



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

WHO programy, Zdraví 2020, národní programy, vývoj,
srovnání

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Šárka Hynková

Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*WHO programy, Zdraví 2020, národní programy, vývoj, srovnání*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. května 2017

.....

Šárka Hynková

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Rostislavu Čevelovi, Ph.D., MBA., za jeho vstřícnost a pomoc při vypracování bakalářské práce. Poděkování náleží všem zúčastněným respondentům.

WHO programy, Zdraví 2020, národní programy, vývoj, srovnání

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje jednomu z nejdůležitějších témat lidského života - zdraví. Problematika zdraví je velice široká zasahující do nejrůznějších oblastí lidského konání a společenských odvětví. Zdraví je záležitostí jedince i celé společnosti. Společnost i jedinec se vzájemně v otázce zdraví ovlivňují.

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá WHO programy. Podrobněji rozpracovává program Zdraví 21 a navazující program Zdraví 2020 s jejich hlavními cíli. Zmiňuje aplikaci programu Zdraví 2020 v ČR v rámci Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Národní strategie ochrana a podpory zdraví a prevence nemocí je v ČR realizována prostřednictvím akčních plánů. K provádění tohoto dokumentu je v ČR realizován Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví. Pozornost je věnována zdravotní gramotnosti představující důležitou složku v životě jedince při všedních rozhodnutích v otázkách zdraví.

Praktické zaměření bakalářské práce bylo stanoveno jejími cíli zaměřenými na zjištění povědomí o národních programech podporujících zdraví a úroveň zdravotní gramotnosti u dospělé populace obyvatel Předslavic. K naplnění cílů bakalářské práce byly stanoveny čtyři hypotézy. Data byla získána za použití anonymního dotazníku od dospělé populace obyvatel Předslavic. Získaná data byla statisticky vyhodnocena.

Šetření prokázalo povědomost obyvatel obce o národních programech podporujících zdraví a byla zjištěna dobrá znalost problematiky zdravotní gramotnosti. Výsledky dotazníkového šetření je možno využít při zlepšování povědomí o zdraví a zdravotní gramotnosti, jejím soustavném rozvoji a zaměřením se na prevenci a podporu zdraví.

Klíčová slova

WHO; WHO programy; Zdraví 21; Zdraví 2020; národní programy; zdravotní gramotnost

WHO programs, Health 2020, national programs, progress, comparison

Abstract

Bachelor thesis addresses one of the most important topics of human life - health. The issue of health is very broad affecting various areas of human behavior and social sectors. Health is a matter for the individual and the society. The society and the individual influence each other on the issue of health.

Bachelor thesis is its theoretical part with WHO programs. Detail elaborates program Health 21 and related program the Health 2020 with their main goals. Refers to the application program Health 2020 in the CR within the framework of the National strategy for the protection and promotion of health and disease prevention. National strategy for protection and health promotion and disease prevention in the CR has implemented through action plans. To realize the document Health 2020 - National strategy for the protection and promotion of health and disease prevention in the CR implemented the National Health Program - projects to promote health. Attention is paid to health literacy represents an important component in the lives of individuals in everyday decisions on issues of health.

The practical focus of the thesis determined its objectives aimed at finding the awareness of national programs which promote health and health literacy levels among the adult population of the residents in Předslavice. To meet the objectives of the thesis were set four hypotheses. Data were obtained using an anonymous questionnaire from the adult population of the residents in Předslavice. Data were statistically processed.

The investigation showed awareness of inhabitants on national programs supporting health and found a good knowledge of health literacy. Results of survey can be used to improve health awareness and health literacy, the continuous development and focus on prevention and health promotion.

Key words

WHO, WHO programs; Health 21; Health 2020; national programs; health literacy

Obsah

Úvod	8
1. Teoretická část.....	9
1.1 Světová zdravotnická organizace.....	9
1.1.1 Světová zdravotnická organizace a její programy.....	9
1.1.2 Shrnutí.....	10
1.2 Pojem zdraví.....	11
1.2.1 Shrnutí.....	11
1.3 Zdraví 21.....	12
1.3.1 Solidarita ve zdraví a spravedlnost ve zdraví.....	12
1.3.2 Zdraví start do života a zdraví mladých	13
1.3.3 Zdravé stárnutí.....	13
1.3.4 Zlepšení duševního zdraví.....	13
1.3.5 Prevence infekčních onemocnění a snížení výskytu neinfekčních onemocnění	14
1.3.6 Poranění způsobená násilím a úrazy.....	14
1.3.7 Zdravé a bezpečné životní prostředí.....	15
1.3.8 Zdravější životní styl	15
1.3.9 Snížení škod způsobených alkoholismem, drogami a tabákem.....	15
1.3.10 Zdravé místní životní podmínky	16
1.3.11 Zdraví jako důležité hledisko v činnosti všech rezortů	16
1.3.12 Integrovaný zdravotnický sektor	16
1.3.13 Řízení v zájmu kvality péče	16
1.3.14 Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů.....	17
1.3.15 Příprava zdravotnických pracovníků.....	17
1.3.16 Výzkum a znalosti v zájmu zdraví	17
1.3.17 Mobilizace partnerů pro zdraví a opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny	18
1.3.18 Shrnutí.....	18
1.4 Zdraví 2020.....	19
1.4.1 Shrnutí.....	20
1.5 Zdraví 2020 v ČR.....	21
1.5.1 Podpora pohybové aktivity	21
1.5.2 Podpora správné výživy a stravovacích návyků	22
1.5.3 Duševní zdraví	22
1.5.4 Omezení zdravotně rizikového chování	22
1.5.5 Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.....	23
1.5.6 Zvládání infekčních onemocnění	23

1.5.7	<i>Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR</i>	24
1.5.8	<i>Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče</i>	24
1.5.9	<i>Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb</i>	24
1.5.10	<i>Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků</i>	24
1.5.11	<i>Elektronizace zdravotnictví</i>	25
1.5.12	<i>Rozvoj zdravotní gramotnosti</i>	25
1.5.13	<i>Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel</i>	25
1.5.14	<i>Shrnutí</i>	25
1.6	<i>Národní programy</i>	27
1.6.1	<i>Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví</i>	27
1.6.2	<i>Shrnutí</i>	27
1.7	<i>Zdravotní gramotnost</i>	28
1.7.1	<i>Pojem zdravotní gramotnost</i>	28
1.7.2	<i>Druhy zdravotní gramotnosti</i>	28
1.7.3	<i>Shrnutí</i>	29
2	<i>Hypotézy a metodika výzkumu</i>	30
2.1	<i>Hypotézy</i>	30
2.2	<i>Metodika výzkumu</i>	30
2.3	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	32
3.	<i>Výsledky</i>	35
3.1.	<i>Vyhodnocení</i>	56
4.	<i>Diskuse</i>	59
	<i>Závěr</i>	61
	<i>Použitá literatura</i>	62
	<i>Přílohy</i>	72
	<i>Seznam tabulek</i>	76
	<i>Seznam obrázků</i>	77
	<i>Seznam zkratk</i>	78

Úvod

Zdraví pro člověka představuje jednu z nejdůležitějších životních hodnot ovlivňujících průběh jedincova života. Křivohlavý (2009) určuje definici zdraví jako celkový stav člověka umožňující mu po tělesné, psychické, sociální a duchovní stránce dosáhnout optimální kvality života s možností učinění podobného konání ostatním lidem. Zdraví je záležitostí nejen jednotlivce, ale také celé společnosti. Člověka ovlivňuje v otázce zdraví společnost, ve které žije, ale i skutečnost, jakou hodnotu společnost zdraví přikládá. Důležitost zdraví v měřítku celosvětovém podtrhuje existence Světové zdravotnické organizace. Cílem této mezinárodní organizace je dosažení nejvyšší zdravotní úrovně všech národů (Čeledová a Čevela, 2010).

Hodnotu zdraví pro 21. století podtrhují cíle v oblasti zdraví stanoveny strategickým dokumentem zdravotní politiky v Evropském regionu – programem Zdraví 21 (Holčík, 2010). Navazující program Zdraví 2020 byl v ČR upraven do dokumentu Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 (MZ ČR, 2014a). Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí se v ČR realizuje pomocí akčních plánů pro třináct oblastí (MZ ČR, 2015a).

Možnost jedince aktivně se účastnit rozhodování o svém zdraví je silně ovlivněna zdravotní gramotností. WHO (© 2013b) charakterizuje zdravotní gramotnost uměním jedince rozhodovat se ve všedním životě v oblasti zdraví s ohledem na udržení a zlepšení kvality života jedince. Je nezbytné umožnit jedinci osvojení si zdravotní gramotnosti. Neméně důležité je zdravotní gramotnost populace udržovat, rozvíjet a neustále na základě nových vědeckých poznatků dosažených v oblasti zdraví zlepšovat. Prioritou je probudit v lidech zájem o jejich zdraví a převzetí vlastní odpovědnosti za svůj zdravotní stav (MZ ČR, 2015j). Bez projeveného zájmu a uvědomění si odpovědnosti za své jednání s dopadem na zdraví jedince je těžce představitelná možnost udržení a zlepšení zdraví s dopadem na kvalitu života jedince.

1. Teoretická část

1.1 Světová zdravotnická organizace

1.1.1 Světová zdravotnická organizace a její programy

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) byla založena jako mezinárodní organizace ve zdravotnické oblasti s cílovou činností dosažení nejvyšší zdravotní úrovně všech národů a vznikla dne 7. dubna 1948, kdy na počest této události byl tento den vyhlášen jako Světový den zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Pro naplnění cíle plní organizace úkoly týkající se řízení a koordinace mezinárodní zdravotnické spolupráce a vlády jednotlivých zemí mohou organizaci požádat o pomoc při zjišťování zlepšení zdravotnických služeb s tím, že důležitou složkou činnosti organizace je realizace mezinárodních výzkumných programů a zajišťování informací, rad a pomoci v oblasti péče o zdraví (Vurm, at al., 2007). Vurm, at al. (2007) dále charakterizuje činnost WHO v podpoře a samostatné aktivitě v oblastech dotýkajících se všech států především v činnostech zabývajících se bojem proti infekčním nemocem.

Úkoly WHO jsou přesně definovány Ústavou WHO, která je přílohou číslo 2 vyhlášky č. 189/1948 Sb., o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku. Ústava WHO (1948) stanoví dalšími důležitými úkoly zavedení mezinárodních norem pro potraviny biologické a podobné produkty, zavedení a možnost revidování mezinárodního názvosloví nemocí, příčin úmrtí a veřejně zdravotnických opatření s prováděním osvěty veřejnosti v oblasti zdraví.

Ústava WHO (1948) stanoví a upravuje činnosti třech orgánů prostřednictvím nichž WHO plní své úkoly - nejvyšším orgánem je Světové zdravotnické shromáždění skládající se z delegátů jednotlivých členských států scházejících se jednou ročně, dalším orgánem je výkonná rada skládající se z osmnácti osob způsobilých ve zdravotním oboru a scházející se alespoň dvakrát ročně s tím, že jedním z podstatných úkolů výkonné rady je realizace programů a rozhodnutí zdravotnického shromáždění a třetím orgánem je sekretariát zajišťující technické a správní činnosti pro potřeby WHO.

WHO se dělí na regionální úřady, jichž má v současné době šest a působí ve 150 zemích světa (WHO, © 2017). Regionální úřad pro Evropu zajišťuje svoji činnost pro 53 států v evropském regionu s téměř 900 milióny obyvatel čelícím rozdílným zdravotním problémům vyžadující různé přístupy s ohledem na jejich ekonomickou

situaci ovlivněnou ekonomickou krizí a rozdílností zdravotního systému, kdy se realizují programy s mnoha tématy jako příklad programy sociální determinanty zdraví, přenosné nemoci, informace týkající se zdraví, rodinné a komunitní zdraví a zdraví a životní prostředí (WHO, © 2016).

1.1.2 Shrnutí

WHO je mezinárodní organizace působící ve zdravotnické oblasti s cílem dosažení nejvyšší zdravotní úrovně všech národů (Čeledová a Čevela, 2010). V Ústavě WHO (1948) jsou dány úkoly organizace a zřízeny tři orgány organizace, jejichž prostřednictvím jsou plněny úkoly organizace směřující k dosažení vytčeného cíle. WHO je členěna na regionální úřady a působí ve 150 zemích světa (WHO, © 2017).

1.2 Pojem zdraví

Domnívám se, pokud mluvíme o zdraví, že je nezbytně důležité stanovit, co se pod pojmem zdraví rozumí. Otázku lze považovat za lehkou, ale odpověď na ni nepatří do kategorie snadných. Holčík (2010) poukazuje na skutečnost, že pojmu zdraví rozumíme intuitivně a je obtížné jej jednoznačně vystihnout. O pojmu zdraví ve významu celku se zmiňuje Křivohlavý (2009) chápající tento pojem ze širšího hlediska zdraví a péče o zdraví zaštiťující se pod termínem holismus odvozeným z anglického slova „whole“ – celek. Ústava WHO (1948) v preambuli charakterizuje pojem zdraví jako stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha a pod pojmem zdraví si nelze představit pouze absenci nemoci nebo neduhu.

Definici zdraví podle Ústavy WHO považuje Holčík (2010) za nedostatečnou z důvodu zaměření se na stav optimální pomíjející rozličné stupně stavu zdraví od zdraví úplného až po smrt. Stanovisko Holčíka o nedostatečnou definici pojmu zdraví podle Ústavy WHO podporuje Křivohlavý (2009) vytýkající opominutí stavu duchovního a navození ideálu zdraví jako stavu, jehož nelze dosáhnout, neboť je tento ideál zdraví postaven příliš vysoko a jedincům naznačuje nemožnost jeho dosažení, které následně v jednotlivcích vyvolává pocity nedokonalého zdravotního stavu.

Výstižnější pojetí definice zdraví podává Žáček (in Holčík, et al., 2015), pro něhož je zdraví pohoda tělesná, duševní a sociální v relativně optimálním stavu a současně jsou zachovány společenské role, všechny životní funkce a adaptace organismu na měnící se podmínky prostředí. Křivohlavý (2009) vytvořil definici zdraví zohledňující vztah kvality života a zdraví, kdy zdraví je celkový stav člověka po stránce tělesné, psychické, sociální a duchovní umožňující jednotlivci dosáhnout optimální kvality života umožňující podobné počínání ostatním lidem.

1.2.1 Shrnutí

Pojem zdraví není jednoznačně definován. WHO jej charakterizuje v Ústavě WHO z roku 1948, ale tento pojem bývá modifikován.

1.3 Zdraví 21

Stěžejním dokladem zdravotní politiky v Evropském regionu se v roce 1998 stal program Zdraví 21 – 21 úkolů pro 21. století poté, co byl schválen Evropským regionálním výborem (Holčík, 2010). Tento program byl přijat usnesením Vlády České republiky č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století ze dne 30. října 2002 (Vláda ČR, © 2002). Záměrem programu je podpora a výzva státům Evropského regionu k dosažení větší úrovně zdraví uplatňováním ověřených postupů stanovených dlouhodobou spoluprací na mezinárodní úrovni a vnímáním zdravotní politiky postavené na vzájemných vztazích mezi zdravím, bídou a sociální soudržností mezi jednotlivými skupinami i státy podporující snahu o dosažení a udržení lepšího zdraví (WHO, 2001). Program Zdraví 21 je charakterizovaný podle MZ ČR (2003) rozsáhlým souborem aktivit směřujících na trvalý a postupně se zlepšující ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva za podpory všech složek společnosti. Holčík (2015) popisuje cíle programu ve snaze lidské zdraví po celou dobu života jedince nejen chránit, ale i zlepšovat a touto snahou dosáhnout nižšího výskytu hlavních nemocí a eliminovat újmu nemocí přinášející.

Program Zdraví 21 má pro dosažení zlepšení zdraví obyvatelstva Evropského regionu stanoveno 21 cílů spočívající v solidaritě ve zdraví a spravedlnosti ve zdraví, zdravého startu do života, zdraví mladých, zdravé stárnutí, zlepšení duševního zdraví, prevence infekčních onemocnění, snížení výskytu neinfekčních nemocí a poranění způsobených násilím a úrazy, zdravé a bezpečné životní prostředí, zdravější životní styl, snížení škod způsobených alkoholismem, drogami a tabákem, zdravé místní životní podmínky, zdraví jako důležité hledisko v činnosti všech rezortů, integrovaný zdravotnický sektor, řízení v zájmu kvality péče, financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů, příprava zdravotnických pracovníků, výzkum a znalosti v zájmu zdraví, mobilizace partnerů pro zdraví a opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (MZ ČR, 2003).

1.3.1 Solidarita ve zdraví a spravedlnost ve zdraví

Solidarita ve zdraví a spravedlnost ve zdraví (MZ ČR, 2002) jsou důležité etické hodnoty ve zdravotnictví naplněny systémem zdravotního pojištění zajišťující rozsah zdravotní péče pro všechny skupiny obyvatel a plnění zdravotní péče rovnoměrně a rovnoprávně pro všechny skupiny obyvatelstva bez rozdílu věku, národnosti, etnicity nebo sociální skupiny. Problematiku veřejného zdravotního pojištění zabývající se

rozsahem a podmínkami hrazení zdravotních služeb ze zdravotního pojištění a jeho výši upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

1.3.2 Zdraví start do života a zdraví mladých

Podstatné prvky zdraví duševního i tělesného se začínají vyvíjet v raném stádiu života, proto je nezbytně nutné věnovat péči o zdraví nejen v průběhu života a stáří, ale již na jeho začátku (MZ ČR, 2003). Dětství a mládí představuje v životě jedince významné kapitoly jeho života doprovázené podstatnými změnami ve vývoji psychickém i tělesném a budování správných zdravotních návyků trvajících po celý život je klíčovým úkolem (MZ ČR, 2003). Zdraví mladých ohrožuje mnoho zdravotních rizik charakteristických pro danou životní etapu mající základ v experimentování s rizikem projevujícím se zneužíváním návykových látek, sebevražedným chováním, agresivitou a zahájením pohlavního života předčasně spojeného s promiskuitou (Machová, et al., 2015).

1.3.3 Zdravé stárnutí

Stárnutí a stáří se dotýká celkové biologicko-psychologicko-sociální jednoty člověka, kdy dochází ke zhoršování zdravotního stavu nestejně vlivem individuální historie života člověka a jeho genetické výbavy (Sak a Kolesová, 2012). Úkolem zdravého stárnutí je prožití závěrečné etapy života jedince plnohodnotně a po co nejdelší možnou dobu ve zdraví (MZ ČR, 2003). Prodloužení aktivního věku starších lidí požadujících vést aktivní, naplňující a kvalitní život při začlenění a nezávislosti ve společnosti představuje trvalé úsilí (Klímová, et al., 2016).

Za účelem naplnění zdravého stárnutí je v ČR realizován Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017 aktualizovaný k 31. prosinci 2014 podporující investice do aktivního zdravého stárnutí jako velmi efektivně vynaložené prostředky, které společně s podporou sociálního začleňování a spoluúčasti dosahují pozitivního dopadu na zdraví aktivních seniorů (MPSV ČR, 2015).

1.3.4 Zlepšení duševního zdraví

Vývoj psychických vlastností závisí na mnoha faktorech a k narušení psychické rovnováhy může vést mnoho zátěžových situací vyvolávající změny dočasné nebo trvalejší v prožívání, uvažování i chování jedince (Vágnerová, 2014). Cílem programu Zdraví 21 je vytváření podmínek pro lepší psychosociální stav lidí a zajištění dostupnosti komplexních služeb pro osoby s duševními poruchami včetně snižování

stigmatu duševního onemocnění ve společnosti a zajištění vhodné kombinace psychiatrické péče v nemocnicích a služeb poskytovaných komunitní péčí (MZ ČR, 2003). Významnou součástí duševního zdraví je duševní hygiena představující péči o fungování duševní činnosti jedince v optimální míře (Křivohlavý, 2009).

1.3.5 Prevence infekčních onemocnění a snížení výskytu neinfekčních onemocnění

Prevence infekčních onemocnění je postavena na realizování programů zaměřených na odstranění, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí ovlivňujících výrazně zdraví populace s cílem podstatně snížit neblahé důsledky infekčních onemocnění na zdraví obyvatel (MZ ČR, 2003). Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů definuje v § 5 odstavci 2 infekční onemocnění jako *příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem infekce nebo jeho toxinem, které vzniká v důsledku přenosu tohoto původce nebo jeho toxinu z nakažené fyzické osoby, zvířete nebo neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu.*

Snížení výskytu neinfekčních onemocnění představuje snížení nemocnosti vlivem hlavních chronických onemocnění na úroveň nejnížší možnou společně se zredukováním množství zdravotních následků a omezení předčasných úmrtí na neinfekční nemoci, které se nejčastěji vyskytují jako onemocnění kardiovaskulární a nádorová následována onemocněními plicními, diabetes mellitus a nemocemi pohybového aparátu (MZ ČR, 2003). Hanson, M.A. a Gluckman, P.D., (2015) deklaruji rychlý nárůst výskytu neinfekčních nemocí v zemích s vysokými příjmy, ale ještě rychleji se výskyt neinfekčních nemocí zvyšuje v zemích se středně nízkými příjmy s nedostatečnými zdroji tomuto čelit.

1.3.6 Poranění způsobená násilím a úrazy

Úrazy představují jedny z nejzávažnějších příhod ovlivňující zdravotní stav obyvatelstva ve velkém počtu a jejich doprovodným jevem je nejen utrpení jedince úrazem způsobené, ale dochází k výraznému počtu předčasných skonů (MZ ČR, 2003). Úrazy jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí u dospělé populace ČR, významné postavení zauímají u dětí a dospívajících, kdy jsou úrazy na prvním místě v příčině úmrtí (Zvadová a Janoušek, 2014). Matoušek (2008) násilí popisuje obecně jako chování směřující proti druhé osobě a současně jí způsobující škodu. MZ ČR (2003) stanovuje nutnost snížit úmrtí způsobené následkem násilí, rovněž snížit zdravotní důsledky násilím zapříčiněné, ať se jedná o násilí domácí, anebo násilí způsobené pácháním trestné činnosti.

1.3.7 Zdravé a bezpečné životní prostředí

Životní prostředí je definováno v § 2 zákona č. 17/1992 Sb., o životním prostředí, stanovující životním prostředím vše, co vytváří přirozené podmínky existence organismů včetně člověka a je předpokladem jejich dalšího vývoje. Ústavní zákon České republiky č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, zaručuje každému právo na příznivé životní prostředí. Péče o životní prostředí se stala nezbytnou nutností pro zdravý vývoj člověka, neboť vývoj civilizace a technický pokrok přináší nové problémy a výskyt nových rizik ohrožující hygienicky nezávadnou vodu, čisté ovzduší, kvalitní půdu poskytující dobré podmínky pro pěstování zemědělských plodin a ekosystémy utvářející životní prostředí (MZ ČR, 2003).

1.3.8 Zdravější životní styl

Kukačka (2010) popisuje životní styl příznačným osobitým chováním lidí ve společnosti projevující se aktivitami, vztahy a zvyklostmi tvořící určitý důležitý celek, který je charakteristický pro daného jedince a dále uvádí u většiny populace alarmující stav životního stylu ze stále se zhoršující fyzické kondice, nesprávné životosprávy, přemíry stresu a uvyknutí si na konzumní způsob života doprovázený přemírou sedavého způsobu života.

V euroatlantických zemích je od politiků až ke zdravotníkům pozornost upřena ke snaze ke zlepšení zdravotní prevence prostřednictvím kladení důrazu na pohybové aktivity a zlepšení stravovacích návyků populace zvýšením důrazu na aktivní pohyb ve volném čase lidí a výchovou k životosprávě podporující zdraví (Fialová a Krch, 2012). WHO (2001) v programu Zdraví 21 prostřednictvím svého cíle zdravější životní styl vyzývá celou společnost k naplnění tohoto cíle skrze výrazné zvýšení odpovědnosti obyvatelstva za lepší chování v oblasti výživy podpořené bezpečnými a zdravými potravinami a v oblasti tělesné aktivity a sexuálního života.

1.3.9 Snížení škod způsobených alkoholismem, drogami a tabákem

Záměrem se stává snaha o snížení negativních důsledků užívání návykových látek především alkoholu, kouření a psychoaktivních drog v míře nejvyšší – snížení množství zkonsumovaného alkoholu na šest litrů na osobu za rok, radikální snížení počtu kouřících mladistvých, snižování počtu uživatelů drog a úmrtí v důsledku jejich užití a u osob do 15 let zajistit nulovou spotřebu alkoholu a cigaret (MZ ČR, 2003). Omezení dostupnosti alkoholických nápojů a tabákových výrobků, zákazem kouření, prováděním protidrogové politiky a opatřeními sloužícími k předcházení a mírnění škod způsobených užíváním těchto návykových látek upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o

opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

1.3.10 Zdravé místní životní podmínky

Úmyslem se stalo vytvoření více příležitostí pro život obyvatel ve zdravých životních podmínkách zahrnující sociální i ekonomické podmínky doma, na pracovišti, ve škole i ve společenství místním (MZ ČR, 2003). Zdravými životními podmínkami by mělo být započato již při plánování bydlení přes zdravé rodinné prostředí, odpovídající prostředí ve škole a zaměstnání, až po zdravé životní podmínky v daném městě a jeho okolí (Čevela, et al., 2009).

1.3.11 Zdraví jako důležité hledisko v činnosti všech rezortů

Podpora zdraví prováděná efektivně a úspěšně požaduje úzkou a hodnotnou spolupráci mezi resortem zdravotnictví a dalšími resorty vyvíjející činnosti s dopadem na zdravotní stav populace (Kebza, et al., 2014). Bellová a Zlámal (2013) poukazují na činnost resortů ovlivňující různé faktory dopadající na zdraví obyvatelstva a podílející se na péči o zdraví lidí, ať již v oblasti životního prostředí, výchovu a vzdělávání obyvatelstva, přes kulturu a mentalitu národa, vývoj a výzkum až po sociální a zdravotní péči o obyvatelstvo.

1.3.12 Integrovaný zdravotnický sektor

Integrovaný zdravotnický sektor se zaměřuje na zlepšení přístupu ke zdravotní péči základní orientující se na rodinu a místní komunitu za podpory nemocničního systému flexibilního a přiměřeně reagujícího (MZ ČR, 2003). Čevela, et al., (2009) vyzdvihuje důraz na primární péči, zabezpečení specializovanějších potřeb praktickým lékařem se zdravotní sestrou a provádění komunitní zdravotní politiky a programů garantující kooperaci místní správy a organizací při uplatňování zdravějšího životního stylu, vhodného životního prostředí a sociálních a zdravotnických služeb v systému zdravotnickém.

1.3.13 Řízení v zájmu kvality péče

Řízení v zájmu kvality péče je orientováno na výsledek – na kvalitu, účinnost zdravotních programů bude hodnocena na základě dosaženého zdravotního přínosu a postupy vedoucí ke zvládnutí zdravotnických problémů individuálních se budou stanovit na základě porovnání zdravotních výsledků a nákladů (MZ ČR, 2003). Čevela, et al., (2009) shledávají důležitým jednotícím prvkem porovnávající relativní úroveň podpory zdraví, prevence nemoci, léčby a rehabilitace, měření výsledků péče prostřednictvím mezinárodně uznávaných indikátorů na úrovni populace.

1.3.14 Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů

Dosažení vyšší efektivity v rozdělování finančních prostředků a jejich využívání a s tím související optimalizace zdravotnické soustavy po stránce funkční i strukturní z pohledu zabezpečení dostupné, návazné a kvalitní péče, se stává podstatným úkolem (MZ ČR, 2003). Ideálem společnosti by mělo být dosažení současné i budoucí populace spokojené, zdravé a šťastné, což se neobejde bez dostatečných ekonomických zdrojů vynakládaných do zdravotnictví, kdy je nezbytné hledět na dosažení co nejvyšší efektivity, účinnosti a optimalizace (Bellová a Zlámal, 2013). V průměru na jednoho obyvatele v zemích OECD se výdaje na zdravotnictví zvyšovaly pomalým tempem od roku 2010, v ČR od roku 2009 stagnují (OECD, 2015).

1.3.15 Příprava zdravotnických pracovníků

MZ ČR (2003) rozumí přípravou zdravotnických pracovníků zajištění vzdělání spočívající v získání vědomostí, postojů a dovedností sloužící k ochraně a zlepšení zdraví nejen zaměstnanců ve zdravotnictví, ale i zaměstnanců jiných odvětví zdravím se zabývajících. V České republice vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví upravuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních stanovující způsobilost odbornou a specializovanou pro výkon povolání ve zdravotnictví. Janečková a Hnilicová (2009) považují vzdělávání zdravotnických pracovníků za nezbytné, neboť vývoj moderní medicíny s sebou přináší zvyšující se a měnící se nároky na vzdělání, získané odborné znalosti a dovednosti, rovněž tak se zvyšuje potřeba vedení kvalitní komunikace nejen s pacientem, ale i s dalšími zdravotnickými pracovníky (odborníky).

1.3.16 Výzkum a znalosti v zájmu zdraví

Cílem výzkumu v zájmu zdraví je provádění výzkumných programů zaměřených na rozvoj zdraví spočívající v posílení snahy orientované na zlepšení metod zaměřujících se na rozvoj zdraví, předcházení nemocí, diagnostikování a léčení včetně rehabilitace a péče praktikovaných na jednotlivci i na celou populaci (WHO, 2001). MZ ČR (2003) deklaruje nezbytnost zvyšování znalostí v zájmu zdraví a provádění výzkumu s dlouhodobými úkoly a prioritami s tím, že v nově vypracovávaném plánu se pozornost zaměří na oblast kvality života.

1.3.17 Mobilizace partnerů pro zdraví a opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

Uskutečňování opatření naplňující program Zdraví 21 ve společnosti zajistí státní správa spolu ve spolupráci s kraji a obcemi využívající svůj vliv a blízkost k aktivizaci komunit, skupin občanů a podnikatelských subjektů k uskutečňování cílů programu Zdraví 21 (MZ ČR, 2003). Prostředek ke kladnému přijetí opatření na podporu zdraví společností vyžaduje stálý proces otevřené komunikace probíhající v průběhu realizace programů na podporu zdraví prostřednictvím celosvětových sítí jako je například Zdravé město, Zdraví podnik a Zdravá škola (Kebza, at al., 2014).

1.3.18 Shrnutí

Program Zdraví 21 se stal významným programem určeným pro 21. století směřující ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva Evropského regionu v novém tisíciletí s podporou mezinárodní spolupráce na dosažení vytčených 21 cílů (WHO, 2001).

1.4 Zdraví 2020

Dokument Zdraví 2020, kterému předcházel program Zdraví pro všechny v 21. století, jako strategický dokument pro přístupy ke zlepšování zdraví v jednotlivých oblastech, byl schválen v roce 2012 Regionálním výborem WHO pro Evropu a v ČR byl upraven do Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 přijatý vládou ČR dne 8.1.2014 (MZ ČR, 2014a). Holčík (2015) zastává názor, že program Zdraví 2020 by měl být motorem pro změnu současného fungování zdravotnictví s důrazem na pokračující rozvoj péče o zdraví s uvědoměním si dopadů rozhodnutí veřejné správy na zdraví občanů a zlepšování informovanosti lidí o skutečnostech majících vliv na jejich zdraví s možností většího zapojení se do rozhodování o jejich zdravotním osudu a maximálním důrazem na všechny jedince, aby si vážili svého zdraví a při činění svých rozhodnutí v každodenním životě zohledňovali zdravotní okolnosti.

Program Zdraví 2020 ukazuje možnosti dosáhnout zlepšení zdraví populace státu při zapojení všech stupňů veřejné správy do naplňování dvou spolu souvisejících strategických cílů zaměřených na zlepšení zdraví obyvatel a snižování nerovnosti v oblasti zdraví a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a přizvání k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny a jednotlivce (MZ ČR, 2014b).

Dosáhnutí prvního strategického cíle bude realizováno zvyšováním životní úrovně a rozvíjením schopností jednotlivců i společenských skupin chránit a podporovat zdraví s přispěním zaměřením se na snižování nerovnosti v oblasti zdraví, které je podstatné pro realizaci potřebných aktivit (MZ ČR, 2014c).

Orgány veřejné správy jsou v oblasti péče a podpory zdraví nezastupitelné. Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR stanoví výčet úkolů Ministerstva zdravotnictví jako ústředního orgánu státní správy, z nichž jedním je ochrana veřejného zdraví. Péče o zdraví a jeho ochrana je také součástí úkolů krajských a obecních samospráv na základě zákona č. 128/2000 Sb., o obcích a zákona č. 129/2000 Sb., o krajích.

Program Zdraví 2020 strategické cíle rozpracovává do čtyř priorit, které jsou vzájemně provázány, doplňují se, jsou na sobě závislé s tím, že na těchto prioritách jsou postaveny důležité strategie WHO a akční plány na úrovni regionální i globální (WHO, 2013a). Priority jsou zaměřené na posilování schopností lidí a investování do zdraví v průběhu celého lidského života, zaměřením se na zvládnutí prioritních zdravotních

problémů v Evropě včetně posilování zdravotního systému s vytvořením jeho odolnosti vůči palčivým problémům a docílení schopné společnosti čelící zdravotním rizikům a tvořící zdravé životní prostředí (Holčík, 2015).

1.4.1 Shrnutí

Program Zdraví 2020 navazuje na program Zdraví 21 (MZ ČR, 2014a). Holčík (2015) shledává program Zdraví 2020 programem přinášejícím změnu fungování současného zdravotnictví, apel na zlepšování informovanosti lidí o skutečnostech ovlivňujících jejich zdraví a nezbytnost převzetí plné odpovědnosti jedinců za své zdraví. Program Zdraví 2020 má vytčeny dva strategické cíle (MZ ČR, 2014b). Strategické cíle jsou rozpracovány do čtyř vzájemně provázaných priorit (WHO, 2013a).

1.5 Zdraví 2020 v ČR

Úkolem národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v ČR je zahájení realizace mechanismů dlouhodobých, účinných a udržitelných vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel projevující se v tvorbě akčních plánů (MZ ČR, 2015a). Akční plány, představující implementační dokumenty programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci, byly vládou ČR vzaty na vědomí dne 20. srpna 2015 pod usnesením číslo 671.

Akční plány jsou zpracovány pro třináct oblastí zabývajících se podporou pohybové aktivity, správnou výživou a stravovacími návyky, duševním zdravím, omezením zdravotně rizikového chování, snižováním zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí, zvládnutí infekčních onemocnění, rozvoj programů zdravotního screeningu, zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče, zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb, celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, elektronizace zdravotnictví, rozvojem zdravotní gramotnosti a rozvojem ukazatelů zdravotního stavu obyvatel (MZ ČR, 2015a).

SZÚ (2014) vydal Zprávu o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012, která sloužila jako podklad při přípravě strategického dokumentu Zdraví 2020 v ČR reagující na zjištěné skutečnosti s doporučením zaměření pozornosti na oblast primární prevence v oblasti závažných chronických neinfekčních onemocnění, determinant zdraví s naléhavostí upření pozornosti na rizikové faktory životního stylu a oblasti primární péče a systematického vzdělávání odborných pracovníků. SZÚ (2014) v této zprávě vyjmenovává tematické okruhy jako prioritu pro aktualizovaný dokument Zdraví 2020 v ČR, které byly následně promítnuty v akčních plánech například výživa, pohybová aktivita, obezita a návykové látky (kouření, alkohol, drogy) z důvodu zvyšujícího se počtu osob a podílu osob s diabetem, narůstajícího podílu obézních osob v populaci a neúčinného snižování podílu kuřáků.

1.5.1 Podpora pohybové aktivity

Aktivní věnování se vhodnému pohybu a včasné zahájení sportování u dětí má prvořadý význam v oblasti prevence obezity a pohybové aktivity zvyšují schopnost jedince reagovat správným způsobem na různé stresující situace (Doleček In Doleček, et al., 2013). Pastucha a Hyjánek (In Pastucha et al., 2011) podmiňují prevenci obezity, dobré zdraví a dodržování zdravého životního stylu věnováním se pravidelně pohybové aktivitě přinášející s sebou mnoho pozitivních fyziologických a sociálních účinků. Gerike, et al. (2016) potvrzuje důležitost pohybové aktivity, neboť absence pohybové

aktivity je hlavním rizikovým faktorem neinfekčních nemocí a její nutnost vyzdvihuje, protože pouze jedna třetina populace v Evropě se věnuje fyzické aktivitě v doporučené míře.

1.5.2 Podpora správné výživy a stravovacích návyků

Výživa zásobuje organismus energií a látkami nezbytnými pro stavbu a funkci těla (Vokurka, 2008). Správná strava (rozumí se režim stravování i výběr úpravy pokrmů) ovlivňuje kvalitu života, život prodlužuje a napomáhá předcházení nemocem (Piňha a Poledne, 2009). Koutoukidis, D.A. et al. (2016) potvrzují, že zdravá strava a fyzická aktivita vedou k lepšímu zdraví a blahobytu. MZ ČR (2015b) ve své souhrnné zprávě uvádí zjištění zabývající se doplňkovým stravováním v základních školách (bufety, automaty), kdy v období posledních dvou let došlo k opětovnému odklonu od zásad správné výživy.

Obezita se vztahuje ke špatným stravovacím návykům zajišťující lidskému tělu nadměrný energetický příjem, který je doprovázen snižující se pohybovou aktivitou a její prevence je nezbytnou nutností, neboť obezita s sebou přináší mnoho zdravotních rizik (Málková a Málková, 2014). Machová (Machová, et al., 2015) sděluje důsledky zdravotní a socioekonomické u obezity jako nemoci hromadného výskytu a stanovuje prevenci obezity i jako prevenci závažných kardiovaskulárních chorob, chorob metabolických a chorob opěrného systému. Frates, E.P, a Crane, M.E. (2016) zdůrazňují, že nalezení efektivní cesty ke zvládnutí nadváhy a obezity se jeví velmi důležitým vzhledem k rostoucímu tempu výskytu obezity a diabetu mellitus.

1.5.3 Duševní zdraví

Zlepšení kvality života osob duševně nemocných docílením restrukturalizace poskytovaných služeb a sítí zařízení, která poskytují péči o osoby duševně nemocné, vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013). Jedním z klíčových bodů se stává poskytování péče blíže pacientovi v jeho přirozeném prostředí s úmyslem včasného zachytu a včasné léčby osob s vážným duševním onemocněním a účel této strategie je cílen na odbourání stigmatizace osob s duševním onemocněním ve společnosti, respektování potřeb pacienta, zajištění humanizace péče a zlepšení kvality i dostupnosti péče a s tím související usilovné vzdělávání v oblasti duševního zdraví (MZ ČR, 2015b).

1.5.4 Omezení zdravotně rizikového chování

Návyková látka - droga je pro mladé lidi lákavá dodáním pocitu zvýšených schopností a žitím nad osobní limity s možností jejího pozvolného ovládnutí veškeré

činnosti a volného času mladých (Heller a Pecinovská, 2011). SZÚ (2014) konstatuje vlivem společenské akceptace a smířlivého vztahu populace k alkoholu a kouření neklesající výskyt kuřáků v populaci s alarmujícím nárůstem počtu mladých kuřáků a spotřebu čistého alkoholu 12 litrů za rok na obyvatelstvo starší 15 let.

V ČR kouří přibližně 30 % obyvatel, nejvíce kouří mladí lidé ve věku 15 - 24 let a stále více obyvatel umírá na cirhózu jater v důsledku konzumace alkoholu (MZ ČR, 2014a). Alkohol a tabák jako nejčastěji užívané drogy mezi obyvateli ČR potvrzují nedávné studie (NMS, 2014). Třetí nejčastěji používanou drogou v ČR je konopí, které užila přinejmenším alespoň jednou přibližně jedna čtvrtina populace ČR (NMS, 2014). Za zdravotně rizikové chování se považuje i sebevražedné chování. Sebevražednost mezi dospívajícími Evropany v současné době dosahuje vysoké míry, i když se převážně jedná o projevy volání o pomoc (Cotter, at al., 2015).

1.5.5 Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí

MŽP ČR (2016) ve své Zprávě o životním prostředí ČR za rok 2015 konstatuje nezlepšující se kvalitu ovzduší na území ČR i přes trvající pokles emisí, neboť nastává opakované překračování emisních limitů pro přízemní ozon, suspendované částice a benzo(a)pyren. MŽP ČR (2016) v téže zprávě popisuje stav hlukové zátěže obyvatelstva, kdy hladině hluku přesahující dané mezní hodnoty je podrobena 2,5 % obyvatel celodenně a 3,0 % obyvatel přes noc z důvodu silniční dopravy, přestože je nadměrný hluk zdrojem mnoha onemocnění.

Pracovní prostředí je v ČR upraveno zákonem č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který zaměstnavateli stanoví povinnost vytvářet pracovní prostředí bezpečné a neohrožující zdraví. Právní úpravu požadavků na bezpečnost a ochranu zdraví při práci blíže rozpracovává zákon č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

1.5.6 Zvládání infekčních onemocnění

MZ ČR (2014a) uvádí ve Zprávě o zdraví obyvatel ČR stoupající úmrtnost na infekční onemocnění s důrazem úmrtí na následky komplikací sezónní chřipky, u níž se nedaří zvýšit proočkovanost populace, která tvoří přibližně 5 %. MZ (2014a) rovněž konstatuje nárůst některých infekcí navzdory skutečnosti, že je vůči těmto infekcím dostupná vakcinace (dávivý kašel, klíšťová encefalitida a Lymeská borelióza). NRL (2017) ve své tiskové zprávě uvedlo narůstající množství výskytu infekce HIV v ČR s tím, že je v současnosti zaznamenáno v ČR téměř šestinásobné zvýšení oproti roku 2002, od kterého je sledována rostoucí tendence.

1.5.7 Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR

Vlivem screeningových programů dochází u vybraných onemocnění ke snižování úmrtnosti na daná onemocnění (MZ ČR, 2015c). V akčním plánu zaměřeném na rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR je vymezen úkol nalézt opatření vedoucí k udržení současného stavu a jeho následného posílení s maximálním přínosem pro zdraví obyvatelstva a efektivním vynaložením finančních prostředků (MZ ČR, 2015c).

1.5.8 Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče

MZ ČR (2015d) stanoví tři klíčové úmysly týkající se stálého zvyšování kvality a zvyšování efektivity u poskytování služeb následnou, dlouhodobou a domácí péčí a orientaci na zlepšení dostupnosti indikované péče s ohledem na narůstající počet stárnoucí populace. Zvýšení dostupnosti návazné péče klade důraz na zajištění rozvoje návazné péče s optimálním zajištěním po stránce technické, věcné a personální ve vyrovnané regionální síti s účelem vypracování dokumentu jako stěžejního materiálu pro získávání finančních prostředků v oblasti zdravotnické infrastruktury (MZ ČR, 2015e).

1.5.9 Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb

Akční plán k zajištění kvality a bezpečí poskytování zdravotnických služeb se zabývá zlepšováním vzdělávání v oblasti řízení kvality, bezpečím zdravotnických pracovníků, zvýšením zájmu pacientů jako partnera a široké veřejnosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb (MZ ČR, 2015f). Nepřetržitě zvyšování systému hodnocení kvality a bezpečí v rámci poskytování zdravotní péče bude zajištěno například úpravou systému hodnocení kvality zdravotní péče a motivováním poskytovatelů zdravotní péče k bezpečí a zvyšování kvality zdravotní péče a v souvislosti s tímto bude vypracována metodika obsahující pro každé konkrétní riziko možnost jeho předcházení a uvedení systému do praxe (MZ ČR, 2015f).

1.5.10 Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků

MZ ČR (2015g) se ve svém akčním plánu číslo 10 zaměřilo na cíle směřující ke specializačnímu vzdělávání lékařů a zajištění efektivnějších výstupů z pregraduálního vzdělávání lékařů. U nelékařského zdravotnického personálu je cíleno na přizpůsobení vzdělávání a školení aktuálním potřebám ve zdravotnictví s důrazem na nové metody ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí zajišťující dlouhodobé zlepšování přípravy zdravotnického nelékařského personálu na výkon povolání a zefektivnění léčby poskytované tímto personálem (MZ ČR, 2015h).

1.5.11 Elektronizace zdravotnictví

MZ ČR (2015i) v akčním plánu číslo 11 stanoví přínos elektronického zdravotnictví naplněním výčtu potřeb vedoucích k rozvoji systému veřejného zdravotnictví včetně zajištění stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví přinášející zúčastněným osobám naplnění jejich očekávání v snadném a rovném přístupu k potřebným informacím zdravotního a zdravotnického charakteru na straně jedné (pro pacienty a občany) a zajištění včasných, úplných a přesných informací o pacientech, o jejich zdravotním stavu a léčbě a dalších podstatných informací zahrnujících také možnost týmové komunikace a poskytnutí poznatků pro odborný růst na straně druhé (pro lékaře a další zdravotnický personál).

1.5.12 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Rozvoj zdravotní gramotnosti je v ČR nezbytný vzhledem k nízké úrovni zdravotní gramotnosti české populace, kdy známkou nebezpečí se stává neochota převzetí odpovědnosti osobní za své vlastní zdraví a nedostatečný zájem o zdraví především u mládeže (MZ ČR, 2015j). Součástí rozvoje zdravotní gramotnosti je příprava Národního plánu zdravotní gramotnosti představující základnu pro následující nepřetržitý růst zdravotní gramotnosti (MZ ČR, 2015j). SZÚ prostřednictvím Zdeňka Kučery v roce 2015 prezentoval výsledky reprezentativního šetření zaměřeného v ČR na zdravotní gramotnost a bylo zjištěno, že 59,4 % respondentů vykazovalo omezenou znalost zdravotní gramotnosti.

1.5.13 Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel

MZ ČR (2015k) považuje rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva za nutný a stanoveným cílem je identifikovat závažné problémy a nalézt varianty jejich řešení vedoucí ke sledování ukazatelů o zdraví obyvatel fungujícím systémem s účelovým využitím již existujících zdrojů dat a zachování kompatibility hodnocení ukazatelů o zdraví s normami mezinárodními pro realizaci příslušných hodnověrných porovnaní.

1.5.14 Shrnutí

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v ČR si klade za úkol realizaci mechanismů směřujících ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (MZ, 2015a). Implementačními dokumenty programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí jsou akční plány projednané vládou ČR dne 20. srpna 2015 pod usnesením číslo 671. Akční plány jsou zpracovány pro třináct oblastí zabývajících se od zdravého životního stylu a rozvojem zdravotní gramotnosti

přes snižování zdravotních rizik z prostředí pracovního a životního, po problematiku, kvality, dostupnosti a efektivity zdravotní péče včetně celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (MZ, 2015a).

1.6 Národní programy

1.6.1 Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví

Dotační program Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví je nástrojem MZ ČR, kterým naplňuje stanovené cíle a priority vyplývající ze strategického dokumentu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a prvotním cílem dotačního programu Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví je v dlouhodobém horizontu podpoření zájmu o vybudování si ke zdraví a zdravému životnímu stylu aktivní vztah a odpovědnost a následně jejich podpora a posilování mezi obyvatelstvem (MZ ČR, 2014d).

MZ ČR v rámci Národního programu zdraví - projekty na podporu zdraví poskytuje finanční prostředky na dlouhodobou podporu účasti na aktivním a odpovědném přístupu ke zdraví a jeho větším dopadu na život rodinný, pracovní a komunitní prostřednictvím organizací veřejné správy a dalších subjektů (MZ ČR, 2011).

Projekty podpory zdraví poskytované v rámci Národního programu zdraví jsou projekty intervenčními, realizované většinou na úrovni místní, na úrovni okresu nebo celé ČR a působí na rizikové faktory závažných civilizačních onemocnění (Čevela, et al., 2009). MZ ČR (2014d) pro rok 2017 stanovilo tematické okruhy pro poskytnutí finančních prostředků na projekty podpory zdraví zaměřené zejména na zdravější výživu a optimalizaci aktivity pohybové s cílem prevence nadváhy a obezity, na prevenci užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu, zdravé stárnutí a projekty komplexní, jejichž prioritou je zlepšit znalosti o možnostech primární prevence nemocí a cílové skupiny populace motivovat ke změně chování v oblasti zdraví.

1.6.2 Shrnutí

Nástrojem MZ ČR naplňujícím cíle a priority stanovené dokumentem Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je dotační program Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví (MZ ČR, 2014a). Prostřednictvím Národního programu zdraví – projekty na podporu zdraví poskytuje MZ ČR finanční prostředky na projekty subjektům podporující aktivní a odpovědný přístup ke zdraví (MZ ČR, 2011).

1.7 Zdravotní gramotnost

1.7.1 Pojem zdravotní gramotnost

Pojmem gramotnost Průcha, et al. (2009) rozumí dovednost jedince číst, psát a počítat představující základní gramotnost jako předpoklad dalšího vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Průcha et al. (2009) rozšiřuje význam pojmu gramotnost na základě využití v současné pedagogice prezentující pojem gramotnost jako schopnost aplikovat specifické dovednosti.

Z této definice lze specifikovat zdravotní gramotnost jako schopnost využití specifických dovedností v oblasti zdraví. Charakteristika zdravotní gramotnosti by byla velmi nepřesná a zavádějící. Pojem zdravotní gramotnost je podle Holčíka (In Čevela, et al., 2014) širší a zahrnuje v sobě znalosti o lidském těle a jeho nemocech, znalosti o determinantech zdraví a povědomí o zdravotnickém systému, ale i dovednost výše uvedené znalosti využít k osvojení schopnosti rozhodovat se v každodenním životě a činit jednání v oblasti ochrany a zlepšování zdraví našeho, našich rodinných příslušníků a širšího okolí. Zdravotní gramotnost podle WHO (© 2013b) se vztahuje ke gramotnosti a znamená znalosti lidí, jejich motivaci a kompetence porozumět, posoudit a aplikovat informace vedoucí k vytvoření úsudku a rozhodování se v každodenním životě ve věcech týkajících se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví s důrazem na udržení nebo zlepšení kvality života v průběhu životní dráhy jedince.

1.7.2 Druhy zdravotní gramotnosti

Holčík (2015) udává dělení zdravotní gramotnost na tři druhy zdravotní gramotnosti: zdravotní gramotnost funkční, zdravotní gramotnost interaktivní a kritickou zdravotní gramotnost. Funkční zdravotní gramotnost je podle Holčíka (2015) ve společnosti zažita a známa prostřednictvím zdravotní výchovy a představuje soubor poznatků získaných z informací poskytnutých o rizicích v oblasti a orientace ve zdravotnickém systému s cílem zlepšení povědomí lidí o zdravotnických rizikových faktorech a vyvinutí větší ochoty realizovat stanovená opatření. Tento přístup je podle Holčíka (2015) v mnoha případech účinný a pomáhá zlepšit zdraví jedinců i celé populace i přesto, že nevyžaduje posilování samostatnosti osob a komunikace je na bázi jednostrannosti s ohledem na tradiční aktivitu funkční zdravotní gramotnosti, kterou je příprava informačních letáků a brožur.

Interaktivní zdravotní gramotnost klade důraz na schopnosti jedinců, rozvíjí samostatnost občanů a apeluje na jejich zodpovědnost za své zdraví respektováním stanovených pokynů s prvořadým cílem rozvíjení autonomie rozhodování ve prospěch

vlastního zdraví a jeho zlepšování apelací na posilování vnitřní motivace (Holčík, 2009). Produkty interaktivní zdravotní gramotnosti jsou zdravotně vzdělávací programy určené konkrétním skupinám obyvatelstva a zdravotnický personál se stylizuje do role konzultantů upozorňující na výhody a nevýhody rozličných aktivit při různých možnostech volby (Holčík, 2009).

Podporováním schopností jedince majíci vliv nejen na jeho individuální chování, ale také na jeho angažovanost při činnostech v oblasti sociální a politické s důrazem podpory vytváření sociálního prostředí, které z hlediska zdravotního je pro populaci příznivé, se zabývá kritická zdravotní gramotnost, která chápe jedince jako partnera a posiluje prvek komunikace o zdraví mezi zainteresovanými osobami a občany (Holčík, 2015).

Permanentní podpora rozvoje zdravotní gramotnosti je účelem Ústavu pro zdravotní gramotnost, který v lednu roku 2017 uspořádal 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti (UZG, © 2017)

1.7.3 Shrnutí

Pojem zdravotní gramotnost je definován WHO (WHO, © 2013b). Holčík (In Čevela, et al., 2014) shledává definici zdravotní gramotnosti WHO za nedostačující a tuto definici rozšiřuje. Holčík (2015) rozděluje zdravotní gramotnost na tři druhy – zdravotní gramotnost funkční, zdravotní gramotnost interaktivní a zdravotní gramotnost kritickou.

2 Hypotézy a metodika výzkumu

2.1 Hypotézy

1. Obec Předslavice se zapojila do realizace cílů programu Zdraví 21.
2. Obyvatelé obce vědí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR.
3. Dospělá populace obyvatel zná pojem zdravotní gramotnost.
4. U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním.

2.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn na bázi kvantitativního výzkumu. Shromáždění dat proběhlo prostřednictvím vytvořeného dotazníku koncipovaného za účelem získání relevantních dat pro další zpracování viz. příloha č. 1. Dotazník můžeme charakterizovat jako promyšlené a připravené otázky seřazené v určitém pořadí sloužící k získání potřebných údajů od respondentů s tím, že odpovědi jsou zaznamenávány písemně (Chrátka, 2016). Koncepce otázek byla volena se záměrem zajištění dat s ohledem na cíl práce a zodpovězení jednotlivých stanovených hypotéz. Při tvorbě dotazníku a stanovení jednotlivých otázek týkajících se zdravotní gramotnosti jsem se nechala inspirovat dotazníkem použitým při výzkumu zjišťování zdravotní gramotnosti u manažerů prováděného v roce 2013 Veronikou Něničkovou.

Dotazník se skládá z 20 otázek týkajících se zkoumaných jevů a 3 otázek osobního rázu respondentů (věk, pohlaví a vzdělání). Dotazník byl složen z otázek uzavřených a otevřených. Otázky uzavřené byly tvořeny z položek dichotomických a polytomických skládajících se z výběrových a výčtových položek doplněných položkami polouzavřenými. Dotazník jsem se snažila koncipovat otázkami srozumitelnými a jasnými. Na začátek dotazníku jsem umístila pokyny pro práci s dotazníkem včetně představení mé osoby a vysvětlení daného výzkumu. Srozumitelnost pokynů a položených otázek v dotazníku jsem otestovala na třech osobách, které mi podaly zpětnou vazbu. Důsledkem zpětné vazby byla úprava některých otázek pro jejich lepší porozumění.

Výzkum byl prováděn v obci Předslavice mezi dospělou populací v období leden 2017 až 5. dubna 2017 prostřednictvím elektronického dotazníku (odkaz umístěn na webových stránkách obce) a dotazníku v listinné podobě, který byl umístěn v multikulturním zařízení obce. Výsledky dotazníkového šetření probíhajícího v listinné

podobě byly následně zpracovány do tabulky s výsledky elektronického dotazníku. Souhrnná data byla použita pro další zpracování.

Zpracování probíhalo v programu Excel při využití funkcí tabulkového procesoru se zapojením dostupného grafického zpracování. Při provádění statistického zpracování dat byla zjištěna nedostatečná formulace stanovených hypotéz a po konzultaci s vedoucím bakalářské práce byly hypotézy upraveny způsobem odpovídajícím uplatnění statistického testování hypotéz.

Po úpravě zní hypotéz následovně:

1. Dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku.
2. Dospělá populace žen má větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů.
3. Dospělá populace žen má větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů.
4. U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním.

Přípravné práce pro ověřování hypotéz byly prováděny pomocí kontingenčních tabulek a následně byly provedeny stanovené výpočty k ověření hypotéz podle zvoleného druhu statistické metody. Po provedeném výpočtu došlo ke zjištění příslušné kritické hodnoty zvolené statistické metody v odborné literatuře a následně byl formulován závěr přijetí nebo odmítnutí nulové hypotézy. Pro ověřování hypotéz byly použity statistické metody test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, Fisherův kombinatorický test, U-test Manna a Whitneyho při velkých četnostech a Studentův t-test (Chrástka, 2016).

Při hodnocení úrovně gramotnosti byl stanoven počet maximálně možných dosažených bodů (48), následně zpracován rozsah bodů pro jednotlivé stupně znalosti (stupně od výborně až po nedostatečně, celkem 5 stupňů) a rozdělení počtu respondentů podle dosaženého počtu bodů.

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 93 respondentů ochotných zodpovědět stanovené otázky, což tvoří 42,7 % respondentů. Katriak in Vojtíšek (2012) uvádí při velikosti základního souboru do 1 000 jednotek přibližnou velikost výběrového souboru 40%.

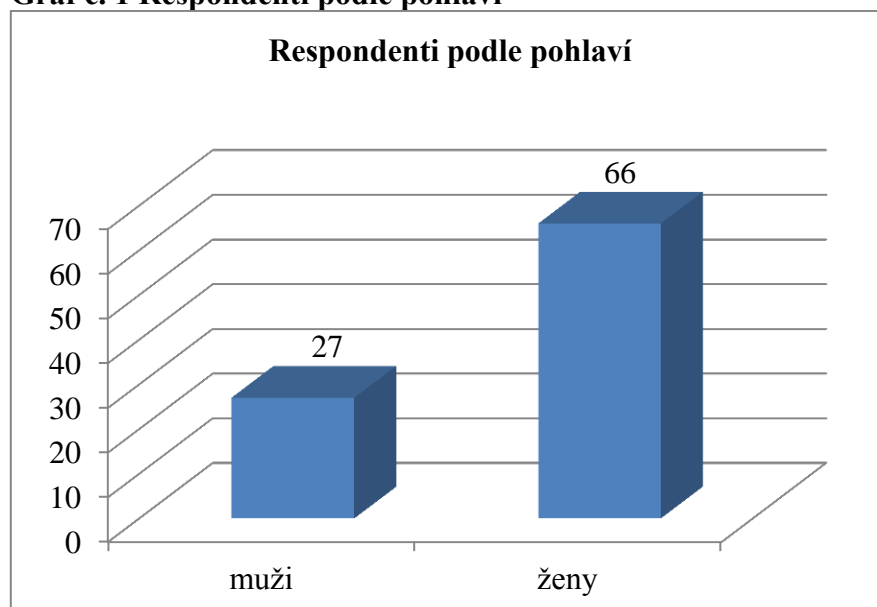
Rozdělení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 1 Respondenti podle pohlaví

respondenti	počet respondentů	počet respondentů v %
muži	27	29,0
ženy	66	71,0
celkem	93	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1 Respondenti podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů bylo 27 mužů tvořící 29,0 % respondentů. Žen se dotazníkového šetření zúčastnilo 66 tvořící 71,0 % z celkového počtu respondentů.

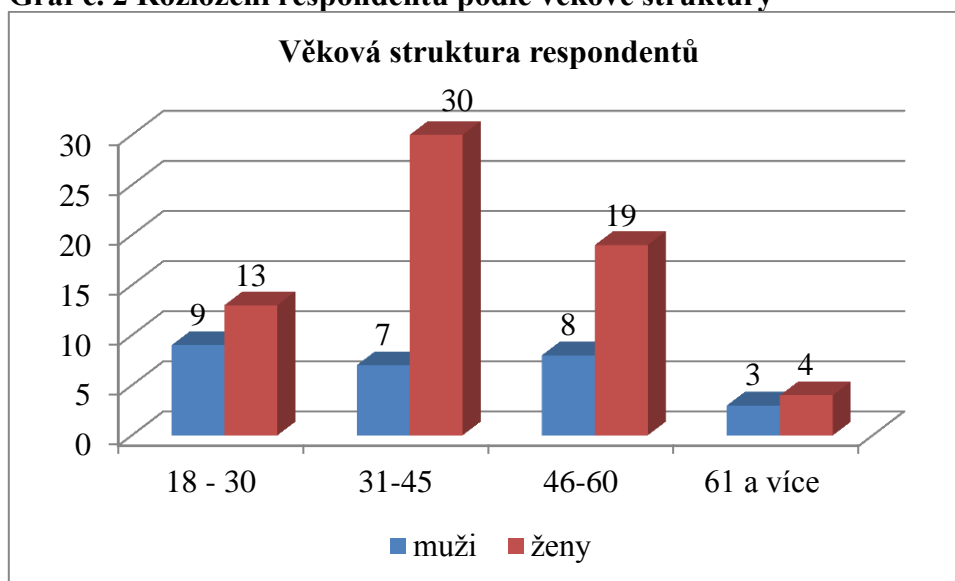
Rozdělení respondentů podle věkové struktury

Tabulka č. 2 Rozložení respondentů podle věkové struktury

věk	muži		ženy		celkem	
	počet	počet v %	počet	počet v %	počet	počet v %
18 - 30	9	33,3	13	19,7	22	23,7
31-45	7	25,9	30	45,5	37	39,8
46-60	8	29,6	19	28,8	27	29,0
61 a více	3	11,1	4	6,1	7	7,5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 Rozložení respondentů podle věkové struktury



Zdroj: vlastní výzkum

Věkovou strukturu respondentů ve věkové skupině 18 - 30 let tvoří celkem 22 respondentů (23,7 %), počet žen je 13 (19,7 %) a počet mužů je 9 (33,3 %). Věkovou strukturu respondentů ve věkové skupině 31 - 45 let tvoří celkem 37 respondentů (39,8 %), počet žen je 30 (45,5 %) a počet mužů je 7 (25,9 %). Věkovou strukturu respondentů ve věkové skupině 46 - 60 let tvoří celkem 27 respondentů (29,0 %), žen je 19 (28,8 %) a mužů je 8 (29,6 %). Věkovou strukturu respondentů ve věkové kategorii 61 a více let tvoří 7 respondentů (7,5 %), ženy jsou 3 (11,1 %) a muži jsou 4 (6,1 %).

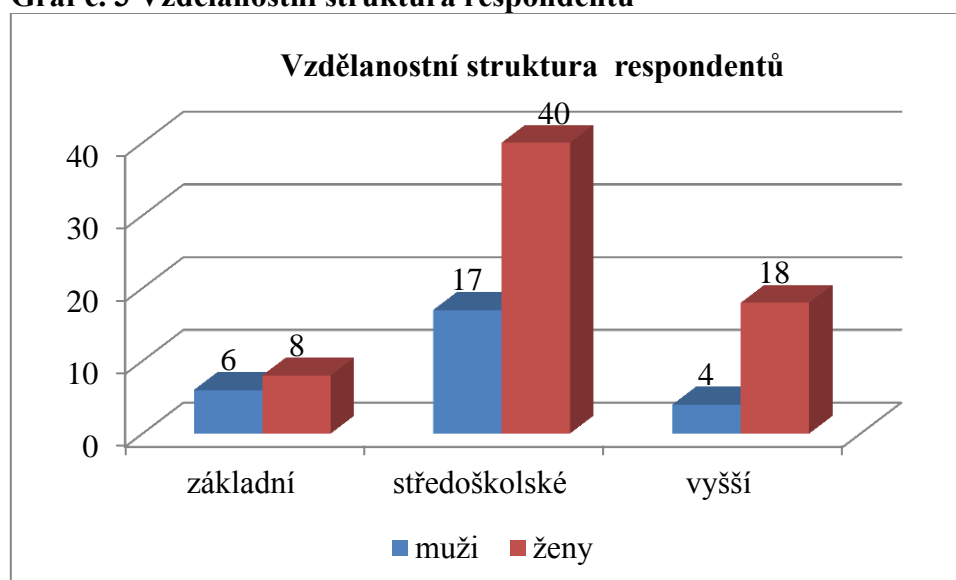
Rozdělení respondentů podle vzdělanostní struktury

Tabulka č. 3 Vzdělanostní struktura respondentů

Vzdělání	muži		ženy		celkem	
	počet	počet v %	počet	počet v %	počet	počet v %
základní	6	22,2	8	12,1	14	15,1
středoškolské	17	63,0	40	60,6	57	61,3
vyšší	4	14,8	18	27,3	22	23,7

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 Vzdělanostní struktura respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Na vzdělanostní struktuře respondentů se počtem 14 (15,1 %) podílí respondenti se základním vzděláním, žen je 8 (12,1 %) a mužů je 6 (22,2 %). Strukturu respondentů se vzděláním středoškolským vytváří 57 respondentů (61,3 %), žen je 40 (60,6 %) a mužů je 17 (63,0 %). Respondenti s vyšším vzděláním se podílejí na vzdělanostní struktuře 23,7 % v počtu 22 osob, žen je 18 (27,3 %) a muži jsou 4 (14,8 %).

3. Výsledky

Výsledky výzkumu prováděného prostřednictvím dotazníkového šetření jsou znázorněny v tabulkách. Ke každé tabulce je zároveň zpracováno grafické znázornění.

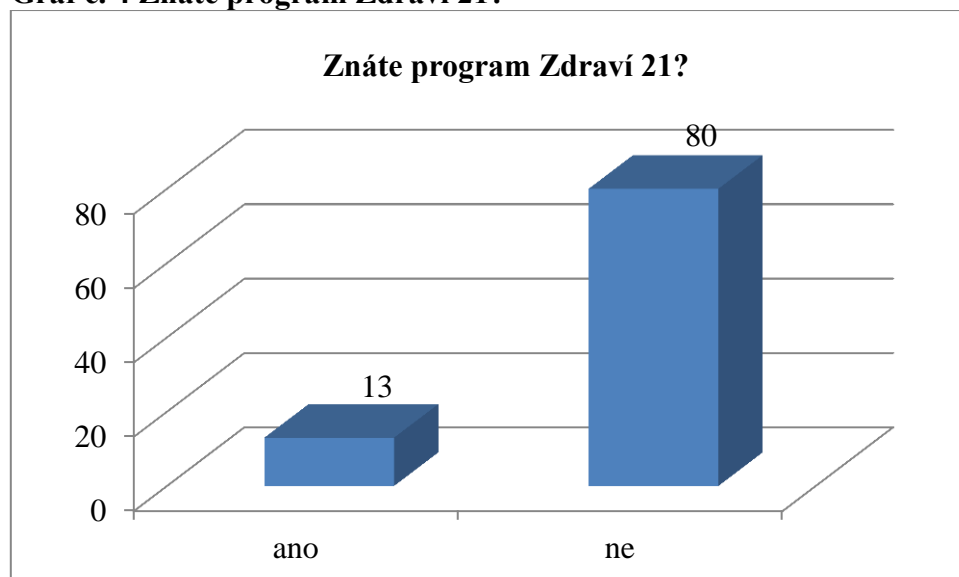
Otázka č. 4 uvedená v dotazníku: Znáte program Zdraví 21?

Tabulka č. 4 Znáte program Zdraví 21?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	13	14,0
ne	80	86,0
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 Znáte program Zdraví 21?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 93 respondentů má 13 osob povědomost o programu Zdraví 21, což tvoří 14,0 % respondentů. Zbýlých 80 respondentů tvořících 86,0 % nemá povědomí o programu Zdraví 21.

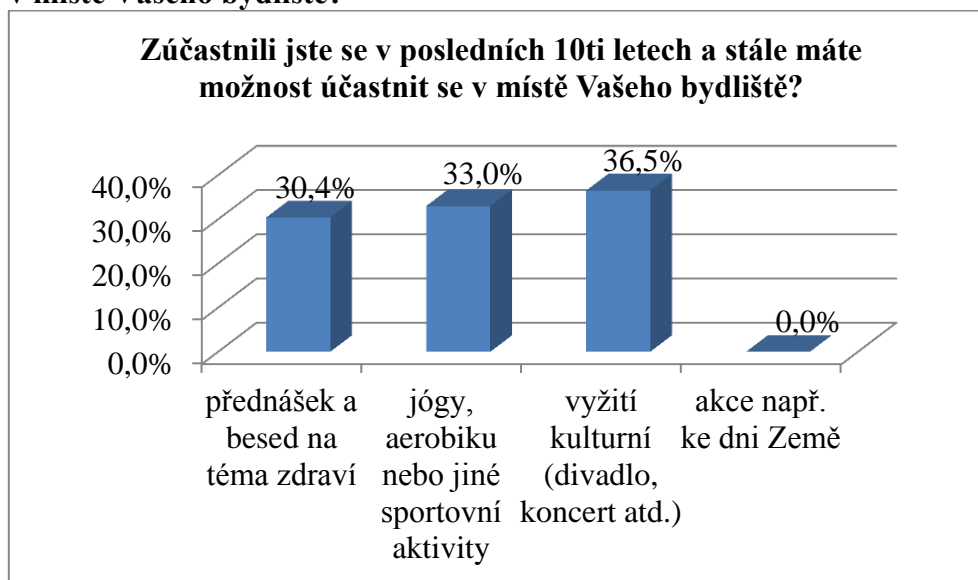
Otázka č. 5 uvedená v dotazníku: Zúčastnili jste se v posledních 10 ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?

Tabulka č. 5 Zúčastnili jste se v posledních 10ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?

	počet respondentů	počet respondentů v %
přednášek a besed na téma zdraví	70	30,4
jógy, aerobiku nebo jiné sportovní aktivity	76	33,0
vyžití kulturní (divadlo, koncert atd.)	84	36,5
uspořádána akce např. ke dni Země	0	0,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 Zúčastnili jste se v posledních 10ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?



Zdroj: vlastní výzkum

Přednášek a besed na téma zdraví se zúčastnilo 30,4 % respondentů. Jógy, aerobiku nebo jiné sportovní aktivity se zúčastnilo 33,0 % respondentů, kulturního vyžití (divadlo, koncert atd.) se zúčastnilo 36,5 % respondentů. Akce pořádané například ke dni Země se v obci nekonaly (0 % účasti).

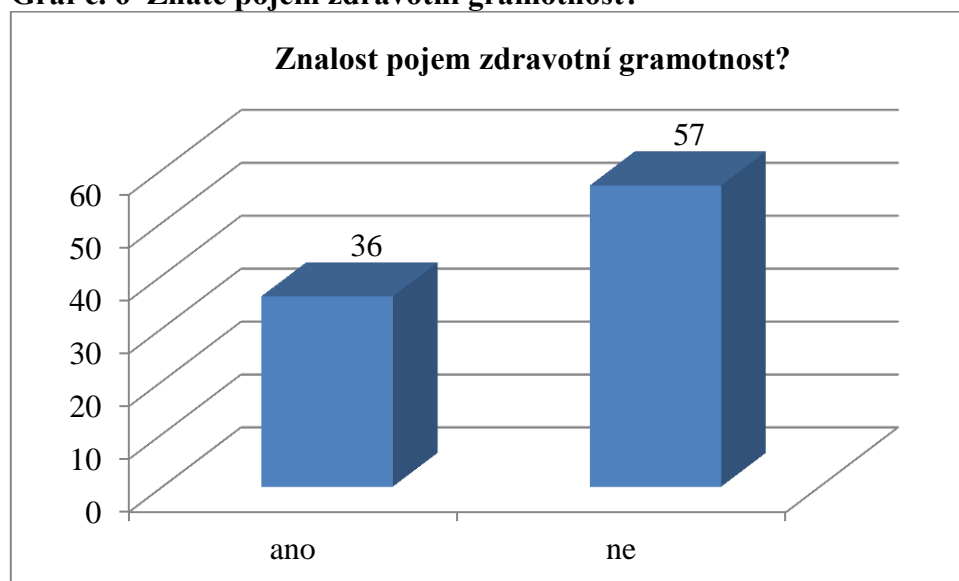
Otázka č. 6 uvedená v dotazníku: Znáte pojem zdravotní gramotnost?

Tabulka č. 6 Znáte pojem zdravotní gramotnost?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	36	38,7
ne	57	61,3
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 Znáte pojem zdravotní gramotnost?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 93 respondentů zná 36 z nich pojem zdravotní gramotnost, což tvoří 38,7 % respondentů. Zbylých 57 respondentů tvořících 61,3 % nemá o pojmu zdravotní gramotnost žádnou povědomost.

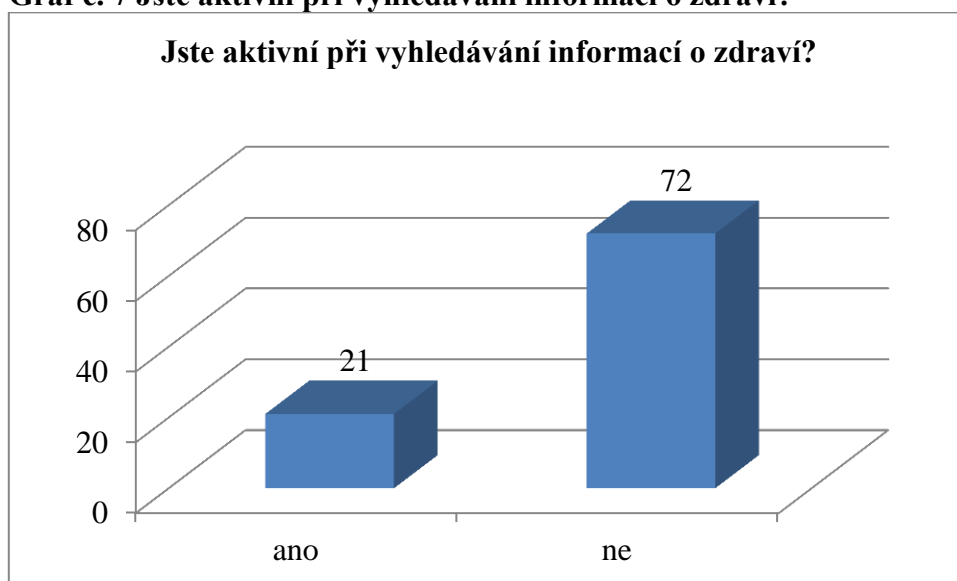
Otázka č. 7 uvedená v dotazníku: Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví?

Tabulka č. 7 Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	21	22,6
ne	72	77,4
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Osoby v počtu 21 (22,6 %) jsou aktivní při vyhledávání informace týkající se zdraví, celkem 72 osob tvořících 77,4 % respondentů informace o zdraví nevyhledává.

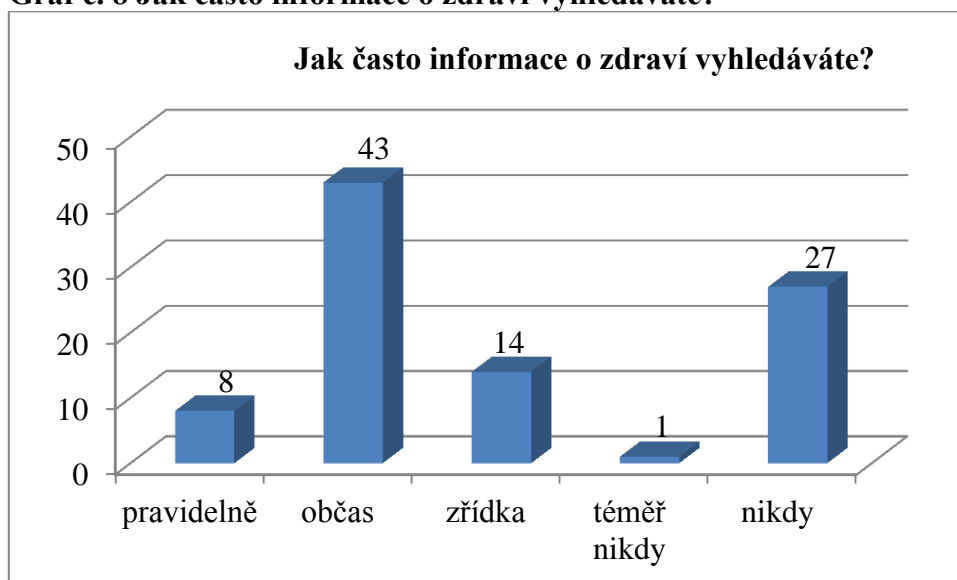
Otázka č. 8 uvedená v dotazníku: Jak často informace o zdraví vyhledáváte?

Tabulka č. 8 Jak často informace o zdraví vyhledáváte?

	počet respondentů	počet respondentů v %
pravidelně	8	8,6
občas	43	46,2
zřídka	14	15,1
téměř nikdy	1	1,1
nikdy	27	29,0
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 Jak často informace o zdraví vyhledáváte?



Zdroj: vlastní výzkum

Pravidelně informace o zdraví vyhledává 8 respondentů (8,6 %), občas informace o zdraví vyhledává 43 respondentů (46,2 %), zřídka informace o zdraví vyhledává 14 respondentů (15,1 %) téměř nikdy informace o zdraví vyhledává 1 respondent (1,1 %) a nikdy informace o zdraví vyhledává 27 respondentů (29,0 %).

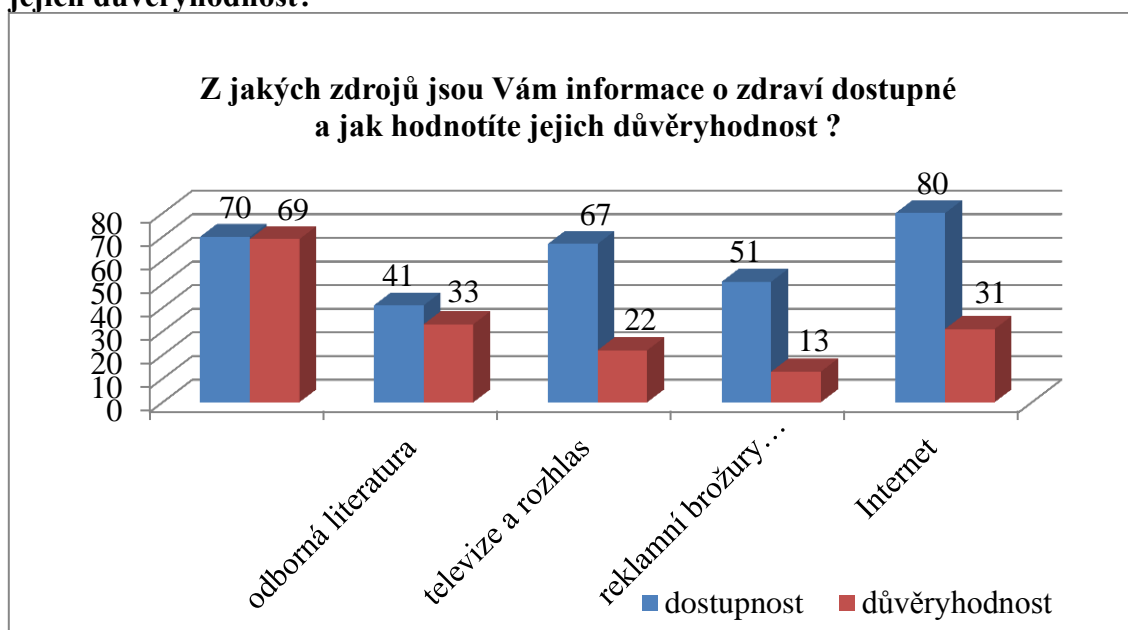
Otázka č. 9 uvedená v dotazníku: Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?

Tabulka č. 9 Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?

	dostupnost	v %	důvěryhodnost	v %
zdravotnický personál	70	22,7	69	41,1
odborná literatura	41	13,3	33	19,6
televize a rozhlas	67	21,7	22	13,1
reklamní brožury a letáky	51	16,5	13	7,7
Internet	80	25,9	31	18,5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti uvedli dostupnost informací o zdraví nejvíce z Internetu (25,9 %), následují zdravotnický personál (22,7 %), televize a rozhlas (21,7 %), reklamní brožury a letáky (16,5 %) a výčet uzavírá odborná literatura (13,3 %). Důvěryhodnost zvolených zdrojů informací o zdraví respondenti volili následovně: zdravotnický personál (41,1 %), odborná literatura (19,6 %), Internet (18,5 %), televize a rozhlas (13,1 %) a reklamní brožury a letáky (7,7 %).

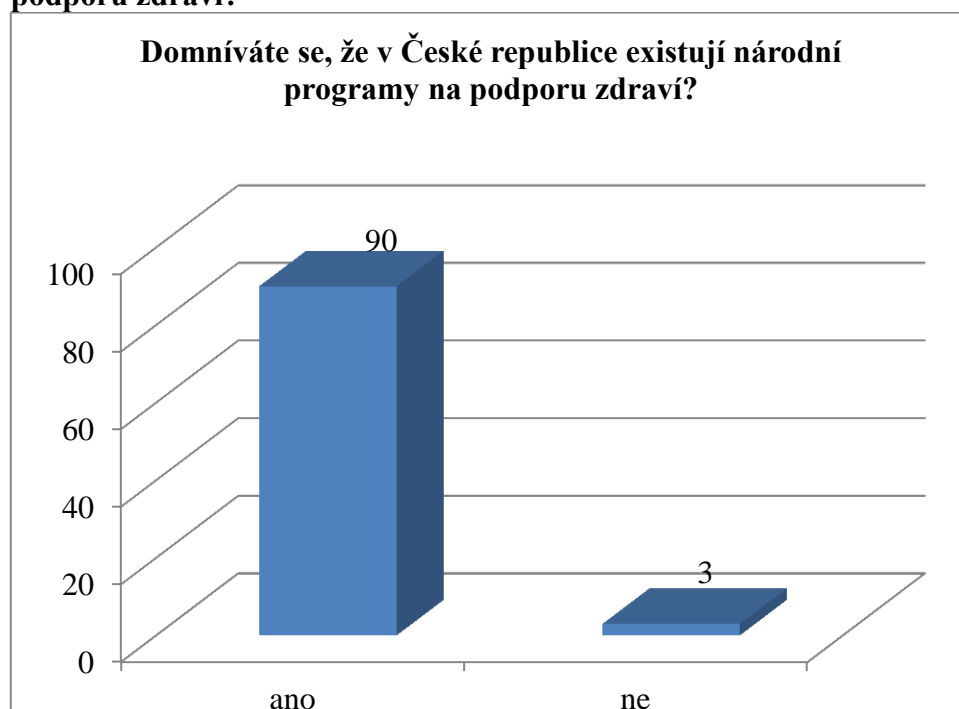
Otázka č. 10 uvedená v dotazníku: Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?

Tabulka č. 10 Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	90	96,8
ne	3	3,2
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti v počtu 90 osob (96,8 %) se domnívá, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví. Osoby v počtu 3 (3,2 %) se domnívá, že v České republice národní programy na podporu zdraví neexistují.

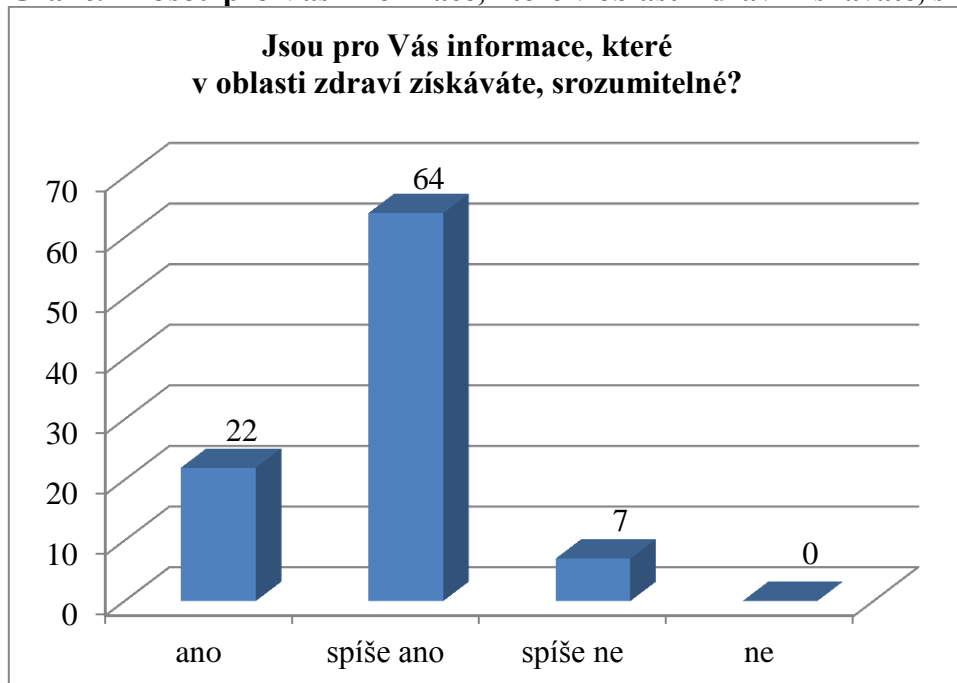
Otázka č. 11 uvedená v dotazníku: Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?

Tabulka č. 11 Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	22	23,7
spíše ano	64	68,8
spíše ne	7	7,5
ne	0	0,0
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?



Zdroj: vlastní výzkum

Získané informace v oblasti zdraví jsou srozumitelné pro 22 respondentů (23,7 %), 64 respondentů (68,8 %) uvedlo, že jsou jim získané informace v oblasti zdraví spíše srozumitelné. Získané informace v oblasti zdraví jsou spíše nesrozumitelné pro 7 respondentů (7,5 %). Žádný z respondentů neuváděl, že získané informace v oblasti zdraví jsou zcela nesrozumitelné.

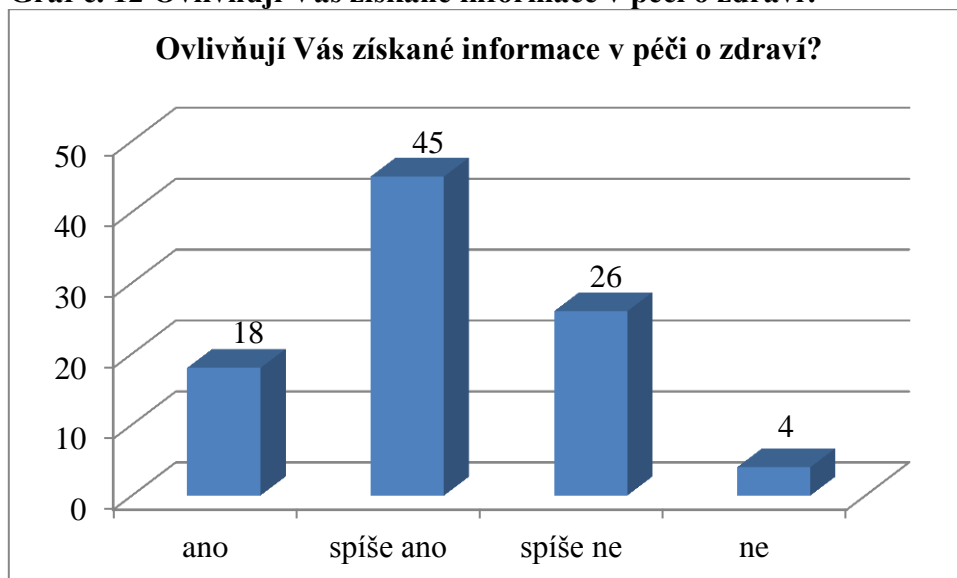
Otázka č. 12 uvedená v dotazníku: Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?

Tabulka č. 12 Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	18	19,4
spíše ano	45	48,4
spíše ne	26	28,0
ne	4	4,3
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Získané informace ovlivňují v péči zdraví 18 osob (19,4 %), získanými informacemi se spíše nechává ovlivnit v péči o zdraví 45 respondentů (48,4 %), získanými informacemi v péči o zdraví se spíše nenechává ovlivnit 26 osob (28,0 %) a 4 respondenti (4,3 %) se získanými informacemi v péči o zdraví nenechávají vůbec ovlivňovat.

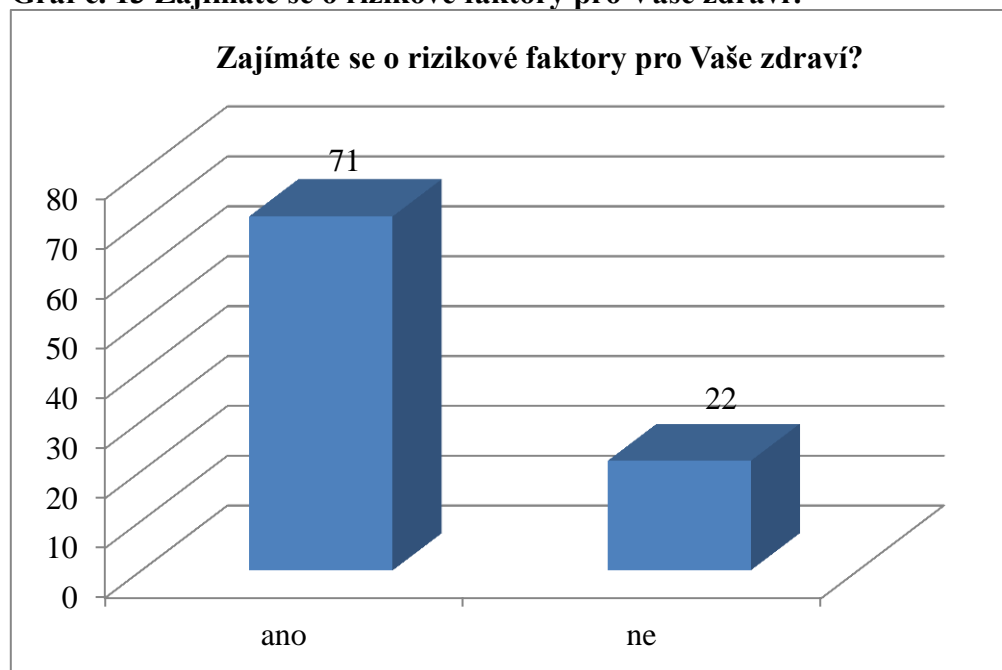
Otázka č. 13 uvedená v dotazníku: Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?

Tabulka č. 13 Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	71	76,3
ne	22	23,7
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 76,3 % respondentů (71 osob) se zajímá o rizikové faktory pro jejich zdraví. O rizikové faktory pro zdraví se nezajímá 22 osob, což představuje 23,7 % respondentů.

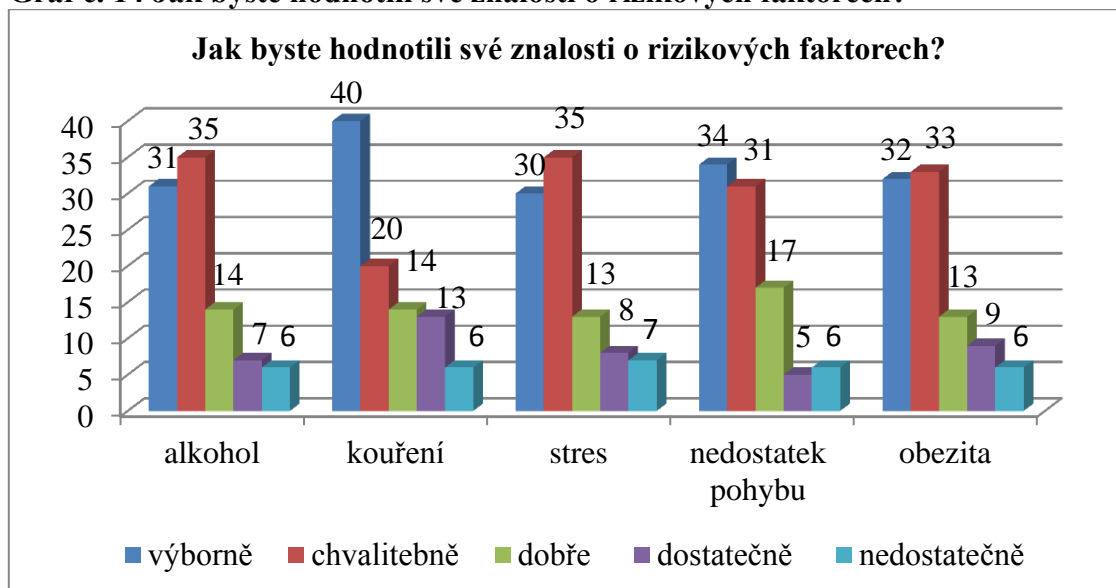
Otázka č. 14 uvedená v dotazníku: Jak byste hodnotili své znalosti o rizikových faktorech?

Tabulka č. 14 Jak byste hodnotili své znalosti o rizikových faktorech?

	alkohol	kouření	stres	nedostatek pohybu	obezita	celkem	v %
výborně	31	40	30	34	32	167	35,9
chvalitebně	35	20	35	31	33	154	33,1
dobře	14	14	13	17	13	71	15,3
dostatečně	7	13	8	5	9	42	9,0
nedostatečně	6	6	7	6	6	31	6,7

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 Jak byste hodnotili své znalosti o rizikových faktorech?



Zdroj: vlastní výzkum

Zhodnocení svých znalostí o rizikových faktorech na stupeň znalosti výborně provedlo 35,9 % respondentů, znalosti ohodnocené chvalitebně provedlo 33,1 % respondentů, ohodnocení dobře připadlo 13,5 % respondentů, ohodnocení dostatečně je připsáno 9,0 % respondentů a na ohodnocení znalostí o rizikových faktorech nedostatečně připadá 6,7 % respondentů.

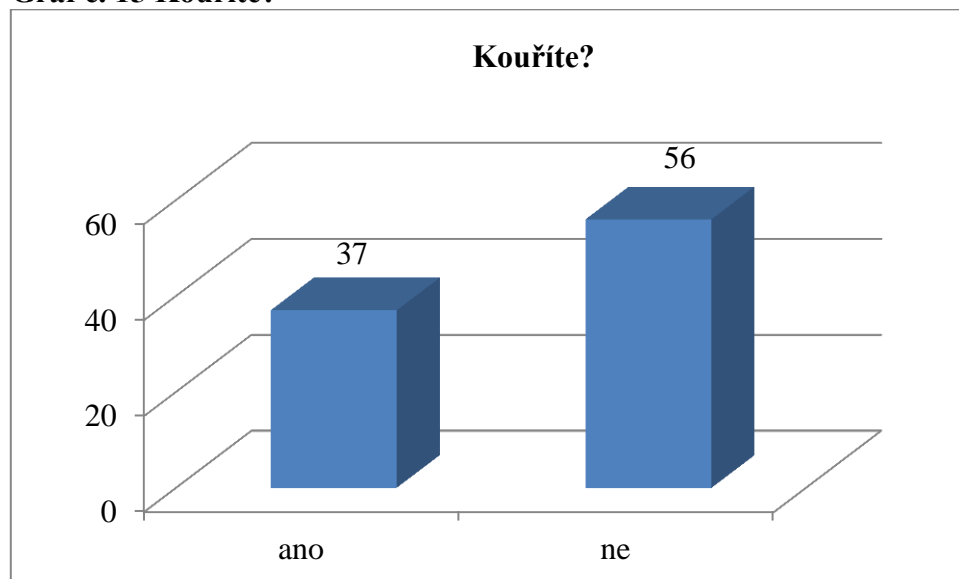
Otázka č. 15 uvedená v dotazníku: Kouříte?

Tabulka č. 15 Kouříte?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	37	39,8
ne	56	60,2
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 Kouříte?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti v počtu 37 osob (39,8 %) uvedli, že jsou kuřáci. Počtem 56 osob zúčastněných v dotazníkovém šetření (60,2 %) bylo uvedeno nekuřáctví.

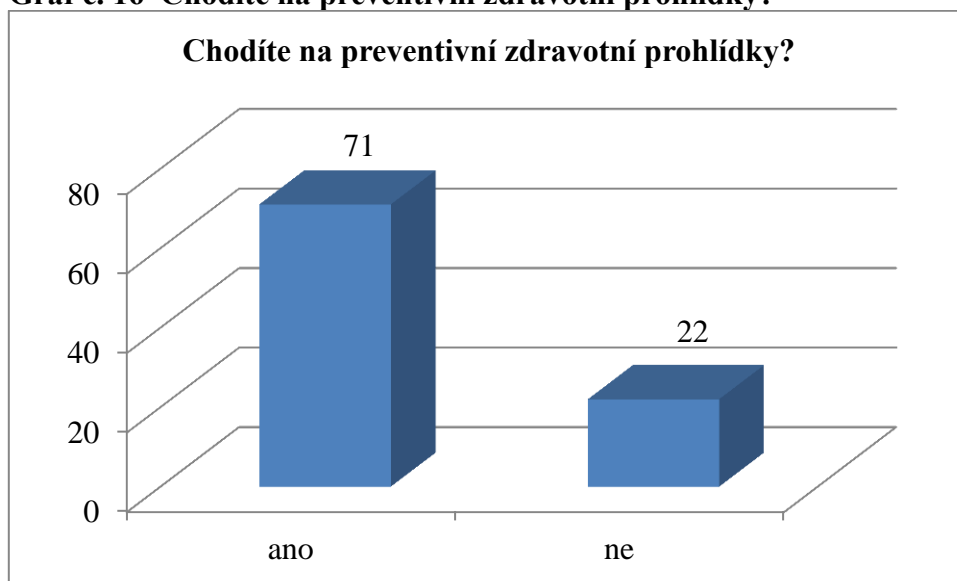
Otázka č. 16 uvedená v dotazníku: Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?

Tabulka č. 16 Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	71	76,3
ne	22	23,7
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti v počtu 71 osob (76,3 %) uvedli, že chodí na preventivní zdravotní prohlídky. Na preventivní zdravotní prohlídky nechodí 22 respondentů, což tvoří 23,7 %.

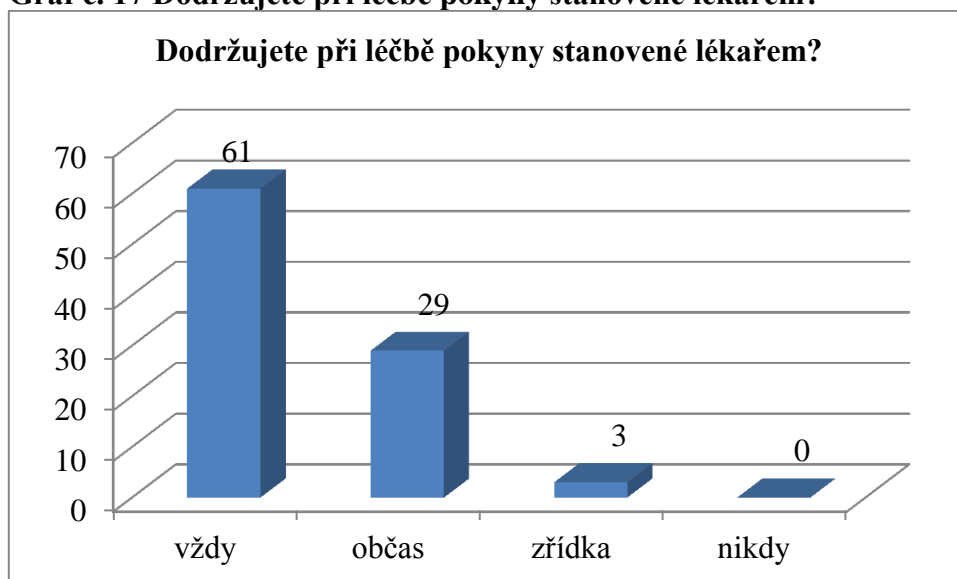
Otázka č. 17 uvedená v dotazníku: Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?

Tabulka č. 17 Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?

	počet respondentů	počet respondentů v %
vždy	61	65,6
občas	29	31,2
zřídka	3	3,2
nikdy	0	0,0
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17 Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 61 respondentů (65,6 %) vždy dodržuje při léčbě pokyny stanovené lékařem, 29 respondentů (31,2 %) při léčbě občas dodržuje pokyny stanovené lékařem a 3 respondenti tvořící 3,2 % dodržují při léčbě pokyny stanovené lékařem zřídka. Žádný z respondentů neuvedl, že při léčbě pokyny stanovené lékařem nikdy nedodržuje.

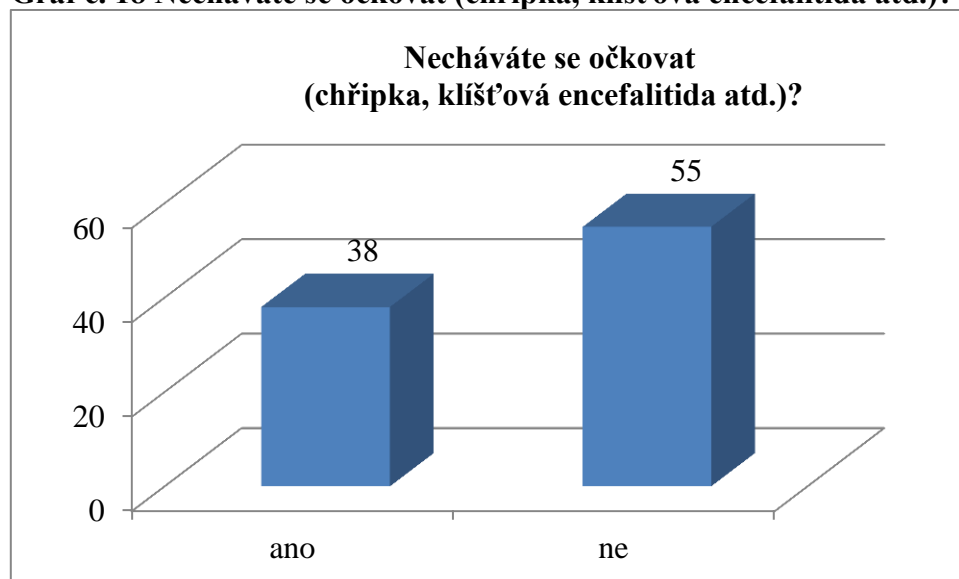
Otázka č. 18 uvedená v dotazníku: Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?

Tabulka č. 18 Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	38	40,9
ne	55	59,1
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondentů, kteří se nechávají očkovat, je 38 osob (40,9 %), 55 respondentů (59,1 %) se očkovat nenechává.

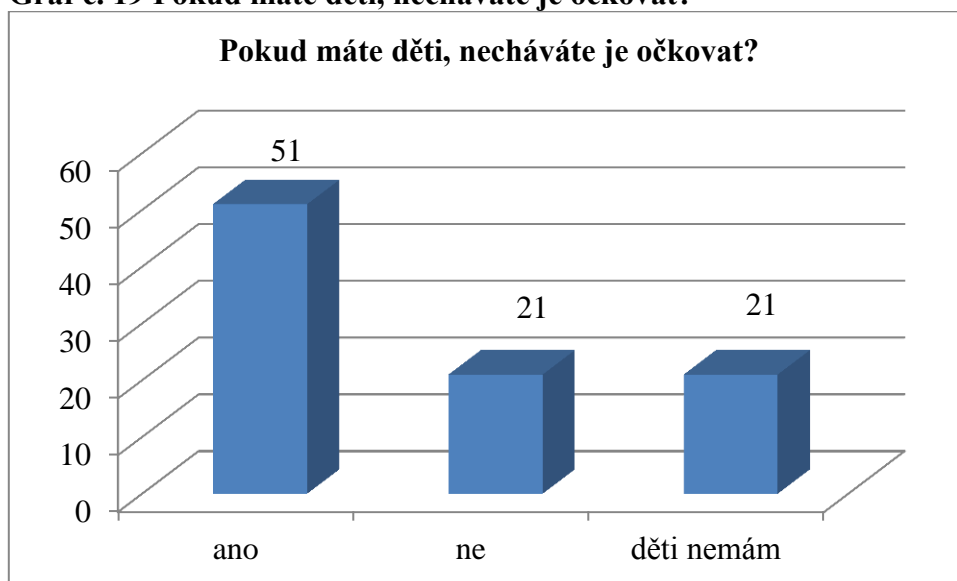
Otázka č. 19 uvedená v dotazníku: Pokud máte děti, necháváte je očkovat?

Tabulka č. 19 Pokud máte děti, necháváte je očkovat?

	počet respondentů	počet respondentů v %
ano	51	54,8
ne	21	22,6
děti nemám	21	22,6
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 Pokud máte děti, necháváte je očkovat?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 93 respondentů jich 21 děti nemá (21,6 %). Ostatní respondenti v počtu 51 osob (54,8 %) své děti nechávají očkovat, 21 respondentů tvořících 22,6 % své děti očkovat nenechává.

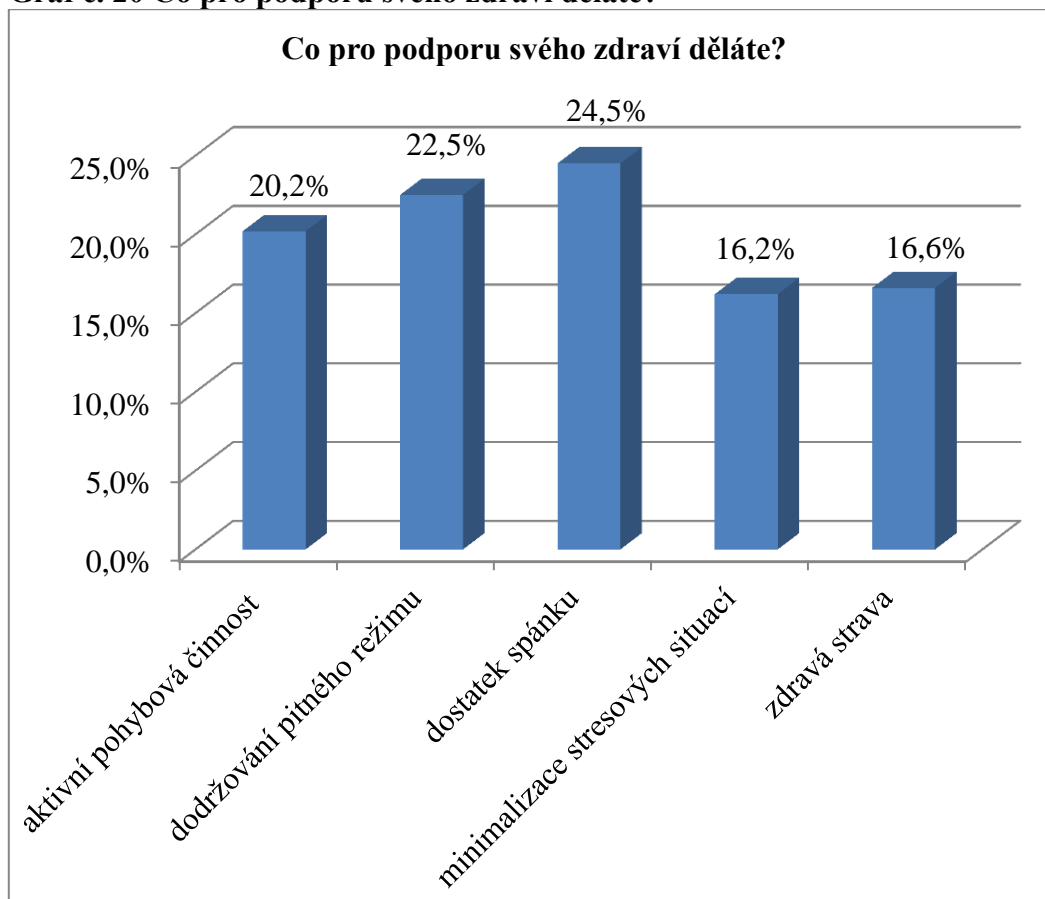
Otázka č. 20 uvedená v dotazníku: Co pro podporu svého zdraví děláte?

Tabulka č. 20 Co pro podporu svého zdraví děláte?

	počet respondentů	počet respondentů v %
aktivní pohybová činnost	56	20,2
dostatek spánku	68	24,5
zdravá strava	46	16,6
minimalizace stresových situací	45	16,2
dodržování pitného režimu	62	22,5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 Co pro podporu svého zdraví děláte?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti pro podporu svého zdraví nejvíce dodržují zásadu dostatečného spánku (24,5 %), následuje dodržování pitného režimu (22,5 %), aktivní pohybová činnost (20,2 %), zdravá strava (16,6 %) a minimalizace stresových situací (16,2 %).

Otázka č. 21 uvedená v dotazníku: Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?

Tabulka č. 21 Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
zlepšení pracovního prostředí	49	23,4
zlepšení životního prostředí	53	25,4
výchova ke zdraví	46	22,0
odměna za dodržování správného životního stylu	48	23,0
trest za nedodržení stanovených opatření	13	6,2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21 Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Zlepšení životního prostředí by vedlo k lepší péči o zdraví u respondentů (25,4 %), následuje zlepšení pracovního prostředí (23,4 %), odměna za dodržování správného životního stylu (23,0 %), výchova ke zdraví (22,0 %) a trest za nedodržení stanovených opatření (6,2 %).

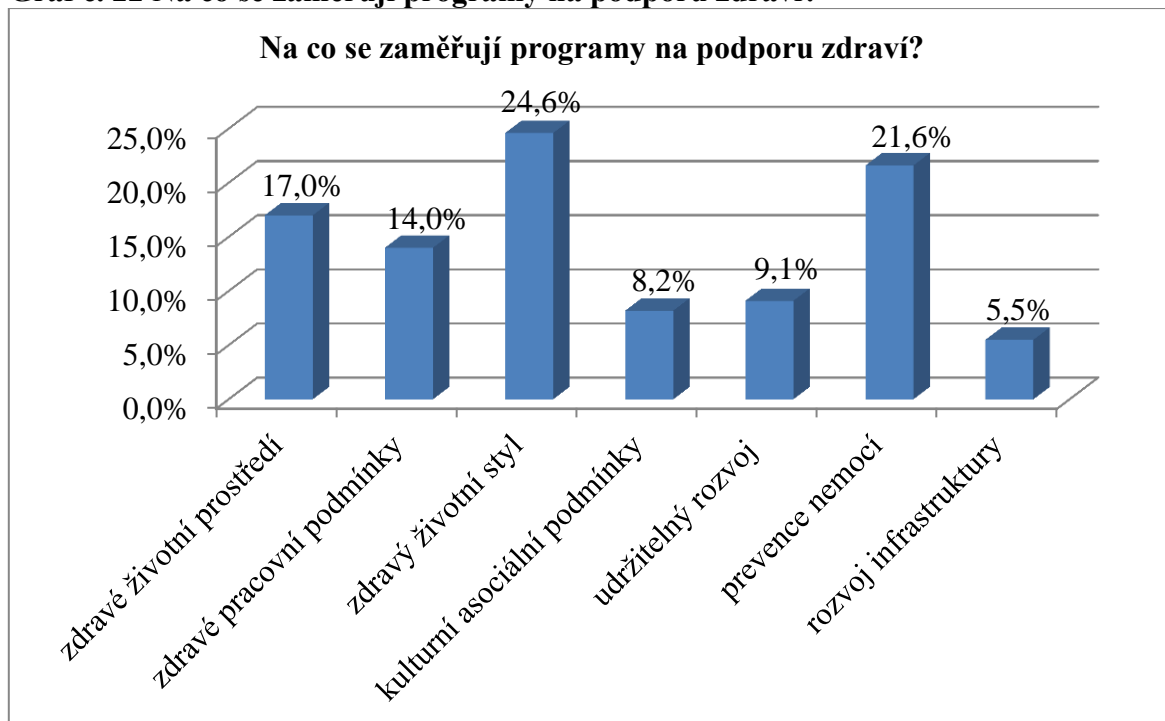
Otázka č. 22 uvedená v dotazníku: Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?

Tabulka č. 22 Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?

	počet respondentů	počet respondentů v %
zdravé životní prostředí	56	17,0
zdravé pracovní podmínky	46	14,0
zdravý životní styl	81	24,6
kulturní a sociální podmínky	27	8,2
udržitelný rozvoj	30	9,1
prevence nemocí	71	21,6
rozvoj infrastruktury	18	5,5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22 Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti uvedli, že programy na podporu zdraví se zaměřují na zdravý životní styl (24,6 %), prevenci nemocí (21,6 %), zdravé životní prostředí (17,0 %), zdravé pracovní podmínky (14,0 %), udržitelný rozvoj (9,1 %), kulturní a sociální podmínky (8,2 %) a rozvoj infrastruktury (5,5 %).

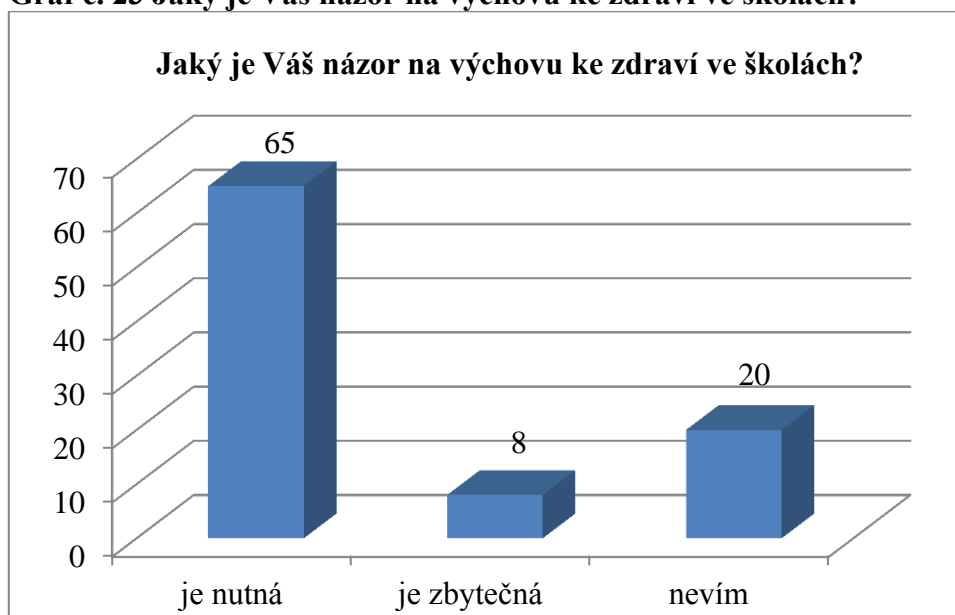
Otázka č. 23 uvedená v dotazníku: Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?

Tabulka č. 23 Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?

	počet respondentů	počet respondentů v %
je nutná	65	69,9
je zbytečná	8	8,6
nevím	20	21,5
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23 Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti v počtu 20 osob (21,5 %) názor na výchovu ke zdraví ve škole nemají vytvořený oproti zbylým respondentům, kteří v počtu 65 osob (69,9 %) uvedli výchovu ke zdraví ve školách jako nutnost a 8 osob (8,6 %) uvedlo zbytečnost výchovy ke zdraví ve školách.

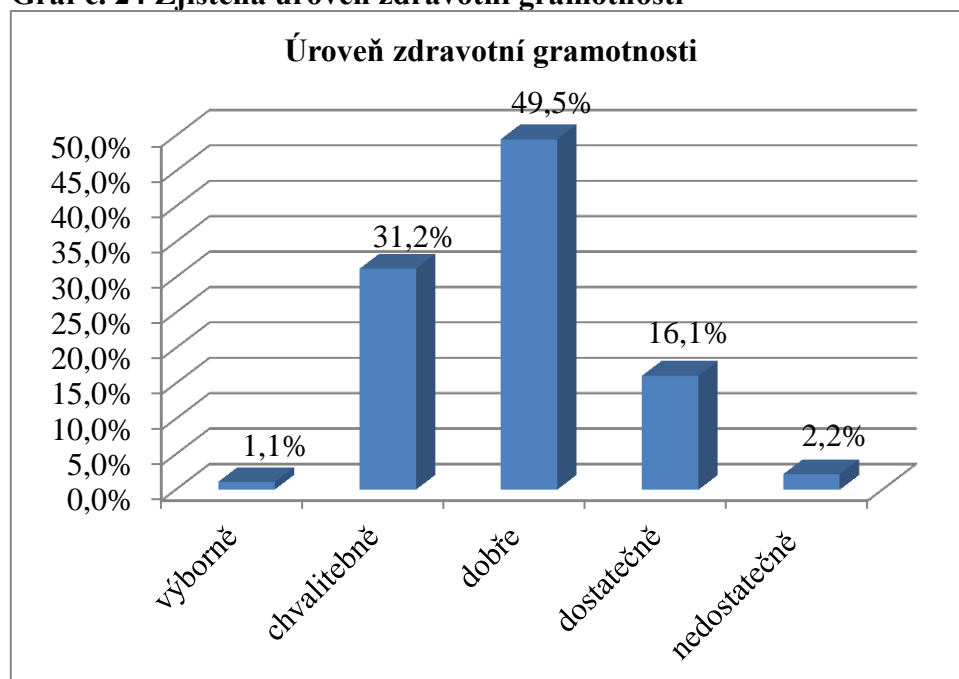
Zjištěná úroveň zdravotní gramotnosti

Tabulka č. 24 Zjištěná úroveň zdravotní gramotnosti

	počet respondentů	počet respondentů v %
výborně	1	1,1
chvalitebně	29	31,2
dobře	46	49,5
dostatečně	15	16,1
nedostatečně	2	2,2
celkem	93	100,0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24 Zjištěná úroveň zdravotní gramotnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Zjištěné úrovně zdravotní gramotnosti ohodnocená známkou výborně dosáhlo 1,1 % respondentů, známku chvalitebně dosáhlo 31,2 % respondentů, známku dobře je ohodnoceno 49,5 % respondentů, známku dostatečně 16,1 % respondentů a známku nedostatečně 2,2 % respondentů.

3.1. *Vyhodnocení*

Vyhodnocení probíhalo následovně: u otázek č. 4, 6, 7, 10, 13, 16 a 18 odpověď ano (odpověď svědčící pro znalost problematiky) byla ohodnocena za jeden kladný bod. U otázek 8 a 17 jsou body stanoveny v rozsahu +2 až -2 (2,1,-1,-2). U otázek 11 a 12 jsou body stanoveny v rozsahu +2 až -1 (2,1,0,-1). U otázky 15 a 19 kladná odpověď znamená žádný bod, záporná odpověď znamená jeden kladný bod resp. kladná odpověď znamená jeden kladný bod, záporná odpověď znamená jeden záporný bod. Otázka č. 9 dostupnost byla hodnocena za každou zvolenou položku jeden kladný bod. Důvěryhodnost byla stanovena ve sledu první položka 5 kladných bodů až pátá položka 1 kladný bod. Konečný počet bodů za otázku byl stanoven průměrem. U otázky č. 14 byly body přidělovány sestupně od odpovědi 1 (výborně) za 4 kladné body až po odpověď 5 (nedostatečně) za 0 bodů. Konečný počet bodů za otázku byl stanoven průměrem. U otázky č. 5, 20, 21 a 22 za každou zvolenou položku přičten jeden kladný bod. U otázky č. 23 byla bodová škála stanovena za odpověď je nutná jeden kladný bod až po odpověď je zbytečná jeden záporný bod.

Hypotézy:

1. Dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku.
2. Dospělá populace žen má větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů.
3. Dospělá populace žen má větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů.
4. U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním.

Hypotéza č. 1

H_0 Dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku.

H_A Dospělá populace obce starší 46 let nevyužívala více možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku

Pro testování této hypotézy byla využita otázka č. 5. Hypotéza byla testována statistickou metodou Studentův t-test. Získaná data byla upravena pro použití statistické metody Studentův t-test, byla vypočítána směrodatná odchylka a následně testovací kritérium t. Byla zjištěna kritická hodnota testového kritéria pro zvolenou hladinu významnosti a příslušný počet stupňů volnosti. Vypočítaná hodnota (1,546) je nižší než

stanovená hodnota kritická pro hladinu významnosti 0,05 (1,984). Přijímáme nulovou hypotézu H_0 znějící dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku

Hypotéza č. 2

H_0 : Dospělá populace žen má větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů.

H_A Dospělá populace žen nemá větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů

Pro testování této hypotézy byla použita otázka č. 10 a statistická metoda Fisherův kombinatorický test. Získaná data byla upravena do tabulek potřebných pro provedení tohoto testu. Následně byla vypočítána pravděpodobnost pro dané tabulky a výsledná pravděpodobnost. Výsledná pravděpodobnost p (0,023 => 2,3 %) stanoví riziko pro zamítnutí nulové hypotézy neopodstatněně. Výsledná hodnota pravděpodobnosti je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu H_0 zamítáme.

Hypotéza č. 3

H_0 Dospělá populace žen má větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů.

H_A Dospělá populace žen nemá větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů.

Při testování této hypotézy byla využita otázka č. 6. Hypotéza byla testována statistickou metodou test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Získaná data byla upravena do čtyřpolní tabulky pro použití statistické metody test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Byla zvolena hladina významnosti 0,01. Byl proveden výpočet hodnoty χ^2 (1,983) a zjištěno, že vypočítaná hodnota χ^2 je menší než kritická hodnota stanovená pro hladinu významnosti 0,01 (6,635). Přijímáme nulovou hypotézu H_0 .

Hypotéza č. 4

H_0 U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním.

H_A U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel není úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním

Při testování této hypotézy byly využity otázky č. 4, 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18, 19, 20, 21, 22 a 23. Hypotéza byla testována statistickou metodou U-test Manna a

Whitneyho při velkých četnostech. Jednotlivé otázky byly rozděleny podle příslušného typu zdravotní gramotnosti. Byly zjištěny hodnoty pro jednotlivé typy zdravotní gramotnosti u jednotlivých respondentů, které byly následně sečteny. Byly zjištěny výsledky obou skupin, vypočtena hodnota testového kritéria U a následně vypočítána normovaná náhodná veličina $u(2,109)$. Zjištěna pravděpodobnost výskytu hodnoty u , která činí 0,0440. Pravděpodobnost je menší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu H_0 zamítáme.

4. Diskuse

Výzkumná část mé práce byla orientována na zdravotní problematiku zabývající se zdravotní gramotností a povědomí o opatřeních týkajících se problematiky zdraví zahrnující rovněž realizované programy v oblasti zdraví v obci Předslavice.

MZ ČR (2003) označuje program Zdraví 21 souborem rozsáhlých aktivit vedoucích trvale ke zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva za podpory veškerých složek ve společnosti. Hypotéza č. 1: Dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace mladšího věku měla prokázat, jak se obec Předslavice zapojila do realizace cílů programu Zdraví 21. Ze získaných dat je jednoznačně prokázána možnost respondentů zúčastňovat se kulturních, sportovních a sociálních aktivit v obci (tabulka č. 5 a graf č. 5). Stanovená hypotéza (H_0) tvrdící, že dospělá populace obce starší 46 let více využívala možnosti kulturního, sportovního a sociálního vyžití v obci než dospělá populace obce mladšího věku byla potvrzena.

Cíle a priority odvíjející se ze strategického dokumentu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí se promítají do dotačního programu Národní program zdraví – projekty na podporu zdraví (MZ ČR, 2014d). Obeznamenost obyvatel obce s existencí národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR je patrná z tabulky č. 10 (graf č. 10). Hypotéza č. 2 je zaměřena na obeznamenost s existencí národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR podle pohlaví. Hypotéza č. 2 (H_0) zní: Dospělá populace žen má větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů. Hypotéza č. 2 (H_0) se nepotvrdila.

S odpovědným chováním za zdraví je úzce spjata zdravotní gramotnost. WHO (© 2013b) definuje zdravotní gramotnost za schopnost lidí využívat získané informace v oblasti zdraví k činění každodenních rozhodnutí týkajících se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Neznalost pojmu zdravotní gramotnost u obyvatel obce je patrná z tabulky č. 6 (graf č. 6). Hypotéza č. 3 (H_0) se zabývá znalostí pojmu zdravotní gramotnosti podle pohlaví. Hypotéza (H_0) zní: Dospělá populace žen má větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů. Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Podstatnějším ukazatelem než samotná znalost pojmu zdravotní gramotnost je úroveň zdravotní gramotnosti. Rozvoj zdravotní gramotnosti na území ČR je naléhavý,

neboť přetrvává nechuť k převzetí odpovědnosti jedince za vlastní zdraví (MZ ČR, 2015j). Hypotéza č. 4 je zaměřena na úroveň zdravotní gramotnosti v porovnání podle vzdělání, hypotéza č. 4 (H_0) zní: U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním. Hypotéza H_0 nebyla potvrzena.

Výzkumné otázky jsou následující:

Jak byly realizovány cíle programu Zdraví 21 v obci Předslavice?

Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u dospělé populace obyvatel Předslavic?

Občané obce se účastnili v posledních 10ti letech a možnost účasti přetrvává u akcí pořádaných obcí podporující kulturní, sportovní a sociální život v obci. Uvedenými možnostmi se obec zapojila do naplňování realizace cílů programu Zdraví 21. Úroveň zdravotní gramotnosti občanů obce lze považovat za dobrou, pouze 18,3 % dospělé populace obce je hodnoceno s úrovní zdravotní gramotnosti známkou dostatečně a nižší.

Výsledky výzkumu zaměřeného na zdravotní gramotnost v ČR v mezinárodním kontextu byly zveřejněny v roce 2015 SZÚ prostřednictvím Zdeňka Kučery, kdy byla prokázána omezená znalost zdravotní gramotnosti u více než poloviny respondentů. Zdravotní gramotností u manažerů se zabývala v roce 2013 ve své diplomové práci Bc. Veronika Něničková se závěrem odlišnosti zdravotní gramotnosti u manažerů pracujících ve zdravotnickém a nezdravotnickém zařízení na regionu Kyjov.

Zjištěné výsledky zdravotní gramotnosti dospělé populace obce Předslavice se odchyľují od výsledků průzkumu prováděného v roce 2015. Rozdílnost lze vysvětlit prováděním výzkumu na malém vzorku respondentů, způsobem hodnocení výzkumu i možnou ovlivnitelnost volbou a strukturou otázek včetně uvedených možností volených odpovědí. Nelze nepominout snahu respondentů „dělat se lepšími“. Bylo by vhodné provedení výzkumu s tematikou zdravotní gramotnosti mapující větší rozsah a hloubku zvolené problematiky a neméně zajímavým se jeví porovnání zdravotní gramotnosti podle aglomerace městské a vesnické.

Závěr

Stanovené cíle bakalářské práce se týkaly zjištění úrovně zdravotní gramotnosti a povědomí o národních programech podporujících zdraví u dospělé populace obyvatel Předslavic. Byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza se zabývala zjištěním, zda občané obce starší 46 let více využívali možnosti kulturního sportovního a sociálního využití v obci než dospělé osoby mladšího věku. Hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza se zajímala o skutečnost, zda dospělá populace žen má větší povědomí o existenci národních programů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR než dospělá populace mužů. Hypotéza nebyla potvrzena. Třetí hypotéza se zaměřila na znalost pojmu zdravotní gramotnost podle pohlaví a byla formulována následovně: Dospělá populace žen má větší povědomost o pojmu zdravotní gramotnost než dospělá populace mužů. Hypotéza byla potvrzena. Čtvrtá hypotéza se zabývala úrovní zdravotní gramotnosti podle vzdělání a zněla: U vysokoškolsky vzdělané populace obyvatel je úroveň zdravotní gramotnosti větší než u obyvatel se základním vzděláním. Hypotéza nebyla potvrzena.

Byly zodpovězeny výzkumné otázky zajímavící se o realizaci cílů programu Zdraví 21 v obci a úrovní zdravotní gramotnosti u dospělé populace obyvatel obce.

Byl splněn cíl bakalářské práce, neboť došlo u dospělé populace obyvatel Předslavic ke zjištění povědomí o národních programech podporujících zdraví a zjištění úrovně zdravotní gramotnosti. Navzdory zjištěnému příznivému stavu zdravotní gramotnosti u dospělé populace obyvatel Předslavic je nezbytným předpokladem pro její udržitelnost a rozvíjení stálá osvěta ze strany všech zainteresovaných složek.

Bakalářská práce je přínosem na poli zkoumání zdravotní gramotnosti a v otázkách dotýkajících se problematiky zdraví v jeho širokém kontextu. V rámci působení na jedince v otázkách zdraví je vždy lepší volbou snaha o prevenci a podporu zdraví. Prevence a podpora zdraví je trvalý a základní kámen v oblasti zdraví, který musí být nepřetržitě podporován a rozvíjen.

Použitá literatura

1. BELLOVÁ, J., ZLÁMAL, J., 2013. Ekonomické základy zdravotní a sociální politiky – 1. část. *Zdravotnické fórum*. (3), 7-13. ISSN 1804-9644.
2. BELLOVÁ, J., ZLÁMAL, J., 2013. Ekonomické základy zdravotní a sociální politiky – 2. část. *Zdravotnické fórum*. (4), 2-8. ISSN 1804-9664.
3. COTTER, P. et al. 2015. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. *Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents*. 50(6), 973-82, doi: 10.1007/s00127-015-1016-3
4. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3213-8
5. ČEVELA, R. at al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5
6. Doleček, R., 2013. Odhalení nepřítele. In: Doleček, R. et al. *Nebezpečný svět kalorií z pohledu tří lékařů*. Praha: Euromedia Group. s. 12-24. ISBN 978-80-249-2113-6
7. FIALOVÁ, L., KRCH, F.D., 2012. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9
8. FRATES, E.P., CRANE, M.E., 2016. BMJ Case Reports. *Lifestyle medicine consulting walking meetings for sustained weight loss*. 2016, doi:10.1136/bcr-2015-213218
9. GERIKE, R., at al. 2016. BMJ Open. *Physical activity through sustainable transport approaches (PASTA): a study protocol for a multicentre project*. 6(1): e009924 doi:10.1136/bmjopen-2015-009924
10. HANSON, M.A., Gluckman, P.D., 2015. Best Practise and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. *Development origins of health and disease – Global public health implications*. 29 (1), 24-31, doi: : 10.1016/j.bpobgyn.2014.06.007

11. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., 2011. *Pavučina závislosti, alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0
12. HOLČÍK, J. et al., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD. 147 s. ISBN 978-80-7392-089-0
13. HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0
14. HOLČÍK, J., 2014. Zdravotní gramotnost. In ČEVELA, R. et al., *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. s. 95. ISBN 978-80-247-4544-2
15. HOLČÍK, J. et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4
16. CHRÁSKA, M., 2003. *Úvod do výzkumu v pedagogice – základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 199 s. ISBN 80-244-0765-5
17. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu – základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3
18. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9
19. KEBZA, V. et al., 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 104 s. ISBN 978-80-246-2446-4
20. KLÍMOVÁ, B. et al., 2015. Educational Gerontology. *Older people and their attitude to the use of information and communication technologies – A review study with special*

- focus on the Czech Republic (older people and their attitude to ICT)*. 42(5), 361-69, doi: 10.1080/03601277.2015.1122447
21. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4
22. KOUTOUKIDIS, D.A. et al., 2016. *Trials*. *Diet and exercise in uterine cancer survivors (DEUS pilot) – piloting a healthy eating and physical activity program: study protocol for a randomized controlled trial* 17 (1):130, doi: 10.1186/s13063-016-1260-1.
23. KUKAČKA, V., 2010. *Udržitelnost zdraví vědecká monografie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5
24. MACHOVÁ, J. et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5
25. MÁLKOVÁ, I., MÁLKOVÁ, H., 2014. *Obezita malými krůčky k velké změně*. Praha: Forsapi. 191 s. ISBN 978-80-87250-24-2
26. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0
27. MPSV ČR, 2015. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017* [online]. MPSV [cit. 2017-02-29]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf
28. MZ ČR, 2002. *Zdraví 21 - cíle 1-9* [online]. MZ [cit. 2017-02-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
29. MZ ČR, 2003. *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21 století*. Praha: MZ ČR. 124 s., ISBN 80-85047-99-3

30. MZ ČR, 2011. *Národní program MZ ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/metodika_2294_1.html
31. MZ ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
32. MZ ČR, 2014a. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: MZ ČR. 155 s., ISBN 978-80-85047-49-3
33. MZ ČR, 2014b. *Zdraví 2020 Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Praha: MZ ČR. 182 s., ISBN 978-80-85047-48-6
34. MZ ČR, 2014c. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZ ČR. 36 s. ISBN 978-80-85047-47-9
35. MZ ČR, 2014d. *Metodika pro žadatele o poskytnutí státní dotace v rámci Národního programu zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2017* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/metodika_3635_1.html
36. MZ ČR, 2015a. *Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html
37. MZ ČR, 2015b. *Souhrnná zpráva o meziresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2014* [online]. MZ ČR [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-och_11479_1101_29.html
38. MZ ČR, 2015 c). *Akční plán č. 7: Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-04]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2007_Screeningy_rev%20AV.pdf

39. MZ ČR, 2015d). *Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2008a_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf
40. MZ ČR, 2015e). *Akční plán č. 8b: Zvýšení dostupnosti návazné péče.* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2008b_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15_nova%20kapitola%20\(2\).pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2008b_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15_nova%20kapitola%20(2).pdf)
41. MZ ČR, 2015 f). *Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_20150717PT.pdf
42. MZ ČR, 2015g). *Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků a) lékařští zdravotničtí pracovníci.* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2010a_lekari_rev%20AVu.pdf
43. MZ ČR, 2015h). *Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků b) nelékařští zdravotničtí pracovníci.* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2010b_nelekari_rev%20AV.pdf
44. MZ ČR, 2015i). *Akční plán č. 11 elektronizace zdravotnictví* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2011_150716%20verze%201_0%20final_revize_TR.pdf

45. MZ ČR, 2015j). *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015 – 2020* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotní%20gramotnosti.pdf
46. MZ ČR, 2015k). *Akční plán č. 13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel* [online]. MZ ČR [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2013_150716PT.pdf
47. MŽP ČR, 2016. *Zpráva o stavu životního prostředí za rok 2015* [online]. MŽP ČR [cit. 2017-03-4]. Dostupné z: [http://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/zpravy_o_stavu_zivotního_prostředí_publicace/\\$FILE/SOPSPZP-Zprava_ZP_CR_2015-20170301.pdf](http://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/zpravy_o_stavu_zivotního_prostředí_publicace/$FILE/SOPSPZP-Zprava_ZP_CR_2015-20170301.pdf)
48. NĚNIČKOVÁ, V., 2013. *Manažeři a zdravotní gramotnost*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: http://theses.cz/id/oyo2sg/Nenickova_Veronika_Manazeri_a_zdravotni_gramotnost.pdf
49. NMS., (2014). *Zaostřeno na drogy - Annual report summary*. Drug use and its consequences. 12 (speciální číslo), 5-10. ISSN 1214-1089
50. NRL., (2017). *Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS: Trendy výskytu a vývoj HIV/AIDS v ČR v roce 2016* [online]. SZÚ [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/roční_zpravy/2016/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_Trendy_vyvoje_a_vyskyt_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2016.pdf
51. OECD., 2015. *Country note: How does health spending in the Czech republic compare?* [online]. OECD [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-CZECH%20REPUBLIC-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

52. PASTUCHA D., HYJÁNEK, J., 2011. Klinika tělesné zátěže In: PASTUCHA et al., *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada, s.32-40. ISBN 978-80-247-4065-2
53. PÍTHA, J., POLEDNA, R., 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1
54. PRŮCHA, J. et al., 2009. *Pedagogický slovník*. 6. vydání. Praha: Portál. 385 s. ISBN 978-80-7367-647-6
55. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5
56. SZÚ., 2014. *Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003-2012* [online]. SZÚ [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/modules/search/index.php?plugin=3&query=zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2002-2012](http://www.szu.cz/modules/search/index.php?plugin=3&query=zpráva%20o%20hodnocení%20plnění%20jednotlivých%20cílů%20dokumentu%20Zdraví%2021%20od%20roku%202003-2012)
57. SZÚ., 2015. *Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření* [online]. SZÚ [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf?highlightWords=zdravotn%C3%AD+gramotnost+%C4%8Desk%C3%A9+populace
58. UZG, © 2017. *1. národní konference*. [online]. Praha: UZG [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.uzg.cz/1-narodni-konference.html>
59. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5
60. Vláda ČR, 2002. *Usnesení Vlády ČR ze dne 30. října 2002 č. 1046* [online]. Úřad vlády ČR [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: https://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/EB38C24D74FA63E8C12571B600702FA2

61. Vláda ČR, 2016. *Usnesení vlády ČR ze dne 20. srpna 2015 č. 671*. [online]. Vláda ČR [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/VPRA9ZQ9QYHD>
62. VOJTÍŠEK, P., 2012. *Výzkumné metody* [online]. Vyšší odborná škola sociálně právní. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf
63. VOKURKA, M. et al., 2008. *Praktický slovník medicíny*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. 518 s., ISBN 978-80-7345-159-2
64. VURM, V. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
65. Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 189/1948 Sb., o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku. 1948. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2016-11-26].
66. WHO., 2001. *Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. MZ ČR ve spolupráci s WHO. 147 s. ISBN 80-85047-49-5
67. WHO, 2013a. *Health 2020: a European Policy Framework Supporting action across government and society for health and well-being*. [online]. WHO [cit. 2017-02-02]. ISBN 978-92-890-0278-3. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1
68. WHO., © 2013b. *Health literacy The solid facts* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 73 s. [cit. 2017-02-05]. ISBN 978-92-890-00154. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

69. WHO., © 2016. *The World health organization in the European region*. WHO.int [online]. WHO cit. [2017-02-27]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/215660/The-World-Health-Organization-in-the-European-Region-Eng.pdf
70. WHO., © 2017. About WHO. *WHO.int* [online]. WHO [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/en/>
71. Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, 1969. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2016702-02].
72. Zákon č. 17/1992 Sb., o životním prostředí. In: *Zákony VI/2017 Sborník úplných znění zákonů z oblasti ochrany životního prostředí a hospodaření energií k 1.1.2017*. Český Těšín: Poradce. s. 4-6 (560 s.), ISSN 1802-8314
73. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, 1992. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-02-05].
74. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, 1993. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-02-05].
75. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-02-05].
76. Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, 2000. In: *Zákony V/2017 Sborník úplných znění zákonů pro státní správu, veřejnou správu a školství k 1.1.2017*. Český Těšín: Poradce. s. 7-33 (424 s.), ISSN 1802-8306
77. Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích, 2000. In: *Zákony V/2017 Sborník úplných znění zákonů pro státní správu, veřejnou správu a školství k 1.1.2017*. Český Těšín: Poradce. s. 35-50 (424 s.), ISSN 1802-8306

78. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, 2000. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-03-01].
79. Zákon č. 95/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, 2004. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-03-01].
80. Zákon č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), 2004. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-03-02].
81. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, 2005. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-03-03].
82. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, 2006. In: *Zákony III/2017 Sborník úplných znění zákonů a souvisejících předpisů k 1.1.2017 z oblasti pracovního práva*. Český Těšín: Poradce. s. 8-82 (480s), ISSN 1802-8284
83. Zákon č. 309/2006 Sb., zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, 2006. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2017-02-02].
84. ZVADOVÁ, Z., JANOUŠEK, S., 2014. *Prevence úrazů a otrav u dětí a dospívajících ČR: Základní informace o úrazovosti*. [online]. SZÚ [cit. 2017-02-19]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-u-deti-a-dospivajicich-cr>

Přílohy

Příloha č. 1 : Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jsm studentkou 3. ročníku oboru rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory fakulty zdravotně sociální Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Zpracovávám závěrečnou práci, téma bakalářské práce má zdravotnický charakter.

K provedení bakalářské práce provádím výzkum ve Vaší oblasti. Výzkum je prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření, o jehož vyplnění Vás chci požádat. Dotazník se zabývá tématem zdravotní gramotnosti a opatření týkajících se podpory zdraví.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je časově nenáročně, zabere maximálně 10 minut.

Děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Šárka Hynková

Pokyny pro vyplnění dotazníku: Dotazník je koncipován způsobem, kdy se jedná o výběr možnosti odpovědi na otázku zakroužkováním případně zakřížkováním odpovědi. V případě zvolení odpovědi *Jiné – uveďte*: napište, prosím, doplnění. Některé otázky jsou koncipovány k doplnění.

Věk	18-30	31-45	46-60	61 a více
-----	-------	-------	-------	-----------

Pohlaví	Muž	Žena
---------	-----	------

Vzdělání	základní	středoškolské	vyšší (Bc., Ing. atd.)
----------	----------	---------------	------------------------

Znáte program Zdraví 21?	ano	ne
--------------------------	-----	----

Zúčastnili jste se v posledních 10 ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?:		
přednášek a besed na téma zdraví	ano	ne
jógy, aerobiku nebo jiné sportovní aktivity	ano	ne
vyžití kulturní (divadlo, koncert atd.)	ano	ne
akce např. ke dni Země	ano	ne

Znáte pojem zdravotní gramotnost?	ano	ne
-----------------------------------	-----	----

Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví ?	ano	ne
---	-----	----

Jak často informace týkající se zdraví vyhledáváte? :			
pravidelně	občas	zřídka	téměř nikdy

Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?: <i>Zaškrtněte vhodné varianty.</i>	dostupnost	důvěryhodnost
zdravotnický personál (lékař, zdravotní sestra, atd.)		
odborné časopisy		
televize a rozhlas		
reklamní brožury a letáky		
Internet		
jiné - uveďte		

Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?	ano	ne
---	-----	----

Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?			
ano	spíše ano	spíše ne	ne

Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?			
ano	spíše ano	spíše ne	ne

Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?	ano	ne
---	-----	----

Jak byste hodnotily své znalosti o rizikových faktorech? <i>Doplňte od 1 výborné až 5 nedostatečné</i>	
alkohol	
kouření	
stres	
nedostatek pohybu	
obezita	

Kouříte?	ano	ne
----------	-----	----

Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?	ano	ne
---	-----	----

Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?			
vždy	občas	zřídka	nikdy

Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?	ano	ne
---	-----	----

Pokud máte děti, necháváte je očkovat?	ano	ne
--	-----	----

Co pro podporu svého zdraví děláte:		
aktivní pohybová činnost	ano	ne
dostatek spánku	ano	ne
zdravá strava	ano	ne
minimalizace stresových situací	ano	ne
dodržování pitného režimu	ano	ne
Jiné - uveďte:		

Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?		
zlepšení pracovního prostředí	ano	ne
zlepšení životního prostředí	ano	ne
výchova ke zdraví	ano	ne
odměna za dodržování správného životního stylu	ano	ne
trest za nedodržení stanovených opatření	ano	ne
Jiné - uveďte:		

Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?		
zdravé životní prostředí	ano	ne
zdravé pracovní podmínky	ano	ne
zdravý životní styl	ano	ne
kulturní a sociální podmínky	ano	ne
udržitelný rozvoj	ano	ne
prevenci nemocí	ano	ne
rozvoj infrastruktury	ano	ne
Jiné- uveďte:		

Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?		
je nutná	ano	ne
je zbytečná	ano	ne
Nevím	ano	ne

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Počet respondentů

Tabulka č. 2 Rozložení respondentů podle věkové struktury

Tabulka č. 3 Vzdělanostní struktura respondentů

Tabulka č. 4 Znáte program Zdraví 21?

Tabulka č. 5 Zúčastnili jste se v posledních 10ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?

Tabulka č. 6 Znáte pojem zdravotní gramotnost?

Tabulka č. 7 Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví?

Tabulka č. 8 Jak často informace o zdraví vyhledáváte?

Tabulka č. 9 Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?

Tabulka č. 10 Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?

Tabulka č. 11 Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?

Tabulka č. 12 Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?

Tabulka č. 13 Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?

Tabulka č. 14 Jak byste hodnotili své znalosti o rizikových faktorech?

Tabulka č. 15 Kouříte?

Tabulka č. 16 Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?

Tabulka č. 17 Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?

Tabulka č. 18 Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?

Tabulka č. 19 Pokud máte děti, necháváte je očkovat?

Tabulka č. 20 Co pro podporu svého zdraví děláte?

Tabulka č. 21 Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?

Tabulka č. 22 Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?

Tabulka č. 23 Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?

Tabulka č. 24 Zjištěná úroveň zdravotní gramotnosti

Seznam obrázků

Graf č. 1 Respondenti podle pohlaví

Graf č. 2 Rozložení respondentů podle věkové struktury

Graf č. 3 Vzdělanostní struktura respondentů

Graf č. 4 Znáte program Zdraví 21?

Graf č. 5 Zúčastnili jste se v posledních 10ti letech a stále máte možnost účastnit se v místě Vašeho bydliště?

Graf č. 6 Znáte pojem zdravotní gramotnost?

Graf č. 7 Jste aktivní při vyhledávání informací o zdraví?

Graf č. 8 Jak často informace o zdraví vyhledáváte?

Graf č. 9 Z jakých zdrojů jsou Vám informace o zdraví dostupné a jak hodnotíte jejich důvěryhodnost?

Graf č. 10 Domníváte se, že v České republice existují národní programy na podporu zdraví?

Graf č. 11 Jsou pro Vás informace, které v oblasti zdraví získáváte, srozumitelné?

Graf č. 12 Ovlivňují Vás získané informace v péči o zdraví?

Graf č. 13 Zajímáte se o rizikové faktory pro Vaše zdraví?

Graf č. 14 Jak byste hodnotili své znalosti o rizikových faktorech?

Graf č. 15 Kouříte?

Graf č. 16 Chodíte na preventivní zdravotní prohlídky?

Graf č. 17 Dodržujete při léčbě pokyny stanovené lékařem?

Graf č. 18 Necháváte se očkovat (chřipka, klíšťová encefalitida atd.)?

Graf č. 19 Pokud máte děti, necháváte je očkovat?

Graf č. 20 Co pro podporu svého zdraví děláte?

Graf č. 21 Co by Vás motivovalo k lepší péči o zdraví?

Graf č. 22 Na co se zaměřují programy na podporu zdraví?

Graf č. 23 Jaký je Váš názor na výchovu ke zdraví ve školách?

Graf č. 24 Zjištěná úroveň zdravotní gramotnosti

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MŽP	Ministerstvo životního prostředí
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
NRL	Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
SZÚ	Státní zdravotní ústav
UZG	Ústav pro zdravotní gramotnost
WHO	Světová zdravotnická organizace