

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2019

Bc. Šárka Štěpánková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Šárka Štěpánková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Zdravotní gramotnost studentů vybrané zdravotnické školy

Olomouc 2019

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Univerzity Palackého v Olomouci a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Náchodě dne 24. 11. 2019

Bc. Šárka Štěpánková

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Lubici Juríčkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za cenné informace a připomínky při jejím zpracování. Dále děkuji Ing. Jiřině Škopové za významnou pomoc při statistickém zpracování dat a srdečný dík patří i Zuzaně Maurové z knihovny Oblastní nemocnice Náchod.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY O ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI	11
2.1 Zdraví, determinanty zdraví a podpora zdraví	11
2.2 Pojem zdravotní gramotnost a jeho úloha v péči o zdraví	13
2.3 Modely zdravotní gramotnosti	15
2.4 Programy podpory a rozvoje zdravotní gramotnosti.....	16
2.5 Zdravotní výchova	20
2.6 Výzkumy zdravotní gramotnosti.....	21
2.7 Výzkumy zdravotní gramotnosti v zahraničí a v ČR.....	21
2.8 Nástroje k zjišťování zdravotní gramotnosti.....	24
3 PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI Dospívajících A Mladých dospělých	27
3.1 Kompetence dospívajících a mladých dospělých	27
3.1.1 Kompetence v oblasti Podpory zdraví	28
3.1.2 Kompetence v oblasti Prevence nemocí	30
3.1.3 Kompetence v oblasti Zdravotní péče	30
3.2 Potřebnost výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých	32
4 VLASTNÍ VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI Dospívajících A Mladých dospělých	35
4.1 Cíle výzkumu a hypotézy	35
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru a způsob výběru respondentů	37
4.3 Organizace výzkumu.....	38
4.4 Metoda sběru dat	38
4.5 Metodika výzkumu.....	39
4.5.1 Původní metodika HLS-EU	39

4.5.2	Metodika vlastního výzkumu.....	43
4.6	Limity výzkumu	43
4.7	Výsledky výzkumu.....	44
4.7.1	Demografická charakteristika respondentů	44
4.7.2	Celkové zhodnocení zdravotní gramotnosti	46
4.7.3	Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Zdravotní péče.....	50
4.7.4	Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Prevence nemocí.....	53
4.7.5	Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Podpory zdraví.....	56
4.7.6	Dílčí výsledky celkové zdravotní gramotnosti	59
4.7.7	Ověření platnosti hypotéz	61
4.7.8	Ověření dílčích cílů.....	62
	DISKUSE.....	72
	ZÁVĚR	78
	SOUHRN	80
	SUMMARY	81
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	82
	SEZNAM ZKRATEK	90
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM TABULEK.....	92
	SEZNAM GRAFŮ	93
	SEZNAM PŘÍLOH.....	94
	PŘÍLOHY.....	95
	ANOTACE	115

ÚVOD

Podpora zdraví a prevence nemocí jsou důležitými prioritami České republiky. Péče o zdraví musí být provázená odpovědností všech složek společnosti (Zdraví 2020, 2014). Odhaduje se, že z 30–50 % ovlivňuje zdraví lidí životní styl, který je základní determinantou zdraví. Někteří lidé žijí zdravě, jiní ne. Důležitou úlohu v jejich rozhodování hrají znalosti, ale také sociální postavení nebo vzory z rodiny. V poslední době se věnuje velká pozornost široké oblasti, která se souhrnně nazývá zdravotní gramotnost (health literacy). Označuje se tak schopnost lidí získat a pochopit ověřené informace vztahující se ke zdraví a dokázat je aplikovat ve vlastním životě (Holčík, 2017a). Zdravotní gramotnost představuje slibný, účinný a efektivní příspěvek ke zdravotní strategii, jejímž smyslem je dosáhnout co nejvyššího zdraví populace. Úsilí směřující ke zlepšení zdravotní gramotnosti je v souladu s programem *Zdraví 2020* a odpovídá záměrům evropské zdravotní politiky. *Akční plán č. 12* na období 2015–2020 specifikuje konkrétní cíle programu *Zdraví 2020* pro oblast zdravotní gramotnosti. Z tohoto dokumentu vyplývá, že zdravotní gramotnost je v České republice nízká. „Lidé s nižší zdravotní gramotností podceňují péči o své zdraví i možnosti prevence. [...] Zdraví se spolu se vzděláním stává významnou determinantou konkurenceschopnosti“ (Akční plán č. 12, 2015, s. 4).

Je velmi důležité rozvíjet zdravotní gramotnost a praktikovat ji v každodenním životě a v životních situacích souvisejících se zdravím, pozornost je nutné zaměřit již na děti a dospívající (Bröder a Carvalho, 2019). Dospívající a mladí dospělí formují v této životní fázi své celoživotní zdravotní návyky, přesvědčení a také své rozhodovací a vyhledávací dovednosti v oblasti zdraví (Scopelja et al., 2008). Vlastní životní styl si lidé vytvářejí v období dospívání a jeho konečná podoba bude záviset i na tom, jak zdravotně gramotní budou. Škola je, kromě rodiny, dalším prostředím, které na děti dlouhodobě působí, kde se zdokonalují a získávají nové znalosti, zkušenosti a dovednosti i postoje. Téma zdravotní gramotnosti by proto mělo být součástí všech forem výchovy a vzdělávání, včetně středních a vysokých škol (Akční plán č. 12, 2015).

Domnívám se, že především školy se sociálním a zdravotnickým zaměřením by téma zdravotní gramotnosti měly mít ve školním vzdělávacím plánu a v průřezových tématech vzdělávání. Zajímalo mne, jakou úroveň zdravotní gramotnosti mají studenti jedné z nich. V diplomové práci jsem se proto rozhodla zjistit úroveň zdravotní gramotnosti studentů prvních a posledních ročníků maturitních i nematuritních oborů Střední odborné školy

sociální a zdravotnické – Evangelické akademie v Náchodě. Nejen výsledky, ale především komunikace o otázkách zdraví, životního stylu a celá praxe na zmíněné škole je pro mne obohacující. V hodinách Výchovy ke zdraví jsou ve třídě umístěna slova „Zdraví máme ve svých rukách a je jen na nás, jak svou příležitost uchopíme.“ Ať už je vyřkl kdokoli, lze si jen přát, aby na ně tito mladí lidé nezapomněli a nesli si je do svého osobního i pracovního života a s přibývajícimi kompetencemi si uvědomili jejich hloubku a nezměrně široký rozsah.

1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE

Cílem diplomové práce je zjistit, popsat a porovnat zdravotní gramotnost studentů Střední odborné školy sociální a zdravotnické – Evangelické akademie v Náchodě maturitních a nematuritních oborů. Zdravotní gramotnost byla zkoumána ve třech oblastech, které definovala World Health Organization (1998), a to v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Výzkumný problém byl formulovaný takto: „*Existuje závislost mezi proměnnými (tj. věkem, typem studijního oboru a absolvováním studia) a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví?*“

Na základě analýzy tématu diplomové práce byla stanovena primární hesla a v řízeném slovníku Medical Subject Heading (MeSH), užívaném pro indexování článků na PubMed i v Medviku, vyhledána odpovídající klíčová slova a jejich anglické ekvivalenty. Rešerše byla provedena 26. 5. 2019.

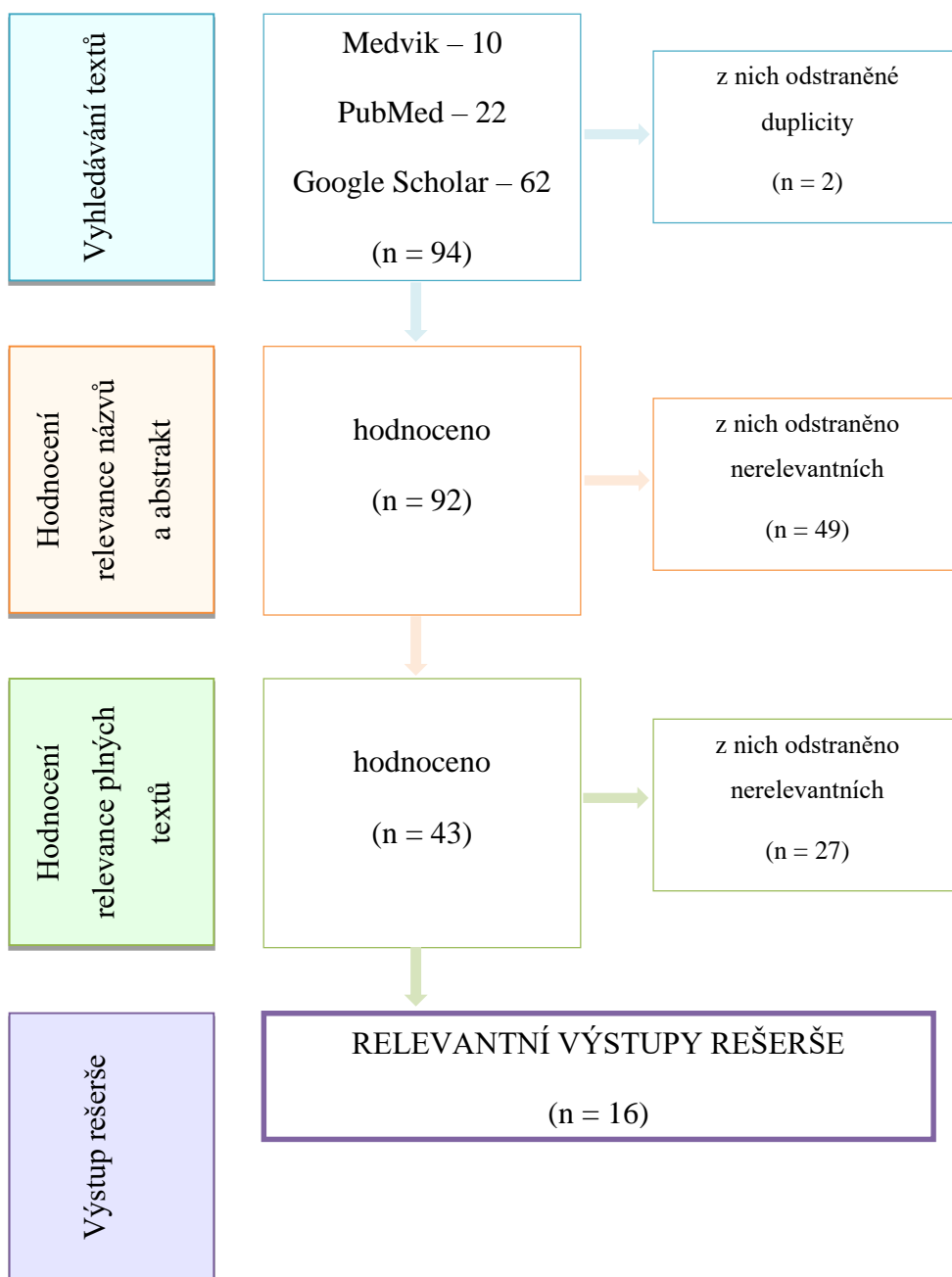
Vyhledávání bylo realizováno:

- a) v databázi **Bibliographia medica Českoslovaca**, registrující veškerou lékařskou a zdravotnickou literaturu vydávanou na území ČR i odborné práce českých a slovenských autorů v zahraničí, která je přístupná přes portál Národní lékařské knihovny Medvik,
- b) v databázi PubMed Central, citační databázi budované U.S. National Institutes of Health (NIH) – National Library of Medicine (NLM), Bethesda, Maryland,
- c) ve webovém vyhledávači Google Scholar, který vyhledává recenzované online dostupné zdroje.

K vyhledávání byla použita následující klíčová slova: zdravotní gramotnost; zdravotní výchova; zdraví dospívajících; zdraví – znalosti, postoje, praxe; mladiství; mladý dospělý (health literacy; health education; adolescent health; health knowledge, attitudes, practice; adolescent; young adult). Pro rešerši byla využita omezení: plný text, publikační období 2010–2019, čeština, angličtina.

Celkem bylo vyhledáno 94 zdrojů, po odstranění duplicit a vyhodnocení jejich relevance vůči cílené rešeršní otázce a jejím komponentám bylo mezi relevantní výstupy zařazeno

16 textů, které byly použity jak pro část teoretickou, tak pro diskuzi. Rešeršní činnost shrnuje Obrázek 1.



Obrázek 1. Souhrn vlastní rešeršní činnosti k tématu práce

2 TEORETICKÉ POZNATKY O ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

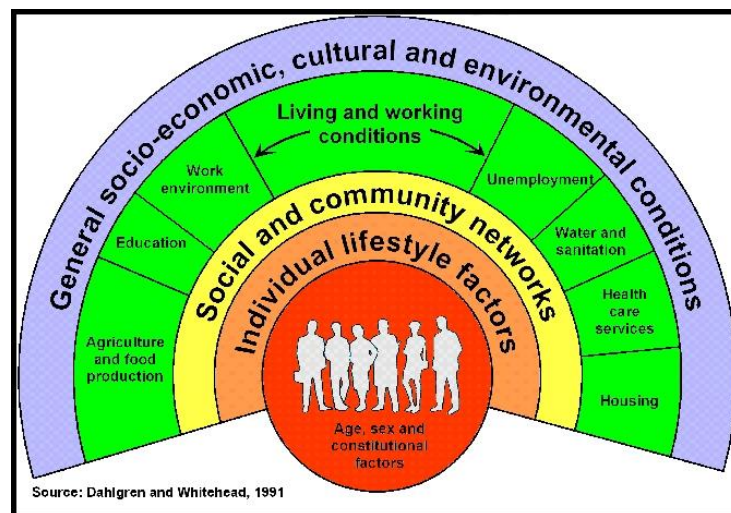
V této kapitole jsou vymezeny základní pojmy související se zdravotní gramotností a jejich návaznost na zdravotní gramotnost, jsou popsány modely zdravotní gramotnosti, programy podpory a rozvoje zdravotní gramotnosti a zdravotní výchova.

2.1 Zdraví, determinanty zdraví a podpora zdraví

Zdraví je vnímáno jako jedna z nejdůležitějších hodnot v lidském životě, zdraví je důležité také pro sociální a ekonomický rozvoj společnosti (Marková, 2012). Existuje mnoho definic zdraví. Pojem **zdraví** je možné definovat jako biopsychosociální kategorii, která má silné hodnotové aspekty, což se projektuje i do zdravotní politiky (Ivanová et al., 2013). „Pojetí zdraví podmiňuje i odpověď na otázku, čím přispět ke zlepšení zdraví lidí. Důležité je i to, zda je zdraví považováno za významnou hodnotu a jak zdraví vnímá široká občanská veřejnost.“ (Holčík, 2010, s. 13). Důležité je také posilovat v lidech zodpovědný přístup ke zdraví. Tento hodnotový přístup ke zdraví je základem národních zdravotních programů s cílem zlepšit zdravotní stav populace ČR a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet (Zdraví 2020, 2014). „Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají i stárnou“ (Zdraví 2020, 2014, s. 6). Zdraví souvisí s životním stylem, který je základní determinantou zdraví (Ivanová et al., 2013). **Podpora zdraví** je „souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví“ (Zdraví 2020, 2014, s. 12).

Podle World Health Organization, dále jen WHO, (2019) determinanty zdraví jsou sociální a ekonomické prostředí, fyzické prostředí (např. kvalita ovzduší, vody, půdy apod.) a individuální vlastnosti a chování. Faktory přímo souvisejícími se zdravím lidí jsou **příjem a sociální status** (vyšší příjem a sociální status přímo souvisí s lepším zdravím, čím větší je rozdíl v příjmech, tím větší je rozdíl ve zdravotním stavu); **vzdělání** (nižší úroveň vzdělání souvisí s horším zdravím, větším stresem a menší sebedůvěrou); **fyzické prostředí** (dostatek vody a čistý vzduch, zdravé pracovní prostředí, bezpečná obydlí, komunity a cesty, zdravější jsou lidé, kteří mají větší kontrolu nad svými pracovními podmínkami); **síť sociální podpory** (větší podpora rodiny, přátel a komunity pozitivně ovlivňuje zdraví); **genetické faktory** (dědičnost ovlivňuje délku života, zdraví a pravděpodobnost rozvoje určitých

nemocí, individuální chování a schopnost zvládat zátěžové situace, na zdraví má vliv vyvážená strava, aktivita, kouření, pití, zvládání stresu a životních výzev); **zdravotní služby** (přístup ke službám zajišťujícím prevenci a léčbu nemocí a jejich využívání) a **gender** (muži a ženy trpí v různém věku různými nemocemi (Obrázek 2).



Obrázek 2. Hlavní determinanty zdraví (Dahlgren a Whitehead, 1991)

Ve veřejnosti přetrvává názor, že dobré zdraví je přímo závislé na dobrém zdravotnictví, ale dostupná zdravotní péče ovlivňuje zdraví občanů maximálně z 15–20 % (Marková, 2012). Za nejdůležitější determinantu lidského zdraví je považován životní styl (tj. sportování, sexuální chování, úroveň vzdělání, spotřební chování, životní úroveň, zvládání stresu, výživa a s ní spojená obezita, konzumace alkoholu, tabáku a drog apod.). Převážná část rizik, která zdraví ohrožují, pochází ze způsobu života a my sami tato rizika můžeme ovlivnit (Čeledová a Čevela, 2010; Marková, 2012). Mnoho lidí však žije v podmínkách, které jim nedovolují žít tak, jak by chtěli nebo mohli, a tyto podmínky není v jejich možnostech měnit. Znevýhodněné skupiny obyvatelstva (tj. lidé ze sociálně vyloučených lokalit, senioři, lidé s nižším vzděláním apod.) mají nesrovnatelně horší možnost zlepšit svůj zdravotní status. K sociálním determinantám zdraví (tj. podmínkám, do nichž se lidé narodili, v nichž vyrostli, žijí, pracují a stárnou a které ovlivňují jejich zdraví) patří např. socioekonomický status, vzdělání, komunita a prostředí, v nichž žijí, zaměstnání, síť sociální podpory a zdravotní péče (Argia a Hinton, 2018). Solomon a Kanter (2018) uvádějí, že v USA maří ročně více životů chudoba než obezita a alkohol dohromady. Sociální determinanty zdraví patří k významné problematice, která ale není zcela zvládnutá (Holčík, 2017b).

Mezi determinantami zdraví jsou složité vzájemné vztahy. K zlepšení zdraví nestačí jen lépe využívat možnosti zdravotního systému a pokroků medicíny, péče o zdraví je i záležitostí

veřejné správy, organizací a institucí. Zdravotní politiku je třeba vnímat jako programový nástroj k zlepšení všech determinant zdraví, musí zohledňovat vše, co lidské zdraví ovlivňuje, a snažit se přispívat k jeho zlepšení, musí usilovat o spravedlnost (ekvitu) ve zdraví, tzn. rovnoprávnou zdravotní péči pro všechny sociální, etnické, věkové a další skupiny obyvatelstva. Nikdo by neměl být znevýhodněn, pokud se lze znevýhodnění vyhnout. Pro všechny složky společnosti by také měla být motivací k zapojení se do tohoto úsilí (Holčík, 2017b; Janovská et al., 2013). Spravedlivá zdravotní péče musí být primárně prostředkem pro **zvyšování možnosti** zdravě žít (Dahlgren a Whitehead, 1991).

Zdravotní gramotnost nabízí zdravotním systémům, poskytovatelům i komunitám nové přístupy k nerovnostem, které přesahují konvenční pohled na léčbu a poskytování zdravotní péče. Rostoucí počet důkazů dokládá, že tato praxe zlepšuje výsledky. Loghan et al. (2015) v příspěvku k problematice zdravotní nerovnosti s názvem *Health literacy: a necessary element for achieving health equity* předkládají závěr, že základním prostředkem k dosažení ekvity je podpora zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost je z tohoto důvodu spojována s velkou nadějí, ačkoli nelze očekávat, že by sama o sobě problém vyřešila (Holčík, 2017b). **Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví** (Akční plán č. 12, 2015).

2.2 Pojem zdravotní gramotnost a jeho úloha v péči o zdraví

„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví“ (WHO, 1998, s. 10). Zajímavé je, že neexistuje konsensus ohledně definice zdravotní gramotnosti. V současné době se používá několik definic, z nichž každá se dívá na tento pojem z jiného úhlu pohledu (Sørensen, 2012). Společným znakem definic je jejich zaměření na individuální schopnosti sloužící k nabytí, zpracování a porozumění informacím z oblasti zdraví. Hlavní podstatou všech definic je, že koncept zdravotní gramotnosti zahrnuje vnitřní motivaci, základní znalosti, schopnosti a dovednosti potřebné k podpoře vlastního zdraví a pochopení systému zdravotní péče. Do oblasti podpory zdraví spadají kompetence vedoucí ke zdravému životnímu stylu a péči o prostředí. V oblasti prevence onemocnění jsou zahrnuty kompetence prevence infekčních a neinfekčních onemocnění a úrazů. Oblast zdravotní péče zahrnuje kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

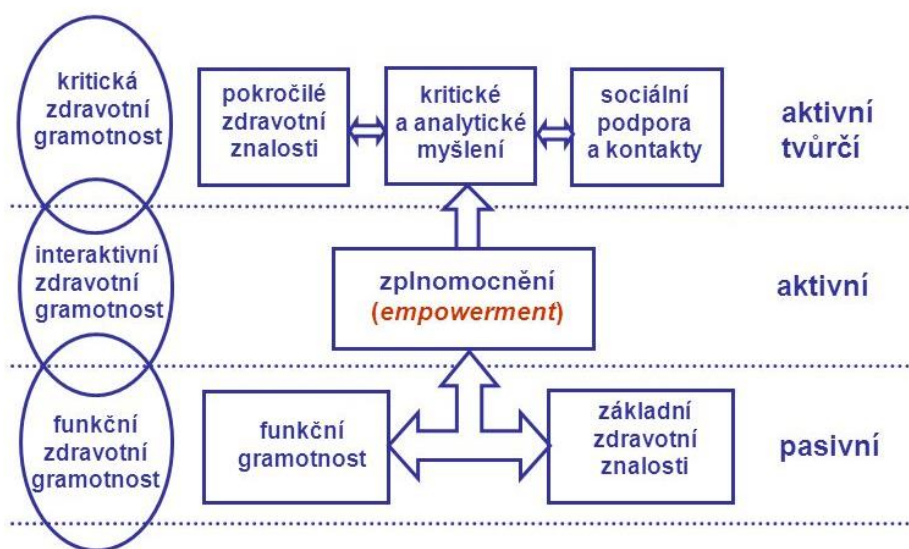
S pojmem gramotnost, který původně znamenal schopnost číst, psát a počítat, se postupně začaly spojovat další dovednosti spojené se schopností lidí přizpůsobit se potřebám života v současné civilizaci. V průběhu celé historie jde o diskutované téma. Dříve se někteří lidé domnívali, že zdravotní gramotnost je závislá na schopnostech a dovednostech jedince, zatímco jejich oponenti tvrdili, že závisí na dovednostech a schopnostech zdravotnického systému či organizace. Ve skutečnosti jde o vztah mezi dovednostmi osob přijímajících péči či léčbu a profesionály nebo systémy, které tuto péči, popřípadě léčbu, poskytují (Parnell, 2015).

Podle Holčíka (2010) je zdravotní gramotnost nepostradatelným aspektem péče o zdraví, která se váže k základním informacím o zdraví a lidském organizmu a týká se všech okolností souvisejících se zdravím a péčí o ně. Zvyšuje vliv lidí na své zdraví a posiluje jejich schopnost získávat a využívat informace a přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti za stav svého zdraví. Holčík (2010) uvádí, že zdravotní gramotnost je možné vnímat jako soubor kognitivních a sociálních schopností určující motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Kickbusch et al. (2013) definují zdravotně gramotného člověka jako jedince, který má znalosti, dovednosti a sebedůvěru řídit své zdraví každý den.

Výzkumný projekt *Škola a zdraví pro 21. století* (Škola a zdraví, 2010), na němž spolupracují odborníci ze společenských a přírodních věd (pedagogové, psychologové, didaktici, lékaři atd.), se zabývá zejména vzděláváním učitelů. Cílem multidisciplinárního projektu je převést moderní zdravotní politiku do života školy. Projekt se zaměřuje na zdravý životní styl a spojuje zdravotní gramotnost s rozvojem osobnosti každého člověka. V projektu se zdůrazňuje, že dnešní doba zdokonaluje komplikované a nákladné medicínské technologie, jejich dopad však nesplní lidské očekávání, pokud nebudou provázeny zájmem o zdraví, sdílenou odpovědností a posilováním schopnosti rozhodovat se pro zdraví v běžném životě. Rozvoj zdravotní gramotnosti je podmínkou pro vznik zdravé společnosti, kterou Kickbusch et al. (2013) definovali vysokou střední délkou života, rychle se rozvíjejícím zdravotním systémem, rostoucím podílem soukromého sektoru ve službách a výrobě souvisejícími se zdravím. K dalším prvkům rozvoje zdravotní gramotnosti patří zdraví jako důležitý zdravotní cíl, zdraví a zdravotní péče jako právo občanů a také jako důležité téma pro diskusi veřejnosti a politiků.

2.3 Modely zdravotní gramotnosti

Pro lepší vymezení i vysvětlení zdravotní gramotnosti jsou používány modely. Modely zdravotní gramotnosti si všimají zejména struktury zdravotní gramotnosti, její dynamiky a návaznosti na další pojmy. Jsou to myšlenkové konstrukce, s jejichž pomocí si lze snadněji uvědomit hlavní komponenty zdravotní gramotnosti, jednotlivé hladiny úrovně, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti (Holčík, 2010). K nejčastěji zmiňovaným modelům zdravotní gramotnosti patří Nutbeamův model z roku 2000 (Holčík, 2010), který představuje tři úrovně zdravotní gramotnosti: a) funkční zdravotní gramotnost, b) interaktivní zdravotní gramotnost a c) kritickou zdravotní gramotnost (Obrázek 3).



Obrázek 3. Základní struktura zdravotní gramotnosti podle Nutbeama (in Holčík, 2010)

- a) **Funkční zdravotní gramotnost** se týká výsledku tradiční zdravotní výchovy spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti lidí o zdravotních rizikových faktorech a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Takový přístup nevyžaduje oboustrannou komunikaci, neposiluje samostatnost osob, ani nerozvíjí jejich schopnost řešit nestandardní zdravotní problémy. V řadě případů je však zmíněný přístup účinný a napomáhá zlepšení zdraví jak jednotlivců, tak celé populace, jedná se například o účast na očkování, dodržování harmonogramu preventivních prohlídek a dalších. Typickými nástroji zdravotnických pracovníků v této oblasti jsou informační letáky i brožurky a tradiční zdravotní výchova pacientů (Čevela, 2014).

- b) **Interaktivní zdravotní gramotnost** do značné míry obsahuje nové zaměření zdravotní výchovy v posledních dvaceti letech. Záměrem je rozvíjet schopnosti občanů jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů. Nejde jen o poslušnost a snahu vyhovět všem dobře míněným radám zdravotníků, ale o rozvoj svébytnosti a samostatnosti při rozhodování, o upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zlepšení zdraví (Holčík, 2010). Patří sem některé zdravotně výchovné programy orientované na konkrétní problémy některých populačních skupin, např. svépomocné skupiny pacientů. Zdravotničtí pracovníci a ostatní školitelé nepůsobí jako dominantní učitelé, ale spíše jako konzultanti poukazující na možnost volby a na očekávané přínosy i rizika jednotlivých aktivit. Předpokládá se aktivní přístup občanů, kteří se stávají rovnocennými partnery a jsou motivováni své zdraví posilovat a chránit (Zvírotský, 2007).
- c) **Kritická zdravotní gramotnost** rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Obsahem zdravotní výchovy je poskytování informací i rozvíjení komunikace o zdraví. Důležité je rovněž i rozvíjení schopnosti navrhnout i posoudit organizační a politickou realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí (Holčík, 2010).

2.4 Programy podpory a rozvoje zdravotní gramotnosti

Péče o zdraví a podpora péče o zdraví nespadá jen do rozhodování rezortu zdravotnictví, ale vyžaduje spolupráci dalších oblastí, jejichž činnost má na zdraví lidí vliv. Aby aktivity, které se péčí o zdraví věnují, měly patřičný efekt, musí se metodicky zpracovat do programu a prosazovat jako celek. Je zřejmé, že snaha některých jednotlivců pečovat o vlastní zdraví nepřinese sama o sobě výrazný efekt pro celou populaci. Nestačí usilovat o dílčí změny životního způsobu jedinců, ale je důležité snažit se o širší zásadní změnu sociálních okolností majících vliv na zdraví lidí. Jde o to, aby se péče o zdraví stala občanskou a sociální záležitostí, aby občané dokázali vstupovat do řešení zdravotních problémů a aby uměli vytvářet i volit nejvhodnější sociální, politická a organizační opatření směřující ke zdraví (Holčík 2010). Po 2. světové válce se ukázalo, že extenzivní rozvoj zdravotnictví sice pomáhá k zvládnutí řady zdravotních problémů, ale také je příčinou prudkého nárůstu nákladů na zdravotnictví. Začalo být zřejmé, že musí dojít ke změně v názoru na orientaci

péče o zdraví. V 60. a 70. letech 20. století si mnoho lidí začalo uvědomovat důležitost zdravotní výchovy, prevence, zapojení veřejnosti a mezirezortní spolupráce. Tato orientace se v polovině 80. let 20. století prosadila pod názvem **podpora zdraví** (health promotion) a začalo se s ní počítat ve společenských zdravotních programech, např. *Zdraví 21* (2001).

Jako vhodné se ukázaly široce zaměřené zdravotně výchovné programy, které plně respektovaly sociální situaci osob, na něž byly zaměřeny (Holčík a Koupilová, 2001). Podpora zdraví se stala součástí společenských zdravotnických programů, u nichž byla žádoucí spolupráce s širokou veřejností. Celosvětovou základnu získala podpora zdraví na mezinárodní konferenci WHO v Ottawě v roce 1986, na níž došlo ke shrnutí výsledků dosavadních jednání odborných seminářů WHO a na níž byla přijata tzv. *Ottawská charta na podporu zdraví*. Touto konferencí se podpora zdraví stala formou účasti a aktivity medicínské, politické i občanské veřejnosti na péči o zdraví a východiskem i metodou zdravotní politiky. Na to reagovala konference v Adelaide (Austrálie), která přijala chartu týkající se zásad zdravotní politiky a konference ve švédském Sundsvallu v roce 1991, věnovaná zdravotně příznivému prostředí, především proto, že sociální determinanty zdraví a zejména úroveň vzdělání výrazně ovlivňují zdravotní osudy jedince. Nadále se jevilo žádoucí uvažovat o souboru takových metod, které by úzce navazovaly na běžné vzdělávací aktivity, plně by respektovaly životní podmínky lidí a pomáhaly by lidem se správně rozhodovat i převzít svou část odpovědnosti za vlastní zdraví (Zdraví 21, 2004).

V důsledku svého zaměření WHO reaguje na vývoj péče o zdraví ve světě, přispívá celou řadou projektů i cílově orientovaných programů zaměřených na zdraví. Z mnoha programů je možno jmenovat program *Zdraví pro všechny do roku 2000*, vyhlášený v roce 1977, který byl dlouhodobou vizí a rámcovým návodem péče o zdraví, schváleným v evropské verzi roku 1984. Pro formování podpory zdraví byla důležitá již zmíněná *Ottawská charta*. Výsledkem programové činnosti Evropské kanceláře WHO je program *Zdraví 2020 (Health 2020)*, schválený v roce 2012, jenž se stal základem zdravotní politiky Evropské unie (dále jen EU). Program *Zdraví 2020* respektuje různorodost evropských zemí – nejde o to, aby všechny státy postupovaly stejně, ale aby každý měl reálnou možnost zlepšit péči o zdraví svých obyvatel (Kernová, 2008).

Rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a nástrojem pro implementaci programu WHO *Health 2020* je program *Zdraví 2020* – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Účelem *Zdraví 2020* je nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů k zlepšení zdravotního stavu populace. Program

Zdraví 2020 poskytuje vizi, strategickou cestu, vytyčuje priority a podává celou řadu návrhů účinných opatření ověřených výzkumem a zkušenostmi mnoha zemí (Obrázek 4).



Obrázek 4. Hlavní témata prevence nemocí a podpory zdraví programu *Zdraví 2020* (2014)

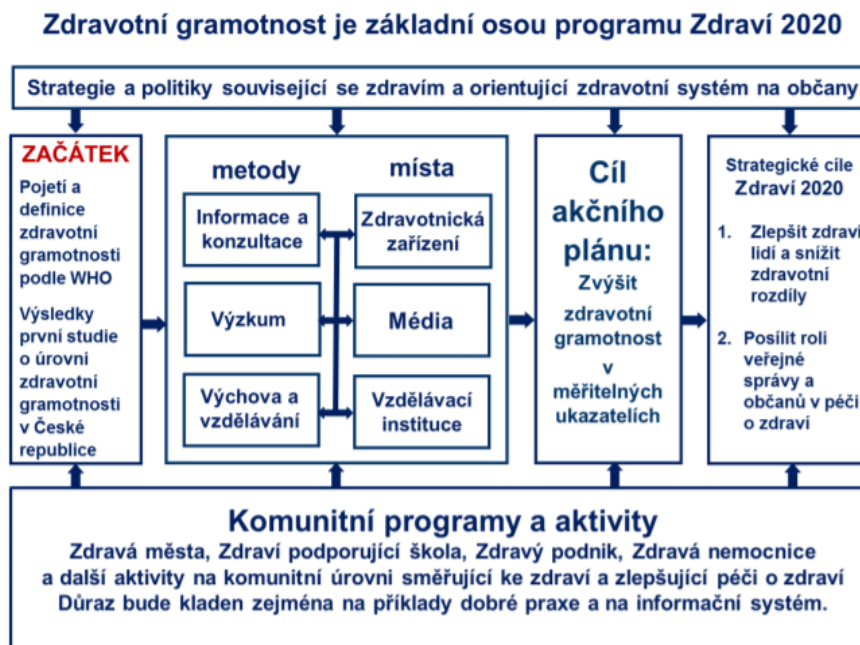
Program poukazuje na potřebu nejen nových finančních zdrojů, ale i na novou zdravotní strategii, nové formy řízení zdravotnictví a péče o zdraví. Pro zlepšení zdravotních výsledků považuje za nezbytné výrazně posílit veřejné zdravotnictví, jeho funkce i kapacitu a jako nástroj uvádí zdravotní gramotnost, která je orientována na dynamické vztahy v oblasti zdraví. Program *Zdraví 2020* by se měl stát motivem pro přehodnocení dosavadní strategie zdravotnictví a pro soustavný rozvoj péče o zdraví. Celá společnost by měla být vedena k zájmu o dostupné informace a promítat je do svého životního stylu.

K realizaci programu *Zdraví 2020* bylo vytvořeno třináct tzv. akčních plánů. *Akční plán č. 12 Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* specifikuje konkrétní cíle programu *Zdraví 2020 pro oblast zdravotní gramotnosti*. Realizaci programu podpořila vláda a Poslanecká sněmovna v roce 2014. *Akční plán č. 12* (dále jen *AP č. 12*) poukazuje na to, že zdravotní gramotnost je jedním z významných faktorů ovlivňujících úroveň a rozložení zdravotního stavu obyvatel i účinnost, hospodárnost a kvalitu péče o zdraví a výsledky i dopad činnosti zdravotnictví. *AP č. 12* považuje za nezbytné v návaznosti na zahraniční i domácí zkušenosti a na základě poznání stávající situace zlepšit zdravotní gramotnost v ČR v celku i ve vymezených cílových skupinách a doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách.

Rovněž považuje za žádoucí připravit dlouhodobě a cílově orientovaný *Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti*.

Hlavním podkladovým materiálem pro zpracování *AP č. 12* se stala publikace WHO *Health literacy: the solid facts a Comparative report on health literacy in eight EU member states*. Zhodnocení dosavadní úrovně zdravotní gramotnosti v ČR a studium efektivních metod zlepšování zdravotní gramotnosti vedlo k vymezení šesti základních oblastí, které se staly motivem pro přípravu jak dílčích projektů, tak i souhrnného akčního plánu zdravotní gramotnosti. Jedná se především o strategii soustavného rozvoje pojatou jako příprava strategického dokumentu *Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti* s cílem zlepšit úroveň zdravotní gramotnosti celkově i ve vymezených sociálních skupinách jako jednu z podmínek udržitelného rozvoje. Nástrojem k dosažení cílů tohoto připravovaného dokumentu by mělo být pořádání odborných seminářů a kurzů pro školitele, pro pracovníky veřejné správy, zdravotníky, pedagogy a další cílové skupiny. Důležité bude průběžné hodnocení přínosu a výsledků dílčích aktivit, hodnocení získávaných zkušeností, modifikace dalšího postupu s cílem zvýšit účinnost a efektivitu realizovaných aktivit.

Osou *AP č. 12* je výchova a vzdělávání zaměřené na školy, školská zařízení a celoživotní vzdělávání, výzkum a hodnocení mezinárodně srovnatelnou metodikou, neboť validní data o stavu zdravotní gramotnosti jsou důležitá jak pro popis výchozího stavu, tak pro hodnocení efektivity intervencí zaměřených na zvyšování zdravotní gramotnosti. *Akční plán č. 12* neopomíjí ani vliv médií a zaměřuje se na věrohodnost a kvalitu informací i vzdělávání novinářů s cílem omezit šíření nebezpečných a neověřených informací o zdraví a zdravotnictví. *Akční plán č. 12* zaručuje provázanost s příbuznými komunitními projekty spojenými se zvyšováním úrovně zdravotní gramotnosti, jako jsou například Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe (Obrázek 5).



Obrázek 5. Struktura a návaznost hlavních komponent Akčního plánu č. 12 (2015)

Organizovaná podpora se prolíná s dalšími ústavy a organizacemi spolupracujícími s Ministerstvem zdravotnictví ČR na přípravě již zmiňovaného AP č. 12 v rámci programu *Zdraví 2020*. Z příspěvkových organizací je to zejména Státní zdravotní ústav (dále jen SZÚ), z neziskových organizací Ústav pro zdravotní gramotnost a volné sdružení jednotlivců Aliance pro zdravotní gramotnost. V současné době Ministerstvo zdravotnictví ČR představilo vznikající *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* (MZ ČR, 2019).

2.5 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova tvoří základní součást podpory zdraví a péče o zdraví. Podle Holčíka (2010) ji lze pojímat jako souhrn výchovných a vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti. Základním metodickým centrem výchovy ke zdraví a tvůrcem celostátních pomůcek je SZÚ a realizátory jsou podle zákona 258/2000 Sb. zdravotní ústavy, které zajišťují úkoly výchovy ke zdraví na krajské úrovni. Výchova ke zdraví není ovšem, stejně tak jako podpora zdraví, záležitostí výhradně resortu zdravotnictví, ale je součástí celkové zdravotní politiky, jejíž naplňování je úkolem všech resortů a celé společnosti. Výchova ke zdraví se promítá jako metoda realizace do téměř všech bodů dokumentu *Zdraví 21*. Metody zdravotní výchovy jsou různorodé a jsou aplikovány podle toho, zda se jedná o upoutání

pozornosti, sdělení základních informací, sdělení obsažnějších informací a návodů nebo přímých návodů ke změně chování. Metodologie se řídí základními didaktickými zásadami. Musí být přizpůsobena sociálním, věkovým a zdravotním charakteristikám cílové skupiny (Komárek, 2008).

Podle Dzurové et al. (2015) je prokázáno, že tolerantní normy dospělých formují postoje mladých lidí. Je známo, že výskyt onemocnění v dospělém věku souvisí s celoživotní zkušeností, zejména s chováním a podmínkami života v časných vývojových stádiích. Je doloženo, že sociálně-ekonomické faktory jsou po dobu celého lidského života hlavními determinantami výsledného zdravotního stavu. Rozdíl ve výsledných ukazatelích zdraví (z hlediska úmrtnosti, funkční výkonnosti či kognitivních schopností) se mezi sociálními skupinami s přibývajícím věkem zvyšuje. Přestože zdravotní stav jedince odráží jeho celoživotní způsob života, začátky zdravotně-rizikového chování mají zásadní důležitost, a prevence ve vyšším věku má již jen omezenou účinnost.

Komárek (2008) uvádí, že na rozdíl od dětí školního věku je těžké motivovat dospívající k zájmu o vlastní zdraví. Mladí lidé mají svou pravdu, dospělí pro ně nejsou autoritou, partnery. Důležité je proto vybírat témata zajímavá pro tento věk, využívat zábavné metody, jako jsou např. návštěvy, exkurze a zároveň, vzhledem k jejich kognitivním schopnostem a zkušenostem, požadovat náročnější zapojení do problematiky, např. vyhledávání informací na internetu, učení ze zkušeností a samostatnou práci nebo projekty.

2.6 Výzkumy zdravotní gramotnosti

I když se počet studií o zdravotní gramotnosti zvyšuje, v ČR je málo výzkumných studií, které se zabývají problematikou zdravotní gramotnosti, včetně zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých (Bártlová et al., 2018). V této kapitole jsou popsány publikované výzkumy o zdravotní gramotnosti v ČR a v zahraničí a nástroje k zjišťování zdravotní gramotnosti.

2.7 Výzkumy zdravotní gramotnosti v zahraničí a v ČR

Středoevropské prostředí přejalo myšlenku rozvoje zdravotní gramotnosti z USA, kde má její výzkum podstatně delší tradici. Země střední Evropy se v přijímání problematiky zdravotní gramotnosti příliš neliší. Nejpokročilejší jsou výzkumy ve Švýcarsku, Německu a Rakousku. V ČR začal výzkum se zpožděním, nejméně pokročilý výzkum zdravotní

gramotnosti je v Polsku (Janura, 2018). Výzkum zdravotní gramotnosti představuje důležitou součást programu rozvoje zdravotní gramotnosti, protože poskytuje potřebná vstupní data a následnou možnost pravidelného hodnocení (Akční plán č. 12, 2015).

Každých deset let pořádá US Department of Education měření pro dokumentování stavu úrovně gramotnosti americké veřejnosti s názvem *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL). V roce 2003 proběhlo vůbec první národní šetření, jehož součástí bylo i hodnocení zdravotní gramotnosti dospělých a jehož se zúčastnilo 19 000 Američanů nad 16 let. Toto šetření je základem pro další hodnocení zdravotní gramotnosti prováděná v pozdějších letech (National center for education statistics, 2019). Poslední měření provedené v letech 2011-2012 (výsledky byly publikovány v roce 2013) poskytuje komplexní pohled na gramotnost i zdravotní gramotnost, jejíž úroveň byla hodnocena jako vysoká, střední, základní a nedostačující. Pro zjištění úrovně zdravotní gramotnosti měli respondenti splnit určité úkoly. Při vysoké úrovni měli být schopni vyhledat informace pro vysvětlení určitého lékařského termínu nebo vyhodnotit dostupné informace a určit, jaký právní dokument se vztahuje ke konkrétní situaci týkající se zdravotní péče. Střední úroveň dosáhl ten, kdo byl schopen například najít vhodnou váhu pro člověka s určenou výškou na základě grafu pro BMI (Body Mass Index). Pro základní úroveň zdravotní gramotnosti měli respondenti na základě textu brožury najít důvody pro testování přítomnosti chronické nemoci, i když se zatím nevyskytly žádné její příznaky. Respondenti vykazovali 53% úroveň zdravotní gramotnosti střední, 12% vysoké, 22% základní a 14 % nevykázalo ani základní úroveň zdravotní gramotnosti.

Jordan a Hoebel (2015) se zabývali zdravotní gramotností v Německu u 4 845 respondentů starších 18 let. Výsledky dokázaly, že více než polovina dospělých Němců má dostatečnou zdravotní gramotnost (55,8 %), podle kritérií testu HLS-EU. Problematickou zdravotní gramotnost má téměř každý třetí člověk (31,9 %) a téměř každý osmý člověk má nedostatečnou zdravotní gramotnost (12,3 %). Výzkum zjistil, že úroveň zdravotní gramotnosti byla ovlivněna vzděláním, ale ne pohlavím a věkem. Péče o zdraví je pozitivně ovlivněna zdravotní gramotností. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti byla též spojena s horším fyzickým a duševním zdravím.

Velká Británie v roce 2007 zkoumala u 759 respondentů v průměrném věku 47,6 let funkční zdravotní gramotnost, vlastní hodnocení zdraví, konzumaci ovoce a zeleniny, tělesné cvičení a kouření. Výsledky ukázaly, že nedostatečnou zdravotní gramotnost mělo 11,4 % účastníků. Úroveň zdravotní gramotnosti klesala s přibývajícím věkem, s nízkým vzděláním a nízkými

příjmy, nižší byla také u mužů. Naopak s vyšší zdravotní gramotností se zvyšovala pravděpodobnost nekuřáctví, konzumace alespoň pěti porcí ovoce a zeleniny denně a pozitivní hodnocení vlastního zdraví nezávisle na věku, vzdělání, pohlaví, příjmu či etnickém původu (Wagner et al., 2007).

První srovnávací výzkum zdravotní gramotnosti v zemích EU s názvem *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) byl proveden mezi lety 2009 a 2012. Do šetření se zapojilo osm zemí – Rakousko, Německo (Severní Porýní a Vestfálsko), Nizozemsko, Irsko, Řecko, Španělsko, Polsko a Bulharsko. Výsledky byly zveřejněny v roce 2014 (Pelikan et al., 2014). V každé zemi bylo dotazováno 1 000 respondentů. Sběr dat byl založen na standardech Eurobarometru a implementaci dotazníku HLS-EU-Q (Sørensen et al., 2015). Dotazník zjišťuje tři zdravotní oblasti (zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví) a hodnotí čtyři kompetence k rozhodování v otázkách týkajících se zdraví, tj. získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat relevantní zdravotní informace (Pelikan et al., 2014). Studie na základě výsledků rozřadila respondenty do čtyř úrovní zdravotní gramotnosti: nedostatečná (insufficient), problematická (problematic), dostatečná (sufficient) a výborná (excellent). Nedostatečná zdravotní gramotnost se ukázala u 12 % respondentů a téměř u poloviny (47 %) byla zdravotní gramotnost klasifikována jako omezená (tedy nedostatečná nebo problematická). Ve skupinách respondentů finančně deprivovaných nebo s nízkým sociálním statusem, nízkým vzděláním či vysokého věku bylo lidí s limitovanou zdravotní gramotností více (Sørensen et al., 2015). Na další výzkumy zdravotní gramotnosti odkazuje např. *The National Institutes of Health* (<https://www.nih.gov/>).

Výzkum zdravotní gramotnosti se začal ve střední Evropě rozvíjet na začátku nového tisíciletí, v ČR vzbudil zájem teprve v posledních letech. Nepříznivé výsledky prvního výzkumného šetření zdravotní gramotnosti v ČR v roce 2014, vedly v roce 2016 k založení Ústavu pro zdravotní gramotnost. Do té doby se problematice zdravotní gramotnosti věnoval SZÚ (Janura, 2018). Se souhlasem autorů HLS-EU mohlo dojít v druhé polovině roku 2014 k replikaci tohoto šetření v ČR. Výzkum provedl SZÚ s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR a České kanceláře WHO. Výzkumné šetření navázalo na výzkum provedený v zemích EU v letech 2009–2012. Reprezentativní vzorek tvořilo 1 037 respondentů z celé ČR starších 15 let (Kučera et al., 2016). Pracovní skupinu pro zdravotní gramotnost vedl prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., a supervizi práce skupiny zajišťoval prof. Jürgen M. Pelikan, z Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Rakousko (Kučera, 2015). Činnosti skupiny se dostalo významné podpory

od Kanceláře WHO v ČR, opřít se mohla i o spolupráci se Společností sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP (Holčík, 2017b). Metodika byla shodná s výzkumem HLS-EU (Kučera et al., 2016) a určuje indexy zdravotní gramotnosti, které jsou složeny z celkem 47 likertovských položek ve třech oblastech zdravotní gramotnosti. V oblasti zdravotní péče obsahuje 16 položek, v oblasti prevence nemocí rovněž 16, v oblasti podpory zdraví 15, obecná zdravotní gramotnost součtem všech tří oblastí má celkem 47 položek. Dále studie obsahovala tři samostatné sub-indexy standardizované 0–50 a škálu obecné zdravotní gramotnosti také 0–50. Škály byly pětipoložkové, od velmi snadné až po velmi nesnadné.

Výsledná data šetření byla předložena na 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti 25. 1. 2017 PhDr. Zdeňkem Kučerou, ředitelem Ústavu pro zdravotní gramotnost. Celková zdravotní gramotnost obyvatel ČR byla pod průměrem HLS-EU, ČR se umístila na 8. místě z devíti zemí EU. ČR zaostala za zeměmi jako je Holandsko a Irsko, které se umístily na prvních místech, a naopak se blíží Bulharsku, které skončilo jako poslední. Obdobné výsledky přináší i data o zdravotní gramotnosti v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Z jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti je nejhorší situace u podpory zdraví. Podprůměrná úroveň zdravotní gramotnosti vyplývá i z komparace odpovědí na jednotlivé meritorní otázky. Data z Ústavu pro zdravotní gramotnost (2017) potvrzují sociální gradient zdravotní gramotnosti a podmíněnost vzděláním a věkem a také silnou souvislost mezi zdravotním stavem a zdravotní gramotností. Výhledově se počítá s dalším zpracováním výsledků – komparace s daty HLS-EU. V plánu je výzkumné šetření rozšířit na testy zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech zdravotního chování, například nutriční gramotnosti a počítá se i s potřebou prohloubení výzkumu o motivační aspekt, v popředí je zajištění překladu brožury WHO *Health literacy: the solid facts* (Kučera et al., 2016).

2.8 Nástroje k zjišťování zdravotní gramotnosti

K hodnocení zdravotní gramotnosti se používá řada nestandardizovaných i standardizovaných nástrojů. Většina z nich však byla validována jen pro dospělé (Machová a Brabcová, 2018). Vyvinuty byly nástroje hodnotící zdravotní gramotnost jak subjektivně (dotazování hodnotí, jak vnímají vlastní schopnosti v různých doménách), tak objektivně (schopnosti dotazovaných jsou hodnoceny podle toho, jak vyřešili zadání). Vznikají také nástroje kombinující oba přístupy. Mezi nástroje k objektivnímu hodnocení zdravotní

gramotnosti patří např. *Medical Term Recognition Test* (METER), *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA), *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) nebo *Critical Health Competencies Test* (CHC-Test). Nástrojem pro subjektivní hodnocení je např. *Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy* (MAHL), *Health Literacy Management Scale* (HELMS) nebo *Swiss Health Literacy Survey* (HLS-CH). K nástrojům kombinujícím oba přístupy náleží např. *Health Literacy Skills instrument* (HLSI) nebo *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) použitý při prvním komparativním hodnocení zdravotní gramotnosti v Evropě (Altin et al., 2014).

Jako další hodnotící nástroje lze jmenovat *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) či *Japanese Functional Health Literacy Test* (JFHLT), který obsahuje 72 položek posuzujících počítání, čtení a porozumění. Další položky testu se týkají situací, se kterými by se mohl pacient setkat v nemocničním zařízení. Zabývají se zdravotnickým systémem v Japonsku, výchovou ke zdraví a materiály od zdravotnických pracovníků (Sørensen et al., 2013). *Health Literacy Screening Question Methodologies* (HLSQMs) je dotazník, který obsahuje 16 otázek. Respondenti si musí vybrat na každou otázku jednu z následujících odpovědí – 1. Vždy, 2. Často, 3. Občas, 4. Příležitostně, 5. Nikdy. *E-Health Literacy Scale* (eHEALS) je spolehlivý nástroj, který měří schopnost najít a používat elektronické zdravotní informace. Tvořen je osmi prohlášeními pacienta o tom, jak vnímá svoji gramotnost v oblasti eHealth na pětibodové Likertově škále¹ (Collins et al., 2012).

Podle Shena et al. (2015) lze rozdělit škály na škály s hlavní nevýhodou, protože se zaměřují pouze na jednu oblast zdravotní gramotnosti (REALM; TOFHLA; NVS; eHEALS; *Medical Achievement Reading Test*; *Set of Brief Screening Questions*; *Functional, Communicative and Critical Health Literacy*; *Cancer Health Literacy Test* a *Diabetes Numeracy Test*) a testy zdravotní gramotnosti s multidimenzionálním charakterem, které se zabývají různými oblastmi zdraví. Patří mezi ně *Health Activity Literacy Scale*; *Demographic Assessment of Health Literacy*; *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL); *Adult Literacy and Life Skills Survey*; a *Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology*.

¹ Likertova škála je složena z výroků či otázek, na něž respondent vybírá z pevně daných odpovědí, kterých zpravidla bývá pět. Příkladem může být škála „souhlasím“, „spíše souhlasím“, „tak napůl“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“. Počet možných odpovědí, jejich konkrétní pojmenování nebo zařazení či nezařazení středové hodnoty se může lišit podle konkrétního použití. Likertova škála umožňuje zjistit nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu.

K hodnocení zdravotní gramotnosti u dětí je možno použít např. TOFHLA, REALM-Teen, *Health Literacy Measure for Adolescents* (HELMA) nebo *Newest Vital Sign* (NVS), pro starší děti, dospívající a mladé dospělé zkrácenou i plnou verzi dotazníku *HLS-EU-Q16* a *HLS-EU-Q47*. Vzhledem k tomu, že má na úroveň zdravotní gramotnosti dětí a dospívajících největší vliv rodina a škola, je žádoucí věnovat hodnocení zdravotní gramotnosti této věkové skupiny zvýšenou pozornost. Vhodné je používat standardizované měřicí nástroje a hodnocení v průběhu školní docházky opakovat (Machová a Brabcová, 2018).

3 PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI DOSPÍVAJÍCÍCH A MLADÝCH DOSPĚLÝCH

Adolescence (z lat. adolescens = dospívající, mladý), pozdní dětství, 12–19 let, je období, kdy okolí klade na dospívajícího více sociálních požadavků a připravuje ho tak na samostatný život a sociálně zodpovědné chování. V tomto období nabývají na významu vrstevnické vztahy, zvyšuje se jejich formující vliv na osobnost a chování dospívajícího. Primárním vývojovým úkolem adolescence je vytvoření identity a dosažení takové míry autonomie, která umožní samostatné fungování ve světě i vlastní ekonomickou nezávislost (Thorová, 2015). V tomto období dochází v rámci přejímání plné zodpovědnosti za svou osobu také k přejímání zodpovědnosti za své chování ve vztahu ke zdraví.

V následujících podkapitolách jsou rozčleněny kompetence dospívajících a mladých dospělých tak, jak je doporučováno v programu *Zdraví 2020*, který byl realizován za finanční podpory dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2015 a 2016, projekt č. 10557 „*Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle jednotlivých věkových kategorií*“ (Akční plán č. 12, 2015). V této kapitole je rovněž popsána potřeba výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých.

3.1 Kompetence dospívajících a mladých dospělých

Program *Zdraví 2020* definuje konkrétní vědomosti a schopnosti, které potřebuje mladý člověk na prahu dospělosti, aby své zdraví dokázal pozitivně ovlivnit. Vychází z rozdělení zdravotní gramotnosti na tři oblasti – podpora zdraví, prevence nemoci a zdravotní péče. Model je v souladu s členěním podle dokumentů WHO a byl použit také při tvorbě *AP č. 12*. Do oblasti podpory zdraví jsou zařazeny kompetence potřebné ke zdravému životnímu stylu a péči o prostředí. V oblasti prevence nemocí, která zahrnuje, mimo jiné, prevenci infekcí, neinfekčních chorob a úrazů, jsou také zařazeny postoje k medicíně založené na důkazech (Evidence Based Medicine). Oblast zdravotní péče určuje kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci.

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě lze použít algoritmus „Chci – Umím – Mohu“:

- **Chci.** Vnitřní motivace je nezbytná v každém věku.
- **Umím.** Kromě motivace (zájmu) musí jedinec disponovat základními znalostmi, kterých nebude nadbytek, a zároveň budou jeho věku přiměřené a dostatečné pro správné rozhodování v rozsahu jeho odpovědnosti. Potřebné informace by měl umět najít i vnímat, přijímat, porozumět jim a vyhodnotit je v konkrétních situacích. Nedílnou součástí je následná schopnost chovat se podle těchto informací a znalostí v každodenním životě.
- **Mohu.** Vytvoření nezbytných podmínek pro to, aby dospívající mohl své znalosti, schopnosti i zájmy uplatnit v každodenním životě.

Všechny kompetence se vzájemně prolínají. To, co je důležité z hlediska životosprávy či péče o prostředí, je současně prevencí nemocí, a naopak. Schopnost poradit si sám při řešení běžných zdravotních problémů je zároveň prevencí dalšího zhoršení choroby. Hranice mezi ošetrovatelskými kompetencemi a kompetencemi neodkladné první pomoci je mnohdy rovněž pomyslná (Holčík, 2010).

3.1.1 Kompetence v oblasti Podpory zdraví

Zdravotně gramotný mladý člověk ví, co zahrnuje zdravý životní styl, dokáže si uvědomit zásadní význam životního stylu pro zdraví v dlouhodobém horizontu. Přijímá skutečnost, že životní styl je především jeho volba a zodpovědnost. Vědomě se snaží o dodržování vhodné životosprávy (Akční plán č. 12, 2015).

Správná výživa. V oblasti správné výživy dospívající ví a přijímá, že vhodná výživa je klíčovým prvkem životosprávy a má zásadní vliv na zdraví. Zná doporučené výživové dávky pro svůj věk, rozumí jim a ví, jakými potravinami zajistí vhodnou skladbu stravy, příkladem může být potravinová pyramida. Dalšími kompetencemi určujícími míru zdravotní gramotnosti je schopnost udržovat přiměřenou hmotnost a zdatnost a mít základní přehled o mikronutrientech (vitamíny, minerály a další biologicky aktivní látky) a o jejich významu pro zdraví. Kompetentní zdravotně gramotní dospívající si zvládají plánovat a sami připravovat stravu v průběhu celého dne. Znají a dodržují zásady jídelního režimu, dávají přednost společnému stolování. Mezi kompetence správné výživy v neposlední řadě patří znalost rizik alkoholu a vyvarování se alkoholovým excesům (Fórum zdravé výživy, 2015; Společnost pro výživu, 2012).

Tělesná aktivita. Kompetence zdravotní gramotnosti v tělesné aktivitě určuje uvědomění si zásadního vlivu pohybové aktivity na zdraví. Dospívající zná a přijímá doporučení pohybové aktivity pro svůj věk, má kladný vztah k pohybu. Je pohybově aktivní v běžném životě. Zná rizika jednostranné nebo nadměrné fyzické zátěže a uvědomuje si významný vliv pohybové aktivity na duševní pohodu (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Denní režim. Kompetentní dospívající si uvědomuje význam denního režimu a rutinních denních aktivit pro zdraví. Dodržuje rámcová doporučení denního režimu o míře a vzájemném poměru pracovní zátěže (školní zátěže), volnočasových aktivit a spánku (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Vnitřní pohoda – duševní hygiena. V oblastech vnitřní pohody si dospívající uvědomuje její význam v péči o zdraví. Dokáže udržovat vyrovnané vztahy s rodinou i ostatními lidmi, respektuje osobnost jiných osob. Umí navázat přátelství a partnerský vztah, přátele a partnery si vědomě vybírá a dává přednost osobním kontaktům před virtuálními formami komunikace. Umí vyjadřovat své názory, postoje a emoce vhodným způsobem, zvládá své negativní emoce (hněv, agresivita, smutek). Zná mechanismus stresové reakce a dokáže vhodně reagovat na nadměrnou zátěž. Dále umí vyhledat pomoc v případě duševního traumatu, šikany, týrání apod. (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Svoboda od závislosti. Kompetence zdravotní gramotnosti v oblasti návykových látek vyplývá především ze znalosti rizik legálních i nelegálních návykových látek pro zdraví a znalost mechanismu vzniku a rozvoje závislosti. Zdravotně gramotný dospívající by měl vědomě odmítat návykové látky či návykové chování, např. herní automaty (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Péče o prostředí z hlediska zdravotní gramotnosti se zabývá otázkami osamostatňování se a chodu domácnosti.

Domácnost. Zdravotně gramotný dospívající si je v samostatném i provizorním bydlení schopen zajistit oddělené místo ke spaní, posezení a stravování. Dokáže si samostatně zajistit úklid domácnosti včetně nákupu potřebného vybavení a sjednání nezbytných služeb pro úklid, jako je např. odvoz odpadu (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Veřejný prostor. Udržování pravidelnosti v pestrých zájmových aktivitách, různé intenzity i obsahu také vyjadřuje úroveň zdravotní gramotnosti. Zdravotně gramotný mladý dospělý je občansky aktivní, podle svých zájmů a schopností se účastní veřejného života (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

3.1.2 Kompetence v oblasti Prevence nemocí

Zdravotně gramotný mladý člověk plně chápe, že být zdravý není samozřejmé, že o zdraví je třeba pečovat. Ví, že většině nemocí je možné zabránit prevencí, a chová se podle svých dosažených znalostí. Uvědomuje si, že rozhodnutí, která dělá a bude v budoucnu dělat, mohou pozitivně nebo negativně ovlivnit zdraví, a tím i celý další život (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Základní hygiena. Kompetence v oblasti základní hygieny znamenají, že mladý dospělý úplně zvládá hygienickou péči o svou osobu, zná a přiměřeně dodržuje všechny běžné návyky, které se týkají tělesné čistoty, jako je mytí, čištění zubů, péče o vlasy a vousy, pečuje o čistotu oděvu a obuvi i o čistotu osobních věcí včetně obytných prostor (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Prevence infekčních nemocí. Kompetentní zdravotně gramotný dospívající při podezření, že trpí infekční nemocí, informuje dospělého/rodiče, případně svého lékaře. Měl by znát, proti kterým nemocem je očkovan a kde má očkovací průkaz, a uvědomuje si nebezpečí pohlavně přenosných nemocí (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Prevence neinfekčních nemocí. Znalost faktu, že správný životní styl, jako je životospráva a způsob života, je základní prevencí neinfekčních nemocí a je základní kompetencí této oblasti. Mladý dospělý či dospívající by měl znát, u které zdravotní pojišťovny je pojištěný, svého praktického a zubního lékaře, dívky i svého gynekologa. V neposlední řadě ví, kam, případně na koho, se obrátit v případě zdravotních potíží a odchylek od běžného stavu (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Postoje ke zdravotní péči a péči o zdraví. Zdravotně gramotný dospívající by měl chápat a rozumět tomu, že jsou různé způsoby, jak se lidé o své zdraví chtějí starat. Měl by znát pojmy jako východní medicína, západní medicína, alternativní léčba, homeopatie. Měl by vědět, že má právo informovaného souhlasu i nesouhlasu s každým zdravotnickým výkonem a volby lékaře, kterému důvěřuje a se kterým otevřeně komunikuje (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

3.1.3 Kompetence v oblasti Zdravotní péče

Zdravotně gramotný mladý člověk je schopen vyhodnotit základní příznaky nemoci, orientuje se v základních skupinách volně prodejných léků, zná zásady jejich užívání. Ví, jak se zachovat v rámci svépomoci při poruše zdraví i v nemoci a v případě nemoci respektuje požadavky léčebného režimu (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Rozpoznání příznaků poruchy zdraví. Znalost fungování svého těla i svého psychického prožívání patří mezi základní kompetence, tak jako rozpoznání odchylek a spolupráce se zdravotníky (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Svépomoc a pomoc při poruše zdraví a v nemoci. Zdravotně kompetentní mladý dospělý si dokáže v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit sám nebo s podporou druhé osoby a v případě neúčinnosti zavedených opatření vyhledat odbornou pomoc (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Dodržování léčebného režimu. Znalost a respektování zásad léčebného režimu v době své nemoci nebo nemoci svých blízkých patří do kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče. V případě nejasných informací o svém zdravotním stavu je zdravotně gramotný dospívající schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Zdravotně gramotný mladý člověk rozumí reálným rizikům vzniku úrazu v běžném životě i při mimořádných činnostech a chová se zodpovědně. Dovede se správně zachovat v situaci ohrožení zdraví a života svého nebo jiných (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

První pomoc. V oblastech první pomoci zdravotně gramotný dospívající umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc. V případě potřeby tuto pomoc prostřednictvím tísňových linek zavolá a zvládne spolupracovat podle pokynů příslušníků záchranných složek. Rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí, dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení a zná hlavní postupy laické první pomoci. Pokud trpí chronickým onemocněním, ví, jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení a pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

Bezpečné chování. Zdravotně kompetentní mladý dospělý rozumí významu bezpečného chování pro zdraví, rozezná situace s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví a dokáže se jim vyhnout. Při sportu, v dopravě a při pracovních činnostech v zaměstnání i ve volném čase dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky (Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2016).

3.2 Potřebnost výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých

Současní dospívající jsou první generací, která vyrostla ve světě propojeném s webem. Adolescenti formují v této životní fázi své celoživotní zdravotní návyky a přesvědčení, své rozhodovací a vyhledávací dovednosti v oblasti zdraví a chování související s vyhýbáním se riziku. Prakticky 100 % amerických dospívajících má přístup k internetu doma, ve škole, v knihovnách nebo jinde a většina jej používá denně. Internet se stal jedním z nejdůležitějších nástrojů pro vzdělávání a informování mladých lidí o zdravotních otázkách. Mnoho dospívajících však má omezené vyhledávací dovednosti nebo problémy s gramotností a další problémy, které jim mohou ztěžovat nalezení a pochopení spolehlivých informací. Rodiče, učitelé, školní sestry, zdravotničtí pracovníci, knihovníci a IT specialisté, kteří mají vliv na zdravotní znalosti dospívajících a rozvoj dovedností při vyhledávání informací, rozhodování o zdraví a zdravotní gramotnosti, by si měli být vědomi problémů při řešení této jedinečné skupiny a měli by také znát kvalitní zdravotnické zdroje na webu (Scopelja et al., 2008).

Fleary et al. (2018) vyhledali sedmnáct anglicky psaných studií o vztahu mezi zdravotní gramotností a zdravotním chováním dospívajících a mladých dospělých, z nichž třináct ukazovalo významný přímý vztah. Aby bylo možné plně porozumět úloze zdravotní gramotnosti v rozhodování dospívajících a mladých dospělých ohledně zdraví, měl by budoucí výzkum používat komplexní definice a hodnocení zdravotní gramotnosti a do návrhu studie integrovat teoretické rámce pro zdravotní chování a rozvoj dospívajících. Holmberg et al. (2019) se zabývali zkoumáním zkušenosti s online informacemi o jídle, hubnutí a zdraví ve skupině dospívajících, kteří se léčili s obezitou. Byly provedeny individuální polostrukturované rozhovory s dvaceti dospívajícími a mladými dospělými, v nichž mladí lidé popsali povzbudivé i odrazující zkušenosti. Na jedné straně uvedli, že online fóra mohou poskytnout dobré nápady, inspiraci a sociální podporu pro změnu chování, na druhé straně se shodovali v tom, že v online sítích existuje matoucí množství komerčního obsahu a marketingu. Sociální média mohou být zdrojem zdravotní inspirace, zdravotních informací a sociální podpory, ale vyžadují informovanost a patřičné kompetence.

Období dospívání představuje pro další vývoj jedince kritické období. Jeho důsledky se mohou projevit v pozdějších etapách jeho individuální životní dráhy. Dospívání je obdobím

i prvního kontaktu se snadno dostupnými návykovými látkami. Konzumace alkoholu a užívání tabáku patří v ČR k přetrvávajícím společenským problémům (Dzúrová et al., 2015). Podle Bröder a Carvalho (2019) by se budoucí výzkum měl zabývat tím, jak děti a dospívající skutečně mobilizují své zdroje a schopnosti praktikovat zdravá rozhodnutí v kontextu svého každodenního života. Znamená to posun od posuzování (klasifikování) jednotlivců podle úrovně jejich dovedností v oblasti zdravotní gramotnosti k pozorování toho, jak tyto dovednosti cvičí a rozvíjí uvnitř daného prostředí. Týká se to paradigmat sociokulturního výzkumu gramotnosti, která se zaměřují na to, jak se gramotnost praktikuje, vnímá ji jako kulturně a historicky zakořeněnou a umístěnou v každodenní praxi. Za druhé, vědci v oblasti zdravotní gramotnosti (např. Nutbeam, 2017 aj.) zdůraznili potřebu zaměřit se na zdravotní gramotnost nikoli jako na individuální atribut, ale jako výsledek interakce mezi sociálními podmínkami a individuální dovedností vyhledat informaci o zdraví a učinit v souvislosti se zdravím rozhodnutí.

Jak dobře je člověk schopen používat své dovednosti a které ze svých dovedností využije, závisí do značné míry na situaci a vzájemném vztahu s okolím. Poznatky ze socializace dětství a dětské sociologie nám umožňují diferencované pochopení této individuální kontextové interakce. Můžeme ji označit jako sociální zakotvenost zdravotní gramotnosti, která je stále v současném konceptuálním a empirickém výzkumu nedostatečně prozkoumána. Například mezigenerační vztahy a nerovnoměrné rozdělení moci jsou zjevné nerovnosti, které ovlivňují rozvoj zdravotní gramotnosti dětí a dospívajících a jejich příležitosti účastnit se na rozhodování v oblasti zdraví. Budoucí výzkum zdravotní gramotnosti by se měl proto zabývat tím, jak zdravotní gramotnost dětí a dospívajících podněcuje nebo naopak zatěžuje mezigenerační přenos schopností, hodnot, návyků a norem i vnitřní osvojování společenských názorů a požadavků (Bröder a Carvalho, 2019). Holčík (2010, s. 147) zdůrazňuje: „Čím dříve si dítě osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky a čím dříve se podaří přispět k formování jeho postojů, názorů a potřeb, tím větším přínosem může být zdravotní gramotnost pro jeho zdraví.“

Je důležité pochopit vztah mezi sociální a materiální strukturou životního prostředí a svobodou jednání, včetně biologických a psychologických faktorů, pro zdravotní gramotnost, proto Bröder a Carvalho (2019) navrhuji přesunout pozornost od individuálních dovedností a zdravotní gramotnost považovat za interakci na osobní, interpersonální a společenské úrovni, s tím, co situace v daném prostředí vyžaduje. Z toho vyplývá, že kromě podpory dovedností, musí výzkum zdravotní gramotnosti řešit, jaké mají děti a dospívající,

kteří se setkávají se zdravotními informacemi, příležitosti a alternativy pro své jednání v daném prostředí.

Pokud je osobní zdravotní gramotnost nejlépe rozvíjena neustálou každodenní praxí v situacích souvisejících se zdravím, pak je zásadní, aby existoval chráněný prostor a dostupné responzivní struktury pro děti a dospívající. Budoucí výzkum zdravotní gramotnosti, politiky a praxe by se měl zaměřit na rozvoj schopností dětí v oblasti zdravotní gramotnosti a trvat na jejich smysluplné participaci v otázkách spojených s jejich zdravím a jasnou formulací vztahu mezi jejich zdravotní perspektivou a zdravotními informacemi (Bröder a Carvalho, 2019).

4 VLASTNÍ VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI DOSPÍVAJÍCÍCH A MLADÝCH DOSPĚLÝCH

Podle Kučery et al. (2016) má zásadní význam výzkum zdravotní gramotnosti, který se opírá o mezinárodně ověřené metodiky umožňující potřebné srovnání a poukazující na dosavadní slabá místa. V ČR je zatím málo výzkumných studií zabývajících se problematikou zdravotní gramotnosti. K podskupině populace, které mají nízkou úroveň zdravotní gramotnosti, patří i dospívající a mladí dospělí (Bártlová et al., 2018). Těžiště diplomové práce tvoří kvantitativní výzkum. Jeho podstatou je zkoumání vztahu mezi proměnnými, jejichž hodnoty se zjišťují měřením, a primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy a jaké jsou mezi nimi vztahy (Punch, 2008). V této kapitole se čtenář dozví o metodách a metodice vlastního výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých a o výsledcích výzkumu zdravotní gramotnosti.

4.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit, popsat a porovnat úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví studentů Střední odborné školy sociální a zdravotnické – Evangelické akademie v Náchodě v závislosti na typu studijního oboru, absolvování studia a věku.

V návaznosti na hlavní cíl výzkumu byly formulovány níže uvedené čtyři dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.

Hypotézy k dílčímu cíli 1

H₁₀ – Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.

H_{1A} – Existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.

Hypotézy k dílčímu cíli 2

H₂₀ – Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.

H_{2A} – Existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje závislost mezi vybraným demografickým faktorem (věk) a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Hypotézy k dílčímu cíli 3

H₃₀ – Neexistuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

H_{3A} – Existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků daného oboru.

Hypotézy k dílčímu cíli 4

H₄₀ – Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků nematuritního studia.

H_{4A} – Existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků nematuritního studia.

H₅₀ – Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků maturitního studia.

H_{5A} – Existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků maturitního studia.

Dalším krokem, který je přípravě výzkumu vhodný, je formulování tzv. operacionalizovaných definic pojmů. Pojmy se definují poněkud zjednodušeně (Chráska, 2016).

Operacionalizace jednotlivých pojmů

- **Zdravotní gramotnosti** rozumíme soubor kognitivních a sociálních schopností určujících motivaci a způsobilost jednotlivců získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.
- **Oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví** jsou operacionalizovány v dostupnosti zdravotních informací, porozumění jim, umění je správně vyhodnotit a používat v běžném životě:

v oblasti zdravotní péče jsou to informace o medicínských tématech,

v prevenci nemocí jsou to informace o rizikových faktorech,

v podpoře zdraví jsou to zdravotně významné, často o zdraví rozhodující informace.

- **Typ studijního oboru** – Ošetřovatel nematuritní obor, zakončený závěrečnou zkouškou, a obor Sociální vychovatelství – maturitní obor zakončený maturitní zkouškou.
- **Absolvování studia** – rozdíl v úrovni zdravotní gramotnosti mezi prvním a posledním ročníkem studia.
- **Věk dospívajících studentů** – věkové rozmezí studentů prvních ročníků a třetího ročníku je 15–17 let.
- **Věk mladých dospělých studentů** – věkové rozmezí studentů posledních ročníků, tj. třetího a čtvrtého ročníku, dvou oborů je 18–19 let.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru a způsob výběru respondentů

Zkoumaný soubor tvořilo 76 studentů Střední odborné školy sociální a zdravotnické – Evangelické akademie (dále jen SOCEA) v Náchodě. Cílem školy je vychovávat a vzdělávat odborníky v oblasti sociální práce a zdravotnictví. Osloveni byli všichni studenti oborů Ošetřovatel a Sociální vychovatelství, kteří splnili kritérium právě studující v prvním nebo posledním ročníku vybraného oboru.

Celkem bylo rozdáno 92 dotazníků:

1. ročník ošetřovatel (dále **1O**) – bylo rozdáno 23 dotazníků

- 3. ročník ošetrovatel (dále **3O**) – bylo rozdáno 25 dotazníků
- 1. ročník sociální vychovatelství (dále **1A**) – bylo rozdáno 25 dotazníků
- 4. ročník sociální vychovatelství (dále **4A**) – bylo rozdáno 19 dotazníků

Pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 16 dotazníků, celkem bylo získáno 76 dotazníků:

- 1O** – 19 dotazníků (vyřazeny 4 dotazníky)
- 3O** – 20 dotazníků (vyřazeno 5 dotazníků)
- 1A** – 21 dotazníků (vyřazeny 4 dotazníky)
- 4A** – 16 dotazníků (vyřazeny 3 dotazníky)

Vzhledem ke stanoveným cílům a hypotézám byl realizovaný záměrný účelový výběr, kdy je vzorek vybírán podle těch znaků základního souboru, které jsou s ohledem na cíl relevantní. Do souboru respondentů jsou zařazováni pouze ti, kdo jsou dostupní (Vévodová et al., 2015). Stanovena byla následující kritéria pro vytvoření zkoumaného souboru:

a) studenti prvních a posledních ročníků SOCEA

Kód a název oboru: 75-41-M/01 Sociální činnost – sociální vychovatelství

Stupeň poskytovaného vzdělání: střední odborné vzdělání s maturitou

Délka a forma vzdělávání: 4 roky, denní forma vzdělávání

Způsob ukončení vzdělávání: maturitní zkouška

b) Studenti prvních a posledních ročníků SOCEA

Kód a název vzdělávacího programu: 53-41-H/01 Ošetrovatel

Stupeň poskytovaného vzdělání: střední odborné vzdělání

Délka a forma vzdělávání: 3 roky, denní forma vzdělávání

Způsob ukončení vzdělávání: závěrečná zkouška

4.3 Organizace výzkumu

V rámci přípravné fáze výzkumu proběhla schůzka s vedením školy (7. 10. 2019), na které jsme vedení školy představili návrh výzkumu, včetně výzkumné strategie. Vedení školy SOCEA v Náchodě s realizací výzkumu souhlasilo (Příloha 1, 2). Realizace výzkumu proběhla během měsíce října 2019. Všichni oslovení studenti s účastí na výzkumu souhlasili.

4.4 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byl se souhlasem SZÚ použit **standardizovaný dotazník HLS-EU-Q47 v českém překladu** (Příloha 3). Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q47, včetně ověřené

metodiky, poskytla MUDr. Marie Nejedlá z Centra podpory veřejného zdraví SZÚ (korespondence se SZÚ je deponována v archivu autorky diplomové práce). K dispozici jsme měli i dotazník ve zkrácené formě HLS-EU-Q16. Po konzultaci s MUDr. Marií Nejedlou, se nám jako účelné jevílo v našem výzkumu využití dotazníku HLS-EU-Q47. Pro úplnost dodáváme, že v rámci rešeršní činnosti byly vyhledány pouze dva standardizované dotazníky na zdravotní gramotnost, oba však v anglickém jazyce (Domanska et al., 2018). Nejvhodnější výzkumnou metodou je standardizovaný měřicí nástroj, který je validní a reliabilní. Nevýhodou dotazníku je menší přizpůsobivost, například nelze klást doplňující otázky, znění otázky nemusí být všem respondentům dostatečně pochopitelné a věrohodnost získaných dat bývá zpravidla nižší (Ferjenčík, 2010).

Dotazník HLS-EU-Q47 tvoří 47 otázek, které cílí na všechny oblasti zdravotní gramotnosti, dopočty jsou provedeny stejným postupem jako ve výzkumném šetření ČR, který realizoval SZÚ v roce 2014.

4.5 Metodika výzkumu

V této podkapitole je uvedena původní metodika HLS-EU a metodika vlastního výzkumu.

4.5.1 Původní metodika HLS-EU

Východiskem původní studie HLS-EU byla teorie zdravotní gramotnosti zveřejněná v publikaci WHO *Health literacy: the solid facts* (Kickbusch et al., 2013). První výzkumné šetření zdravotní gramotnosti v ČR je komparativní a shodné s metodikou HLS-EU (Kučera, 2015). Cílovou skupinu tvořili obyvatelé ČR starší 15 let. Jako metoda výběru vzorku byl použit kvótní výběr (pohlaví, vzdělání, věk, kraj, velikost, obce). Vzorek tvořilo 1 037 respondentů. Sběr dat byl realizován osobním dotazováním v domácnostech pomocí počítače (CAPI). Dotazník trval cca 40 minut. Sběr dat probíhal v lednu 2015. K posouzení zdravotní gramotnosti byl přeložen dotazník o 90 položkách, použitý v studii HLS-EU. Dotazník byl Ústavem pro zdravotní gramotnost přeložen z původní anglické verze a správnost byla ověřena zpětným překladem rodilým mluvčím. Za WHO český překlad schválil Dr. Agis Tsouros. Jádrem dotazníku bylo 47 otázek, které operacionalizovaly model zdravotní gramotnosti (Obrázek 6).

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Obrázek 6. Synoptický model zdravotní gramotnosti (Kučera et al., 2016)

Jednotlivé řádky tabulky představují oblasti zdravotní gramotnosti, zatímco sloupce je možno interpretovat jako fáze či kroky získávání a uplatňování zdravotně relevantního chování v podobě zdravotního chování. Každé z dvanácti polí bylo (s jednou výjimkou) operacionalizováno do podoby čtyř otázek (v jednom případě se jednalo pouze o tři otázky). Na otázky odpovídali respondenti volbou na čtyřpoložkové tzv. Likertově škále. Z odpovědí bylo možno získat dvanáct specifických skóre zdravotní gramotnosti. Tyto dílčí skóre bylo možno sumarizovat a vytvořit tři skóre pro jednotlivé oblasti zdravotní gramotnosti, a to zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Skóre byly standardizovány do podoby srovnatelných škál a byl vytvořen souhrnný, standardizovaný skór, a to skór zdravotní gramotnosti celkové. Byly zjišťovány i informace o subjektivním zdravotním stavu respondenta, závažnosti zdravotních problémů, frekvence návštěv lékaře, socioekonomický a sociodemografický status. Pokud jde o zdravotní chování, bylo 8 otázek dotazníku věnováno dotazům na kouření, pití alkoholických nápojů a cvičení, a na základě údajů o výšce a hmotnosti byl vypočítán index BMI. Pomocným indikátorem zdravotní gramotnosti je index *NVS* (*Newest Vital Sign*), který odráží porozumění informacím o výživových hodnotách potravin na jejich obalech.

Dopočty:

- **Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)**

Index HC-HL je počítán z odpovědí na otázky **Q1/1–16**. Počítán je jen u respondentů, u nichž se maximálně v jednom z 16 případů objeví odpověď skórovaná jako „5“, tedy „nevím“ (do výpočtu indexu vstoupí pouze ti respondenti, kteří alespoň u patnácti otázek odpoví jednou z alternativ 1–4). Vzorec pro výpočet indexu je následující:

$$\text{Index HC-HL} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

- **Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)**

Index DP-HL je počítán z odpovědí na otázky **Q1/17–31**. Počítán je jen u respondentů, u nichž se maximálně v jednom z 15 případů objeví odpověď skórovaná jako „5“, „nevím“ (do výpočtu indexu vstoupí pouze ti respondenti, kteří alespoň u čtrnácti otázek odpoví jednou z alternativ 1–4). Vzorec pro výpočet indexu je následující:

$$\text{Index DP-HL} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

- **Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)**

Index HP-HL je počítán z odpovědí na otázky **Q1/32–47**. Počítán je jen u respondentů, u nichž se maximálně ve dvou z 16 případů objeví odpověď skórovaná jako „5“, „nevím“ (do výpočtu indexu vstoupí pouze ti respondenti, kteří alespoň u čtrnácti otázek odpoví jednou z alternativ 1–4). Vzorec pro výpočet indexu je následující:

$$\text{Index HP-HL} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

- **Celková zdravotní gramotnost (GHL)**

Index GHL je počítán z odpovědí na otázky Q1/1–47. Počítán je jen u respondentů, u nichž se maximálně ve čtyřech ze 47 případů objeví odpověď skórovaná jako „5“ tedy „nevím“ (do výpočtu indexu vstoupí pouze ti respondenti, kteří alespoň u 43 otázek odpoví jednou z alternativ 1–4). Vzorec pro výpočet indexu je následující:

$$\text{Index GHL} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Jednotlivé indexy (HC-HL, DP-HL, HP-HL a GHL) nabývají hodnot 0–50 a tvoří 4 intervaly:

- **Neadekvátní (0–25 bodů)**
- **Problematická (26–33 bodů)**
- **Dostatečná (34–42 bodů)**
- **Excelentní (43–50 bodů)**

- **NVS test – kombinovaný znak**

Pro součty odpovědí na 7 otázek NVS testu (otázky Q17–Q23) jsou vytvořeny následující intervaly:

- **Vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti (0–1 bod)**
- **Možnost omezené gramotnosti (2–3 body)**
- **Vysoká pravděpodobnost adekvátní gramotnosti (4–6 bodů)**

4.5.2 Metodika vlastního výzkumu

Metodika (postup) vlastního výzkumu byla převzata kompletně z již osvědčené metodiky dotazníku HLS-EU-Q47 použitého při výzkumu HLS-EU i při reprezentativním šetření zdravotní gramotnosti české populace. Pouze v celkovém hodnocení se nezaměřujeme na socioekonomický a sociodemografický status dotazovaných osob, neboť se jedná o studenty. Vzhledem k rozsahu diplomové práce také vyřazujeme hodnocení NVS testu. Dotazníky HLS-EU-Q47 jsme rozdali studentům SOCEA v Náchodě při pedagogické praxi, kdy jsme byli studentům k dispozici při nejasnostech a případných otázkách. Statistické metody jsou popsány v kapitole Ověření platnosti hypotéz (kapitola 4.7.7).

Dotazník zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q47 obsahuje 47 položek (Příloha 3). Dotazník vychází z modelů zdravotní gramotnosti a měří zdravotní gramotnost ve třech oblastech (zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví) a ve čtyřech fázích pro zpracování informací – dostupnost, porozumění, vyhodnocení a aplikování. Dotazník pomocí čtyřbodové stupnice posuzuje sebehodnocení (velmi snadné, snadné, obtížné, velmi obtížné), které měří vnímanou obtížnost vybraných úkolů o zdraví.

4.6 Limity výzkumu

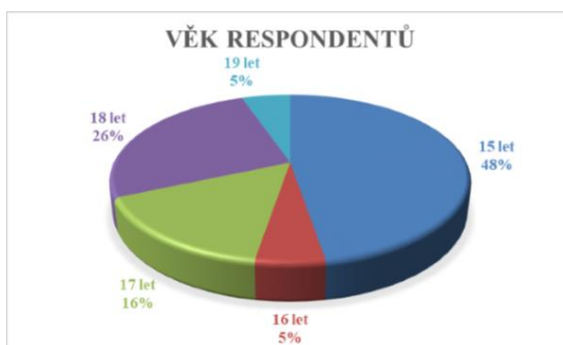
Za limity našeho výzkumu považujeme zejména to, že cílovou skupinou jsou studenti zdravotnické školy a otázky sociodemografických a socioekonomických faktorů jsou pro ně (vzhledem k věku) nevhodné. Dalším limitem výzkumu je to, že původní studie HLS-EU byla realizována metodou CAPI (PC vyplnění dotazníku), podle doporučení SZÚ je však vhodnější předčítání otázek. Abychom zaručili anonymitu studentů, zvolili jsme hromadné vyplnění dotazníku. Dalším limitem je to, že výzkum byl realizovaný pouze v jedné zdravotnické škole v Královéhradeckém kraji. Dalším limitem našeho výzkumu je jen částečné zpracování získaných dat. Dotazník HLS- EU Q47 umožňuje získat a porovnat další proměnné, jako je např. úroveň zdravotní gramotnosti ve vazbě na BMI, na pohybovou aktivitu, konzumaci alkoholu a další.

Pro další výzkum zdravotní gramotnosti nejsou důležitá jen celopopulační šetření, stejně důležitá jsou i šetření v různých sociálních a specifických skupinách. Pilotní šetření zdravotní gramotnosti dětí a mladistvých provedla Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích (Kučera, 2017).

4.7 Výsledky výzkumu

V dalších oddílech (4.7.1 až 4.7.6) jsou popsány a zhodnoceny výsledky našeho výzkumu, včetně statistického zpracování dat (testování a ověřování platnosti hypotéz v oddílech 4.7.7 až 4.7.8).

4.7.1 Demografická charakteristika respondentů



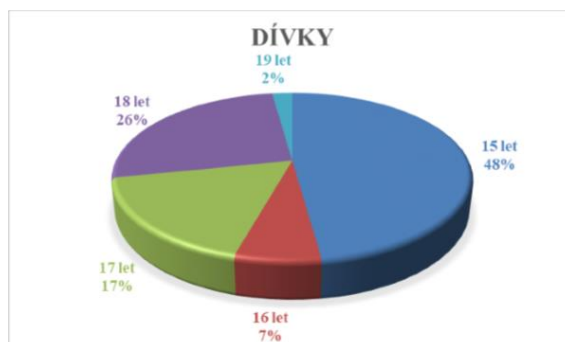
Graf 1. Věk respondentů

Graf 1 ukazuje věkové rozložení respondentů. Největší skupinu tvoří patnáctiletí (47 %), dále osmnáctiletí (26 %), sedmnáctiletí (19 %), šestnáctiletí (5 %) a nejmenší skupinou jsou devatenáctiletí respondenti (3 %).

Tabulka 1. Věkové rozložení studentů ve třídách

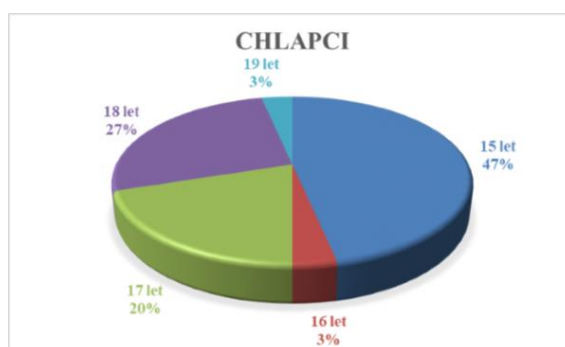
	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	Celkem
1O	16	3	0	0	0	19
1A	20	1	0	0	0	21
3O	0	0	12	8	0	20
4A	0	0	0	12	4	16
Celkem	36	4	12	20	4	76

Tabulka 1 ukazuje věkové rozložení studentů ve třídách. V 1O je 16 respondentů patnáctiletých a 3 šestnáctiletí. V 1A je patnáctiletých 20 a 1 šestnáctiletý respondent. V 3O je 12 respondentů ve věku 17 let a 8 respondentů osmnáctiletých. 4A je složena z 12 respondentů osmnáctiletých a 4 devatenáctiletých.



Graf 2. Věkové rozložení – dívky

Největší skupinu dívek tvoří patnáctileté (48 %), dále osmnáctileté (26 %), sedmnáctiletých respondentek je 17 % a šestnáctiletých 7 % (Graf 2).



Graf 3. Věkové rozložení – chlapci

Největší skupinu chlapců tvoří patnáctiletí (47 %), dále osmnáctiletí (27 %), sedmnáctiletí (20 %) a šestnáctiletí a devatenáctiletí mají stejné zastoupení – 3 % (Graf 3).

Tabulka 2. Věkové rozložení dívek a chlapců v jednotlivých třídách

	15 let		16 let		17 let		18 let		19 let		Celkem
	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	
1O	10	6	0	3	0	0	0	0	0	0	19
1A	12	8	1	0	0	0	0	0	0	0	21
3O	0	0	0	0	7	5	4	4	0	0	20
4A	0	0	0	0	0	0	9	3	2	2	16
Celkem	22	14	1	3	7	5	13	7	2	2	76

D – dívky
CH – chlapci

Tabulka 2 ukazuje, že v 1O je 10 dívek, 6 chlapců patnáctiletých a 3 šestnáctiletí chlapci. 1A je složena z 12 dívek a 8 chlapců patnáctiletých a 1 dívky šestnáctileté. 3O je složena ze 7 dívek a 5 chlapců sedmnáctiletých a 4 dívek a 4 chlapců osmnáctiletých. 4A je složena z 9 dívek a 3 chlapců osmnáctiletých a 2 dívek a 2 chlapců devatenáctiletých.

4.7.2 Celkové zhodnocení zdravotní gramotnosti

Tak jako v původním komparativním výzkumu zdravotní gramotnosti v ČR z roku 2014 (Kučera, 2015), předkládáme souhrnné výsledky kompletního zdravotního stavu všech 76 dotazovaných studentů, frekvencí návštěv lékaře, konzumace alkoholu a kouření.

Zdravotní stav

Zdravotní stav jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q2.

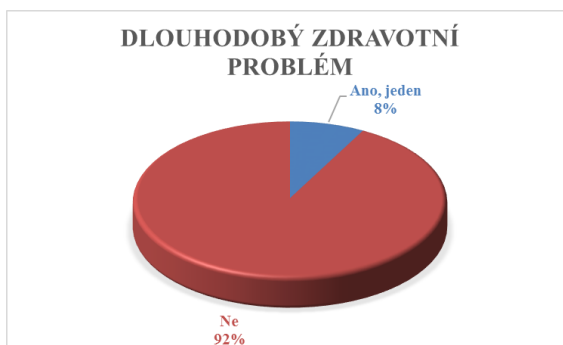


Graf 4. Zdravotní stav

Z grafu 4 vyplývá, že většina respondentů (95 %) považuje svůj zdravotní stav za velmi dobrý, anebo dobrý (5 %).

Dlouhodobý zdravotní problém

Dlouhodobé zdravotní problémy jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q3.



Graf 5. Dlouhodobý zdravotní problém

Dlouhodobé zdravotní problémy udává 8 % respondentů. Žádný z nich netrpí více než jedním dlouhodobým zdravotním problémem (Graf 5).

Omezení aktivit vzhledem ke zdravotním problémům

Omezení aktivit jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q4.

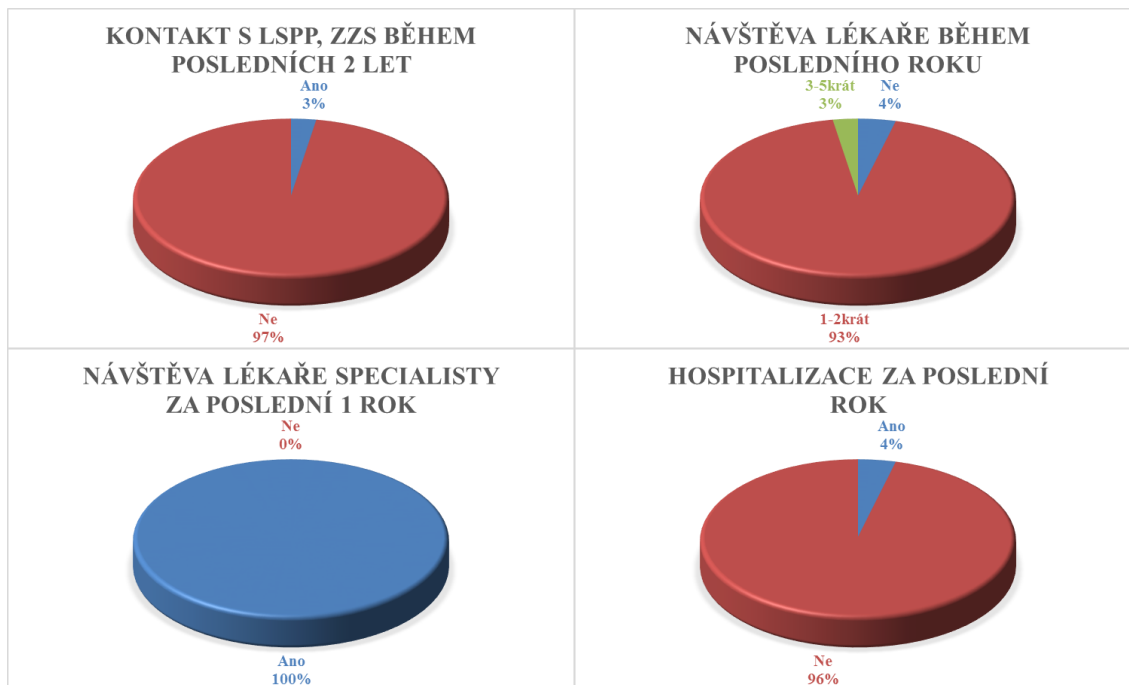


Graf 6. Omezení aktivit

Zdravotní problémy omezily v posledních šesti měsících aktivity 13 % respondentů, nikoliv však citelně, možnost „citelně omezily“ ne zvolil žádný respondent (Graf 6).

Kontakt se zdravotnickým zařízením za posledních 12–24 měsíců

Frekvenci návštěv lékaře, kontakt s LSPP nebo ZZS a hospitalizaci jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q6.



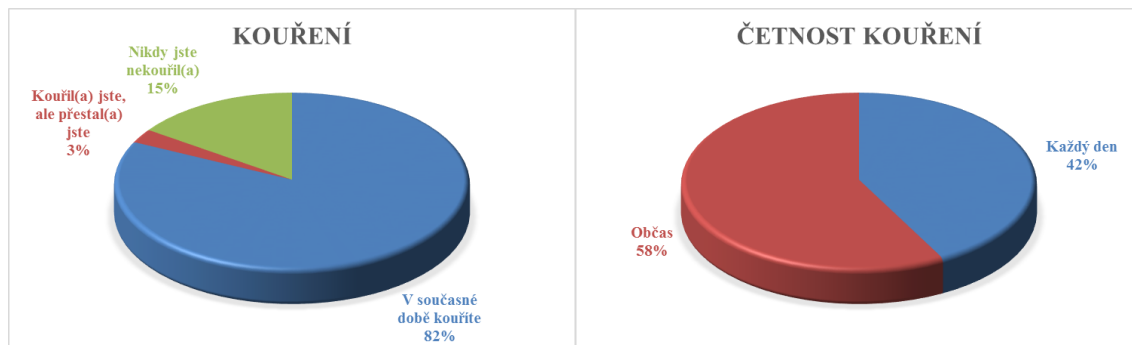
Graf 7. Kontakt se zdravotnickým zařízením

Graf 7 ukazuje, že během posledních dvou let měli dva respondenti kontakt s Lékařskou pohotovostní službou (LSPP) nebo Záchranou zdravotnickou službou (ZZS). V posledním roce 93 % respondentů navštívilo lékaře 1krát, 3 % respondentů 3–5krát. Bez lékaře se během posledního roku obešla 4 % respondentů.

Všichni respondenti během uplynulého roku navštívili zubního lékaře, očního lékaře, fyzioterapeuta, psychologa anebo dietologa (100 %). Respondentů, kteří byli za uplynulý rok hospitalizováni, jsou 4 %.

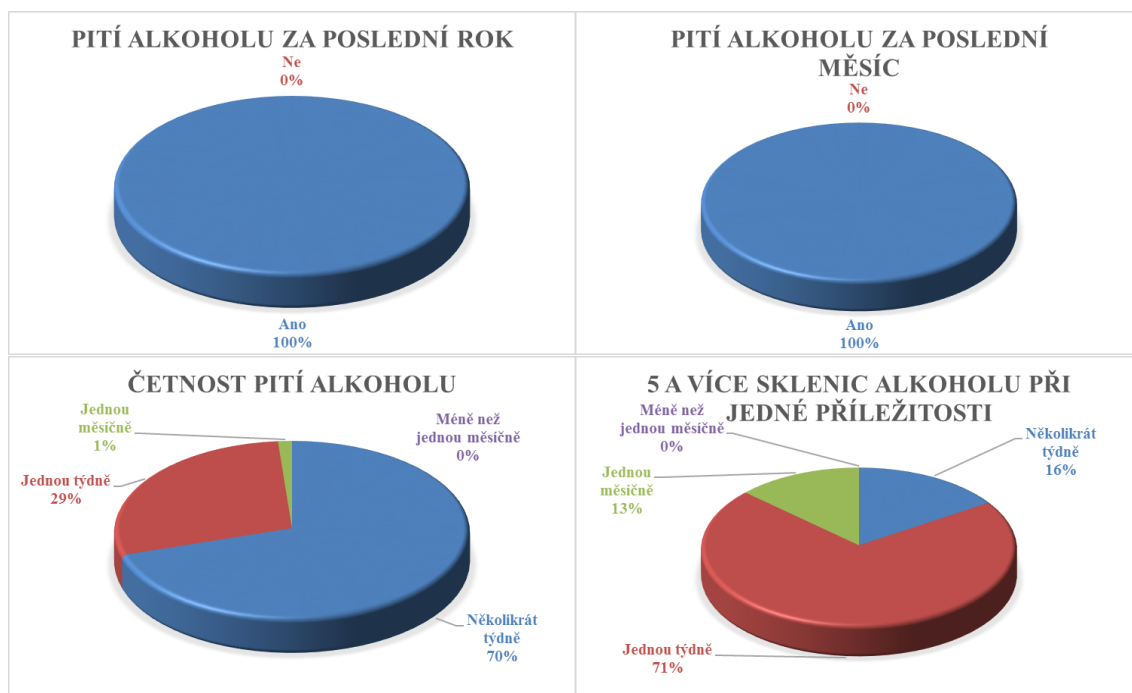
Užívání alkoholu a cigaret

Kouření a užívání alkoholických nápojů jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q7-Q13.



Graf 8. Kouření

Z grafu 8 vyplývá, že respondentů, kteří v současnosti kouří, je 82 %. Přestala kouřit 3 % respondentů a nikdy nekouřilo 15 % respondentů. Z těch, kteří kouří (n=62 respondentů), kouří každý den 42 % respondentů a občas 58 % dotázaných.

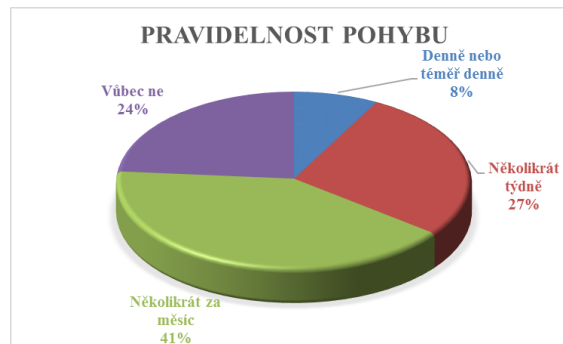


Graf 9. Pití alkoholu

V uplynulém roce (2018) i v uplynulém měsíci (září) pilo alkohol 100 % dotázaných (Graf 9). Nejpočetnější skupinu respondentů v četnosti pití alkoholu tvoří ti, kteří pijí několikrát týdně 70 %. Alespoň jednou měsíčně si dá během jedné příležitosti 5 a více sklenic alkoholu 13 % respondentů, 71 % respondentů jednou týdně.

Pohyb

Pohybové aktivity jsme zjišťovali v dotazníku položkou Q 14



Graf 10. Pravidelný pohyb

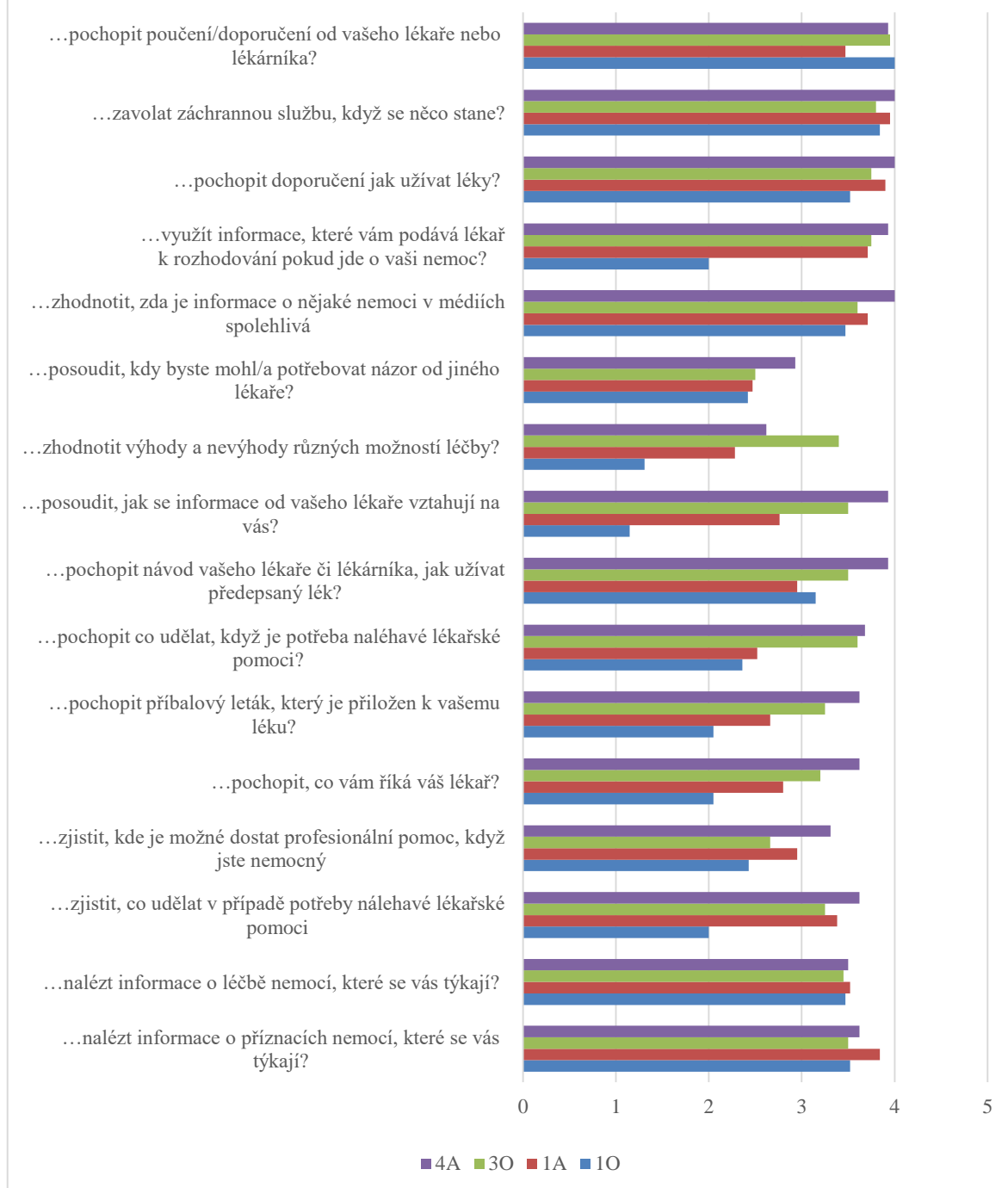
Několikrát týdně cvičí zhruba každý třetí respondent (27 %). Nejvíce respondentů udává pohybovou aktivitu několikrát za měsíc (41 %). Bez cílené fyzické aktivity je 24 % dotazovaných (Graf 10).

4.7.3 Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Zdravotní péče

Počítáno z odpovědí na otázku **Q1/1–16**, vážené aritmetické průměry na škále od velmi snadné do velmi těžké (za otázku velmi snadné 4 body, docela snadné 3 body, docela těžké 2 body, velmi těžké 1 bod, neví 0 bodů).

Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoťte, **jak těžké je:**

Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče



Graf 11. Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče

Jak ukazuje graf 11, je pro respondenty zcela nejnárodnější získat informace o příznacích i léčbě nemoci, 90 % respondentů to považuje za snadné a téměř polovina si myslí, že nalézt potřebné informace je velmi snadné. Těžší – i když stále pro naprostou většinu v zásadě snadné – bývá pochopit informace a doporučení lékaře i lékárníka a zjistit informace, kde získat zdravotnickou pomoc, dále zjistit a pochopit, co dělat v případě potřeby naléhavé

pomoci. Relativně nejobtížnější v této oblasti je využít informace, které podává lékař k rozhodování, pokud jde o konkrétní nemoc a posoudit, kdy by byl potřeba názor dalších lékařů.

Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče průměr:

(jedná se o bodový průměr / počet otázek v oblasti Zdravotní péče)

$$1042,74 : 16 = 2,67$$

$$1A50,87 : 16 = 3,17$$

$$30 54,66 : 16 = 3,41$$

$$4A58,24 : 16 = 3,64$$

Dopočty Indexu

$$\text{Index} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

$$10 = 27,83 \text{ bodů}$$

$$1A = 36,17 \text{ bodů}$$

$$30 = 40,17 \text{ bodů}$$

$$4A = 44 \text{ bodů}$$

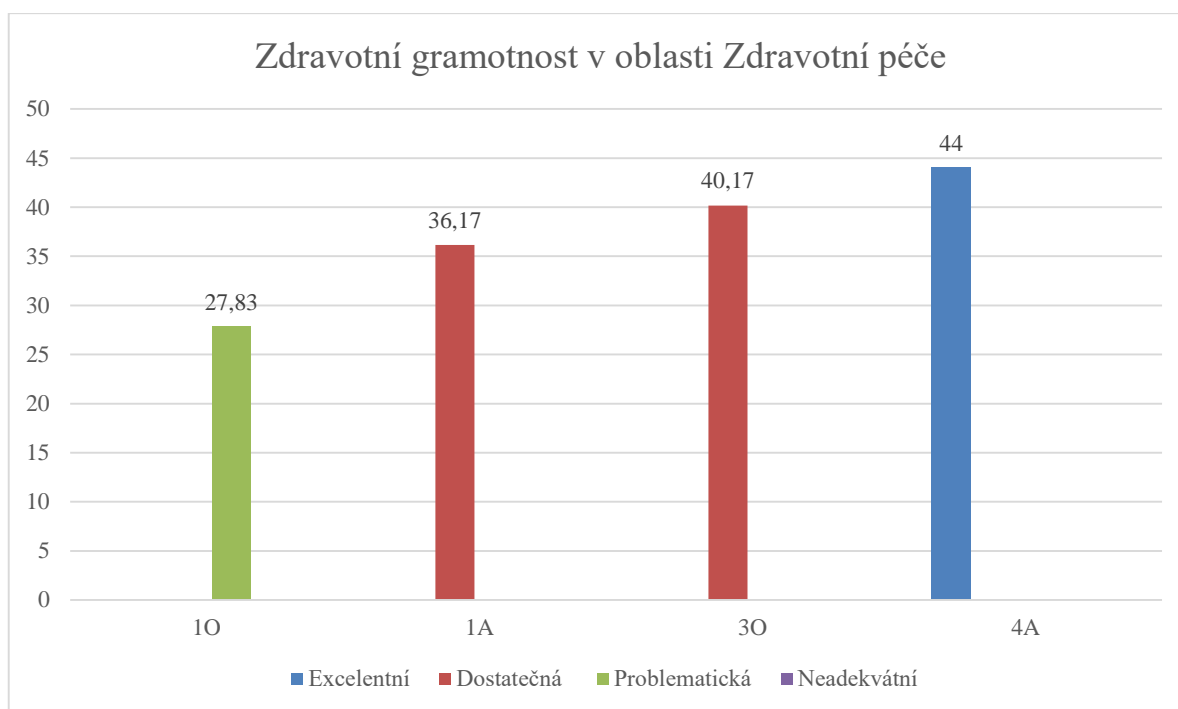
Hodnotící skóre

Neadekvátní (0-25 bodů)

Problematická (26-33 bodů)

Dostatečná (34-42 bodů)

Excelentní (43-50 bodů)



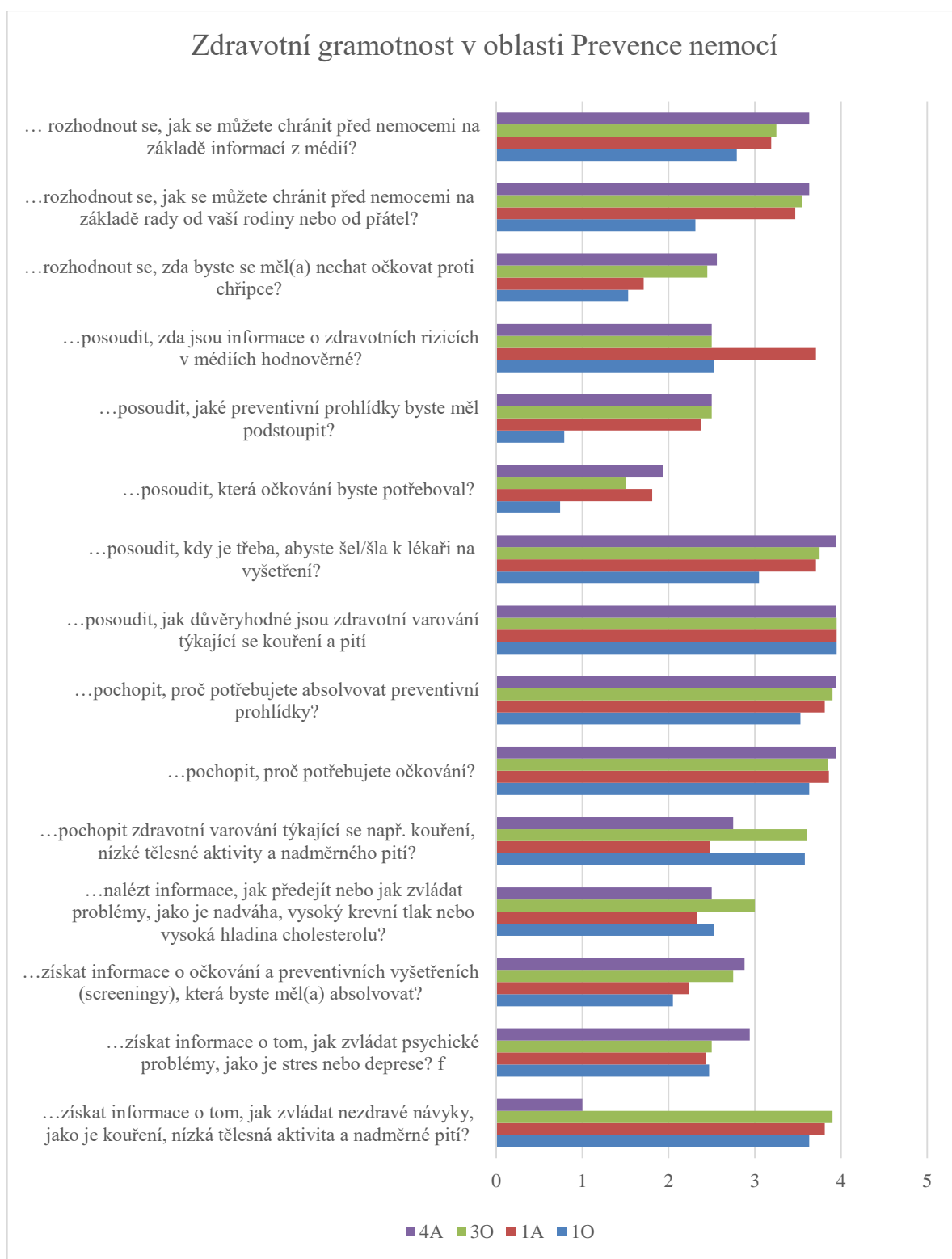
Graf 12. Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče

Podle hodnotících skóreů HLS-EU je v oblasti Zdravotní péče úroveň ZG v třídě 1O hodnocena jako problematická, v 1A a 3O dostatečná a ve 4A excelentní (Graf 12).

4.7.4 Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Prevence nemocí

Počítáno z odpovědí na otázky Q1/17–31, vážené aritmetické průměry na škále od velmi snadné do velmi těžké (za otázku velmi snadné 4 body, docela snadné 3 body, docela těžké 2 body, velmi těžké 1 bod, neví 0 bodů).

Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoťte, **jak těžké je:**



Graf 13. Zdravotní gramotnost v oblasti Prevence nemocí

Graf 13 ukazuje, že mezi kompetencemi v oblasti prevence nemocí je nejsnadnější pochopit potřebu absolvování preventivních prohlídek, očkování a pochopit varování týkající se životosprávy – to považuje za snadné více než 80 % respondentů.

Nejobtížnější je pochopení potřeby konkrétního očkování, posouzení důvěryhodnosti zdravotních varování, posouzení potřeby vyšetření a posouzení toho, jaké preventivní prohlídky by měli respondenti podstoupit.

Zdravotní gramotnost v oblasti Prevence nemocí průměr:

(jedná se o bodový průměr / počet otázek v oblasti Prevence nemocí)

$$1O39,11 : 15 = 2,60$$

$$1A44,89 : 15 = 2,99$$

$$3O 46,95 : 15 = 3,13$$

$$4A44,59 : 15 = 2,97$$

Dopočty Indexu

$$\text{Index} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

$$1O = 26,67 \text{ bodů}$$

$$1A = 33,17 \text{ bodů}$$

$$3O = 35,5 \text{ bodů}$$

$$4A = 32,83 \text{ bodů}$$

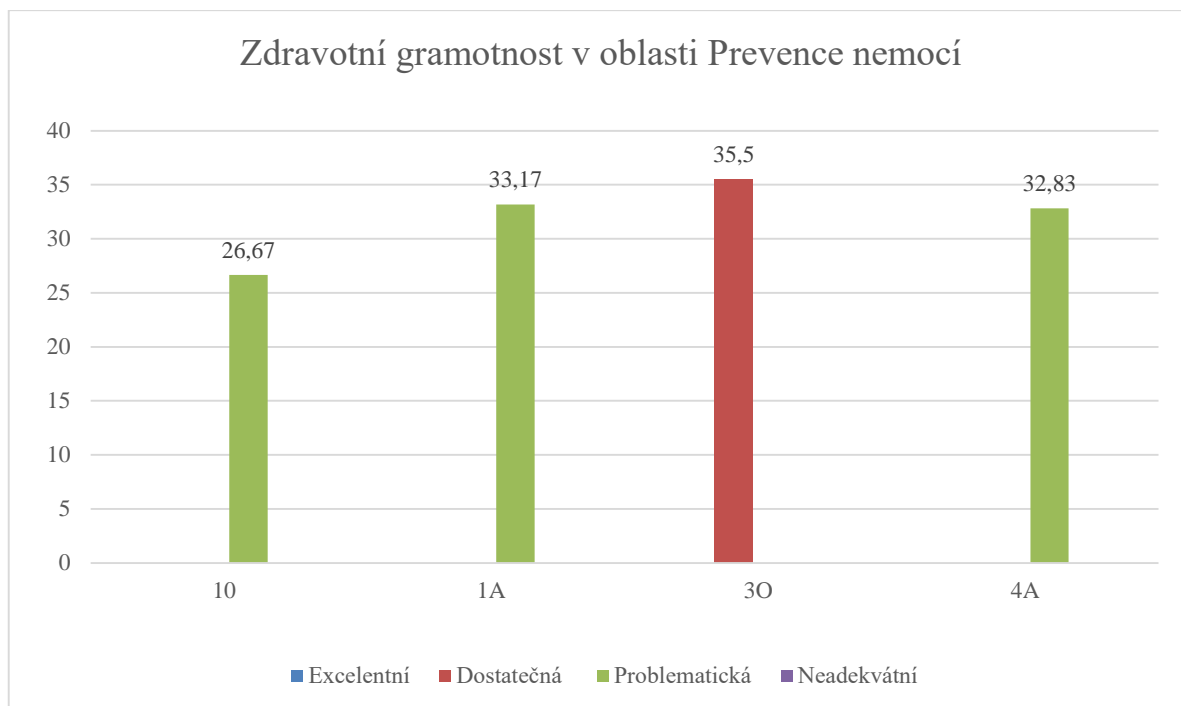
Hodnotící skóre

Neadekvátní (0-25 bodů)

Problematická (26-33 bodů)

Dostatečná (34-42 bodů)

Excelentní (43-50 bodů)



Graf 14. Zdravotní gramotnost v oblasti Prevence nemocí

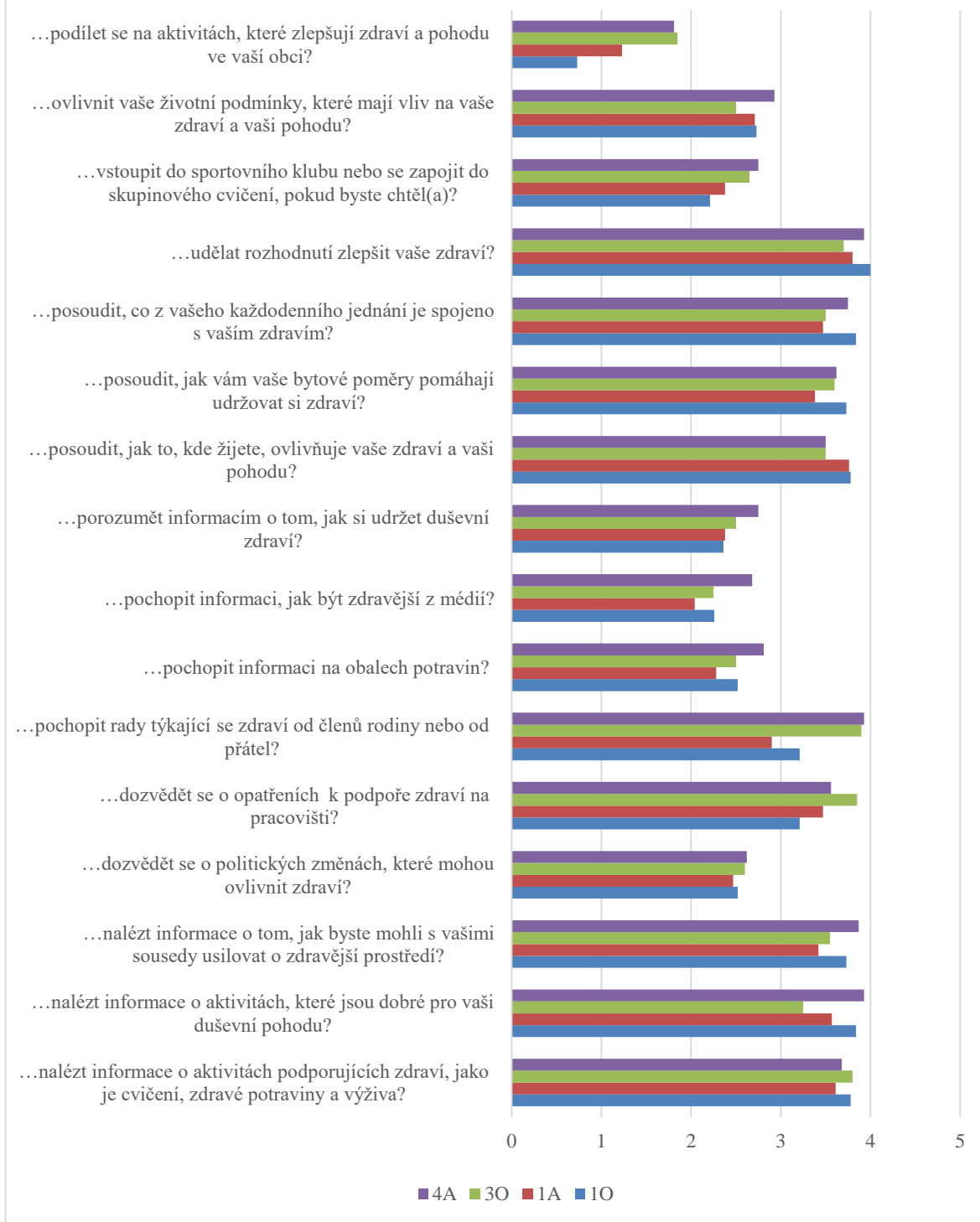
Podle hodnotících skóre HLS-EU je v oblasti Prevence nemocí úroveň ZG ve třídách 1O, 1A a 4A hodnocena jako problematická, ve 3O dostatečná (Graf 14).

4.7.5 Dílčí výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti Podpory zdraví

Počítáno z odpovědí na otázky **Q1/32-47**, vážené aritmetické průměry na škále od velmi snadné do velmi těžké (za otázku velmi snadné 4 body, docela snadné 3 body, docela těžké 2 body, velmi těžké 1 bod, neví 0 bodů).

Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoťte, **jak těžké je:**

Zdravotní gramotnost v oblasti Podpory zdraví



Graf 15. Zdravotní gramotnost v oblasti Podpory zdraví

Z grafu 15 vyplývá, že nejsnadnější elementární kompetencí v oblasti získávání a porozumění informacím je využití informací od lékaře k rozhodování, pokud jde o vlastní nemoc – snadné je to pro téměř 70 % respondentů. Méně snadné jsou hlavně kompetence spočívající v posouzení alternativ léčby, v posouzení hodnověrnosti a spolehlivosti

informací v médiích a ve zjištění informací o širších okolnostech ovlivňujících zdraví, doma, na pracovišti (myšleno ve škole) a v celé společnosti. Tyto záležitosti považuje za snadné méně než 50 % respondentů a jde o kompetence celkově vnímané jako nejobtížnější.

Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví - průměr:

(jedná se o bodový průměr / počet otázek v oblasti Prevence nemocí)

$$1048,45 : 16 = 3,02$$

$$1A46,87 : 16 = 2,92$$

$$3049,50 : 16 = 3,09$$

$$4A52,12 : 16 = 3,25$$

Dopočty Indexu

$$\text{Index} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

$$10 = 33,67 \text{ bodů}$$

$$1A = 32,0 \text{ bodů}$$

$$30 = 34,84 \text{ bodů}$$

$$4A = 37,50 \text{ bodů}$$

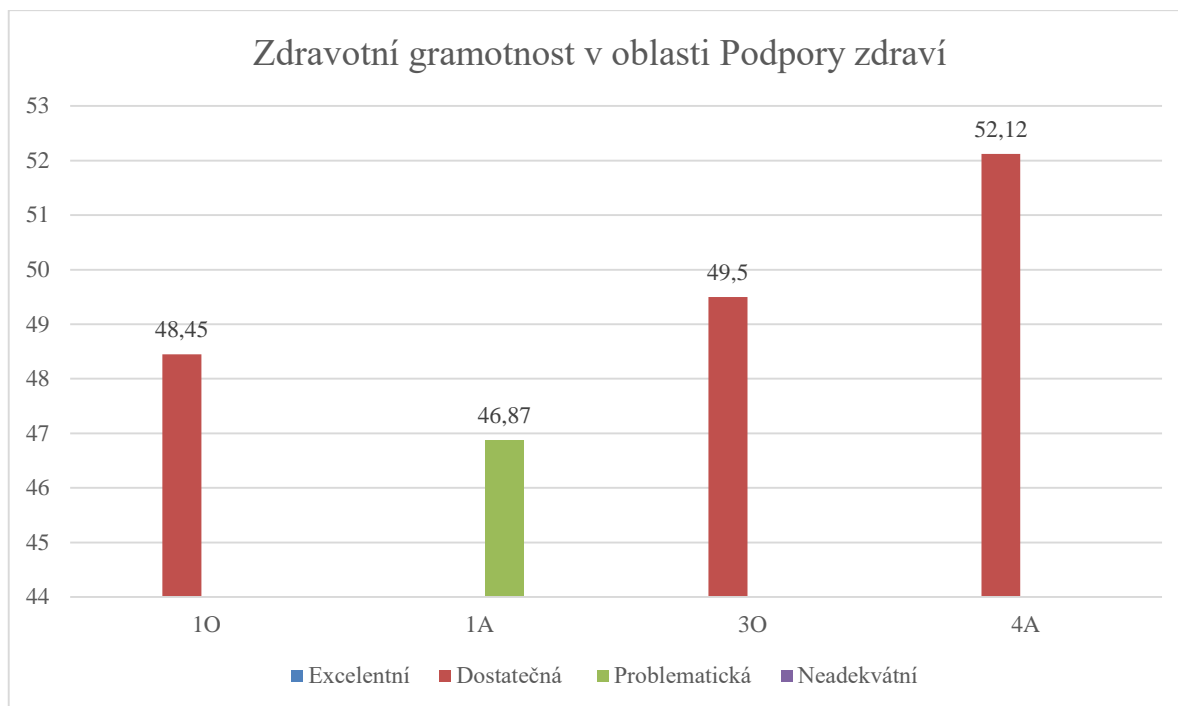
Hodnotící skóre

Neadekvátní (0-25 bodů)

Problematická (26-33 bodů)

Dostatečná (34-42 bodů)

Excelentní (43-50 bodů)



Graf 16. Zdravotní gramotnost v oblasti Podpory zdraví

Podle hodnotících skóre HLS-EU je v oblasti Podpora zdraví úroveň ZG ve třídách 1O, 3O, 4A hodnocena jako dostatečná, v 1A problematická (Graf 16).

4.7.6 Dílčí výsledky celkové zdravotní gramotnosti

Index celkové zdravotní gramotnosti v jednotlivých třídách je počítán z odpovědí na otázky **Q1/1-47**, vážené aritmetické průměry na škále od 1=velmi snadné do 4=velmi těžké). Sečteny byly průměry oblastí Zdravotní péče, Prevence nemocí a Podpory zdraví v jednotlivých třídách.

Dopočty průměru a Indexu

Celkový průměr je součet průměrů oblastí Zdravotní péče, Prevence nemocí a Podpory zdraví v jednotlivých třídách vydělen počtem všech otázek (47).

$$1O = 42,74 + 39,11 + 48,45 = \mathbf{130,3}$$

$$1A = 50,87 + 44,89 + 46,87 = \mathbf{142,63}$$

$$3O = 54,66 + 46,95 + 49,50 = \mathbf{151,11}$$

$$4A = 58,24 + 44,59 + 52,12 = \mathbf{154,95}$$

$$1O = 130,30 : 47 = \mathbf{2,77}$$

$$1A = 142,63 : 47 = \mathbf{3,03}$$

$$3O = 151,11 : 47 = \mathbf{3,21}$$

$$4A = 154,95 : 47 = \mathbf{3,29}$$

$$\text{Index} = (\text{průměr} - 1) \times (50/3)$$

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

I = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

$$\mathbf{1O = 29,5 \text{ bodů}}$$

$$\mathbf{1A = 33,8 \text{ bodů}}$$

$$\mathbf{3O = 36,8 \text{ bodů}}$$

$$\mathbf{4A = 38,1 \text{ bodů}}$$

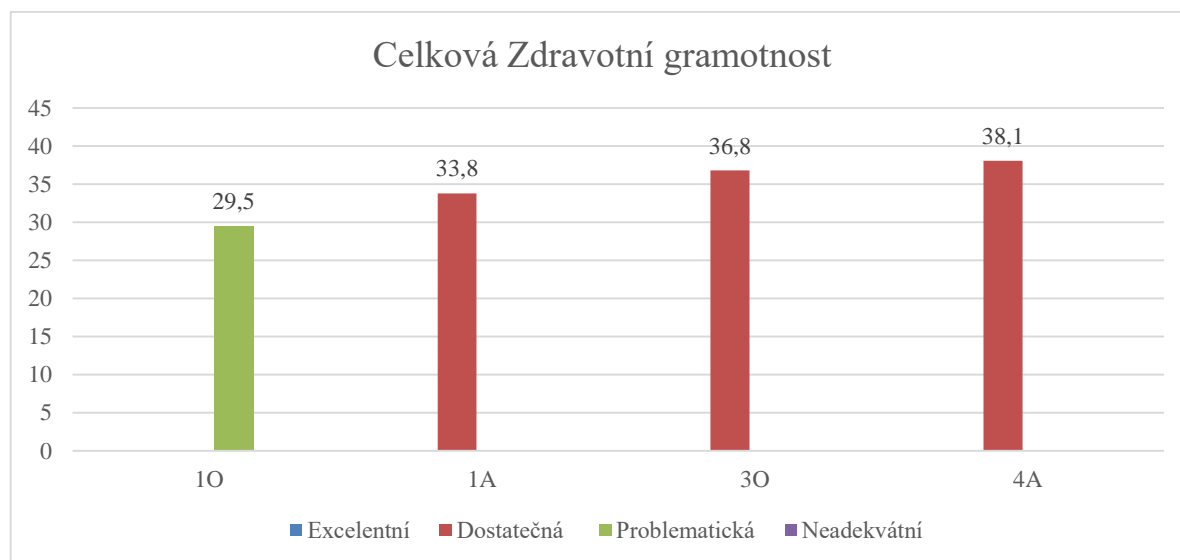
Hodnotící skóre

Neadekvátní (0-25 bodů)

Problematická (26-33 bodů)

Dostatečná (34-42 bodů)

Excelentní (43-50 bodů)



Graf 17. Celková zdravotní gramotnost

Podle hodnotících skóre HLS-EU je v oblasti celková úroveň ZG v třídě 1A, 3O a 4A hodnocena jako dostatečná, v 1O problematická (Graf 17).

4.7.7 Ověření platnosti hypotéz

Díličními cíli výzkumu bylo prokázat nebo vyvrátit souvislost mezi typem studijního oboru, ročníkem studia, věkem a úrovní zdravotní gramotnosti ve všech uvedených oblastech. Úkolem bylo proniknutí do vztahu mezi sledovanými oblastmi a tím i přiblížení k tzv. příčinným, tj. kauzálním, souvislostem. Z hlediska metod zkoumání kauzálních souvislostí se jednalo o volnou závislost či korelační závislost. Závislost mezi jevy byla zjišťována zkoumáním souvislostí mezi zvolenými odpověďmi (čísla 4-0 podle tabulky, (Příloha 4) kterou respondenti uvedli k jednotlivým otázkám. Za pomoci programu MS Excel 2016 a funkce CORREL byla získaná data zpracována a vypočítány výběrové korelační koeficienty r mezi respondentem a spárovaným skórem odpovědi. Funkce CORREL (matice 1, matice 2) vrací korelační koeficient oblasti buněk Matice 1 (první oblast buněk s hodnotami) a Matice 2 (druhá oblast buněk s hodnotami). Protože oblasti zdravotní gramotnosti jsou tvořeny 16, 15, 16 otázkami a zpracovány jsou všechny otázky jednotlivě o potvrzení či vyvrácení stanovené hypotézy rozhoduje většinový výsledek výpočtu.

Korelační koeficient

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \cdot \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Kde \bar{x} a \bar{y} jsou střední hodnoty výběru PRŮMĚR (matice1) a PRŮMĚR (matice2).

Pomocí takto získaných korelačních koeficientů je možné určit těsnost vztahu mezi dvěma veličinami. Korelační koeficient se pohybuje mezi hodnotou -1 (negativní vztah mezi zkoumanými veličinami) a +1 (pozitivní vztah mezi zkoumanými veličinami). Hodnota 0 znamená, že vztah mezi zkoumanými veličinami neexistuje.

Získané korelační koeficienty samy o sobě neumožňují rozhodnout o příčinném vztahu mezi veličinami, neboť je třeba si uvědomit, že korelační koeficient r je při velkém počtu prvků n vyhodnocovaného výběru statisticky významný, i když je u výběru téměř nulový. O přijetí nebo zamítnutí hypotézy o platnosti vzájemné korelace dvou veličin se rozhoduje na základě testu nezávislosti. Vycházíme z předpokladu, že dvojrozměrný základní soubor má rozložení

a korelační koeficient ρ . Náhodný výběr z tohoto souboru má rozsah n a koeficient korelace r . Testujeme platnost nulové hypotézy $\rho = 0$.

Porovnáme hodnotu testovaného kritéria a tabulkovou kritickou hodnotu $T_\alpha (n-2)$ stupňů volnosti.

Testovací kritérium

$$T = \frac{r}{\sqrt{1-r^2}} \sqrt{n-2}$$

Kritickou hodnotu pro Studentovo t – rozdělení lze získat z tabulek nebo pomocí funkce TINV v Excelu. Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria T větší než kritická hodnota pro Studentovo t – rozdělení, zamítá se nulová hypotéza a existence vzájemné závislosti se považuje za prokázanou.

Jestliže $|T| > t_{\alpha(n-2)}$, zamítneme H_0 .

4.7.8 Ověření dílčích cílů

Ověření dílčího cíle 1

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru. Pro vyhodnocení prvního dílčího cíle byly porovnávány položky z odpovědí na otázky **Q1/1-47** ve všech uvedených oblastech u tříd **1O a 1A**.

Hypotézy k dílčímu cíli 1:

H_{10} – Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.

H_{1A} – Existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.

Výpočet pro 1A a 1O – oblast Zdravotní péče

Tabulka 3. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Zdravotní péče

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
r	-0,05	-0	0,69	0,5	0,45	0,45	0,29	-0,15	0,61	0,56	0,05	0,25	0,81	0,42	0,18	-0,59
r ²	0,003	0,000	0,476	0,253	0,205	0,201	0,084	0,024	0,377	0,315	0,003	0,060	0,654	0,179	0,034	0,343
n	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
n-2	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
T	-0,31	-0,02	5,87	3,58	3,13	3,09	1,87	-0,96	4,8	4,18	0,31	1,56	8,47	2,88	1,15	-4,46
t _{0,05}	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02
H ₀	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědí na otázky Q1/1-16) byly hodnoty testového kritéria T celkem 8krát nižší a 8krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₁₀ se potvrdila 8krát, nepotvrdila rovněž 8krát. Nulovou hypotézu pouze za oblast **Zdravotní péče** nelze ani vyvrátit, ani potvrdit (Tabulka 3).

Výpočet pro 1A a 1O – oblast Prevence nemocí

Tabulka 4. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Prevence nemocí

Q	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
r	0,2	-0,04	0,13	-0,15	-0,64	0,26	0,3	0,01	0,5	0,64	0,14	0,78	0,16	0,66	0,4
r ²	0,040	0,001	0,018	0,024	0,405	0,068	0,091	0,000	0,248	0,404	0,020	0,609	0,026	0,436	0,160
n	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
n-2	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
T	1,25	-0,24	0,83	-0,96	-5,09	1,66	1,95	0,07	3,54	5,08	0,89	7,7	1,01	5,42	2,69
t _{0,05}	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02
H ₀	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědí na otázky Q1/17-31) byly hodnoty testového kritéria T celkem 10krát nižší a 5krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₁₀ se potvrdila 10krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Prevence nemocí** H₁₀ přijímáme (Tabulka 4).

Výpočet pro 1A a 1O – oblast Podpora zdraví

Tabulka 5. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Podpora zdraví

Q	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
r	0,03	-0,19	-0,21	-0,05	0,28	0,7	-0,23	0,08	0,01	-0,03	0,03	-0,2	-0,32	0,14	-0,03	0,29
r ²	0,001	0,036	0,044	0,003	0,077	0,492	0,053	0,007	0,000	0,001	0,001	0,041	0,101	0,020	0,001	0,084
n	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
n-2	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
T	0,15	-1,19	-1,32	-0,31	1,79	6,06	-1,46	0,51	0,06	-0,2	0,18	-1,27	-2,06	0,88	-0,16	1,86
t _{0,05}	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02	2,02
H ₀	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Tabulka 5 dokládá, že v otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/32-47**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 14krát nižší a 1krát vyšší než kritické hodnoty $t_{0,05}$. H_{10} se potvrdila 14krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Podpora zdraví** H_{10} přijímáme. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_{10} potvrdila 33krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků přijímáme ve všech oblastech. **Závěr: Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru.**

Ověření dílčího cíle 2

Dílčí cíl 2: Zjistit, zde existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru. Pro vyhodnocení druhého dílčího cíle byly porovnávány položky z odpovědi na otázky **Q1/1-47** ve všech uvedených oblastech u tříd **3O a 4A**.

Hypotézy k dílčímu cíli 2:

H_{20} – Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.

H_{2A} – Existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.

Výpočet pro 3O a 4A – oblast Zdravotní péče

Tabulka 6. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Zdravotní péče

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
r	0,13	0,05	0,31	0,07	0,43	0,43	0,09	0,47	0,47	-0,62	0,47	0,48	0,25	0,36	0,32	-0,03
r ²	0,02	0	0,1	0	0,19	0,19	0,01	0,22	0,22	0,38	0,22	0,23	0,06	0,13	0,1	0
n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
n-2	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
T	0,73	0,29	1,91	0,41	2,8	2,8	0,53	3,12	3,12	-4,61	3,12	3,17	1,51	2,24	1,94	-0,16
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/1-16**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 9krát nižší a 7krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₂₀ se potvrdila 7krát, nulovou hypotézu za oblast **Zdravotní péče** přijímáme (Tabulka 6).

Výpočet pro 3O a 4A – oblast Prevence nemocí

Tabulka 7. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Prevence nemocí

Q	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
r	0,22	0,47	0,16	-0,47	-0,67	0,14	0,07	-0,03	0,25	0,47	0	0,13	0,11	0,08	0,26
r ²	0,05	0,22	0,02	0,22	0,45	0,02	0	0	0,06	0,22	0	0,02	0,01	0,01	0,07
n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
n-2	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
T	1,3	3,12	0,93	-3,07	-5,29	0,81	0,39	-0,16	1,51	3,12	0	0,73	0,66	0,44	1,56
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/17-31**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 13krát nižší a 2krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₂₀ se v 15 otázkách dané oblasti (potvrdila 13krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Prevence nemocí** H₂₀ přijímáme (Tabulka 7).

Výpočet pro 3O a 4A – oblast Podpora zdraví

Tabulka 8. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Podpora zdraví

Q	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
r	0,14	0,47	0,35	-0,82	0,06	0,86	-0,81	-0,84	0,25	0,66	0,7	0,13	0,16	-0,62	0,47	-0,05
r ²	0,02	0,22	0,12	0,68	0	0,73	0,66	0,71	0,06	0,44	0,5	0,02	0,02	0,38	0,22	0
n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
n-2	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
T	0,83	3,12	2,18	-8,48	0,32	9,71	-8,08	-9,21	1,54	5,16	5,79	0,73	0,93	-4,61	3,12	-0,29
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO

Tabulka 8 dokládá, že v otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/32-47**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 10krát nižší a 6krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₂₀ se v 16 otázkách statisticky významná závislost potvrdila 10krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Podpora zdraví** H₂₀ přijímáme. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H₂₀ potvrdila 30krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků přijímáme ve všech oblastech. **Závěr: Neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti Zdravotní péče, Prevence nemocí a Podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.**

Ověření dílčího cíle 3

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Hypotézy k dílčímu cíli 3:

H₃₀ – Neexistuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

H_{3A} – Existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Pro vyhodnocení třetího dílčího cíle byly porovnávány položky z odpovědi na otázky **Q1/1-47** ve všech uvedených oblastech u tříd **1O +1A (<16let)** a **3O+4A (>18let)**

Výpočet pro věk – oblast Zdravotní péče

Tabulka 9. Výpočet pro věk – oblast Zdravotní péče

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
r	0,06	-0,05	0,36	0,46	0,56	0,58	0,7	0,49	0,65	0,63	0,23	0,19	0,52	0,17	-0,02	0,29
r ²	0	0	0,13	0,22	0,31	0,33	0,49	0,24	0,42	0,4	0,05	0,04	0,27	0,03	0	0,08
n	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
n-2	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
T	0,48	-0,45	3,31	4,5	5,82	6,07	8,51	4,78	7,3	6,97	2,07	1,67	5,2	1,45	-0,16	2,62
t _{0,05}	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99
H ₀	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/1-16**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 5krát nižší a 11krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₃₀ se nepotvrdila 11krát, nulovou hypotézu za oblast **Zdravotní péče** zamítáme a přijímáme H_{3A} (Tabulka 9).

Výpočet pro věk – oblast Prevence nemocí

Tabulka 10. Výpočet pro věk – oblast Prevence nemocí

Q	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
r	0,29	0,22	0,5	0,29	0,23	0,18	0,3	-0,01	0,37	0,27	0,16	-0,42	0,63	0,41	0,32
r ²	0,08	0,05	0,25	0,08	0,05	0,03	0,09	0	0,14	0,08	0,02	0,17	0,39	0,17	0,1
n	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
n-2	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
T	2,62	1,97	4,94	2,59	2,07	1,56	2,67	-0,11	3,41	2,46	1,37	-3,94	6,93	3,92	2,91
t _{0,05}	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99
H ₀	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/17-31**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 5krát nižší a 10krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₃₀ se nepotvrdila 10krát, nulovou hypotézu za oblast **Prevence nemocí** zamítáme a přijímáme H_{3A} (Tabulka 10).

Výpočet pro věk – oblast Podpora zdraví

Tabulka 11. Výpočet pro věk – oblast Podpora zdraví

Q	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
r	-0,21	-0,1	0,1	0,54	0,37	-0,28	0,6	0,6	0,21	-0,56	-0,57	-0,2	-0,29	0,58	-0,03	0,52
r ²	0,04	0,01	0,01	0,29	0,14	0,08	0,36	0,36	0,04	0,32	0,33	0,04	0,08	0,34	0	0,27
n	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
n-2	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
T	-1,83	-0,86	0,82	5,54	3,45	-2,54	6,51	6,41	1,81	-5,84	-5,99	-1,8	-2,57	6,2	-0,29	5,27
t _{0,05}	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99	1,99
H ₀	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE

Tabulka 11 dokládá, že v otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/32-47**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 10krát nižší a 6krát vyšší než kritické hodnoty $t_{0,05}$. H_{30} se potvrdila 10krát, nulovou hypotézu za oblast **Podpora zdraví** přijímáme. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_{30} nepotvrdila 27krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní. **Závěr: Existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.**

Ověření dílčího cíle 4

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti Zdravotní péče, Prevence nemocí a Podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků daného oboru.

Hypotézy k dílčímu cíli 4:

H_{40} – Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty a prvních a posledních ročníků nematuritního studia.

H_{4A} – Existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků nematuritního studia.

H_{50} – Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků maturitního studia.

H_{5A} – Existuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků maturitního studia.

Pro vyhodnocení čtvrtého dílčího cíle byly porovnávány položky z odpovědí na otázky **Q1/1-47** ve všech uvedených oblastech u tříd **1O a 3O**, a dále **1A a 4A**.

Výpočet pro 1O a 3O – oblast Zdravotní péče

Tabulka 12. Výpočet pro 1O a 3O – oblast Zdravotní péče

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
r	-0,03	-0,08	0,61	0,67	0,72	0,72	0,75	0,3	0,78	0,85	0,07	0,13	0,83	0,23	-0,05	-0,16
r ²	0	0,01	0,38	0,46	0,51	0,52	0,57	0,09	0,6	0,71	0,01	0,02	0,68	0,05	0	0,03
n	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
n-2	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
T	-0,16	-0,47	4,73	5,56	6,25	6,39	6,97	1,91	7,46	9,62	0,44	0,78	8,93	1,46	-0,33	-0,97
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/1-16**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 8krát nižší a 8krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₄₀ se v 16 otázkách potvrdila 8krát, nepotvrdila rovněž 8krát. Nulovou hypotézu pouze za oblast **Zdravotní péče** nelze ani vyvrátit, ani potvrdit (Tabulka 12).

Výpočet pro 1O a 3O – oblast Prevence nemocí

Tabulka 13. Výpočet pro 1O a 3O – oblast Prevence nemocí

Q	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
r	0,32	0,02	0,52	0,56	0,21	0,25	0,42	0,01	0,52	0,48	0,22	-0,03	0,61	0,68	0,33
r ²	0,1	0	0,27	0,32	0,04	0,06	0,17	0	0,27	0,23	0,05	0	0,38	0,47	0,11
n	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
n-2	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
T	2,04	0,15	3,72	4,13	1,31	1,57	2,78	0,04	3,72	3,35	1,35	-0,16	4,74	5,67	2,13
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/17-31**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 6krát nižší a 9krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₄₀ se potvrdila 6krát, nepotvrdila 9krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Prevence nemocí** H₄₀ zamítáme a přijímáme H_{4A} (Tabulka 13).

Výpočet pro 1O a 3O – oblast Podpora zdraví

Tabulka 14. Výpočet pro 1O a 3O– oblast Podpora zdraví

Q	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
r	-0,25	-0,42	-0,19	0,84	0,49	-0,56	0,84	0,81	0,12	-0,76	-0,79	-0,36	-0,5	0,82	-0,24	0,65
r ²	0,06	0,17	0,04	0,7	0,24	0,31	0,7	0,65	0,01	0,58	0,63	0,13	0,25	0,67	0,06	0,43
n	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
n-2	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
T	-1,6	-2,79	-1,21	9,31	3,43	-4,11	9,31	8,29	0,74	-7,11	-7,97	-2,37	-3,47	8,57	-1,53	5,25
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky Q1/32-47) byly hodnoty testového kritéria T celkem 10krát nižší a 6krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₄₀ se v 16 otázkách potvrdila 10krát, vzhledem k tomu v této oblasti Podpora zdraví H₄₀ přijímáme (Tabulka 14).

Výpočet pro 1A a 4A – oblast Zdravotní péče

Tabulka 15. Výpočet pro 1A a 4A– oblast Zdravotní péče

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
r	0,15	-0,02	0,2	0,28	0,51	0,52	0,68	0,65	0,7	0,28	0,49	0,38	0,33	0,21	0,15	0,49
r ²	0,02	0	0,04	0,08	0,26	0,27	0,46	0,43	0,5	0,08	0,24	0,15	0,11	0,04	0,02	0,24
n	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
n-2	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
T	0,88	-0,14	1,22	1,69	3,53	3,61	5,42	5,09	5,87	1,74	3,31	2,46	2,04	1,26	0,87	3,31
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky Q1/1-16) byly hodnoty testového kritéria T celkem 7krát nižší a 9krát vyšší než kritické hodnoty t_{0,05}. H₅₀ se nepotvrdila 9krát, nulovou hypotézu za oblast Zdravotní péče oblasti zamítáme a přijímáme H_{5A} (Tabulka 15).

Výpočet pro 1A a 4A – oblast Prevence nemocí

Tabulka 16. Výpočet pro 1A a 4A – oblast Prevence nemocí

Q	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
r	0,3	0,47	0,49	0,12	0,28	0,13	0,19	-0,03	0,28	0,19	0,09	-0,76	0,67	0,15	0,4	
r ²	0,09	0,23	0,24	0,01	0,08	0,02	0,03	0	0,08	0,03	0,01	0,57	0,44	0,02	0,16	
n	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	
n-2	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
T	1,89	3,19	3,34	0,69	1,7	0,76	1,12	-0,19	1,74	1,12	0,55	-6,85	5,27	0,88	2,58	
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	
H ₀	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE

V otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/17-31**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 11krát nižší a 4krát vyšší než kritické hodnoty $t_{0,05}$. H_0 se potvrdila 11krát, nepotvrdila 4krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Prevence nemocí** H_0 přijímáme (Tabulka 16).

Výpočet pro 1A a 4A – oblast Podpora zdraví

Tabulka 17. Výpočet pro 1A a 4A – oblast Podpora zdraví

Q	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
r	-0,14	0,25	0,3	0,15	0,28	0,06	0,41	0,29	0,31	-0,27	-0,27	-0,04	-0,07	0,29	0,28	0,39
r ²	0,02	0,06	0,09	0,02	0,08	0	0,17	0,09	0,09	0,07	0,07	0	0,01	0,08	0,08	0,16
n	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
n-2	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
T	-0,84	1,53	1,83	0,88	1,7	0,35	2,64	1,81	1,9	-1,67	-1,67	-0,26	-0,42	1,76	1,74	2,54
t _{0,05}	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03
H ₀	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE

Tabulka 17 dokládá, že v otázkách dané oblasti (výpočet z odpovědi na otázky **Q1/32-47**) byly hodnoty testového kritéria T celkem 14krát nižší a 2krát vyšší než kritické hodnoty $t_{0,05}$. H_0 se v 15 otázkách statisticky významná závislost potvrdila 14krát, vzhledem k tomu v této oblasti **Podpora zdraví** H_0 přijímáme. Z celkového počtu 2 x 47 (94) otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_0 a H_0 potvrdila 58krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině ($94/2 = 47$, $58 > 47$) potvrzujících výsledků přijímáme ve všech oblastech. **Závěr: Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků nematuritního studia. Neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků maturitního studia.**

DISKUSE

Podle výsledků národního výzkumného šetření (Kučera et al., 2015) většina obyvatel ČR (67 %) považuje svůj zdravotní stav za dobrý anebo dokonce velmi dobrý. Dlouhodobé zdravotní problémy zažívá 37 % populace, více než jedním dlouhodobým zdravotním problémem je sužováno 14 % obyvatel a zdravotní problémy omezily v posledních šesti měsících aktivity 36 % obyvatel ČR. U dospívajících a mladých dospělých hodnocených v našem výzkumu jsou výsledky podle očekávání příznivější. Jako velmi dobrý hodnotí svůj zdravotní stav 95 % respondentů, 5 % respondentů jej považuje za dobrý, dlouhodobý zdravotní problém uvádí jen 8 % a zdravotní problémy omezily v posledních šesti měsících aktivity pouze 13 % respondentů. Rozdílný výsledek nepřekvapuje, je daný věkovým rozpětím respondentů.

V roce 2013 (Kučera et al., 2015) devět z deseti obyvatel ČR alespoň jednou navštívilo lékaře (86 %). Obdobný podíl lidí v uplynulém roce navštívil zubního lékaře, fyzioterapeuta, psychologa anebo dietologa (83 %). U studentů v našem výzkumu je výsledek vyšší, návštěvu lékaře v posledním roce (2018) udává 93 % respondentů. V úvahu ovšem musíme brát povinné preventivní prohlídky u praktických lékařů pro děti a dorost, které jsou podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 70/2012 Sb. povinné pro dospívající ve věku 15 a 17 let, což odpovídá věku respondentů v našem zkoumaném souboru. Specialistu (zubního lékaře, fyzioterapeuta, psychologa anebo dietologa) navštívili všichni dotazovaní respondenti (100 %), což je ve srovnání s výsledky výzkumného šetření obyvatel ČR (Kučera et al., 2015) také mírně překvapivé.

V užívání alkoholu a cigaret pomyslně vedou respondenti z našeho výzkumu, kouří jich 82 %. Ti, co přestali kouřit, tvoří 3% skupinu a 15 % respondentů nekouří a nekouřilo. Oproti populaci ČR, kde v současné době kouří tři z deseti (33 %) a zkušenosti s kouřením má 53 % obyvatel, se jedná o výrazně vyšší počet kuřáků. Podle Králíkové (2017) si devět z deseti lidí zapálí cigaretu ještě před osmnáctým rokem, což odpovídá námi zjištěnému výsledku. Králíková (2017) dodává, že dospělí prakticky kouřit nezačínají a označuje kouření za dětskou nemoc. ČR nemá pro děti žádný preventivní systematický program (Králíková, 2013). Kuřáctví u mladistvých není jen evropský problém, také údaje z USA ukazují, že Američané začínají s užíváním tabákových výrobků především během dospívání. Téměř 9 z 10 kuřáků cigaret poprvé zkusilo kouření cigaret před 18. rokem a 98 % poprvé zkusilo kouření do 26 let. Nedávný nárůst používání e-cigaret vede k nárůstu užívání

tabákových výrobků u mládeže. Počet studentů středních škol využívajících elektronické cigarety vzrostl z 3,6 milionu v roce 2015 na 5,3 milionu v roce 2018 – rozdíl činí asi 1,7 milionu mládeže (Centers for disease control and prevention, 2019).

Stejně výsledky uvádí i zpráva OECD (2019), *State of health in the EU: Česko: zdravotní profil země 2019*, podle níž, přestože se spotřeba tabáku v ČR za poslední desetiletí mírně snížila, podíl každodenních kuřáků byl v roce 2017 poměrně vysoký, denně kouří přibližně 23 % mužů a 14,5 % žen. Významným problémem je také pravidelné užívání tabáku u dětí – v roce 2015 totiž více než čtvrtina chlapců a třetina dívek ve věku 15–16 let uvedla, že v uplynulém měsíci kouřily, což jsou jedny z nejvyšších podílů v EU.

Alarmující jsou i data o konzumaci alkoholu u respondentů z našeho výzkumu, tedy ve skupině dospívajících a mladých dospělých. V uplynulém roce (tj. 2018) i v uplynulém měsíci (tj. v září 2019) pilo alkohol 100 % dotázaných studentů. Nejpočetnější skupinu našich respondentů v četnosti pití alkoholu tvoří ti, kteří pijí několikrát týdně (70 %). Alespoň jednou měsíčně si dá během jedné příležitosti pět a více sklenic alkoholu 13 % respondentů, 71 % respondentů pije alkohol jednou týdně. V národním šetření ČR uvádí 85 % dotázaných starších 15 let pití alkoholu v uplynulém roce. Alespoň jednou měsíčně si dá během jedné příležitosti pět a více sklenic alkoholu necelá polovina (46 %). Ti, co v uplynulém měsíci pili alkohol, si nejčastěji dávají během akce 1–2 sklenice alkoholu (49 %). Podle výsledků evropské výzkumné studie *Health behaviour in school-aged children* (HBSC) z roku 2018 v ČR pravidelně pije 20 % patnáctiletých chlapců a 14 % dívek. Opakovanou opilost uvedlo přibližně 30 % patnáctiletých, což je výrazně více, než je mezinárodní průměr zemí HBSC (Klíčová zjištění, 2018). Shodné alarmující výsledky za ČR publikovala letos OECD (2019). Celková spotřeba alkoholu v roce 2017, podle této zprávy, dosáhla 11,6 litru na osobu a patří k nejvyšším v EU. Zdrojem znepokojení je také pijáctví u teenagerů, protože v roce 2015 téměř polovina chlapců a třetina dívek ve věku 15–16 let uvedla, že v uplynulém měsíci zažily alespoň jednu epizodu nárazového pití. Tento podíl je vyšší než průměr EU a je obzvláště znepokojivý vzhledem k dlouhodobým účinkům na zdraví a riziku nehod a zranění, které souvisejí s konzumací velkého množství alkoholu. Nárazové pití je v této zprávě definováno jako konzumace šesti nebo více alkoholických nápojů při jediné příležitosti u dospělých a pěti nebo více alkoholických nápojů u dětí.

Co se týče pohybové aktivity, z našeho výzkumu vyplývá, že několikrát týdně cvičí zhruba každý třetí respondent (27 %). Nejvíce respondentů udává pohybovou aktivitu několikrát za měsíc (41 %). Bez cílené fyzické aktivity je 24 % dotazovaných. Ve výzkumném šetření

zdravotní gramotnosti ČR v této oblasti dosáhli obyvatelé téměř stejných výsledků, několikrát týdně cvičí zhruba každý třetí (30 %) a bez cílené fyzické aktivity je 37 % populace. *Národní zpráva o pohybové aktivitě českých dětí a mládeže* (2018), která vznikla jako součást mezinárodního výzkumu, uvádí, že pohybové aktivity vykonává jen 27 % chlapců a 19 % dívek (vážený průměr 22 %), organizovaným pohybovým aktivitám sportu se věnuje 55 % dívek a 70 % chlapců (vážený průměr 62 %). Ačkoli se podle tohoto výzkumu 62 % dětí a mládeže věnuje organizovanému sportu, chybí jim přirozený pohyb venku. Znepokojivé také je, že pouze 21 % dospívajících vykazovalo méně než dvě hodiny screen time (čas strávený u počítače, televize, mobilního telefonu apod.) v pracovních dnech a jen 12 % o víkendu.

K pohybové aktivitě s odkazem na obezitu OECD (2019) uvádí, že roste míra nadváhy a obezity u dětí. V období 2013–2014 trpělo nadváhou nebo obezitou přibližně 17,5 % patnáctiletých. Za pozornost stojí, že obezita je rozšířenější u chlapců (23 %) než u dívek (12 %). Míra pohybové aktivity u patnáctiletých (16,5 %) je srovnatelná s průměrem EU (15 %), ale dívky se obvykle hýbají méně než chlapci.

Z prvního komparativního výzkumného šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že ČR ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU (Kučera, 2015). Zvláště nepříznivá situace je v oblasti **podpory zdraví**, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací. Podle stejných dopočtů jako v HLS-EU i komparativního výzkumného šetření ČR, jsou na tom respondenti z našeho výzkumu lépe a podle tříd vychází jejich index podpory zdraví 1krát problematická úroveň zdravotní gramotnosti, 3krát dostatečná. V jednotlivých kompetencích je nejnějnější získávání a porozumění informacím a využití informací od lékaře k rozhodování, pokud jde o vlastní nemoc – snadné je to pro téměř 70 % respondentů. Méně snadné jsou hlavně kompetence spočívající v posouzení alternativ léčby, v posouzení hodnověrnosti a spolehlivosti informací v médiích a ve zjištění informací o širších okolnostech ovlivňujících zdraví (50 %). Holmberg et al. (2019) zkoumali ve skupině dospívajících, kteří se léčili s obezitou, zkušenosti s online informacemi o jídle, hubnutí a zdraví. Respondenti uváděli, že online fóra mohou poskytnout dobré nápady či inspiraci, ale také uváděli, že v online sítích existuje matoucí množství komerčního obsahu a marketingu (Holmberg et al., 2019).

Pokud jde o zdravotní gramotnost v oblasti **zdravotní péče**, zjednodušeně řečeno, schopnost orientovat se v oblasti zdravotní péče a zdravotnických službách, jsou čeští respondenti

srovnatelní nejen s těmi bulharskými a rakouskými, ale i španělskými. S výjimkou nizozemských dat nejsou české výsledky příliš odlišné ani od dalších evropských dat (Kučera, 2015). U studentů SOCEA je zdravotní gramotnost vyhodnocena 1krát jako problematická, 2krát dostatečná a 1krát excelentní. V oblasti zdravotní péče je pro studenty z našeho výzkumu zcela nejsnadnější získat informace o příznacích i léčbě nemoci, 90 % respondentů to považuje za snadné a téměř polovina si myslí, že nalézt potřebné informace je velmi snadné. Těžší – i když stále pro naprostou většinu v zásadě snadné – bývá pochopit informace a doporučení lékaře i lékárníka a zjistit informace, kde získat zdravotnickou pomoc, dále zjistit a pochopit, co dělat v případě potřeby naléhavé pomoci. Relativně nejobtížnější v této oblasti je využít informace, které podává lékař k rozhodování, pokud jde o konkrétní nemoc a posoudit, kdy by byl potřeba názor dalších lékařů.

Boroňová se v roce 2017 v diplomové práci zabývala stejnou věkovou skupinou (mladí dospělí) se zaměřením na zdravotní péči. Z výsledků výzkumu se potvrzuje shoda o vysokých kompetencích v oblasti Zdravotní péče, neboť jí stanovená kritéria získala vysoké hodnocení ve znění (viz s. 46): „*Mladý dospělý člověk v případě mu nejasných informací o jeho zdravotním stavu je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka*“ (průměr škály 1,71; $SD=0,803$). *Mladý dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nespecifické příznaky nemoci*“ (průměr škály 1,73; $SD=0,844$) a „*Mladý dospělý člověk se chová k nemocným ohleduplně a dokáže jim přiměřeně posloužit dle svých zdravotních vědomostí*“ (průměr škály 1,73; $SD=0,878$). Výsledky vysvětluje možností, že v současné době je čím dál více propagovaná péče o zdraví.

Srovnání evropských dat zdravotní gramotnosti v oblasti **prevence nemocí** ukazuje nejhorší výsledky u bulharského výběru. ČR nalézáme na předposledním místě, se značným odstupem nejen od Nizozemska, ale i od průměru osmi evropských zemí. Zdravotní gramotnost respondentů v našem výzkumu byla vyhodnocena v této oblasti jako 3krát problematická, 1krát dostatečná. Mezi kompetencemi v oblasti prevence nemocí je nejsnadnější pochopit potřebu absolvování preventivních prohlídek, očkování a pochopit varování týkající se životosprávy – to považuje za snadné více než 80 % respondentů. Nejobtížnější je pochopení potřeby konkrétního očkování, posouzení důvěryhodnosti zdravotních varování, posouzení potřebnosti vyšetření a posouzení toho, jaké preventivní prohlídky by měli respondenti podstoupit.

Celková zdravotní gramotnost, v porovnání s průměrem osmi zemí EU je nižší, zaostává především za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, tj. Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko, na druhou stranu je celkově vyšší než v Bulharsku a překvapivě podobná situaci v Rakousku. U respondentů našeho výzkumu je zdravotní gramotnost hodnocena 3krát dostatečná, 1krát problematická, což vykazuje lepší skóre než u obyvatel ČR, kde je 40% úroveň problematická, 28% dostatečná, 12% excelentní a 19 % obyvatel vykazuje neadekvátní úroveň zdravotní gramotnosti.

Pro splnění vytyčeného cíle a porovnání úrovně zdravotní gramotnosti v závislosti na typu studijního oboru, absolvování studia a věku byly stanoveny dílčí cíle a hypotézy, které byly testovány na základě statistických výpočtů a prokázaly nebo vyvrátily souvislost mezi typem studijního oboru, ročníkem studia, věkem a úrovní zdravotní gramotnosti ve všech uvedených oblastech. Úkolem bylo proniknout do vztahu mezi sledovanými oblastmi a tím i přiblížení k tzv. příčinným, tj. kauzálním, souvislostem. Nejprve jsme zkoumali, zda existuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_{10} potvrdila 33krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků přijímáme ve všech oblastech – **závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví při zahájení studia daného oboru se nepotvrdila.**

Abychom prokázali či vyvrátili závislost v posledním ročníku studia, stanovili jsme si další dílčí cíl s nulovou i alternativní hypotézou. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_{20} potvrdila 30krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině výsledků přijímáme ve všech oblastech a potvrzujeme, že **neexistuje závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v posledním ročníku studia daného oboru.** Je zajímavé, že vliv studia nemá statisticky významnou závislost pro úroveň ZG, která se však potvrzuje v ověřování dílčího cíle 3. Ten je stanoven tak, aby zjistil, zda existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Z celkového počtu 47 otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H_{30} nepotvrdila 27krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní. Potvrzujeme, že **existuje závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.**

Při porovnání s daty 1. šetření dle HLS-EU se tato skutečnost potvrzuje, neboť dle podrobných výsledků PhDr. Kučera v roce 2015 udává podobný výsledek, že na zdravotní gramotnost má velký vliv věk respondentů, s rostoucím věkem zhruba lineárně klesá frekvence pozitivního skóre zdravotní gramotnosti, a naopak stoupá podíl respondentů se zdravotní gramotností neadekvátní nebo problematickou. Prvé dvě dekády (15–35 let) převažuje pozitivní pól škály (excelentní a dostatečná zdravotní gramotnost) nad pólem negativním v poměru zhruba 53 : 47 %. V dalším dvacetiletí (36–55 let) poklesne prevalence pozitivních odpovědí o deset procent a další pokles o deset procent nastane v následující dekádě (56–65 let). Poslední pokles, o téměř 20 %, nastane v posledních dvou věkových skupinách, v nichž dosahují negativní odpovědi téměř 85 %.

Splnění posledního dílčího cíle odpovědělo na výzkumné otázky, zda na úroveň zdravotní gramotnosti má vliv absolvování studia u obou oborů. Z celkového počtu 2 x 47 (94) otázek se statisticky významná závislost vzhledem k H4₀ a H5₀ potvrdila 58krát, nulovou hypotézu tedy vzhledem k většině potvrzujících výsledků přijímáme ve všech oblastech. Potvrzujeme tedy, že **neexistuje závislost v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví mezi studenty prvních a posledních ročníků nematuritního studia ani maturitního studia.**

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá úrovní zdravotní gramotnosti u studentů vybrané školy. Skládá se ze dvou hlavních částí, teoretické a empirické. V teoretické části jsou na základě prostudované literatury a relevantních zdrojů vymezeny teoretické poznatky, vysvětleny pojmy zdraví, determinanty zdraví, podpora zdraví, zdravotní gramotnost a její úloha v péči o zdraví. Strategickému rozvoji zdravotní gramotnosti a poznatkům o výzkumech zdravotní gramotnosti se věnují podkapitoly 2.4.–2.8. Kapitola 3 popisuje problematiku zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých. Na teoretickou část navazuje empirická část práce (kapitola 4). V empirické části jsou analyzovány a interpretovány výsledky z vlastního výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých. Diplomová práce byla koncipována jako kvantitativní výzkum. Sběr dat byl realizovaný formou standardizovaného dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q47. Zkoumaný soubor tvořilo 76 studentů. Výzkum probíhal ve čtyřech třídách Střední odborné školy sociální a zdravotnické – Evangelické akademie v Náchodě, a to u maturitních i nematuritních oborů.

Cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví studentů jmenované školy v závislosti na typu studijního oboru, absolvování studia a věku. K ověření dílčích cílů byly stanoveny a následně testovány hypotézy. Na jejich podkladě došlo ke splnění stanovených cílů a výsledky výzkumu jsou shrnuty a komentovány v diskusi.

Výsledky z našeho výzkumu ukazují, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem studijního oboru a úrovní zdravotní gramotnosti a neexistuje ani napříč mezi studenty prvních a posledních ročníků obou oborů (maturitního i nematuritního). Pouze věk studentů prokazuje statisticky významnou závislost v úrovni zdravotní gramotnosti. Z celkového hodnocení získaných dat podle škály WHO (Pelikan et al., 2014, s. 31) a stejných dopočtů, které byly použity v komparativním výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice, se při hodnocení dílčích výsledků jeví úroveň zdravotní gramotnosti studentů dostatečná až problematická. Celkové výsledky z našeho výzkumu zdravotní gramotnosti potvrdily alarmující konzumaci alkoholu u dospívajících a mladých dospělých, a to jak co do frekvence, tak množství. Podobně, s o trochu lepším výsledkem, je na tom kuřáctví. Při porovnání s komparativním výzkumem ČR, se výsledná data shodují.

Pro plnou objektivizaci dosažených výsledků by bylo vhodné pokračovat ve výzkumu zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých v rámci České republiky a rozšířit

ho i na jiné zdravotnické, příp. nezdravotnické střední či vysoké školy. Vhodné by bylo další výzkumy zdravotní gramotnosti zaměřit na oblast Podpory zdraví, neboť je nutné celou tuto oblast posilovat, zlepšovat a také zvyšovat kontrolu nad determinantami. Rovněž by bylo vhodné vypracovat v oblasti Podpory zdraví projekty pro edukaci dospívajících a mladých dospělých. Pro další výzkum doporučujeme reprezentativní soubor respondentů, který by odrazil složení celé populace dospívajících a mladých dospělých. To, že se nepotvrdila závislost mezi prvním a posledním ročníkem, kde je rozdílná věková hranice, a potvrdila se závislost mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti, si vysvětlujeme spojením tříd, tedy větším počtem zkoumaného vzorku respondentů. Pro další výzkum doporučujeme spíše zkoumat jednotlivé školy než třídy. Výtěžnější by podle našeho názoru bylo také provádět šetření vlivu absolvování studia na úroveň zdravotní gramotnosti studentů opakovaně po 3–4 letech. Uvedené limity však nesnižují význam práce pro celkový vhled do problematiky zdravotní gramotnosti, protože se jedná o první výzkum zdravotní gramotnosti dospívajících a mladých dospělých realizovaný formou standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q47 v Králověhradeckém kraji. Pro další výzkum zdravotní gramotnosti nejsou důležitá jen celopopulační šetření, stejně důležitá jsou i šetření u dalších vybraných skupin obyvatelstva (romské populace, občanů pod hranicí chudoby apod.). Výzkum zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva (včetně dětí a mladistvých) provedla v České republice Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích (Bártlová, 2018).

Výsledky našeho výzkumu mohou být využity Státním zdravotním ústavem jako podklad pro přípravu dalších projektů. O výsledky našeho výzkumu projevil zájem Centrum podpory veřejného zdraví (SZÚ) a provedený výzkum se tak stane součástí příprav dalšího rozsáhlého zkoumání úrovně zdravotní gramotnosti, který navazuje na reprezentativní šetření v ČR a HLS-EU. Právě uvědomění si limitů je klíčové pro jejich odstranění. Nejen k těmto skutečnostem hodnotíme námi provedený výzkum jako prospěšný a **cíl práce za splněný**.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá úrovní zdravotní gramotnosti studentů střední zdravotnické školy. Cílem práce bylo zjistit a popsat úroveň zdravotní gramotnosti ve všech třech oblastech zdravotní gramotnosti, a to v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v závislosti na typu studijního oboru, délce studia a věku. Diplomová práce byla koncipována jako kvantitativní výzkum. Zkoumaný soubor tvořilo 76 studentů střední sociální a zdravotnické školy. Sběr dat byl realizovaný formou standardizovaného dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q47. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že konzumace alkoholu u studentů střední školy je alarmující, a to jak do četnosti, tak množství, jen o něco lepší jsou výsledky v kouření. Z dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že úroveň celkové zdravotní gramotnosti je dostatečná až problematická. Data z našeho výzkumu se shodují s výzkumem realizovaným Státním zdravotním ústavem v ČR v roce 2014. V porovnání úrovně zdravotní gramotnosti v závislosti na vybraných faktorech se potvrdila závislost pouze na věku studentů.

SUMMARY

The thesis deals with the level of health literacy of high school nursing students. The aim of this dissertation was to find out and describe the level of health literacy in all three areas of health literacy, namely in the area of health care, disease prevention and health support depending on the type of study field, length of study and age. The thesis was designed as a quantitative research. The ensemble examined consisted of 76 students of secondary social and nursing school. Data collection was implemented in the form of a standardized health literacy questionnaire HLS-EU-Q47. The research results showed that alcohol consumption among high school students is alarming, both in frequency and quantity, but the results in smoking are slightly better. Partial research results showed that the level of overall health literacy is sufficient or even problematic. The data from our research coincide with the research carried out by the National Institute of Public Health in the Czech Republic in 2014. In comparison with the level of health literacy depending on selected factors, only the dependence on the age of students was confirmed.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Akční plán č. 12 Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. 2015. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2019-05-30]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ap-12-rozvoj-zdravotni-gramotnosti.pdf
2. ALTIN, S. V. et al. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. Vol. 14, no. 1207 [cit. 2019-08-02]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>
3. ARGIA, S. a E. HINTON, 2018. *Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity* [online]. Kaiser Family Foundation. Disparities policy. Published May 10, 2018 [cit. 2019-08-03]. Dostupné z: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
4. BÁRTLOVÁ S. 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. 170 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
5. BOROŇOVÁ, G. 2017. *Zdravotná gramotnost mladších dospělých v oblasti zdravotnej starostlivosti: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí diplomové práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
6. BRÖDER, J. a G. S. CARVALHO. 2019. Health literacy of children and adolescents: conceptual approaches and developmental considerations. In: OKAN, O. et al., eds. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan* [online]. Bristol: Policy Press, 2019 [cit. 2019-09-14], s. 39-49. ISBN 978-1-4473-4452-0. Dostupné z: <https://www.oapen.org> › download
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2019. *Youth and tobacco use* [online]. Last reviewed 8.11.2019 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
8. COLLINS et al. 2012. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* [online]. Vol. 45, no. 3, s. 598-

- 607 [cit. 2019-06-12]. ISSN 15320464. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1532046412000548>
9. ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
 10. ČEVELA, R. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
 11. DAHLGREN, G. a M. WHITEHEAD. 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – strategy paper for Europe* [online]. Stockholm: Institute for future studies, 2007. Originally published in September 1991 [cit. 2019-08-02]. ISBN 978-91-85619-18-4. Dostupné z:
<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
 12. DOMANSKA, O. M. et al. 2018. Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings adolescents“ (MOHLAA) in Germany. *Archives of public health* [online]. Vol. 76, no. 46 [cit. 2019-06-12]. ISSN 2049-3258. Dostupné z: doi: 10.1186/s13690-018-0276-2.
 13. DZÚROVÁ, D. et al. 2015. *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-343-3.
 14. FERJENČÍK, J. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Překlad Petr Bakalář. Vyd. 2. Praha: Portál. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
 15. FLEARY, S. A., J. PATRECE a PAPPAGIANOPOULOS, J. E. 2018. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of adolescence*. Vol. 62, no. Jan 2018, s. 116-127. ISSN 0140-1971.
 16. FÓRUM ZDRAVÉ VÝŽIVY, 2015. *Pyramida FZV: potravinová pyramida 2013* [online]. [cit. 2019-08-23]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>
 17. HENDL, J. a J. REMR. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
 18. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

19. HOLČÍK, J. 2017a. Nejtěžší bude změnit myšlení lidí a přesvědčit je, že na jejich zdraví skutečně záleží [rozhovor]. *Sociální práce* [online]. Roč. 17, č. 3, publicistika [cit. 2019-10-02]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=965>
20. HOLČÍK, J. 2017b. Přehled vybraných aktivit v oblasti zdravotní gramotnosti. In: *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika: sborník textů pro kolokvium* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost [cit. 2019-08-02], s. 3-9. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Kolokvium_Sbornik.pdf
21. HOLČÍK, J. a I. KOUPILOVÁ. 2001. Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury. *Zdravotnictví v České republice*. Roč. 4, č. 3/4, s. 113-115. ISSN 1213-6050.
22. HOLMBERG, D. et al. 2019. Health literacy in a complex digital media landscape: pediatric obesity patients' experiences with online weight, food, and health information. *Health informatics journal*. Vol. 25, no. 4, s. 1343-1357 [cit. 2019-09-14]. ISSN 1460-4582. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/toc/jhib/25/4>
23. CHRÁSKA, M. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vyd.. Praha: Grada. 254 stran. ISBN 978-80-247-5326-3.
24. IVANOVÁ, K., L. JURÍČKOVÁ a I. GLADKIJ. 2013. *Medicína a společnost*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3446-9.
25. JANOVSÁ, K. et al. 2013. *Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí* [online]. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje [cit. 2019-08-02]. Dostupné: <http://www.khshk.cz>
26. JANURA, L. 2018. Výzkum zdravotní gramotnosti ve střední Evropě. In: *Relik: reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti: 8.–9. listopadu 2018* [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická [cit. 2019-08-14], s. 129-139. ISBN 978-80-245-2281-4. Dostupné z: <https://relik.vse.cz/2018/>
27. JORDAN, S. a J. HOEBEL. 2015. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [online]. Vol. 58, no. 9, s. 942-950 [cit. 2019-06-12]. ISSN 1436-9990. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00103-015-2200-z>

28. KERNOVÁ, V. 2008. Podpora zdraví v ČR [online]. In: *Kurz Podpora zdraví* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/modul-1>
29. KICKBUSCH, E. et al., ed. 2013. *Health literacy: the solid facts* [online]. World Health Organization [cit. 2019-10-21]. ISBN 978-92-890-00154. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
30. *Klíčová zjištění výzkumné studie HBSC* [online]. Hygienická stanice hlavního města Prahy. 21. 11. 2018 [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: http://www.hygpaha.cz/Admin/_upload/files/1/11212018-MZ-podpora%20pohybu/KI%C3%AD%C4%8Dov%C3%A1%20zji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20v%C3%BDzkumn%C3%A9%20studie%20HBSC.pdf
31. KOMÁREK, L., 2008. Výchova ke zdraví, strategie, metody a hodnocení. In: *Kurz Podpora zdraví* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/modul-1>
32. KRÁLÍKOVÁ, E. 2013. *ČR nechrání děti před kouřením* [online]. Stop kouření. 2013 [cit. 2019-09-28]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/novinky/kralikova-cr-nechrani-deti-pred-kourenim-188>
33. KRÁLÍKOVÁ, E. 2017. *Cigarety a tabák nejsou normální zboží* [online]. Euractiv. 2013. Poslední aktualizace 21. 3. 2017 [cit. 2019-09-28]. Dostupné z: <https://euractiv.cz/section/digitalni-agenda/interview/eva-kralikova-cigarety-a-tabak-nejsou-normalni-zbozi-tpd-koureni-evropska-unie-smernice-011071/>
34. KUČERA, Z. 2015. *Zdravotní gramotnost české populace: výsledky reprezentativního šetření* [online]. 18. června 2015 [cit. 2019-08-02]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_1806_2015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf
35. KUČERA, Z. 2017. *K čemu nás podněcují výsledky šetření zdravotní gramotnosti* [online]. Česko-rakouské kolokvium „Zdravotní gramotnost a zdravotní politika“. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost. 4. 10. 2017 [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/2_prezentace_4_10_2017.pdf

36. KUČERA, Z., J. M. PELIKAN a A. ŠTEFLOVÁ. 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. Roč. 155, č. 5, s. 233-241. ISSN 0008-7335.
37. LOGHAN, R. A. et al. 2015. Health literacy: a necessary element for achieving health equity: discussion paper. *NAM Perspectives* [online]. Washington: National Academy of Medicine. Jun 24, 2015 [cit. 2019-08-03]. ISSN is 2578-6865. Dostupné z: <https://nam.edu/perspectives-2015-health-literacy-a-necessary-element-for-achieving-health-equity/>
38. MACHOVÁ, A. a I. BRABCOVÁ. 2018. Zdravotní gramotnost dětí a adolescentů. *Kontakt* [online]. Roč. 20, č. 4, s. e326-e332 [cit. 2019-08-04]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2018/04/03.pdf>
39. MARKOVÁ, M. 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
40. MZ ČR. 2019. *Ministerstvo zdravotnictví představilo vznikající Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030: tisková zpráva* [online]. Ministerstvo zdravotnictví. 4. 6. 2019 [cit. 2019-09-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-vznikajici-strategicky-ramec-rozvoje-pece_17382_3970_1.html
41. *Národní zpráva o pohybové aktivitě českých dětí a mládeže* [online]. 2018. Olomouc: Palackého univerzita [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2018/11/czech-republic-report-card-long-form-2018.pdf>
42. NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS. 2019. *Healthy literacy component: NAAL factsheets* [online]. [cit. 2019-08-02]. Dostupné z: https://nces.ed.gov/naal/fct_hlthliteracy.asp
43. NUTBEAM, D. 2017. Health literacy as a population strategy for health promotion. *Japanese journal of health education and promotion* [online]. Vol. 25, no. 3, p. 210-222 [cit. 2019-06-29]. ISSN 1340-2560. Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenkokyoiku/25/3/25_210/pdf
44. OECD. 2019. *State of health in the EU: Česko: zdravotní profil země 2019* [online]. European Observatory on Health Systems and Policies. Publikováno 28.11.2019

- [cit. 2019-11-30]. ISBN 9789264724662. Dostupné z:
<http://www.oecd.org/health/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2019-6e557457-cs.htm>
45. PARNELL, T. A. 2015. *Health literacy in nursing* [online]. New York: Springer. [cit. 2019-08-22]. 302 s. ISBN 978-0-8261-6173-4. Dostupné z:
http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_91636_32.pdf
46. PELIKAN, J. M., F. RÖTHLIN a GANAHL, K. 2014. *Comparative report on health literacy in eight EU member states: the European health literacy project 2009-2012* [online]. 2nd extended and revised version. [cit. 2019-06-05]. Dostupné z:
https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
47. PUNCH, K. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
48. SCOPELJA, E. N., E. W. WHIPPLE A P. RICHWINE. 2008. Reaching and teaching teens: adolescent health literacy and the Internet. *Journal of consumer health on the Internet* [online]. Vol. 12, no. 2, s. 105-118 [cit. 2019-09-14]. ISSN 1539-8285. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15398280802121406>
49. SHEN, M. et al. 2015. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health* [online]. Vol. 15, article 637 (2015) [cit. 2019-06-13]. ISSN 1471-2458. Dostupné z:
<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1958-0>
50. SOLOMON, L. S. a M. H. KANTER, 2018. Health care steps up to social determinants of health: current context. *Permanente journal* [online]. Vol. 22, s. 18-139. ISSN 1552-5767. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207436/>
51. SØRENSEN, K. 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. Vol. 12, article 80 (2012). Dostupné z:
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
52. SØRENSEN, K. et al. 2013. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey

- Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health* [online]. Vol. 13, article 948 (2013) [cit. 2019-06-15]. ISSN 1471-2458. Dostupné z:
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-948>
53. SØRENSEN, K. et al., 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health* [online]. Vol. 25, no. 6, s. 1053-1058 [cit. 2019-06-29]. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi: 10.1093/eurpub/ckv043
54. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. 2012. *Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR* [online], 2012. 16.04.2012 [cit. 2019-08-23]. Dostupné z:
<https://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/>
55. Škola a zdraví pro 21. století, 2010. *School and health: výzkumný záměr Škola a zdraví pro 21. století* [online]. Brno: Masarykova univerzita. © 2005–2010 [cit. 2019-08-12]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/z21/>
56. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
57. ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST. 2017. *1. národní konference o zdravotní gramotnosti: situační dokument* [online]. [cit. 2019-08-02]. Dostupné z:
http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
58. VÉVODOVÁ, Š. et al. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Palackého univerzita. 2012 s. ISBN 978-80-244-4770-4.
59. WAGNER, C. et al. 2007. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. Vol. 61, no. 12, s. 1086-1090 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0143-005x. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.2006.053967>
60. WHO. 1998. *Health promotion glossary* [online]. World Health Organization [cit. 2019-10-02]. Dostupné z:
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
61. WHO. 2019. *Health impact assessment (HIA): the determinants of health* [online]. World Health Organization [cit. 2019-08-03]. Dostupné z:
<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

62. *Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. 2001. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.
63. *Zdraví 21: výklad základních pojmů: úvod do evropské zdravotní strategie*, 2004. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
64. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-47-9.
65. *Zdravotní gramotnost mladých dospělých* [online]. 2016. Národní síť podpory zdraví [cit. 2019-08-04]. Dostupné z: http://www.zdravotnigramotnost.cz/wp-includes/files/gramotnost_A5_dospivajici.pdf
66. ZVÍROTSKÝ, M. 2007. Negramotní ve věci vlastního zdraví? *Psychologie dnes*. Roč. 13, č. 9, s. 32-33. ISSN 1212-9607.

SEZNAM ZKRATEK

AP	Akční plán
CHC	Critical Health Competencies
ČLS JEP.....	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
EU	Evropská unie
HBSC.....	Health behaviour in school-aged children
eHEALS.....	eHealth Literacy Scale
HELMA	Health Literacy Measure for Adolescents
HeLMS.....	Health Literacy Management Scale
HLS-CH.....	Swiss Health Literacy Survey
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q.....	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q16.....	European Health Literacy Survey, 16 otázek
HLS-EU-Q47.....	European Health Literacy Survey, 47 otázek
HLSI.....	Health Literacy Skills instrument
HLSQMs.....	Health Literacy Screening Question Methodologies (Metodiky screeningu zdravotní gramotnosti)
JFHLT	Japanese Functional Health Literacy Test (Japonský test funkční zdravotní gramotnosti)
MAHL.....	Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy
METER.....	Medical Term Recognition Test
MZ ČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAAL	National Assessment of Adult Literacy (Národní hodnocení gramotnosti dospělých)
NVS	Newest Vital Sign
OECD.....	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Rychlý odhad zdravotní gramotnosti dospělých)
SHLS.....	Swiss Health Literacy Survey (Švýcarský výzkum zdravotní gramotnosti)
SOCEA	Střední odborná škola sociální a zdravotnická – Evangelická akademie
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TOFHLA.....	Test of Functional Health Literacy in Adults (Test funkční zdravotní gramotnosti dospělých)
WHO.....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Souhrn vlastní rešeršní činnosti k tématu práce	10
Obrázek 2. Hlavní determinanty zdraví	12
Obrázek 3. Základní struktura zdravotní gramotnosti podle Nutbeama	15
Obrázek 4. Hlavní témata prevence nemocí a podpory zdraví programu <i>Zdraví 2020</i>	18
Obrázek 5. Struktura a návaznost hlavních komponent Akčního plánu č. 12	20
Obrázek 6. Synoptický model zdravotní gramotnosti	40

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věkové rozložení studentů ve třídách.....	44
Tabulka 2. Věkové rozložení dívek a chlapců v jednotlivých třídách.....	46
Tabulka 3. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Zdravotní péče	63
Tabulka 4. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Prevence nemocí.....	63
Tabulka 5. Výpočet pro 1A a 1O – oblast Podpora zdraví.....	64
Tabulka 6. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Zdravotní péče	65
Tabulka 7. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Prevence nemocí.....	65
Tabulka 8. Výpočet pro 3O a 4A – oblast Podpora zdraví.....	66
Tabulka 9. Výpočet pro věk – oblast Zdravotní péče	67
Tabulka 10. Výpočet pro věk – oblast Prevence nemocí.....	67
Tabulka 11. Výpočet pro věk – oblast Podpora zdraví.....	68
Tabulka 12. Výpočet pro 1O a 3O – oblast Zdravotní péče	69
Tabulka 13. Výpočet pro 1O a 3O – oblast Prevence nemocí.....	69
Tabulka 14. Výpočet pro 1O a 3O– oblast Podpora zdraví.....	70
Tabulka 15. Výpočet pro 1A a 4A– oblast Zdravotní péče	70
Tabulka 16. Výpočet pro 1A a 4A – oblast Prevence nemocí.....	71
Tabulka 17. Výpočet pro 1A a 4A – oblast Podpora zdraví.....	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk respondentů	44
Graf 2. Věkové rozložení – dívky.....	45
Graf 4. Věkové rozložení – chlapci	45
Graf 5. Zdravotní stav	46
Graf 6. Dlouhodobý zdravotní problém.....	47
Graf 7. Omezení aktivit	47
Graf 8. Kontakt se zdravotnickým zařízením	48
Graf 9. Kouření	49
Graf 10. Pití alkoholu.....	49
Graf 11. Pravidelný pohyb.....	50
Graf 12. Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče.....	51
Graf 13. Zdravotní gramotnost v oblasti Zdravotní péče.....	53
Graf 14. Zdravotní gramotnost v oblasti Prevence nemocí	54
Graf 15. Zdravotní gramotnost v oblasti Prevence nemocí	56
Graf 16. Zdravotní gramotnost v oblasti Podpory zdraví	57
Graf 17. Zdravotní gramotnost v oblasti Podpory zdraví	59
Graf 18. Celková zdravotní gramotnost.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Žádost o povolení výzkumu

Příloha 2. Souhlas s výzkumem

Příloha 3. Dotazník HLS-EU-Q47 – český překlad

Příloha 4. Přepočtený záznam odpovědí

PŘÍLOHY

Příloha 1. Žádost o povolení výzkumu

Vážený pane řediteli,

jmenuji se Šárka Štěpánková a jsem studentkou 2. ročníku Učitelství odborných předmětů pro zdravotní školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Svou diplomovou práci jsem zaměřila na výzkum zdravotní gramotnosti a ráda bych s vašimi studenty prvních a posledních ročníků maturitního i nematuritního oboru vyplnila dotazník, který byl použit v celoevropském reprezentativním šetření. Právě proto, že se jedná o standardizovaný dotazník, některé otázky vám mohou připadat složité. Budu Vám k dispozici s případnými nejasnostmi.

Zdravotní gramotnost je mladý pojem a v naší zemi ne příliš známý a používaný. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako: *Kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.* Kratší definice charakterizuje zdravotní gramotnost jako schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.

Výsledky mého šetření jsou anonymní, budou nadále nabídnuty Statnímu zdravotnímu ústavu, jako vzorek úrovně zdravotní gramotnosti dospívajících.

Děkuji Vám za vaši ochotu a čas.

Šárka Štěpánková



Příloha 2. Souhlas s výzkumem



SOŠ sociální a zdravotnická – Evangelická akademie

Kladská 335
Náchod 547 01
tel. 491 427 850
sekretariat@socea.cz
www.socea.cz
IČO: 00189391

V Náchodě 25. 10. 2019

Věc: Souhlas s dotazníkovým šetřením

Vážená paní Štěpánková,
souhlasím s tím, abyste v naší škole v rámci vyučovacích hodin provedla dotazníkové šetření pro svou diplomovou práci.

S pozdravem

**Střední odborná škola sociální a
zdravotnická - Evangelická akademie**
547 01 Náchod, Kladská 335 ①
Tel.: 491 427 850-3, IČ: 00189391


Mgr. Bc. David Hanuš
ředitel školy

Příloha 3. Dotazník HLS-EU-Q47 – český překlad

EU VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

SN	Číslo výzkumu
----	---------------

5	8	9	1
---	---	---	---

B	Kód země
---	----------

--	--

C	Číslo rozhovoru
---	-----------------

--	--	--	--	--	--

E	Národnost/státní příslušnost
---	------------------------------

Česká republika	1 7 ,
-----------------	-------------

Pokud je uvedena jiná nebo neví, ukončete rozhovor
--

Q1	Ohodnoťte na škále od „velmi snadné“ k“ velmi těžké“ zhodnoťte, jak těžké je:
----	--

[KARTA SE ŠKÁLOU – JEDNA ODPOVĚĎ NA ŘÁDEK]
--

		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	N E V Í Š K Á L O U S E P O U Ž Í T E
1	...nalézt informace o příznacích nemocí, které se vás týkají?	1	2	3	4	5
2	...nalézt informace o léčbě nemocí, které se vás týkají?	1	2	3	4	5
3	...zjistit, co udělat v případě potřeby naléhavé lékařské pomoci?	1	2	3	4	5

4	...zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný (Instrukce: jako je lékař, lékárník, psycholog)	1	2	3	4	5
5	...pochopit, co vám říká váš lékař?	1	2	3	4	5
6	...pochopit příbalový leták, který je přiložen k vašemu léku?	1	2	3	4	5
7	...pochopit co udělat, když je potřeba naléhavé lékařské pomoci?	1	2	3	4	5
8	...pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?	1	2	3	4	5
9	...posoudit, jak se informace od vašeho lékaře vztahují na vás?	1	2	3	4	5
10	...zhodnotit výhody a nevýhody různých možností léčby?	1	2	3	4	5
11	...posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	1	2	3	4	5
12	...zhodnotit, zda je informace o nějaké nemoci v médiích spolehlivá (Instrukce: TV, Internet nebo jiná média)	1	2	3	4	5
13	...využít informace, které vám podává lékař k rozhodování pokud jde o vaši nemoc?	1	2	3	4	5
14	...pochopit doporučení jak užívat léky?	1	2	3	4	5
15	...zavolat záchrannou službu, když se něco stane?	1	2	3	4	5
16	...pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?	1	2	3	4	5
17	...získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky, jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití?	1	2	3	4	5
18	...získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese? f	1	2	3	4	5
19	...získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (Instrukce: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)	1	2	3	4	5
20	...nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?	1	2	3	4	5
21	...pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4	5
22	...pochopit, proč potřebujete očkování?	1	2	3	4	5

23	...pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? (Instrukce: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)	1	2	3	4	5
24	...posoudit, jak důvěryhodné jsou zdravotní varování, týkající se kouření, malé tělesné aktivity a nadměrné pití?	1	2	3	4	5
25	...posoudit, kdy je třeba, abyste šel/šla k lékaři na vyšetření?	1	2	3	4	5
26	...posoudit, která očkování byste potřeboval?	1	2	3	4	5
27	...posoudit, jaké preventivní prohlídky byste měl podstoupit? (Instrukce: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)	1	2	3	4	5
28	...posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (Instrukce: TV, Internet nebo jiná média)	1	2	3	4	5
29	...rozhodnout se, zda byste se měl(a) nechat očkovat proti chřipce?	1	2	3	4	5
30	...rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě rady od vaší rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4	5
31	... rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (Instrukce: Noviny, letáky, Internet nebo jiná média)	1	2	3	4	5
32	...nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?	1	2	3	4	5
33	...nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (Instrukce: meditace, cvičení, procházky, pilates apod..)	1	2	3	4	5
34	...nalézt informace o tom, jak byste mohli s vašimi sousedy usilovat o zdravější prostředí? (Instrukce: Snížení hluku a znečištění ovzduší, rozšiřování zeleně, budování zařízení pro trávení volného času)	1	2	3	4	5
35	...dozvědět se o politických změnách, které mohou ovlivnit zdraví? (Instrukce: legislativa, program nových preventivních prohlídek, změna vlády, změny v organizaci zdravotnických služeb)	1	2	3	4	5

36	...dozvědět se o opatřeních k podpoře zdraví na pracovišti?	1	2	3	4	5
37	...pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4	5
38	...pochopit informaci na obalech potravin?	1	2	3	4	5
39	...pochopit informaci, jak být zdravější z médií? <i>(Instrukce: Internet, noviny, časopisy)</i>	1	2	3	4	5
40	...porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví?	1	2	3	4	5
41	...posoudit, jak to, kde žijete, ovlivňuje vaše zdraví a vaši pohodu? <i>(Instrukce: Vaše obec, vaše bezprostřední okolí)</i>	1	2	3	4	5
42	...posoudit, jak vám vaše bytové poměry pomáhají udržovat si zdraví?	1	2	3	4	5
43	...posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? <i>(Instrukce: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení)</i>	1	2	3	4	5
44	...udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	1	2	3	4	5
45	...vstoupit do sportovního klubu nebo se zapojit do skupinového cvičení, pokud byste chtěl(a)?	1	2	3	4	5
46	...ovlivnit vaše životní podmínky, které mají vliv na vaše zdraví a vaši pohodu? <i>(Instrukce: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení atp.)</i>	1	2	3	4	5
47	...podílet se na aktivitách, které zlepšují zdraví a pohodu ve vaší obci?	1	2	3	4	5

Q2 Jaký je váš zdravotní stav?

[Přečtěte – pouze jedna odpověď]

Velmi dobrý	1
Dobrá	2
Uspokojivý	3
Špatný	4
Velmi špatný	5
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	6

Q3	Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem? Dlouhodobými rozumíme problémy, které trvají, nebo očekáváte, že budou trvat. 6 měsíců nebo déle.
----	--

[Přečtěte – pouze jedna odpověď]

Ano, více než jednou	1
Ano, jednou	2
Ne	3
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	4

Q4	Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?
----	---

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Citelně omezily	1
Omezily, ale nikoli citelně	2
Vůbec neomezily	3
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	4

Q5	U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?
----	---

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	1
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	2
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	3
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	4
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	5
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	6
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	7
Nemám zdravotní pojištění (NENABÍZEJTE)	8

Q6	Jak často jste...?
----	--------------------

[PŘEDLOŽTE KARTU SE ŠKÁLOU – JEDNA ODPOVĚĎ NA ŘÁDEK]

0	1 - 2 krát	3 - 5 krát	6 krát a více krát	Nevím/Bez odpovědi (SPONTÁNNĚ)
---	---------------	------------	--------------------------	--------------------------------------

... byl během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (Instrukce: Pohotovostní služba, záchranná služba)	1	2	3	4	5
... byl během posledních 12 měsíců u lékaře?	1	2	3	4	5
...byl během posledních 12 měsíců hospitalizován?	1	2	3	4	5
...během posledních 12 měsíců využil služeb dalších zdravotnických specialistů, jako je zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař?	1	2	3	4	5

Q7 Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

V současné době kouříte	1
Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste	2
Nikdy jste nekouřil(a)	3
Nevím (SPONTÁNNĚ)	4

Položte Q8 jestliže " V současné době kouříte ", Kód 1 Q7 – Ostatní jdou na Q9

Q8 Používáte následující tabákové produkty každý den, příležitostně nebo vůbec ne?

[UKAŽTE KARTU se škálou – Jedna odpověď na řádku]

		Ano, každý den	Ano, občas	Ne, vůbec
1	Vyrobené cigarety	1	2	3
2	Ručně balené cigarety	1	2	3

Ptejte se všech

Q9 Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?

[POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Ano

1

Ne	2
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ))	3

Otázky Q10 až Q13 pokud "Ano", CODE 1 na Q9 – OSTATNÍ JDOU NA Q14

Q10	Jak často jste během posledních 12 měsíců měl 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?
-----	---

(UKAŽTE KARTU – PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Několikrát týdně	1
Jednou týdně	2
Jednou měsíčně	3
Méně než jednou měsíčně	4
Nikdy	5
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	6

Q11	Pil jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný lokální nápoj) během posledních 30 dní?
-----	--

[POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Ano	1
Ne	2
Nevím/Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	3

POLOŽTE Q12 A Q13 POKUD "ANO", CODE 1 U QC11 - OSTATNÍ POKRAČUJÍ NA Q14

Q12	Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj? I
-----	---

(PŘEDLOŽTE KARTU – PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Denně	1
4 – 5 krát týdně	2
2 – 3 krát týdně	3
Jednou týdně	4
2 – 3 krát měsíčně	5
Jednou	6
Nevím/ Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	7

[INT.: JEDEN DRINK = 1 SKLENICE VÍNA OR 1 PLECHOVKA/LÁHEV PIVA NEBO OVOCNÉHO PIVA NEBO 4 CL DESTILÁTU]

Q13	Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?
-----	---

(PŘEDLOŽTE KARTU – PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Méně než 1 drink	1
1-2 drinky	2
3-4 drinky	3
5-6 drinků	4
7-9 drinků	5
10 a více drinků	6
Záleží na situaci (SPONTÁNNĚ)	7
Nepamatuji se/ Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	8

PTEJTE SE VŠECH

Q14 Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Téměř denně	1
Několikrát týdně	2
Několikrát během měsíce	3
Vůbec ne	4
Nebyl jsem schopen cvičit (SPONTÁNNĚ)	5
Nevím (SPONTÁNNĚ)	5

Q15 Máte člena rodiny nebo přítele (přítečkyni), kterého byste mohl(a) vzít s sebou na návštěvu k lékaři?

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Ano	1
Ne	2
Nevím (SPONTÁNNĚ)	3

Q16 Jste aktivně zapojen do života vaší obce, např. jste dobrovolníkem nebo se podílíte na nějakých aktivitách v obci?

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Téměř denně	1
Několikrát týdně	2
Několikrát měsíčně	3
Několikrát v průběhu roku	4
Vůbec ne	5
Nevím (SPONTÁNNĚ)	6

INSTRUKCE: PŘEDEJTE RESPONDENTOVÍ INFORMACI NA OBALU A DEJTE MU PŘIBLIŽNĚ MINUTU, ABY SI JI PŘEČETL – NEJEDNÁ SE O PŘESNÝ ČAS, PROTO MU DEJTE TOLIK ČASU, KOLIK POTŘEBUJE NA PŘEČTENÍ.

Tato část výzkumu se bude týkat informací na obalech potravin. Na této kartě jsou uvedeny informace, jaké můžete nalézt na zadní straně obalu zmrzliny, kterou si můžete koupit v supermarketu. Podívejte se prosím na tuto kartu a já vám poté položím několik otázek. Přečtěte si prosím text pozorně. Dejte mi vědět, až budete mít vše přečteno, abychom mohli přejít k otázkám.

NEODPOVÍDEJTE NA ŽÁDNÉ DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE INFORMACÍ UVEDENÝCH NA KARTĚ. AŽ BUDE RESPONDENT PŘIPRAVEN, PŘEČTĚTE NÁSLEDUJÍCÍ:

Položím vám několik otázek týkajících se výživových informací uvedených na této kartě. Odpovědi na všechny otázky mohou být zodpovězeny s využitím informací na kartě, kterou jsem vám právě dal. Nemějte obavy, pokud nebudete moci zodpovědět všechny dotazy. Některé z těchto otázek jsou poměrně složité, a ne každý na všechny odpoví správně. Na zodpovězení každé otázky budete mít tolik času, kolik budete potřebovat. Pokud budete chtít, mohu vám každou otázku, které nebudete rozumět, zopakovat.

JESTLIŽE SE VÁM BUDE ZDÁT, ŽE RESPONDENT MÁ S ODPOVĚDÍ PROBLÉM, ŘEKNĚTE: „Chcete, abych vám zopakoval otázku?“

POKUD MÁ RESPONDENT S ODPOVĚDÍ OPRAVDU VELKÝ PROBLÉM, ŘEKNĚTE: „V pořádku, netrapte se, pokud nemůžete odpovědět na tuto otázku. Některé otázky jsou mnohem obtížnější než jiné. Zkusíme další.“

RESPONDENTŮM JE DOVOLENO VRÁTIT SE A ZMĚNIT ODPOVĚĎ, POKUD V KTERÝKOLI OKAMŽIK PŘED UKONČENÍM TĚTO ČÁSTI DOTAZNÍKU USODÍ, ŽE UDĚLALI CHYBU – ALE NENABÍZEJTE JIM TUTO MOŽNOST, POKUD ONI SAMI O ZMĚNU ODPOVĚDI NEPOŽÁDAJÍ.

Q17 Kolik kalorií (kcal) sníte, pokud sníte celé balení?

PŘEČTĚTE PROSÍM 'KCAL' JAKOŽ I KALORIE, ALE NIKOLI „KILOKALORIE“. NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

1,000 KCAL	1
1,000 kalorií	2
Jakákoli jiná odpověď	3
Nevím (SPONTÁNNĚ)	4
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	5

Q18 Pokud dostanete radu, abyste nejedli více než 60 gramů sacharidů jako desert, jaké maximální množství zmrzliny můžete sníst?

NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

Dvě porce (nebo méně než dvě porce)	1
Polovinu balení (nebo jakékoli množství menší než je polovina balení)	2
200 ml (nebo jakékoli množství menší než 200 ml)	3
Jakákoli jiná odpověď	4
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	5
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	6

Q19	Představte si, že vám váš lékař doporučí, abyste snížil obsah nasycených mastných kyselin ve vaší stravě. Obvykle konzumujete 42 g nasycených mastných kyselin denně, z nichž některé jsou obsaženy v jedné porci zmrzliny. Kolik gramů nasycených tuků budete každý den konzumovat, pokud přestanete jíst zmrzlinu?
-----	--

NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

33 g	1
Jakákoli jiná odpověď	2
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	3
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	4

Q20	Pokud obvykle konzumujete 2500 kalorií denně, jaké procento vašeho denního příjmu kalorií (kcal) přijmete, když sníte jednu porci zmrzliny?
-----	---

PŘEČTĚTE PROSÍM 'KCAL' JAKOŽ I KALORIE, ALE NIKOLI „KILOKALORIE“. NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

1/10 (desetinu)	1
10%	2
Jakákoli jiná odpověď	3
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	4
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	5

PŘEČTĚTE: Představte si, že jste alergický na následující látky: penicilin, arašídý, latexové rukavice a bodnutí včely.

Q21	Je pro vás bezpečné jíst tuto zmrzlinu?
-----	---

NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

Ano	1
Ne	2
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	3
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	4

POLOŽTE Q22 POUZE JESTLIŽE 'NE', KÓD '1' NA Q21, OSTATNÍ JDOU NA DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

Q22	Proč ne?
-----	----------

NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

Protože obsahuje arašídový olej/arašídý/ořechy	1
Protože můžete mít alergickou reakci	2
Jiné (SPONTÁNNĚ)	3
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	4

ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ) 5

POLOŽTE Q23 POUZE JESTLIŽE „Protože můžete mít alergickou reakci, KÓD '2' NA Q22, OSTATNÍ JDOU NA DEMOGRAPHICKÉ OTÁZKY

Q23 Proč byste měl alergickou reakci?

NEČTĚTE ALTERNATIVY ODPOVĚDÍ

Protože obsahuje arašídový olej/arašídový ořechy 1

Jiné (SPONTÁNNĚ) 2

NEVÍM (SPONTÁNNĚ) 3

ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ) 4

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY – PTEJTE SE VŠECH

D1 pohlaví [ZAPIŠTE, NEPTEJTE SE]

Muž 1

Žena 2

D2 Jak jste stár?

--	--

D3 Jaká je vaše výška? (Přibližně)

PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ] cm

Pokud neví kód 9998, Při odmítnutí, kód 999

--	--	--

D4 Kolik vážíte? (Přibližně)

PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ] KG

Pokud neví kód 9998, Při odmítnutí, kód 999

--	--	--

D5 Který z těchto výroků odpovídá vaší situaci?

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Vaše matka a váš otec se narodili v České republice 1

Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý v jiné členské zemi Evropské unie 2

Vaše matka a váš otec se narodili v jiné členské zemi Evropské unie 3

Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý se narodil mimo Evropskou unii	4
Vaše matka i váš otec se narodili mimo Evropskou unii.	5
Jeden z vašich rodičů se narodil v jiné členské zemi Evropské unie a druhý mimo Evropskou unii	6
NEVÍM\ Odmítnutí (SPONTÁNNÍ)	7

D6 Jaký je váš rodinný stav?

(PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Svobodný	1
Ženatý/vdaná	2
Rozvedený/ rozvedená/ odloučen/ odloučená	3
Vdovec/vdova	4
Neví (SPONTÁNNĚ)	5
Odmítnutí odpovědi (SPONTÁNNĚ)	6

D7 Jaká je vaše bytová situace?

(PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Žiju sám	1
Žiju ve společné domácnosti	2
Mám vážný vztah, ale nežijeme společně	3
Nevím (SPONTÁNNĚ)	4
odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	5

D8 Máte děti?

(Přečtete – VÍCE ODPOVĚDÍ JE MOŽNÉ)

Ano, pod 15 let	a
Ano, nad 15 let	2
Nemám děti	3
Nevím (SPONTÁNNĚ)	4
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ))	5

D9 RECODE ISCED

NEČTĚTE – TAZATEL PŘEKÓDUJE DO POLÍČEK ON FIELD

Nedokončené základní vzdělání	1
Základní	2
Vyučen, středoškolské vzdělání bez maturity	3
Středoškolské vzdělání s maturitou	4
Vyšší odborné vzdělání	5
Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr., Ing., MUDr., JUDr.)	6
Akademické vzdělání (Ph.D., Doc., Prof.)	7
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	8

ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	9
-----------------------	---

D10	Jaké je vaše „hlavní“ zaměstnání?
-----	-----------------------------------

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)
--

Zaměstnanec na plný úvazek	1
Zaměstnanec na částečný úvazek	2
Podnikatel / Osoba samostatně výdělečně činná	3
Bez zaměstnání	4
Jiné (SPONTÁNNĚ, SPECIFIKUJTE)	5
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	9

Filtr: na D10b odpovídají jen ti, kteří D10= 4

D10b	Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaši situaci?
------	--

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)
--

Nezaměstnaný	1
Student, další vzdělávání, neplacená práce	2
Důchod, předčasný důchod nebo ukončené podnikání	3
Invalidita	4
V domácnosti	5
Jiné (SPECIFIKUJTE)	6
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	7
ODMÍTNUTÍ (SPONTÁNNĚ)	9

D11	Máte nějaké zdravotnické vzdělání, nebo jste pracoval/a ve zdravotnictví, např. jako sestra, lékař, farmaceut?
-----	--

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Ano	1
Ne	2
NEVÍM (SPONTÁNNĚ)	3
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	4

D12	Jste schopen platit za léky, pokud je potřebujete k uchování zdraví? Je to...?
-----	--

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ ONLY]

Velmi snadné	1
Vcelku snadné	2
Docela obtížné	3
Velmi obtížné	4
Nevím (SPONTÁNNĚ)	5
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	6

D13	Můžete si dovolit navštívit lékaře? Je to...? (<i>Instrukce: čas, zdravotní pojištění, cena, doprava</i>)
-----	---

[PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ]

Velmi snadné	1
Vcelku snadné	2
Docela obtížné	3
Velmi obtížné	4
Nevím (SPONTÁNNĚ)	5
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	6

D14 Řekl/a byste, že jste měl/a v průběhu posledních 12 měsíců problémy se zaplacením vašich účtů na konci měsíce?

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Většinou ano	1
Občas	2
Téměř nikdy/nikdy	3
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	4

D15 Představte si společenský žebříček, kde stupeň „1“ znamená „nejnižší úroveň ve společnosti“, stupeň „10“ „nejvyšší úroveň ve společnosti“. Na jakém místě tohoto žebříčku byste sám sebe umístil?

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

1 Nejnižší úroveň ve společnosti	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10 Nejvyšší úroveň ve společnosti	10
Odmítnutí (SPONTÁNNĚ)	11

D16 Sečtěte si prosím v duchu všechny čisté příjmy všech osob ve Vaší domácnosti v průměru za měsíc. Jedná se nám o mzdu, důchod, různé dávky od státu i o to, co si vyděláte jen tak, třeba na brigádě apod. Všechny tyto měsíční příjmy sečtěte a pak mi řekněte, do které příjmové skupiny Vaše domácnost patří?

(PŘEDLOŽTE KARTU - PŘEČTĚTE – POUZE JEDNA ODPOVĚĎ)

Do 5.000,- Kč	1
5.001,- až 7.000,- Kč	2
7.001,- až 10.000,- Kč	3
10.001,- až 15.000,- Kč	4
15.001,- až 20.000,- Kč	5
20.001,- až 25.000,- Kč	6
25.001,- až 30.000,- Kč	7

37	2	3	3	4	4	1	2	3	3	3	2	2	4	3	4	4	3	4	2	2	3	2	3	4	4	3	2	3	4	2	4	3	4	4	4	3	4	4	1	2	3	4	4	4	4	2	2	2		
38	2	3	3	4	3	2	1	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	2	3	4	1	4	4	3	4	4	3	3	4	2	2	3	4	4	4	4	3	3	1		
39	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	3	2	3	2	4	4	4	3	2	2	4	1	3	3	4	3	4	2	4	4	1	3	2	4	4	3	3	2	2	2		
40	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	4	4	4	4	3	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	3	2	3	3	4	4	4	2	3	4	3	1	3	4	4	4	4	3	3	0		
41	3	4	4	2	3	3	3	3	3	4	3	2	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	2	1		
42	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	1	2	2	2	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	2	3	2	3	4	3	3	2		
43	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	2	3	2	2	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	3	2	3	4	4	4	2	2		
44	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	4	1	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	4	3	2	2		
45	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	1	3	3	2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	1	2	4	3	3	2	2		
46	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	3	2	2	2	3	3	4	4	4	3	3	4	2	3	4	3	2	4	4	3	1				
47	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	1	2	2	2	3	3	4	2	3	4	4	3	4	3	2	1	2	4	3	4	2	2		
48	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4	1	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	1	3	3	3	3	2			
49	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	2	3	3	4	2	4	4	4	2	4	4	2	3	2	4	4	4	2	2			
50	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	2	3	3	4	3	3	2	2		
51	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	3	4	4	3	2	4	4	4	2	4	3	3	2	2	4	4	4	3	2		
52	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	4	4	3	4	3	1	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	2	3	2	3	4	4	3	1	
53	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	3	4	4	4	4	3	2	3	4	3	4	4	1	2	2	3	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	2	1	3	3	3	3	2	2	
54	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	2	2	3	4	3	4	4	3	1	3	3	2	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	2	2		
55	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	1	2	2	2	3	2	3	4	4	4	4	3	2	4	4	3	2	4	3	2	3	3	4	3	2
56	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	1	2	2	2	3	4	4	4	3	4	4	2	4	4	3	2	2	4	4	3	2	2		
57	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	4	4	4	3	4	2	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	2	1	3	4	4	3	3	2		
58	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	2	3	4	3	4	4	4	2	2	3	4	3	4	4	4	2	3	3	2	4	2	3	2	4	4	3	2	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2		
59	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	3	3	3	4	4	2	3	4	2	3	2	3	4	3	2	2		
60	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	3	2	4	4	3	3	4	4	2	2	3	3	3	4	3	2	2		
61	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	2	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	2		
62	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	2	2	2	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	4	3	4	4	3	3	2		
63	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	2	2	2	3	4	3	4	4	4	2	4	4	3	2	3	4	4	4	4	3	3	2	2		
64	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	2	3	3	2	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	2		
65	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	2	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	3	4	4	3	3	2		
66	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	4	2	3	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	3	2		
67	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	3	3	2		
68	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	3	4	4	2	3	3	2	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	1		
69	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	2	2	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	2	3	4	4	3	3	3	2		
70	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	1	3	4	4	4	4	1	3	2	4	4	4	4	3	3	4	2	3	2	3	3	4	3	3	3	2	2			
71	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	1		
72	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	2	3	1	3	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	2	2	3	3	3	4	3	2	2	2			
73	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	4	3	4	4	2	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	1		
74	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	2	3	4	3	3	2	4	4	3	3	2	3	2			
75	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3	3	4	3	4	2	3	2			
76	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3	3	3	3	4	2	3	2		

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Šárka Štěpánková, Bc.
Katedra nebo ústav:	Pedagogická fakulta, UPOL, Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020
Název práce:	Zdravotní gramotnost studentů vybrané zdravotnické školy
Název v angličtině:	Health literacy of students of selected secondary nursing school
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá úrovní zdravotní gramotnosti studentů střední sociální a zdravotnické školy. V teoretické části práce je popsána zdravotní gramotnost a její vztah k dospívajícím a mladým dospělým. Empirická část práce vyhodnocuje data o zdravotní gramotnosti. Sběr dat byl realizovaný formou standardizovaného dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q47. Výsledky výzkumu mohou být využity Státním zdravotním ústavem jako podklad pro přípravu dalšího projektu výzkumu zdravotní gramotnosti a jsou prospěšné i pro vedení školy, kde se výzkum uskutečnil.
Klíčová slova:	zdravotní gramotnost; zdravotní výchova; zdraví dospívajících; zdraví – znalosti, postoje, praxe; mladiství; mladý dospělý
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the level of health literacy of secondary social and nursing school students. The theoretical part of the work describes health literacy and its relationship with adolescents and young adults. The empirical part of the work evaluates health literacy data. The data collection was implemented in the form of the standardised health literacy questionnaire HLS-EU-Q47. The research results can be used by the National Institute of Public Health as a basis for the preparation of another health literacy research project and are also beneficial for the management of the school where the research took place.
Klíčová slova v angličtině	health literacy; health education; adolescent health; health knowledge, attitudes, practice; adolescent; young adult
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	95
Jazyk práce:	český

