obsahem vápníku, který je nezbytný pro funkci mnoha orgánů, a pokud je ho v organismu nedostatek pak dochází k jeho vyplavování z kostí. Doporučené denní množství kalcia u zdravého dospělého jedince je 800 mg, u osob s diagnózou osteoporózy je to 1600 až 2000 mg. V potravě by měli být zastoupeny také rostlinné bílkoviny v přiměřeném množství. Množství tuků by mělo být sniženo, protože tuky váží vápník, který se tedy vylučuje z těla. Negativně také působí

kofein a alkohol. Kosti vhodným způsobem posiluje pohyb. Nejbohatším zdrojem na vápník je mák, mandle, brokolice, kapusta. Dále jsou to sardinky a sýry. Vstřebávání kalcia podporují kyselé tekutiny a zelenina. Vitamin D také podporuje vstřebávání vápníku, proto jsou vhodné mořské ryby, rybí tuk a vaječný žloutek. Mezi potraviny, které se při tomto onemocnění všeobecně nedoporučují, jsou špenát, rybíz a angrešt, dále tmavé pečivo a kravské mléko ve větším množství. (11)

1.4.12. Dieta při obezitě

Nadváhou nebo obezitou trpí v České republice více jak polovina obyvatel. Pojmy nadváha a obezita se často vykládají jako synonyma, přesto tomu tak není. Zatímco nadváha vyjadřuje nadbytečnou hmotnost, která zahrnuje svaly, svalovou a tukovou tkáň a kosti, obezita vyjadřuje pouze nadbytek zásobního tuku. Při léčbě obezity se zaměřujeme především na prevenci onemocnění, jako jsou hypertenze, diabetes mellitus, ateroskleróza a jiné. K ověření si váhy je nejužívanější metodou výpočet BMI = Body Mass Indexu, který se vypočítá jako podíl váhy v kilogramech a druhou mocninou výšky jedince v metrech (viz příloha 6 - Tabulka hodnot BMI). (11)

Výživu člověka je nutné uzpůsobit mnoha faktorům, tedy pohlaví, věku, práci, kterou jedinec vykonává a zdravotnímu stavu. Je nutné její optimální složení a příjem v častějších intervalech a menších porcích. (25)

Snížování hmotnosti spočívá zpravidla ve změně životosprávy. Mezi pravidla zdravého hubnutí patří pravidla jako ztráta hmotnosti maximálně 0,5 kg za týden, pravidelná strava a nehladovět ani nevynechávat jednotlivé chody, protože v tomto případě tělo spaluje méně kalorií, protože si uchovává tukové zásoby pro případ nouze. Důležitá je silná motivace jedince. Dobré je zavést si deník veškerých jídel. Nízkaloriené výrobky jsou nevhodné, protože obsahují mnoho cukru a zpomalují metabolismus. Vhodné jsou omega-3 tuky, celozrnné potraviny a dostatečné množství čerstvého ovoce a zeleniny. Měla by být omezena sůl v potravě a také sladkosti, které by však neměly být vyloučeny úplně, především proto, že restrikce pouze zvyšuje chuť na zapovězené potraviny. Hlavním denním jídlem by měl být oběd, večere podle hladu lehká nebo žádná. Pro pitný režim jsou vhodné pramenité vody střídané s minerálkami, bylinné čaje

a 100% džusy. Nutné je také omezit alkohol a do denního režimu zařadit pravidelné cvičení. (11, 25)

1.4.13. Dieta při celiakii

Celiakie, nebo také celiakální sprue je autoimunitní onemocnění, které je charakterizováno přecitlivělostí na bílkovinu lepku, která je obsažená v bílé pšenici, v žitě, v ječmeni a ovsu. Jedná se o vrozené, chronické a celoživotní onemocnění postihující celý organismus, které může propuknout v každém věku. (11, 34, 9)

Při celiakii dochází k zániku střevních klků, což bývá příčinou nedostatečné výživy. Následkem toho se u jedince objevuje chudokrevnost, nedostatek vitamínů A, D, E, K, sekundární křivice, osteoporóza a otoky z nedostatku bílkovin. (9)

Nemocní musí ze své diety úplně vyloučit lepek, přičemž potraviny obsahující lepek jsou v zásadě všechny obsahující pšeničnou, žitnou, ovesnou nebo ječnou mouku. Po konzultaci s lékařem je možné denně konzumovat malé množství ovesných výrobků, protože oves totiž obsahuje menší množství toxických látek než ostatní obiloviny. Důležitá je celkově vyvážená strava, a zpočátku po stanovení diagnózy je nutné doplňovat vitaminy a minerály. Důležité je do diety zařadit dostatečné množství ovoce a zeleniny. Měl by být zajištěn přívod vápníku, 1 g v potravě denně a vitamínu D. Některé osoby bývají citlivé i jen na příměsi lepku, takže musí přijímat potraviny nejen bez lepku, ale také bez jakékoli příměsi pšenice. Nutností je také omezit příjem alkoholu. (11)

Potraviny, které pacient s celiakií může přijímat, lze rozdělit na přirozeně bezlepkové a bezlepkové po úpravě. Přirozeně bezlepková je rýže, sója, proso, pohanka, sorgo, ararutová mouka, amarantová mouka, svatojánský chléb, ořechová mouka, maniok a sladké brambory. Bezlepkové potraviny po úpravě jsou potraviny, z nichž byl odstraněn lepek a zbývajícím množství lepku nepřekračuje 1 mg na 100 g. (9)

Potraviny, které má jedinec zakázané, jsou všechny připravené z obilovin, jako je chléb, pečivo, strouhanka, cukrářské výrobky, těstoviny, knedlíky, vločky, kroupy, krupice, kuskus, otruby a pšeničný škrob. (34)

Vědomé nedodržování diety může být způsobeno sociálními podmínkami, nepochopením podstaty onemocnění a významu diety, chutí nelišit se od okolí a také nesmířením se s celoživotním dietním omezením. Může dojít také k nevědomému nedodržování dietního opatření a to především při konzumaci povolené potraviny, která byla kontaminována lepkem. (9)

1.4.14. Dieta při antikoagulační léčbě

Antikoagulační léčba je v dnešní době hojně využívána, přičemž jedním z důvodů je stárnutí populace a s tím související komplikace vyššího věku, které si tuto léčbu často vyžadují. Při léčbě antikoagulancii je nutné brát v úvahu interakce této léčby s ostatními léky a stejně tak nelékovou interakci.

Účinnost antikoagulační léčby ovlivňuje řada nefarmakologických faktorů. Její účinek zvyšuje například horečka, průjem, malnutrice, hypoalbuminemie, jaterní insuficience, maligní onemocnění a jiné. Naopak ji snižuje příjem potravin s vysokým obsahem vitamínu K.

Pokud se antikoagulační léky podávají spolu s jídlem, nijak to absorbované množství neovlivňuje. Pokud ovšem potraviny obsahují vysoké množství vitamínu K, jako například brokolice a špenát, nebo pokud se jedná o potraviny podporující střevní zdroje vitamínu, pak mohou účinek těchto léků antagonizovat. Mezi nejvýznamnější zdroje vitamínu K patří kravské mléko, kokosový a palmový olej, jablka, pomeranče, řepa, okurky, hříby, med, jahody, pšeničná mouka, telecí maso, mrkev, rajčata, kuřecí a vepřová játra, hrách. Největší množství jej lze nalézt v hovězích játrech, vaječném žloutku, brokolici, kvěťáku, čočce, špenátu, suchém zeleném čaji a sójovém oleji. (16)

Účinek antikoagulační léčby též ovlivňuje česnek, kdy u konzumentů byly zaznamenány krvácivé komplikace, malé množství však nezpůsobuje nijak významné problémy.

Další komplikace může mít za následek zázvor, který někdy může způsobit destičkovou agregaci.

Pokud klient užívající antikoagulancia současně užívá ginkgo pak se může objevit více krvácivých komplikací, stejně jako při konzumaci červené papriky. (16)

Není však pravda, že klient, který užívá antikoagulancia, nesmí jíst ovoce a zeleninu, protože naopak nemocní s kardiovaskulárními chorobami potřebují ve své stravě dostatek ovoce a zeleniny. Vhodné je dávky těchto léků přizpůsobit a klient by měl být pouze upozorněn, že je důležité si denní dávky ovoce a zeleniny rozdělit během celého dne a ne je zkonzumovat velké množství najednou, aby nedocházelo k výkyvům a příjem vitamínu K byl stabilní. Je ovšem nezbytné omezit příjem potravin, které obsahují velké množství. (36)

1.5. Sestra a edukační proces

Edukační proces zahrnuje lidskou činnost, kdy se nějaký subjekt, edukant, učí při působení, přímém nebo zprostředkovaném, druhého subjektu, edukátora, který jej vyučuje. Edukační proces probíhá v pěti fázích.

Posouzení je první fází edukačního procesu. Tato fáze se zaměřuje na dvě oblasti. První z nich je zjišťování důležitých údajů o pacientovi. O každém nemocném je nutné zjistit, jak jsou pohotoví a ochotní se učit, zda si aktivně vyhledávají informace a kladou otázky a projevují zájem. Také je nutné si uvědomit, že je důležité pacienta motivovat, což je možné tím pokud se pacient přesvědčí o důležitosti učení, zpříjemní se situace, ve které se učí nebo je pobízen k samostatnosti. V úvahu je také nezbytné vzít společensko-ekonomické faktory. Dále styl učení, přičemž musí být vybrána metoda, která pacientovi individuálně vyhovuje. Ohled musí být brán také na věk pacienta, jeho vzdělání a názor na zdraví. Druhou oblastí, která je součástí posuzovací fáze edukačního procesu spočívá v určení edukačních témat, v nichž nemocný potřebuje získat či doplnit informace. Zde je nutné vycházet z pacientovi potřeby učit se, z jeho chování a ze znalostí zdravotnického personálu. (37)

Druhá fáze spočívá ve stanovení edukační diagnózy.

Následuje třetí fáze, tedy příprava edukačního plánu, který je uskutečňován po etapách. Důležité je stanovení priorit, kdy by sestra měla edukační potřeby řadit podle důležitosti. Edukační cíle sestra sestavuje ve spolupráci s pacientem, přičemž krátkodobé cíle se zaměřují na momentální potřeby člověka a dlouhodobé na změnu životního stylu. Cíle edukanta a edukátora by se měli shodovat. Následuje volba

správné edukační strategie spočívající ve výběru vhodné metody edukace. Při volbě obsahu je dobré brát v úvahu, že učivo má tři základní podoby. Formální podoba, jsou fakta a pojmy, realizované bylo účastníky edukace skutečně zpracováno a osvojené, které pacient užije v životní situaci. Výstupní kvalitou edukovaného jedince je právě osvojené učivo. Při plánování učiva je vhodné, aby sestra na úvod zařadila téma, jež pacienta zajímá, nebo navazuje na to, které už zná. Dalším prvkem je také materiální vybavení lekce. Sestry edukují pacienty všech věkových skupin, proto musí edukační proces zaměřit na cílovou uživatelskou skupinu. Efektivita edukačního programu závisí na schopnostech edukátora. (37)

K realizaci edukačního plánu dochází ve čtvrté fázi, přičemž je potřeba počítat s případnými změnami. Informace, které sestra předává nemocnému, by měli být zaměřeny nejen na následný režim klienta, který má pacient dodržovat, ale též na to proč jej musí dodržovat. Optimální délka edukace závisí na pacientovi, prostředí může odvádět jeho pozornost, důležité jsou vhodné pomůcky, a především motivace a efektivní komunikace.

Poslední fází je kontrola a hodnocení, které je průběžné a závěrečné. V této fázi sestra ve spolupráci s pacientem hodnotí dosažení krátkodobých, a plnění dlouhodobých cílů. (37)

1.5.1. Záznam o edukaci

Poučení pacienta je základem pro udržení jeho zdraví, prevenci nebo zjištění časných příznaků komplikací, provádění sebepéče a také zachování soběstačnosti. Každý pacient bez jakéhokoli rozdílu má právo na edukaci. Aby bylo poučení maximálně účinné je nutné jej přizpůsobit fyzickým, finančním, emocionálním, intelektuálním, kulturním a sociálním podmínkám jedince a jeho rodiny. Dalšími podmínkami pro efektivní edukaci jsou duševní bdělost pacienta a to aby on i jeho rodina byli připraveni se učit. (19)

Vhodné je, aby edukační schůzky byly krátké a všechny byly doplněné vysvětlením, demonstracemi, videozáznamy a písemnými materiály. Důležitá je zpětná

kontrola toho, zda pacient poskytnuté informace pochopil, kdy je vhodné jej požádat o zopakování informací vlastními slovy.

Provedení záznamu o edukaci je důležité a je dokladem pro ostatní zdravotnické pracovníky, aby si mohli ověřit, co už nemocný zná a na jaké záležitosti je vhodné se znovu zaměřit a objasnit je.

Do dokumentace má být zaznamenáno, na co byl edukační proces zaměřen a jak nemocný a jeho rodina chápali jeho obsah.

Formuláře o edukaci pacienta mají podobný obsah, ale liší se podle zdravotnického zařízení, v němž se používá. Obvykle je nutné zaznamenat informace o tom, jak je pacient schopný se učit, o překážkách v učení. Měli by též být zaznamenány cíle, kterých má být během edukace dosaženo, použité pomůcky, informace o specifickém obsahu, reakci na poučení a dovednostech, které nemocný získal do doby jeho propuštění. (19)

Zaznamenává se také způsob, jakým sestra hodnotí míru pacientova pochopení vyučované problematiky.

Po propuštění klienta je nutné zapsat, co ještě zbývá vysvětlit a zda mu byly poskytnuty materiály v tištěné podobě nebo jiné pomůcky usnadňující edukaci.

Každý člověk má právo na poskytnutí informací o svém stavu a léčbě, ale stejně tak je možné setkat se s člověkem, který poučení odmítá. V tomto případě je vhodné pokusit se zjistit příčinu pacientova odmítnutí.

Pokud klient odmítá být poučen, je nutné tuto skutečnost zaznamenat do dokumentace, přičemž by měla být zapsána přesně slova, kterými nabízené informace odmítl. Pokud uvede důvod, proč nechce být poučen, je vhodné jej také zapsat. Sestra by se měla v tomto případě pokusit poučit jiného člena rodiny a uvést to do dokumentace, povede-li se jí to. O pacientově odmítnutí by měl být poučen též ošetřující lékař. (19)

1.5.2. *Výchovný proces v sesterské profesi*

Sestra pomáhá klientům a jejich rodinám při zabezpečování a dosahování jejich fyzického, psychického a sociálního potenciálu. Promítají se zde jejich role a postavení, ale současně i jejich kompetence a zodpovědnost.

Při dosahování cílů výchovy, která je součástí sesterské profese, je nezbytné poznat podmínky, za kterých se bude výchova realizovat. Sestra jako edukátor tedy musí znát vnitřní podmínky, které zahrnují tělesný a duševní vývoj klienta. Současně musí brát v úvahu i vnější podmínky, do nichž patří prostředí, v kterém se výchova bude uskutečňovat. Kromě prostředí, které vyjadřuje prostorové parametry, teplotu apod., je nutné sledovat také atmosféru a klima.

Atmosféra vyjadřuje sociální jevy a vztahy, které bývají většinou krátkodobé, ovlivněné situací a snadno se mění. Oproti tomu klima představuje dlouhodobější sociální vztahy, které bývají spojené s citovým prožíváním. Zpravidla se tedy nemění tak snadno a rychle jako atmosféra.

Je důležité si uvědomit, že životní styl a způsob života je velmi významnou determinantou, která ovlivňuje zdravotní stav klienta. Proto výchovný proces a informovanost klienta je významným východiskem k udržování a upevňování zdraví. Člověk, který má dostatečné množství informací je zpravidla aktivnější a samostatnější v udržování vlastního zdraví. (46)

1.5.3. *Sestra a pacient*

Hlavní náplní povolání zdravotní sestry je bez pochyby pomáhání lidem. Nemocný potřebuje, aby sestra při setkání s ním vyzařovala lidský zájem o něj a jeho potřeby. Jejím úkolem je klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je. Vnitřní svět nemocného je možné poznat především tak, že jej svými slovy popíše. Významným předpokladem k tomu je vzájemná důvěra mezi ním a sestrou. (20)

Při komunikaci a spolupráci sestry a pacienta, to zda si vyjdou vstříc a jaký bude jejich vztah, do velké míry závisí na prvním dojmu, při němž pacient mnohdy podvědomě odhaduje jaká sestra je a zda k ní bude mít důvěru.

Při komunikaci mezi sestrou a nemocným je také velmi důležitý oční kontakt, tam kde je znemožněn se prokazatelně objevuje více agresivity. Při práci s nemocným má sestra mnoho příležitostí k očnímu kontaktu. Ne vždy je ale dostatečně využívá. Nevhodnou pozicí pro oční kontakt je pozice naproti sobě. Sestra také často stojí při konverzaci nad pacientem a hledí na něj shora, tím v něm vyvolává velmi nepříjemný pocit, že nad ním má převahu. Když sestra naslouchá, tak vzniká až o polovinu více očních kontaktů. Oční kontakt sestry vyjadřuje zájem o pacienta, náklonnost a sympatie.

Velmi účinným prostředkem komunikace je úsměv, který snižuje strach a obavy a zvyšuje pocit jistoty a bezpečí, což je u nemocného žádaný stav. (6)

Podstatná jsou také gesta, která mohou být vstřícně otevřená, nebo bariérová. Při jednání s pacienty musí sestra brát v úvahu proxemické zóny, a to zónu veřejnou, která je ve vzdálenosti pět metrů a více, sociální, která je ohraničena vzdáleností 170 cm až 5 metrů, na které se lidé setkávají, zdraví a jednájí spolu. Další je zóna osobní, která je určena pro jednání s blízkými přáteli a jedná se o vzdálenost 35 až 170 cm a zóna intimní, která je do vzdálenosti 35 cm. V nemocnici sestra často vstupuje do intimní zóny nemocného, do které člověk pouští pouze své nejbližší osoby. Tento zásah pacient vnímá jako velmi nepříjemný a prožívá fyzický odpor.

Verbální komunikace, je stejně tak důležitá, protože efektivní komunikace je základem pro získávání informací o klientovi a jeho potřebách, které jsou nezbytné pro tvorbu ošetrovatelského procesu. (6)

Pro kontakt zdravotní sestry a nemocného je velmi důležité aktivní a empatické naslouchání. Opravdové naslouchání druhému člověku obohacuje život naslouchajícího a je důležitou součástí náplně práce zdravotní sestry a pomáhá navazovat s klientem vztah založený na důvěře, který je zásadní pro další spolupráci.

Aktivní naslouchání vyvolává v nemocném pozitivní pocity. Při svěřování často klienti pociťují vděčnost, že je někdo ochoten jim naslouchat a neodsuzovat je, nebo je jakkoli hodnotit. Aktivní a empatické naslouchání jsou nespécifické a univerzální léčebné faktory podporující lidskou psychiku.

Pro aktivní naslouchání je nutná dovednost koncentrovat se, ale jedná se také o trénink empatického, vstřícného a účastného naslouchání. Také je nutné se zbavit

předsudků, stereotypů a schémat vnímání (viz příloha 7 – Schéma: Rozdíl mezi empatickým a kritickým nasloucháním). (43)

Pro zdravotní sestru je velmi podstatným úkolem poznat a snažit se o pochopení osobnosti nemocného. Je nutné přizpůsobit komunikaci s ním jeho individualitě, tedy tomu co je ochoten a schopen pochopit a akceptovat. Při komunikaci je běžné, a pro práci sestry navíc velmi důležité, si všímat různých projevů v chování a řeči. Záměrné a cílené sledování projevů jedince se nazývá pozorování, při němž je snaha co nejobjektivněji brát na zřetel vnitřní stav a vnitřní povahové rysy pacienta.

Své nezastupitelné místo zde má rozhovor, tedy organizovaný dialog, který má za cíl proniknout do nitra osobnosti. Jeho pomocí sestra získává informace o obsazích duševního života, o poznávání a prožitcích druhého člověka, pokud je ovšem ochotný tyto poznatky během komunikace odhalit. Diagnostický rozhovor bývá především zaměřený na získávání anamnestických údajů, které slouží k bližšímu určení, a odhalení zdravotních problémů, a také na posouzení jedince. Oproti tomu terapeutický rozhovor bývá veden s cílem pomoci nemocnému při řešení nějakých závažných situacích, s kterými si neví rady, a poskytnout mu pomoc, ovlivňovat jeho prožitky a s ochotou naslouchat mu a projevit svůj zájem o něj a dát najevo pochopení. (17)

1.5.4. Chyby znehodnocující posuzování lidí

Při posuzování lidí je možné učinit mnoho chyb. Jednou z nich je tzv. První dojem. Spočívá obvykle v nedostatečně podloženém úsudku o druhém. Člověk si jej vytváří při prvním setkání a má tendence na něm trvat a to bez následné korekce. První dojem velmi často úzce souvisí s dalšími chybami v posuzování druhých.

Haló efekt je další chybou, ke které často dochází a jedná se o situaci, kdy nápadná úprava zevnějšku druhého člověka, projevy chování nebo překvapivá informace, kterou se člověk dozví předem, zastíní další projevy osobnosti a vede k tendenci vnějškového a zjednodušeného posuzování jedince. (17)

Často se lidé při posuzování druhých také dopouštějí předpojatosti. Tehdy domněnky, dohady a stereotypy ovlivňují jejich úsudek o druhém. Předpojatost bývá

často spojená se zafixovanými, převážně afektivně zabarvenými postoji vůči skupinám lidí, spojených určitým společným znakem.

Tendence k podmiňování představuje chybu, která spočívá v přeceňování vztahů mezi určitými kvalitami člověka. Tyto kvality spolu, ale nemusí ve skutečnosti vždy a za všech okolností souviset, nebo spolu souvisí pouze v určité omezené míře. Příkladem toho je častý názor, že vzdělání bývá spojováno se slušností.

Analogizování znamená tendenci posuzovat ostatní lidi podle sebe, svých postojů a prožitků. Dochází potom k tomu, že člověk přisuzuje druhým své nedostatky a chyby, nebo postoje které se shodují s jeho.

Na posuzování druhého člověka se podílí také lidová tradice, kdy člověk přisuzuje veliký význam obecně uznávaným pravdám o vztahu mezi osobnostními vlastnostmi a somatickými znaky. Příkladem toho, je „zakořeněný“ názor, že tělesně postižený má pokřivenou povahu.

Sestra by si měla všechny tyto chyby uvědomovat a vyvarovat se jim. (17)

1.6. Reflexe

Podstatou reflexe je zpracovávání údajů s přihlédnutím k tomu, co se již stalo. Jedná se tedy o řízený proces hodnocení, které využívá zpětnovazební informace, sloužících k hledání širších souvislostí. Pomáhá jedinci vidět jeho jednání a působení tohoto jednání prostřednictvím jednotlivých prožitků a zkušeností a vede jej to k tomu, aby se naučil, co možná nejvíc. (48)

Spočívá v tom, že po absolvování nějaké činnosti se člověk ohlíží nazpět a hledá souvislosti mezi výsledkem a činností jednotlivců, nebo skupiny. Součástí je také přemýšlení nad tím, jak lze nově nabyté vědomosti a zkušenosti využít v budoucnu. Provádění reflexe patří k nejobtížnějším dovednostem a dobře provedená reflexe je velmi důležitá a přínosná. (48) Reflexe je součástí rozhodování o výuce nebo průběhu nějaké činnosti. (28)

1.6.1. Rozhodování o výuce

Tvořivý vedoucí plně rozhoduje o přípravě, realizaci a vedení činnosti. Tato rozhodnutí jsou prováděna v nepřerušném sledu, ale zjednodušeně je lze charakterizovat, jako rozhodování před výukou, během výuky a po výuce.

Rozhodování před výukou je možné vysvětlit jako přípravu samotné činnosti, akce. Je nutné zvažovat mnoho faktorů. (viz příloha 8 – Faktory zvažované při rozhodování o výuce a reflexi). Tvořivý učitel si klade otázky typu: *Čeho chci svým jednáním dosáhnout?, Jak jsem připraven na řešení možných problémů?, Co mají žáci na konci výuky umět?*

Rozhodování během výuky probíhá při vlastní výuce a zahrnuje pozorování, včetně okamžitých úprav a přizpůsobení výuky dané situaci. Vedoucí si všímá v průběhu výuky jak zvolená forma žákům vyhovuje, a je připraven ji podle potřeby změnit.

Rozhodování po výuce se zaměřuje na předvídání vlivu výuky a úpravu výuky, jedná se tedy už přímo o reflexy. Provádí se pomocí otázek jako: *Nakolik bylo dosaženo stanovených cílů?, Byla vyučovací hodina úspěšná?, Co bylo možné udělat jinak?* (28) Při reflexi je nutné brát na zřetel podmínky, ve kterých probíhá. (48)

1.6.2. Podmínky pro zdárný průběh reflexe

Jednou ze základních podmínek reflexe je čas. Měla by proběhnout zpravidla bezprostředně po proběhlé činnosti. Pro správně provedenou reflexy je nutný dostatek času, délka se řídí podle cílů, věku účastníků a také předcházejícími zkušenostmi.

Další podmínkou je místo a organizace skupiny, kdy je potřebné, aby účastníci měli možnost se plně soustředit. V úvahu je třeba brát, že vlivy, jako je nepohodlí, únava, hlad nebo zima dokáží narušit uvědomování si vlastních pocitů.

Velmi důležitá je také připravenost vedoucího, který si musí dopředu stanovit cíle diskuse, které neustále aktualizuje v průběhu diskuse. Pokud nemá dostatek zkušeností, pak je vhodné mít připravené i okruhy otázek. Jeho hlavním úkolem je soustředěně si všímat, co bylo a nebylo řečeno a všímat si těch, kteří nehovoří, avšak musí být zticha a nezasahovat. (48)

1.6.3. Pravidla vedení reflexe

Role vedoucího spočívá v podpoře a stimulování vyjadřování názorů. Jeho snahou je, aby každý pochopil svou roli a odpovědnost za průběh kvalitního hodnocení, a podporuje vědomí, že každý se na něm má podílet. Měl by vytvářet klima důvěry a porozumění, aby se účastníci cítili příjemně, a přirozeně a též formuluje normy a pravidla chování a komunikace. Vedoucí se musí zdržet udílení rad a závěrečná hodnocení orientuje k budoucí činnosti.

Při volbě otázek pro diskusi je vhodné nevolit otázky na které je odpověď pouze „ano“ nebo „ne“, vhodnější jsou otevřené otázky.

Při provádění reflexe je potřebné si uvědomit, že pocity nelze dělit na správné a nesprávné, protože každý může být zdrojem poučení. Cílem reflexe je vždy snaha pomoci a proto se zaměřuje na to, co může účastník změnit. A důležité je mít na paměti, že reflexe by měla vždy končit pozitivně. (48)

1.6.4. Reflexe v sesterské praxi

Reflexe, tedy zrcadlení je nezbytnou technikou rozhovoru. Sestra její pomocí, při rozmluvě s nemocným, dává najevo, že jej poslouchá, rozumí a že dokáže vyjádřit a specifikovat jeho pocity.

Je tedy možné říct, že reflexe je nezbytnou součástí zpětné vazby, protože sestra díky ní uklidňuje klienta i sebe, že to co bylo řečeno, bylo pochopeno, tak jak to bylo myšleno. Při této technice se používají slovní obraty, které umožňují mýlit se a tedy se i opravit ve svých názorech.

V rozhovoru sestry s klientem je naprosto nežádoucí jakékoli hodnocení pacienta, protože se jedná o svébytnou osobnost, která má právo na svůj životní styl a návyky. Proto by všechny reflexe měly být formulovány subjektivně. Když nemocný odpoví, je nutné si bezprostředně ověřit, zda bylo správně pochopeno, to co říká, důležité jsou v tomto případě především jeho neverbální projevy. Pokud jsou klientovi projevy a názory ne zcela jasné, je vhodné přiznat nejistotu a poskytnout mu možnost opětovně se vyjádřit. (8)

1.7. Sebereflexe

S osobností člověka úzce souvisí dvě oblasti, které často rozhodujícím způsobem usměrňují a ovlivňují duševní život, rozhodování a chování. Jedná se o nevědomé procesy a sebereflexi.

Nevědomé procesy probíhají mimo vědomí člověka a jsou dostupné pouze pomocí speciálních technik.

Sebereflexe je projevem síly lidského myšlení a jedná se o posuzování nějaké situace pomocí kritického myšlení. Sebereflexí rozumíme obecné zamýšlení se jedince nad sebou samým, nad svou osobou, ohlédnutí se nazpět za svými činy, myšlenkami, postoji, city. Jedná se o rekapitulování určitého úseku vlastního života či vlastního chování a rozhodování v situacích, které jsou pro daného člověka významné. Jejím cílem je zhodnotit sebe sama, rozhodnout se co a jak změnit a zvolit strategii pro budoucnost.

Vytváří prostor odpovědím na otázky: kdo jsem, jaký jsem, čeho se obávám, na čem mi záleží, co umím a neumím, jak působím na druhé lidi ...? Je důležitým předpokladem k zodpovědnosti za to, co dělám a co svým jednáním způsobuji. Jejím cílem je vzbudit potřebu „pracovat na sobě“ a ověřit si, jak člověk reaguje na měnící se podmínky v okolí.

Zahrnuje několik fází. Opětovné vybavení, popis a rozbor klíčových prvků, hodnocení nebo přehodnocení, způsob vysvětlení, přejití rozhodnutí a stanovení další strategie. (31, 45)

Sebereflexe, tedy schopnost přemýšlet o sobě samém, svých činech a jejich důsledcích, vnitřní komunikace se sebou samým, vcítění se do sebe sama, poznávání sebe sama a sebeuvědomování je jedním z důležitých předpokladů osobního rozvoje. Pokud člověk není schopen své činy analyzovat a vnímat je, nebude schopen rozvíjet svou osobnost, ať už pozitivním nebo negativním směrem. Na základě sebereflexe si člověk také v dospělosti utváří sebepojetí. (12, 45, 51)

1.6.1. Sebepojetí

Jedná se o představu o sobě samém, jak člověk vidí sám sebe. Každý člověk si jej utváří už od raného dětství. Jedincův obraz o sobě se nejprve utváří především na

základě hodnocení dospělými, z čehož plyne, že je hlavně představou toho, jak si myslí, že jej vnímá jeho okolí. (12, 45) Schopnost plně poznat sám sebe se stává základem, na němž lze budovat vlastní život. Též to umožňuje poznat, co je nutné ve svém životě změnit a jak požadované změny dosáhnout. Sebeobraz a sebepojetí významně ovlivňují prožívání života. (10)

1.6.2. Proces sebereflexe

Sebereflexí tedy rozumíme zamýšlení se nad vlastním počínáním a chováním. Častá je sebereflexe u učitelů, k níž vedou především problémové situace, situace s jejichž řešením není pedagog spokojen a s kterými si často neví rady. Zahrnuje stručný popis situace, její kritickou analýzu s vysvětlujícím závěrem, který vede k vyřešení dané situace. Z čehož plyne, že sebereflexe je vnitřní dialog se sebou samým, který ovšem nespočívá jenom ve vyslovených otázkách, ale především v hlubším ponoření se do dané situace. Během ní si člověk uvědomuje vědomé prožitky, způsoby svého jednání a současně i reakce okolí na své chování.

V procesu sebereflexe se především uplatňuje popis prožité situace, její kritická analýza a interpretace výsledků této analýzy. Proces sebereflexe lze podle J. Smytha rozdělit na čtyři základní fáze.

První, popisná fáze, spočívá ve vybavení si dané situace a jsou pro ni typické otázky typu: *Co se přihodilo?, Jaká byla odezva okolí?, Jak jsem v dané situaci reagoval?*

Následuje ji informující fáze, která míří k podrobnějšímu dešifrování situace. V této fázi si člověk klade otázky: *O co vlastně šlo?, V jakém kontextu situace vznikla?, Čím bylo moje chování ovlivněno?* (38)

Konfrontační, nebo také interpretační fáze má za cíl odhalit příčiny vzniku situace, kterou člověk rozebírá. Pro tuto fázi jsou typické otázky: *Proč k této situaci vlastně došlo?, Kdo ji vyvolal?, Jsem k řešení podobné situace připraven?*

Poslední je fáze rekonstrukce řešení situace, která je zaměřená na hledání účinného řešení situace. Otázky, které si v této fázi člověk klade, jsou: *Když již o této*

situaci toto vím, jak bych asi nyní při jejím řešení postupovat?. Jaké přístupy se nabízejí?, Co potřebuji k jejich praktické realizaci? (38)

1.6.3. Funkce sebereflexe

Sebereflexe tedy znamená uvědomování si obsahů svého vědomí a charakteristik osobnosti a souvisí s morálními normami nebo obrazem ideálního já. Je zrcadlem, které člověka informuje o tom, jaký je, kam směřuje a kam by měl směřovat. (35, 18)

Sebereflexe člověka plní několik funkcí, a to poznávací, zpětnovazební, rozvíjející, preventivní a relaxační.

Poznávací funkce sebereflexe spočívá v tom, že si jedinec uvědomuje jaký je, jaké má problémy, jak je běžně řeší a jak tato řešení bývají úspěšná.

Při funkci zpětnovazební si jedinec uvědomuje, jak na jeho jednání reaguje okolí.

Za významnou lze též považovat funkci rozvíjející, kdy sebereflexe poskytuje člověku náměty k dalšímu sebezdokonalování se. (18)

Preventivní funkce se zaměřuje na promýšlení budoucího jednání a reagování v určité situaci, jehož cílem je vyhnout se možným konfliktům.

Sebereflexe má také funkci relaxační, kdy připomínka příjemných prožitků přináší pocit uvolnění a uspokojení.

Potřebu provádět sebereflexi vyvolává setkání s problémovou situací, kterou bude nutné řešit, dále hodnocení výsledků své činnosti, srovnávání se s někým z okolí, setkání se s novými poznatky nebo výzva k sebehodnocení. (18)

1.6.4. Prostředky sebereflexe

Reflektování a hodnocení vlastní práce je nutnou součástí jakékoliv činnosti a reflexe a sebereflexe sebe samého má velký význam. Jejich přínos spočívá v tom, že zmíněné procesy navozují přemýšlení o činnostech a o hodnocení sebe samého. Dochází k ujasňování si postojů, vyvstávají nové myšlenky, otázky atd. Provádění reflexí a sebereflexí přispívá k tomu, aby se živelná a intuitivní činnost v této oblasti stala systematickou a účinnější. (49)

Průběh a výsledek sebereflexe není nezbytně nutné si zaznamenávat, ale i přesto písemně vyjadřovaný vnitřní dialog je považován za účelný prostředek analýzy a zdokonalování činnosti člověka. Vhodnou možností je vedení si deníku sebereflexe. Výhodou deníku je, že člověk může zpětně hodnotit svou činnost, zamýšlet se nad tím co dělal, psaní též pomáhá při soustředění se na problémy a psaní o problému pomáhá urychlit a zefektivnit jeho analýzu.

Sebereflexe ovšem neznamená při zpracování zkušenosti pouze obracení se do minulosti, ale také a hlavně do budoucnosti. Jde o praktické jednání, obrácení se k vnějšímu světu, nejde o introspekci. Vhodná je také dialogická forma sebereflexe, kdy člověk o svých výsledcích sebereflexe s někým diskutuje.

Sebereflexe člověka se projevuje v jeho výrazu. Snahou je vést jej k zamýšlení se nad sebou v situacích „ted’ a tady“. Podílí se na ní celá osobnost člověka, tedy racionální rozhodování, ale i emoce.

K usnadnění sebereflexe lze použít různé prostředky. Příkladem toho je písemné vyjadřování pocitů, vyjadřování úvah o vlastní činnosti pomocí obrázků, vyjadřování pomocí metafor, sebereflexe kolegů a zpětná vazba. Je také vhodné si uvědomit, že k tomu aby byla sebereflexe správně provedená a účinná je důležité kritické myšlení. (38)

1.7.5. Kritické myšlení

Kritické myšlení lze popsat jako pečlivé a uvážlivé rozhodování jedince o tom, jestli nějaké tvrzení přijme, odmítne, nebo si na něj neudělá názor. Obecným předpokladem nutným k němu je porozumění dané informaci a její důsledné prozkoumání a také porovnání nějaké myšlenky s jinými názory a s tím, co už jedinec o problému ví.

Definice toho, co je to kritické myšlení existuje v literatuře mnoho. Pro jeho definování je vhodné si nejprve uvědomit druhy myšlení, které kritickým nejsou. (52)

Jedním z nich je memorování, tedy paměťové učení, které je od kritického velmi odlišné. Dalším je porozumění složitým myšlenkám, komplexní myšlenkové operace.

Jedná se o myšlení pasivní, kdy člověk pouze přijímá něco, co někdo jiný vymyslel. Třetím druhem je tvořivé nebo intuitivní myšlení.

První z vlastností kritického myšlení je, že je nezávislé. Nikdy nemůže někdo kriticky myslet za někoho jiného, může jej člověk vykonávat jedinečně sám za sebe. Kritické myšlení nemusí být nutně originální, podstatné je, že každý rozhoduje a myslí sám za sebe.

Druhou důležitou vlastností je, že získání informace je východiskem, a nikoli cílem kritického myšlení, které chápe tradiční učení a činí ho osobním, užitečným a trvalým.

Kritické myšlení začíná otázkami a problémy, které se mají řešit, protože zvědavost je základní vlastnost člověka. Skutečné učení se ale na každé úrovni projevuje snahou řešit problémy a odpovídat na otázky.

Kritické myšlení se pídí po rozumných argumentech, vytváří vlastní řešení problémů a hledá pro ně argumenty a důrazné důvody.

Poslední vlastností je, že kritické myšlení je myšlením ve společnosti. (52)

1.7.6. Zpětná vazba

Zpětnou vazbu lze rozdělit na pozitivní a negativní. Podstatu pozitivní zpětné vazby je možné vyjádřit jako sebezpevnění výstupu, čímž je myšleno, že se člověk po zpětnovazebním hodnocení chová „ještě víc“, tak jak se choval dosud, nebo prohlubuje chybu, které se v komunikaci dopouští. Oproti tomu negativní zpětná vazba vyjadřuje sebeomezení nebo zkorigování dosavadního postupu, tak aby dokázal najít rovnováhu, z níž se odchýlil. Takový člověk se umí krotit ve vypjatých situacích a má schopnost sebeovládání a účinné sebereflexe.

Zpětná vazba je tedy regulační mechanismus v lidské mysli, neznamená podněty od druhých. Ty pouze působí v tom smyslu, že mohou, ale nemusí zpětnovazební proces spustit. (44)

Běžným stimulem, který spouští zpětnou vazbu je úsměv druhého člověka. Většinou posiluje pozitivní zpětnou vazbu a člověk pokračuje a mnohdy prozradí

podstatně víc, než měl původně v úmyslu. Může však být spouštěčem i negativní zpětné vazby, a to tehdy vytyší-li člověk za úsměvem výsměch. (44)

Zpětná vazba je velmi důležitá v procesu učení a v tomto smyslu je podstatné její posilování od kolegů či spolužáků popřípadě i od vyučujícího, edukátora. Ovšem je dobré si uvědomit, že příliš silná vazba od vyučujícího nemusí být užitečná, ale právě naopak, protože bývá vnímána jako neupřímnost a zbavuje motivace. (15)

1.8. Motivace

Souhrn hybných momentů v činnosti, prožívání, chování a osobnosti se nazývá motivace. Jedná se o momenty, které jedince podněcují a pobízí jej k činnosti. Aktivizuje a směřuje člověka, přičemž působí pomocí vnější pobídky a vnitřního motivu. (7)

Motivaci lze definovat jako cokoli, co přiměje jedince k nějakému jednání. Základní jednotkou motivace jsou motivy, které mohou být různé, a pohybují se od vědomého souhlasu, až k nevědomí. Pro vznik akce jsou motivy nezbytné, aby však došlo k činu, musí dojít k rozhodnutí, které je podmíněno vůlí. Pro motiv se používalo označení pud, nebo instinkt, v dnešní době se značně rozšířil, pojem potřeba. (1)

Lidské chování se zaměřuje na realizaci nebo dosahování nějakých vytyčených cílů. Pod tímto pojmem lze tedy chápat označení všech hybných sil, vyvolávajících aktivitu, zaměřenou k dosažení nějakého cíle. V motivaci člověka se významně uplatňuje výběrová stránka osobnosti. Z velkého množství podnětů si totiž jedinec volí pouze některé, které vyvolávají jeho úsilí směrem k nějakému objektu. Je možné říci, že každé jednání člověka je nějakým způsobem regulované a motivované. (17)

Motivace je jedním z důležitých předpokladů úspěšného učení a je tedy nutné ji při edukaci pacientů mít na mysli. Je totiž velkým úkolem pacienty vést k tomu, aby se chtěli učit, pokud nemají o učení zájem, pak je neefektivní. (29)

Smyslem motivace je především vytvořit u jedince pozitivní přístup k něčemu. (30)

Motivace by měla být zaměřena především na poznávací potřeby jedince, především potřebu získávat nové poznatky. Dále na sociální potřeby, především potřebu pozitivních mezilidských vztahů a výkonové potřeby. (1)

Při motivaci je velmi důležitá chvála a kritika. Jednou z nejběžnějších chyb je nedostatek chvály, kterou vyučující projevuje jedinci. Je nezbytně důležité chválit i za obyčejné věci a věnovat dostatek pozornosti každodennímu úsilí. Je prokázáno, že čím častěji a rychleji přichází pochvala, tím větší motivaci to u jedince vyvolá. (1)

Motivované snažení člověka v tomto případě lze označit jako touhy, přání, chtění, žádosti. Pokud dojde k dosažení vyšších cílů, bývá to zpravidla doprovázeno sebeuspokojením, radostí, vzrušením a dalšími obdobnými emocemi.

Ne vždy ale člověk dosáhne toho, co si vytyčil jako svůj cíl. Často je nutné překonávat překážky, volit mezi vylučujícími se cíly nebo překonat časový odklad, když není možné cíle dosáhnout hned.

Pokud dojde k situaci, kdy není možné dosáhnout cíle snažení, pak se jedná o frustraci, což je výraz i pro vnitřní stav, který člověk v dané situaci prožívá. Při frustraci lze rozlišit dvě skupiny překážek, vnější a vnitřní. Vnější překážky na člověka při dosahování cíle působí z okolí, zatímco mezi překážky vnitřní patří vnitřní stav osobnosti, který nedovolí, aby se jedinec o dosažení daného cíle pokoušel. Pokud míra frustrace dále neúměrně narůstá a jedinec ji nedokáže zvládat běžným způsobem, přechází do stavu tísně a stresu. (17)

1.7.1. Potřeby jako motivy

Jednou ze základních podmínek existence a rozvoje jedince je uspokojování jeho potřeb. Podle A. H. Maslowa se potřeby rozdělují do dvou základních kategorií.

První z nich jsou potřeby spojené s nedostatkem, druhou skupinu tvoří potřeby spojené s rozvojem osobnosti a vyjadřující vztah člověka k sociálnímu bytí.

Existují velmi výrazné rozdíly mezi těmito dvěma kategoriemi. Základní je například rozdíl v tom, že subjektivním doprovodným prožitkem fyziologických potřeb spojených s nedostatkem, jako je žízeň a hlad, bývají především nepříjemně vnímané pocity nespokojenosti, nelibosti, tísně a napětí. Oproti tomu pocíťování potřeb rozvoje bývá příjemné, jejich uspokojování nenavozuje pocit redukce napětí, ale jakési příjemné vzrušení, pocit spokojenosti se situací a se sebou samým.

Pokud naše potřeby nejsou dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, pak jedinec trpí deprivací. Deprivací se tedy rozumí objektivní nedostatek něčeho, co je k uspokojení potřeby nezbytné. (17)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry podporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu.

2.2. Hypotézy

Na základě prostudovaných zdrojů byly stanoveny tyto hypotézy.

Sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu.

Sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta.

Sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu více podporují členové rodiny než sestry.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

Pro výzkum byla použita metoda dotazování technikou dotazníků, které byly rozdány sestrám, klientům a jejich rodinným příslušníkům (viz příloha 9). První dotazník, určený pro sestry, lze rozdělit zhruba na tři oblasti. Počáteční z nich zahrnuje otázky identifikační, následují otázky zaměřené na dietní režim klienta a v závěru jsou řazené otázky zabývající se podporou a využíváním sebereflexe. Klientům byl rozdán druhý dotazník, v němž je možné rozlišit čtyři okruhy informací. Úvodní otázky jsou identifikačního charakteru, navazují otázky o znalosti a využívání sebereflexe v běžném životě, další jsou zaměřené na dietní režim klienta a v závěru se objevují dotazy na využívání sebereflexe při dodržování dietního režimu. Třetí dotazník, který byl rozšířen mezi rodinné příslušníky klientů, obsahuje zkraje identifikační otázky, dále dotazy na znalost a informovanost o dietním režimu klienta a otázky zabývající se podporou a využíváním sebereflexe při dodržování dietního režimu. Všechny tři dotazníky obsahují otázky otevřené, polootevřené i uzavřené. Respondenti měli na jejich prostudování a vyplnění dva týdny. Výsledky byly graficky zpracovány v programu Microsoft Excel.

3.2. Charakteristika souboru

Dotazníky byly rozdány v Nemocnici České Budějovice, Nemocnici Písek a Oblastní nemocnici Příbram a výzkumný soubor tvořily tři skupiny respondentů – sestry, klienty a rodinné příslušníky klientů. V Nemocnici České Budějovice byl sběr dat prováděn na interním a chirurgickém oddělení, v Nemocnici Písek na oddělení interním, ortopedickém a urologickém a v Oblastní nemocnici Příbram na interním a chirurgickém oddělení.

Sestrám bylo původně rozesláno 150 dotazníků, přičemž se z nich vrátilo 138, což je 92% návratnost. Pro klienty bylo určeno 150 dotazníků a návrat byl 133, tedy 87 %. Dotazníků pro rodinné příslušníky klientů bylo rozesláno 105, zpět bylo vráceno 66 dotazníků, jedná se o 63 % návratnost.

4. Výsledky

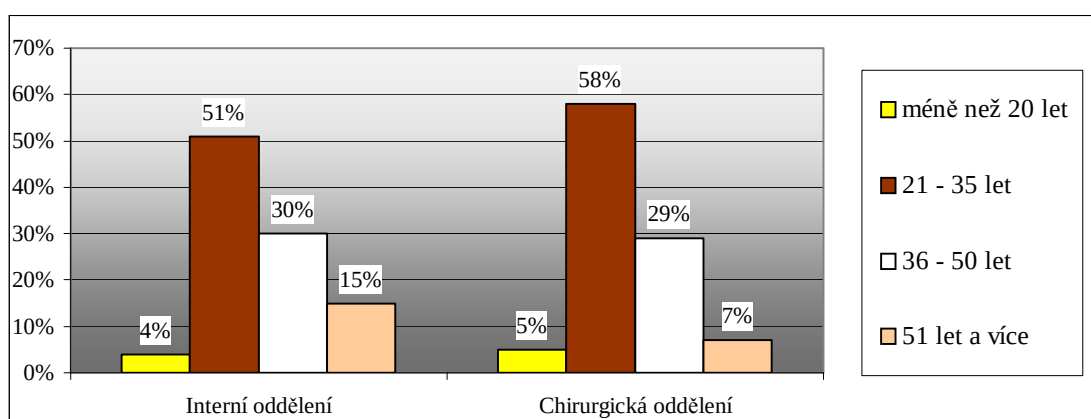
Dotazník 1 - sestry

Tabulka1 **Pohlaví respondentů** (k otázce 1 dotazníku 1)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	Počet	%	počet
Muž	0 %	0	4 %	3
Žena	100 %	69	96 %	66

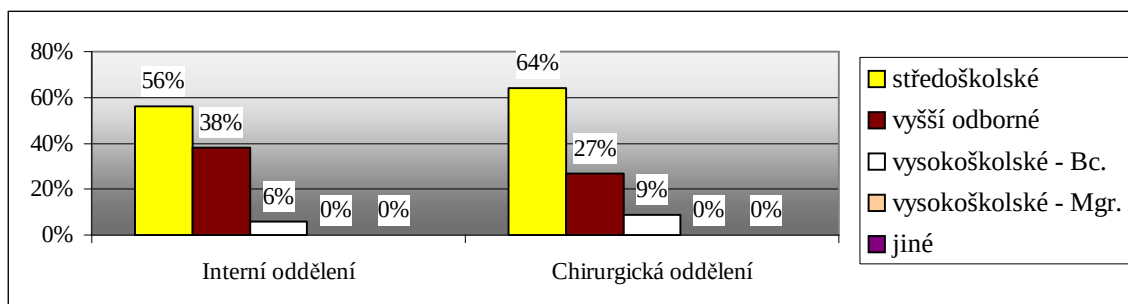
Na otázku 1, týkající se pohlaví respondentů, z interních oddělení oslovených nemocnic odpovědělo 0 (0 %) respondentů, že jsou mužského pohlaví a 69 (100 %) respondentů ženského pohlaví. Z chirurgicky zaměřených oddělení odpověděly 3 (4 %) respondenti, že jsou mužského pohlaví a 66 (96 %) ženského pohlaví.

Graf 1 **Věk respondentů** (k otázce 2 dotazníku 1)



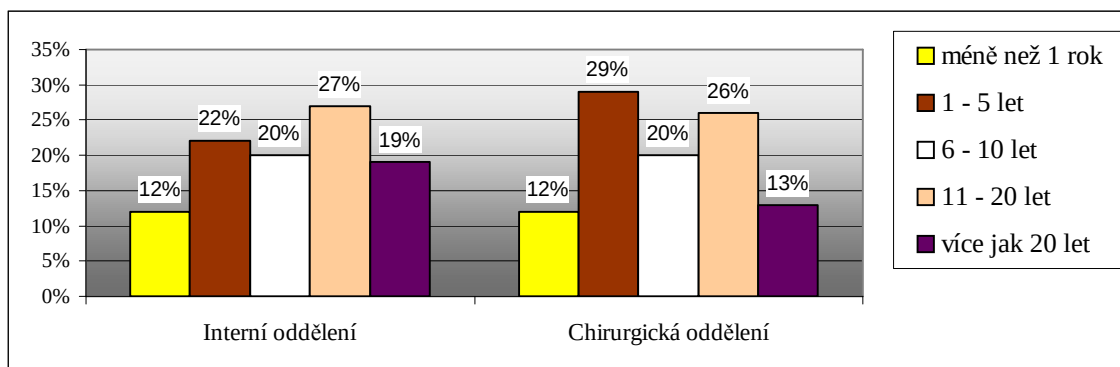
Na otázku 2, která se týkala věku respondentů, uvedli 3 (4 %) respondentů, možnost méně než 20 let, 35 (51 %) respondentů 21 – 35 let, 21 (30 %) respondentů 36 – 50 let a 10 (15 %) respondentů 51 a více let. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedli 4 (5 %) respondenti, možnost méně než 20 let, 40 (58 %) respondentů 21 – 35 let, 20 (29 %) respondentů 36 – 50 let a 5 (7 %) respondentů 51 let a více

Graf 2 **Dosažené vzdělání** (k otázce 3 dotazníku 1)



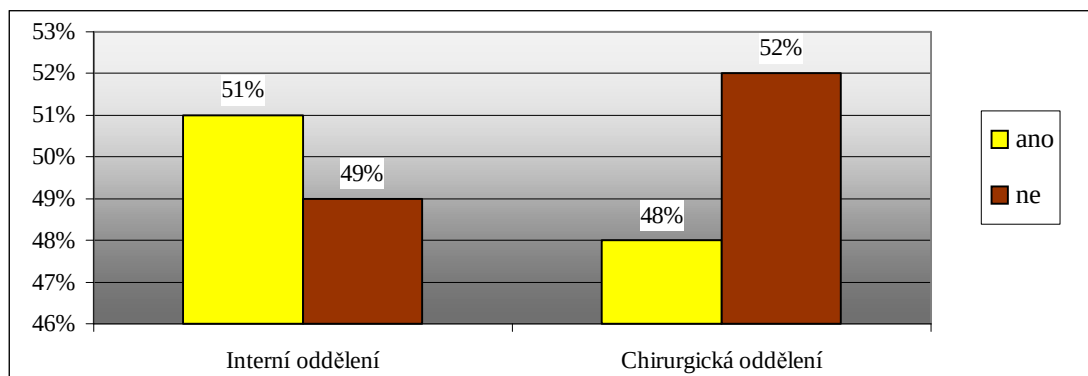
Na otázku 3, zabývající se dosaženým vzděláním respondentů, odpovědělo z interních oddělení 39 (56 %) respondentů středoškolské vzdělání, 26 (38%) respondentů vyšší odborné vzdělání, 4 (6 %) respondentů vysokoškolské – Bc. vzdělání, 0 (0 %) respondentů vysokoškolské – Mgr. vzdělání a 0 (0 %) respondentů jiné. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 44 (64 %) respondentů, že jejich vzdělání je středoškolské, 19 (27 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 6 (9 %) respondentů vysokoškolské – Bc. vzdělání, 0 (0 %) respondentů vysokoškolské – Mgr. vzdělání a 0 (0 %) respondentů jiné vzdělání.

Graf 3 **Délka praxe** (k otázce 4 dotazníku 1)



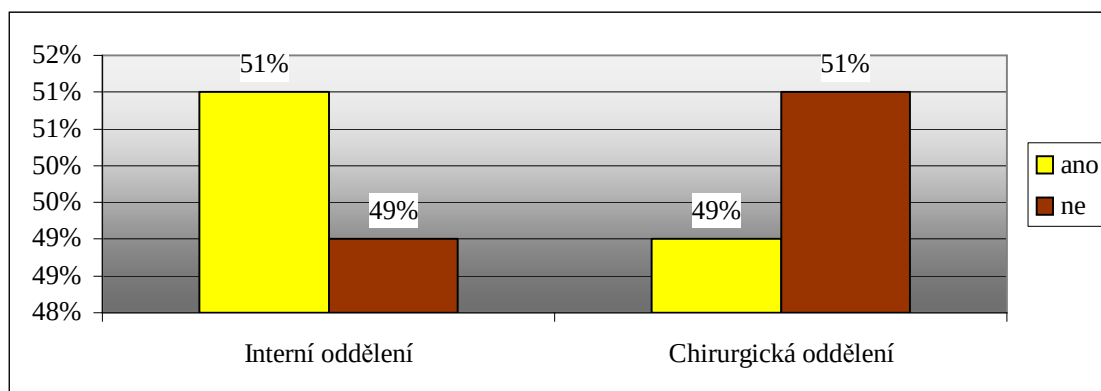
Na otázku 4, týkající se dosavadní délky praxe respondentů, z interních oddělení uvedlo 8 (12 %) respondentů možnost méně než 1 rok, 15 respondentů (22 %) 1 - 5 let, 14 (20 %) respondentů 6 – 10 let, 19 (27 %) respondentů 11 – 20 let a 13 (19 %) více jak 20 let. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 8 (12 %) respondentů méně než 1 rok, 20 (29 %) respondentů 1 – 5 let, 14 (20 %) respondentů 6 – 10 let, 18 (26 %) respondentů 11 – 20 let, 9 (13 %) respondentů více jak 20 let.

Graf 4 Vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 5 dotazníku 1)



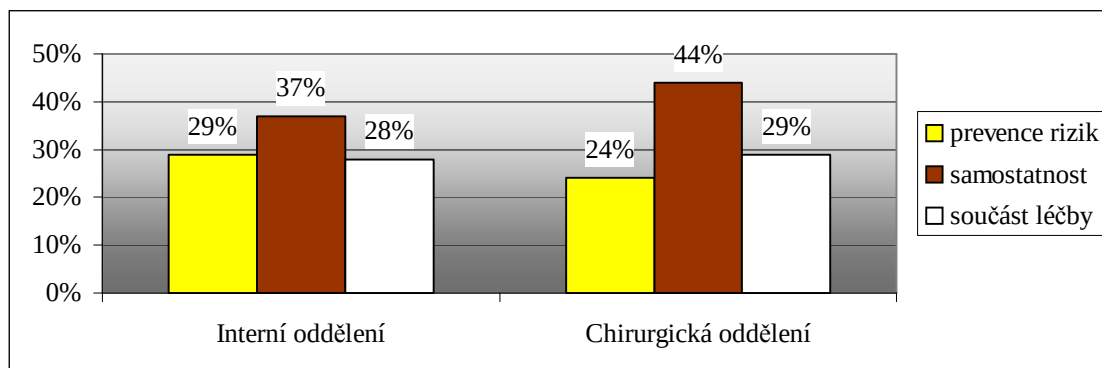
Na otázku 5, týkající se vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu uvedlo z interních oddělení 35 (51 %) respondentů možnost ano a 34 (49 %) respondentů možnost ne. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 33 (48 %) respondentů možnost ano a 36 (52 %) respondentů možnost ne.

Graf 5 Důležitost vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 6 dotazníku 1)



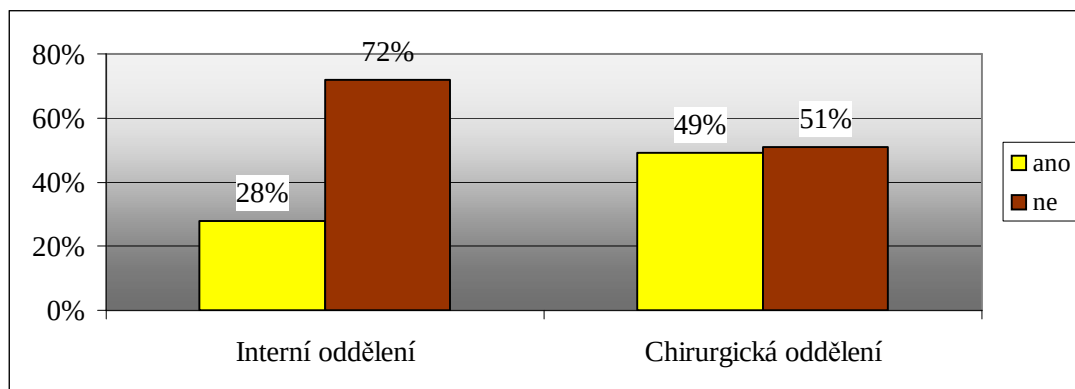
Na otázku 6, týkající se důležitosti vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu odpovědělo z interních oddělení 35 (51 %) respondentů, že je důležité klienty vést k sebereflexi a 34 (49 %) respondentů, že není důležité klienta vést k sebereflexi. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 34 (49 %) respondentů, že je důležité klienta vést k sebereflexi a 35 (51 %) respondentů, že není důležité u klienta podporovat sebereflexi při dodržování dietního režimu.

Graf 6 Důležitost podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu
(k otázce 7 dotazníku 1)



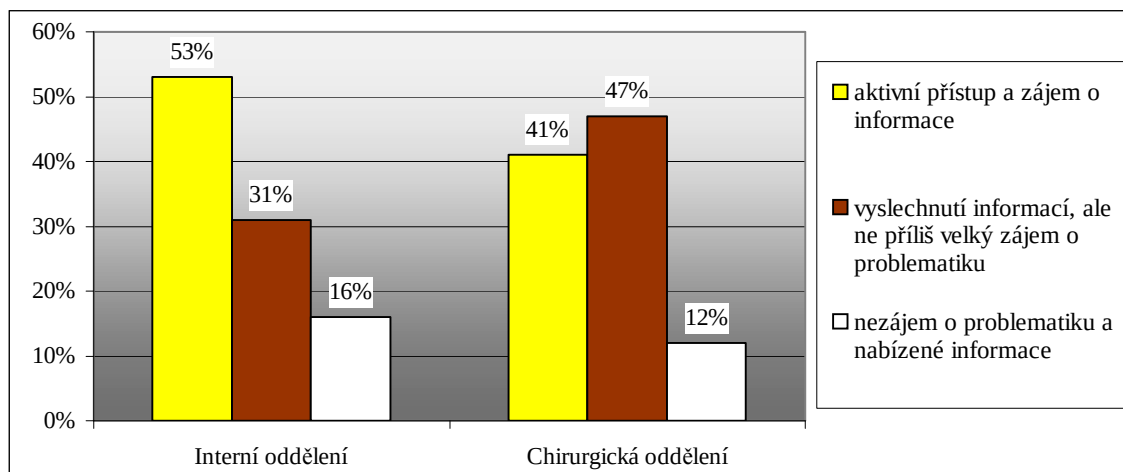
V otázce 7 respondenti, kteří uváděli, že si myslí, že je důležité vést klienta k sebereflexi, odpovídali, proč si myslí, že podpora sebereflexe při dodržování dietního režimu je důležitá. Z interních oddělení uvedlo 10 (29 %) respondentů, že má význam při prevenci rizik plynoucích z nedodržování dietního režimu, 13 (37 %) respondentů, že sebereflexe napomáhá k zvyšování samostatnosti klientů, 10 (28 %) respondentů, že sebereflexe je přirozenou součástí léčby a 2 (6 %) respondenti, že sebereflexe působí jako motivace. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 8 (24 %) respondentů, že sebereflexe má význam při prevenci rizik plynoucích z nedodržování dietního režimu, 15 (44 %) respondentů, že sebereflexe podporuje samostatnost klienta, 10 (29 %) respondentů, že sebereflexe je přirozenou součástí léčby a 1 (3 %) respondent, že sebereflexe působí na klienta jako motivace.

Graf 7 Edukace rodiny o vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 8 dotazníku 1)



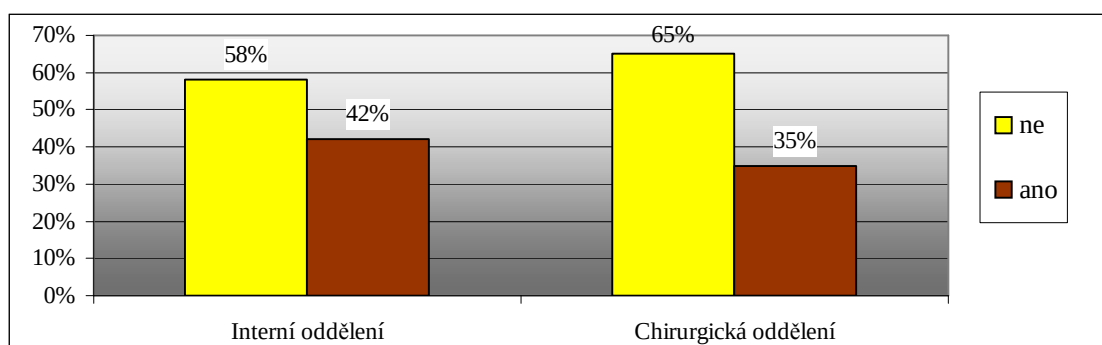
Na otázku 8, týkající se edukace rodiny o vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu, uvedlo z interních oddělení 19 (28 %) respondentů, že rodinu edukovali a 50 (72 %) respondentů, že rodinu needukovali. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 34 (49 %) respondentů, že rodinu edukovali o vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu a 35 (51 %) respondentů, že rodinu klienta needukovali.

Graf 8 Reakce rodiny na edukaci o vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 9 dotazníku 1)



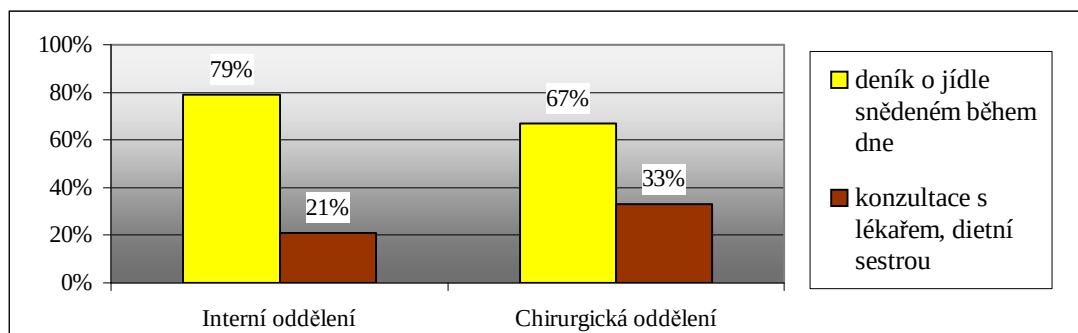
Na otázku 9, týkající se reakce rodiny na edukaci o vedení klienta k sebereflexi při dodržování dietního režimu, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 8 odpověděli, že rodinné příslušníky klienta edukovali o podpoře sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu. Z interních oddělení uvedlo 10 (53 %) respondentů, že příbuzní měli zájem o informace, 6 (31 %) respondentů, že je příbuzní vyslechli, ale o další informace se nezajímali a 3 (16 %) respondenti, že příbuzní projevovali nezájem o tuto problematiku. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 8 (41 %) respondentů, že se setkali se zájmem rodinných příslušníků během edukace o sebereflexi při dodržování dietním režimu, 8 (47 %) respondentů, že rodina informace vyslechla, ale o další informace se nezajímali a 2 (12 %) respondentů, že rodinný příslušníci neměli o tuto problematiku zájem.

Graf 9 Navržení postupů ke sledování dietního režimu (k otázce 9 dotazníku 1)



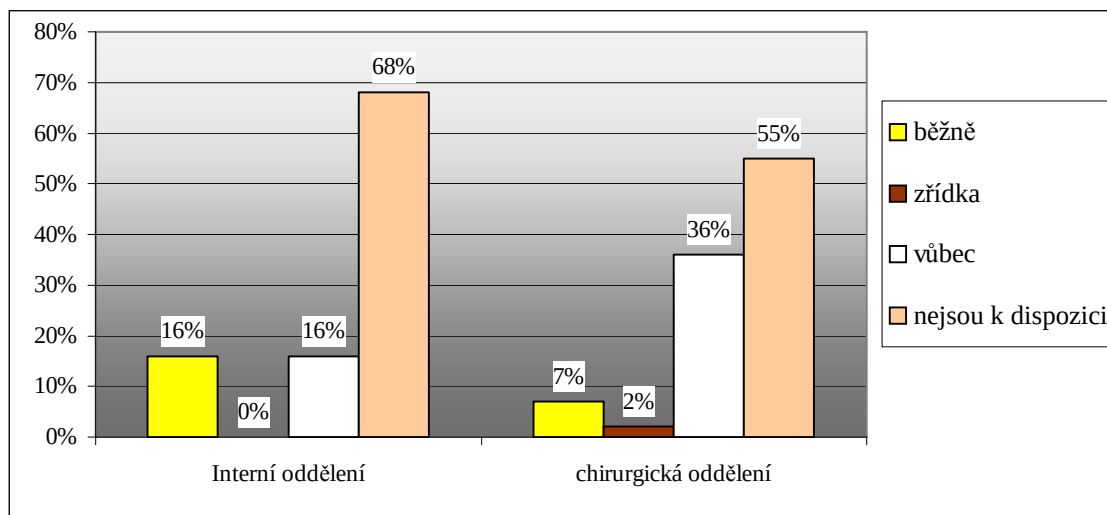
Na otázku 10, týkající se navržení postupů ke sledování dietního režimu, z interních oddělení uvedlo 29 (42 %) respondentů, že klientovi navrhli, jak si může sledovat dietní režim a 40 (58 %) respondentů, že klientům žádné možnosti nenavrhli. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 24 (35 %) respondentů, že klientovi navrhli možnost, jak si sledovat dodržování dietního režimu a 45 (65 %) respondentů, že klientům žádné možnosti sledování dietního režimu nenavrhli.

Graf 10 Navržené postupy ke sledování dietního režimu (k otázce 11 dotazníku 1)



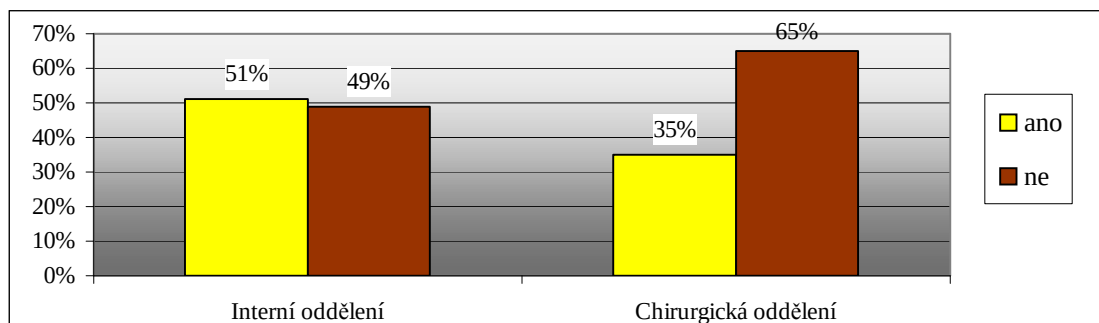
Na otázku 11, týkající se postupů, které sestry klientovi navrhly, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 10 odpověděli ano. Z interních oddělení odpovědělo 23 (79 %) respondentů, že klientům navrhli, aby si psali deník o tom, co během dne snědli, 6 (21 %) respondentů, aby svůj dietní režim konzultovali s lékařem nebo dietní sestrou. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 16 (67 %) respondentů, že klientům navrhly, aby si vedli deník o jídle snědeném během dne a 8 (33 %) respondentů, aby svůj dietní režim konzultovali s lékařem nebo s dietní sestrou.

Graf 11 Používání edukačních materiálů k podpoře sebereflexe při dodržování dietního režimu (k otázce 12 dotazníku 1)



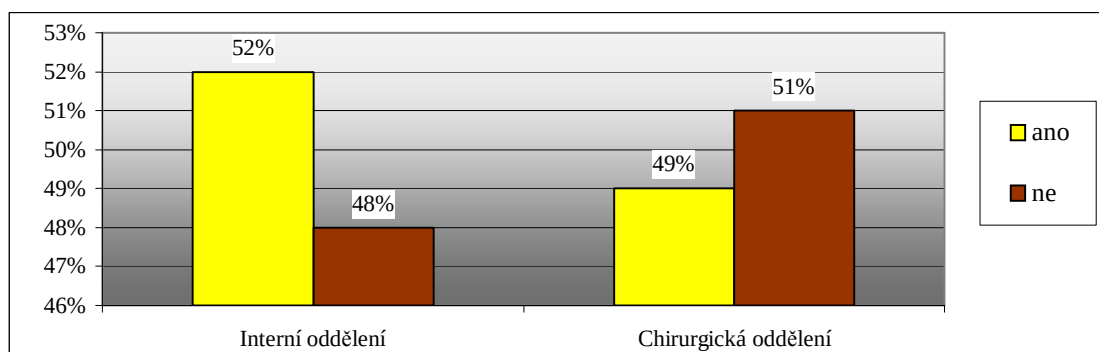
Na otázku 12, týkající se používání edukačních materiálů k podpoře sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu z interního oddělení uvedlo 11 (16 %) respondentů, že edukační materiály používají běžně, 0 (0 %) respondentů, že je používají zřídka, 11 (16 %) respondentů, že je nepoužívají vůbec a 47 (68 %) respondentů, že žádné nemají k dispozici. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 5 (7 %) respondentů, že edukační materiál o sebereflexi při dodržování dietního režimu využívají běžně, 1 (2 %) respondentů, že edukační materiál využívají zřídka, 25 (36 %) respondentů, že edukační materiál nevyužívají vůbec a 38 (55 %) respondentů, že edukační materiály nemají k dispozici.

Graf 12 **Zjišťování informovanosti rodinných příslušníků o dietním režimu** (k otázce 13 dotazníku 1)



Na otázku 13, týkající se zjišťování informovanosti rodinných příslušníků o dietním režimu klienta, uvedlo z interních oddělení 35 (51 %) respondentů, že zjišťovali informovanost rodinných příslušníků a 34 (49 %) respondentů, že informovanost rodinných příslušníků nezjišťovali. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 24 (35 %) respondentů, že informovanost rodinných příslušníků zjišťovali a 45 (65 %) respondentů, že informovanost rodinných příslušníků nezjišťovali.

Graf 13 **Zjišťování informovanosti klienta o jeho dietním režimu** (k otázce 14 dotazníku 1)



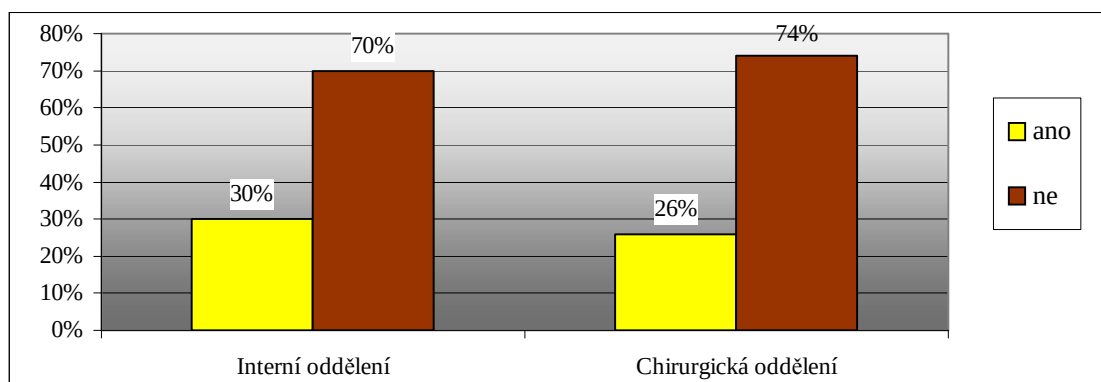
Na otázku 14, týkající se zjišťování informovanosti klienta o jeho dietním režimu, uvedlo z interních oddělení 36 (52 %) respondentů, že si ověřovali informovanost klientů o dietním režimu a 33 (48 %) respondentů, že si informovanost klientů o jejich dietním režimu neověřovali. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 34 (49 %) respondentů, že informovanost klientů o jejich dietním režimu zjišťovali a 35 (51 %) respondentů, že informovanost klientů nezjišťovali.

Tabulka 2 **Způsob ověření si informovanosti klienta o jeho dietním režimu**
(k otázce 15 dotazníku 1)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	Počet	%	počet
Rozhovor	92 %	33	97 %	33
zopakování základních informací a podání letáků	3 %	3	3 %	1

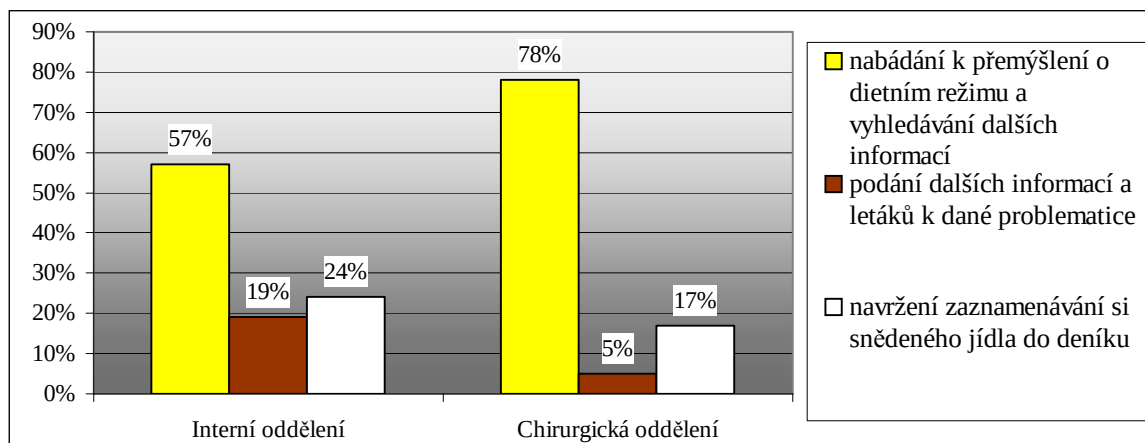
Na otázku 15, týkající se způsobu ověření si informovanosti klienta o jeho dietním režimu, odpovídali pouze klienti, kteří na otázku 15 uvedli, že si informovanost klientů ověřovali. Z interních oddělení uvedlo 33 (92 %) respondentů, že si klientovu informovanost ověřovali během rozhovoru o jeho dietním režimu a 3 (3 %) respondentů, že klientovi zopakovali základní informace a dali mu k dispozici letáky. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 33 (97 %) respondentů, že s klientem vedli rozhovor o dietním režimu klienta a 1 (3 %) respondent, že klientovi zopakoval základní informace a dal mu k dispozici letáky o jeho dietním režimu.

Graf 14 **Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu** (k otázce 16 dotazníku 1)



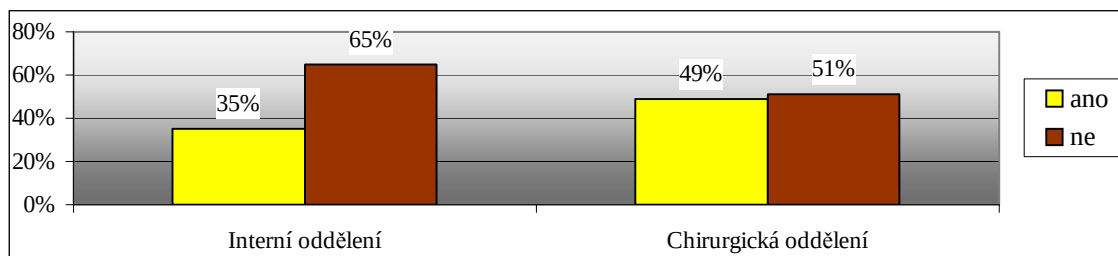
Na otázku 16, týkající se podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, z interního oddělení uvedlo 21 (30 %) respondentů, že podporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu a 48 (70 %) respondentů, že ji nepodporují. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 18 (26 %) respondentů, že sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu u klienta podporují a 51 (74 %) respondentů, že sebereflexi nepodporují.

Graf 15 Způsob podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu (k otázce 17 dotazníku 1)



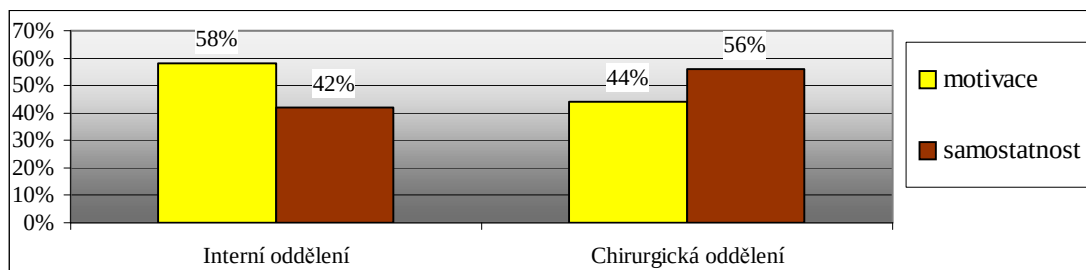
Na otázku 17, týkající se způsobu podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, odpovídali pouze klienti, kteří v otázce 16 uvedli, že sebereflexi klienta podporují. Z interních oddělení uvedlo 12 (57 %) respondentů, že klienta nabádají k hlubšímu zamýšlení se nad svým dietním režimem a vyhledávání dalších informací, 4 (19 %) respondenti, že klientům podávají další informace a dávají jim k dispozici letáky o sebereflexi při dodržování dietního režimu a 5 (24 %) respondentů, že klientům navrhuje, aby si vedli deník o snědeném jídle. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 14 (78 %) respondentů, že klienty nabádají k hlubšímu zamýšlení se nad svým dietním režimem, 1 (5 %) respondent, že klientům podává další informace a dává jim k dispozici letáky a 3 (17 %) respondentů, že klientům navrhuje, aby si vedli deník o jídle snědeném během dne.

Graf 16 **Význam sebereflexe při dodržování dietního režimu** (k otázce 19 dotazníku 1)



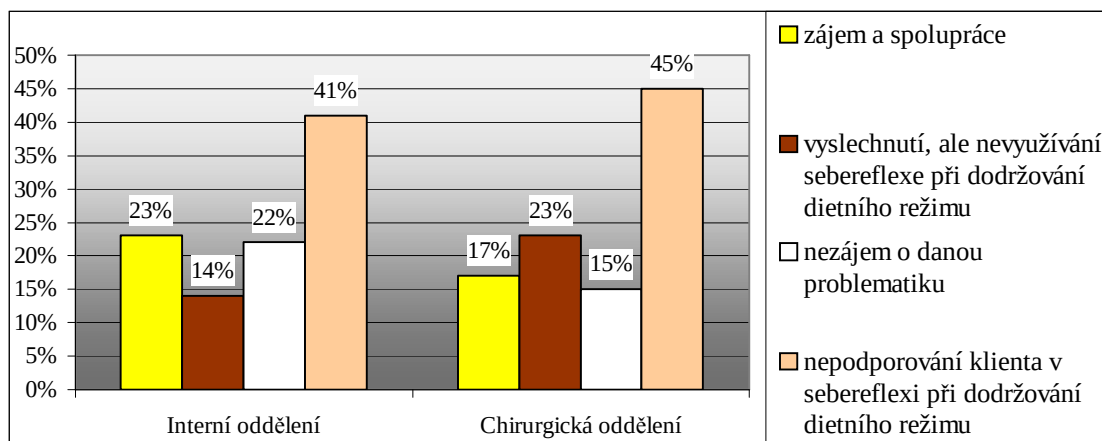
Na otázku 18, týkající se významu sebereflexe při dodržování dietního režimu, uvedlo z interních oddělení 24 (35 %) respondentů, že sebereflexe při dodržování dietního režimu má pro klienta význam a 45 (65 %) respondentů, že sebereflexe význam pro klienta nemá. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 34 (49 %) respondentů, že sebereflexe při dodržování dietního režimu má pro klienta význam a 35 (51 %) respondentů, že sebereflexe nemá pro klienta význam.

Graf 17 **Přínos sebereflexe při dodržování dietního režimu pro klienta** (k otázce 19 dotazníku 1)



Na otázku 19, týkající se přínosu sebereflexe při dodržování dietního režimu pro klienta, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 18 uvedli, že sebereflexe má pro klienta význam. Z interních oddělení uvedlo 14 (58 %) respondentů, že sebereflexe při dodržování dietního režimu zvyšuje motivaci klienta a 10 (42 %) respondentů, že podporuje samostatnost klienta. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 15 (44 %) respondentů, že sebereflexe při dodržování dietního režimu zvyšuje motivaci klienta při dodržování dietního režimu a 19 (56 %) respondentů, že sebereflexe podporuje samostatnost klienta.

Graf 18 Reakce klientů na vedení k sebereflexi při dodržování dietního režimu
(k otázce 20 dotazníku 1)



Na otázku 20, týkající se reakce klientů na vedení k sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu, uvedlo z interních oddělení 16 (23 %) respondentů, že klienti měli zájem o tuto problematiku a spolupracují, 10 (14 %) respondentů uvedlo, že je klienti vyslechnou, ale sebereflexi při dodržování dietního režimu nevyužívají, 15 (22 %) respondentů, že klienti nemají zájem o informace o sebereflexi a 28 (41 %) respondentů, že sebereflexi u klienta nepodporují. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 12 (17 %) respondentů, že klienti mají o problematiku sebereflexe při dodržování dietního režimu zájem a spolupracují, 16 (23 %) respondentů, že klienti informace vyslechnou, ale doporučení mi se neřídí, 10 (15 %) respondentů, že klienti nemají zájem o informace o sebereflexi při dodržování dietního režimu a 31 (45 %) respondentů, že klienta v sebereflexi nepodporují.

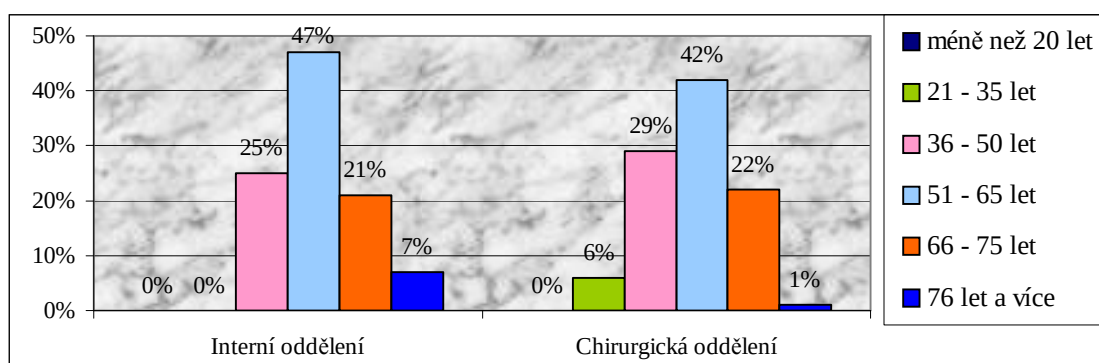
Dotazník 2 – klienti

Tabulka 3 **Pohlaví respondentů** (k otázce 1 dotazníku 2)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	Počet	%	počet
Muž	44 %	30	43 %	28
Žena	56 %	38	57 %	37

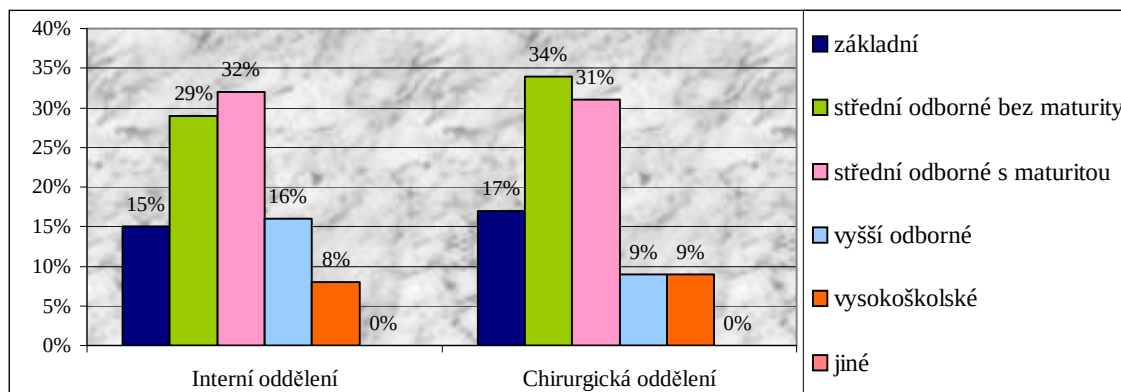
Na otázku 1, týkající se pohlaví respondentů, uvedlo z interních oddělení 30 (44 %) respondentů, že jsou mužského pohlaví a 38 (56 %) respondentů, že jsou ženského pohlaví. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 28 (43 %) respondentů, že jsou mužského pohlaví a 37 (57 %) respondentů ženského pohlaví.

Graf 19 **Věk respondentů** (k otázce 2 dotazníku 2)



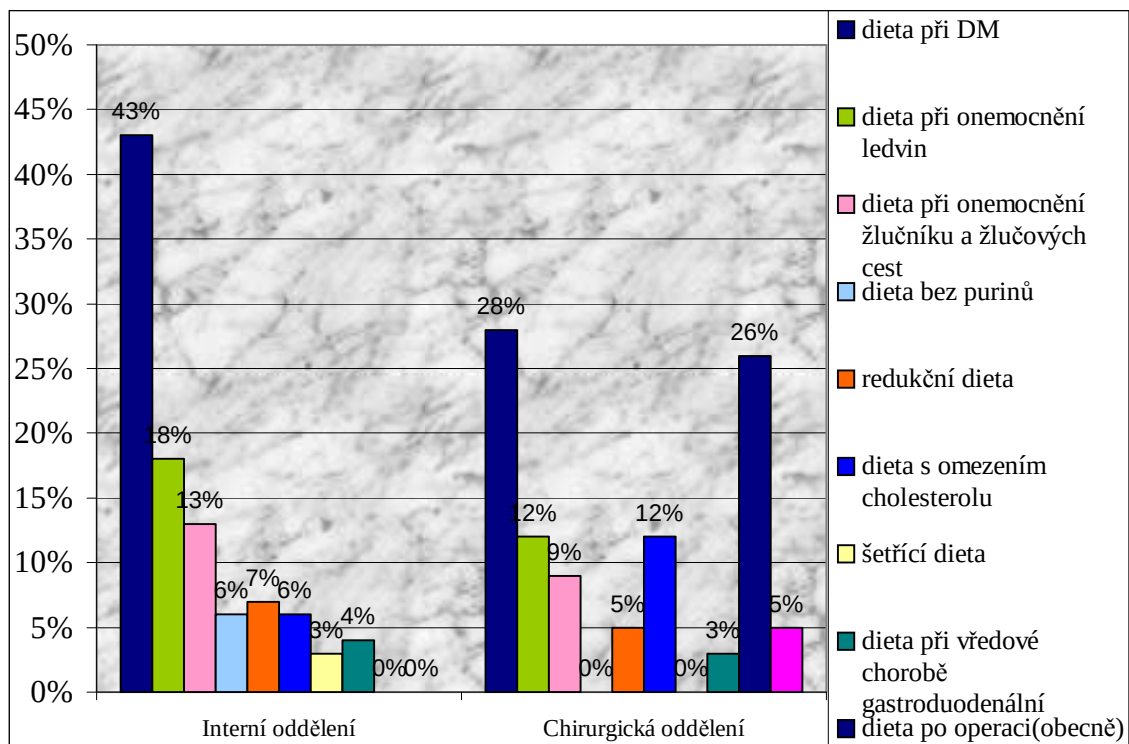
Na otázku 2, týkající se věku respondentů, uvedlo z interních oddělení 0 (0 %) respondentů možnost méně než 20 let, 0 (0 %) respondentů 21 – 35 let, 17 (25 %) respondentů 36 – 50 let, 32 (47 %) respondentů 51 – 65 let, 14 (21 %) respondentů 66 – 75 let a 5 (7 %) respondentů 76 let a více. Na chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 0 (0 %) respondentů, že je jim méně než 20 let, 4 (6 %) respondentů 21 – 35 let, 19 (29 %) respondentů 36 – 50 let, 27 (42 %) 51 – 65 let, 14 (22 %) respondentů 66 – 75 let a 1 (1 %) respondentů 76 let a více.

Graf 20 **Dosažené vzdělání** (k otázce 3 dotazníku 2)



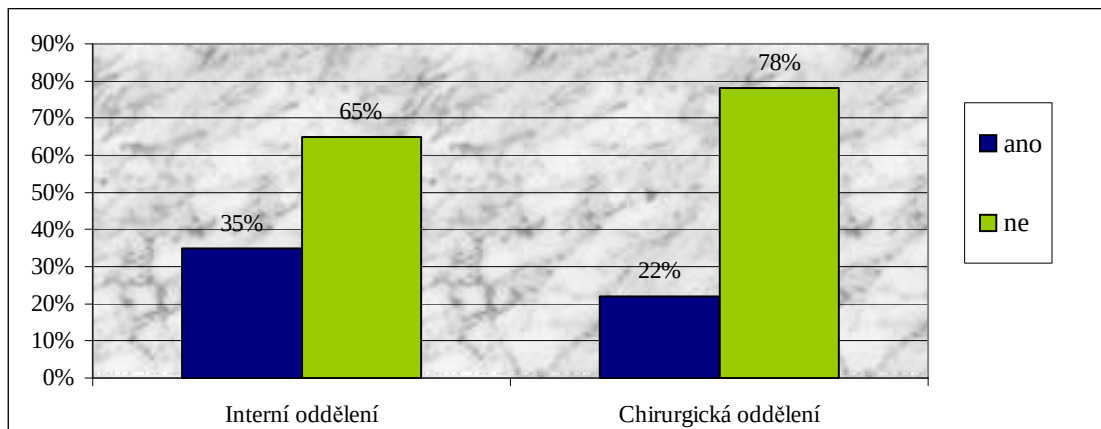
Na otázku 3, týkající se dosaženého vzdělání, uvedlo z interních oddělení 10 (15 %) respondentů možnost základní vzdělání, 20 (29 %) respondentů střední odborné bez maturity, 22 (32 %) střední odborné s maturitou, 11 (16 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 5 (8 %) respondentů vysokoškolské vzdělání a 0 (0 %) respondentů jiné vzdělání. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 11 (17 %) respondentů, že jejich dosažené vzdělání je základní, 22 (34 %) respondentů střední odborné bez maturity, 20 (31 %) respondentů střední odborné s maturitou, 6 (9 %) vyšší odborné, 6 (9 %) vysokoškolské a 0 (0 %) respondentů jiné.

Graf 21 **Dodržovaný dietní režim** (k otázce 4 dotazníku 2)



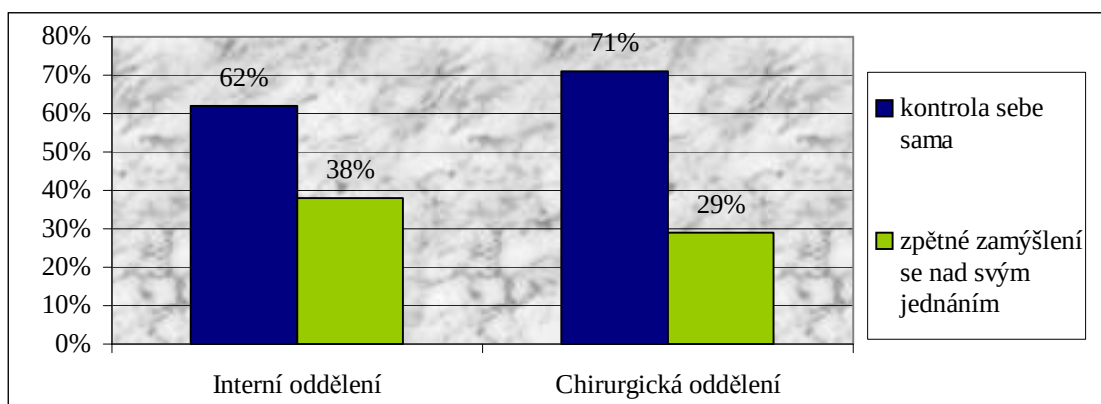
Na otázku 4, týkající se dodržovaného dietního režimu, z interních oddělení uvedlo 29 (43 %) respondentů, že dodržují diabetickou dietu, 12 (18 %) respondentů dietu při onemocnění ledvin, 9 (13 %) respondentů dietu při onemocnění žlučníku a žlučových cest, 4 (6 %) respondentů dietu bez purinů, 5 (7 %) respondentů redukční dietu, 4 (6 %) respondentů dietu s omezením cholesterolu, 2 (3 %) šetrící dietu, 3 (4 %) respondentů Dietu při vředové chorobě gastroduodenální. Chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 18 (28 %) respondentů, že dodržují diabetickou dietu, 8 (12 %) respondentů dietu při onemocnění ledvin, 6 (9 %) respondentů dietu při onemocnění žlučníku a žlučových cest, 3 (5 %) respondentů redukční dietu, 8 (12 %) respondentů dietu s omezením cholesterolu, 2 (3 %) respondentů dietu při vředové chorobě gastroduodenální, 17 (26 %) respondentů dietu po operaci obecně a 3 (5 %) respondentů dietu při onemocnění pankreatu.

Graf 22 **Znalost sebereflexe** (k otázce 5 dotazníku 2)



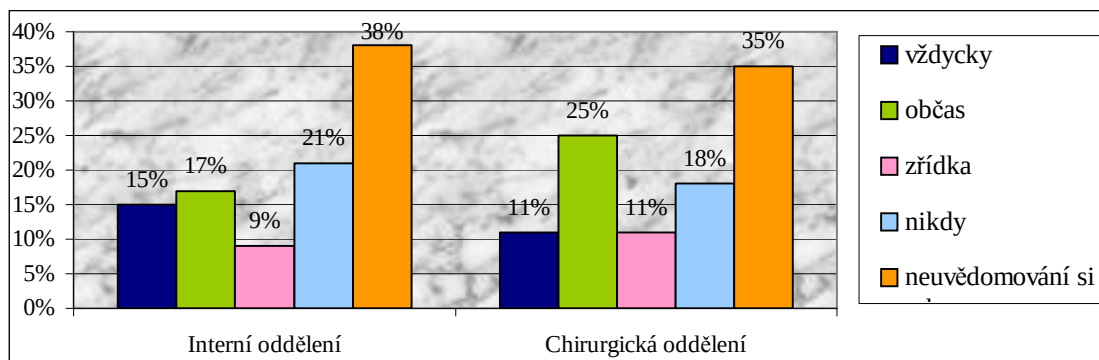
Na otázku 5, týkající se znalosti sebereflexe, z interních oddělení uvedlo 24 (35 %) respondentů, že ví, co je to sebereflexe a 44 (65 %) respondentů, že neví, co je to sebereflexe. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 14 (22 %) respondentů, že ví co je to sebereflexe a 51 (78 %) respondentů, že neví, co je to sebereflexe.

Graf 23 **Vysvětlení sebereflexe** (k otázce 6 dotazníku 2)



Na otázku 6, týkající se vysvětlení sebereflexe, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 5 odpověděli ano. Z interních oddělení uvedlo 15 (62 %) respondentů, že sebereflexe znamená kontrolu sebe sama a 9 (38 %) respondentů, že se jedná o zpětné zamýšlení se nad svým jednáním. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 10 (71 %) respondentů, že sebereflexe znamená kontrolu sebe sama a 4 (29 %) respondentů, že se jedná o zpětné zamýšlení se nad svým jednáním.

Graf 24 **Využití sebereflexe během dne** (k otázce 7 dotazníku 2)



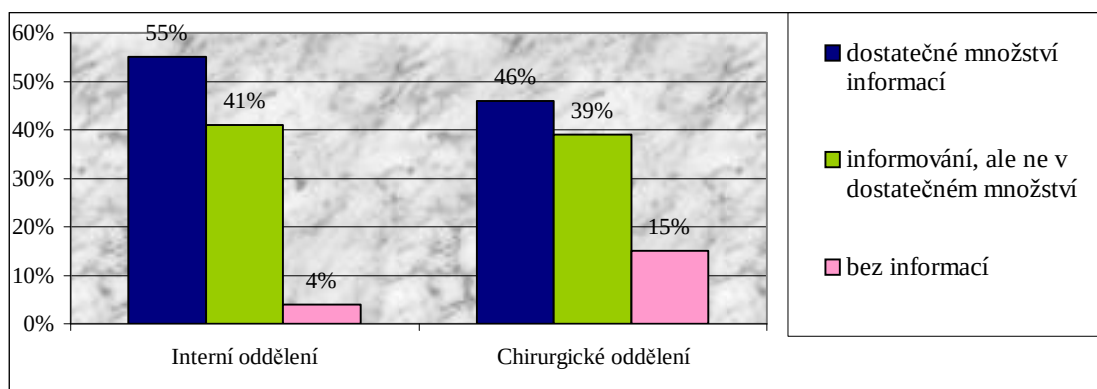
Na otázku 7, týkající se využívání sebereflexe během dne, uvedlo z interních oddělení 10 (15 %) respondentů, že ji využívají vždycky, 12 (17 %) respondentů občas, 6 (9 %) respondentů zřídka, 14 (21 %) respondentů nikdy a 26 (38 %) respondentů, že je tato možnost nikdy nenapadla. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 7 (11 %) respondentů, že sebereflexi využívají vždycky, 16 (25 %) respondentů občas, 7 (11 %) respondentů zřídka, 12 (18 %) respondentů nikdy a 23 (35 %) respondentů, že je tato možnost nikdy nenapadla.

Tabulka 4 **Způsob využívání sebereflexe** (k otázce 8 dotazníku 2)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	počet	%	Počet
Při řešení problému	50 %	14	37 %	11
Vždy	32 %	9	16 %	5
Večerní rekapitulace proběhlého dne	18 %	5	47 %	14

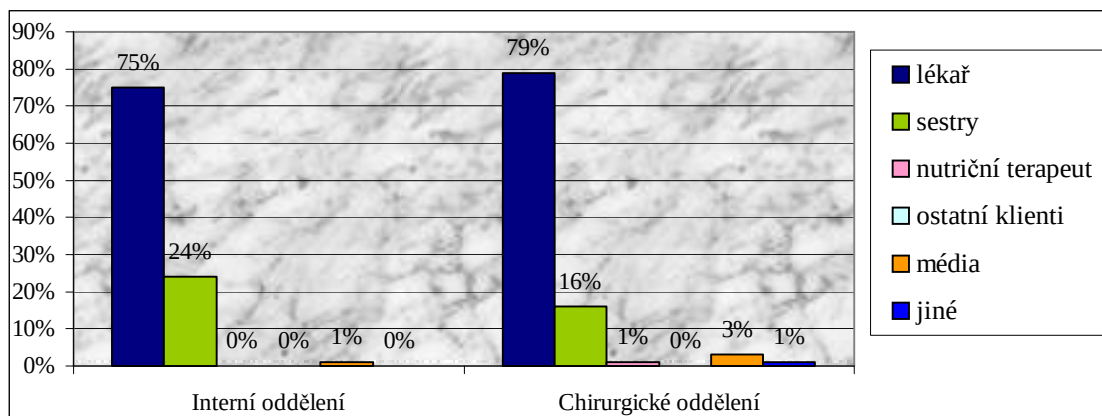
Na otázku 8, týkající se způsobu využívání sebereflexe, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 7 uvedli, že sebereflexi využívají vždy, občas nebo zřídka. Z interních oddělení uvedlo 14 (50 %) respondentů, že sebereflexi využívají při řešení nějakého problému, 9 (32 %) respondentů, vždy a 5 (18 %) respondentů při večerním zamýšlení se nad proběhlým dnem. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 11 (37 %) respondentů, že využívají sebereflexi při řešení nějakého problému, 5 (16 %) respondentů vždy a 14 (47 %) respondentů, při večerním přemýšlení o proběhlém dni.

Graf 25 Informovanost o dodržování dietního režimu (k otázce 9 dotazníku 2)



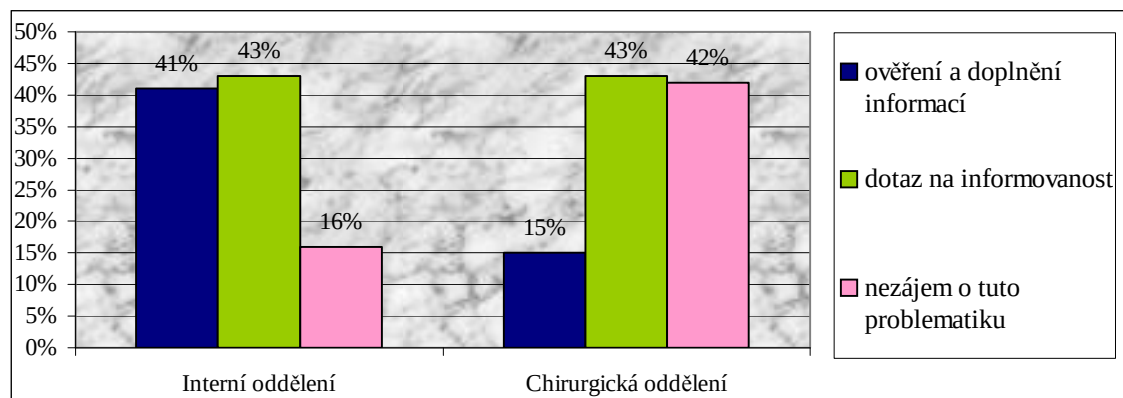
Na otázku 9, týkající se informovanosti o dodržovaném dietním režimu, z interních oddělení uvedlo 37 (55 %) respondentů, že jsou dostatečně informováni, 28 (41 %) respondentů, že nějaké informace mají, ale uvítali by další a 3 (4 %) respondentů, že nejsou informováni o svém dietním omezení. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 30 (46 %) respondentů, že jsou dostatečně informováni, 25 (39 %) respondentů, že mají nějaké informace, ale uvítali by další a 10 (15 %) respondentů, že nejsou informováni o svém dietním režimu.

Graf 26 **Zdroje informací o naordinovaném dietním režimu** (k otázce 10 dotazníku 2)



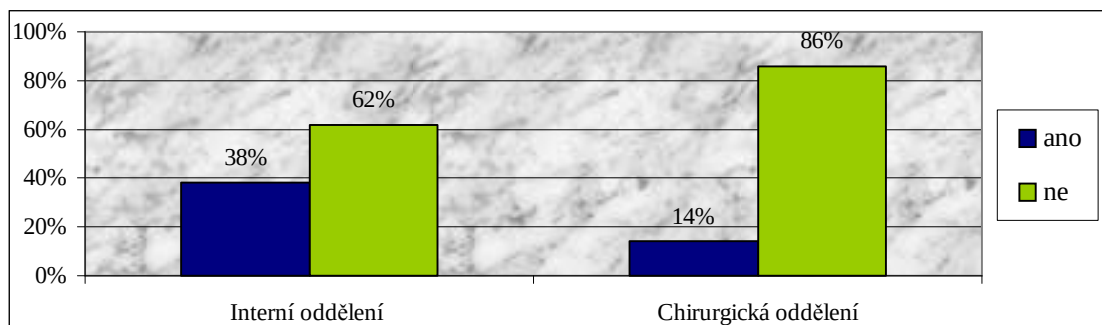
Na otázku 10, týkající se zdrojů informací o naordinovaném dietním režimu, z interních oddělení uvedlo 51 (75 %) respondentů, že nejvíce informací o svém dietním režimu získali od lékaře, 16 (24 %) respondentů, od sester, 0 (0 %) respondentů od nutričního terapeuta, 0 (0 %) respondentů od ostatních klientů, 1 (1 %) respondent z médií a 0 (0 %) respondentů uvedlo možnost jiné. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 51 (79 %) respondentů, že nejvíce informací o svém dietním režimu získali od lékaře, 10 (16 %) respondentů od sester, 1 (1 %) respondent od nutričního terapeuta, 0 (0 %) respondentů od ostatních klientů, 2 (3 %) respondenti z médií a 1 (1 %) respondent zvolil možnost jiné, přičemž uvedl, že jej o jeho dietním režimu zatím nikdo blíže neinformoval.

Graf 27 **Ověřování informovanosti klienta o dietním režimu sestrami** (k otázce 11 dotazníku 2)



Na otázku 11, týkající se ověřování informovanosti klienta o dietním režimu sestrami, z interních oddělení uvedlo 28 (41 %) respondentů, respondentů, že si sestry ověřovaly, zda jsou informovaní a poskytly jim případně doplňující informace, 29 (43 %) respondentů, že se sestry pouze zeptaly, zda už je někdo informoval a 11 (16 %) respondentů, že se sestry vůbec nezajímaly, zda jsou o svém dietním režimu informovaní. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 10 (15 %) respondentů, že si sestry ověřovaly, zda jsou informovaní a poskytly jim případně doplňující informace, 28 (43 %) respondentů, že se jich sestry pouze zeptaly, zda jsou informovaní a 27 (42 %) respondentů, že se sestry vůbec nezajímaly, zda mají informace o svém dietním režimu.

Graf 28 **Navržené možnosti sebereflexe při dodržování dietního režimu sestrami**
(k otázce 12 dotazníku 2)



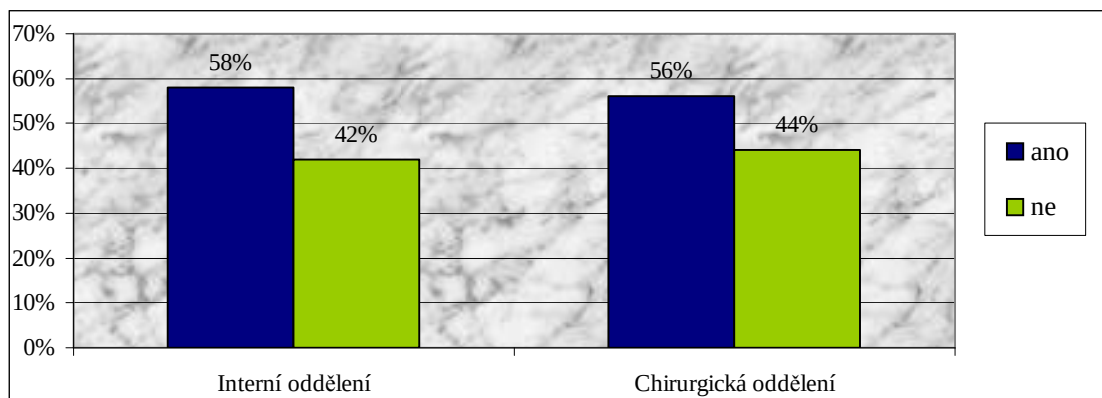
Na otázku 12, týkající se navržení možností sebereflexe při dodržování dietního režimu sestrami, uvedlo 26 (38 %) respondentů, že jim sestry navrhly nějaké možnosti sebereflexe při dodržování dietního režimu a 42 (62 %) respondentů, že jim sestry žádné možnosti nenavrhly. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 9 (14 %) respondentů, že jim sestry navrhly možnosti sebereflexe při dodržování dietního režimu a 56 (86 %) respondentů, že jim žádné možnosti nenavrhly.

Tabulka 5 **Možnosti sebereflexe při dodržování dietního režimu navržené sestrami**
(k otázce 13 dotazníku 2)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	Počet	%	počet
Psaní deníku o jídle snědeném během dne	61 %	16	67 %	6
Konzultace s lékařem, dietní sestrou	35 %	9	33 %	3
Kontrola glykémie glukometrem	4 %	1	0 %	0

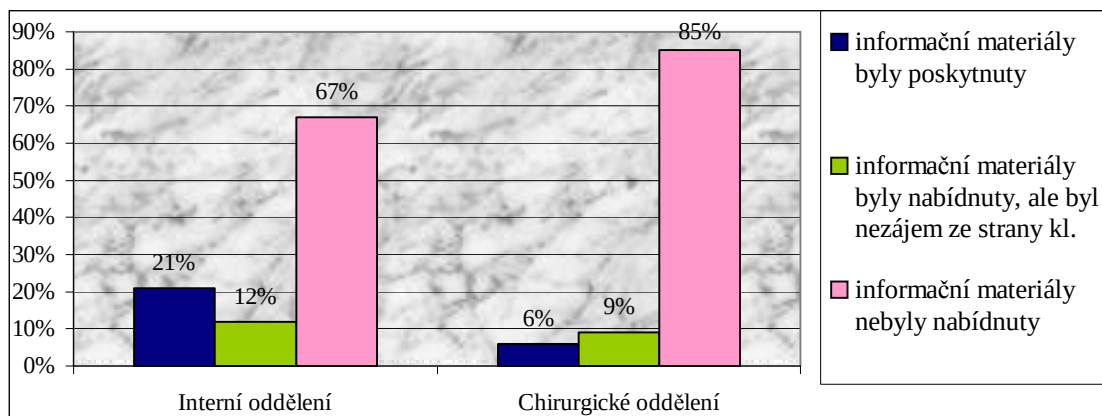
Na otázku 13, týkající se možností sebereflexe při dodržování dietního režimu navržených sestrami, odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce 12 zvolili možnost ano. Z interních oddělení uvedlo 16 (61 %) respondentů, že jim sestry navrhly, aby si zapisovaly do deníku, vše co během dne sní, 9 (35 %) respondentů, aby svou dietu konzultovali s lékařem nebo s dietní sestrou a 1 (4 %) respondentů, aby si samy měřili glykémii pomocí glukometru. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 6 (67 %) respondentů, že jim sestry navrhly zaznamenávat si snědené jídlo do deníku a 3 (33 %) respondentů, aby svůj dietní režim konzultovali s lékařem nebo dietní sestrou.

Graf 29 Využívání možností sebereflexe při dodržování dietního režimu
(k otázce 14 dotazníku 2)



Na otázku 14, týkající se využívání možností sebereflexe při dodržování dietního režimu odpovídali pouze respondenti, kteří v otázku 12 uvedli, že jim sestry navrhly nějaké možnosti sebereflexe při dodržování dietního režimu. Z interních oddělení uvedlo 15 (58 %) respondentů, že některé z navržených možností využili a 11 (42 %) respondentů, že je nevyužili. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 5 (56 %) respondentů, že některé z navržených možností využili 4 (44 %) respondentů, že žádnou z navržených možností nevyužili.

Graf 30 Poskytnutí edukačních materiálů o sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 15 dotazníku 2)



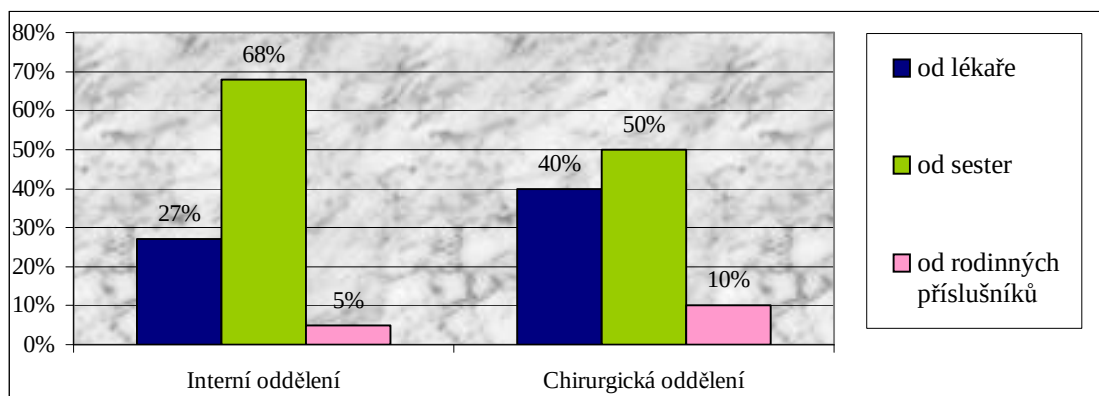
Na otázku 15, týkající se poskytnutí edukačních materiálů o sebereflexi při dodržování dietního režimu, uvedlo z interních oddělení 14 (21 %) respondentů, že jim byly dány edukační materiály k dispozici, 8 (12 %) respondentů, že jim edukační materiály byly nabídnuty, ale neměli o ně zájem a 46 (67 %) respondentů, že jim edukační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu nebyly nabídnuty. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 4 (6 %) respondentů, že jim edukační materiály byly poskytnuty, 6 (9 %) respondentů, že jim edukační materiály nabídnuty byly, ale neměli o ně zájem a 55 (85 %) respondentů, že jim edukační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu nebyly nabídnuty.

Tabulka 6 **Druh poskytnutých edukačních materiálů** (k otázce 16 dotazníku 2)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	počet	%	počet
letáky a brožury	100 %	22	100 %	10
Knihy	0 %	0	0 %	0
Časopisy	0 %	0	0 %	0
internetové adresy	0 %	0	0 %	0
Jiné	0 %	0	0 %	0

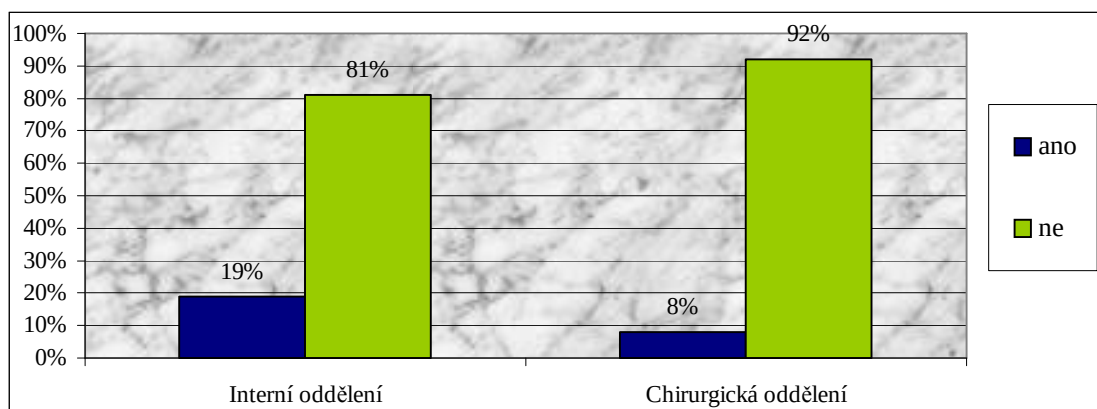
Na otázku 16, týkající se druhu poskytnutých edukačních materiálů, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 15 uvedli, že jim edukační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu byly poskytnuty, nebo alespoň nabídnuty, přičemž z interních oddělení uvedlo 22 (100 %) respondentů, že jim byly nabídnuta letáky a brožury a z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 10 (100 %) respondentů, také že jim byly nabídnuty letáky a brožury.

Graf 31 **Zdroj poskytnutých informačních materiálů** (k otázce 17 dotazníku 2)



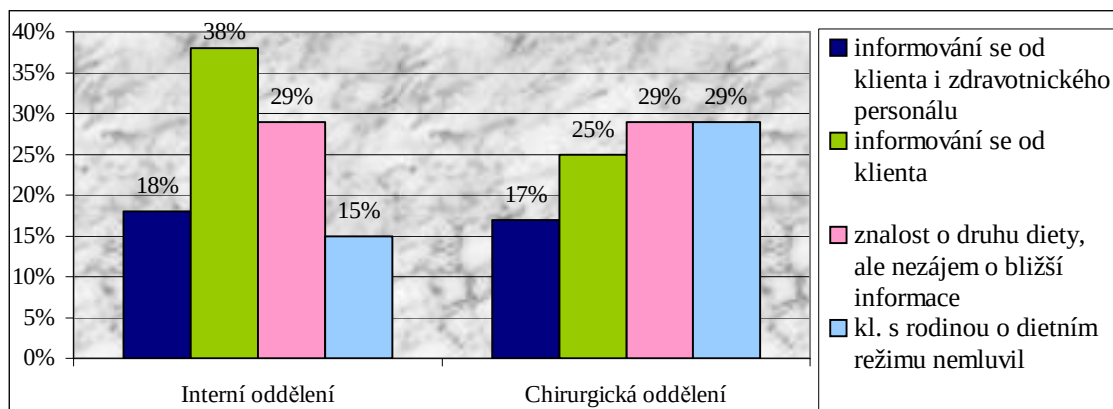
Na otázku 17, týkající zdrojů poskytnutých informačních materiálů, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku 15 uvedli, že jim edukační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu byly poskytnuty, nebo alespoň nabídnuty. Z interních oddělení uvedlo 6 (27 %) respondentů, že je získaly od lékaře, 15 (68 %) respondentů od sester a 1 (5 %) respondentů od rodinných příslušníků. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 4 (40 %) respondentů, že informační materiály jim poskytl lékař, 5 (50 %) sestry a 1 (10 %) rodinní příslušníci.

Graf 32 Vedení deníku o jídle snědeném během dne (k otázce 18 dotazníku 2)



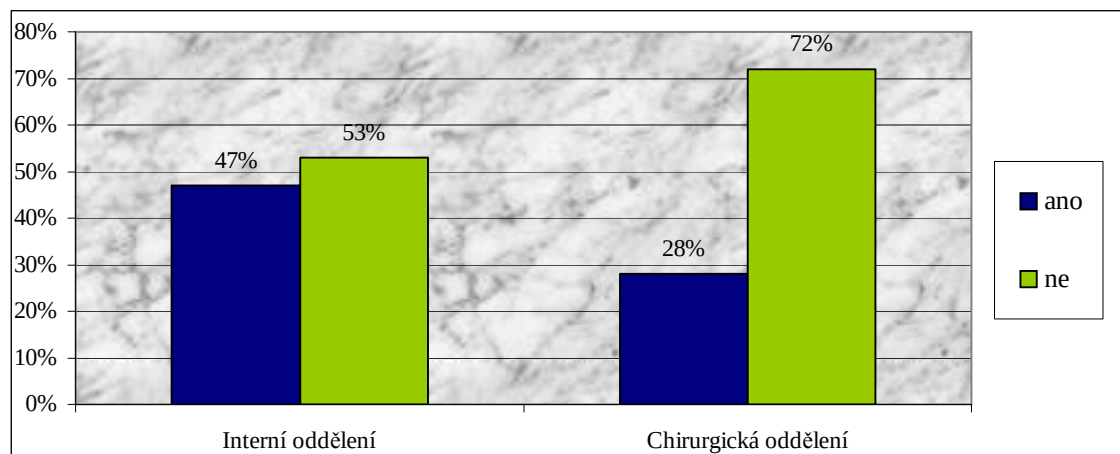
Na otázku 18, týkající se vedení deníku o jídle snědeném během dne, z interních oddělení uvedlo 13 (19 %) respondentů, že si deník o snědeném jídle vedou a 55 (81 %) respondentů, že si jej nevedou. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 5 (8 %) respondentů, že si deník o snědeném jídle vedou a 60 (92 %) respondentů, že si jej nevedou.

Graf 33 Zájem rodinných příslušníků o naordinovaném dietním režimu
(k otázce 19 dotazníku 2)



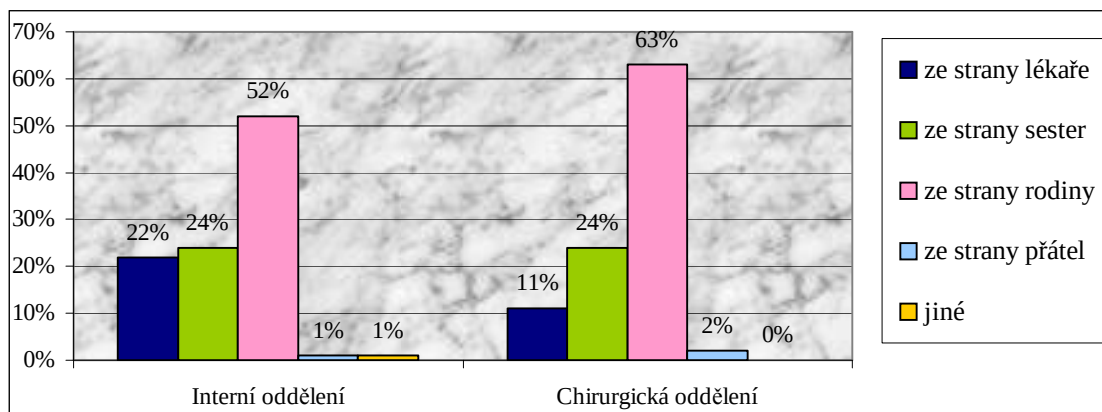
Na otázku 19, týkající se zájmu rodinných příslušníků o naordinovaný dietní režim, uvedlo z interních oddělení 12 (18 %) respondentů, že jejich rodinní příslušníci s nimi o jejich dietním režimu mluvili a informovali se též od zdravotnického personálu, 26 (38 %) respondentů, že se rodinní příslušníci informovali pouze od klientů, ne od zdravotnického personálu, 20 (29 %) respondentů, že rodinní příslušníci vědí, jaký dietní režim dodržují, ale bližší informace je nezajímali a 10 (15 %) respondentů, že s rodinou o svém dietním omezení nemluvili. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 11 (17 %) respondentů, že jejich rodinní příslušníci se jich na jejich dietní režim ptali a informovali se také od zdravotnického personálu, 16 (25 %) respondentů, že jejich rodinné příslušníci informovali pouze oni, 19 (29 %) respondentů, že jejich rodinní příslušníci vědí, jaký dietní režim dodržují, ale blíže se nezajímali a 19 (29 %) respondentů, že s rodinou o svém dietním režimu nemluvili.

Graf 34 Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu (k otázce 20 dotazníku 2)



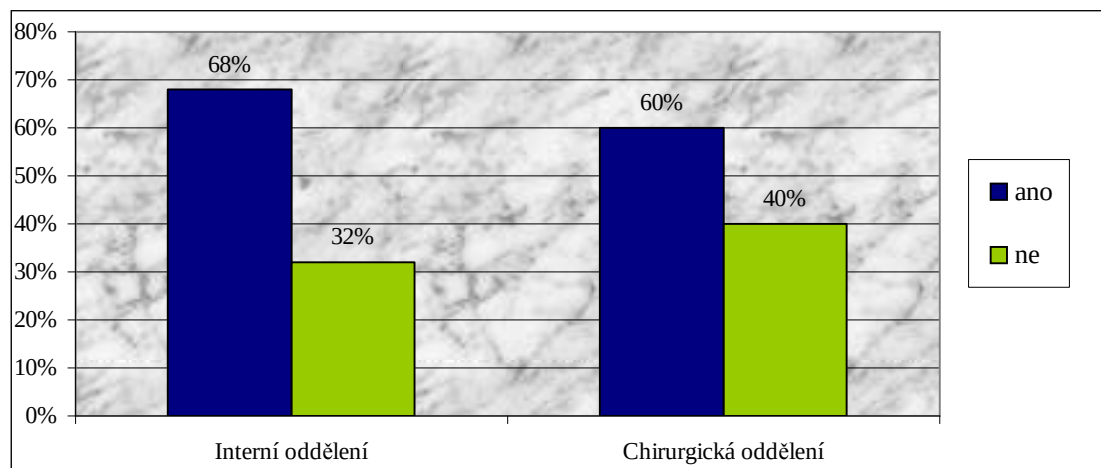
Na otázku 20, týkající se podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu rodinnými příslušníky, z interních oddělení uvedlo 32 (47 %) respondentů, že jej rodinní příslušníci podporují sebereflexi při dodržování dietního režimu a 36 (53 %) respondentů, že jej nepodporují. Z chirurgických oddělení uvedlo 18 (28 %) respondentů, že jej rodinní příslušníci podporují v sebereflexi při dodržování dietního režimu a 47 (72 %) respondentů, že jej nepodporují.

Graf 35 Nejvýraznější podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu
(k otázce 21 dotazníku 2)



Na otázku 21, týkající se nejvýraznější podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, uvedlo z interních oddělení 15 (22 %) respondentů, že je v sebereflexi při dodržování dietního režimu nejvíce podporuje lékař, 16 (24 %) sestry, 35 (52 %) rodina, 1 (1 %) přátelé a 1 (1 %) jiné, přičemž uváděli, že nejvíce se v sebereflexi podporují oni sami. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 7 (11 %) respondentů, že je v sebereflexi při dodržování dietního režimu podporuje lékař, 16 (24 %) sestry, 41 (63 %) rodina, 1 (2 %) přátelé a 0 (0 %) jiné.

Graf 36 Význam podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu
(k otázce 22 k dotazníku 2)



Na otázku 22, týkající se významu podpory sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, z interních oddělení uvedlo 46 (68 %) respondentů, že si myslí, že sebereflexe význam při dodržování dietního režimu a 22 (32 %) respondentů, že sebereflexe nemá význam. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 39 (60 %) respondentů, že sebereflexe má význam při dodržování dietního režimu a 26 (40 %) respondentů, že sebereflexe význam nemá.

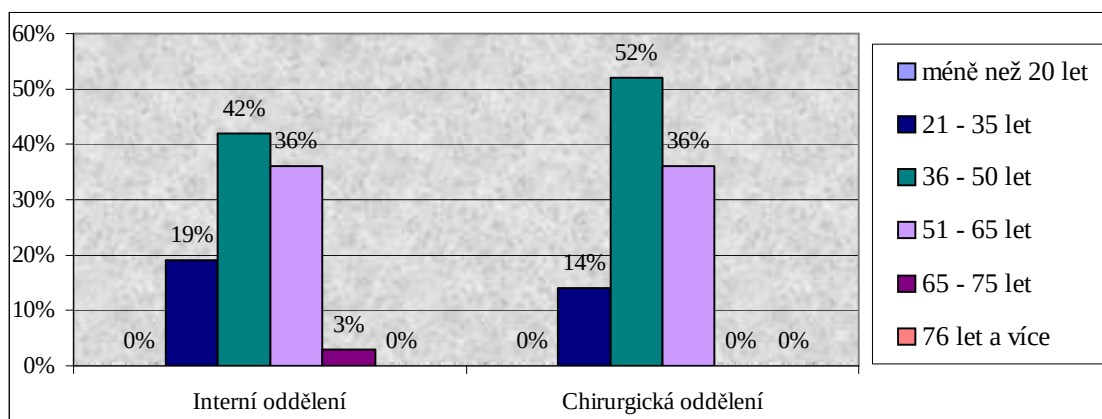
Dotazník 3 – rodinní příslušníci

Tabulka 7 Pohlaví respondentů (k otázce 1 dotazníku 3)

	Interní oddělení		Chirurgicky zaměřená oddělení	
	%	Počet	%	Počet
Muž	39 %	12	34 %	12
Žena	61 %	19	66 %	23

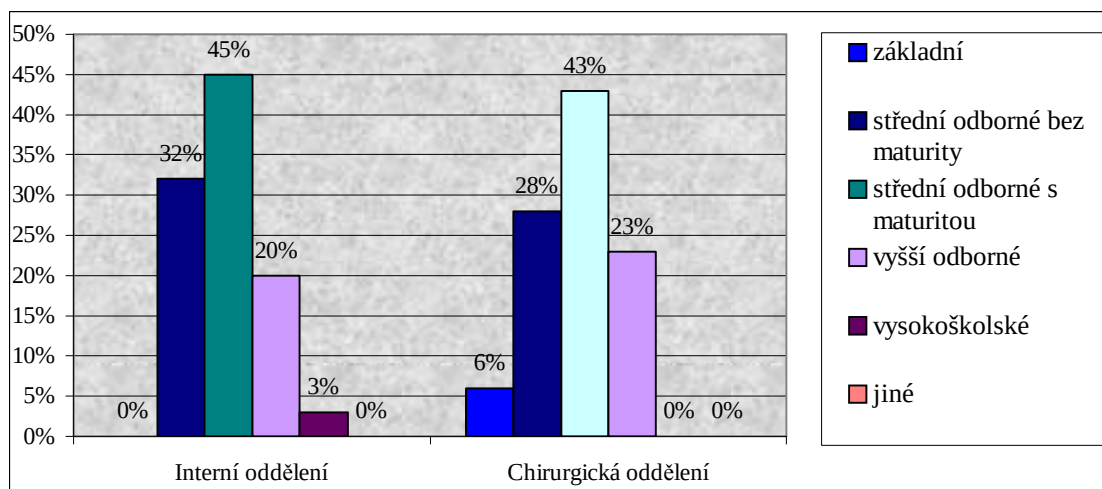
Na otázku, týkající se pohlaví respondentů, uvedlo z interního oddělení 12 (39 %) respondentů, že jsou mužského pohlaví a 19 (61 %) respondentů, ženského pohlaví. Z Chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 12 (34 %) respondentů, že jsou mužského pohlaví a 23 (66 %) respondentů, ženského pohlaví.

Graf 37 Věk respondentů (k otázce 2 dotazníku 3)



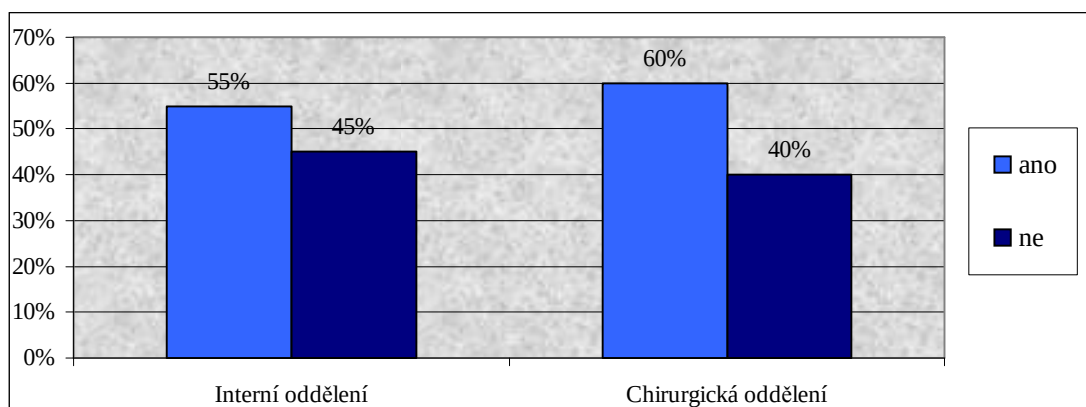
Na otázku 2, týkající se věku respondentů, uvedlo z interního oddělení 0 (0 %) respondentů možnost méně než 20 let, 6 (19 %) respondentů 21 – 35 let, 13 (42 %) respondentů 36 – 50 let, 11 (36 %) respondentů 51 – 65 let, 1 (3 %) respondent 65 – 75 let a 0 (0 %) respondentů 76 let a více. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 0 (0 %) respondentů možnost méně než 20 let, 5 (14 %) respondentů 21 – 35 let, 18 (52 %) respondentů 36 – 50 let, 12 (36 %) respondentů 51 – 65 let, 0 (0 %) respondentů 65 – 75 let a 0 (0 %) 76 let a více.

Graf 38 **Dosažené vzdělání** (k otázce 3 dotazníku 3)



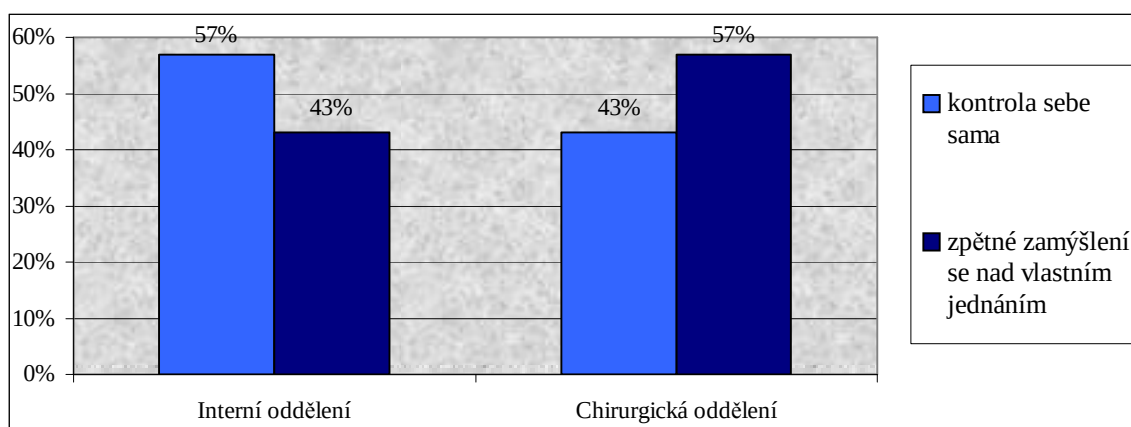
Na otázku 3, týkající se dosaženého vzdělání respondentů, z interního oddělení uvedlo 0 (0 %) respondentů možnost základní vzdělání, 10 (32 %) respondentů střední odborné bez maturity, 14 (45 %) respondentů střední odborné s maturitou, 6 (20 %) respondentů vyšší odborné, 1 (3 %) respondentů vysokoškolské a 0 (0 %) jiné vzdělání. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 2 (6 %) respondentů základní vzdělání, 10 (28 %) respondentů střední odborné bez maturity, 15 (43 %) respondentů střední odborné s maturitou, 8 (23 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 0 (0 %) respondentů vysokoškolské vzdělání a 0 (0 %) respondentů jiné vzdělání.

Graf 39 **Znalost sebereflexe** (k otázce 4 dotazníku 3)



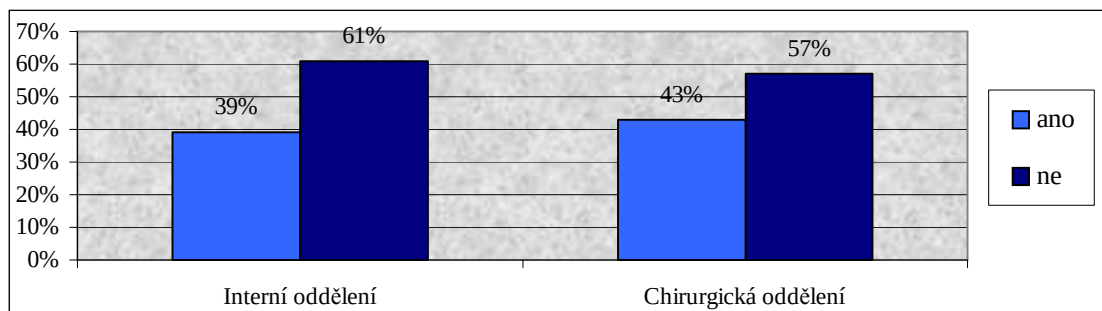
Na otázku 4, týkající se znalosti sebereflexe, uvedlo na interních oddělení 17 (55 %) respondentů, že vědí, co je to sebereflexe a 14 (45 %) respondentů, že nevědí, co je to sebereflexe. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 21 (60 %) respondentů, že ví, co je to sebereflexe a 14 (40 %) respondentů, že neví, co je to sebereflexe.

Graf 40 **Vysvětlení sebereflexe** (k otázce 5 dotazníku 3)



Na otázku 5, týkající se vysvětlení pojmu sebereflexe, odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce 4, že vědí, co je to sebereflexe. Z interních oddělení uvedlo 8 (57 %) respondentů, že sebereflexe je kontrola sebe sama a 6 (43 %) respondentů, že se jedná o zpětné zamýšlení se nad svým jednáním. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 6 (43 %) respondentů, že sebereflexe je kontrola sama sebe a 8 (57 %) respondentů, že se jedná o zpětném zamýšlení se nad vlastním jednáním.

Graf 41 **Znalost dietního omezení klienta** (k otázce 6 dotazníku 3)



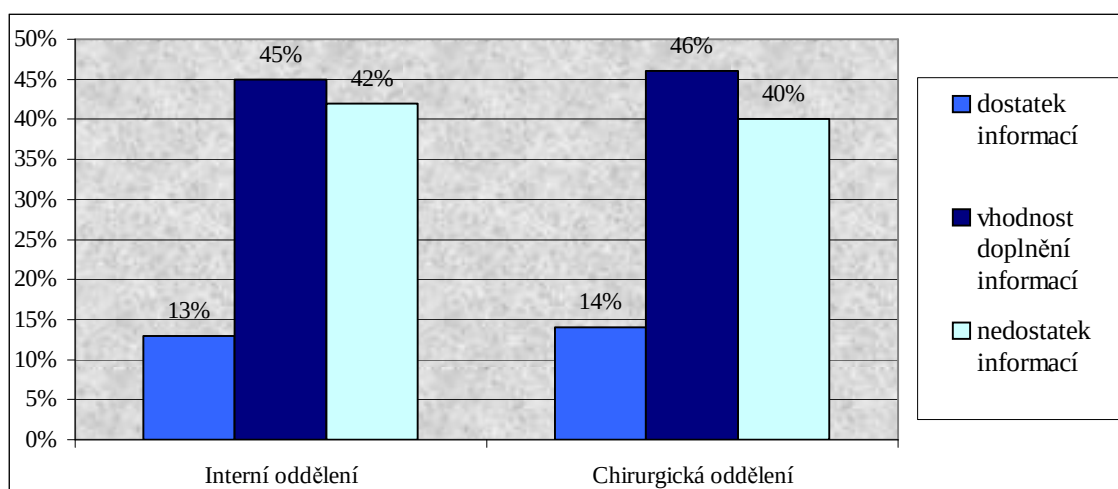
Na otázku 6, týkající se znalosti dietního omezení klienta, uvedlo z interního oddělení 12 (39 %) respondentů, že znají dietní omezení svého příbuzného a 19 (61 %) respondentů, že neznají dietní omezení svého příbuzného. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 15 (43 %) respondentů, že vědí, jaké dietní omezení klient dodržuje, a 20 (57 %) respondentů, že dietní omezení klienta neznají.

Tabulka 8 **Dietní omezení klienta** (k otázce 7 dotazníku 3)

	Interní oddělení		Chirurgická oddělení	
	%	Počet	%	Počet
Dieta při DM	64 %	12	40 %	8
Dieta při hypertenzi	21 %	4	0 %	0
Dieta při onemocnění žlučníku a žlučových cest	5 %	1	25 %	5
Dieta s omezením soli	5 %	1	10 %	2
Dieta bez purinů	5 %	1	5 %	1
Dieta po operaci (obecně)	0 %	0	20 %	4

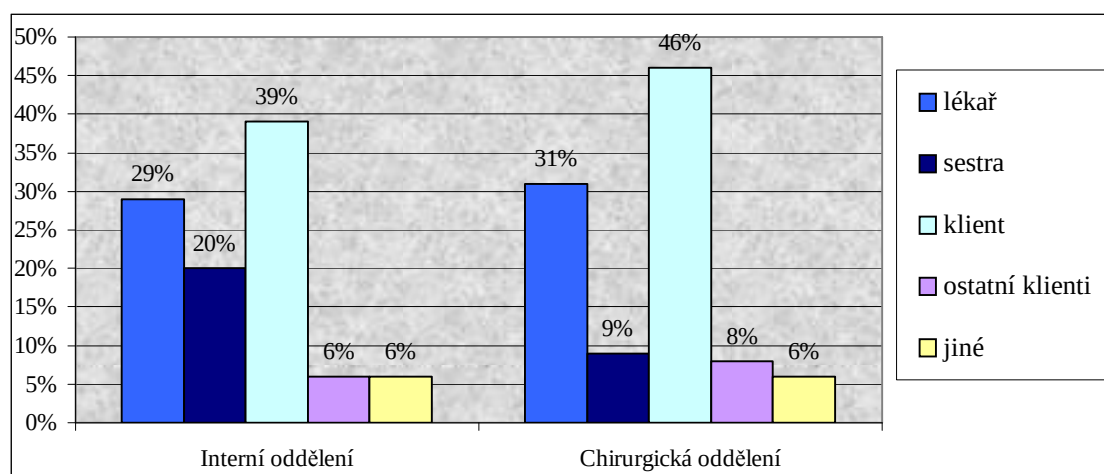
Na otázku 7, týkající se druhu dietního omezení klienta, odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce 6 odpověděli, že vědí, jaký dietní režim jejich příbuzný dodržuje. Z interního oddělení uvedlo 12 (64 %) respondentů, že jejich příbuzný dodržuje dietu při diabetes mellitus, 4 (21 %) respondentů dietu při hypertenzi, 1 (5 %) respondent dietu při onemocnění žlučníku a žlučových cest, 1 (5 %) respondent dietu s omezením soli a 1 (5 %) respondent dietu bez purinů. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 8 (40 %) respondentů, že jejich příbuzný dodržuje dietu při diabetes mellitus, 5 (25 %) respondentů dietu při onemocnění žlučníku a žlučových cest, 2 (10 %) respondenti dietu s omezením soli, 1 (5 %) respondent dietu bez purinů a 4 (20 %) respondenti, dietu po operaci obecně.

Graf 42 **Množství informací o dietním režimu** (k otázce 8 dotazníku 3)



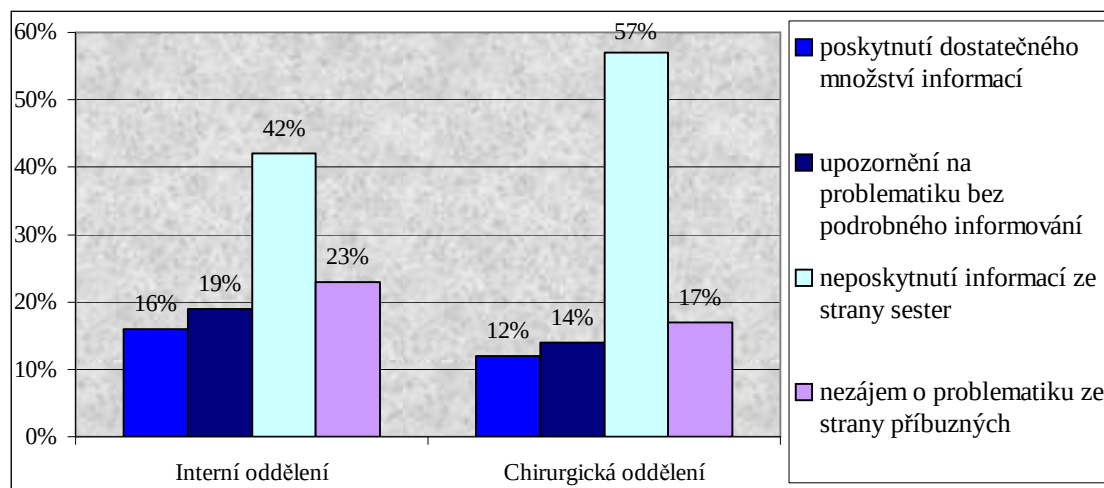
Na otázku 8, týkající se množství informací o dietním režimu klienta, uvedli na interních odděleních 4 (13 %) respondentů, že mají dostatek informací o dietním režimu klienta, 14 (45 %) respondentů, že mají informace, ale uvítali by další a 13 (42 %) respondentů, že mají nedostatek informací. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 5 (14 %) respondentů, že mají dostatek informací o dietním omezení klienta, 16 (46%) respondentů, že informace mají, ale uvítali by další a 14 (40 %) respondentů, že mají nedostatek informací.

Graf 43 **Zdroje informací o klientově dietním režimu** (k otázce 9 dotazníku 3)



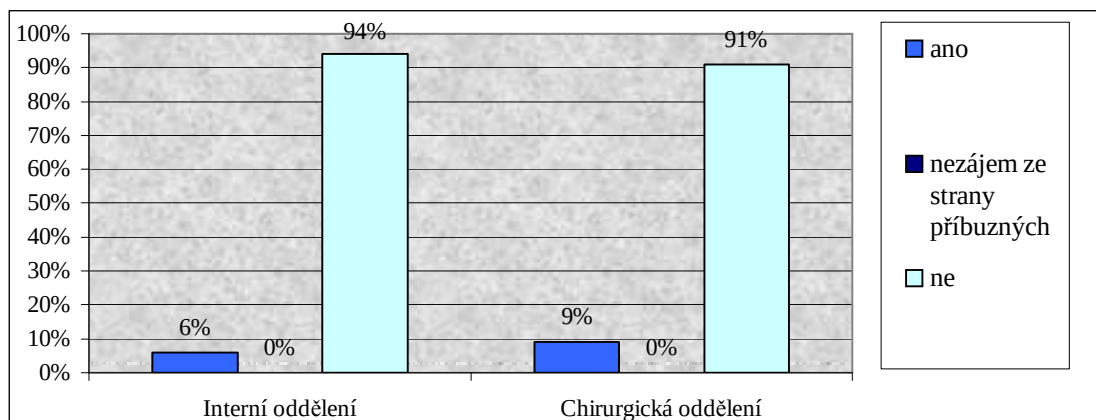
Na otázku 9, týkající se zdrojů informací o klientově dietním režimu, uvedlo na interních odděleních 9 (29 %) respondentů, že nejvíce informací o dietním režimu klienta jim poskytl lékař, 6 (20 %) respondentů, že nejvíce informací jim poskytly sestry, 12 (39 %) respondentů, že nejvíce informací dostali od klienta, 2 (6 %) respondentů, že nejvíce informací získali od ostatních klientů a 2 (6 %) respondentů, uvedli jiné zdroje, přičemž uváděli média. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 11 (32 %) respondentů, že nejvíce informací o klientově dietním režimu jim poskytl lékař, 3 (8 %) respondentů, že nejvíce informací získali od sester, 16 (46 %) respondentů uvedlo, nejvíce informací o svém dietním režimu jim poskytl klient, 3 (8 %) respondentů, že nejvíce informací jim poskytli ostatní klienti a 2 (6 %) respondentů, že získali nejvíce informací o klientově dietním režimu z médií.

Graf 44 Edukace o podpoře sebereflexe při dodržování dietního režimu od sester
(k otázce 10 dotazníku 3)



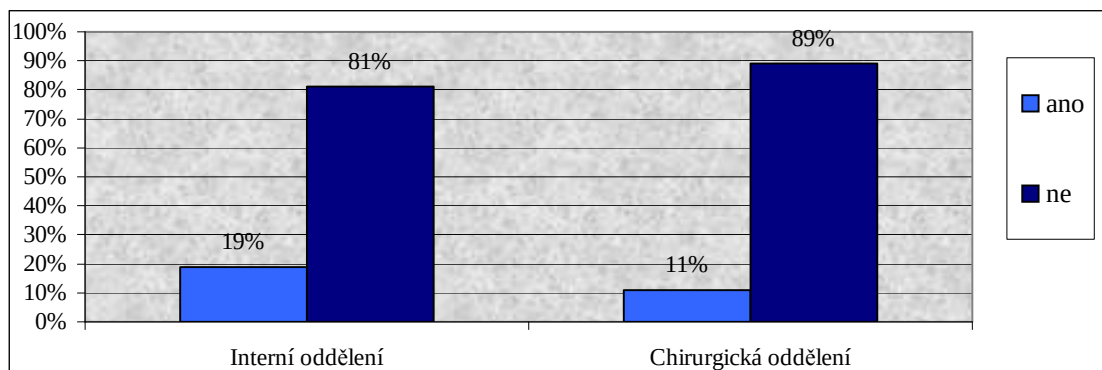
Na otázku 10, týkající se poskytnutí informací o podpoře sebereflexe při dodržování dietního režimu od sester, uvedlo 5 (16 %) respondentů, že získali dostatečné množství informací, 6 (19 %) respondentů, že byli upozorněni na problematiku sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, ale nedostali bližší informace, 13 (42 %) respondentů, že jim nebyly od sester poskytnuty žádné informace a 7 (23 %) respondentů, že nemají zájem o informace o sebereflexi při dodržování dietního režimu. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 4 (12 %) respondentů, že získali dostatečné množství informací, 5 (14 %) respondentů, že byli na problematiku sebereflexe při dodržování dietního režimu upozorněni, ale nebyly jim poskytnuty žádné bližší informace, 20 (57 %) respondentů, že jim sestry o této problematice neposkytly žádné informace a 6 (17 %) respondentů, že o informace o sebereflexi při dodržování dietního režimu nemají zájem.

Graf 45 Poskytnutí informačních materiálů o sebereflexi při dodržování dietního režimu (k otázce 11 dotazníku 3)



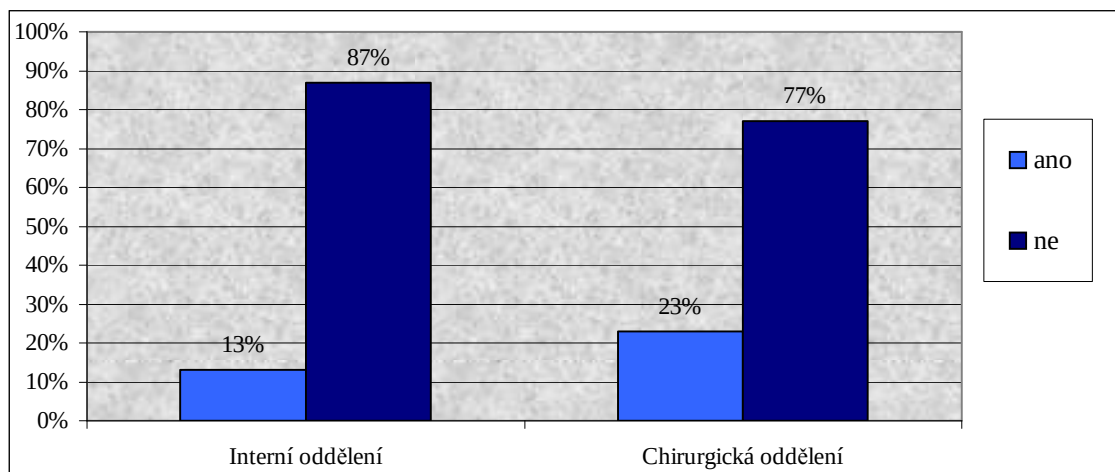
Na otázku 11, týkající se poskytnutí informačních materiálů o sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu, uvedli z interního oddělení 2 (6 %) respondenti, že jim byly poskytnuty informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu, 0 (0 %) respondentů, že neměli o informační materiály zájem a 29 (94 %) respondentů, že jim žádné informační materiály nebyly nabídnuty. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 3 (9 %) respondentů, že jim informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu byly poskytnuty, 0 (0 %) respondentů, že o informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu neměli zájem a 32 (91 %).

Graf 46 Podporování sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu příbuznými (k otázce 12 dotazníku 3)



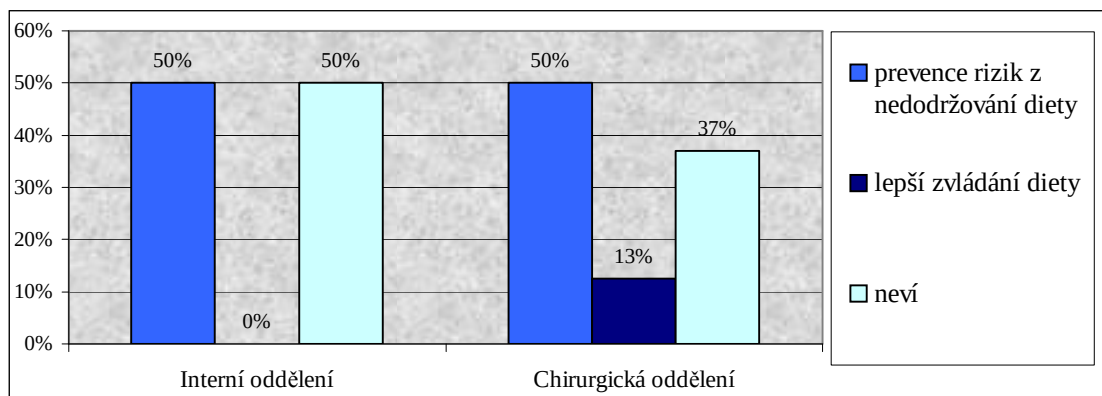
Na otázku 12, týkající se podporování klienta v sebereflexi při dodržování dietního režimu příbuznými uvedlo 6 (19 %) respondentů, že klienta v sebereflexi podporují, přičemž všichni uváděli, že klienta nabádají k zamýšlení se nad svým dietním režimem a k vyhledávání dalších informací o něm, a 25 (81 %) respondentů, že klienta v sebereflexi nepodporují. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 4 (11 %) respondentů, že klienta v sebereflexi při dodržování dietního režimu podporují, z nichž všichni uváděli, že klienta nabádají k hlubšímu zamýšlení se nad svým dietním režimem a k vyhledávání dalších informací, a 31 (89 %) respondentů, že klienta v sebereflexi při dodržování dietního režimu nepodporují.

Graf 47 Význam sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu (k otázce 13 dotazníku 3)



Na otázku 13, týkající se významu sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu, uvedly z interních oddělení 4 (13 %) respondenti, že sebereflexe při dodržování dietního režimu má pro klienta význam a 27 (87 %) respondentů, že sebereflexe nemá pro klienta význam. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 8 (23 %) respondentů, že sebereflexe při dodržování dietního režimu má pro klienta význam a 27 (77 %) respondentů, že pro klienta význam nemá.

Graf 48 Přínos sebereflexe při dodržování dietního režimu pro klienta (k otázce 14 dotazníku 3)



Na otázku 14, týkající se přínosu sebereflexe při dodržování dietního režimu pro klienta, odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce 12, že sebereflexe při dodržování dietního režimu má pro klienta význam. Z interních oddělení uvedli 2 (50 %) respondenti, že sebereflexe napomáhá k prevenci rizik, které plynou z nedodržování dietního režimu a 2 (50 %) respondenti uvedli, že neví. Z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 4 (50 %) respondentů, že sebereflexe pomáhá k prevenci rizik, které plynou z nedodržování dietního režimu, 1 (13 %) respondentů, že sebereflexe napomáhá k lepšímu zvládání dietního omezení a 3 (37 %) respondentů, že neví.

5. Diskuse

Sebereflexe, tedy nastavení zrcadla sobě sama, přemýšlení o svém jednání a jeho analýza, je metoda, kterou člověk nevědomky běžně využívá. Cílenou sebereflexi, je možné využít i v sesterské praxi, například při dodržování dietního režimu klienta, k čemuž je ovšem nutné, aby klient měl o této problematice dostatek informací, a aby jej sestry v sebereflexi vhodným způsobem podporovaly. A právě na tyto oblasti byl zaměřen výzkum, který je součástí mé diplomové práce.

Výzkum byl proveden pomocí dotazníků, které byly určeny pro tři skupiny respondentů.

První dotazník byl určen pro sestry a lze jej rozdělit na tři oblasti, a to část identifikační, další část se zajímá na edukaci klienta o jeho dietním režimu a závěr je zaměřen na využívání a podporu sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu.

První otázky dotazníku měly identifikační charakter. Otázka 1 byla zaměřena na pohlaví respondentů, přičemž se dalo předpokládat, že většina respondentů budou ženy, což je z výsledků zcela zřejmé, pouze tři respondenti (4 %) z chirurgicky zaměřených oddělení byli muži. Druhá otázka zjišťovala věkové rozvrstvení sester. Z výsledků vyplývá, že jen malé procento sester, které tvořily výzkumný soubor, bylo mladší dvaceti let, přesně řečeno 3 (4 %) respondenti z interních oddělení a 4 (5 %) respondenti z chirurgicky zaměřených oddělení. Stejně tak bylo ve výzkumném souboru zastoupeno malé množství sester starších 51 let, pouze 10 (15 %) respondentů z interních oddělení a 5 (7 %) respondentů z chirurgicky zaměřených oddělení. Třetí otázka byla zaměřena na dosažené vzdělání respondentů. Z grafu 2, je patrné, že většina sester tvořící výzkumný soubor, má středoškolské vzdělání. Čtvrtá otázka byla poslední identifikační a v grafu 3 je znázorněna délka praxe respondentů.

Dále jsem se zajímala o to, zda sestry vedou klienty k sebereflexi při dodržování dietního režimu. Jak uvádí Švec (38), sebereflexí rozumíme zamýšlení se nad vlastním počínáním a chováním a jde o vnitřní dialog se sebou samým, spočívající v otázkách a v hlubším ponoření se do daného problému. V otázce jsem zjišťoval, zda sestry podporují klienty v kladení otázek, pomocí nichž by se hlouběji zamýšleli nad svým dietním režimem. V grafu 4 je znázorněno, že klienty ke kladení těchto otázek vedou,

uvedlo z interních oddělení 35 (51 %) a z chirurgicky zaměřených oddělení 33 (48 %) sester. Očekávala jsem, že z výsledků bude patrné, že více k sebereflexi při dodržování dietního režimu sestry vedou klienty na interním oddělení, kde je více jedinců, kteří mají dietní omezení dlouhodobější nebo trvalé, zatímco na chirurgických oddělení se spíše jedná o diety trvající pouze přechodnou dobu. Výsledky jsou však poměrně vyrovnané. Na tuto otázku navazovaly přímo další dvě, přičemž otázka 6 zjišťovala, zda sestry považují za důležité vést klienty k sebereflexi při dodržování dietního režimu. Kozierová, Erbová a Olivierová (21) zdůrazňují, že mnoho klientů potřebuje individuální dietní přístup a pomoc nemocným je úkolem sestry. Měla by tedy pomoci klientovi při změně dietního opatření a provést ho touto změnou, aby se na ni dokázal co nejdříve adaptovat. Na grafu 5 je vidět, že i zde jsou výsledky velmi vyrovnané, protože 35 (51 %) respondentů z interních oddělení a 34 (49 %) respondentů z chirurgických oddělení uvedlo, že tyto otázky jsou pro klienta a dodržování diety důležité. A tito respondenti následně odpovídali na otázku 7, v níž měli uvádět, proč si myslí, že je důležité vést klienty k sebereflexi. Kalhous (18) uvádí, že sebereflexe poskytuje jedinci náměty k dalšímu sebezdokonalování, pomáhá promýšlet budoucí jednání, s cílem vyhnout se konfliktu a dokáže přinášet pocit uvolnění. Graf 6 znázorňuje výsledky, přičemž sestry uváděly že sebereflexe je u klienta důležitá, protože může fungovat, jako prevence rizik plynoucích z nedodržování dietního režimu, dále že napomáhá k samostatnosti klienta a působí jako motivace.

Další otázka mapovala oblast, zda se sestry zaměřují na edukaci rodiny klienta o sebereflexi při dodržování dietního režimu. Graf 7 znázorňuje na edukaci rodiny o sebereflexi klienta se zaměřuje z interních oddělení pouze 19 (28 %) respondentů a z chirurgicky zaměřených oddělení oproti tomu byly výsledky o něco pozitivnější, tedy 34 (49 %) respondentů uvedlo, že rodiny klientů o sebereflexi edukují. Průvodce ošetrovatelskou dokumentací zdůrazňuje, že každý klient i jeho rodinní příslušníci mají právo na edukaci, přičemž musí být poučení přizpůsobeno jejich individuálnímu stavu. Z výsledků lze říci, že na edukaci o sebereflexi při dodržování dietního režimu se sestry zaměřují spíše na klienta a jeho rodinu opomíjejí, ale v případě, že klient v domácím prostředí, je důležité, aby i rodinní příslušníci měli povědomí o sebereflexi, protože to

budou právě oni, kdo klienta bude moci v této oblasti nejvýrazněji povzbuzovat. A s tím souvisela i následující otázka, kterou odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli, že rodiny klientů edukují. Jednalo se o to, s jakou reakcí se ze strany rodiny setkávají. Zajímavým výsledkem, který je znázorněn v grafu 8, je, že pouze 3 (16 %) respondenti z interních oddělení a 2 (12 %) respondenti z chirurgicky zaměřených oddělení uvedli, že rodinní příslušníci klientů neprojevovali zájem o problematiku sebereflexe.

Další problematikou, na kterou byla v dotazníku zaměřená desátá otázka, zda sestry klientům navrhují nějaké postupy ke kontrole dietního režimu. Z grafu 9 je zřejmé, že této oblasti se sestry příliš nevěnují. Pouze 29 (42 %) respondentů z interních oddělení a 24 (35 %) z chirurgicky zaměřených oddělení klientům způsob kontroly dietního režimu navrhují. A pro tyto respondenty byla určena další otázka, v níž měli respondenti specifikovat, jaké možnosti klientům doporučují. Švec (38) specifikuje jako prostředky, které se dají využít pro sebereflexi, například zapisování si činností, přičemž v souvislosti s dietním režimem by se jednalo o vedení zápisu o dodržování diety a dále sebereflexi kolegů, nebo specialistů, a zpětnou vazbu. A z grafu 10 je patrné, že většina sester doporučuje klientům, vést si zápisy o dietě a menší množství z nich konzultace s odborníky.

Následující otázka, v pořadí dvanáctá, mapovala oblast používání edukačních materiálů o sebereflexi při dodržování dietního režimu. Graf 11 znázorňuje výsledky, z nichž je patrné, že pouze 11 (16 %) respondentů z interních a 5 (7 %) z chirurgicky zaměřených oddělení, odpovědělo, že edukačních materiálů používá běžně, což myslím plyne z toho, že edukační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu, nejsou k dispozici, což uvedla naprostá většina respondentů. Materiály, které jsou dosažitelné, jsou zaměřené spíše na dietní režim obecně s tím, že zahrnují zmínky o sebereflexi. Což svědčí o tom, že sebereflexi v problematice dietního režimu, zatím není přikládán dostatečný význam. Tato otázka se přímo vztahovala k druhé hypotéze, která zněla, že sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta a výsledky zjištěné na základě této otázky ji potvrzují.

Otázka 13 byla zaměřena na zjišťování informovanosti rodinných příslušníků o dietním režimu. Závodná (46) upozorňuje na to, že úkolem sestry je pomáhat nejen

klientům, ale i jejich rodinným příslušníkům dosahovat fyzického, psychického i sociálního potenciálu. Při edukaci tedy sestra nesmí opomíjet rodinu klienta. Přesto, že by to mělo být pro sestru samozřejmostí, tak z grafu 12 je jasně viditelné, že z interních oddělení uvedlo 35 (51 %) respondentů a z chirurgicky zaměřených oddělení pouze 24 (35 %), že od rodinných příslušníků klienta zjišťovali, zda mají dostatečné množství informací o dietním režimu, který klient dodržuje. Informovanost rodiny klientů o dietě jejich člena, je nezbytně nutné k tomu, aby je mohli v tomto omezení podporovat a též je povzbuzovat k sebereflexi, protože v domácím prostředí klienta jsou to právě oni, kdo na něj může nejvíce působit.

Na to zda sestry zjišťují, zda je dietním režimu dostatečně informovaný sám klient byla zaměřena otázka čtrnáctá. Podle Průvodce ošetrovatelskou dokumentací (19) má každý člověk právo na edukaci. V tomto případě je také důležité mít na mysli, že jak uvádí Čechová, Mellanová a Rozsypalová (8) je pro vztah sestry a pacienta důležitá reflexe a zpětná vazba, jejíž pomocí sestra na klienta působí a vzájemně si ověřují, že to co bylo řečeno, bylo správně pochopeno. Z grafu 13 je ale patrné, že velké množství sester se ověřování si toho, zda má klient dostatek informací, neprovádí. Přesněji se jedná o 33 (48 %) respondentů z interních a 35 (51 %) z chirurgicky zaměřených oddělení. Respondenti, kteří ovšem označili, že si informovanost klientů ověřují měli následně uvést jaký způsob zvolily. Tabulka 2 znázorňuje, že naprostá většina respondentů, z interních oddělení 33 (92 %) a z chirurgicky zaměřených 33 (97 %) respondentů, odpověděla, že s klientem vedli rozhovor, během něhož se zaměřili na jeho dietní omezení klienta a zda jej chápe. Podle Blahy a Staňkové (6) je efektivní komunikace základem pro získávání nezbytných informací, přičemž je neopomenutelní aktivní a empatické naslouchání. To vše má velký přínos i pro vznik důvěryhodného vztahu mezi sestrou a klientem. V tomto případě, je velkým přínosem pro to, aby sestra klienta na základě informací, které získá a které případně doplní, mohla podporovat v sebereflexi. Navíc je nutné si uvědomit, že člověk, který je informovaný, se dokáže podstatně více a lépe podílet na upevňování svého zdraví, v tomto případě je schopný, samostatně dodržovat a kontrolovat si dietní režim.

Zda sestry aktivně podporují klienta v sebereflexi při dodržování dietního režimu, jsem zjišťovala v otázce 16. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 14, přičemž nejsou příliš povzbudivé, ale současně ani překvapující, protože z ostatních zjištěných údajů, je patrné, že sestry se o problematice sebereflexe při dodržování dietního režimu nemají mnoho informací a příliš se o ni nezajímají. V tomto případě uvedlo pouze 21 (30 %) sester z interních a 18 (26 %) sester z chirurgicky zaměřených oddělení, že se zaměřují na podporu sebereflexe při dodržování dietního režimu. Tito respondenti, měli specifikovat, jakým způsobem sebereflexi klienta podporují. Doležalová (49) zdůrazňuje, že sebereflexe má pro člověka velký význam, protože navozuje přemýšlení o svých činnostech a hodnocení sebe sama, přičemž pomáhá v ujasňování se postojů, myšlenek a navozuje nové otázky. Z možností, které uváděly sestry, jež tvořily výzkumný soubor, uvedlo 12 (57 %) respondentů z interních a 14 (78 %) z chirurgicky zaměřených oddělení, nabádání k hlubšímu zamýšlení se a aktivnímu vyhledávání dalších informací o dietním režimu, což se dá zjednodušeně považovat za hlavní podstatu sebereflexe v této oblasti. Ostatní respondenti napsali, že klientům doporučují vést si deník o snědeném jídle během dne, což jak uvádí Švec (38) je jedním z prostředků, který usnadňuje sebereflexi. Nepatrné množství respondentů uvedlo, že se zaměřují na podrobnější edukaci s využitím informačních materiálů.

Otázka 18 byla zaměřena na to, zda si sestry myslí, že sebereflexe má nějaký význam pro klienta a respondenti, kteří odpověděli kladně, upřesňovali, jaký přínos sebereflexe pro jedince má. Doležalová (49) zdůrazňuje, že sebereflexe je pro člověka důležitá, protože navozuje přemýšlení o svých činnostech a hodnocení sebe sama, přičemž pomáhá v ujasňování se postojů, myšlenek a navozuje nové otázky. Ale v grafu 16 je možné si ověřit, že pouze 24 (35 %) sester z interních a 34 (49 %) z chirurgicky zaměřených oddělení, považují sebereflexi za významnou pro klienta. A na otázku jaký přínos pro klienta má uváděly, že jej motivuje a podporuje jeho samostatnost, což je možné si ověřit v grafu 17.

Závěrečná otázka dotazníku se pokoušela nastínit to, jak klienti vnímají, když je sestry vedou k sebereflexi. Na interních i chirurgických oddělení sestry nejčastěji odpovídali, že neví, protože klienty k sebereflexi nevedou. Jedná se o 28 (41 %)

respondentů z interních a 31 (45 %) z chirurgicky zaměřených oddělení. Na základě výsledků plynoucích z otázek 5, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17 a 20, byla potvrzena první hypotéza, která zněla, že sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu.

Z těchto výsledků je ale také více než zřejmé, že sestry nemají mnoho informací o sebereflexi, nevidí její přínos pro klienta a nejspíš jim připadá, jako další „zbytečnost“, která jim jen přiděluje práci.

Druhá skupina respondentů se skládala z klientů a dotazník lze rozdělit na čtyři části, z nichž první se zaměřuje na identifikaci respondentů, další na využívání sebereflexe v běžných denních situacích, informovanosti o dietním režimu a poslední část zjišťovala podporu a využívání sebereflexe při dodržování dietního režimu.

První tři otázky sloužily jako identifikační, přičemž byly zaměřené na pohlaví, věk a dosažené vzdělání respondentů.

Čtvrtá otázka se týkala toho, jaké dietní omezení klient dodržuje. Tuto otázku jsem respondentům položila, ke zjištění, toho, zda oni sami znají svou dietu a také k získání přehledu, zda se jedná spíše o diety na přechodné období, nebo o dlouhodobé dietní opatření a výsledky je možné si ověřit v grafu 21.

Otázka pátá byla zaměřena na to, jestli respondenti vědí, co je to sebereflexe, a přímo na ni navazovala následující otázka, v které měli klienti, kteří uvedli, že vědí co je to sebereflexe, specifikovat o co se jedná. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 22, z něhož je možné vyčíst, že z interních oddělení prohlásilo 24 (35 %) klientů a z chirurgicky zaměřených oddělení 14 (22 %), že vědí co je to sebereflexe. Při specifikaci toho, co sebereflexe znamená klienti uváděli, že se jedná o kontrolu sebe sama nebo zpětné zamýšlení se nad vlastním jednáním, to je znázorněno v grafu 23. Průcha, Walterová a Mareš popisují sebereflexi jako zamýšlení se nad sebou samým, ohlédnutí se nazpět za svými činy myšlenkami a postoji. Je možné ji vysvětlit jako rekapitulování určité situace, které jsou pro člověka významné a jejím cílem je zvolit vhodnou strategii pro budoucnost. Což je více méně v souladu s tím, co odpověděli respondenti v dotazníku.

Sedmá otázka byla zaměřena na to, zda si klienti uvědomují, že sebereflexe je běžně využívána a zda jí aplikují v různých situacích cíleně. Nejčastěji volenou odpovědí bylo, že o tom respondenti nikdy nepřemýšleli. Z interních oddělení se jednalo o 26 (38 %) respondentů, přičemž další velká část odpověděla, že sebereflexi nevyužívají nikdy, tedy 14 (21 %) a z chirurgicky zaměřených oddělení o sebereflexi nikdy nepřemýšlí 23 (35 %) a nikdy ji nevyužívá 12 (18 %) respondentů. Tyto výsledky jsou zaznamenány v grafu 24. Malá část klientů, kteří uvedli, že sebereflexi využívají, běžně nebo jenom někdy, měli upřesnit v jakých situacích se jim zdá sebereflexe přínosná. Nejčastější odpovědí, která je zaznamenána v tabulce 4, bylo, její využívání při řešení nějakého problému, další menší skupina uvedla že ji používají při rekapitulaci toho, co se přes den stalo a nejméně klientů ji využívá vždy. Přesto si myslím, že nevědomě sebereflexi využívá každý člověk a tyto negativní výsledky vyplývají spíše z malého množství informovanosti jedinců o této problematice.

Následující otázka se opět vztahovala k dietnímu režimu klienta a zjišťovala, zda klienti mají dostatečné množství informací. Jak uvádí Závodná (46), člověk který má dostatečné množství informací je zpravidla aktivnější a samostatnější v udržování vlastního zdraví, proto je nutné zjistit, jaké informace už klient má a doplnit je. Povzbudivým výsledkem, který je možné vidět v grafu 25, je, že pouze 3 (4 %) respondenti z interních a 10 (15 %) z chirurgicky zaměřených oddělení odpovědělo, že nejsou informováni o svém dietním režimu.

Graf 26 znázorňuje zdroje, odkud klient získal největší množství informací o svém dietním režimu. Drtivě většině respondentů prý nejvíce informoval lékař, 51 (75 %) respondentů z interních a 51 (79 %) respondentů z chirurgicky zaměřených oddělení. Druhou nejčastější odpovědí byla sestry, uvedlo ji ovšem podstatně méně klientů. Tento výsledek není příliš překvapivý, protože přestože sestra je s klientem výrazně častěji než lékař, pak právě on je odborníkem, který by měl tyto informace poskytovat.

Jobánková, Bartošíková, Jičínský, Kvapilová, Minibergerová upozorňují na fakt, že sestra získává nejvíce informací pomocí rozhovoru, který slouží k odhalení problémů a posouzení toho, kolik má klient informací a na co je tedy nutné se následně zaměřit.

Proto další otázkou, kterou jsem položila, bylo, zda se sestry jedince během jeho hospitalizace zajímali o to, jak je informovaný o svém dietním režimu. Graf 27 ukazuje, že v této oblasti se výsledky na jednotlivých odděleních liší. Zatímco na interních odděleních uvedlo pouze 11 (16 %) respondentů, že se sestry nezajímali o to, jestli jsou informováni o své dietě na chirurgicky zaměřených odděleních to bylo 27 (42 %) respondentů a to, že se sestry zajímali a jejich informace doplnily označilo pouze 10 (15 %) respondentů. Myslím, že tento fakt lze vysvětlit tím, že diety na chirurgických odděleních jsou spíše na přechodnou dobu, v pooperační fázi a sestry se na tuto oblast tolik nezaměřují, právě proto, že se brzy budou moci vrátit k dietě na kterou byli zvyklí.

Podstatou otázky 12 bylo zjistit, jestli sestry klientovi navrhly nějakou možnost, která by mu usnadnila kontrolu a dodržování jeho diety a přímo s ní souvisela otázka 13, kde měli klienti popsat jaký způsob jim byl navržen. Jak ukazuje graf 28 a interních odděleních bylo respondentů, kteří uvedli, že jim sestry nějakou možnost navrhly, 26 (38 %) na chirurgicky zaměřených odděleních se jednalo, ale pouze o 9 (14 %) klientů, což je velmi malá skupina. Z tohoto malého vzorku byl nejčastěji uváděný způsob kontroly dietního režimu psaní si deníku o tom, co klient během dne snědl. Ještě respondenti psali, že jim bylo doporučeno konzultovat dodržování své diety s dietetologem nebo dietní sestrou a kontrolu glykémie pomocí glukometru. Tyto poznatky je možné si ověřit v tabulce 5. Touto otázkou jsem se pokoušela zjistit, jestli sestry klientům navrhnou prostředky vhodné pro sebereflexi při dodržování dietního režimu. Protože jak uvádí Švec (38) k usnadnění sebereflexe je možné například vést si záznamy, sebereflexe s odborníky nebo zpětná vazba. Což se shoduje s možnostmi, které zaznamenali klienti. Jen je smutné, že klientů, kteří na tyto možnosti byli upozorněni, není více. A také to, že i z klientů, kterým byly tyto prostředky navrženy, jich využilo pouze asi polovina, 15 (58 %) respondentů z interních a 5 (56 %) z chirurgicky zaměřených odděleních, což je vidět v grafu 29. Výsledky, zjištěné pomocí otázek 12 a 13, potvrzují první hypotézu, která zněla, sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu.

Následující patnáctá otázka se zajímala o to, jestli klientům byly během hospitalizace poskytnuty nějaké informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu. Podle Hartla (12) je sebereflexe schopnost přemýšlet o sobě samém, svých činech a jejich důsledcích a jedním z předpokladů osobního rozvoje. Tato schopnost je nezbytná i v souvislosti s dietním režimem, ovšem aby ji klienti ovládali a vhodně využívali, je nezbytné, aby o ní byli informováni, a prostředkem k tomu mohou být informační materiály. V grafu 30 je ale viditelné, že nejvíce respondentů odpověděli, že jim informační materiály nebyly nabídnuty. Jedná se o 46 (67 %) respondentů z interních oddělení a 55 (85 %) z chirurgicky zaměřených oddělení. Což souvisí s výsledky z prvního dotazníku určeného sestrám, které uváděly, že nemají informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu k dispozici. Ostatní klienti uváděli, že jim byly nabídnuty, ale neměli o ně zájem a 14 (21 %) respondentů z interních a 4 (6 %) z chirurgicky zaměřených oddělení odpověděli, že jim byly poskytnuty. Ti poté vyplňovali dvě následující otázky, z nich první, tedy otázka 16 se zabývala, tím jaké informační materiály jim byly poskytnuty a všichni respondenti uvedli, že se jednalo o letáky a brožury, což je zaznamenáno v tabulce 6. Z grafu 31 je patrné, že tyto materiály klienti nejčastěji dostali od sester, což zjišťovala otázka 17. Na základě těchto otázek, tedy otázky 15, 16 a 17 je možné konstatovat, že druhá hypotéza, sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta, byla potvrzena.

Jak už bylo několikrát zmiňováno, podle Švece (38), existují prostředky k usnadnění sebereflexe, přičemž jedním z nich je písemné zaznamenávání si, důležitých momentů a při dodržování dietního režimu je možné tedy si vést zápis o snědeném jídle. Proto jsem položila otázku 18, zda si respondenti vedou deník o snědeném jídle, přestože jsem se již ptala, zda využívají sebereflexi nebo některé její prostředky, protože vzhledem k malému povědomí o této problematice, tato informace mohla být opomenuta. V grafu 32 je ale možné si ověřit, že 55 (81 %) respondentů z interních a 60 (92 %) z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo, že si deník nevedou.

Následující devatenáctá a dvacátá otázka byly zaměřeny na podporu klienta za strany rodiny. Graf 33 znázorňuje výsledky otázky, zda se rodinní příslušníci zajímají o dietu klienta. Tento fakt, je důležitý, protože právě rodina může klienta v dodržování

jeho diety výrazně ovlivňovat. A graf 34 ukazuje, kolik respondentů uvedlo, že je rodinní příslušníci podporují v sebereflexi při dodržování diety. Na interních odděleních byly výsledky poměrně vyrovnané, ale z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo pouze 18 (28 %) klientů, že je jejich rodiny v této oblasti podporují.

S čímž souvisí i otázka 21, v níž jsem se ptala, kdo klienty nejvíce podporuje v sebereflexi při dodržování diety a graf 35 informuje o tom, že nejvíce respondentů uvedli, že je podporuje právě rodina. Tyto tři otázky se přímo vztahovaly k třetí hypotéze, že sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu více podporují členové rodiny než sestry, a z výsledku je patrné, že na jejich základě byla tato hypotéza potvrzena.

Poslední otázka se zabývala tím, zda si sami klienti myslí, zda tato podpora jim nějak usnadňuje dodržování dietního režimu. Graf 36 znázorňuje, že 46 (68 %) respondentů z interních a 39 (60 %) z chirurgicky zaměřených oddělení odpovědělo, že je podle nich přínosná.

Třetí dotazník, který vyplňovali rodinní příslušníci klientů, má tři oblasti. Počáteční otázky jsou identifikačního rázu, další jsou orientovány na informace o dietním režimu klienta a poslední část na využívání a podporu sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu.

I v tomto dotazníku měly první otázky identifikační charakter, zjišťovali pohlaví, věk a dosažené vzdělání respondentů.

Čtvrtá otázka byla zaměřena na to, zda respondenti vědí, co je to sebereflexe. Vymětal (45) sebereflexi specifikuje jako schopnost přemýšlet o sobě samém, zamýšlet se nad svým jednáním, dojít k závěru, proč se tak člověk chovala a vyvodit závěry a plány do budoucna. Člověk, který není schopen analyzovat své vlastní činy, pak nebude možný jeho osobní rozvoj. Výsledky jsou znázorněny v grafu 39 a je možné z nich vyčíst, že to, že sebereflexi znají uvedlo 17 (55 %) respondentů z interních a 21 (60 %) z chirurgicky zaměřených oddělení. Tito respondenti dále upřesňovali, co si pod sebereflexí představují, což je možné vidět v grafu 40. Odpovědi, které respondenti uváděli s shodují s tím, co uvádí Vymětal (45), protože uváděli, že se jedná o kontrolu sebe sama nebo zpětné zamýšlení se nad svým jednáním.

Otázka 6 se zabývala, tím zda rodinní příslušníci znají dietní omezení, které klient dodržuje, přičemž výsledky jsou viditelné v grafu 41. Jak uvádí Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo (37) je nutné mít na paměti, že dieta nezahrnuje pouze zajištění jídla, ale sama o sobě je léčebným prostředkem a součástí léčby. A protože mnozí klienti budou svou dietu dodržovat dlouhodobě, je vhodné aby o ní byli informováni též jejich rodiny. Ze souboru odpovědělo 12 (39 %) respondentů z interních a 15 (43 %) z chirurgicky zaměřených oddělení, že dietní režim klienta znají. Těchto respondentů jsem se ptala o jaké dietní omezení v případě jejich rodinného příslušníka jde. Tento údaj má spíše orientační charakter, k zjištění toho, zda se jedná spíše o diety na přechodné období nebo dlouhodobé omezení a výsledky je možné si ověřit v tabulce 8.

Otázka 8 mapovala to, zda respondenti mají dostatek informací o dietě klienta. V Průvodci ošetrovatelskou dokumentací (19) je zdůrazněno, že každý jedinec má právo na edukaci a rodina klienta nesmí být opomíjena. Je samozřejmě nutné brát v úvahu to, zda si klient přeje či nepřeje, aby byly informace o jeho léčebném režimu poskytovány rodinným příslušníkům. Výsledky jsou znázorněny v grafu 42 a je z nich patrné, že pouze malé množství rodinných příslušníků klientů uvedlo, že jsou dostatečně informováni o jeho dietním režimu, jedná se o 4 (13 %) respondentů z interních a 5 (14 %) z chirurgicky zaměřených oddělení. Na tuto otázku navazovala devátá, která zjišťovala, kdo respondentům tyto informace poskytl. V grafu a 43 je možné si ověřit výsledky, které ukazují, že nejčastější odpovědí bylo, že nejvíc informací získali respondenti od klientů, z interních oddělení to bylo 12 (39 %) respondentů a z chirurgicky zaměřených 16 (46 %). Tyto otázky jsem respondentům položila, protože k tomu, aby mohli rodinní příslušníci efektivně klienty podporovat v dodržování jejich diety musí mít také dostatek informací.

Graf 44 znázorňuje odpovědi na otázku 10, která zjišťovala, zda sestry respondenty upozornily na to, že je vhodné podporovat klienta v sebereflexi při dodržování dietního režimu. Na klienti, kteří žijí v domácím prostředí, mohou působit významně jejich rodinní příslušníci, protože s nimi tráví nejvíce času, proto je vhodné, aby měli informace o jejich dietě a též, aby znaly možnosti jak vhodně podporovat

sebereflexi při dodržování diety a o této problematice by měli být poučeni od sester. Nejméně povzbudivý výsledek je, že z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo 20 (57 %) respondentů odpovědělo, že jim sestry o této problematice neposkytly žádné informace. Příčinu těchto výsledků je možné vidět ve faktu, že sestry opomíjejí rodinné příslušníky a že sebereflexe je problematika, které v současné době nepřikládají odpovídající význam. A o to, zda sestry respondentům poskytly nějaké informační materiály o sebereflexi při dodržování dietního režimu, jsem se zajímala v otázce následující a lze si výsledky ověřit v grafu 45. Z čehož 29 (94 %) respondentů z interních a 32 (91 %) z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo, že jim sestry žádné materiály neposkytly. Výsledky, které plynou z odpovědí na otázku 10 se podílejí na potvrzení první hypotézy, která zněla, sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu. Otázka 11, se zase podílí na potvrzení druhé hypotézy, sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta.

Otázka 12 byla zaměřena na to, zda respondenti podporují klienta v sebereflexi při dodržování dietního omezení. Podle Doležalové (49) je sebereflexe nutnou součástí jakékoli činnosti a má pro člověka velký význam, protože nutí k člověka k přemýšlení sebe samého. Proto by se měla stát též součástí dietního režimu a k tomu, aby si ji klient osvojil je nutné jej ní vhodným způsobem podporovat a v tom může být velmi nápomocna jeho rodina. Graf 46 ale nabízí náhled na to, že pouze 6 (19 %) respondentů z interních a 4 (11 %) z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo, že klienta v sebereflexi podporují. Na dotaz jak ji podporují uvedli všichni respondenti, že klienta nabádají k zamýšlení se nad svým dietním režimem a k vyhledávání dalších informací o něm.

Poslední dvě otázky se zabývali tím, zda si respondenti myslí, že sebereflexe má pro klienta nějaký význam a jaký. Jak uvádí Kalhous (18) plní sebereflexe několik funkcí, a to poznávací, zpětnovazební, rozvíjející, preventivní a relaxační. V grafu 47 je možné si ověřit, že pouze 4 (13 %) respondentů z interních oddělení a 8 (23 %) z chirurgicky zaměřených oddělení uvedlo, že sebereflexe podle nich je přínosná pro klienta a v grafu 48 je viditelné, co uváděli, jako důvod proč si to myslí. Odpovědi, které uváděly, byly prevence rizik plynoucích z nedodržování diety, její lepší zvládnutí a

někteří respondenti uvedli, že neví. Vzorek respondentů, kteří zodpovídali tuto otázku byl však velmi malý. Otázky 12 a 13 potvrzují pravdivost třetí hypotéza, sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu více podporují členové rodiny než sestry.

Cílem práce bylo zjistit zda sestry podporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu. Tento cíl byl splněn, protože výzkum zcela jasně prokázal, že sestry nepodporují sebereflexi klienta, což bylo potvrzeno jak od první skupiny respondentů, tedy od sester, tak od druhé skupiny, tedy klientů.

První hypotéza, sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu, byla potvrzena na základě otázek 5, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17 a 20 z dotazníku určeného sestrám, dále díky otázkám 12 a 13 z dotazníku pro klienty a otázce 10 z dotazníku pro rodinné příslušníky klientů.

Druhá hypotéza, sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta, byla potvrzena díky otázce 12 z dotazníku rozeslaného sestrám, 15, 16 a 17 z dotazníku určeného klientům a otázce 11 z dotazníku pro rodinné příslušníky klientů.

Třetí hypotéza, sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu více podporují členové rodiny než sestry, byla na základě otázek 19, 20 a 21 z dotazníku pro klienty a otázek 12 a 13 z dotazníku pro rodinné příslušníky klientů, potvrzena.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit zda sestry podporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu. Tento cíl byl splněn. První hypotéza, sestry nepodporují sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu, byla potvrzena. Druhá hypotéza, sestry nevyužívají edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta, byla také potvrzena. A taktéž třetí hypotéza, sebereflexi klienta při dodržování dietního režimu více podporují členové rodiny než sestry, byla potvrzena.

Z výsledků výzkumu je zcela zřejmé, že sebereflexe při dodržování dietního režimu není využívána. Jedním z důvodů je minimální informovanost klientů a rodinných příslušníků o této metodě, která ovšem, je-li správně využívána, může být pro klienta velmi přínosná. Dalším důvodem je negativistický přístup sester k využívání sebereflexe a jejich přesvědčení o její zbytečnosti. Tento postoj je z výsledků dobře patrný, ale i tento názor nejspíš plyne z malého množství informací, které sestry o této problematice mají. Sebereflexe je totiž metoda, kterou klient, pokud je o ní dostatečně informován, je schopen provádět sám, a může mu pomoci v adaptaci na nový dietní režim a v lepší orientaci v něm.

S výsledky výzkumu bych ráda seznámila personál pracovišť, na nichž byl sběr dat prováděn. Chtěla bych tím pracovníkům těchto oddělení poskytnout zpětnou vazbu, díky níž by poznali, jak problematiku sebereflexe při dodržování dietního režimu vnímají klienti a jejich rodinní příslušníci. Byla bych ráda, kdyby má práce byla nápomocna k tomu, aby byla metoda sebereflexe v praxi více využívána.

Na závěr bych ráda poděkovala personálu pracovišť, na nichž byl výzkum realizován, protože jsem všude setkala s velmi kladným přijetím a výbornou spoluprací se sestrami i klienty.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAIR, J. Efektivní motivace. Přel. L. Vorlíčková. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2004. 184 s. Přel. z: Effective motivation ISBN 90-86851-00-1
2. ANDĚL, M., BENEŠ, P. Výživa nemocných v těžkých stavech. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 101 s. ISBN 80-7013-271-X
3. BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178- 735-3
4. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4
5. BEŇO, I. Náuka o výžive. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2001, 142 s. ISBN 80-8063-089-5
6. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 13, Sestra a pacient. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
7. ČÁP, J., MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80- 7178- 463-X
8. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4
9. ČERVENKOVÁ, R. Celiakie. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 64 s. ISBN 80-7262-425-3

10. FONTANA, D. Psychologie ve školní praxi. Přel. K. Balcar. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 384 s. Přel. z: Psychology for teachers ISBN 80- 7178-053-0
- 11 . FREJ, D. Dietní sestra, diety ve zdraví a nemoci. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X
12. HARTL, P. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
13. HAYES, N. Aplikovaná psychologie. Přel. D. Brejlová 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 224 s. Přel. Z: Applied psychology ISBN 80-7178-807-4
14. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. Systém péče o zdraví a zdravotnictví, východiska, základní pojmy a perspektivy. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8
15. HOWARD, P.J. Příručka pro uživatele mozku. Přel. F. Koukolík, 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 396 s. Přel. z: The owner's manual for the brain ISBN 80-7178-661-6
16. CHLUMSKÝ, J. a kol. Antikolagulační léčba. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. 220 s. ISBN 80-247-906-0
17. JOBÁNKOVÁ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., KVAPILOVÁ, J., MINIBERGEROVÁ, L. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
18. KALHOUS, Z. Školní didaktika. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-X

19. KOLEKTIV AUTORŮ. Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z. Přel. S. Šeclová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. Přel. z: Chart Smart – The A-to-Z Guide to Better Nursing ISBN 80-247-0278-9
20. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 5 vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
21. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. Ošetrovatelstvo 2. Přel. T. Baška, K. Javorka, F. Novomeský a kol. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Proces and Practice ISBN 80-217-0528-0
22. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
23. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2
24. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
25. MASTNÁ, B. Nadváha a obezita, Proč a jak tloustneme – boj s obezitou. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 47 s. ISBN 80-7254-067-X
26. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče I., aktualizované a doplněné vydání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
27. NEJEDLÁ, M. Fyzikální vyšetření pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8

28. PASCH, M., GARDNER, T.R., LANGEROVÁ, A., STARKOVÁ, J., MOODYOVÁ, CH.D. Od vzdělávacího programu k vyučovací hodině. Přel. M. Koldinsky. 2. vyd. 2005. 416 s. Přel z: Teaching as decision making ISBN 80-7367-054-2
29. PETTY, G. Moderní vyučování. Přel. Š. Kovařík. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 380 s. Přel. z: Teaching today ISBN 80-7178-681-0
30. PLAMÍNEK, J. Tajemství motivace. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-1991-7
31. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
32. RICHARDS, A., EDWARDS, S. Repetitirium pro zdravotní sestry. Přel. S. Šeclová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 376 s. Přel. z: A Nurse's Survival to The Ward ISBN 80-247-0932-5
33. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. Ošetřovatelství I. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
34. RUJNER, J., CICHÁŇSKA, B. A. Bezlepková a bezmléčná dieta. Přel. I. Martínková. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 108 s. Přel. z: Dieta bezglutenowa i bezmleczna ISBN 80-251-0775-2
35. SMÉKAL, V. Pozvání do psychologie osobnosti, Člověk v zrcadle vědomí a jednání. 1. vyd. Brno: Barrister&principal, 2002. 523 s. ISBN 80-86598-65-9

36. STARNOVSKÁ, T., CHOCENSKÁ, E. Nutriční terapie. Praha: Galén, 2006. 39 s. (jako příloha periodika Florence, číslo 1, ročník II, 2006) ISBN 80-7262-387-7
37. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. Multikulturní ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X
38. ŠVEC, V. Pedagogické znalosti učitele: Teorie a praxe. 1. vyd. Praha: Aspi, 2005, 136 s. ISBN 80-7357-072-6
39. TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
40. TUREK, B. Výživový stav populace a nutriční rizika. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 32 s.
41. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0
42. VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
43. VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2
44. VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4
45. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-71-78-740-X

46. ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5

47. Zdraví 21, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3

48. DANIEL, J. Reflexe. <http://herka.deka.cz/index.php/Reflexe>, 2. 3. 2007-03-16

49. DOLEŽALOVÁ, J. Reflexe a sebereflexe
http://www.kritickemysleni.cz/klisty.php?co=klisty7_reflexe, 2. 3. 2007

50. HENDL, J. Studium významu protektivních funkcí pohybových aktivit .- úvod do problému. <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/uvod%20do%20studia%20protekt.htm>, 3. 12. 2006

51. Human self-reflection. http://en.wikipedia.org/wiki/Human_self-reflection, 23. 1. 2007

52. KLOOSTER, D. Co je kritické myšlení?
http://www.kritickemysleni.cz/klisty.php?co=klisty1-2_cojeKM&print=1, 2. 3. 2007

53. Nemoc. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>, 23. 1. 2007

8. Klíčová slova

SEBEREFLEXE

KLIENT

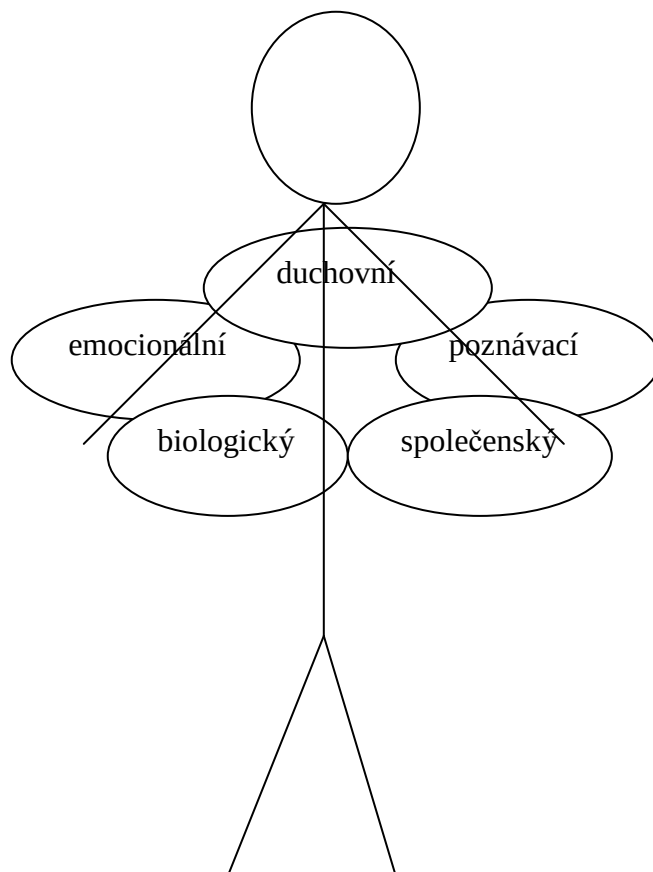
DIETNÍ REŽIM

9. Seznam příloh

1. Lidská bytost z hlediska holistického přístupu
2. Biopsychosociální model zdraví a nemoci
3. Potraviny podle energetického obsahu
4. Výživová anamnéza
5. Seznam základních a speciálních diet
6. BMI – Body Mass Index = index tělesné hmotnosti
7. Schéma: Rozdíl mezi empatickým a kritickým nasloucháním
8. Faktory zvažované při rozhodování o výuce a reflexi
9. Dotazníky

Příloha 1

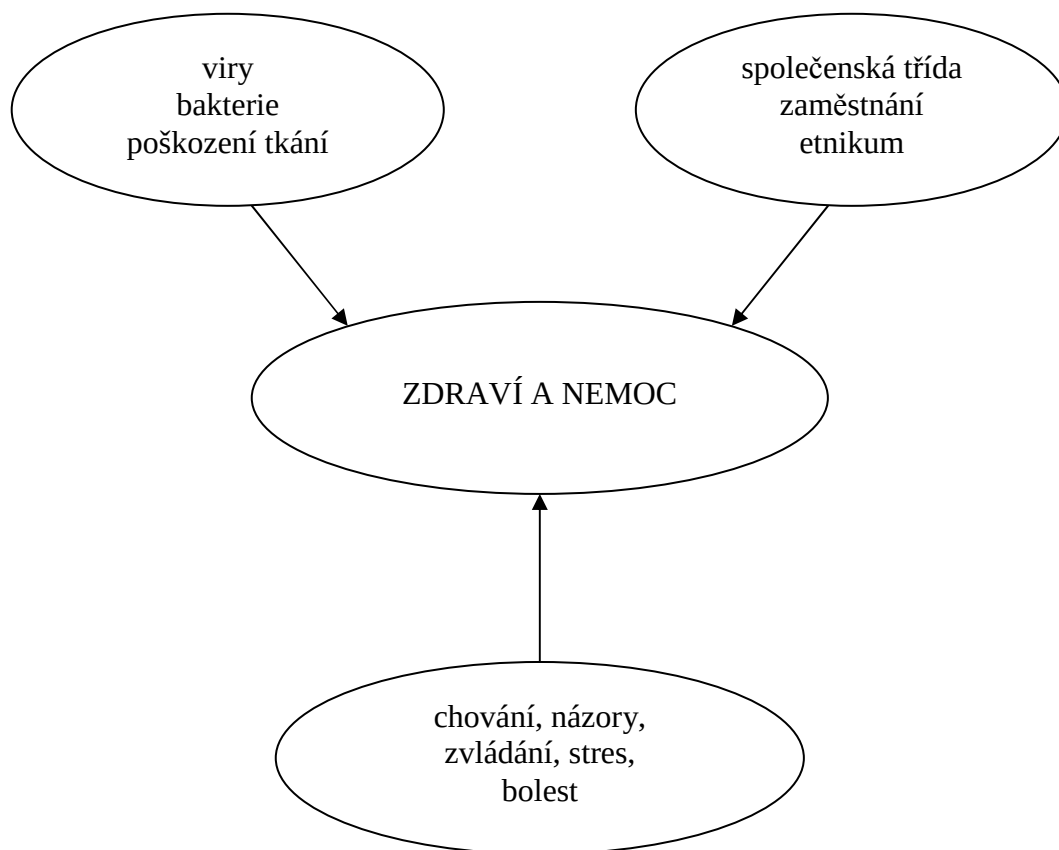
Lidská bytost z hlediska holistického přístupu



Zdroj: (19)

Příloha 2

Biopsychosociální model zdraví a nemoci



Zdroj: (19)

Příloha 3

Potraviny podle energetického obsahu

	Málo energie	Středně energie	Mnoho energie
Obiloviny	Cereálie bez cukru Vařená rýže Celozrnný chléb s malým množstvím pomazánky	Bílý chléb s pomazánkou Cornflakes	Smažený chléb (topinka)
Ovoce a zelenina	Čerstvé ovoce Čerstvá dušená zelenina	Ovoce v přírodní šťávě, s cukrem Zelenina na másle	Ovoce se šlehačkou, v sirupu Smažená zelenina
Maso	Libové červené maso Drůbeží prsa bez kůže Čerstvá a mražená ryba Vařená vejce	Prorostlé maso Drůbež s kostí a kůží Ryby v oleji Vaječná omeleta	Tuk z masa, mleté maso, masové konzervy Drůbeží kůže Smažená ryba, ryby ve strouhance Smažená vejce
Mléčné výrobky	Tvaroh, odstředěné mléko, přírodní nízkotučný jogurt	Nízkotučný jogurt, plnotučné mléko, tučný sýr	Slazené jogurty Šlehačka Smetana
Potraviny s cukrem a tukem	Nízkotučné pomazánky Jídla smažená na sucho Žvýkačky bez cukru Nápoje bez cukru	Pomazánky s omezením tuku Narychlo osmažená jídla Ředěné nápoje	Plnotučné pomazánky Smažená jídla Sušenky Dorty, čokoládové tyčinky Limonády, koly

Zdroj: (11)

Výživová anamnéza

Zdroj: (39)

Příloha 5

Seznam základních a speciálních diet

Základní diety			
č. diety	název	KJ	Charakteristika indikace
0 S	čajová		Podává se pouze slabě oslazený čaj
0	tekutá	6000	Mechanicky nejšetrnější strava, onemocnění zažívacího traktu, dutiny ústní apod.
0 ND	nutričně definovaná	8 - 12000	Určuje se individuálně
1	kašovitá, šetřící	9500	Šetřící dieta (2) v kašovitě formě, onemocnění zažívacího traktu a dutiny ústní
2	šetřící	9500	Onemocnění žaludku, zažívacího traktu, po infarktu myokardu
3	základní	9500	Běžná strava, racionální strava
4	s omezením tuku	9500	Onemocnění žlučníku, slinivky břišní po odeznění akutního stadia, jater a střevní on.
5	s omezením zbytků	9500	Onemocnění střev (dráždivý tračník, Crohnova choroba), průjem po ATB
6	s omezením proteinů		Onemocnění ledvin, počínající selhávání
8	redukční	5300	Při nadměrné hmotnosti
9	diabetická	7400	225 g sacharidů, podává se při DM, varianty 175 g, 275 g, 325 g sacharidů
10	neslaná šetřící	9500	Hypertenze, otoky – v podstatě diety č. 2 v neslaném provedení
11	výživná	12000	Při všech chorobách, při nichž nemocní mají nabýt tělesných sil a zvýšit hmotnost
12	batolecí	5500	Pro děti do 3 let, pokud jejich stav nevyžaduje zvláštní úpravu
13	děti 3 – 6 let	7000	Pro děti ve věku 3 – 6 let, výživové hodnoty stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 16 – 22kg
13S	děti 7 – 10 let	8800	Pro děti ve věku 7 – 10 let, výživové hodnoty stanoveny pro rozpětí hmotnosti 22 – 23 kg
14	speciální dietní postupy		Podle potřeb jednotlivých zdravotnických zařízení
K	Kojenecká		Připravuje se v mléčné kuchyni podle pokynů pediatra

<i>Speciální diety</i>		
4 S	s přísným omezením tuků	
9 S	diabetická šetřící	
<i>Standardizované dietní předpisy</i>		
dieta bezlepková		při glutenové enteropatii, malabsorpční syndrom
dieta pankreatická		7denní dietní režim při akutní nebo chronické pankreatitidě
dieta při chronickém selhávání ledvin		chronické selhávání ledvin

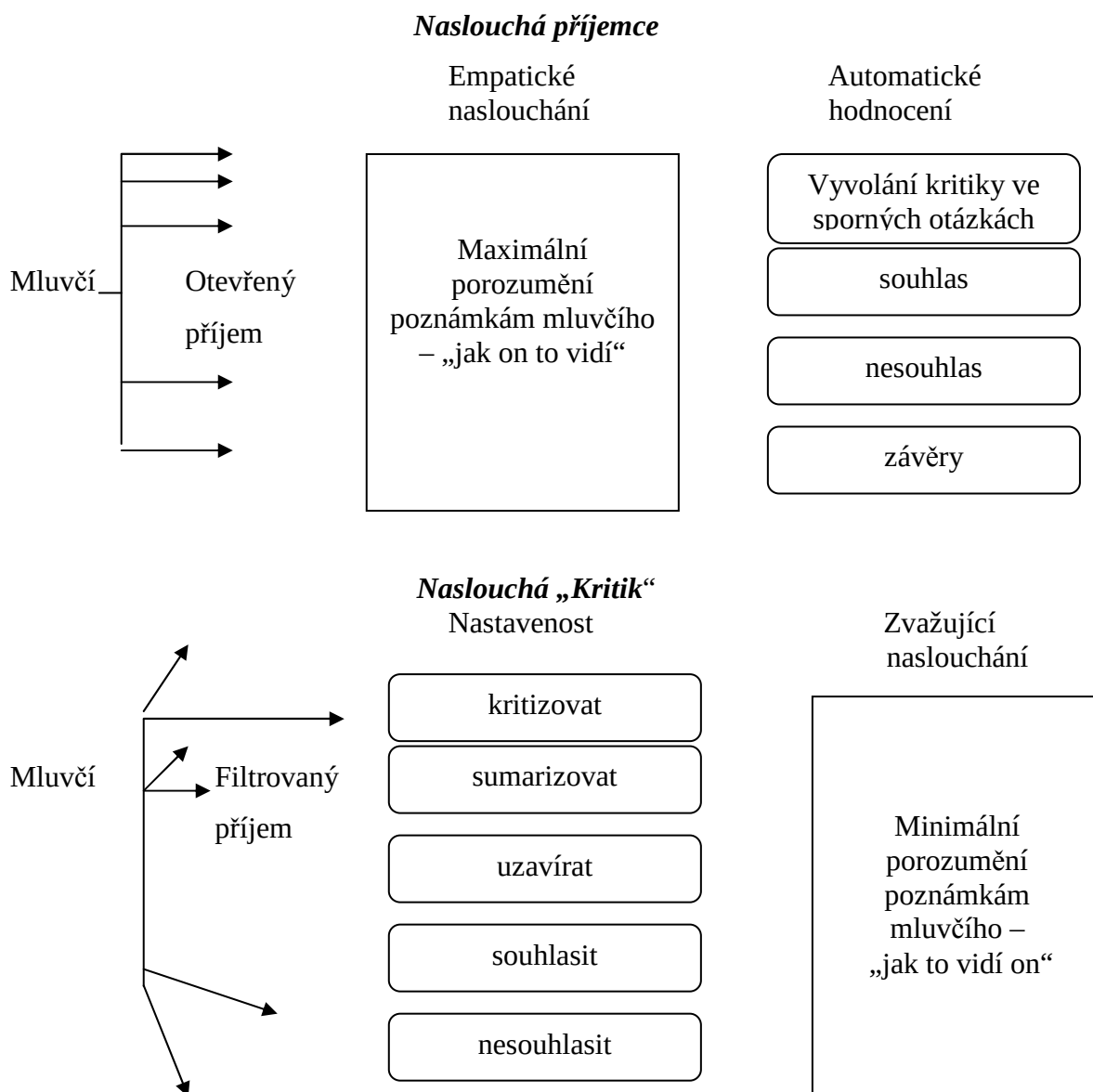
Příloha 6

BMI – Body Mass Index = index tělesné hmotnosti

hmotnost	hodnota BMI
Nízká	méně než 18,5
Normální	18,5 – 24,9
nadváha	25 – 29,9
obezita	30 a více
stupeň I.	30 – 34,9
Stupeň II.	35 – 39,9
Stupeň III.	40 a více

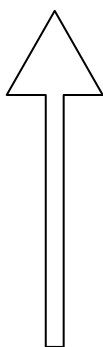
Zdroj: (11)

Schéma: Rozdíl mezi empatickým a kritickým nasloucháním



Faktory zvažované při rozhodování o výuce a reflexi

Před výukou: rozhodnutí
o činnostech při výuce
(plánování)



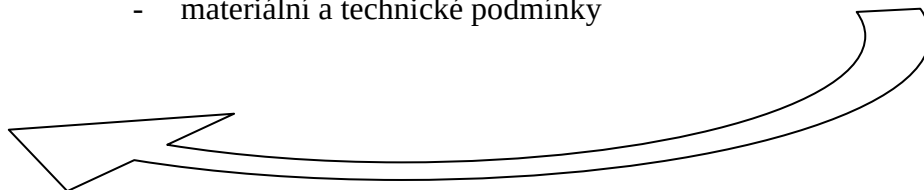
Znalosti učitele o:

- sobě samém (filosofie, postoje, názory)
- tématu / obsahu učiva
- vlastnostech a potřebách žáků
- teoriích a technikách výuky a učení
- řízení (managementu) třídy
- podmínkách (rámci) vyučování
 - ve škole / obci
 - politická a ekonomická situace
 - materiální a technické podmínky

Při výuce:

- realizace výuky
- pozorování její úspěšnosti, modifikace

Po výuce:
reflexe,
rozhodnutí
o změnách,
úprava plánů.



Příloha 9

Dotazníky

Dotazník pro sestry

Vážený pane/paní,

jmenuji se Alena Soukupová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, studijní obor Ošetrovatelství. Právě držíte v ruce dotazník, jehož pomocí chci získat informace, které budou sloužit pro napsání mé diplomové práce na téma *Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu*. Sebereflexe je jakési nastavení zrcadla sobě samému. Jejím cílem je zhodnotit sám sebe a umožňuje zvolení postupu do budoucna a její podpora v dietním režimu, může napomáhat efektivnějšímu zvládnutí při změně dietního opatření a jeho následném dodržování.

Prosím Vás o spolupráci, tím že tento dotazník vyplníte. Pozorně si přečtete každou otázku a zaškrtněte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor a zkušenost. Dotazník je **anonymní** a údaje v něm uvedené nebudou zneužity.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci, Alena Soukupová

Uveďte oddělení, na kterém pracujete:

.....

1. Vaše pohlaví?

a) mužské

b) ženské

2. Kolik je Vám let?

a) méně než 20

c) 36 – 50 let

b) 21 – 35 let

d) 51 let a více

3. Vaše dosažené vzdělání?

a) středoškolské

c) vysokoškolské – Bc.

e) jiné (doplňte jaké).....

b) vyšší odborné

d) vysokoškolské – Mgr.

4. Délka Vaší praxe?

a) méně než 1 rok

c) 6 – 10 let

e) více jak 20 let

b) 1 – 5 let

d) 11 – 20 let

5. Vedete klienta k tomu, aby si sami kladli otázky typu: Co jsem během dne snědl/a?, Odpovídá to doporučením týkajících se mé diety?, Jaká riziky plynou z nedodržování diety?... apod.?

a) ano **b)** ne

6. Považujete za důležité podporovat klienta v kladení těchto a podobných otázek?

a) ano **b)** ne

7. Pokud ano, uveďte proč?

.....

8. Hovořil/a jste o důležitosti vést klienta ke kladení těchto otázek sobě sama s příbuznými klienta?

a) ano **b)** ne

Na otázku č. 9 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku číslo 8 odpověděl/a „ano“.

9. S jakou reakcí jste se setkal/a?

a) měli zájem o informace a aktivně se o ně zajímali

b) poskytované informace vyslechli, ale o způsoby sebereflexe se nezajímali

c) projevovali nezájem o danou problematiku a nabízené informace nechtěli vyslechnout

d) nevím, s rodinnými příslušníky jsem nemluvil/a

10. Navrhla jste klientovi nějaké postupy, jak si může sledovat dodržování své diety?

a) ne **b)** ano

11. *Pokud jste na otázku číslo 10 odpověděl/a „ano“, uveďte jak.*

.....

12. Používáte nějaký edukační materiál pro podporu sebereflexe klienta?

a) běžně **c)** vůbec

b) zřídka **d)** nemáme žádné k dispozici

13. Zjišťovala jste, zda jsou rodinní příslušníci dostatečně informovaní o dietním režimu klienta ?

a) ano **b)** ne

14. Ověřovala jste si, jestli má klient dostatečné množství informací o svém dietním omezení?

a) ano **b)** ne

15. Pokud jste na otázku číslo 14 odpověděl/a „ano“, uveďte jakým stylem.

.....

16. Podporujete u klienta sebereflexi?

a) ano **b)** ne

17. Pokud jste na otázku č. 16 odpověděl/a ano, uveďte jak.

.....

18. Myslíte si, že sebereflexe má nějaký význam pro klienta?

a) ano **b)** ne

Na otázku číslo 19 odpovídejte pouze v případě, že jste na číslo 18 odpověděl/a „ano“.

19. Jaký má sebereflexe podle vás přínos pro klienta?

.....

20. Jak klienti vnímají, když je vedete k sebereflexi?

- a)** projevují zájem a spolupracují
- b)** vyslechnou mě, ale mými doporučeními se neřídí
- c)** nemají zájem o tyto informace
- d)** nevím, o způsobech sebereflexe klienta neinformuji

Dotazník pro klienty

Vážený pane/paní,

jmenuji se Alena Soukupová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, studijní obor Ošetrovatelství. Právě držíte v ruce dotazník, jehož pomocí chci získat informace, které budou sloužit pro napsání mé diplomové práce na téma *Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu*. Sebereflexe je jakési nastavení zrcadla sobě samému. Jejím cílem je zhodnotit sám sebe a umožňuje zvolení postupu do budoucna a její podpora v dietním režimu, může napomáhat efektivnějšímu zvládnutí při změně dietního opatření a jeho následném dodržování.

Prosím Vás o spolupráci, tím že tento dotazník vyplníte. Pozorně si přečtete každou otázku a zaškrtněte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor a zkušenost. Dotazník je **anonymní** a údaje v něm uvedené nebudou zneužity.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci, Alena Soukupová

Uveďte oddělení, na němž jste hospitalizován/a

.....

1. Vaše pohlaví?

a) mužské

b) ženské

2. Kolik je Vám let?

a) méně než 20

c) 36 – 50 let

e) 66 – 75 let

b) 21 – 35 let

d) 51 – 65 let

f) 76 let a více

3. Vaše dosažené vzdělání?

a) základní

c) střední odborné s maturitou

e) vysokoškolské

b) střední odborné bez maturity

d) vyšší odborné

f) jiné

4. Jaký typ dietního omezení dodržujete?

.....

5. Víte co je to sebereflexe?

a) ano

b) ne

Na otázku č. 6 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 5 odpověděl/a kladně.

6. Vysvětlíte, co je to sebereflexe.

.....

7. Přemýšlíte během dne o tom, co jste udělal/a?

- a)** vždycky **c)** zřídka **e)** nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a
b) občas **d)** nikdy

Na otázku č. 8 neodpovídejte v případě, že jste na otázku č. 7 odpověděl/a „nikdy“ nebo „nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a“.

8. V jakých situacích tuto možnost využíváte?

.....

9. Máte dostatečné množství informací o dietním režimu, který dodržujete?

- a)** ano, jsem dostatečně informovaný/á **c)** ne, nejsem dostatečně informovaný/á
b) byly mi poskytnuty, ale uvítal/a bych další

10. Odkud jste získal/a nejvíce informací o Vaší dietě?

- a)** od lékaře **c)** od nutričního terapeuta **e)** z médií
b) od sester **d)** od ostatních pacientů **f)** jiné

11. Ptaly se Vás sestry během vaší hospitalizace, zda máte dostatek informací o Vašem dietním omezení? (Pokud jste hospitalizován/a opakovaně, tak při nynější hospitalizaci.)

- a)** ano, povídaly si se mnou a zopakovali a doplnily mi některé informace
b) pouze se zeptaly, zda jsem informován
c) ne, vůbec se nezajímaly

12. Navrhly Vám sestry nějaké možnosti, jak si kontrolovat dodržování diety?

- a)** ano **b)** ne

Na otázku č. 13 a 14 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 12 odpověděl/a kladně.

13. Uveďte jaké.

.....

14. Využil/a jste některé?

.....

a) ano

Dotazník pro rodinné příslušníky klienta

Vážený pane/paní,

jmenuji se Alena Soukupová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, studijní obor Ošetrovatelství. Právě držíte v ruce dotazník, jehož pomocí chci získat informace, které budou sloužit pro napsání mé diplomové práce na téma *Podpora sebereflexe klienta při dodržování dietního režimu*. Sebereflexe je jakési nastavení zrcadla sobě samému. Jejím cílem je zhodnotit sám sebe a umožňuje zvolení postupu do budoucna a její podpora v dietním režimu, může napomáhat efektivnějšímu zvládnutí při změně dietního opatření a jeho následném dodržování.

Prosím Vás o spolupráci, tím že tento dotazník vyplníte. Pozorně si přečtete každou otázku a zaškrtněte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor a zkušenost. Dotazník je **anonymní** a údaje v něm uvedené nebudou zneužity.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci, Alena Soukupová

1. Vaše pohlaví?

a) mužské

b) ženské

2. Kolik je Vám let?

a) méně než 20

c) 36 – 50 let

e) 65 – 75 let

b) 21 – 35 let

d) 51 – 65 let

f) 76 a více

3. Vaše dosažené vzdělání?

a) základní

c) střední odborné s maturitou

e) vysokoškolské

b) střední odborné bez maturity

d) vyšší odborné

f) jiné (doplňte).....

4. Víte co je to sebereflexe?

a) ne

b) ano

Na otázku č. 5 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 4 odpověděl/a „ano“.

5. co si myslíte, že tento pojem znamená?

.....

6. Víte jaký typ dietního omezení Váš příbuzný (dále jen klient) dodržuje?

a) ne

b) ano

Na otázku č. 7 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 6 odpověděl/a „ano“.

7. Jaký dietní režim klient dodržuje?

8. Máte dostatečné množství informací o dietním režimu, který klient dodržuje?

a) ano, jsem dostatečně informovaný/á **c)** ne, nejsem dostatečně informovaný/á

b) byly mi poskytnuty, ale uvítal/a bych další

9. Odkud jste získal/a nejvíce informací?

a) od lékaře **c)** od klienta **e)** jiné (doplňte)

b) od sester **d)** od ostatních pacientů

10. Informovali Vás sestry o tom, že je klienta vhodné podporovat v tom, aby se zamýšlel nad tím, co přes den snědl, zda je to v souladu s jeho dietním omezením, co pro něj znamená, nebude-li dietu dodržovat apod.?

a) ano, poskytli nám množství informací

b) o této problematice se zmínily, ale neinformovali nás podrobně o ní

c) ne, nebyly nám podány žádné informace

d) se sestrami jsme o dietním režimu klienta nemluvili

11. Poskytly Vám sestry nějaké informační materiály o této problematice?

a) ano **b)** nabídly nám je, ale neměli jsme zájem **c)** ne

12. Podporujete klienta v sebereflexi?

a) ano **b)** ne

Pokud jste odpověděli „ano“ uveďte jakým způsobem.

.....

13. Myslíte si, že sebereflexe má nějaký význam pro klienta?

a) ano **b)** ne

Na otázku č. 14 odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č. 13 odpověděl/a „ano“.

14. Jaký přínos má podle Vás sebereflexe pro klienta?

.....

.....