



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Zdravotní gramotnost zaměstnanců

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Bc. Kateřina Růthová

Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Beníšková

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohláuji, že svoji diplomovou práci s názvem *šZdravotní gramotnost zam stnanc ō* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne *14. 5. 2018* *í í í í í í í í í í*

Bc. Kateřina Růžková

Podkování

Touto cestou bych ráda podkovala MUDr. Dagmar Beníkové, za vedení mé práce, za cenné rady a čas, který mi vnovala při tvorbě diplomové práce. Podkování také patří všem respondentům a firmám, u nichž jsem mohla výzkum zrealizovat.

Zdravotní gramotnost zaměstnanců

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností u zaměstnanců. V celé České republice je zdravotní gramotnost na velmi nízké úrovni.

Diplomová práce má stanovený jeden cíl: Zmapovat zdravotní gramotnost u zaměstnanců. V rámci výzkumu jsem si zvolila tři hypotézy.

Hypotéza 1: Očekávaná zdravotní gramotnost zaměstnanců vybraných kolektivů je nedostatečná.

Hypotéza 2: Ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži.

Hypotéza 3: Úroveň zdravotní gramotnosti je závislá od dosaženého vzdělání.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je vymezen pojem zdravotní gramotnost, obsahuje metody rozvoje zdravotní gramotnosti, podporu a prevenci zdraví v etických determinantech zdraví a zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. Část práce je věnována také pracovnímu prostředí, rizikovým faktorům, a pracovní lékařské péči. Praktická část byla zpracována metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníků. Potřebná data k analýze byla získána od respondentů vybraných kolektivů, kteří byli informováni o anonymitě. Získaná data byla zpracována v programu MS Excel a SPSS.

Výsledky mé práce vyvrátily všechny tři stanovené hypotézy. Respondenti výzkumného souboru jsou zdravotně gramotní, mezi pohlavím neexistuje pohlavní rozdíl v zdravotní gramotnosti a zdravotní gramotnost není závislá od dosaženého vzdělání. Výsledky práce by mohly sloužit jako dobrý zdroj informací pro širokou veřejnost nebo zaměstnance a zaměstnavatele firem.

Klíčová slova:

Gramotnost; zdravotní gramotnost; podpora zdraví; prevence zdraví, pracovní prostředí; rizikové faktory; pracovní lékařská péče.

Health literacy of employees

Abstract

The diploma thesis deals with health literacy of employees. Health literacy throughout the Czech Republic is very low.

The diploma thesis has one goal: To map the health literacy of the employees. I chose three hypotheses in my research. Hypothesis 1: The expected health literacy of the staff of the selected teams is inadequate. Hypothesis 2: Women show higher levels of health literacy than men. Hypothesis 3: The level of health literacy depends on the level of education.

The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part defines the concept of health literacy, methods of development of health literacy, health promotion and prevention, including determinants of health and health of the population of the Czech Republic. Part of the work is also devoted to the work environment, risk factors and occupational medical care. The practical part was processed using the quantitative survey method using questionnaires. The data needed for the analysis were obtained from respondents from selected collectives who were informed about the anonymity of the questionnaire survey. The obtained data was processed in MS Excel and SPSS.

The results of my work disproved all three hypotheses. Respondents in the research group are health literate, health literacy among the sexes is the same and health literacy is not dependent on the level of education. Work results can serve as a good source of information for the general public or employees and company employers.

Key words:

Literacy; health literacy; promotion health; preventiv health; work environment; risk factors.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUASNÝ STAV	9
1.1 Vymezení pojmů gramotnost a zdravotní gramotnost	9
1.2 Zdravotní gramotnost.....	10
1.2.1 Definice zdravotní gramotnosti.....	11
1.2.2 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti.....	11
1.2.3 Modely zdravotní gramotnosti	12
1.2.4 Zdravotní gramotnost a zdravotní politika.....	14
1.3 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti	15
1.3.1 Zdravotní výchova.....	15
1.3.2 Typy zdravotní výchovy	16
1.4 Podpora a prevence zdraví	17
1.4.1 Definice zdraví	17
1.4.2 Determinanty zdraví	18
1.4.3 Zdravotní stav obyvatelstva ČR	19
1.4.4 Prevence	20
1.4.5 Podpora zdraví.....	21
1.4.6 Podpora zdraví na pracovišti.....	22
1.5 Zdravotní programy	23
1.6 Pracovní prostředí.....	24
1.6.1 Pracoviště	24
1.6.2 Pracovní místo.....	25
1.6.3 Pracovní podmínky	25
1.7 Rizikové faktory pracovního prostředí a hodnocení rizik.....	25
1.7.1 Hodnocení rizik	26
1.8 Poškození zdraví z práce	27
1.8.1 Preventivní opatření k ochraně zdraví	28
1.9 Pracovní lékařská péče	29
1.9.1 Pracovní lékařské prohlídky.....	30
1.9.2 Osobní ochranné pracovní pomůcky	31
2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Hypotézy	32
2.3 Operacionalizace.....	32
3. METODIKA	33

3.1 Výzkumný soubor.....	34
4 . VÝSLEDKY	35
4.1 Výsledky dotazník	35
4.2 Statistické testování hypotéz	56
4.2.1 První hypotéza.....	56
4.2.2 Druhá hypotéza.....	58
4.2.3 T etí hypotéza.....	60
5. DISKUZE	62
6. ZÁV R.....	68
7. SEZNAM POUŔITÝCH ZDROJ	70
8. SEZNAM P ÍLOH	78
9. SEZNAM ZKRATEK.....	79

ÚVOD

Zatímco finanční nebo počítačová gramotnost je již zavedený a známý pojem ve vzdělávacím i mediálním prostředí, zdravotní gramotnost je relativně nové téma.

Definice WHO (Světová zdravotnická organizace) charakterizuje zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních schopností, určuje motivaci a způsobilost jednotlivce k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je takovým způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Stručně řečeno, zdravotně gramotný člověk je takový člověk, který je schopen sám o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat. To, co je důležité z hlediska řízení zdravotní péče o prostředí, je zároveň prevencí proti nemocem a naopak. Schopnost poradit si sám v běžném životě při řešení zdravotních problémů je zároveň další prevencí zhoršení choroby.

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti v České republice je krajně neřádná. Jde o problém, který postihuje více než polovinu populace, zhoršuje zdraví lidí, snižuje kvalitu života a zvyšuje náklady na zdravotní péči.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmu gramotnost a zdravotní gramotnost

Termín gramotnost v t-inou chápeme jako skutečnost, že v t-ina lidí ve 21. století umí číst a psát, ovšem i tato skutečnost není zcela pravdivá, jelikož v n kterých afrických státech je nadpoloviční v t-ina lidí negramotných (Bendl, 2015). Pojem gramotnost zahrnuje znalosti, dovednosti, kompetence a schopnosti, které umožní jedinci efektivně myslet, řešit problémy, a tak dosáhnout svých osobních cílů, rozvíjet znalosti a plně se zapojit do společnosti (Orr, Kukner, Timmons, 2014). Gramotnost neznamena mít nejen schopnost číst, psát a počítat, ale jedná se o specifické schopnosti jedince, které dokáže aplikovat v běžném životě, jedná se o vyřízení úkon každodenního života, které každý z nás bere jako samozřejmost, například otevření bankovního účtu, podepsání smluv anebo pochopení technických pokynů (Vágvölgyi et al., 2016). V dnešní době se lze setkat s několika druhy gramotnosti, kam se může adit tzv. technologická, digitální, matematická nebo v obecná gramotnost, funkční nebo zdravotní. Informační gramotnost v dnešní moderní době je nejdřívejším typem gramotnosti, nebo umožňuje jedinci vyhledat a shromáždit informace (Giannoukos et al., 2017). Nicméně jak píše Vágvölgyi (2016), společnost se může změnit a změnit se i gramotnost a společnostní související dovednosti. Pokud člověk chce správně fungovat v dnešní moderní době 21. století, musí vyvíjet celou škálu různých druhů gramotnosti. Nejznámější je tzv. funkční gramotnost, která pomáhá lidem porozumět moderní technice (počítače, mobilní telefony), vyplnění formulářů a tabulkám, grafům (Bendl, 2015).

Opakem gramotnosti je termín negramotnost. Negramotní lidé jsou ti, kteří nedokážou číst, psát, počítat a s tím souvisí neznalost v technice nebo orientace v tabulkách a grafech. Negramotnost lze označit pojmem analfabetismus (Bendl, 2015).

Akoliv se termín zdravotní gramotnost stal relativně novým pojmem, tak pokud zdravotní gramotnosti najdeme ve výchově. Lidé se snažili odjakživa ovlivňovat své zdraví, vyvíjeli různé způsoby, kterými by své zdraví mohli ovlivnit. Jednalo se hlavně o tradice, které se předávaly z generace na generaci. Díky rychlému nárůstu medicínských poznatků se podařilo do zdravotní výchovy zakomponovat zlepšení péče o zdraví, proto se postupem doby vyvíjely různé zdravotní programy, které měly řídit

informace o zdraví, přesto tyto informace dokázala pochopit jen vyšší sociální třída. Bylo nezbytné nutné zdravotní programy upravit, aby byly dostupné pro veškerou veřejnost. A tak se zdravotní programy začaly používat ve vzdělávacích procesech (Holík, 2010). Termín zdravotní gramotnost byl poprvé využit v rámci konference o zdravotní výchově, kde se projednávaly problémy v oblasti zdraví. Zájem o zdravotní gramotnost od té doby narostl a začaly se vytvářet různé definice a měřicí škály (Frisch et al., 2012). Nicméně společnost se neustále vyvíjí a zdokonaluje, proto potřebuje stále nové dovednosti pro své fungování, přičemž zdravotní gramotnost je dynamický a aktivní proces. Jednotlivci ve společnosti musí zastaralé informace nahrazovat novými informacemi, které pomohou zachovat dobrý zdravotní stav populace a informovanost pacientů (Altin et al., 2014).

1.2 Zdravotní gramotnost

Důležitostí zdravotní gramotnosti nespočívá jen v dílčích dovednostech a znalostech, ale také záleží na uvědomění lidí, na tom, co jsou ochotni udělat pro své zdraví. Zdravotní gramotnost je jeden z nepostradatelných aspektů, který se váže k potřebným informacím týkajícím se péče o zdraví. Zvyšuje povědomí lidí o jejich zdraví, o tom, jak využívat informace a nést svůj podíl odpovědnosti za své zdraví (Holík, 2010). Do jisté míry rozhoduje životní styl a péče o zdraví o zdravotním stavu a délce života každého člověka. Tudíž uživatel zdravotního systému musí mít platné znalosti a dovednosti, které mu pomohou odpovídajícím způsobem orientovat se a rozhodovat se, v rozsahu jeho odpovědnosti za vlastní zdraví (Janovská, 2017).

Zdravotní gramotnost je důležitá pro člověka v různých etapách života. Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti je popsáno v projektu zdravotní gramotnost pro dospělé ve věku 25 až 60 let. Tento projekt vycházel z modelu Světové zdravotnické organizace (WHO), probíhlo rozdělení na tři oblasti: První oblast podpory zdraví, kam spadají kompetence životního stylu a péče o prostředí, druhá oblast prevence nemocí zahrnuje prevence infekčních a neinfekčních chorob, úrazů a také medicínu založenou na dýchacích, a na konci třetí oblast zdravotní péče, do které se zahrnuje ošetřovatelská péče a neodkladná první pomoc (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v aktivitách každodenního života jedinec lze uplatnit postup: Chci to Umím to Mohu.

První postup představuje vnitřní motivaci jedince, druhý postup rozumím, kdy musí mít jedinec kromě motivace i základní znalosti, které budou dostatečné pro jeho správnou volbu. Poté by měl člověk vyhledávat, vnímat, přijímat, porozumět, vyhodnotit v konkrétní situaci a následně aplikovat. Mohou vytvořit takové prostředí, kdy jedinec své znalosti využije v každodenním životě, záleží na mnoha faktorech a jen část z nich lze ovlivnit samotným jedincem (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

1.2.1 Definice zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost (ZG) se stávala zkoumaným pojmem různých studií a projektů zaměřených na danou problematiku zdravotní gramotnosti. V literárních zdrojích lze najít několik definic, které zdravotní gramotnost charakterizují (Holík, 2010). Je možné brát ZG jako jeden z důležitých faktorů veřejného i individuálního zdraví, kdy jedinec získává a zpracovává dané informace týkající se zdravotnictví a posléze je využívá ke zlepšení vlastního zdraví (Altin et al., 2014). Existuje několik definic pro pochopení termínu zdravotní gramotnost, jak také popisuje ve svém článku Sørensen (2012), autor dále uvádí nejčastěji využívané definice pro zdravotní gramotnost, které mají společný základ. Společným rysem těchto definic je individuální získávání zdravotních informací, kterým je nutno porozumět a následně je správně využít v konkrétních oblastech zdraví.

Zdravotně gramotný člověk dokáže přehledně získat informace na dané zdravotní téma, mimo jiné musí zvládat vyhledávání a ověření platných informací, na základě těchto informací dokáže aplikovat v daných situacích. Posílení zdravotní gramotnosti spoívá ve zlepšení porozumění společnosti v otázkách zdravotních oblastí a účinném využití těchto dat (Kickbusch et al., 2013).

1.2.2 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti v České republice je krajně nešťastná. Ve srovnání s ostatními zeměmi v zóně Evropské unie se ČR pohybuje hluboko pod průměrem nejlepších zemí EU, tj. Holandsko a Irsko, naopak nejvíce se podobuje k nejhorším zemím evropského výběru (Akční plán, 2015). Jedná se o problém, který postihuje nadpoloviční většinu populace, a tím dochází ke snížení a zhoršení kvality života a zvýšení nákladů na zdravotní péči. Aby bylo zabráněno zhoršení

zdraví populace, je nutné udělat specifická opatření. Důraz je kladen na rozhodování lidí o věcech zlepšujících každodenní život ovlivňující jejich zdraví. A také srozumitelnost zdravotnictví, ve kterém se mohou lidé orientovat (Janovská, 2017). Nízká zdravotní gramotnost není systém zdravotní péče, protože lidé s nízkou zdravotní gramotností včas nereagují na zdravotní potíže nebo obtížně spolupracují s odborníky (Aktivní plán, 2015).

1.2.3 Modely zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost se skládá z různých dílčích složek, proto se jedná o vícerozměrný koncept. Pomocí modelů zdravotní gramotnosti si lze snadněji uvědomit úroveň ZG a lépe porozumět vazbám mezi nimi (Sørensen et al., 2012). Holčík (2010) uvádí nejčastěji využívaný tříúrovňový model ZG, tzv. Nutbeamův model z roku 2000, který spojuje ve třech úrovních, zahrnujících kromě funkční zdravotní gramotnosti také interaktivní a kritickou zdravotní gramotnost.

Ve svém textu uvádí Krause (2016) Nutbeamův model zdravotní gramotnosti, který rozděluje na 3 úrovně a to je:

Funkční zdravotní gramotnost - zahrnuje schopnost získávat, chápat a používat včasně zdravotní informace, včetně psaní a četby. Spojuje v rozvíjení a zlepšení znalostí, dovedností o rizikových faktorech a dodržování preventivních opatření. Funkčně zdravotně gramotný člověk je ten, kdo dokáže vyhledat informace o zdraví a řídit se dle nich.

Interaktivní zdravotní gramotnost - základem je rozvíjet schopnosti populace v samostatném jednání a účelně přispívat na zlepšení zdraví, kdy lze získat relevantní informace od relevantních zdrojů. Jedná se o posílení motivace a odpovědnosti ke svému zdraví.

Kritická zdravotní gramotnost - občané v této úrovni mají kreativnější přístup k problematice zdraví, nejen vlastnímu, ale i zdraví celé populace. Jedná se o takové schopnosti, které jedinec dokáže rozvíjet v jednotlivých úrovních (např. individuální chování, sociální a politicky orientované činnosti) a následně propojit v celek. V této úrovni má mít jedinec schopnost hodnotit zdravotní význam lidské činnosti a konat podle toho. Cílem je vytvořit zdravotně přiměřené sociální prostředí.

Každá tato úroveň zdravotní gramotnosti předpokládá v ní možnost nezávislosti a samostatnosti člověka. Přestože se může zdát, že úroveň ZG jako nejdlejší, musíme pamatovat na vhodnost rozvíjení všech úrovní zdravotní gramotnosti. Nicméně zdravotní gramotnost je komplexní pojem, proto je významné také prohlubování zájmu a dovedností lidí, schopnosti ujmout se odpovědnosti za vlastní zdraví (Holík, 2010). Podobné rozdělení nalezneme i u Fredmana, který rozděluje ZG ve veřejném zdravotnictví na tři dimenze a každá zahrnuje odpovídající kompetence. Rozdělení odpovídají základním znalostem a informacím potřebným pro pochopení ve veřejném zdravotnictví - kritické dovednosti, jež jsou důležité pro zpracování a vyhodnocení na základě získaných dat, aby spoluobčané uplatňovali rozhodnutí přiispívající společnosti, a na konec občanská orientace, zahrnující řešení zdravotnických problémů pomocí občanské angažovanosti (Sorensen, 2012).

Další model ZG, který vytvořil Mancuso, uvádí Sorensen (2012). Zdraví uje ZG jako proces, který se vyvíjí po celý život. K dovednostem ZG patří shromažďování, analýza a vyhodnocování dat o zdraví. Za nezbytné považuje jazykové a sociální dovednosti, potřebné pro bezproblémovou orientaci ve zdravotní péči. Nutná je schopnost porozumění a komunikace. Porozumění je složitý proces, nebo je založený na interakci logiky a jazyka, které mají velký význam pro přesný výklad informací poskytovaných pacientovi (např. informované souhlasy, edukační materiály, apod.). Komunikaci popisuje jako způsob vyjádření myšlení nebo zprávy i informace pomocí signálů, řeči. Mezi základní komunikační schopnosti patří řeč s porozuměním, písemné vyjádření myšlenek nebo srozumitelné podání informací aj.

Jiný konceptuální model ZG vytvořilo americké ministerstvo zdravotnictví, které vycházelo ze zdravotnických informací, na tři základní skupiny: První skupinu tvoří Osobní zdravotní dimenze, kde jsou zahrnuty informace posilující zdraví člověka a napomáhání k ochraně zdraví. Zdravotnická dimenze se týká pracovníků pracujících ve zdravotnictví, jejichž cílem je zvyšování kvality a hospodárnosti zdravotnických služeb. Dostupnost informací pro širokou veřejnost má znázorňovat populační dimenze. Informace obsahují zdravotní stav populace, determinanty zdraví a způsob, jak zdravotní stav zlepšit. Přestože každá dimenze znázorňuje odlišné zájmy populačních skupin, je patrné, že předložené dimenze se navzájem ovlivňují v každodenním životě (Holík, 2010).

1.2.4 Zdravotní gramotnost a zdravotní politika

Zdravotní politika je uskutečňována pomocí koordinované činnosti všech pracovníků na různých úrovních sektorů za účelem kontroly zdraví a zdravotních důsledků lidí a společnosti (Arnoldová, 2012). Zdravotní politiku si tvoří každý stát sám. Realizace zdravotní politiky je možná pomocí systému zákonů, norem a standardů, finančních prostředků, ale i pomocí státních, veřejných i soukromých institucí (Neníková, 2013). Stát má vytvářet podmínky pro plnění cílů definovaných ve zdravotní politice, zajišťuje přístup občanů ke zdravotní péči a odpovídá za vyúčtování prostředků vynaložených na zdravotní péči. Stát má mimo jiné motivovat občany v péči o vlastní zdraví, řešení ekologických problémů a mnoho dalšího (Neníková, 2013). Zdravotní politikou lze nazvat všechna opatření, prevence a jejich návrhy a realizace v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika má dlouhodobý charakter a stanovuje opatření orientovaná na budoucnost. Nezaměřuje se pouze na momentální situaci, ale vychází z dlouhodobých problémů, které omezují zdravý život populace, jako například trvalý nárůst chronických onemocnění (Holík, 2010).

Podle Holíka (2010) lze na nárůst chronických onemocnění reagovat čtyřmi způsoby. První způsob umožní v blízké budoucnosti zdravotnických služeb pomocí vložení peněz do zdravotnického systému. Náklady na zdravotnictví však nelze neustále zvyšovat, jejich výše je omezena ekonomikou státu. Druhá možnost umožní lepší finanční využití prostředků do zdravotnických služeb, vhodné je zvážit priority ve zdravotnictví, například, které zdravotní služby přicházejí v úvahu. Dle třetí možnosti je omezit plýtvání prostředků vkládáním finančního obnosu do nepotřebných zdravotních služeb. Třetí, nepopulární možnost, je omezit zdravotnickou dostupnost. Jedná se o různé metody omezování zdravotních služeb, tzv. rationing, jehož podstatou jsou metody řízeného poskytování zdravotních služeb. Implicitní rationing spoívá v odkládání poskytnutí zdravotní péče, v čemž je ovlivněn ekonomickým tlakem, v tomto případě za negativní důsledky nese odpovědnost lékař. Představa explicitního rationingu rozhoduje o vyúčtování služeb, respektive které služby budou bezplatně vyúčtovány (hrazeny ze zdravotního pojištění) a které budou omezeny (například hrazeny pacientem). Čtvrté řešení je všeobecné zlepšení zdraví lidí, znamenalo by to ideální řešení, kdy by se zdravotnictví mohlo soustředit především na akutní zdravotní problémy. Jenomže takové řešení úzce souvisí s determinantami zdraví a s vlastním chováním lidí.

Každý občan by měl pečovat o své zdraví a k tomu, aby mohl přijmout odpovědnost a starost za své zdraví, potřebuje dostatečné informace a potřebnou motivaci (Neniová, 2013). Zásadní prioritou zdravotní politiky je růst zdravotní gramotnosti, avšak představitelé veřejné politiky si musí uvědomit, že svými rozhodnutími ovlivují veřejné zdraví (Holík, 2010).

1.3 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti

Stále více se objevují nemoci, jejich léčba je dlouhodobá a nákladná, a proto je nutné zapojit všechny aktivity, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu populace. Nezáleží pouze na jednotlivci. Záleží na všech lidech, zda budou zdraví. Proto je rozvoj zdravotní gramotnosti důležitý, jelikož spoívá v tom, jestli si lidé uvědomují hodnotu zdraví a co dokážou a mohou - nejen pro vlastní zdraví - udělat (Holík, 2010).

1.3.1 Zdravotní výchova

Výchova ke zdraví má motivovat jedince k péči o vlastní zdraví, vyvolává k tomu činnosti, které rozvíjejí zdravotní povědomí, nabádají ke zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví (Čeledová, et al., 2010).

Zdravotní výchova dle WHO je charakterizována jako vědomý vytvořený proces účinnosti, která je zaměřena na zlepšení zdravotní gramotnosti, zlepšování a rozvíjení dovedností nutných pro udržení dobrého zdraví jedince i společnosti. Zdravotní výchova obsahuje formu komunikace, která není zaměřena pouze na tok informací, nýbrž také podporuje motivaci, dovednosti a sebevědomí, potřebné pro opatření zdraví jedince. Zároveň rozvíje informace týkající se základních sociálních, ekonomických a environmentálních stavů a jednotlivých rizikových faktorů ovlivujících zdraví. A proto smyslem zdravotní výchovy není pouze zvyšování informovanosti o zdravotním chování, ale také vytváření dovedností, které mohou přispět k opatřením ovlivujícím zdraví (WHO, 2012). Tento obor vyvolává poznatky z mnoha různých oblastí, pokud má být zdravotní výchova účinná, měla by být soustavná, systematická a cílená na danou populační skupinu a oblast problému (Čeledová et al., 2010). Pomocí zdravotní výchovy lze motivovat lidi k péči o zdraví, a to pomocí poskytnutí vhodných informací a rozvoje pozitivního postoje vůči zdraví.

Výchova ke zdraví se také snaží pomoci lidem v problematice správného rozhodování a nabyté dovednosti následně převést do praxe (Sarwar et al., 2015).

Důležitostí se předpokládá dobré dostupnosti potřebných informací k dané problematice, proto je žádoucí vnovat se dané oblasti ve větší míře. Vhodné je využít formy vzdělávání a výchovy, nejen ve školách, ale i celoživotního vzdělávání všech občanů, aby zdravotní výchova pomohla ke zlepšení celkové zdravotní péče populace (Zdraví 2020, 2015). Dle Holíkové (2010) lze charakterizovat zdravotní výchovu jako souhrn výchovných vzdělávacích aktivit zaměřených na různé aspekty lidí se zájemem přispět ke zlepšení zdravotního stavu populace. V české legislativě je výchova ke zdraví specifikována zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, kde je uvedena jako součástí činnosti zdravotních ústavů a Státního zdravotního ústavu.

Obsahem zdravotní výchovy jsou tři důležité okruhy. První okruh se týká výchovy a vzdělávání ohledně lidského těla a péče o něj. Je velmi rozvíjet toto téma již v předškolním a školním věku. Druhý okruh obsahuje užitečné informace o zdravotnickém systému, tzn. kdy a jakým způsobem tyto služby využívat nebo za jakých okolností jsou služby poskytovány. Třetí okruh poukazuje na vzdělávání a výchovu v širším pojetí, v nově nastávajícím problému a východiskem zdravotní politiky, možnostem zdravotních aktivit v místním i národním měřítku a k podmínkám ovlivňujícím zdraví lidí (Holíková, 2010).

1.3.2 Typy zdravotní výchovy

Holíková (2010) ve své publikaci uvádí tři typy zdravotní výchovy, a to tradiční zdravotní výchovu, zdravotní výchovu zaměřenou na rizikové faktory a zdravotní výchovu zabývající se zdravím. Tradiční zdravotní výchova se soustředí hlavně na pacienta a nemoc. Lékař pacienta pouze motivuje a přesvědčuje k náležitému chování. Předpokládá se, že pacient má rád rady doktora a chová se podle nich. Pochopitelně je důležité zlepšit kvalitu a přínos komunikace mezi lékařem a pacientem, neboť některé informace mohou být pro pacienty nesrozumitelné nebo nedostačující z hlediska nedostatku vzdělání. Lékaři se poté domnívají, že pacienti jsou neposlušní, protože nedodržují jejich rady.

Zdravotní výchova orientovaná na zdraví, jinak také výchova ke zdraví, se uplatnila jako součást ústavního plánu na základních i středních školách. Jedná se o dynamický proces měnící se v závislosti na stávající situaci, nelze tedy vytvořit

jednotný návod pro každého jedince v populaci. Zmna chování záleží na každém obanovi, který si váží zdraví. Dokáže si vyhledat potřebné informace a pop ípad se poradit s odborníkem. Výchova ke zdraví vybízí ke zdravému způsobu života, zvýšené pohybové aktivitě, ke zdravé stravě apod. (Hol ík, 2010).

Zdravotní výchova zaměřená na rizikové faktory se orientuje na prevenci a populační přístup. Rizikový faktor může způsobit několik zdravotních potíží, proto je vztah rizikových faktorů je ovlivnitelná chováním jedince. Proto jsou obané nabádání ke zdravějšímu způsobu života, jako je zvýšená pohybová aktivita, pestřejí a zdravější strava apod., není však v silách lidí rizikové faktory ovlivnit. Proto má zdravotní výchova určitou oblast působení a snaží se ovlivnit i okolnosti nebo přímo instituce, které vedou ke vzniku rizikových faktorů (Hol ík, 2010).

1.4 Podpora a prevence zdraví

Podpora a prevence napomáhá k ochraně zdraví lidí a komunit, tam kde žijí, pracují, učí se a baví se. Veřejné zdraví se zaměřuje na prevenci nemocí v etně způsobem zdravého chování v prostředí, aby nedocházelo k poškození zdraví. Tyto dva pojmy lze uplatnit i v rozvoji zdravotní gramotnosti (Swarthout et al., 2017).

1.4.1 Definice zdraví

Zdraví má významnou hodnotu v lidském životě. Vzniká v místech, kde se lidé pohybují po celý svůj život, jako je rodinné prostředí, škola, pracovní prostředí atd., nikoliv v místech zdravotnických zařízení, kam obané dochází kvůli zdravotním potížím (Hol ík, 2010). Nejprve definici zdraví formulovalo WHO v roce 1948, které popisuje zdraví jako stav úplné fyzické, sociální a duševní pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby (Huber, 2011). Zdraví ovlivňuje základní hodnoty a potřeby lidského života, které jsou potřebné pro smysluplné fungování jedince v každodenním životě, nebo pocit dobrého zdraví umožní užívat život plnohodnotným způsobem. Významnou část dopadu na zdraví tvoří životní styl, kam lze zařadit výživu, pohyb, duševní pohodu aj. (Čeledová et al., 2010). Je zapotřebí vnímat zdraví jako dynamický proces, který je spjatý s věkem, kulturou, sociálním prostředím a lidskými charakteristikami. Zčásti je ovlivněno genetikou a spirituální slofkou působící s vnějšími faktory. Působení genetiky a osobního potenciálu má souasný vliv na zdraví člověka a nelze je od sebe oddělit. Na fungování těchto charakteristik je závislé zdraví jedince, které se v průběhu života mohou změnit vlivem činnosti lidského organismu

(Oliarová et al., 2014). Zdraví se netýká pouze individuální hodnoty, a kolivlov k rozhoduje o svém zdraví sám. Nicméně zdraví má hodnotu společenskou, nebo starost o zdraví připadá také společnosti (Machová, 2016).

Zdraví významně ovlivňují determinanty zdraví, které mohou působit pozitivně i negativně (Zdraví 2020, 2014). Pozitivní působení determinantů pomáhá posilovat a chránit jedince, naopak negativní působení determinantů způsobuje oslabení i vyvolání nemoci (Machová, 2016).

1.4.2 Determinanty zdraví

Optimální a vyvážená činnost lidského organismu umožní organismu vyrovnat se s nároky vnějším a vnitřním prostředím bez omezení i narušení životních funkcí jedince (Machová, 2016). Obecně lze determinanty rozdělit do čtyř základních skupin - genetický základ, zdravotní systém, životní prostředí a životní styl. Tyto determinanty se mezi sebou vzájemně ovlivňují, zároveň působí i jiné okolnosti (pohlaví, věk). Životní styl je nejvýznamnějším determinantem ovlivňujícím zdraví pozitivním i negativním způsobem (Ritsatakis, 2012). Determinanty lze rozdělit z hlediska ovlivnitelnosti. Vnitřní determinanty nelze ovlivnit. Zahrnují pohlaví, věk, genetické předpoklady a dispozice. Ovlivnitelné determinanty jsou tzv. vnější, zahrnují životní prostředí a podmínky, životní styl apod. (Nováková, 2011).

Životní styl si každý jedinec utváří individuálně. Jifi od útlého věku je kolivlov ovlivňován okolními faktory. Pro formování návyků je nejdůležitější rodinné prostředí, kde okolí ukazuje dobré, ale také špatné návyky, které jedinec může do budoucna vyúfilit (Machová, 2016). Nejdůležitější determinanty zdravotního stylu jsou v dnešní době výfliva, pohybová aktivita, závislosti - alkohol, tabák, drogy, stres, sexuální chování. Avšak důležitý faktor životního stylu je také způsob zaměstnání, volnoasové aktivity i režim spánku a odpočinku (Müllerová, 2014). Každá z oblastí životního stylu je ovlivňována kladnými a zápornými faktory. Mezi pozitivní faktory, které ovlivňují životní styl, patří vyvážená strava, která souvisí se sledováním hladiny lipidů a sacharidů v krvi, psychická pohoda a přítomná fyzická aktivita. Takto kladné faktory podporují zdraví a působí ochranně proti chorobám. Opakem kladných faktorů jsou záporné faktory. Nevyvážená strava, nízká fyzická aktivita aj. negativně ovlivňují zdraví jedince, přičemž zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění (Nováková, 2011).

Dleřitým determinantem zdraví člověka je také životní prostředí, nebo tyto faktory jsou rozhodující z hlediska úrovně zdraví populace, protože se kontrolují a upravují venkovní podmínky, ve kterých člověk existuje (Mullerová, 2014). Součástí životního prostředí jsou zdravotně významné vlivy. Mezi ně patří fyzikální, biologické, chemické a sociální vlivy, od nichž se odvíjí životní styl jednotlivce, ale také společnosti (Nováková, 2011). Zmíněné faktory rozhodují o zdraví, délce a kvalitě života (Mullerová, 2014). Společně se životním prostředím jsou vytvářené životní podmínky nutné pro existenci člověka. Jde o zajištění tzv. socioekonomického postavení. Takovéto postavení obnáší kvalitu fyzického a duševního vývoje v dětství, možnost výběru práce a její zvládnutí, možnosti naplňování volného času, kvalitu sociálních vztahů, výchovy, vzdělávání a další (Nováková, 2011).

1.4.3 Zdravotní stav obyvatelstva ČR

Zdravotní stav obyvatelstva České republiky je velice obsáhlý pojem, který zahrnuje zdravotní stav jedince, skupin lidí, ale také determinanty zdraví, kterými lze zdravotní stav ovlivnit (Zpráva o zdraví obyvatel ČR, 2014). Existuje několik oblastí, které zásadně ovlivňují zdraví české populace. Tyto oblasti shrnuje Zpráva o zdraví obyvatel České republiky, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví v roce 2014. Dle této zprávy jsou kardiovaskulární onemocnění příčinou 50% úmrtí, přestože za posledních deset let klesá úmrtnost zásluhou včasných terapeutických a diagnostických postupů. Mimo jiné dochází k zachycení osob s vysokou hypertenzí a zlepšuje se péče o takto nemocné osoby, přestože je úmrtnost v ČR stále vysoká oproti jiným zemím EU. Počet případů zhoubných nádorů karcinomů stoupá, ale úmrtnost na tato onemocnění klesá díky účinnějším diagnostickým a terapeutickým metodám.

Obezita vzniká následkem přejímání potravy s vyšším energetickým zdrojem a nízkou pohybovou aktivitou. Nadpoloviční většina české populace trpí obezitou a počet těchto osob se nedaří snižovat. S obezitou souvisí onemocnění diabetes mellitus 2. typu, který postihuje okolo 850 tisíc lidí. Tento typ cukrovky lze ovlivnit pohybovou aktivitou a správnou výživou. Vysoký rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění, nádorová a metabolická onemocnění je kouření. Počet kuřáků v naší populaci stále narůstá, nejvíce u mladých lidí 15-24 let. Škodlivá konzumace alkoholu je v České republice stále vyšší a dochází k častým úmrtím na cirhózu jater v důsledku nadměrné konzumace alkoholu.

Tato zpráva se zabývá také infekcemi, které postihují českou populaci. Dochází k ubývání st evních onemocnění (salmonelózy). Naopak stoupá výskyt jiných infekčních onemocnění (pertuse) i přes dostupnost očkování proti těmto nemocem. Rovněž zpráva Ministerstva zdravotnictví konstatuje úmrtnost na infekční onemocnění a komplikace související s výskytem sezónních ipky, u níž se nedá dostat na proo kovat populaci. V posledních letech je na vzestupu klí-ová encefalitida a Lymeská borelióza. Navíc v ČR dlouhodobě stoupá infekce HIV.

eská populace často vyvíjí nevhodné zpoby p ípravy jídel. Konzumace ovoce a zeleniny je nedostatečná. ěstým jevem je nepravidelnost ve stravování, například 30 - 50 % dětí -kolního vku ráno nesnídá (Zpráva o zdraví obyvatel ČR, 2014).

1.4.4 Prevence

Zdraví je výsledkem působení externích a vnějších determinant, které lze úplně nebo z části ovlivnit pomocí prevence (Zdraví 2020, 2014). Preventivní opatření jsou zaměřena proti nemocem a hlavně jsou snahou zamezit vzniku choroby. Její důležitost je rozlišována na úrovni jedince nebo společnosti (Machová, 2016). Pojem prevence obsahuje soubor zdravotnických a sociálních opatření, který umožní předcházet potenciálním nemocem, jejich následkům i komplikacím, tzn. omezení rizikových faktorů (Nováková, 2011). Prevenci lze rozdělit z hlediska času na primární, sekundární a terciální (Machová, 2016). Primární prevence se uplatňuje, pokud nemoc ještě nevznikla. Poskytuje činnosti obsahující posilující aktivity pro organismus a aktivity působící proti rizikovým faktorům, například předcházení vzniku konkrétní nemoci (očkování) (Holík, 2010).

Za sekundární prevenci se považuje včasná diagnostika a účinná léčba nemoci. Cílem sekundární prevence je předcházet neřádným komplikacím již vzniklé nemoci. Smysluplnost této prevence spočívá v preventivních prohlídkách a screeningových programech, kde lze včas zjistit záznaky nemoci (Machová, 2016). Zaměření terciální prevence směřuje k prevenci následků již vzniklé nemoci, vad i handicap s cílem minimalizovat jejich následky v pracovní i sociální sféře (Holík, 2010). Zde se uplatňuje péče o pacienty, ošetření, léčba i rehabilitace k zmírnění projevu nemoci nebo jejích příznaků (Zdraví 2020, 2014).

Je lepší nemocem předcházet než chorobami trpět. Většina lidí uznává a chápe důležitost prevence, ale přesto nikteří nepřijímají preventivní opatření neochotně. Stále platí, že pokud je člověk zdravý nebo nepociťuje žádné obtíže, nemá potřebu navštívit lékaře. Tento přístup může souviset s domněnkami lidí, že určitá nemoc právě je neohroží (Machová, 2016).

1.4.5 Podpora zdraví

Smyslem podpory zdraví je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochranu a posilování svého zdraví v etném rozvoje zdravého životního stylu (Machová, 2016). Podpora zdraví se začala utvářet v 70. letech minulého století v návaznosti na negativní reakce týkající se nízké účinnosti stávající zdravotní výchovy a nárůstu nespokojenosti ve zdravotní péči se stále vyvíjejícími finančními náklady a nárůstu chronických neinfekčních nemocí. Světová zdravotnická organizace kladla důraz na osvětlování termínu zdraví, jeho význam pro celou společnost a determinanty zdraví. Proto vzniklo tzv. Health promotion. Jedná se o podporu zdraví, jejíž úkol vést jedince k tomu, aby pochopil zdraví jako součást vyrovnaného vývoje člověka (Robinson-Pant, 2016). Podpora zdraví je pojem, který byl často spojován se zdravotní výchovou. Utvářel se na základě poznatků, že zdraví není jenom individuální, ale tvoří i důležitou hodnotu pro společnost a je objektem zájmu všech společenských skupin. Vznik podpory zdraví souvisí jako odpověď na negativní reakce, které se dotýkaly nízké efektivity zdravotní péče, nefungující existující zdravotní péče, nárůstu chronických onemocnění, nárůstu behaviorálních vad a uplatnění medicínských poznatků (Nuetbeam, 2015). Avšak podpora zdraví není pouze zkvalitování zdraví a ovlivnění determinantů zdraví. Obsahuje také úvahy o vlivu environmentálních, sociálních a ekonomických podmínek pro růst zdraví. Zahrnuje aktivity fyzických osob, úvahy státu a ostatních složek (Zdraví 2020, 2014). Kvalitnějšího zdraví lze dosáhnout pomocí upevnění a podpory zdraví, preventivními, diagnostickými a terapeutickými úvahami, ale samozřejmě také v určité odpovědnosti za své zdraví, v etném dohledu nad vývojem zdravotního stavu (Sorensen et al., 20013).

Zdravotní gramotnost také souvisí s podporou zdraví. Zdravotní gramotnost se dostává více do povědomí veřejnosti. Pokud se vlivem zdravotní gramotnosti zlepší v budoucnosti zdraví lidí, bude to znamenat celkový úbytek lidí v nemocnicích. Lidé budou znát důležitost preventivních prohlídek a životního stylu, přičemž budou schopni rozeznat, kdy vyhledat lékaře a co zvládnou jeť svépomocí (Beauchamp et al., 2015).

1.4.6 Podpora zdraví na pracovišti

Nedílnou součástí každodenního pracovního života se stává podpora zdraví na pracovišti, kdy největší podíl na těchto aktivitách má vedení podniku i zaměstnanci (Janošová et al., 2015). Podporu zdraví na pracovišti popisuje Ševela (2014) jako strategii doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Realizace těchto aktivit není povinná, přesto mnoho zaměstnavatelů uznává podporu zdraví, která může snížit krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti, snížit pracovní úrazy a zároveň vést ke zvýšení produktivity práce, atraktivity podniku a pohody zaměstnanců.

Jedná se o souhrn opatření a aktivit k předcházení chorob a smrtelných ke zlepšení zdravotního stavu jedince i celé populace, přičemž je chápána jako princip odpovědnosti člověka za své zdraví. Mimo jiné doplňuje péči o zdraví zaměstnanců pomocí vzdělávacích, motivačních a technických aktivit, které se zaměřují na podporu životního stylu. V praxi to znamená například zvýšení pohybové aktivity, kontrola a prevence obezity, problém s kouřením, prevence nádorových a kardiovaskulárních onemocnění nebo jiné benefity podniků. Aby tento program mohl být realizován, musí mít pevně stanovený cíl, určité časové trvání, personální a finanční zajištění (Janošová et al., 2015).

Podpora zdraví na pracovišti je dobrovolnou aktivitou, přesto její význam zaměstnavatelé uznávají a snaží se na realizaci připravit nebo podporovat aktivity související s tímto programem. Zavedení programu může podniku přinést několik pozitiv v podobě:

- bezpečného a zdravého pracovního prostředí
- zlepšení pracovní pohody
- snížení výskytu onemocnění souvisejících s prací
- snížení výskytu pracovních úrazů
- navýšení produktivity práce nebo zvýšení atraktivity podniku (Lipšová et al., 2016).

1.5 Zdravotní programy

Péče o zdraví a podpora péče o zdraví vyžaduje i spolupráci ostatních oblastí, které mohou mít vliv na zdraví lidí. Tyto aktivity, které se vztahují i o zdraví, musí být metodicky zpracovány do programů a následně prosazovány jako celek (Holík, 2010).

Smyslem programů je zlepšit zdraví lidí, což lze dosáhnout pomocí naplnění úkolů. První úkol určuje povahu existujících zdravotních problémů z hlediska politicko - ekonomické a sociálně - kulturní návaznosti. Poté je nutné určit prioritní problémy a vypracovat strategie realizace zdravotních programů. Tímto úkolem je určit populační skupinu, například územní oblast, které patří zavedení programu. Následuje čtvrtý úkol, který má zlepšit kvalitu systému péče, a pátý úkol má naučit zdravotníky a populaci myslet systémem, tzn. kvantitativně a kvalitativně, preventivně a ekonomicky (Holík, 2010).

Holík (2010) dále přibližuje, že zdravotní programy lze rozdělit podle délky (krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé), dle toho, na jakou diagnostickou skupinu jsou orientovány, na kterou část populace jsou zaměřeny, ale také podle využitých metod (preventivní, diagnostické, terapeutické).

Jako další programy lze uvést program CINDI (program prevence neinfekčních onemocnění), program Zdravá města i Zdravá škola, program MONICA (monitorování kardiovaskulárních onemocnění) apod. (Holík, 2010).

Jedním ze základních lidských práv je zlepšování zdraví lidí. Na základě nejvyššího práva WHO nejvýznamnější program směřující ke zlepšení zdraví lidí (Machová, 2015). Program se nazývá Zdraví 21 - zdraví pro všechny v 21. století schválený v roce 1998. V České republice se jedná o program s názvem Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století (Holík, 2010). Program je založen na pěti principech: solidarita, spravedlnost, trvalá udržitelnost, vlastní úsilí a etická volba. Hlavní cíl programu je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny (Machová, 2015). Národní strategie Zdraví 2020 je dokument, kterému předcházela program Zdraví pro všechny v 21. století. NS Zdraví 2020 definuje dva hlavní cíle, kterými vedou dva strategické cíle, které jsou rozpracované do čtyř provázaných prioritních oblastí. Hlavním cílem národní strategie je zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet (Zdraví 2020, 2014). Ke zlepšení

zdraví jsou nutné finanční prostředky pro zdravotnictví a všeobecný rozhled v péči o své zdraví. Aby bylo možné zlepšit zdravotní výsledky, je potřeba posílit veškeré zdravotnictví, jeho funkce i kapacitu. Zdravotní gramotnost je dobrým nástrojem pro zlepšení vztahů v oblasti zdraví (Holík, 2014). Holík (2015) sledává program Zdraví 2020 s hlavním programem a jinými změnami ve fungování zdravotnictví, apel na zlepšování informovanosti lidí a povězetí zodpovědnosti jedince za své zdraví.

1.6 Pracovní prostředí

Tento pojem lze definovat jako prostor, ve kterém zaměstnanec vykonává svoji práci. Toto prostředí významně ovlivňuje zaměstnance při výkonu práce, a to v celém pracovním procesu. Pracovní prostředí je souborem faktorů a bezpečnostních podmínek, proto je při posuzování pracovního prostoru nutné vyúřlit podrobný popis, charakteristiky a časové průběhy pracovních úkolů a činností. To je předpokladem pro zjištění možných potenciaálních rizik, ohrožení zdraví a podmínek nepřiměřené pracovní zátěže, popřípadě nepohody a rizik s cílem realizovat patřičná preventivní opatření, aby se tímto problémem dalo předcházet. Nebo pracovník vnímá pracovní prostor kolem sebe a ten ovlivňuje celkovou výkonnost a spokojenost zaměstnance (Provazník, 2001).

1.6.1 Pracoviště

Pracoviště je část pracovního prostoru vymezená určitými skupinami pracovníků nebo pracovníky pro vedlejší a hlavní pracovní činnost (Mábová et al., 2013). Pracoviště může být rozlišeno na pracoviště uzavřené, jako jsou například dílny nebo sklady, polootevřená pracoviště zahrnují například polootevřené haly. Také to může být pracoviště venkovní ve volném prostoru, nebo naopak s omezeným prostorem (podzemí, kóje apod.). Pracoviště vyúřlivané méně než 4 hodiny pracovní směny se označuje jako přechodné pracoviště. Pokud je pracoviště vyúřlíváno déle než 4 hodiny za směnu a vyúřlívání se stále opakuje, jedná se o trvalé pracoviště (Velikovský, 2007). Zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnancům vhodné pracovní prostředí a vhodné pracovní podmínky. Je nutné, aby pracoviště splňovalo bezpečnostní a hygienické požadavky s ohledem na rizika, která se týkají výkonu práce a provádění preventivních opatření proti rizikovým faktorům (zákon č. 309/2006 Sb.)

1.6.2 Pracovní místo

Pracovní místo je část prostoru, kde pracovník vykonává pracovní činnost v etn dalších činnostech, jako jsou opravy, údržba a údržba. Místo obsahuje také skřínky pro pracovní nástroje, pracovní sedadlo apod. Pracovní místo lze rozdělit na trvalé (využití pracovního místa déle než polovinu pracovní směny), přechodné (využíváno méně než 4 hodiny za pracovní směnu) a vedlejší (pomocné a přípravné práce) (Mábová et al., 2013).

1.6.3 Pracovní činnost

Zahrnuje výkon různých činností pracovníka přes technologické postupy ať po opravy, seřizování, údržbu a úklid pracovních míst. Při popisu pracovní činnosti je vhodné v novat pozornost i vedlejší pracovní činnosti na přechodných a vedlejších pracovištích, která mohou být zdrojem rizik (Velikovský, 2007).

1.7 Rizikové faktory pracovního prostředí a hodnocení rizik

V uplynulých letech moderní společnost prošla hospodářským a společenským vývojem směřujícím k tomu po lepším zdraví, životním a pracovním prostředí (Kim et al., 2017). Vyhláška č. 432/2003 Sb., definuje 13 rizikových faktorů pracovního prostředí: prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření, fyzická zátěž, pracovní poloha, zátěž teplem, zátěž chladem, psychická zátěž, zraková zátěž, práce s biologickými agenty, práce ve zvýšeném tlaku vzduchu.

Pokud se na pracovišti vyskytují rizikové faktory, které mohou ohrozit zdraví pracovníka, zaměstnavatel je povinen provést opatření k odstranění rizika nebo je alespoň snížit na přijatelnou úroveň (zákon č. 309/2006 Sb.).

Jednotlivé rizikové faktory, které ovlivní zdraví zaměstnanců, jsou zařazeny do čtyř kategorií podle jejich rizikovosti (zákon č. 258/2000 Sb.). Při souasném působení více rizikových faktorů je potřeba výslednou kategorii hodnotit podle nejméně významného faktoru. Práce zařazené do první kategorie nemusí zaměstnavatel oznamovat příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví. Práce, které jsou zařazené do kategorie třetí nebo čtvrté, patří mezi rizikové práce a je u nich nebezpečí vzniku nemoci z povolání anebo nemoci související s prací (Pelclová et al., 2014).

Do **první kategorie** jsou zařazeny práce, kde podle souasného poznání není znám negativní vliv na zdraví. **Druhá kategorie** oekává výjimku nepříznivý vliv na

zdraví, především u vnímavých jedinců. V této kategorii nejsou překročeny hygienické limity, které jsou stanoveny právními předpisy (Vyhláška č. 432/2003 Sb.). Ve **této kategorii** dochází k překročení stanovených hygienických limitů, tudíž existuje riziko poškození zdraví z práce. Aby k poškození zdraví nedošlo, je nezbytné nutné používat osobní ochranné pracovní pomůcky, dodržovat bezpečnostní a jiná opatření (Pelclová et al., 2014). U prací **kategorie tvrdé** existuje významné riziko poškození zdraví a nelze jej úplně vyloučit i při používání OOPP ani při zavedení preventivních opatření (Vyhláška č. 432/2003 Sb.)

Právní orgány ochrany veřejného zdraví musí obdržet návrh zaměstnavatele o zařazení prací do kategorií nejpozději do 30 kalendářních dnů od dne zahájení pracovního výkonu. Pokud práce bude určena jako riziková, vydá příslušný orgán ochrany veřejného zdraví rozhodnutí o zařazení práce do příslušné kategorie. V tomto rozhodnutí mohou příslušné orgány ochrany veřejného zdraví určit sledování rizikových faktorů v pracovním prostředí, které mohou překročit stanovené hygienické limity. Měřicí faktor musí provádět akreditovaná nebo autorizovaná laboratoř (zákon č. 258/2000 Sb.)

1.7.1 Hodnocení rizik

Analýza rizika je součástí hodnocení rizik. Jedná se o soustavné pravidelné monitorování faktorů pracovního prostředí. Posuzuje možné negativní vlivy na zdraví, bezpečnost pracovníků při práci a snaží se předpovídat možnosti vzniku poškození zdraví související s prací, pracovního úrazu nebo nemocí z povolání související s negativním dopadem na zdraví pracovníků (Mábová et al., 2013). Základní pojmy využívané v hodnocení rizik jsou: **Riziko** - v obecném znamená pravděpodobnost, že za určitých podmínek může dojít k poškození zdraví. Riziko poté může být odstranitelné, neodstranitelné, přijatelné, nepřijatelné, významné, nevýznamné (Stiebitz et al., 2013).

Činitel, který má schopnost za určitých podmínek způsobit poškození zdraví člověka nebo majetku, je potenciální **nebezpečí**. Vlastnost činitele způsobit škodu na zdraví se označuje za **nebezpečnost** (Stiebitz et al., 2013). **Expozice** je vystavení organismu účinné látce poškozující zdraví. **Hodnocení rizika** vyvolává řadu postupů, kdy cílem je posouzení velikosti rizika a jeho přijatelnost a bezpečnost pro zdraví pracovníka (Mábová et al., 2013).

Analýza rizik probíhá v několika krocích: identifikace nebezpečnosti, identifikace expozice pracovníků, určení míry rizika, možnosti odstranitelnosti rizika. Smyslem analýzy rizik je navrhnout a zavést opatření, která jsou nutná pro ochranu a zdraví pracovníků (Mábová et al., 2013).

1.8 Poškození zdraví z práce

Nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání se označují za profesionální onemocnění, které jsou významným ukazatelem zdravotního stavu populace a pracovních podmínek. Tato profesionální onemocnění se hlásí do Národního registru nemocí z povolání. Národní registr nemocí z povolání byl na území České republiky založen v roce 1991, navázal na dlouhodobé sledování nemocí z povolání, které probíhalo prostřednictvím výkazů již od roku 1973 (SZÚ, 2016).

Definice nemoci z povolání je uvedena v nařízení vlády č. 290/1995 Sb. podle § 1 odst. (1). Jsou to nemoci vznikající nepříznivým působením fyzikálních, chemických, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, a to pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Taktéž akutní otrava vzniklá nepříznivým působením chemických látek je považována za nemoc z povolání.

Ohrožení nemocí z povolání je podle zákoníku práce tehdy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu. Změna zdravotního stavu vznikla za působení nepříznivých podmínek při výkonu práce, za nichž dochází k nemoci z povolání, avšak nedosahují takového rozsahu poškození zdraví, aby byly posouzeny jako nemoc z povolání a další výkon práce za stejných podmínek by vedl ke vzniku nemoci z povolání (zákon č. 262/2006 Sb.).

Pracovní úraz je charakterizován jako poškození zdraví zaměstnance, pokud k němu došlo při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s plněním těchto úkolů. Ke vzniku pracovního úrazu došlo nezávisle na vlivu zaměstnance krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů. Jedná se o plnění pracovních povinností, která zaměstnanec vykonává na příkaz zaměstnavatele (Mlý, 2016).

Jednotlivé nemoci z povolání jsou uvedeny v Seznamu nemocí z povolání, které jsou přiloženy nařízení vlády 290/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů (nařízení vlády 290/1995 Sb.). Podle tohoto nařízení vlády je Seznam členěn do deseti kapitol a každá kapitola obsahuje nemoc z povolání v etn podmínkách jejího vzniku. **Kapitola I** obsahuje nemoci způsobené chemickými látkami, **druhá kapitola** popisuje onemocnění

vznikající z fyzikálních faktorů. Nemoci z povolání týkající se dýchacích cest, plic, pohrudnice a poplicnice jsou zařazeny do **kapitoly třetí**. Koflní nemoci jsou obsaženy ve **čtvrté kapitole**. **Kapitola pátá** obsahuje přenosná a parazitární onemocnění a nemoci způsobené ostatními viniteli a faktory jsou obsaženy v **kapitole šesté** (nařízení vlády č. 290/1995 Sb.).

1.8.1 Preventivní opatření k ochraně zdraví

Protože poškození zdraví z práce představuje velkou ekonomickou zátěž, měla by být jejich prevence zájmem celé společnosti (Třábová et al., 2015). Preventivní opatření k ochraně zdraví při práci musí být nedílnou součástí každého návrhu zaměstnavatele pro zařazení práce do kategorie. Preventivní opatření vedou ke snížení nebo odstranění nepříznivých vlivů, které působí na organismus v pracovním prostředí (zákon č. 262/2006 Sb.).

Podle zákoníku práce (zákon č. 262/2006 Sb.) je zaměstnavatel povinen vytvářet pracovní podmínky pro zaměstnance, které budou bezpečné, nezávadné a nebudou ohrožovat lidské zdraví. Všechna preventivní opatření mají předcházet vzniku nebo bezpečného pracovního prostředí, přičemž jejich cílem je bezpečnost a ochrana zdraví na pracovišti.

Mezi další povinnosti zaměstnavatele v prevenci rizika spadá vyhledávání rizik, zjištění zdrojů a vzniku příčin a zavádění takových opatření, která vedou k jejich odstranění. Další povinnost zaměstnavatele vyplývající ze zákona č. 262/2006 Sb. je kontrola úrovně ochrany zdraví a bezpečnosti při práci. Pokud rizika nelze odstranit, zaměstnavatel má povinnost je přijmout a provést taková opatření, aby došlo k jejich minimalizaci (zákon č. 262/2006 Sb.).

Preventivní opatření lze rozdělit do následujících skupin:

Technická opatření - Jedná se o taková opatření, při kterých dochází k technickým úpravám strojního zařízení (výměna nebo modernizace) na pracovišti za účelem snížení rizik (např. hluk, prach aj.).

Technologická opatření - Tato opatření se využívají, pokud nelze aplikovat technická opatření. Jedná se například o výměnu toxické látky za méně toxickou (zmena technologického postupu).

Náhradní opatření - řadí se sem prostředky, které by mohly snižovat úinky rizikových faktorů. Náhradními opatřeními se rozumí ochranné osobní pracovní pomůcky

Organizační opatření - Zahrnují stídání pracovníků, změnu i úpravu pracovní doby, přestávky apod. (Čepová a Velikovský, 2007).

1.9 Pracovní lékařská péče

Pracovní lékařské služby (PLS) jsou nedílnou součástí preventivních opatření, jejichž náplní je hodnocení vlivu na pracovní činnost, pracovní místo a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců, hodnocení zdravotní způsobilosti a zdravotního stavu, ale také provádění školení bezpečnosti práce a školení v poskytování první pomoci. Náplní práce poskytovatele pracovní lékařské péče je mimo jiné dohled na pracovišti a také poradenská činnost v oblasti ochrany zdraví na pracovišti (Tůbrt, 2013). Velice důležitý je vztah mezi lékařem a podnikem pro poskytování pracovní lékařské služby. Pro lékaře poskytující tuto péči je stejně dobrá znalost pracovního procesu, pracovního prostředí, pracovní činnosti a pracovních podmínek. (Fídková et al., 2013). Právě z tohoto důvodu je svobodná volba (pracovního) lékaře zaměstnancem vyloučena (Pavlíková, 2010). V pracovní lékařských službách je stejně zákonem zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. a prováděcí vyhláška č. 79/2013 Sb. (Fídková et al., 2013).

Zaměstnavatel je povinen pro zaměstnance zajistit pracovní lékařské služby. Zákon č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, přesně definuje povinnosti zaměstnavatele, zaměstnance a poskytovatele pracovní lékařských služeb. Tento zákon definuje pracovní lékařské služby v § 53, takto: *„Pracovní lékařské služby jsou zdravotní služby preventivní, jejichž součástí je hodnocení vlivu pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádění preventivních prohlídek a hodnocení zdravotního stavu za účelem posuzování zdravotní způsobilosti k práci, poradenství zaměřené na ochranu zdraví při práci a ochranu před pracovními úrazy, nemocemi z povolání a nemocemi souvisejícími s prací, školení v poskytování první pomoci a pravidelný dohled na pracovištích a nad výkonem práce nebo služeb“* (zákon č. 373/2011 Sb., § 53). Zaměstnavatel má povinnost uzavřít písemnou smlouvu s poskytovatelem pracovní lékařských služeb.

1.9.1 Pracovní lékařské prohlídky

Při preventivních prohlídkách je důležitá znalost pracovního prostředí k posouzení zdravotního stavu, zařazení pracovníků na místa, kde se vyžaduje zvláštní zdravotní způsobilost a na kterých by mohlo být ohroženo zdraví ostatních lidí. Proto se provádí preventivní prohlídky, které zhodnotí zdravotní stav, zjistí možné ohrožení, poruchy zdraví a zdravotní způsobilost k práci (Tvářbová et al., 2015).

Poskytovatel pracovních lékařských služeb, se kterým zaměstnavatel uzavřel písemnou smlouvu o poskytování pracovních lékařských služeb, provádí preventivní prohlídky zaměstnanců. Jestliže je práce zařazena do práce první kategorie, podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a nejsou pro tuto činnost stanoveny podmínky, může pracovní lékařské prohlídky a posuzování zdravotní způsobilosti vykonávat registrující lékař pracovníka (zákon č. 373/2011 Sb.).

Pracovní lékařské prohlídky jsou vypsány ve vyhlášce č. 79/2013 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která rozlišuje prohlídky vstupní, výstupní, periodické, mimořádné a následné.

Vstupní prohlídka - tato prohlídka se provádí u všech pracovníků před nástupem do pracovního procesu, má zabezpečit, aby uchazeči nastupující do práce nebyli ohroženi nemocí způsobenou prací nebo aby nedošlo ke zhoršení již stávající nemoci. Vstupní prohlídka je také nutná před změnou práce (Pelclová et al., 2014). V zákoně č. 262/2006 Sb. zákoníku práce je zakotvena povinnost absolvování vstupní prohlídky.

Periodická prohlídka - slouží k včasnému zjištění změny zdravotního stavu vzniklé v souvislosti se zdravotní náročností vykonávané práce nebo stárnutím organismu, a k předcházení vzniku nemoci (vyhláška č. 79/2013 Sb.).

Mimořádná prohlídka se provádí se za účelem zjištění zdravotního stavu posuzovaného zaměstnance v případě důvodného podezření, že došlo ke ztrátě nebo změně zdravotní způsobilosti k práci nebo pokud dojde ke zvýšení míry rizika faktorů pracovních podmínek (Vyhláška č. 79/2013 Sb.). Může být nařízena orgánem ochrany veřejného zdraví, nebo z vlastního podnětu, pokud o ni požádá zaměstnavatel nebo zaměstnanec nebo v případě, že dojde ke zhoršení pracovních podmínek nebo jsou překročeny limitní hodnoty (Vyhláška 79/2013 Sb.).

Výstupní prohlídka o cílem výstupní prohlídky je zjistit zdravotní stav, jeho změny, které by mohly souviset s nároky vykonávané práce (vyhláška č. 79/2013 Sb.).

Následná prohlídka - se provádí za účelem včasného zjištění změny zdravotního stavu v souvislosti s prací za takových pracovních podmínek, jejichž důsledky se mohou projevit i po ukončení pracovního poměru. Tato prohlídka se vykonává za účelem včasného zjištění zdravotní péče nebo odkodování (vyhláška č. 79/2013 Sb.).

1.9.2 Osobní ochranné pracovní pomůcky

Jestliže zaměstnavatel využije technické a technologické možnosti k odstranění rizik, je povinen poskytnout prostředky individuální ochrany, tj. ochranné osobní pracovní pomůcky, nebo změnit organizaci práce. Zaměstnanec má právo na bezplatné poskytnutí osobních ochranných pracovních pomůcek (OOPP). Tyto prostředky chrání zaměstnance před riziky, která by mohla ohrozit jejich život nebo zdraví v souvislosti s výkonem práce. OOPP musí být schválené autorizovanou zkušebnou. Důležitě je správné zvolení OOPP k určitému riziku, nesmí pracovníka omezovat při práci a musí plnit ochrannou funkci (zákon 262/2006 Sb.).

2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zmapovat zdravotní gramotnost u zaměstnanců .

2.2 Hypotézy

H1: Očekávaná zdravotní gramotnost zaměstnanců vybraných kolektivů je nedostatečná.

H2: Ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži.

H3: Úroveň zdravotní gramotnosti je závislá od dosaženého vzdělání.

2.3 Operacionalizace

Gramotnost

Pod pojmem gramotnost si každý představitel představí schopnost jedince číst a psát, přičemž tyto dovednosti jsou získávány již v počátečním vzdělávacím systému, tj. na základní škole. Svůj význam má také funkční gramotnost, která je potřebná k profesnímu, sociálnímu a osobnímu životu. Gramotnost má několik podob, například technická gramotnost, finanční gramotnost, počítačová gramotnost aj. (Prucha, Veteška, 2014).

Zdravotní gramotnost

Pojetí zdravotní gramotnosti je v dnešní době široké. Týká se jednotlivců, populačních skupin, institucí nebo organizací. Právě vytvoření příznivého zdravotního a sociálního prostředí by měla přispívat zdravotní gramotnost, měla by zvyšovat schopnost lidí chránit a zlepšovat zdraví a zvládat zdravotní problémy. Obecně to znamená schopnost získávat zdravotní informace, porozumět jim, pochopit jejich význam a aplikovat je v životě (Čeledová, Holíková et al., 2018).

3. METODIKA

Pro výzkum mé diplomové práce jsem vyuffila kvantitativní metodu –et ení. Sb r dat byl uskute n n pomocí anonymního dotazníkového –et ení vlastní konstrukce, kterého se zú astnili respondenti vybraných pracovních kolektiv . Dotazník byl koncipován tak, aby osahoval otázky ze v–ech t í skupin, jichfl se zdravotní gramotnost týká. P ed zahájením dotazníkového –et ení byli respondenti informováni, za jakým ú elem dotazník vypl ují a jakým zp sobem mají postupovat, v etn anonymního –et ení.

Cílovou skupinou byli zam stnanci vybraných pracovních kolektiv . Oslovila jsem celkem p t institucí, zda mohu provést dotazníkové –et ení v jejich podniku. S vypln ním dotazníku souhlasily dv organizace z Jiho eského kraje a jedna organizace z kraje Vyso ina. Konkrétn se jedná o správní ú ad a podnik, který navrhuje a zároveň vyrábí d evostavby. Z kraje Vyso ina se jedná o podnik pr myslové výroby. Z d vodu zachování anonymity zám rn neuvádím blif–í informace o podnicích, kde byl výzkum realizován. Výzkumné –et ení bylo provedeno se souhlasem zam stnavatele a ve–kerá data a identifika ní údaje jsou anonymizována.

Dotazník byl vyhotoven v ti–t né a elektronické podob a kafl–ý respondent m l dostatek asu na vypln ní dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 27 otázek. V první neo íslované ásti jsem se respondent dotazovala na obecné údaje (v k, pohlaví, dosaflené vzd lání). Následovaly íslované otázky. Otázka íslo 1 a 2 se týkaly charakteristik poj m , otázka . 3-10 zahrnovaly oblast v ýflivy a pohybové aktivity. Pomyslná t etí íslovaná ást se týkala otázek . 11-14, které se zam ovaly na poskytnutí první pomoci. Otázky 15-20 byly zam eny na pracovní prost edí, informovanost o léka i zaji– ujícím pracovn léka ské slufby, na rizikové faktory pracovního prost edí, kategorizaci práce a pouflívání osobních ochranných pracovních pom cek. V–eobecné znalosti zahrnující také pé i o vlastní zdraví zahrnují otázky 21-27. Dotazník je uveden v p íloze . 1.

Po sb ru dat následovala kontrola vypln ní dotazník , Na základ kontroly bylo vy azeno 10 dotazník , které nebyly úpln vypln ny. Poté následovalo zpracování dat a jejich vyhodnocení. K analýze získaných dat byl vyuffit program Microsoft Office Excel 2007 a program SPSS.

3.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci tří podniků, kteří obdrželi dotazníky v tištěné nebo elektronické podobě. Zcela vyplněný dotazník vrátilo celkem 200 respondentů. Z toho bylo 106 (53 %) žen a 94 (47%) mužů. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věkové skupině 30-39 let a to 69 (34%) respondentů, následovali respondenti ve věkové skupině 40-49 let, tj. 60 (30%) respondentů. Ve věkové skupině 18-29 let bylo 24 respondentů, tj. 12% dotazovaných, a ve věkové skupině 50 a více let bylo 24 %, tj. 47 respondentů.

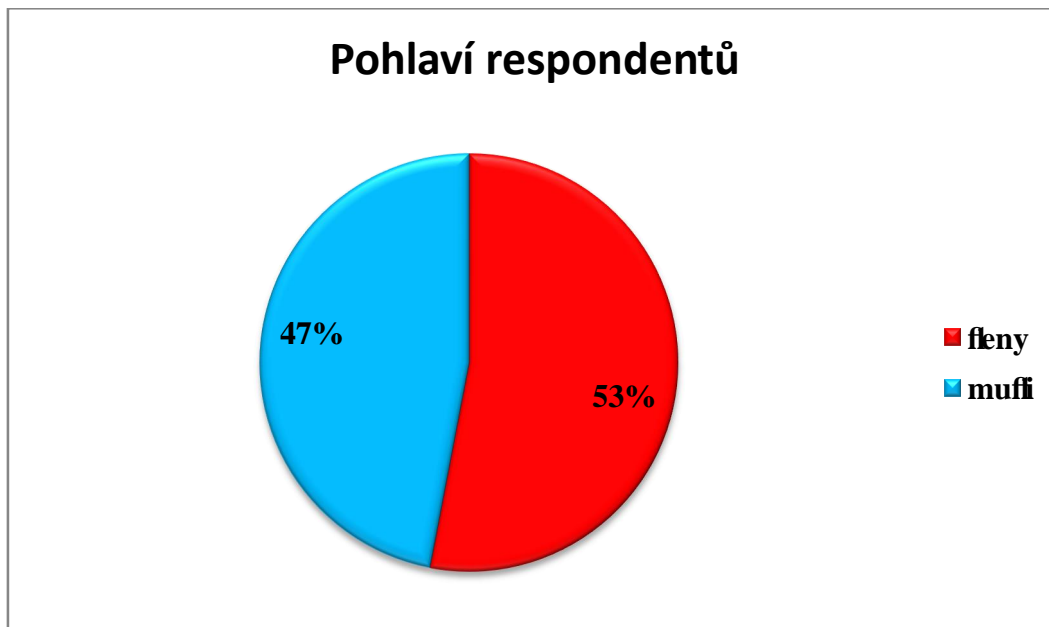
Nejvíce respondentů má dokončené středně-kolské vzdělání s maturitou, tj. 45 % respondentů, dokončené středně-kolské vzdělání bez maturity má 29 %, 20 % respondentů má dokončené vysoko-kolské vzdělání a základní vzdělání má 6 % respondentů.

Sběr dat probíhal na území Jihočeského kraje a kraje Vysočina v období od začátku ledna 2018 do poloviny března 2018.

4. VÝSLEDKY

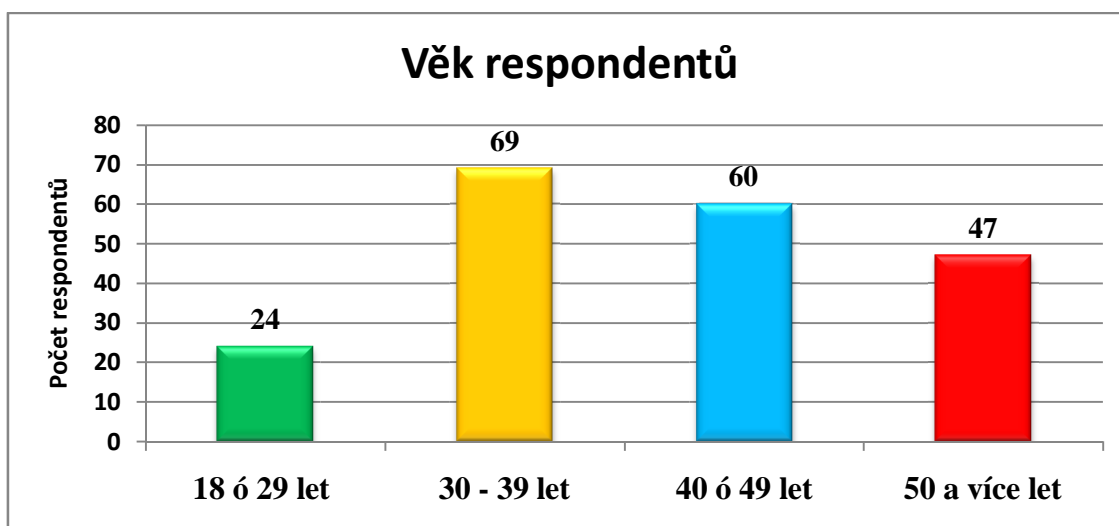
4.1 Výsledky dotazník

Graf . 1: Rozložení respondent podle pohlaví



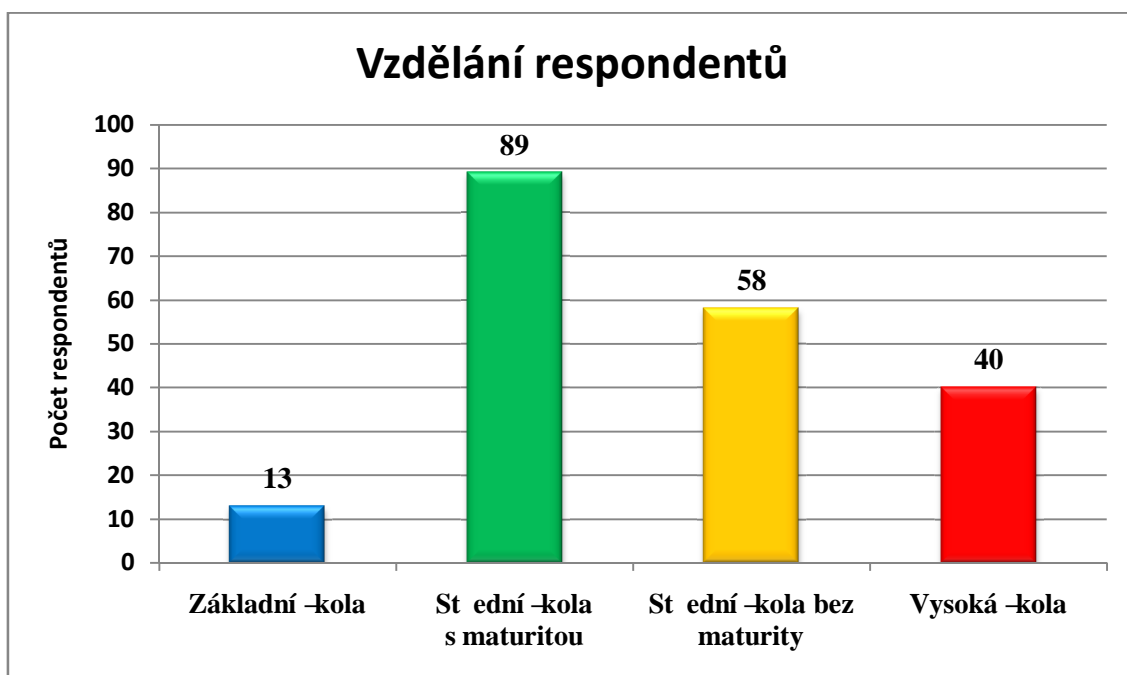
Graf . 1 prezentuje rozložení respondent podle pohlaví. Ve výzkumném souboru z celkového počtu 200 osob bylo 53 % (106) řen a 47 % (94) muffi .

Graf . 2: Věk respondent



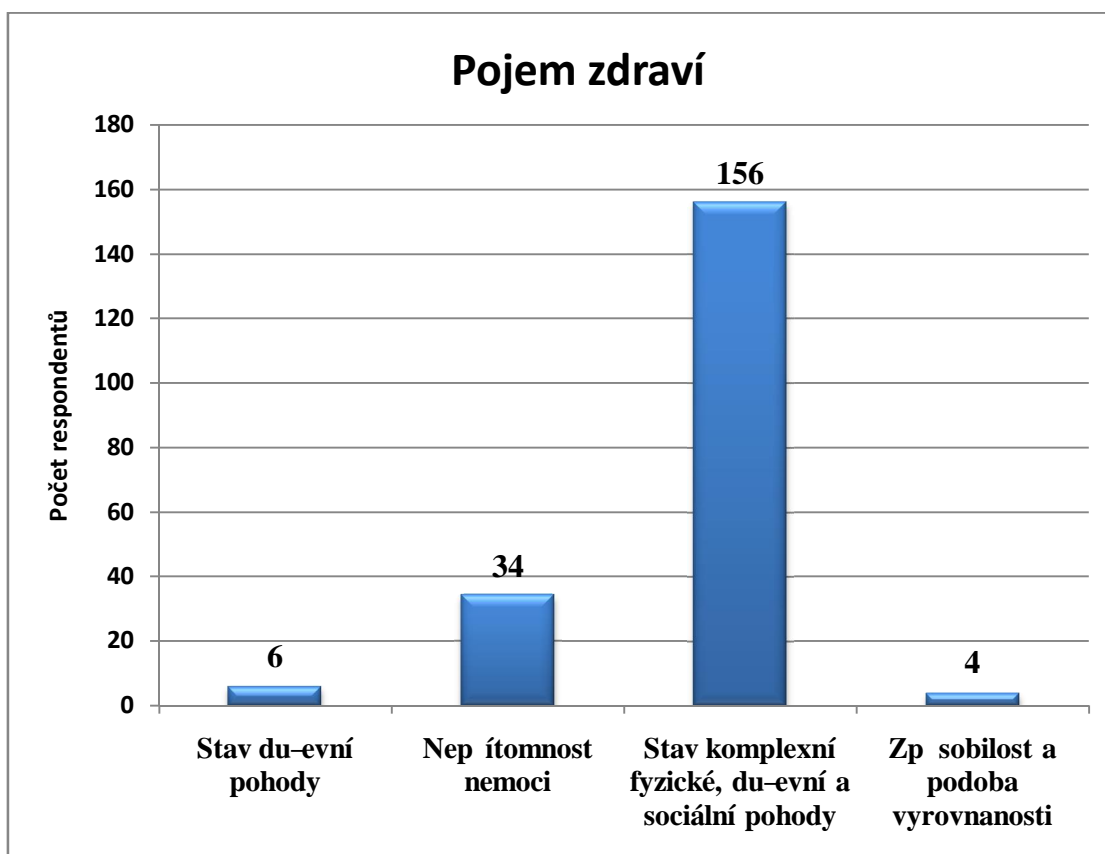
Graf prezentuje v kové rozdělení respondent . Výzkumný soubor tvořilo 24 (12 %) respondent ve věku 18-29 let, ve věku 30-39 let bylo 69 (34 %) respondent , ve věku 40-49 let bylo 60 (30 %) dotazovaných a 50 a více let bylo 47 (24 %) osob.

Graf . 3: Rozd lení respondent podle vzd lání



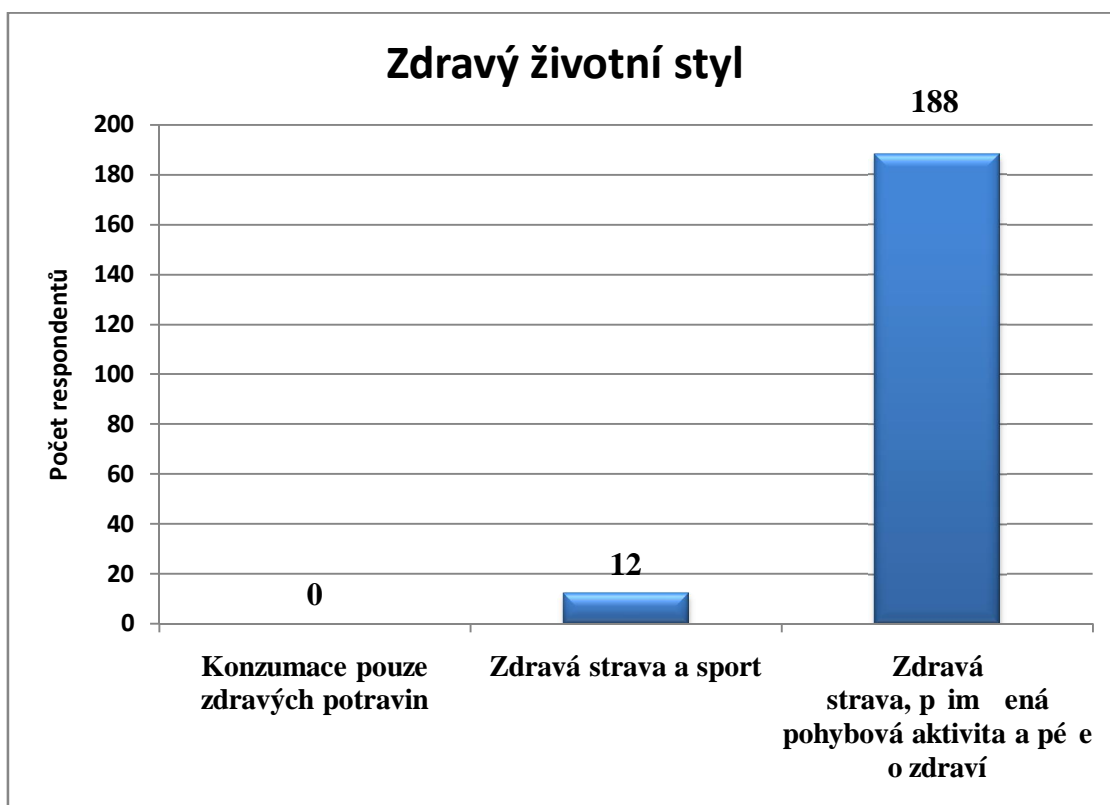
Graf prezentuje rozložení respondent výzkumného souboru podle dosaženého vzd lání. Dosažené základní vzd lání m lo 13 (6 %) respondent z výzkumného souboru. 89 (45 %) respondent m lo dokon ené vzd lání zakon ené maturitní zkou-kou. Dokon enou st ední -kolu bez maturity m lo 58 (29 %) respondent a vysoko-kolské vzd lání m lo 40 (20 %) respondent výzkumného souboru.

Graf . 4: Pojem zdraví



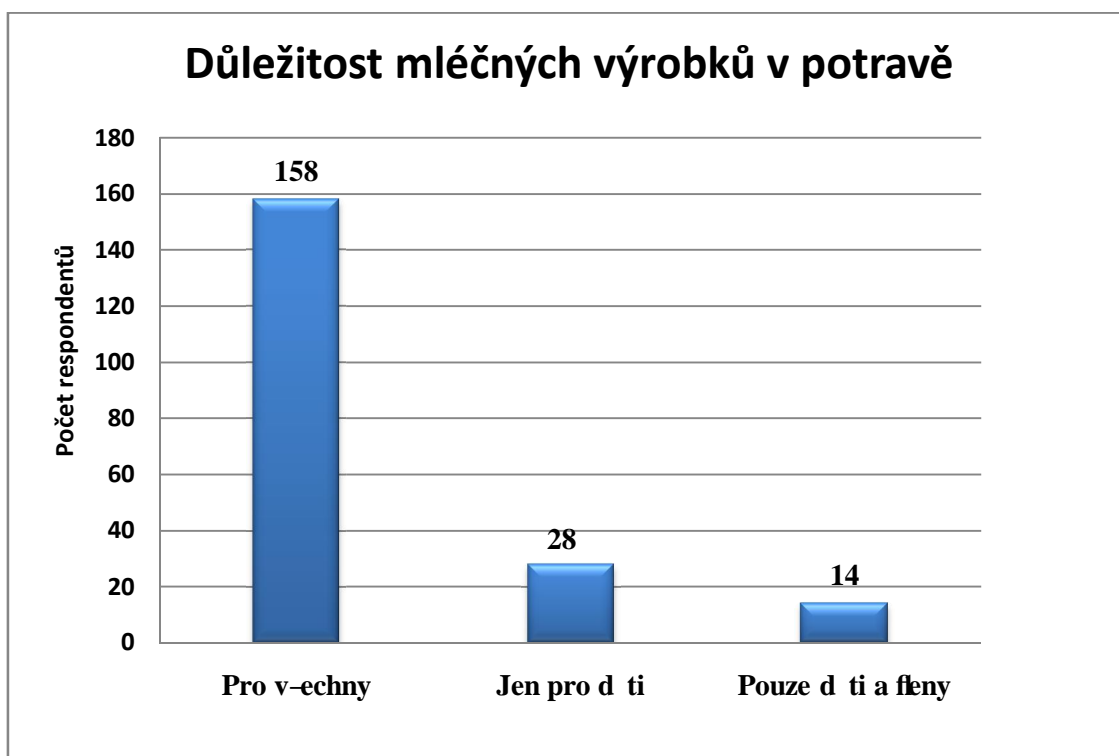
Graf znázorňuje odpovědi respondentů, kteří volili za ty odpovědi správnou možnost na otázku: *Která odpověď podle Vás nejlépe ji charakterizuje pojem zdraví?* Správnou možnost zvolilo 156 (78 %) respondentů, tj. stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody. Odpověď nepítomnost nemoci označilo 34 (17 %) dotazovaných. Jen 6 (3 %) respondentů zvolilo možnost stav duševní pohody a 4 (2 %) dotazovaní respondenti charakterizovali pojem zdraví jako způsobnost a podoba vyrovnanosti.

Graf . 5: Pojem zdravý životní styl



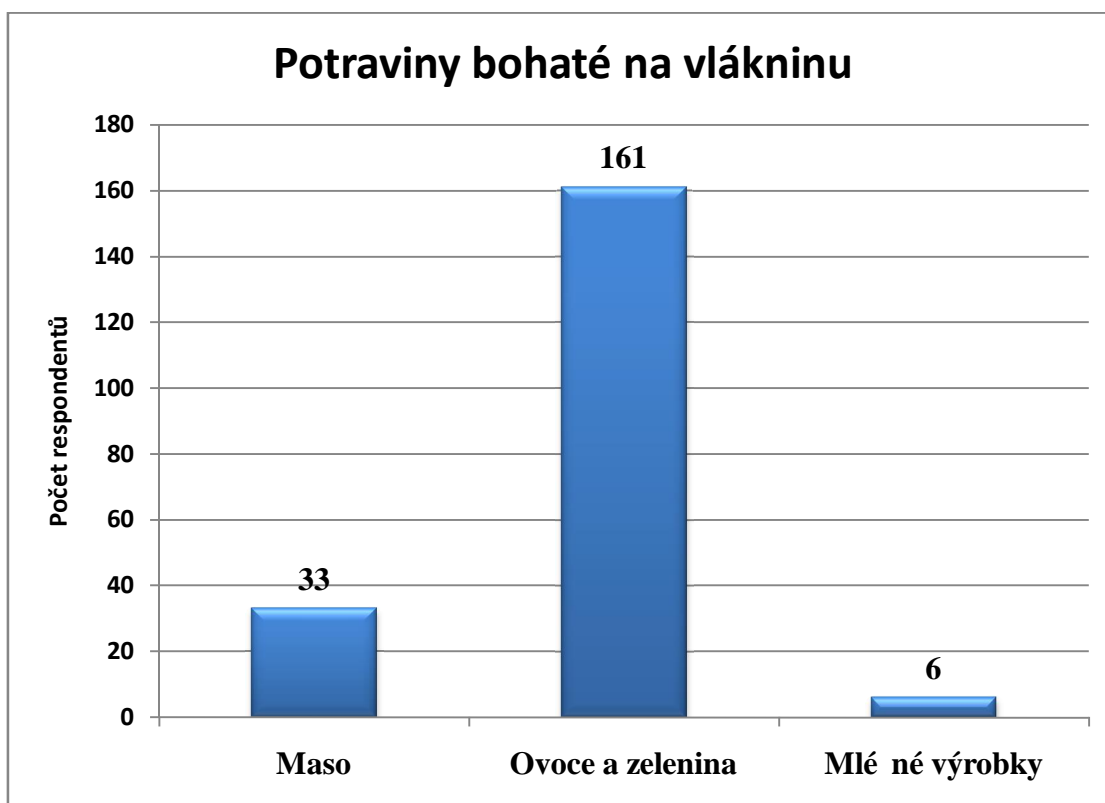
Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: *Co si představujete pod pojmem zdravý životní styl?* Měli na výběr ze tří možných odpovědí, které jsou znázorněny v grafu. Celkem 188 (94 %) respondentů charakterizovalo pojem zdravý životní styl jako zdravá strava, pohybová aktivita a péče o zdraví, tzn. správnou odpověď. Další 12 (6 %) respondentů zvolilo možnost zdravá strava a sport. Žádný respondent nevolil možnost konzumace pouze zdravých potravin.

Graf . 6: Důležitost mléčných výrobků v potravě



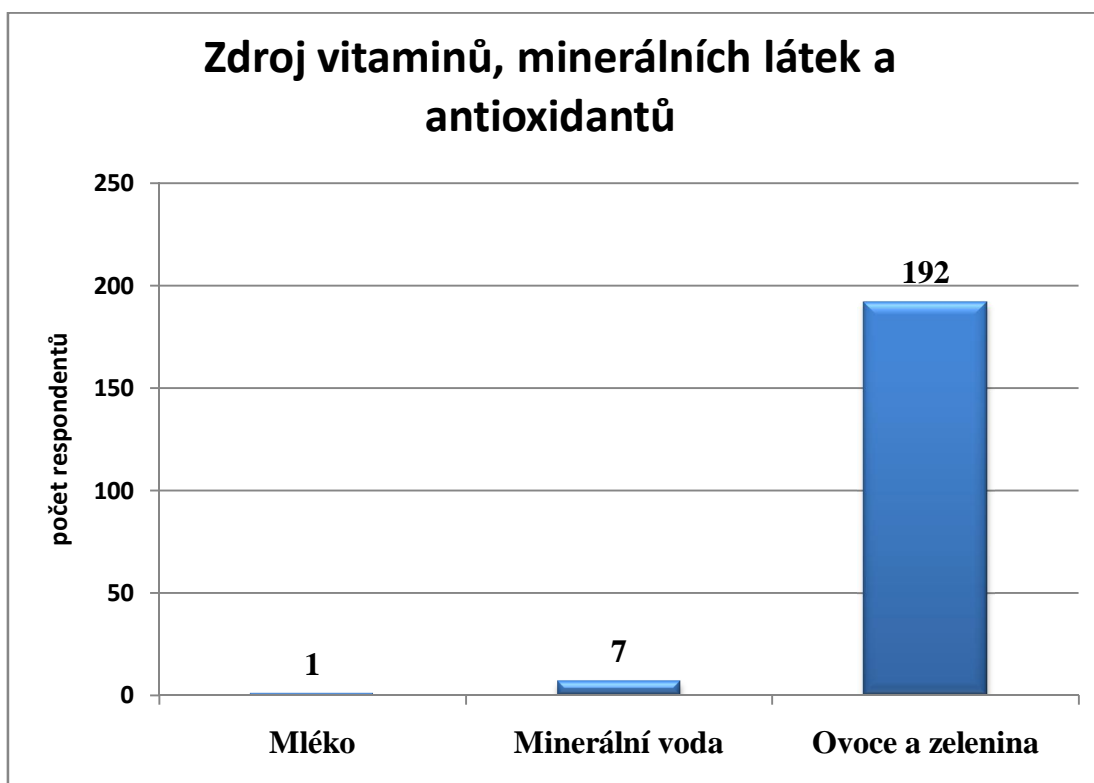
Graf znázorňuje znalost respondentů o důležitosti mléčných výrobků v potravě z okruhu vlivů. V otázce byly na výběr tři možné odpovědi. Důležitost mléčných výrobků v potravě pro všechny skupiny populace, jako správnou odpověď označilo 158 (79%) respondentů. Jí jsou mléčné výrobky důležitě jen pro děti, označilo 28 (14%) respondentů. Další 14 (7%) dotazovaných označilo odpověď, která ukazuje na potřebu mléčných výrobků pouze pro skupinu žen a dětí.

Graf . 7: Potraviny bohaté na vlákninu



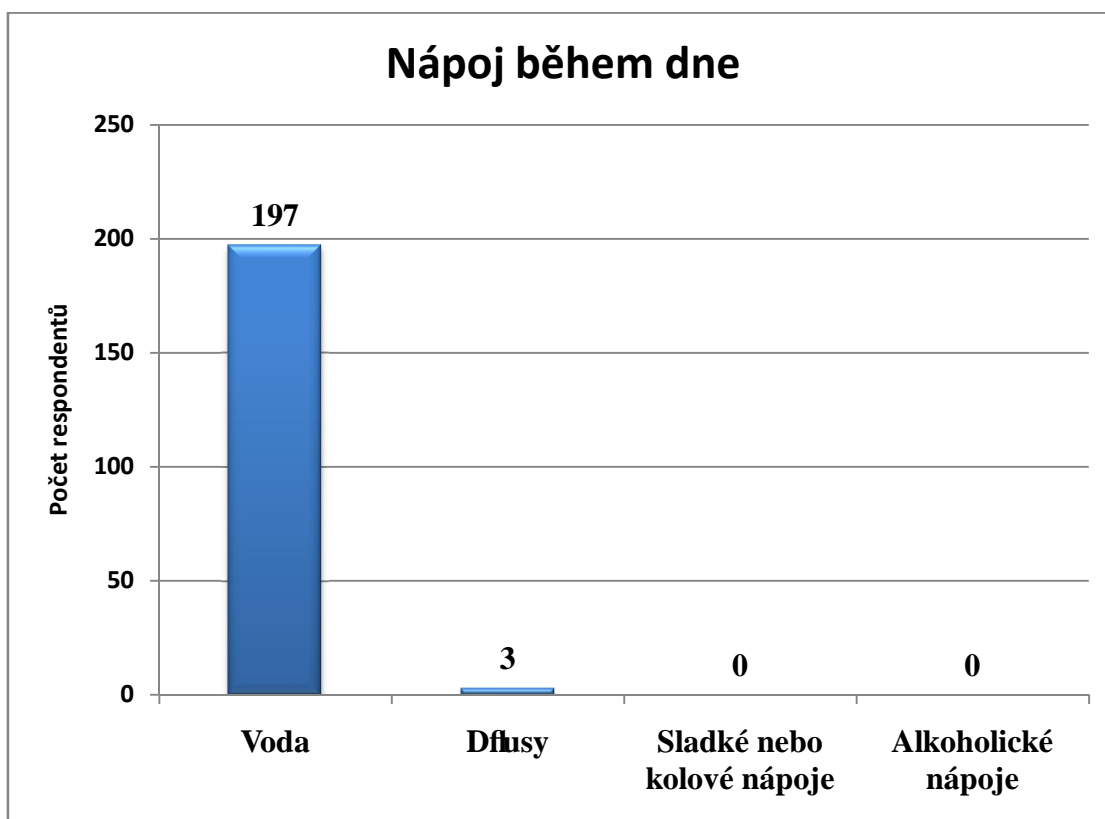
Znalosti respondentů o potravinách bohatých na vlákninu jsou z grafu patrné. Respondenti měli na výběr ze tří možností. Z celkového počtu 200 respondentů označilo správnou odpověď ovoce a zeleninu jako zdroj bohatý na vlákninu 161 (81 %) dotazovaných. Maso označilo 33 (16 %) respondentů a 6 (3 %) respondentů zvolilo mléčné výrobky.

Graf . 8: Zdroj vitaminů , minerálních látek a antioxidant



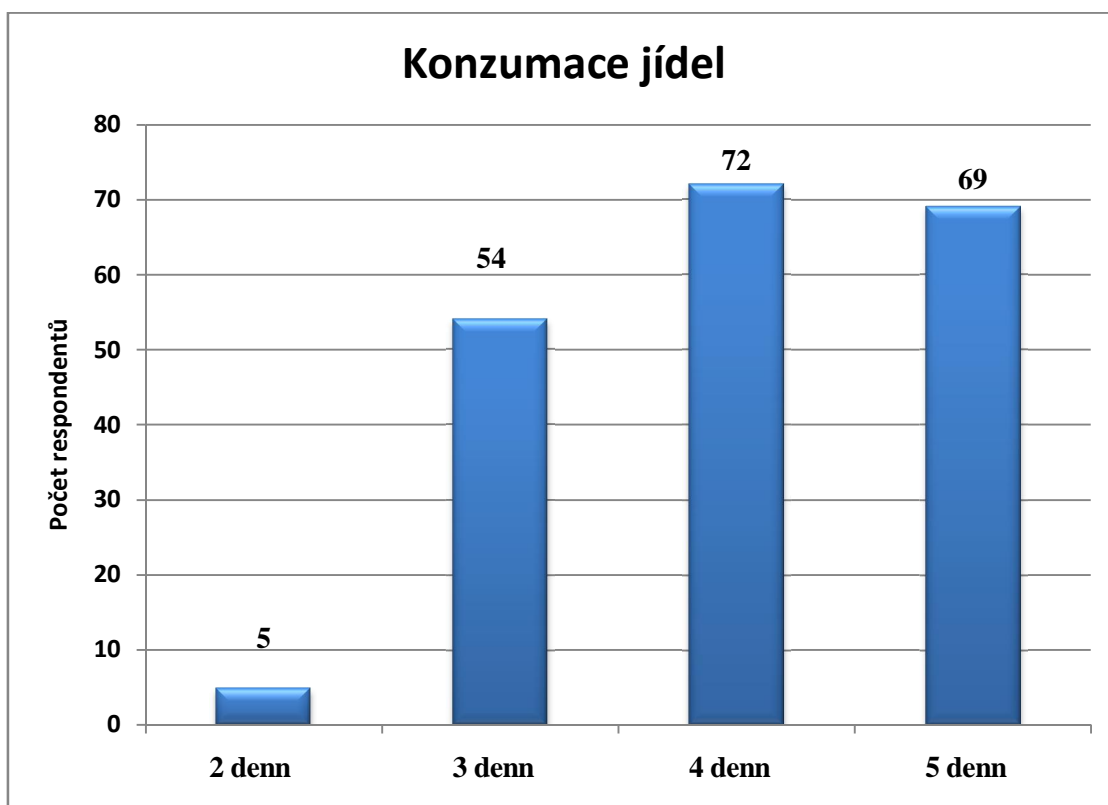
Graf prezentuje rozložení odpovědí respondentů v oblasti výživy. Respondenti prokázali znalost potravin, které jsou zdrojem vitaminů, minerálních látek a antioxidantů. Jako správnou odpověď ovoce a zeleninu za zdroj vitaminů označilo 192 (96 %) respondentů. Další 7 (4 %) dotazovaných respondentů označilo za zdroj vitaminů, minerálních látek a antioxidantů minerální vodu. Pouze jeden respondent označil mléko jako nejvýznamnější zdroj pro vitaminy, minerální látky a antioxidanty.

Graf . 9: Nápoj dle výživových doporučení během dne



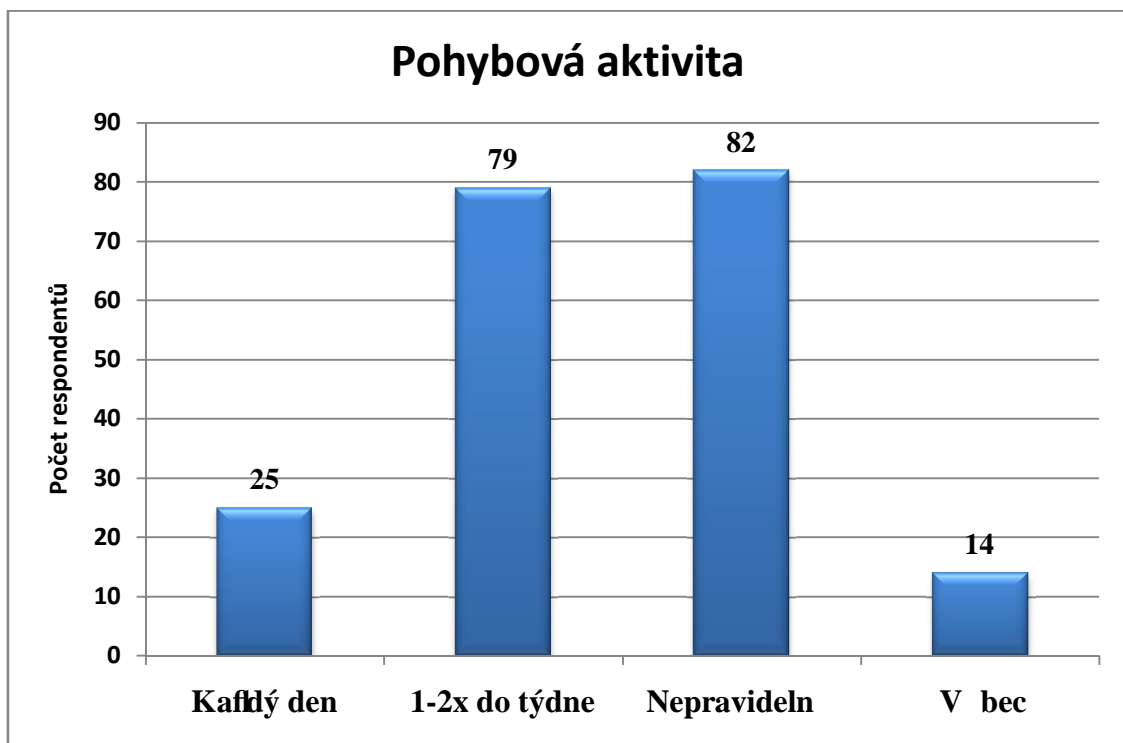
Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: *Jaký nápoj byste si vybrali v rámci pitného režimu dle výživových doporučení?* Na výběr měli čtyři odpovědi. Odpovědi respondentů jsou jednoznačné. Celkem 197 (98 %) respondentů zvolilo jako vhodný nápoj pro pitný režim vodu. Ostatní 3 (2 %) respondenti označili za vhodný nápoj čaj. Nikdo z respondentů neoznámil za vhodný nápoj alkoholické nápoje ani sladké (kolové) nápoje.

Graf . 10 : Konzumace jídel během dne



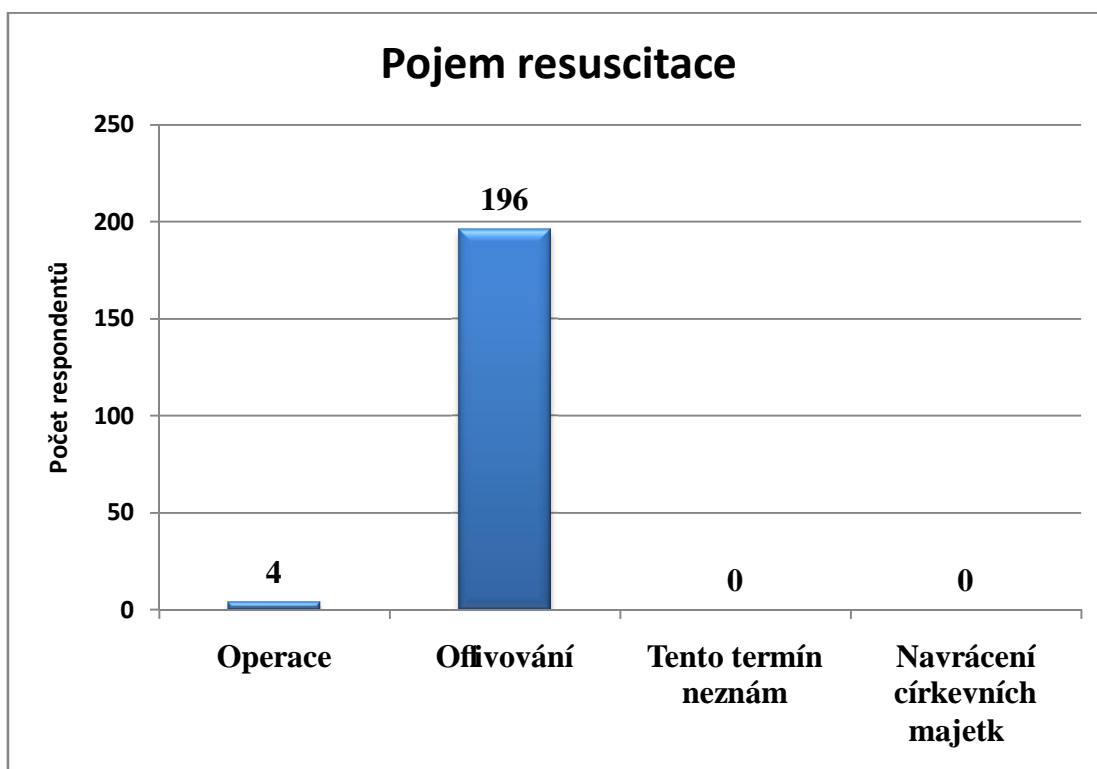
Graf konzumace jídel ukazuje, kolik jídel denně respondenti konzumují. Opět mli na výběr ze čtyř možností. Pouze dva jídla denně konzumují 2 (2%) respondenti. 3 jídla denně konzumuje 54 (27 %) dotazovaných a čtyři jídla denně konzumuje 72 (36 %) respondentů výzkumného souboru. 5 jídel denně konzumuje 69 (35 %) respondentů.

Graf . 11: Pohybová aktivita respondent



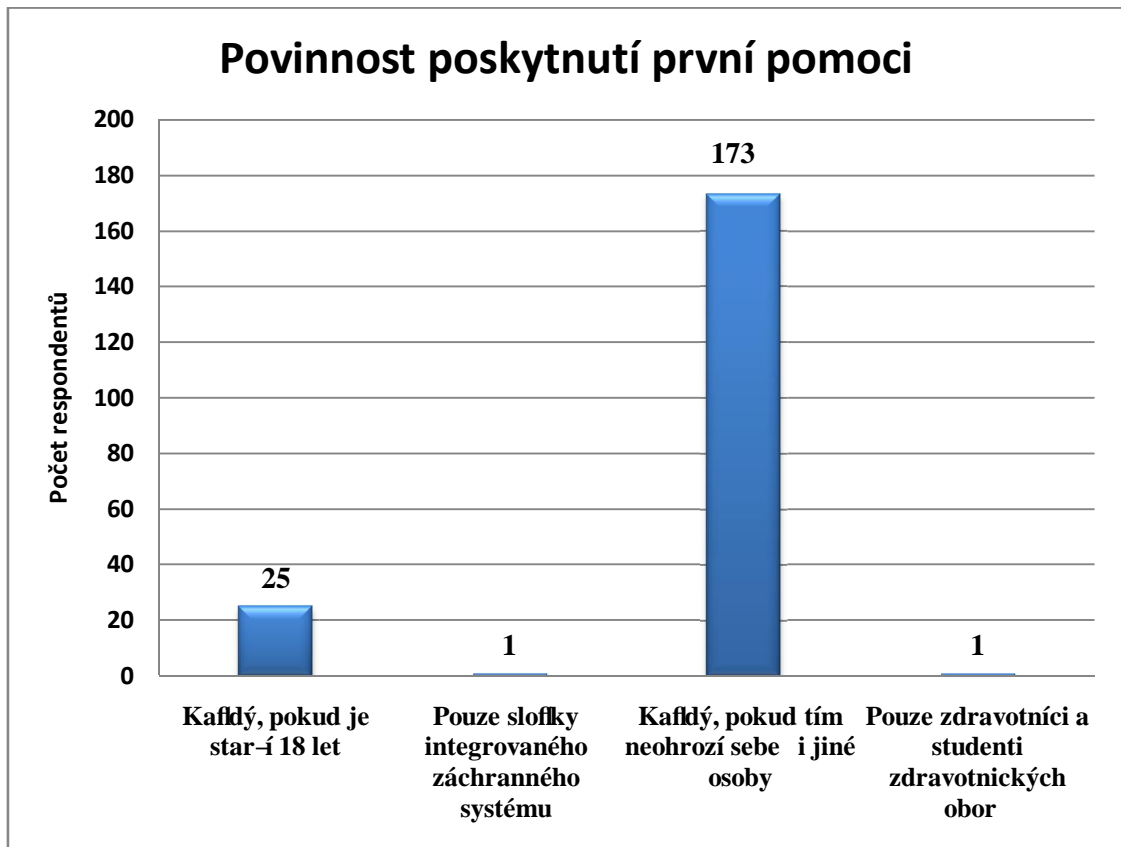
Následující graf ukazuje, jak často respondenti výzkumného souboru vykonávají pohybovou aktivitu. Každý den fyzickou aktivitu vykonává 25 (12 %) respondent . Pohybovou aktivitu vykonávanou 1-2x do týdne vykonává 79 (40 %) a nepravidelnou pohybovou aktivitu vykonává 82 (41 %) dotazovaných. 14 (7%) respondent nevykonává žádnou pohybovou aktivitu.

Graf . 12: Pojem resuscitace



Graf . 12 znázorňuje odpovědi respondentů týkající se znalosti termínu resuscitace. Ze čtyř možných odpovědí respondenti volili správnou odpověď. Dohromady 196 (98 %) respondentů označilo termín resuscitace jako offivování, tedy správnou odpověď. Odpověď operace zvolili celkem 4 (2 %) respondenti. Další dvě odpovědi, tedy řeší se jedná o navrácení církevních majetků anebo neznalost pojmu resuscitace, neoznámil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf . 13: Povinnost poskytnout první pomoc



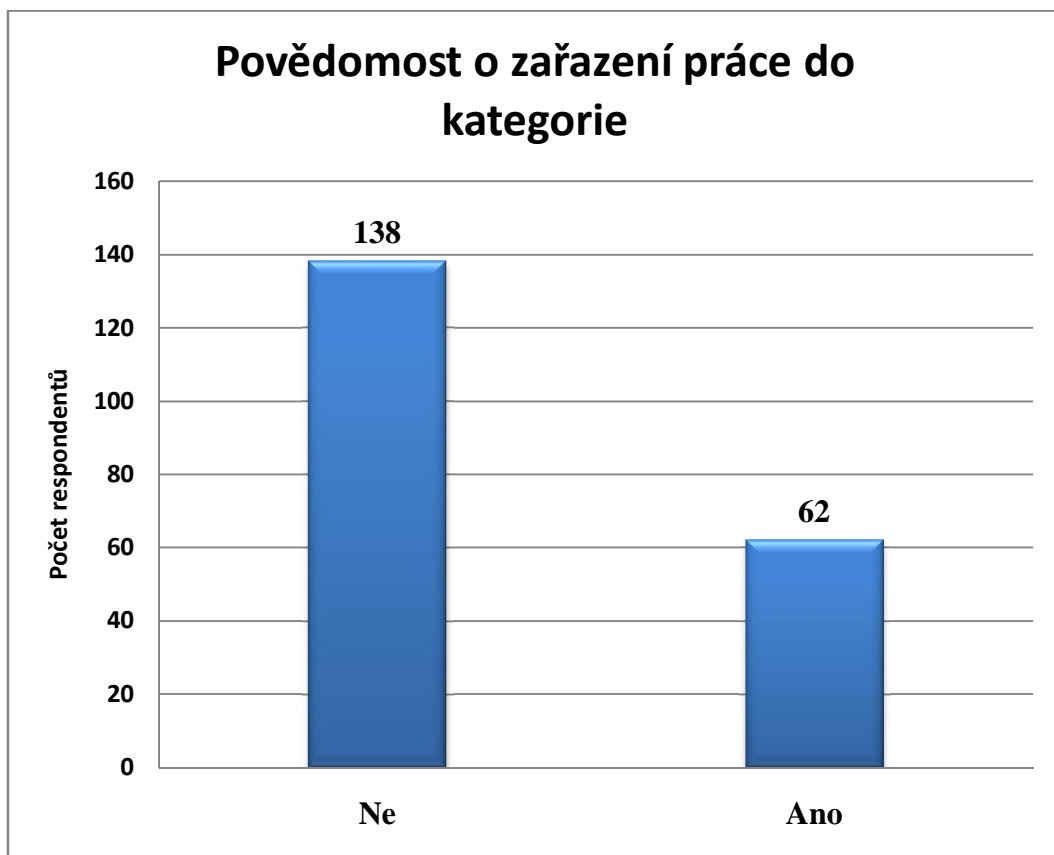
Následující graf ukazuje odpovědi respondentů výzkumného souboru, kteří odpovídali na otázku: *Kdo má povinnost poskytnout první pomoc?* Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí. Graf znázorňuje 25 (12 %) respondentů, kteří na položenou otázku zvolili odpověď každý, pokud je starší 18 let. Pouze jeden respondent označil možnost pouze sločky integrovaného záchranného systému. Nejastěji respondenti volili správnou možnost každý, pokud tím neohrozí sebe i jiné osoby, tuto možnost volilo 173 (87%). Jeden respondent (1%) označil osoby pracující ve zdravotnictví.

Graf . 14: Zajištění pracovní lékařských služeb



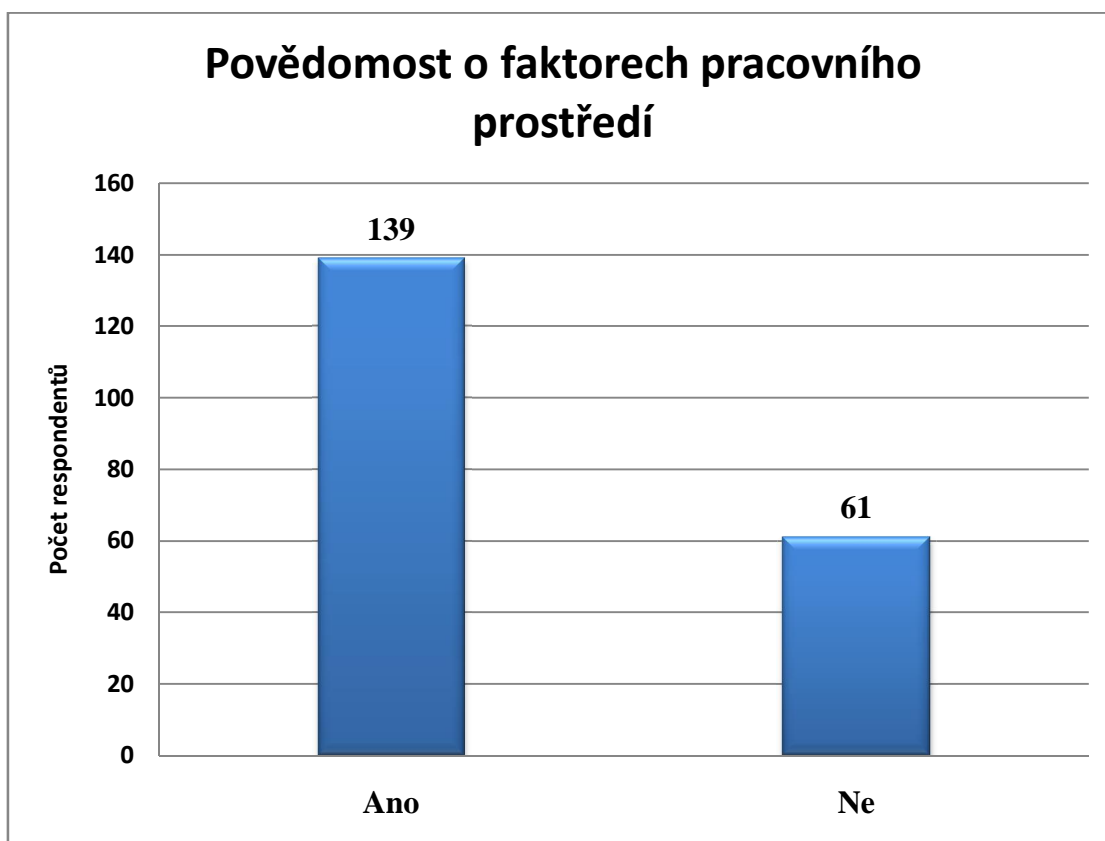
Graf znázorňuje odpovědi respondentů, zda znají lékaře, který zajišťuje pracovní lékařské služby v jejich podniku. Celkem 188 (94 %) dotazovaných respondentů zvolilo možnost ano a 12 (6 %) respondentů volilo odpověď ne.

Graf . 15: Za azení práce do kategorie.



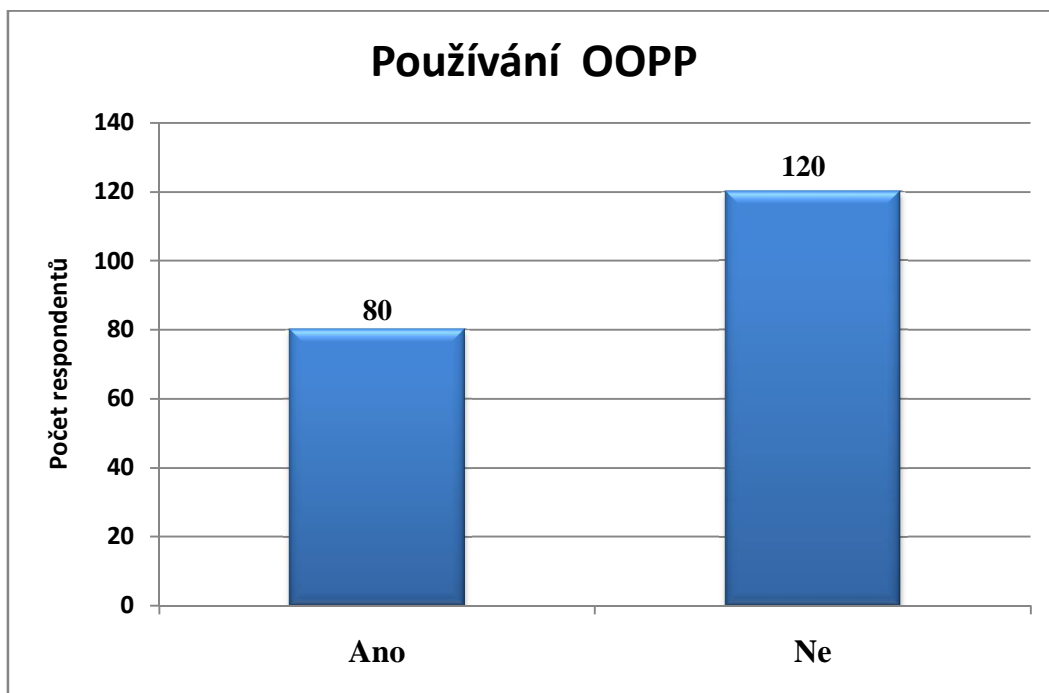
Tento graf znázorňuje, kolik respondentů zná i nezná zařazení své práce do příslušné kategorie. Z celkového počtu 200 respondentů odpovídalo 69 % (138) dotazovaných respondentů, že neznají zařazení své práce do příslušné kategorie. Pouze 31 % respondentů (62) zná kategorii, do které spadá jejich práce.

Graf . 16: Povědomost o faktorech pracovního prostředí



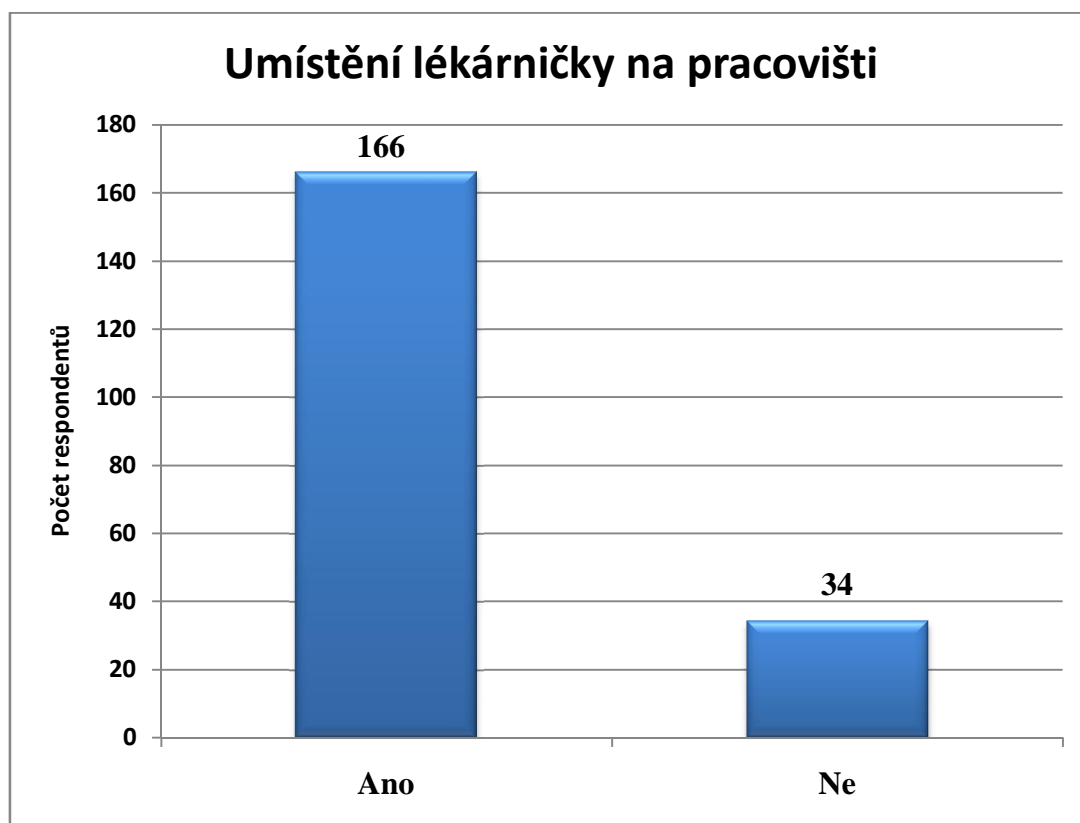
Z grafu . 16 vyplývá, zdali respondenti znají nebo neznají rizikové faktory, které se vyskytují na jejich pracovišti. Celkem 139 (69 %) respondent z 200 dotazovaných uvedlo, že zná faktory pracovního prostředí, kterým jsou ve své práci vystaveni. Ostatních 61 (31%) dotazovaných nezná rizikové faktory ve své práci.

Graf . 17: Používání osobních ochranných pracovních pom cek



Graf . 17 ukazuje, zda respondenti ve svém zam stnání pouffívají nebo nepouffívají osobní ochranné pracovní pom cky. Z 200 dotazovaných respondent odpv d lo 120 (60 %), fe nepouffívá OOPP a 80 (40 %) respondent pouffívá osobní ochranné pracovní pom cky.

Graf . 18: Umístění lékárničky první pomoci na pracovišti



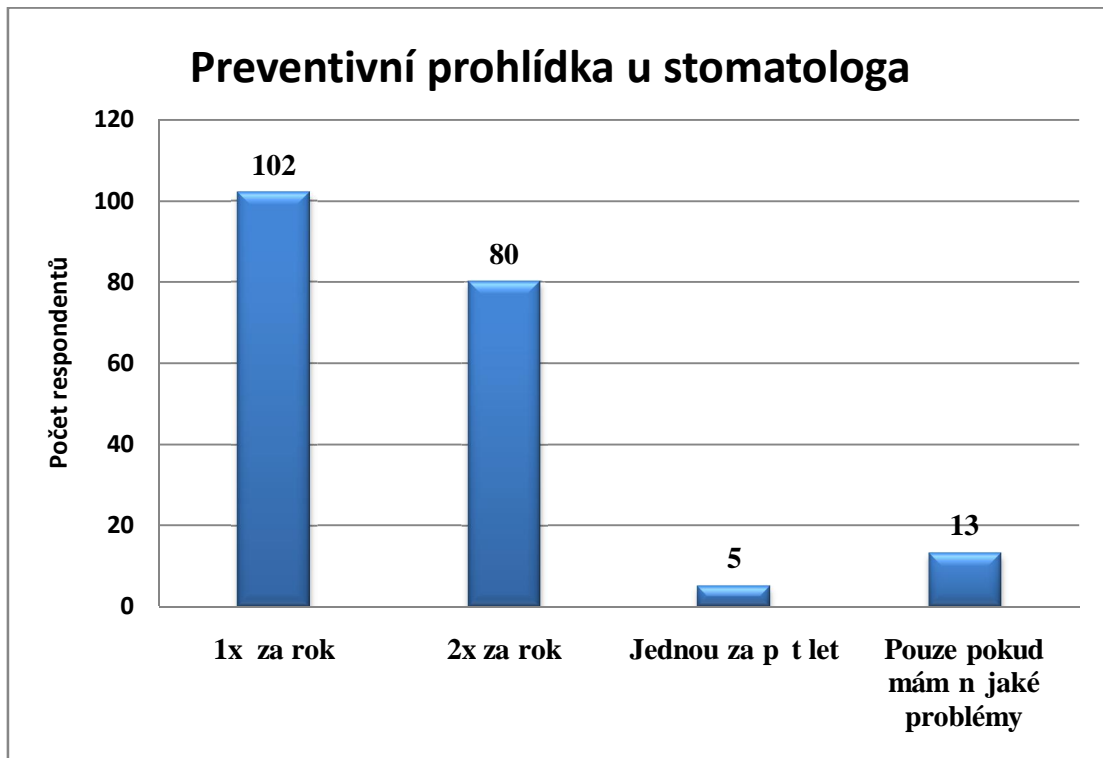
Graf znázorňuje povinnost zaměstnanců umístit lékárničku první pomoci na jejich pracovišti. Z 200 dotazovaných respondentů odpovědělo celkem 166 (83 %) respondentů, kteří mají umístěnou lékárničku první pomoci. Ostatní respondenti, tj. 34 (17 %), netuší, kde se lékárnička na pracovišti nachází.

Graf . 19: Preventivní prohlídka u praktického lékaře



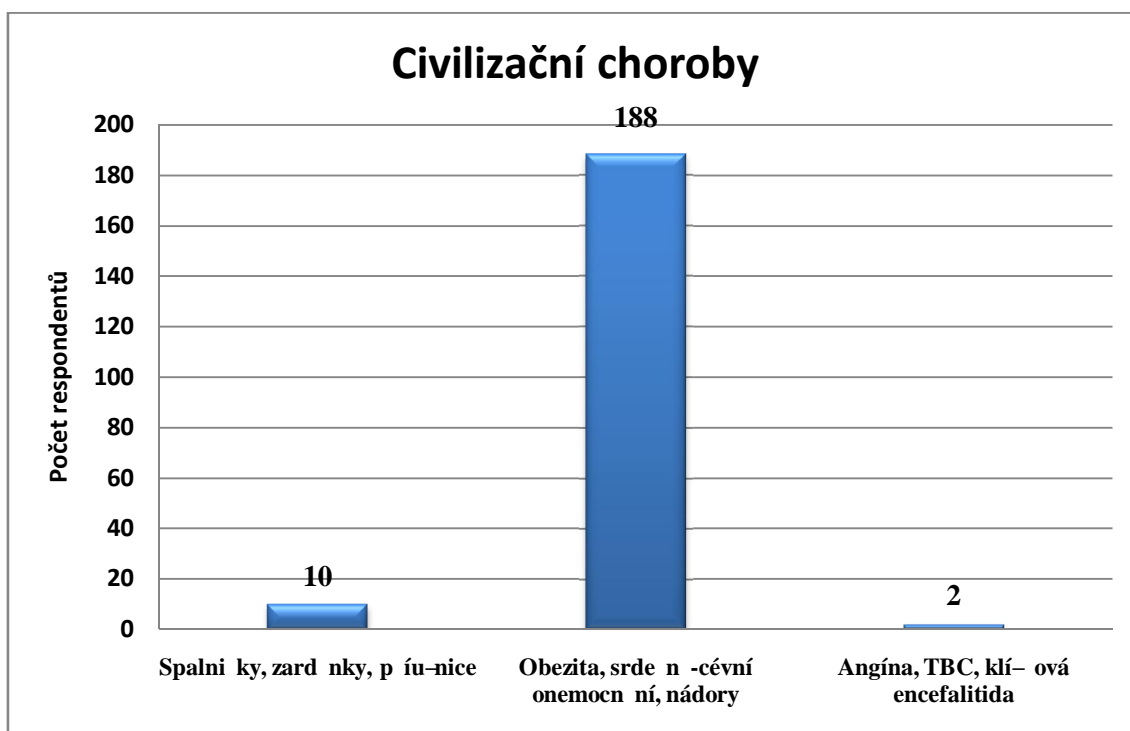
Graf vyjaduje odpovídi respondentů o znalosti návštěvnosti praktického lékaře za účelem preventivní prohlídky. Respondenti měli možnost vybrat ze čtyř možných odpovědí. Možnost navštívit praktického lékaře za účelem preventivní prohlídky 1x ročně zvolilo 71 (35 %) respondentů výzkumného souboru. Správnou možnost uvedlo 101 (50 %) dotazovaných - návštěvu u lékaře jednou za dva roky. 1x za pět let volilo 23 (12 %) respondentů a 5 (3 %) označilo možnost kdykoliv navštívit praktického lékaře za účelem preventivní prohlídky.

Graf . 20: Preventivní prohlídka u stomatologa



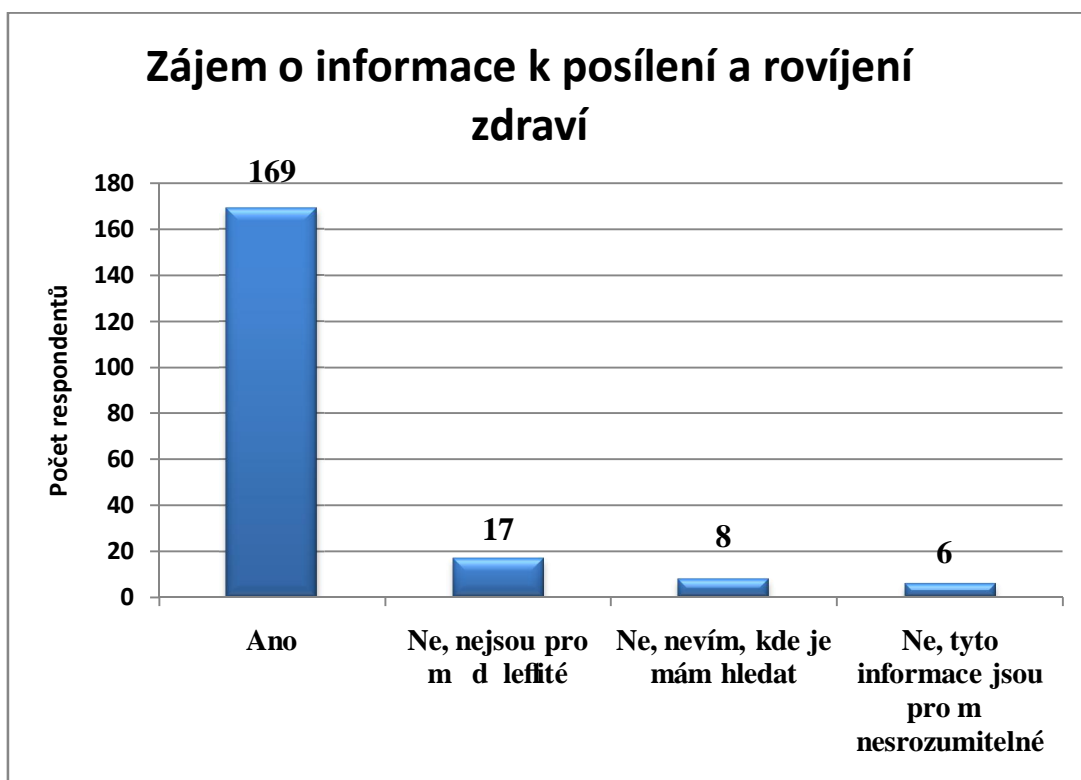
Tento graf znázorňuje znalost respondentů v oblasti péče o zdraví, týkající se návštěvnosti stomatologa za účelem preventivní prohlídky. Respondenti měli na výběr ze čtyř možných odpovědí. Návštěvu stomatologa jednou ročně zvolilo 102 (51 %) respondentů a to je správná odpověď. Další možností byla návštěva stomatologa 2x za rok, přičemž tuto možnost zvolilo 80 (40 %) dotazovaných respondentů. Možnost 1x za 5 let zvolilo 5 (2 %) respondentů a 13 (7 %) návštěvu stomatologa, pouze pokud má nějaký problém.

Graf . 21: Civilizační choroby



V grafu je zřejmé, že většina respondentů znají pojem civilizační onemocnění a v dří, která onemocnění do této skupiny zařadí. Dotazovaní respondenti mohli na výběr ze tří odpovědí, kde byly uvedeny skupiny onemocnění. Z celkového počtu 200 dotazovaných respondentů volilo 10 (5 %) dotazovaných skupinu onemocnění spalnice, zarděnky a p íú-nice do civilizačních onemocnění. Většina, tj. 188 (94 %) respondentů, označila za civilizační onemocnění správnou skupinu onemocnění a to obezita, srde n -cévní onemocnění a nádory. Zbývá 2 (1 %) respondenti volili možnost angína, TBC a klí-ová encefalitida jako nemoci, které zahrnuje pojem civilizační onemocnění.

Graf . 22: Zájem o informace k posílení a rozvíjení zdraví



Graf znázorňuje počet respondentů, kteří projevují zájem/nezájem o informace k posílení a rozvoji svého zdraví. Respondenti měli na výběr ze 4 možností. Nejvíce respondentů volilo možnost ano, a to sice, téměř mají zájem o informace, které se dotýkají zdraví. Celkem tuto možnost zvolilo 169 (84 %) respondentů. Dalšími odpověďmi byl nezájem o tyto informace, přesně takovou možnost volilo 17 tj. 9 % dotazovaných. Další odpověď byla neznalost vyhledávání informací o zdraví 8 (4 %) respondentů. Pouze 6 dotazovaných respondentů, tedy 3 % dotazovaných, neporozumí nalezeným informacím.

4.2 Statistické testování hypotéz

Hypotézy byly testovány pomocí programu Microsoft Office Excel a SPSS. K vyhodnocení první hypotézy byla vytvořena kontingenční tabulka, kterou jsem vyhodnotila chí kvadrát testem (test dobré shody).

Zdravotní gramotnost zaměstnanců jsem zjišťovala z otázek, které zkoumaly znalosti respondentů na danou oblast, jednalo se o otázky č. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27. Za každou správnou odpověď získali respondenti jeden nebo dva body, podle náročnosti otázky. Počet získaných maximálních bodů byl 30. Aby respondenti byli vysoce gramotní, museli získat 30-25 bodů, středně gramotní respondenti 24-16 bodů a málo gramotní respondenti 15-0 bodů. Pro vyhodnocení druhé hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test a pro vyhodnocení třetí hypotézy byly použity obecné lineární modely.

Pro stanovení všech tří hypotéz byla stanovena kritická hladina významnosti $p=0,05$ (5 %). Pokud byla dosažena vyšší hladina významnosti než $p=0,05$, byla přijata nulová hypotéza (H_0).

4.2.1 První hypotéza

Tabulka 1: Zdravotní gramotnost zaměstnanců.

Gramotnost	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	etnosti	Procenta	etnosti	Procenta	p
Vysoce	34	78 %	66,6	33 %	0,0000001
Středně	159	80 %	67	34 %	
Málo	7	3 %	66,6	33 %	
Celkem	200	100%	200	100%	

Graf . 23: Zdravotní gramotnost zam stnanc .



Zda jsou zam stnanci gramotní i negramotní jsem zji-ovala z otázek íslo 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27. Respondenti mohli získat maximální počet bodů 30. Aby byli bráni jako vysoce gramotní, museli získat 30-25 bodů, jako středně gramotní 24-16 bodů. Pro testování první hypotézy byla zvolena hladina gramotnosti zaměstnanců na 50 %, to znamená, že 100 respondentů z 200 dotazovaných má být zdravotně gramotných. Vypočítaná pravděpodobnost pro chí kvadrát test je v tabulce flut zvýrazněná. Kritická hladina významnosti byla zvolena $p = 0,05$. Dosazená hladina významnosti je $0,0000001$. Protože vypočítaná hladina významnosti je menší $0,0000001 < 0,05$, zamítá se předpokládaná nulová hypotéza ve prospěch alternativní. To znamená, že považuje počet středně gramotných zaměstnanců nad málo gramotnými a vysoce gramotnými zaměstnanci a tento rozdíl je statisticky významný. Zaměstnanci vybraných kolektivů jsou zdravotně gramotní. Testová statistika chí kvadrát testu vyšla 197,29.

4.2.2 Druhá hypotéza

H0: Zdravotní gramotnost mužů a žen je stejná

H2: ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži

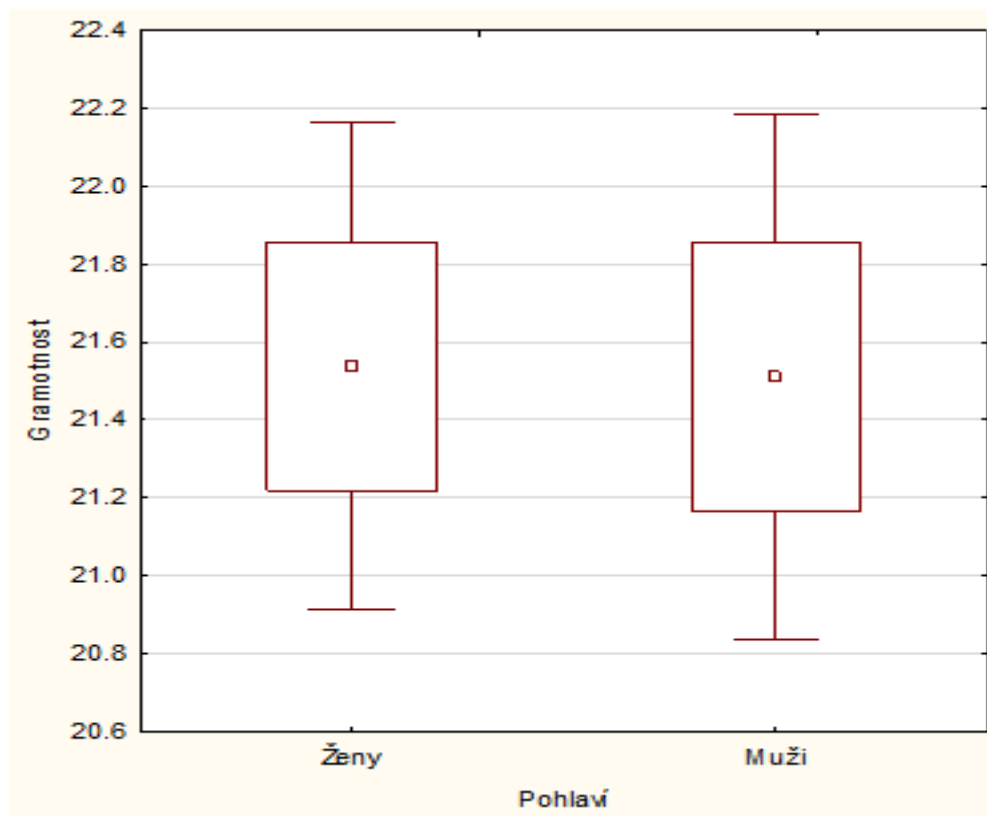
Tabulka . 2: Počet testovaných zaměstnanců podle pohlaví

Pohlaví	etnosti	Relativní etnosti
ženy	106	53 %
Muži	94	47 %

Tabulka . 3: ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži

Pohlaví	etnosti	Relativní etnosti	Testová statistika	Dvouvýběrový t-test
ženy	106	53 %	0,057830	p
Muži	94	47 %		0,953943

Graf . 24: Zdravotní gramotnost podle pohlaví



Pomocí dvouvýběrového t-testu jsem zjišťovala, jestli ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži. Vypočítaná pravděpodobnost pro dvouvýběrový t-test je vyznačena ve fluté bučce tabulky. Kritická hladina významnosti pro druhou hypotézu byla zvolena $p= 0,05$ tj. 5 %. Dosazená hladina významnosti v tomto případě je 0,953943. Jelikož je vypočítaná pravděpodobnost vyšší $0,953943 > 0,05$, nelze tedy na základě p hodnoty zamítnout nulovou hypotézu (H_0) ve prospěch alternativní hypotézy (H_2). To znamená, že zdravotní gramotnost nezávisí na pohlaví. Ženy nevykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti, ale zdravotní gramotnost pro obě pohlaví je stejná. Testová statistika byla 0,057830.

4.2.3 T etí hypotéza

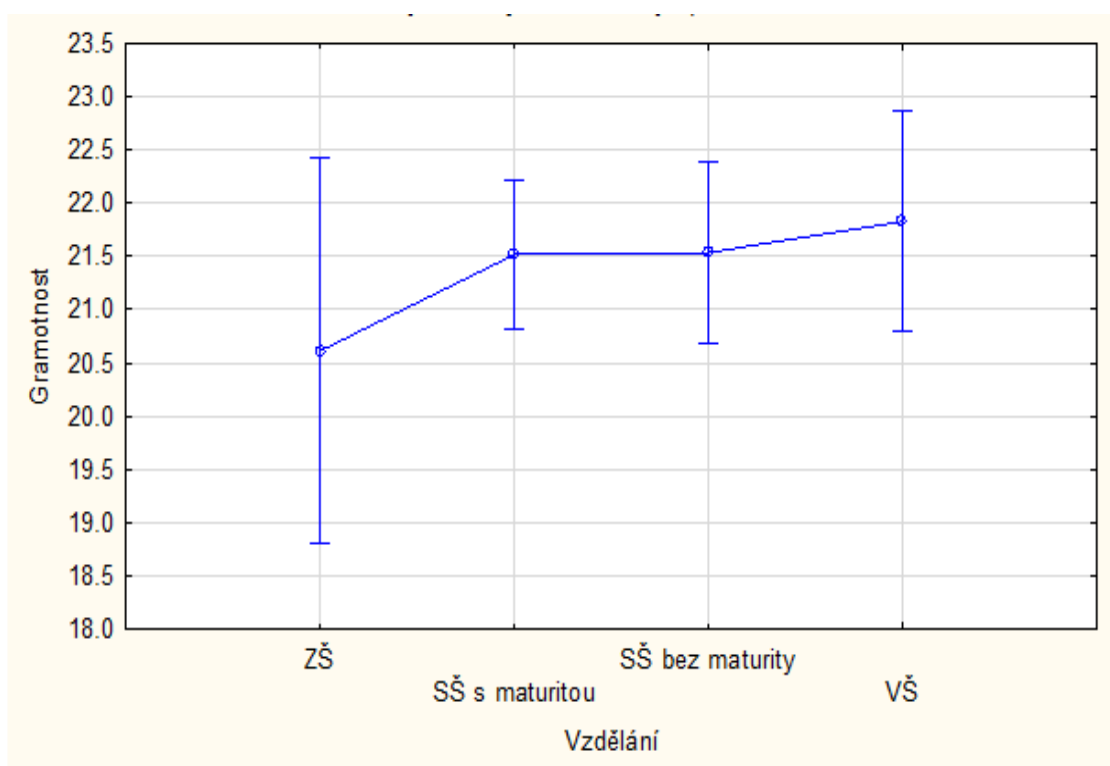
H3: Úroveň zdravotní gramotnosti je závislá od dosaženého vzdělání

H0: Neexistuje lineární závislost mezi úrovní dosaženého vzdělání a zdravotní gramotností.

Tabulka .4: Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na vzdělání

Kategorie	Testová statistika F	p
Vzdělání	0,436	0,72728

Graf .25: Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na dosaženém vzdělání



Pro ověření této hypotézy byly použity obecné lineární modely, kde závislá proměnná byla zdravotní gramotnost a nezávislá proměnná vzdělání. Síla testové statistiky F byla 0,436. Kritická hladina významnosti pro tuto hypotézu byla stanovena $p = 0,05$. Vypočítaná pravděpodobnost pro nezávislou proměnnou vzdělání je

$p = 0,72728$, zvýrazněná v tabulce 4, červenou barvou. Protože p hodnota pro proměnnou vzdělání je větší než $p = 0,05$, $0,72728 > 0,05$.

Přijímá se nulová hypotéza (H_0) a zamítá se hypotéza alternativní (H_3). Pravděpodobně není žádná lineární závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a dosaženým vzděláním.

5. DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zmapovat zdravotní gramotnost vybraných kolektivů. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 200 respondentů ze tří oslovených podniků. Výzkumné šetření probíhalo na území Jihočeského kraje a kraje Vysočina od začátku ledna 2018 do poloviny března 2018.

Sběr dat byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření se souhlasem zaměstnavatelů. Všechna data a údaje byly anonymizovány a použity pouze pro výzkum diplomové práce. Celkem bylo rozdáno 400 dotazníků, navraceno zpět bylo 210 dotazníků, z toho 10 dotazníků bylo vyřazeno po kontrole kvůli neúplnému vyplnění. Z toho vyplývá, že návratnost činí 50 %.

Dotazníky jsem poté vyhodnotila, položené hypotézy jsem ověřila pomocí chí-kvadrát testu, dvouvýběrového t-testu a lineárních obecných modelů.

První tři neříslované otázky se týkaly údajů, jako je pohlaví, věk, vzdělání (grafy 1, 2, 3). Rozložení respondentů bylo téměř vyrovnané. Z 200 (100 %) respondentů bylo 106 (53 %) žen a 94 (47 %) mužů. Následné procentuální rozložení si vysvětluji faktem, že výzkum probíhal ve 3 různých firmách s odlišným zaměřením práce. Celkem 24 (12 %) respondentů výzkumného souboru bylo ve věku 18-29 let, ve věku 30-39 let bylo zastupováno 69 (34 %), ve věku 40-49 let bylo 60 (30 %) a 50 a více let bylo 47 (24 %). Co se týče vzdělání, nejvíce respondentů mělo ukončené střední vzdělání s maturitní zkouškou, tj. 89 (45 %) respondentů. Dosažené základní vzdělání mělo 13 (6 %) respondentů z výzkumného souboru. Dokončenou střední školu bez maturity 58 (29 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání mělo 40 (20 %) respondentů výzkumného souboru.

První dvě říslované otázky se respondentů dotazovaly na správnou charakteristiku pojmu zdraví a zdravý životní styl. Na první otázku, tedy charakterizaci pojmu zdraví, odpovědělo správně 156 (78 %) respondentů, s tím že se jedná o stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody. 44 (22 %) respondentů odpovědělo špatně. Naopak ve své práci Frajkorová (2016) - *ŠVýchova ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách* uvádí 50 % dotazovaných gymnazistů, kteří odpověděli správně na pojem zdraví z celkového výzkumného souboru 120 respondentů a špatně odpověděli nejvíce studenti STM(55 %). Frajkorová sice prováděla výzkum stejnou metodou, tedy dotazníkem, ale měla menší výzkumný soubor a také jinou

zkoumanou skupinu, což může ukazovat na rozdílné výsledky. Druhá otázka zkoumala znalosti respondentů v charakteristice pojmu zdravý životní styl, kdy 188 (96 %) respondentů označilo správnou možnost, tj. zdravá strava, pravidelná pohybová aktivita a péče o zdraví. Ostatní respondenti, tedy 12 (6 %), charakterizovali tento pojem jako zdravá strava a sport. Vysoký počet správných odpovědí může být způsoben úrovní dosaženého vzdělání, protože v této otázce respondent má střední vzdělání zakončené maturitní zkouškou nebo vyšším vzděláním. Samozřejmě se o zdravém životním stylu dostatečně mluví a přitom, a tudíž i medializace může mít vliv.

Tato otázka se respondentů dotazovala na vhodný nápoj pro pitný režim dle výživových doporučení. Základ pro pitný režim by měla tvořit pitná voda (Čevela, Čeledová, 2010). Na výběr bylo ze čtyř odpovědí: voda, džusy, sladké nebo kolové nápoje a alkoholické nápoje. Zde označilo správnou odpověď, tedy vodu, 197 (98 %) dotazovaných, jinou možnost zvolili tři respondenti (2%). Téměř 100% úspěšnost u této otázky nepokvapila, protože voda jako vhodný nápoj během dne je všeobecně známý fakt. Naopak Frajkorová (2016) uvádí u svých výsledků pouze 69 % (gymnazisté), 47 % (ST) úspěšnost správné odpovědi u svého vzorku studentů.

Otázka 4 zkoumala, kolikrát denně respondenti konzumují jídlo. Z celkového počtu 200 respondentů konzumuje jídlo 5x denně 69 (35 %), 4x denně 72 (36 %), 3x denně konzumuje jídlo 54 respondentů a 2x denně pouze 5 (2 %) respondentů. Podobné výsledky zmiňuje Jarolímek (2018), který ve svém článku *„Zdravotní gramotnost je i u mladých vysokoškoláků stále velmi nízká“* (tento článek shrnuje výsledky studie, která na území České republiky probíhala 3 roky) uvádí 90 % respondentů, kteří se stravují 3x - 5x denně a 3% se stravují 2x denně nebo méně.

Aktivnímu posílení zdraví se v nově položené otázce 6, tato otázka se dotazovala respondentů, jak často vykonávají pohybovou aktivitu. Každodenní pohyb vykonává pouze 25 (12 %) dotazovaných, 79 (40 %) respondentů vykonává fyzickou aktivitu 1-2x do týdne, nepravidelnou pohybovou aktivitu 82 (41 %) a žádný pohyb nemá 14 (7 %) respondentů. Velmi podobné výsledky opět zmiňuje Jarolímek (2018), který prezentuje 53 % respondentů, vykonávajících pohyb 1-2x týdně a 6 % respondentů nevykonávajících žádnou fyzickou aktivitu. I přesto, že není kolik dotazovaných respondentů vykonává pohybovou aktivitu, domnívám se, že u mého výzkumného souboru převládá nepravidelný pohyb kvůli únavě způsobené z práce. Mimo jiné na pohybovou aktivitu může mít vliv také věk, pracovní náplň a jiné faktory.

V otázkách 12 a 14 jsem se ptala respondentů na znalosti v oblasti první pomoci. Otázka 14 se ptala respondentů na pojem resuscitace. Resuscitace je souhrn všech kroků, které mají docílit k obnově a udržitelnosti základních vitálních funkcí, jde tedy o oživování (Ferko, Měbrt 2015). Na výběr bylo ze 4 odpovědí - oživování, operace, neznámý termín, navrácení církevních majetků. Očekávala jsem u této otázky 100 % úspěšnost, proto mě překvapilo, když 4 (2 %) respondenti zvolili možnost operace, i přesto většina respondentů 98 % (196) zvolilo správnou možnou odpověď - oživování. V otázce 14 jsem se dotazovala, kdo má povinnost poskytnout první pomoc. Z výsledků vyplývá, že respondenti znají správnou odpověď, přesto úspěšnost nebyla 100 %. Na výběr měli respondenti čtyři možnosti - každý, kdo je starší 18 let, pouze složky IZS, každý, pokud tím neohrozí sebe i jiné osoby anebo zdravotníci a studenti zdravotnických oborů. Celkem 87 % (173) dotazovaných označilo správnou možnost, a to povinnost poskytnout první pomoc má každý, pokud tím neohrozí sebe i nikoho jiného, další možnost volilo 12 % (25) respondentů, že poskytnout první pomoc může osoba starší 18 let. Další 2 (1%) respondenti označili ostatní možnosti. Domnívám se, že rozdíl v odpovědích mohl nastat kvůli nepozornému čtení otázky nebo zmatenosti respondentů, díky výběru možných odpovědí. Otázkou však je, jestli respondenti dokáží teoretické poznatky aplikovat v praxi.

Otázka 15 zjišťovala, jestli zaměstnanci vědí, jaká kategorie byla přiřazena jejich práci. Výsledky jsou velice neuspokojivé, jelikož 69 % (138) respondentů netuší, do jaké kategorie je jejich práce zařazena. Pouze 31 % (62) respondentů zná zařazení své práce do příslušné kategorie, přičemž zaměstnavatelé mají povinnost informovat zaměstnance, do jaké kategorie spadá jejich práce. V diplomové práci *Šhodnocení zdravotních rizik vybraných faktorů pracovního prostředí a pracovních lékárných služeb v oblasti recyklace a zpracování druhotných surovin a odpadů z roku 2017* uvedlo 100 % respondentů, že zná svou kategorii práce (Dvořáková, 2017). V porovnání s mými výsledky jde o značný rozdíl. Naopak Jínová (2012) ve své práci *Úroveň informovanosti ve vybraných stavebních firmách o zařazení do kategorie práce a o zdravotnickém zařazení, které jim poskytuje závodní preventivní péče* interpretuje obdobné výsledky, které jsou shodné s mými výsledky práce, tzn. 40 % respondentů zná zařazení práce do kategorie a 60 % nezná kategorii své práce. Naopak u otázky 17, kde jsem se dotazovala, jestli respondenti znají svého lékaře pracovních lékařských služeb, drtivá většina respondentů 94 % (188) zvolila možnost ano. Ostatní respondenti, tedy

6 % (12) nezná lékaře, který zajišťuje pracovní lékařské služby. Na základě těchto výsledků se domnívám, že respondenti absolvují potřebné lékařské prohlídky a tedy znají lékaře, který zajišťuje pracovní lékařskou péči.

Otázka 18 zjišťovala, zda zaměstnanci znají rizikové faktory, které se vyskytují v jejich pracovním prostředí. Rizikové faktory, které se vyskytují na pracovišti, zná 69 % (139) respondentů, kteří zvolili možnost ano. 31 % (61) respondentů nezná rizikové faktory ve svém pracovním prostředí. Otázka 19 zjišťovala, kolik respondentů používá OOPP. U této otázky opět p evalfoval v této podobě zaměstnanci, kteří nepoužívají OOPP, přesně se jedná o 60 % (120) respondentů. Pouze 40 % (80) používá osobní ochranné pracovní pomůcky. I když výsledky jsou neuspokojivé, může se jednat o zkrácený jev, protože výzkumný soubor netvoří pouze zaměstnanci výrobního průmyslu.

U otázek 21 a 23 jsem se zaměřila na konkrétní znalost doporučených preventivních prohlídek u praktických lékařů a stomatologů. Respondenti mohli vybírat ze čtyř možných odpovědí, přičemž jedna odpověď byla správná. Preventivní prohlídky u praktických lékařů podle vyhlášky č. 317/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, jsou dospělým osobám doporučovány 1x za dva roky. Tuto možnost zvolilo 51 % (101) respondentů. Správné odpovědi volilo 49 % (99) dotazovaných respondentů výzkumného souboru. Mírně odlišné výsledky prezentuje ve svém článku Jarolímek (2018), který uvádí 43% respondentů se správnou odpovědí a 57 % dotazovaných odpověďlo špatně. Dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, se u stomatologů provádějí preventivní prohlídky jednou ročně. Správnou odpověď označilo 51 % (102) respondentů a špatné odpovědi označilo 49 % (98) dotazovaných respondentů. V tomto ohledu se s Jarolímekem rozcházejím v interpretaci výsledků, jelikož uvádí doporučené preventivní prohlídky 2x ročně. Výsledky jsou jednoznačně rozdílné téměř na polovinu správných odpovědí a špatných odpovědí. Alarmující je, že polovina respondentů odpovídala špatně. Domnívám se, že je to způsobeno nízkým zájmem vyhledávat si informace o určité oblasti nebo neporozumění nalezeným informacím. Může se také jednat o nedostatek informací ze strany lékařů a stomatologů.

Otázka 24 zjišťovala, kolik respondentů má zájem vyhledávat informace, které by jim pomohly posílovat zdraví. Na výběr bylo ze čtyř možností. Nejvyšší možnost volili respondenti takovou, že mají zájem o informace, které pomáhají k posílení jejich

zdraví, celkem 169 (84 %) respondentů. 9 % respondentů, tj. 17 dotazovaných, volilo možnost, že takové informace nevyhledávají, protože pro ně nejsou důležité, a tu možnost volilo 8 (4 %) dotazovaných a to tedy, že neví, kde takové informace mají hledat a 6 (3 %) respondentů informace nevyhledává, protože jsou pro ně nesrozumitelné. Vysoké procento respondentů volilo zájem o informace, samozřejmě záleží na způsobu, jakým respondenti pochopili otázku. Jedinci si zde mohli domyslet například informace k posílení imunitního systému, jak vyléčit nebo předcházet nachlazení, jak se stravovat, aby nedocházelo k obezitě atd. Na druhou stranu vcelku pozitivní je vysoký zájem o posilování svého zdraví. Naopak velmi nízký zájem o své zdraví a nevyhledávání informací figuruje u mládeže a mladých lidí, jak zmíní uje Jarolímek (2018) v článku *šZdravotní gramotnost je i u mladých vysoko-kolák stále velmi nízkáš*. V dnešní moderní době není problém najít potřebné informace. Důležité je najít vhodný zdroj, například konzultovat s odborníky, kteří dané problematice rozumí a pomohou porozumět laickým osobám. V běžném životě si lidé odmítají připustit, že by mohli být někdy nemocní, proto dokud jsou zdraví, nevyhledávají žádné potřebné informace.

Otázka 27 se dotazovala na civilizační choroby. Civilizační nemoci jsou způsobené především špatným životním stylem (špatná strava, nízká pohybová aktivita, kouření, alkohol). Do skupiny civilizačních onemocnění lze zařadit obezitu, kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, hypertenzi a jiné (Müllerová, 2014). Na základě toho jsem vytvořila tři skupiny onemocnění a respondenti mohli označit správnou možnost. První skupinu tvořila onemocnění spalničky, zářnice a příušnice, druhá skupina onemocnění zahrnovala obezitu, srdečněcévní onemocnění, nádory a tu třetí skupina onemocnění TBC, angína, klíbová encefalitida.

Správnou odpověď označilo 188 (94 %) respondentů, zářnice, spalničky a příušnice označilo 10 (5 %) respondentů a 2 (1) respondenti označili za civilizační onemocnění TBC, angínu a klíbovou encefalidu. V této otázce respondenti volili jednoznačně správné odpovědi, nebo civilizační nemoci ve spojení se životním stylem jsou neustále probírané téma, snadno dohledatelné a stále aktuální.

Podle Kuery (2015) *šZdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetřeníš*, celkovou omezenou zdravotní gramotnost vykazují 59,4 % respondentů. Studie dokazují, že vyšší míru zdravotní gramotnosti vykazují ženy, oproti mužům (Wångdahl et al., 2015). Stejných výsledků vyšší zdravotní gramotnosti dosáhly

také ženy ve studii (Dukick, Blecich, Cerovic, 2013). Ve své studii Sorensen (2015) uvádí mírně nižší zdravotní gramotnost u mužů. Studie zabývající se zdravotní gramotností a vzděláním prokázaly, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím vyšší je zdravotní gramotnost (HLS- EU Consortium, 2012). Ke stejným výsledkům došel i Heide, který se zabýval vztahem ZG a vzdělání. Prokázal, že lidé s vyšším vzděláním vykazují vyšší úroveň zdravotní gramotnosti, než lidé s nižším stupněm vzdělání (Heide et al., 2013).

První stanovená hypotéza byla zamítnuta. Zaměstnanci vybraných pracovních kolektivů jsou zdravotně gramotní, převládá středně gramotných nad málo a vysoce gramotnými zaměstnanci.

Druhá stanovená hypotéza byla také zamítnuta, protože ženy nevykazují signifikantní rozdíl zdravotní gramotnosti oproti mužům.

Třetí hypotéza byla zamítnuta, neexistuje žádná lineární závislost mezi dosaženým vzděláním a zdravotní gramotností.

Výsledky byly ovlivněny velikostí souboru, jelikož výzkum nebyl aplikován na všechny zaměstnance. Jednalo se o zaměstnance tří vybraných firem. Vhodné by bylo výzkum rozšířit mezi více zaměstnanců a zaměřit se i na jiné kategorie. Pro účely mé diplomové práce jsem se zaměřila na úroveň zdravotní gramotnosti z hlediska pohlaví a vzdělání.

6. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala zdravotní gramotností zaměstnanců. Zdravotní gramotnost v celé české republice je na velmi nízké úrovni. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s rizikovým chováním, horším zdravotním stavem a vyššími náklady na zdravotní péči. Důležitostí zdravotní gramotnosti spočívá v porozumění, získávání a vyhodnocování daných informací a jejich následné aplikaci v běžném životě, kdy jedinec bude schopen posoudit a rozhodovat se v péči o své zdraví v prevenci nemocí a v zájmu udržení lepší kvality života.

Zdravotní gramotnost je důležité zlepšovat, nebo se jedná o dobrý nástroj k zlepšování úrovně zdraví a životní pohody. Byly přijaty strategie, které mají za cíl zvyšovat kvalitu zdravotní gramotnosti a zájmu o vlastní zdraví. I přes dnešní moderní dobu, kde je velmi snadná dostupnost informací, mají i vzdělaní lidé stále menší povědomí o dostupnosti jednotlivých preventivních prohlídek a o své zdraví se příliš nezajímají. Samozřejmě tento jev mizí v okamžiku, kdy jedinec začne pociťovat zdravotní obtíže či nepohodu.

Cíl diplomové práce byla zdravotní gramotnost u zaměstnanců. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí anonymního dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Celkem bylo rozdáno těmto podnikům 400 dotazníků, zcela vyplněné dotazníky navrátilo 200 zaměstnanců, návratnost tedy činila 50 %. V rámci výzkumu byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza 1: Očekávaná zdravotní gramotnost zaměstnanců vybraných kolektivů je nedostatečná. Tato hypotéza byla zamítnuta na základě statistického testování dat. Zaměstnanci všech tří firem jsou zdravotně gramotní, převládali středně gramotní zaměstnanci nad vysoce a málo gramotnými zaměstnanci.

Hypotéza 2: Ženy vykazují vyšší míru zdravotní gramotnosti než muži. Tato hypotéza byla na základě realizovaného výzkumu zamítnuta. Podle statistického vyhodnocení se neprokázala signifikantní vyšší úroveň zdravotní gramotnosti u žen než u mužů. Naopak, zdravotní gramotnost pro obě pohlaví je stejná.

Hypotéza 3: Úroveň zdravotní gramotnosti je závislá od dosaženého vzdělání. Na základě statistického vyhodnocení dat byla tato hypotéza zamítnuta. Úroveň zdravotní gramotnosti zaměstnanců vybraných firem není závislá na dosaženém vzdělání pracovníků.

Na základ získaných a vyhodnocených dat by diplomová práce měla být podkladem pro zaměstnavatele i samotné zaměstnance firem. Výzkumný soubor tvořilo pouze 200 zaměstnanců a nelze tedy s určitostí říct, že takovéto výsledky by se týkaly všech zaměstnanců. Zaměstnavatelé mohou podle výsledků zvyšovat a rozvíjet úroveň zdravotní gramotnosti u stávajících zaměstnanců na vysoce gramotné zaměstnance anebo se zaměřit na problematiku nových, například zvýšit informovanost o kategorizaci práce nebo více dohlížet na používání osobních ochranných pracovních pomůcek. Co se týče málo zdravotně gramotných jedinců, je potřeba rozvíjet jejich rozhled a posilovat rozvoj zdravotní gramotnosti, aby se předcházelo možným komplikacím nejen v práci, ale také v každodenním životě. Úsilí pro zústenění podniků pro zvyšování a rozvíjení úrovně zdravotní gramotnosti u zaměstnanců by mohlo probíhat formou podpory zdraví na pracovišti, je-li součástí nadstandardní péče zaměstnavatele o péči zdraví a bezpečnosti v práci.

S ohledem na zdravotní stav populace České republiky je význam zdravotní gramotnosti obyvatelstva jako jednoho z hlavních předpokladů prevence nemocí s nejvyšším výskytem v populaci, respektive civilizačních onemocnění, zcela zásadní. Výsledky mé práce mohou být také prospěšné pro laickou veřejnost, kterou tato problematika zajímá.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALTIN, S., et al., 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. (14), 1-13 [cit. 2017-10-08]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 1471-2458.
2. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení 1, aktuální legislativa*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 80-2478-023-2.
3. BEAUCHAMP, A. et al., 2015. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 15, 1-13 [cit. 2017-11-28]. DOI: 10.1186/s12889-015-2056-z. ISSN 1471-2458.
4. BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: Uebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 80-2479-762-3.
5. ELEDOVÁ, L., HOLÍK, J., et al. 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. 204 s. ISBN 9788024638096
6. EVELA, R., ELEDOVÁ, L., 2010. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. EVELA, R., et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpora zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN: 9788024745442
Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
8. DUKI, N., BLECICH, A., CEROVÍČ, L. 2013. Economic implication of insufficient health literacy. *Ekonomika istraživanja: Economic Research Special Issue 2013* [online]. (1), 117-132 [cit. 2018-04-26]. ISSN 1331-677X.
9. DVOŘÁKOVÁ, S., 2017. *Hodnocení zdravotních rizik vybraných faktorů pracovního prostředí a pracovních lékařských služeb v oblasti recyklace a zpracování druhotných surovin a odpadů*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

10. FERKO, A a TUBRT, Z et al., 2015. *Chirurgie v kostce: 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. 512 s. ISBN: 9788024790411.
11. FRAJKOROVÁ, N. 2016. *Výchova ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
12. FRISCH, A., et al., 2012. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int* [online]. 27(1), 117-126 [cit. 2017-10-08]. DOI: 10.1093/heapro/dar043.
13. GIANNOUKOS, G., 2017. New Technology in Education. *Journal of Educational and Social Research* [online]. 7 (1), 9-12 [cit. 2017-10-08]. DOI: 10.5901/jesr.2017.v7n1p9. ISSN 2240-0524.
14. HEIDE, I. et al. 2013. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* [online]. (13), 1-11 [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-179. ISSN 1471-2458.
15. HLS-EU CONSORDIUM. 2012. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [online]. 25(6), 1-92 [cit. 2018-04-26]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043. ISSN 1464-360X.
16. HOLÍK, J. et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.
17. HOLÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 279 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
18. HOLÍK, J., 2014. Program zdraví 2020 je dobrou zdravotní strategií: health 2020 is a good strategy for health. *Hygiena* [online]. 2014, (59(3)), 140-144 [cit. 2017-04-22]. DOI: <http://dx.doi.org/10.21101/hygiena.a1311>. ISSN 1803-1048.
19. HUBER, M., et al., 2011. How should we define health? *BMJ* [online]. 2011, 1-3 [cit. 2017-11-13]. DOI: 10.1136/bmj.d4163. ISSN 1470-2738.

20. JANOTMOVÁ, K., et al., 2015. *Deset let soutěže Podnik podporující zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-346-4. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/podnik_podporujici_zdravi_brozura.pdf
21. JANOVS^{KÁ}, K., 2017. Zdravotní gramotnost podle věkových skupin. *I. Národní konference o zdravotní gramotnosti* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.,s. 1-43 [cit. 2017-10-08].
22. JAROLÍMEK, J et al., 2018. Zdravotní gramotnost je i u mladých vysokoškolařů velmi nízká. *Praktický lékař* [online]. 2018, 98(1), 12-17 [cit. 2018-04-24]. ISSN 0032673.
23. JÍ^{OVÁ}, J., 2012. *Úroveň informovanosti ve vybraných stavebních firmách o zdravotnickém zařízení, které jim poskytuje závodní preventivní péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
24. KICKBUSCH, I., et al., 2013. *Health literacy. The solid facts* [online]. 1. Denmark: WHO Regional Office for Europe, [cit. 2017-10-22]. ISBN 978 92 890 00154. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>
25. KIM. J., et al., 2017. The relationship between occupational noise and vibration exposure and headache/ eyestrain, based on the fourth Korean Working Condition Survey (KWCS). [online]. *PLOS ONE*. 12(5), 1-12. [cit. 2018-01-30]. DOI: 10.1371/journal.pone.0177846.
26. KRAUSE, C., et al., 2016. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int* [online]. 1-12 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1093/heapro/daw084. ISSN 1460-2245.

27. LIPTOVÁ, V. et al., 2016. *Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti* [online]. Státní zdravotní ústav. 35 s. [cit. 2018-02-07]. ISBN 978-80-7071-359-4.
28. MACHOVÁ, J., et al., 2016. *Výchova ke zdraví: 2. aktualizované vydání, pedagogika* (Grada). Praha: Grada. 312 s. ISBN: 8024753510.
29. MULLEROVÁ, D., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví U ební texty*, Univerzita Karlova. Karolinum Press. 256 s. ISBN: 9788024625102.
30. Nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, 1995. [online]. [cit. 2018-02-05]. In: Sběrka zákon České republiky, částka 76, s. 3968. ISSN 1211-1244..
31. NENÍKOVÁ, V., 2013. *Manažerští a zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov*. Olomouc. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických věd, univerzita Palackého.
32. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. Díl. U ebnice pro obor sociální práce*. Praha: Grada. 208 s. ISBN: 978-80-247-3709-6.
33. NUTBEAM, D. et al., 2015. A health promotion logic model to review progress in HIV prevention in China. *Health Promot Int* [online]. 30(2), 270- 280 [cit. 2017-11-28]. DOI: 10.1093/heapro/dat037. ISSN 1460-2245.
34. OLÍČKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V a BRABCOVÁ, I. , 2014. Determinanty zdraví imigrantů. *KONTAKT: časopis pro zdravotní péči a sociální práci ve zdravotní a nemocí* [online]. 2014, (1), 3-11 [cit. 2017-11-13]. DOI: 10.1016/j.kontakt. 2014.01.003. ISSN 1804-7122.
35. ORR, A., et al., 2014. Fostering Literacy Practices in Secondary Science and Mathematics Courses: Pre-service Teachers' Pedagogical Content Knowledge. *Language and Literacy* [online]. 16 (1), 91-110 [cit. 2017-10-08]. DOI: <http://dx.doi.org/10.20360/G2CS3Z>. ISSN 1496-0974.

36. PAVLÍ KOVÁ, K., 2010. Problematika v poskytování závodní preventivní péče v praxi. [online]. *Medicína pro praxi*. 7(3), 101 ó 104. [cit. 2018-02-08]. ISSN 115 1803-5310.
37. PELCLOVÁ, D. et al., 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. Praha: Karolinum. 3 vydání. 318 s. ISBN 978-80-246-2597-3.
38. PROVAZNÍK, K a KOMÁREK ,L., 2001 *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: Fortuna. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
39. PRCHA, J a VETĚNKA, J., 2014. *Andragogický slovník: 2. Vydání*. Praha: Grada Publishing a.s. 320 s. ISBN 9788024789934.
40. RITSATAKIS, A., 2012. Equity and the Social Determinants of Health in European Cities. *Journal of Urban Health* [online]. 2012, 90(1), 92-104 [cit. 2017-11-13]. DOI: doi:10.1007/s11524-012-9762-y. ISSN 1468-2869.
41. ROBINSON-PANT, A., 2016. Promoting Health and Literacy for Women's Empowerment [online]. *Germany: UNESCO Institute for Lifelong Learning*, [cit. 2017-11-28]. ISBN 978-92-820-1212-3.
42. SARWAR, M., et al., 2015. Understanding Some of the Best Practices for Discipline of Health Education to the Public on the Sphere. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences* [online]. 2(1), 1-4 [cit. 2017-10-23]. ISSN 234965219.
43. SØRENSEN, K a BRAND, H., 2013. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International* [online]. (29 (4), 1-11 [cit. 2017-11-28]. DOI: doi:10.1093/heapro/dat013. ISSN 1460-2245.
44. SØRENSEN, K. et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [online], 25(6), 1053- 1058 [cit. 2018-04-26]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043. ISSN 1464-360X.

45. SØRENSEN, K., et al., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. (12), 1-13 [cit. 2017-10-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458.
46. Státní zdravotní ústav, 2017. *Nemoci z povolání v České republice v roce 2016*. [online] [cit. 2018-02-05]. ISSN: 1804-5960 . Dostupné z: http://szu.cz/uploads/NRNP/aktual_Hlaseni_NzP_2016.pdf
47. STIEBITZ, J., et al., 2013. *Pr vodce odborn zp sobilých osob problematikou bezpe nosti a ochrany zdraví p í práci, hornické innosti a pořární ochrany*. Olomouc: ANAG, Práce, mzdy, poji-t ní. 400 s. ISBN 9788072638345.
48. SWARTHOUT, M., et al., 2017. Population health management: Review of concepts and definitions. *American Journal of health- Systém Pharmacy*. 74(18), 1405-1411. Doi: 10.2146/ajhp170025.
49. TPKÝ , M., 2016. *Personalistika pro manaflery a personalisty*. 2., aktualizované a dopln né vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 9788024758701.
50. TUBRT, B., 2013. *Pracovn léka ské slufby: povinnosti zam stnavatel Práce, mzdy, poji-t ní*. Anag. 327s. ISBN 9788072638208.
51. TVÁBOVA, K. et al., 2015. *Vybrané kapitoly z pracovního léka ství - díl 1*. [online]. Praha: Institut postgraduálního vzd lávání ve zdravotnictví. s. 104. [cit. 2016-11-22]. ISBN 978-80-87023-32-7. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2355-vybrane-kapitoly-z-pracovniholekarstvi-dil-1.pdf>
52. TVÁBOVÁ, K., et al. 2013. *Pracovní léka ství pro v-eobecné praktické léka e*. Praha: Raabe, Edi ní ada pro v-eobecné praktické léka e. 152 s. ISBN 978-80-87553-74-9.
53. VÁGVÖLGYI, R., et al., 2016. A Review about Functional Illiteracy: Definition, Cognitive, Linguistic, and Numerical Aspects. *Front. Psychol*. [online]. (7), 1- 13 [cit. 2017-10-08]. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01617. ISSN 1664-1078.

54. VELIKOVSKÝ, Z., EPOVÁ, R., 2007. *Metody dozoru*. České Budějovice: Jiho česká univerzita v českých Budějovicích, Zdravotní sociální fakulta, 93 s. ISBN 978-80-7040-943-5.
55. Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými agenty, ze dne 4. prosince 2003, částka 142, [online]. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-432>
56. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů, 2012. [online]. [cit. 2018-04-07]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 27, s. 842-848. ISSN 1211-1244.
57. Vyhláška č. 79/2013 Sb., o pracovních lékařských službách a dalších posudkové péči, 2013. [online]. [cit. 2016-11-28]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37, s. 778. ISSN 1211-1244.
58. Vyhláška č. 317/2016 Sb., o preventivních prohlídkách, v platném znění, 2016, částka 124, [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-317/zneni-20161017>
59. WÅNGDAHL, J. et al. 2015. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers: a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health* [online]. s. 1-13 [cit. 2018-04-26]. DOI: 10.1186/s12889-015-2513-8. ISSN 1471-2458.
60. WHO, 2012., *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies* [online]. WHO Library Cataloguing in Publication Data, [cit. 2017-10-23]. ISBN 978-92-9021-829-6.
61. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o ochraně veřejného zdraví), 2000. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 74, s. 3622-62. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=258/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

62. Zákon . 262/2006 Sb., zákoník práce, 2006. [online]. [cit. 2018-02-05]. In: Sbírka zákon eské republiky, ástka 84, s. 3146. ISSN 1211-1244.
63. Zákon . 309/2006 Sb., kterým se upravují dal-í požadavky bezpe nosti a ochrany zdraví p i práci v pracovn právních vztazích a o zaji-t ní bezpe nosti a ochrany zdraví p i innosti nebo poskytování slufleb mimo pracovn právní vztahy (zákon o zaji-t ní dal-ích podmínek bezpe nosti a ochrany zdraví p i práci), ze dne 23. kv tna 2006, ástka 96, [online]. [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-309>
64. Zákon . 373/2011 Sb., o specifických zdravotních slufbách, 2011. [online]. [cit. 2018-02-08]. In: Sbírka zákon eské republiky, ástka 131, s. 4802. ISSN 1211-1244.
65. ZDRAVÍ 2020., 2015. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Ak ní plán . 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015ó2020* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 1-50 [cit. 2017-10-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p1%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf
66. Zdravotní gramotnost dosp lých., 2016 [online]. 1. Národní sí podpory zdraví, [cit.2017-10-23]. Dostupné z: http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/gramotnost_A5_dosp%C4%9B1%C3%AD.pdf
67. ŘÍDKOVÁ, V., NAKLÁDALOVÁ, M., KOLÁROVÁ, H., 2013. Základní pravidla p i provád ní pracovn léka ských slufleb ve sv tle zákona o specifických zdravotních slufbách. [online]. *Praktický Léka* . 93(1), 16-20 [cit. 2018-02-08]. ISSN 1805-4544

8. SEZNAM P ÍLOH

P íloha . 1: Dotazník

9. SEZNAM ZKRATEK

tzv. - tak zvaný

ZG - Zdravotní gramotnost

R - česká republika

EU - Evropská unie

tj. - to je

nap . - například

aj. - a jiné

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

tzn.- to znamená

atd. - a tak dále

OOPP - osobní ochranné pracovní pomůcky

IZS- integrovaný záchranný systém

DOTAZNÍK ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST ZAMĚSTNANCŮ

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Kateřina Řežková a jsem studentkou posledního ročníku navazujícího studia Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví. Píši diplomovou práci na téma Zdravotní gramotnost zaměstnanců.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který zabere maximálně 10 minut.

Získané informace budou zpracovány anonymně. Děkuji za Váš čas.

Zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Obecné otázky

Pohlaví:

- a) žena
- b) Muž

Dosažené vzdělání:

- a) Základní škola
- b) Střední škola s maturitou
- c) Střední škola bez maturity
- d) Vysoká škola

Věk:

- a) 18 - 29 let
- b) 30 - 39 let
- c) 40 - 49 let
- d) 50 a více let

1. Která odpověď podle Vás nejlépe charakterizuje pojem zdraví?

- a) Stav duševní pohody
- b) Nepřítomnost nemoci
- c) Stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody
- d) Způsobnost a podoba vyrovnanosti

2. **Co si představujete pod pojmem zdravý životní styl?**
 - a) Konzumace pouze zdravých potravin
 - b) Zdravá strava a sport
 - c) Zdravá strava, pravidelná pohybová aktivita a péče o zdraví

3. **Jaký nápoj podle výživových doporučení byste měl tvořit v rámci pitného režimu během dne?**
 - a) Voda
 - b) Džusy
 - c) Sladké nebo kolové nápoje
 - d) Alkoholické nápoje

4. **Kolik jídel denně konzumujete?**
 - a) 2 denně
 - b) 3 denně
 - c) 4 denně
 - d) 5 denně

5. **Konzumujete pravidelně větší nebo povolené množství alkoholu za den? (1 pivo nebo 2dcl vína či 0,5 dcl 40% tvrdého alkoholu)**
 - a) Ano
 - b) Ne

6. **Jak často vykonáváte sport nebo pravidelnou pohybovou aktivitu?**
 - a) Každý den
 - b) 1-2x do týdne
 - c) Nepravidelně
 - d) Vůbec

7. **Co je nejvýznamnějším zdrojem vitamínů, minerálních látek a antioxidantů?**
 - a) Mléko
 - b) Minerální voda
 - c) Ovoce a zelenina

8. **Víte, které potraviny jsou bohaté na vlákninu?**
 - a) Maso
 - b) Ovoce a zelenina
 - c) Mléčné výrobky

9. **Víte, pro koho jsou dietní mléčné výrobky v potravě?**
 - a) Pro všechny
 - b) Jen pro děti
 - c) Pouze děti a ženy

10. **Během svého volného času budete**
 - a) Aktivní odpočívání
 - b) Pasivní odpočívání (spánek, čtení knih, TV)

11. Domníváte se, že byste byli schopni poskytnout správnou první pomoc?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nejsem si jist

12. Kdo má povinnost poskytnout první pomoc?

- a. Každý, pokud je starší 18 let
- b. Pouze slofky integrovaného záchranného systému
- c. Každý, pokud tím neohrozí sebe i jiné osoby
- d. Pouze zdravotníci a studenti zdravotnických obor

13. Uveďte telefonní čísla složek integrovaného záchranného systému

- d) Rychlá záchranná služba _____
- e) Hasičský záchranný sbor _____
- f) Policie _____

14. Co znamená termín resuscitace?

- a. Operace
- b. Ofiivování
- c. Tento termín neznám
- d. Navrácení církevních majetk

15. Víte, do jaké kategorie zaměstnávatelé Vaší práci po vyhodnocení rizik faktorů pracovních podmínek?

- a. Ano
- b. Ne

16. Pokud jste odpověď l/a Ano, uveďte, o jakou kategorii se jedná:

17. Víte, který lékař zajišťuje pracovní lékařské služby (závodní lékař) pro zaměstnance Vašeho podniku?

- a. Ano
- b. Ne

18. Víte, kterým faktorům pracovního prostředí jste vystaveni při výkonu Vaší práce?

- a. Ano
- b. Ne

19. Používáte osobní ochranné pracovní pomůcky?

- a. Ano
- b. Ne

20. Víte, kde je na Vašem pracovišti umístěna lékárnička pro první pomoc?

- a. Ano
- b. Ne

21. Jak často byste měl/a navštívit svého praktického (obvodního) lékaře za účelem preventivní prohlídky?

- a. 1x za rok
- b. 1x za dva roky
- c. 1x za 5 let
- d. Kdykoliv

22. Kdy jste absolvoval/a preventivní prohlídku u praktického (obvodního) lékaře?

- a. V letošním roce nebo minulém roce
- b. Před dvěma lety
- c. Před třemi lety
- d. Nepamatuji si

23. Jak často navštěvovat stomatologa za účelem preventivní prohlídky?

- a. 1x za rok
- b. 2x za rok
- c. Jednou za pět let
- d. Pouze pokud mám nějaké problémy

24. Zajímáte se o informace, které by Vám pomohly posilovat a rozvíjet zdraví?

- a. Ano
- b. Ne, nejsou pro mě důležité
- c. Ne, nevím, kde je mám hledat
- d. Ne, tyto informace jsou pro mě nesrozumitelné

25. Domníváte se, že některé nemoci lze rovněž ovlivnit životním stylem?

- a. Určitě ano
- b. Životní styl nemá vliv na onemocnění
- c. Nevím

26. Znáte pojem civilizační onemocnění?

- a. Ano
- b. Ne

27. Jaké onemocnění patří k civilizačním chorobám?

- a. Spalnice, zarděnky, příušnice
- b. Obezita, srdečněcévní onemocnění, nádory
- c. Angína, TBC, klíbová encefalitida