

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Jana Hřívová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Zdravotní gramotnost budoucích pedagogů**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů a dalších zdrojů, které jsou uvedeny v referenčním seznamu.

V Hodslavicích dne 6. 12. 2019

.....

podpis autora práce

## **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. Michaelé Hřivnové, Ph.D., za cenné rady a vstřícnost při řešení dané problematiky. Můj dík patří i respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině a blízkým přátelům za všestrannou podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

## Obsah

ÚVOD.....	6
1 Cíl práce, výzkumné problémy a hypotézy .....	7
2 Teoretické poznatky .....	8
2.1 Zdraví.....	8
2.1.1 Definice a teorie zdraví.....	8
2.1.2 Modely zdraví.....	10
2.1.3 Determinanty zdraví .....	11
2.1.4 Zdravotní stav obyvatelstva ČR .....	12
2.2 Zdravotní gramotnost.....	13
2.2.1 Definice zdravotní gramotnosti .....	14
2.2.2 Konceptuální modely zdravotní gramotnosti .....	16
2.2.3 Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti .....	19
2.2.4 Význam zdravotní gramotnosti .....	20
2.2.5 Faktory ovlivňující zdravotní gramotnost .....	21
2.2.6 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti .....	22
2.2.7 Zkoumání zdravotní gramotnosti a důsledky její nízké úrovně .....	26
2.2.8 Zdravotní politika a zdravotní gramotnost .....	28
2.2.9 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti .....	28
2.3 Pregraduální příprava v oblasti zdravotní gramotnosti.....	32
2.3.1 Podpora zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti v pregraduální přípravě pedagogů.....	33
2.3.2 Studijní program Výchova ke zdraví.....	35
3 Metodika práce .....	36
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	36
3.2 Výzkumná metoda .....	36
3.2.1 Charakteristika výzkumného nástroje .....	37

3.3	Organizace výzkumu .....	37
3.4	Zpracování získaných dat .....	38
4	Výsledky .....	39
4.1	Demografické údaje .....	39
4.2	Výsledky první části dotazníku .....	44
5	Testování hypotéz .....	56
5.1	Ověřování hypotézy č. 1 .....	58
5.2	Ověřování hypotézy č. 2 .....	69
5.3	Ověřování hypotézy č. 3 .....	73
6	Diskuze .....	77
	ZÁVĚR .....	80
	SOUHRN .....	82
	SUMMARY .....	83
	REFERENČNÍ SEZNAM .....	84
	SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ .....	93
	SEZNAM TABULEK .....	95
	SEZNAM GRAFŮ .....	96
	SEZNAM PŘÍLOH .....	97
	ANOTACE .....	107

## ÚVOD

Téma mé diplomové práce jsem si vybírala podle několika kritérií. Mou snahou bylo propojit pedagogiku se zdravotnictvím, tedy tak jak je tomu v mém nynějším studiu. Zdravotní gramotnost (dále jen ZG) je navíc aktuální a zajímavé téma, kterému je nutno právě v této době věnovat zvýšenou pozornost. Navíc se stává ZG častým předmětem diskuzí. Obecně zdravotní gramotnost je velice nízká a není tomu jinak ani u nás v České republice.

Samotný název práce směřuje konkrétně ke zdravotní gramotnosti budoucí pedagogů, tedy skupině osob, která se v současném (absolventském, posledním), ale i v předchozích ročnících připravovala na učitelskou profesi. Učitel ve své profesi může žákům zprostředkovávat různé informace, ale co víc, mnohdy ovlivňuje žáky svým chováním, postoji, názory, ve zkratce se může pro žáka stát vzorem.

Práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol, část, která pojednává o teoretických poznacích a část, jež je plně věnována samotnému výzkumu. Celá diplomová práce je navíc postavena na vytyčených cílech, kde byl stanoven hlavní cíl související s několika dalšími, dílčími cíli.

V teoretických poznacích se budeme zabývat především samotným zdravím – definicí, modely zdraví, souvisejícími determinanty. Stručně se zmíníme o zdravotním stavu obyvatelstva ČR a souvisejícími národními programy pro podporu zdraví. V rámci teoretické části je samozřejmostí se pozastavit u zdravotní gramotnosti, kde se seznámíme s několika definicemi. Poukážeme na jejich shody a také rozdílnosti. Od definic se posuneme taktéž k modelům ZG, jež jsou nedílnou součástí. Na příkladech si uvedeme význam, důsledky a faktory ovlivňující ZG. Pro ucelení problematiky se v krátkosti zmíníme o některých hodnotících nástrojích a proběhlých studiích. Nakonec si ještě popíšeme, jak probíhá profesní příprava učitele v oblasti týkající se zdraví a nakolik úzce souvisí zdraví s učitelským povoláním.

Druhá velká kapitola je zaměřena na výzkum, který byl stěžejní pro tuto práci. Pojednává o zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů. Hlavním cílem bylo zjištění úrovně zdravotní gramotnosti u studentů, kteří jsou v posledním ročníku svého studia. Výzkum probíhal na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Diplomová práce je završena diskuzí a závěrem. Součástí jsou i přílohy a další náležitosti, jež jsou obsahem každé vysokoškolské práce.

# 1 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ PROBLÉMY A HYPOTÉZY

## FORMULACE CÍLŮ

**Hlavní cíl:** Zjistit úroveň zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů pomocí standardizovaného dotazníku v kontextu stanovených hypotéz.

**Dílčí cíle:**

- 1) Systematicky objasnit zdravotní gramotnost a její role v procesu vzdělávání.
- 2) Zjistit rozdíly mezi úrovní zdravotní gramotnosti u jednotlivých oborů.
- 3) Analyzovat získané výsledky.
- 4) Potvrdit, případně vyvrátit hypotézy.

## VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

1. Hraje roli studovaný obor studentů 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v chápání důležitosti preventivních opatření nemocí? Případně jak velká míra rozdílnosti je u jednotlivých oborů?
2. Existuje u studentů 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci souvislost mezi pravidelným cvičením a subjektivním hodnocením zdravotního stavu?
3. Má míra pochopení informací od lékaře studentů 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci vliv na posuzování výběru očkování?

## VĚCNÉ HYPOTÉZY

**Věcná hypotéza č. 1:** Studenti oboru UVZ a UOPZŠ snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí než studenti jiných oborů.

**Věcná hypotéza č. 2:** Studenti, kteří pravidelně cvičí, mají lepší zdravotní stav než studenti, kteří pravidelně necvičí.

**Věcná hypotéza č. 3:** Studenti, pro které je snadné pochopit, co jim lékař říká, dovedou posoudit, které očkování je pro ně potřebné.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

V této kapitole a k ní náležejícím podkapitolám bude značná pozornost věnována explikací různých termínů. V souladu s tématem práce se budeme na následujících řádcích zabývat termíny, které úzce souvisí s problematikou zdravotní gramotnosti.

### 2.1 Zdraví

Co je vlastně zdraví a můžeme jej popsat, jasně definovat, či charakterizovat? Anglické slovo zdraví „health“ vzešlo ze staroanglického slova „hale“, které má přímý vztah ke slovu „whole“ (celý, celkem, zdravý). Pokud bychom pátrali po hlubších kořenech, původně slovo zdraví v latině i řečtině znamenalo celek. Německý výraz „heil“ rovněž znamená uzdravit i celek. Zdraví vzniká v prostředí, které je pro člověka vlastní (rodinné prostředí, školy, pracovní místo atd.) (Holčík, 2010).

#### 2.1.1 Definice a teorie zdraví

Definovat zdraví není vůbec snadné. Pokus definovat zdraví má dlouholetou tradici. Zdraví má spoustu charakteristik, vlastností a znaků. Existuje mnoho definic, a to nám může být důkazem, jak se tento pojem vyvíjí v čase (s ohledem na ontogenetický vývoj člověka, ale i historický vývoj společnosti) a je determinován mnoha faktory. Závisí na rozvoji medicíny, taktéž na rozvoji kultury, ekonomických a sociálních podmínkách (Kubátová, 2006). Zdraví je komplikovaný pojem, který má pro každého jedince individuální význam, ale v hodnotovém žebříčku jej po většinu nalezneme na prvních, ne-li první příčce (Lišková 2013, Kastnerová 2016). V dnešní době je na zdraví z pohledu definic nahlíženo spíše z holistického pohledu.

Při definici zdraví nemůžeme opomenout definici Světové zdravotnické organizace (SZO, v originále WHO – World Health Organization), která vymezuje zdraví následovně: *„Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne, jen nepřítomnost nemoci či slabosti.“* Tato definice je vnímána mnohými jako nedostatečná a mnohými i zpochybňována, např. Křivohlavý (2009, str. 40) uvádí některé nevýhody této definice a sám ve své knize vytvořil definici vlastní, která říká: *„zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“* Podle několika autorů je definice dle WHO zastaralá a zdá se být nevhodná pro velkou část populace v globálním měřítku. Chybí jim v definici kontext



se spiritualitou, jež jsou lidi schopni prožívat, ale měli by mít i možnost tuto spiritualitu prožívat, taktéž není popisována rovnováha v rámci životního prostředí (Charlier, 2016).

Naopak Holčík (2010) popisuje zdraví jako pomyslnou stupnici, jež má dva protipóly. Na jednom pólu nabývá člověk plného zdraví a popisuje jej jako nejvyšší stupeň zdraví, kterého může dosáhnout a na druhém, téměř protichůdném pólu je smrt. Mezi těmito konci je několik úseků, které představují např. mírné poruchy zdraví, méně podstatné a podstatnější poruchy (oslabení) zdraví až po bezvědomí a smrt.

Nobile (2014) rozumí zdraví jako určitému standardu, jako stav bytí, nikterak povinností nebo morální normou. Zdraví považuje za dobře pracující organismus, za funkční jednotku v kontextu jeho specifických vlastností.

V publikaci amerických klinických psychologek se můžeme setkat i s pojmy jako pozitivní a negativní zdraví. Pozitivní zdraví je spojováno s potěšením ze života, umožňuje vydržet zvýšené požadavky na jedince, a naopak negativní zdraví je vázáno s nemocí až smrtí. Zdraví popisuje jako stav člověka, který má své dimenze – tělesné, sociální a psychologické a ty mohou být právě spjaty s pozitivním, či negativním (Marcus, Forsyth, 2010).

Z novodobějších teorií se nám nabízí například Payne, který do definice zahrnuje pojmy adaptabilita, resilience, coping a hardiness, které jsou příčinou vymezení zdraví stran somatického a psychického stavu (Payne, 2015).

Výčtem definic a teorií bychom mohli dále pokračovat na nespočetně mnoho stranách, což by však nebylo smyslem této práce. Zdraví jednoznačně patří mezi nejdůležitější celosvětové cíle, jejichž realizace potřebuje sofistikovanou spolupráci mezi mnoha sektory za účelem dosažení nejvyšší možné úrovně. Zdraví je základním lidským právem (Nobile, 2014).

Jedním z nejvýznamnějších děl zabývajících se teoriemi zdraví je monografie Davida Seedhouse (1995). Seedhouse kategorizuje teorie zdraví do čtyř skupin: *1. Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness), 2. Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování, 3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží, 4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“* (in Křivohlavý, 2001, s. 33). V publikaci Křivohlavého je popsáno i jeho utřídění teorie zdraví. Využil dvě hlavní kritéria: *„zda je zdraví chápáno jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl sám o sobě – jako konečný stav veškerého snažení“* (Křivohlavý, 2001, str. 33). Dle autora lze chápat zdraví následujícími způsoby: zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, zdraví jako

metafyzická síla, salutogeneze, zdraví jako schopnost adaptace, dobrého fungování, zdraví jako zboží, jako ideál (Křivohlavý, 2001).

Členění teorií nacházíme i u dalších autorů a opět bychom mohli pokračovat jejich výčtem, avšak zmíníme se ještě o jedné, která zdraví pojímá ze sociologického hlediska je dílem autorů Gertharda a Beattie, kteří jako kritérium použili převažující způsob myšlení – mechanistické nebo humanistické a převažující způsob zaměření jedince – individualistické nebo kolektivistické (Kebza, 2005).

### **2.1.2 Modely zdraví**

Modely zdraví vznikají při snaze vystihnout pojetí zdraví v širším slova smyslu. Vzniká tak řada dalších modelů, které lze interpretovat. Ministerstvo zdravotnictví v dokumentu Zdraví 21 (2003) a Holčík (2010) uvádí dva nejdůležitější modely, o kterých bude stručně pojednáno na následujících řádcích. Jedná se o biomedicínský model zdraví a ekologicko-sociální model zdraví. Mimo jiné jsou známy další modely, např. humanitní, sociologický, celostní, model populační či behaviorální.

#### **Biomedicínský model zdraví**

Biomedicínský model zdraví se rozvinul na konci 19. století v souvislosti s převratnými objevy důležité pro rozvoj medicíny. Vychází z klinické praxe a zabývá se především symptomy nemoci, diagnostikou a terapií. Logicky se opírá o poznatky, jež jsou důkazem různých šetření. V kontextu biomedicínského modelu zdraví se setkáváme s pojmem „negativní model zdraví“ a právě proto, že vychází ze zjištění poruchy zdraví, z nemoci. Tento model klade důraz na aktivity zdravotnických zařízení, jež jsou výhradně považovány za jediné možné východisko (Holčík, 2010).

#### **Ekologicko – sociální model zdraví**

Model se snaží postihnout zdraví lidí v plné šíři, včetně faktorů na něj působících. Vychází z poznání, že zdraví je nejen důsledek vztahu lékaře a pacienta, ale je konfrontováno s mnoha dalšími prvky. Na jedince je nahlíženo jako na člena sociálních skupin, tzn. společnost, zaměstnání rodina. Sledující se všechny zdravotní a sociální charakteristiky zdraví. Toleruje i kulturní, sociální a individuální hodnoty, bere v potaz jejich vztah ke zdraví. Projevuje zájem jak o objektivní, tak i subjektivní stránku zdraví a poruch. Respektuje skutečnost, že lidé mohou příznivě reagovat na celou škálu metod péče o zdraví (Holčík, 2010).

### 2.1.3 Determinanty zdraví

Ve výše uvedeném textu jsme determinanty zdraví již okrajově naznačili. Nyní jim bude věnována větší pozornost, neboť se jedná o faktory, které ovlivňují zdraví člověka. Determinanty mohou působit samostatně nebo společně, je zřejmá jejich vzájemná interakce, ať už žádoucí, či nežádoucí. Vzájemně vytváří zdravotní stav a další aspekty bytí (Vurm, 2007).

Podle slovníku se jedná o: „*souhrn jevů a podmínek, které určují či ovlivňují zdraví. Zahrnují širokou škálu osobních sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí.*“ (Vokurka 2005, s. 186).

Lze je rozdělit z mnoha hledisek, např. podle směru působení – faktory zevní a vnitřní, z hlediska ovlivnitelnosti – faktory ovlivnitelní a neovlivnitelné, podle původu – biologické, chemické a fyzikální (Čeledová a Čeleda, 2010; Kastnerová 2011). V této práci využijeme dělení na vnější a vnitřní determinanty.

#### **Vnitřní faktory**

Každý jedinec získává určitou genetickou výbavu od obou rodičů při splynutí jejich pohlavních buněk. Uvádí se, že genetický základ ovlivňuje naše zdraví z 10-20 %. Do tohoto jsou zahrnuty i vlivy přírodního a společenského prostředí, jež se promítají do genetického základu, patří sem i způsob života rodičů (Machová, 2009).

#### **Vnější faktory**

Vnější (zevní) faktory jsou stěžejní determinanty, které mají vliv na zdraví. Obecně zde řadíme životní styl, životní prostředí a zdravotnické služby.

Životní styl je nejvýznamnějším determinantem ovlivňujícím zdraví pozitivním či negativním způsobem. Zdraví ovlivňuje až z 50 % (mnozí autoři uvádějí i víc). Životní styl je závislý na rozhodování jedince, které ale nemusí být vždy svobodné. Rozhodování člověka může ovlivnit zaměstnání, vzdělání, ekonomická situace, návyky vytvořené z rodiny, dále závisí na jeho věku, temperamentu, postojích, ale i třeba pohlaví (Machová, 2009).

Mezi determinanty životního prostředí řadíme faktory biologické, fyzikální, chemické, sociální, jenž determinují zdraví z 20 %. Kvalita životního prostředí ovlivňující naše zdraví se snižuje vlivem ropných havárií, které znečišťují podzemní vody, dále také z přehnojené půdy a vlivem znečištěných vodních toků. Naopak ovzduší znečišťují výfukové plyny

motorových vozidel. Potraviny a půda mohou být kontaminovány toxickými látkami, což má také značný vliv (Daňková, 2011). Brabcová a Vacková (2013) uvádějí sociální determinanty zdraví obsahující chudobu a sociální vyloučení, sociální postavení jedince, životní podmínky, nadbytek či nedostatek výživy.

Zdravotnické služby, zdravotní systém ovlivňují zdraví zhruba z 10 %, hovoříme o jejich úrovni, kvalitě, ale také dostupnosti.

Podle Holčíka (2010) nejvýraznější determinantou zdraví je sám člověk, který je schopen, jak své zdraví udržovat a posilovat, tak ho naopak poškozovat, anebo dokonce ničit.

#### **2.1.4 Zdravotní stav obyvatelstva ČR**

Zdravotní stav obyvatelstva je široký pojem, který obsahuje zdravotní stav skupin lidí a jedinců. Při studiích jsou v tomto pojmu obsaženy i determinanty zdraví, kterými lidé svůj zdravotní stav ovlivňují. Jedná se o specifickou studii, která se skládá z dotazníkového šetření zdravotního stavu (tzv. HIS – Health Interview Survey) a šetření zdravotního stavu s lékařským vyšetřením (tzv. HES – Health Examination Survey). Šetření bylo zaměřeno na lidi narozené v letech 1949 – 1989. Výzkumný vzorek činil 1220 respondentů. Výsledky studie EHES 2014 (Evropské výběrové šetření zdravotního stavu populace s lékařským vyšetřením, v originále European Health Examination Survey) poukazují na zdravotní stav české populace a mapují rizikové faktory, které ho ovlivňují.

Z klíčových zjištění dle minimálního evropského modulu o zdraví (MEHM) své zdraví považuje za velmi dobré necelá ¼ respondentů a je ½ jej hodnotí jako dobré, což dohromady činilo přes 70 % respondentů. Necelých 6 % považovalo svůj zdravotní stav za špatný nebo velmi špatný. Dlouhodobou nemoc nebo problém uvedlo 64 % respondentů, z nichž 2/3 osob nepozorují omezení v běžných činnostech a ¼ osob pociťuje méně vážné omezení. Vážné omezení ve svých běžných činnostech ze zdravotních důvodů uvedlo 7 % dotazovaných. Odpovědi respondentů EHES byly dále vyhodnocovány především pro civilizační choroby, jako jsou hypertenze, dyslipidémie, diabetes a nadváha (Čapková, 2014).

Dále nás o zdravotním stavu obyvatel ČR informuje Zpráva o zdraví obyvatel ČR z roku 2014. Dle této zprávy dochází k zachycení osob s hypertenzí a zlepšuje se péče o takto nemocné osoby, avšak úmrtnost je stále vysoká oproti jiným zemím v rámci EU. Až z 50 % úmrtí jsou příčinou kardiovaskulární onemocnění, ale úmrtnost za posledních deset let klesla díky včasné diagnostice a terapii. Podobně je tomu s výskytem zhoubných nádorů,

kteře mají rostoucí tendenci, nýbrž úmrtnost na takto diagnostikované jedince klesá opět díky diagnostickým a terapeutickým metodám.

Jako třetí oblast ovlivňující zásadním způsobem zdraví české populace je uváděn diabetes mellitus 2. typu, jehož rapidní nárůst lze přisuzovat životnímu stylu – způsobem stravování, pohybovou aktivitou a udržováním správné tělesné hmotnosti. Současně roste počet závažných chronických onemocnění přímo související s tímto onemocněním. Diabetes mellitus je tedy mj. spojen s nadváhou a obezitou, která se vyskytuje u větší poloviny dospělé populace v České republice. Také narůstá počet dětí s vyšší než normální hmotností, přičemž jsou známy všechny negativní důsledky v pozdějším věku. Obezita je predispozicí nejen úplavici cukrové, ale řadě dalších chronických onemocnění, např. hypertenze, cévní mozkové příhody, též některé druhy rakovinového bujení, ale poškozuj e i svalovou a kosterní soustavu. Pro ekonomiku a zvýšený nárok na rozpočet resortu zdravotnictví mají tyto nemoci nemalý vliv. Značnou zátěž vykazují i alergická onemocnění.

Rostoucí tendenci rovněž signalizují infekční nemoci (příušnice, dávivý kašel) a to i přes dostupnost očkování. Dlouhodobě také stoupá infekce HIV a dalších sexuálně přenosných infekcí. Za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů závažných onemocnění a předčasných úmrtí je považováno užívání tabákových výrobků. Mezi dospělými občany ČR se počty kuřáků pohybují okolo 30 %. Znepokojivé je však zjištění kouření cigaret nezletilých dětí a mládeže a jejich jednoduchá dostupnost pro tuto věkovou kategorii. Do oblasti návykových látek spadá i konzumace alkoholu, se kterou se Česká republika umístila na první příčce mezi zeměmi evropského regionu. Opět závažnou roli sehrává konzumace alkoholu dospívajících. V ČR převládá vysoká tolerance ke konzumaci alkoholu (Antošová, 2014).

Pro srovnání s jinými zeměmi můžeme jen krátce uvést např. Holčíkovu studii „Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost“. V kontextu výše uvedených faktorů a následků je ze studií zřejmé, že ve Švédsku je o polovinu méně obézních lidí než v České republice. Stejně tak je to i se spotřebou alkoholu a cigaret. V ČR je spotřeba těchto látek o polovinu větší než ve Švédsku (Holčík, 2011).

## **2.2 Zdravotní gramotnost**

Termínem gramotnost se zpočátku označovala schopnost, ať už číst, psát či počítat. Později je nám znám termín „funkční gramotnost“, což je výraz pro další dovednosti. Funkční dovednost znamená, že lidé jsou způsobilí a zdatní účastnit se aktivit, které jsou pro život nezbytné. Funkční gramotnost je orientovaná na současnou dobu a civilizaci. Máme na mysli

např. schopnosti pochopit text, označováno jako literární gramotnost, dále schopnost pracovat s čísly, tedy numerická gramotnost, s vývojem výpočetní techniky se objevuje termín počítačová gramotnost, čímž rozumíme pochopení základních funkcí osobního počítače pro uživatele, aj. (Holčík, 2010; Osborne, 2013).

Gramotností tedy můžeme rozumět schopnost nějakých aktivit, které jsou integrované s mentální činností. Ve vyspělých zemích je odhad pro funkční gramotnost okolo 90 % a gramotnost 100% (Holčík, 2010).

Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO) definuje gramotnost jako schopnost identifikovat, chápat, interpretovat, vytvářet, komunikovat a počítat, užitím tištěných a písemných materiálů spojených v různém kontextu. Gramotnost zahrnuje schopnost učení jednotlivců určenou k dosažení jejich cílů, k rozvoji jejich znalostí a potenciálu plně se zapojovat do společnosti (James, 2012).

S rozvojem techniky a technologií, ale i společnosti se můžeme setkat s gramotností finanční, přírodovědeckou, občanskou, taktéž cizojazyčnou.

Konečně výraz zdravotní gramotnost (ZG), který se dostává do popředí se zaměřením pozorností o zdraví. Rozvíjí se v souvislosti s rozvojem hodnoty zdraví a jeho významu. Celkově se o péči o své zdraví začalo zajímat více lidí (Holčík, 2010).

Pojem zdravotní gramotnost byl poprvé použit Scottem Simondem v dokumentu *Výchova ke zdraví jako sociální politika* v roce 1974. Stalo se tak především se snahou o zvýšení péče o zdraví v celé společnosti (in Holčík 2009). Dřívější autorovo pojetí se velmi lišilo od nynějšího pojetí, které si upřesníme blíže.

Termín „zdravotní gramotnost“ se někdy nesprávně zaměňuje s užším termínem „medicínská gramotnost“. Avšak ZG zaujímá obecnější úroveň gramotnosti (Holčík, 2010). Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví (MZ ČR, 2014).

Mnozí autoři se shodují, že potřeba konceptu ZG se generuje především z praktických důvodů. Osborne (2012) je přesvědčena, že zdravotnická a další zařízení nemají takový časový prostor, aby poskytly adekvátní intervence. Sdělení jsou často záležitosti rychlých návštěv a informace jsou velmi stručného charakteru. Na jedince (pacienta, klienta) je pak kladen velký nápor, kdy má za krátký čas pochopit, vstříbat a provádět činnosti odborného rázu. Jedinec je v roli aktivního partnera než jen pasivní příjemce (Osborne, 2012).

### **2.2.1 Definice zdravotní gramotnosti**

Definice zdravotní gramotnosti se neustále obměňuje. Jedním z důvodů může být, že se jejich autoři snaží postihnout množství témat, které zdravotní gramotnost zahrnuje.

Uvedme si proto několik definic s případnými reakcemi oponentů.

Definice ZG podle Světové zdravotnické organizace: „*Zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních schopností určuje motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.*“ (WHO, 2015).

Osborne definuje ZG jednodušeji, ZG vidí jako: „*sdílenou zodpovědnost mezi pacienty (nebo kýmkoli, kdo získává zdravotní informace) a poskytovateli (nebo kýmkoli, kdo zdravotní informace předává). Obě strany musí komunikovat na takové úrovni, aby došlo k porozumění.*“ (Osborne, H. 2012, s. 2). Zdánlivě jednoduchá definice však upozorňuje na důležitost oboustranného porozumění. Tuto definici dále posiluje i tvrzení Parnell, která uvádí, že „*jde o vztah mezi dovednostmi osob přijímajících péči nebo léčbu a profesionály nebo systémy, které tuto péči popřípadě léčbu poskytují*“ (Parnell, 2015, s. 3).

Naopak definice Kickbusch (2001) a Holčíka (2010) je mnohem specifičtější a lze v ní spatřit myšlení jak v kontextu individuálním, tak i globálním. „*Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i v politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.*“ (Kickbusch, 2001, s. 293; Holčík, 2010, s. 154).

Jako schopnost porozumění a případně míru porozumění chápou ZG autoři Muro a Ratzan. Jedna z Ratzanových definic ZG pojednává právě o míře schopností jedince následovně: „*Zdravotní gramotnost vyjadřuje míru schopností jednotlivce získat, zpracovat a pochopit základní zdravotní informace a služby potřebné k tomu, aby byli schopni činit odpovídající zdravotní rozhodnutí.*“ (Ratzan, in Muro 2011). Muro se ve své definici vyjadřuje obdobně, kdy ZG formuluje jako schopnost porozumění, přístupů a využívání nástrojů, jež mají spojení se zdravím a služeb dostupné pro danou lokalitu (Muro, 2011).

Boyce a Brown (2017) považují za důležité, aby intervence pro rozvoj zdravotní gramotnosti byly správně zaměřené na porozumění zdravotním informacím, které budou predispozicí k získávání nových informací a dovedností (Boyce a Brown, 2017).

Zdravotně gramotný člověk je takový, který dokáže přečíst informace na dané zdravotní téma. Zvládá vyhledávání a ověřování platných informací a tyto informace dokáže aplikovat v daných situacích. Posílení zdravotní gramotnosti prospívá ve zlepšení porozumění společnosti v otázkách zdravotních oblastí a účinném využití těchto dat (Kickbusch, 2013).

## 2.2.2 Konceptuální modely zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost se skládá z rozmanitých složek. Konceptuální modely zdravotní gramotnosti nám pomohou uvědomit si úroveň ZG a taktéž i porozumět flexibilním vazbám mezi nimi. Modely tedy slouží jako pomůcka pro jednodušší pochopení (Sørensen, 2012). Tyto modely monitorují strukturu ZG, způsob hodnocení a měření ZG. Jedná se o jakési myšlenkové struktury (Holčík, 2010).

### **Nutbeamův model zdravotní gramotnosti**

Snad nejznámější je Nutbeamův model ZG z roku 2000, který tuto gramotnost rozděluje na tři úrovně: funkční, interaktivní a kritická. Tento model dělí zdravotní gramotnost podle struktury, podle návaznosti na jiné odborné termíny a taktéž se věnuje výzkumům měření a vyhodnocení zdravotní gramotnosti (Peerson, Saunders, 2009; Krause 2016).

#### ***Funkční ZG***

Jedná se o nejzákladnější úroveň ZG, která je zaměřena na zprostředkování zdravotních informací a schopnost s nimi zacházet a na usnadnění orientace v systému zdravotnických služeb. Je výsledkem tradiční zdravotní výchovy, která je nástrojem zdravotnických pracovníků, např. zdravotní výchova pacientů, informační letáky, brožury a další edukační materiál (Holčík 2010; Osborne, 2012).

Funkční ZG si pokládá za cíl, aby poskytla široké veřejnosti rozmanité informace, následně vede k prohloubení jejich vědomostí a znalostí. Další strategií je povědomí o rizikových faktorech a navádění myšlení lidí takovým směrem, který vede k ochotě dodržovat předepsané opatření. U lidí však nevede k velké podpoře samostatnosti ani k řešení nestandardních situací tykající se zdraví (Nutbeam, 2000).

V této úrovni má veřejnost pasivní roli, lidé jsou spíše jen příjemci informací ze strany odborníků, ale na každého je kladena velká odpovědnost za vlastní zdraví, což se od dob centralistického zdravotnictví poměrně razantně změnilo. Příkladem může být neschopnost široké veřejnosti poskytnout první pomoc, nebo i neochota navštěvovat preventivní lékařské prohlídky, jak uvádí Zvírotsky (2007).

Funkčně zdravotně gramotný člověk je takový člověk, který si dokáže vyhledat informace o zdraví, pochopit je a následně se podle nich i řídit (Holčík, 2010).



### ***Interaktivní ZG***

Interaktivní ZG, též nazývána komunikativní, jež vyžaduje aktivní přístup populace. Jejím úkolem je rozvíjet schopnosti kognitivní, které v kooperaci se schopnostmi sociálními vedou ke smysluplné aktivitě v každodenním životě. Nyní již hovoříme o informacích, které mohou být upotřebeny v měnících se okolnostech života. Cílem, ale i prostředkem je posílení motivace a odpovědnosti ke svému zdraví.

Zdravotničtí odborníci zde působí jako poradci (poukazují na možnost výběrů, na výhody, ale i rizika jednotlivých aktivit) a občané jsou v tomto vztahu bráni jako partneři. Aby tato spolupráce mohla fungovat a komunikace probíhala dvousměrně, je nezbytné, aby lidé byli schopni vést racionální a adekvátní rozhovor se zdravotníky. Jsou známy například svépomocné skupiny lidí, které postihla určitá choroba či úraz, a právě oni často dávají podnět k tomu, aby došlo k určité změně v systému zdravotní péče.

K rozvoji interaktivní ZG je důležitá systematická výchova ke zdraví, na které se podílí mnoho resortů. Mylně se zdá, že se podílí jen škola, byť je nedílnou součástí. K výchově ke zdraví by měl být jedinec veden již od útlého věku v rodině a pro plný rozvoj interaktivní ZG je nutné i adekvátní zastoupení médií a společenských institucí (Nutbeam 2000; Holčík 2010; Osborne, 2012).

### ***Kritická ZG***

Kritická ZG je nevyšším stupněm tříložkového modelu ZG. V tomto stupni se jedná o schopnosti, které jedinec rozvíjí v jednotlivých úrovních – individuální chování, sociálně a politicky orientované činnosti; následně tyto úrovně propojuje v komplexní celek. Populace v této fázi mají kreativní a aktivní přístup v problematice péče o zdraví, jak bylo zmíněno, nejen v péči o své zdraví, ale o zdraví celé populace. Jde tedy o schopnost nahlížet na zdraví v globálních souvislostech.

Tvorba této ZG je dlouhodobý proces, možná i celoživotní. Cílem je tvorba zdravotně příhodného sociálního prostředí (Krause et al, 2016; Holčík 2010; Zvírotsky 2007). Součástí je i tzv. mediální gramotnost, která spočívá ve schopnosti zorientovat se v nesčetném množství informací, které jsou jedinci nabízeny různými formami (televize, internet, časopisy, atd.) Mediální gramotnost není příliš rozvinutá (Nutbeam, 2000; Holčík, 2010).

S přibývajícím úrovní ZG se předpokládá větší samostatnost člověka. Důležité ovšem je, aby byly rozvíjeny všechny úrovně, byť se zdá třetí úroveň jako nejdůležitější. Pro systematickost a komplexnost je právě důležitá nezastupitelnost všech úrovní. Jedná

se o poměrně složitý sociální proces a nevýhodou může být přeskokování úrovně (Holčík 2010; Čevela a Čeledová, 2014).

### **Další modely zdravotní gramotnosti**

Existují další konceptuální modely, které vytvořili jiní autoři a společnosti; pro ucelení se s nimi v krátkosti na následujících řádcích seznámíme.

Model zdravotní gramotnosti dle amerického Ministerstva zdravotnictví vychází z rozdělení zdravotnických informací a ty tvoří tři základní kategorie. První z nich je „*Osobní zdravotní dimenze*“, která se týká především informací posilujících zdraví člověka, ochrany zdraví, orientaci na poli systému služeb ve zdravotnictví. Druhá část se týká zdravotnických pracovníků. „*Zdravotnická dimenze*“, jež má za úkol zvyšovat kvalitu a hospodárnost poskytovaných služeb ve zdravotnictví. Pomocí nabytých informací mají zdravotničtí pracovníci možnost vhodně nakládat s těmito informacemi. Poslední dimenzí je „*Populační dimenze*“, která obsahuje informace o zdravotním stavu populace, determinanty zdraví a protektivní faktory zdraví. Zaměřuje se na širokou veřejnost (Holčík 2010; Detmer, 2003).

Na jednotlivé dimenze může být pohlíženo odděleně, ale jen z oblasti prostředků na jejich získávání, zpracování a následnou interpretaci, avšak Holčík (2010) považuje tyto dimenze za navzájem provázané a prolínající se v každodenním životě. Dohromady tvoří celek spojující zdravotní informace (Holčík, 2010).

Podobný model jako od Nutbeama, nalezneme i u Fredmana, který popsal tři základní sféry veřejné ZG. Každá z těchto sfér obsahuje typické schopnosti, jak tomu bylo též u Nutbeama. Jedná se o koncepční základy, kritické dovednosti a občanskou orientaci. Do koncepčních základů řadíme základní znalosti a informace potřebné k pochopení veřejného zdraví/zdravotnictví. Vyšším stupněm jsou kritické dovednosti, důležité pro získání, zpracování a analýzu informací, což by mělo vést k rozhodování ve prospěch společnosti. Třetím, posledním stupněm je občanská orientace, kterou se míní občanská angažovanost při řešení zdravotnických problémů, opět zahrnuje kompetence a prostředky (Sørensen, 2012; Freedman et al, 2009).

V Sørensenově publikaci (2012) nalezneme jiný konceptuální model ZG, jehož autorem je Mancuso. Hovoří o dovednostech, porozumění a komunikaci, které přibližuje svým obsahem. Za *dovednosti* mající vliv na ZG považuje shromažďování, analýzu a vyhodnocování informací o zdraví. Řadí zde i znalost jazyka, sociální dovednosti a základní numerické znalosti. Všechny tyto znalosti a dovednosti jsou potřebné pro orientaci v systému zdravotní péče. *Porozumění* chápe jako složitý proces, který je výsledkem vzájemného

působení logiky a jazyka. To hraje velkou roli v přesném výkladu informací, týkající se zdraví, které mají jednotlivci k dispozici. Posledním atributem ZG je komunikace, kterou Mancuso vysvětluje jako způsob, jímž lze vyjádřit myšlenky. Pomocí řeči, psaní, chování a signálů dochází k vyměňování informací. Za nutné komunikační dovednosti považuje čtení s porozuměním, písemné vyjádření srozumitelných informací a myšlenek (Sørensen et al, 2012).

Poslední model, který si zde představíme, se nazývá Enviromentální model zdravotní gramotnosti, jehož autorem je Seifert a tento model uvedl ve své knize Pierce County Enviromental Eealth Indicators: A Model for Improving Environmental Health Literacy. Jak již z názvu vyplývá, model je úzce spjat s životním prostředím, které z velké části ovlivňuje zdraví jedince a posléze i ekonomickou situaci státu. Seifert v koncepci poukazuje na důležitost politických opatření a činnosti organizací, jež mohou ovlivnit negativní vlivy životního prostředí na zdraví lidí. Spadá sem znečištění vody, půdy a ovzduší a informovanost jaké následky s sebou přináší. Z velké míry se zaměřuje i na motivaci jedince ke změně chování, přispívající k lepšímu/horšímu životnímu prostředí (Seifert, 2011).

### **2.2.3 Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti**

Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti je popsáno v projektu „Zdravotní gramotnost dospělých“. Projekt vycházel z modelu WHO, jenž byl rovněž použit při tvorbě Akčního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti. Dělení tedy bylo na tři oblasti ZG. První z nich je oblast podpora zdraví, kde spadají kompetence životního stylu a péče o prostředí. Druhou oblastí je prevence nemocí, čímž rozumíme prevenci infekčních a neinfekčních chorob, úrazů a přístup k medicíně založené na důkazech (tzv. Evidence Based Medicine). Poslední oblastí je zdravotní péče, kam spadají kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci.

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě, uvádějí ve svém projektu i postup, kterého lze využít. Tzv. algoritmus Chci – Umím – Mohu. Prvním krokem je vnitřní motivace, která představuje část z algoritmu „Chci“. Druhý postup je „Umím“, kdy jedinec má základní znalosti přiměřené jeho věku. Informace umí vyhledat, porozumět jim a aplikovat je v určitých situacích. Tyto znalosti jedinec uplatňuje i v každodenním životě. Posledním krokem „Mohu“ je myšleno vytvoření prostředí, ve kterém lze využívat své znalosti a ovlivnit a zajistit možné faktory (Janovská et al, 2016).

## 2.2.4 Význam zdravotní gramotnosti

*„Člověk, který neumí zacházet s informacemi o zdraví, se snadno stává obětí manipulace farmaceutického či potravinářského průmyslu i dalších subjektů. Neodolá a zakoupí si ten či onen preparát nebo službu s dobrým pocitem, že udělal něco pro své zdraví. Často přitom nehledí na peníze, protože zdraví je přece to nejcennější!“ (Zvírotsky 2007, s. 32-33).*

Význam ZG v Evropě i za hranicemi Evropy narůstá a stává se nezbytnou součástí a nezbytným prostředkem tzv. zdravé společnosti. Pomocí několika tezí nám význam a důležitost rozvoje ZG objasňuje např. Holčík (2010).

- *„Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život“*

Od útlého věku na dítě působí nespočetné množství různých faktorů. Dítě, které si v tomto období osvojí potřebné kompetence ZG (znalosti, dovednosti, návyky) a jsou formovány jeho postoje a názory, může získat velmi dobré dispozice pro vlastní zdraví. ZG pomáhá lidem nacházet informace týkající se dané problematiky.

- *„Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví“*

Rozvoj ZG má přímý vliv na zvyšování úrovně zdravotního stavu populace.

- *„Zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu“; „Zdravotní gramotnost je nespornou ekonomickou prioritou“*

Ekonomické ztráty jsou důsledkem nízké ZG, jakožto i zvýšené zdravotní rizika jsou příčinou rozdílů v úrovních zdraví různých sociálních skupin.

- *„Zdravotní gramotnost je jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví“*

- *„Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti“*

ZG posiluje schopnosti občanů, zvyšuje jejich sebedůvěru v oblasti zdraví.

- *„Zdravotní gramotnost přispívá k rozvoji demokracie“*

- *„Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury“*

ZG ovlivňuje nejen zdraví, ale také obecné kultury. Má moc posilovat osobní odpovědnost, která vede k myšlení v globálních souvislostech (Holčík, 2010).

Význam ZG je velmi hluboký a prochází naskrz strukturou společnosti. Má význam teprve tehdy, když se s jejími zákonitostmi seznámí co nejvíce lidí a získané poznatky uplatní v každodenním životě. Nutností je stavět na nových poznatcích a jednat na základě průběžně získaných zkušeností jdoucí s měnící se společností, kulturou a životními podmínkám (Holčík, 2010). *„Zjednodušeně, kdo je zdravý a nehrozí mu poškození zdraví, bude v této*

*oblasti méně znalostně zdatný než jedinec, který musí pravidelně ordinace odborníků navštěvovat“ (Nutbeam, 2010).*

„Zdravotní gramotnost osvobozuje“ je jedno z hesel Zdravotní gramotnosti národa na stránkách CZEDMA, které dále uvádí, že být zdravotně gramotný dává možnost přijímat správná rozhodnutí, díky čemuž má mnohem větší šanci na šťastný život ve zdraví (CZEDMA, 2014).

### **2.2.5 Faktory ovlivňující zdravotní gramotnost**

Faktorů ovlivňující ZG je nespočetně mnoho. Holčík (2010) je ve své knize shrnuje do dvou hlavních úrovní, tedy faktorů, jež jsou na úrovni jednotlivce a faktorů, které jsou na populační úrovni.

Na úrovni jednotlivce je myšleno:

- malá pozornost pro čtení a psaní
- nízká úroveň vzdělání
- nedostatek kompetencí (znalostí a dovedností) v péči o zdraví
- nesprávné pochopení informací od lékaře spojeno s nedostatečným vysvětlením problematiky a obavy s přílišného přetěžování lékaře svými dotazy
- snižování ZG vlivem přirozeného procesu stárnutí a kultura spojená se zvyky.

Populační úroveň zahrnuje:

- školy
  - odchylky mezi jednotlivými školami
  - věnování malé pozornosti výchově ke zdraví
  - nedostatek kvalifikovaných pedagogů
- zdravotní informace a komunikace
  - matoucí komerční texty
  - rozdílné možnosti v přístupu k internetu, který se stává zdrojem důležitých informací
- zdravotní systém
  - neznalost odborných termínů
  - obtížné rozhodování pro pacienty, kteří jsou občas zahlceni celým systémem
  - podceňování včasné lékařské pomoci
- zdravotničtí pracovníci

- zdravotničtí pracovníci sehrávají velkou roli v péči o zdraví a ZG, někteří si však nejsou této role vědomi

Každý z nás by měl mít zájem na udržování a zvyšování své zdravotní gramotnosti. Automaticky neplatí, že vysoce vzdělaný člověk je erudovanější v oblasti zdraví a toho, co je pro něj nejlepší, případně co si představit pod jednotlivými pojmy (Muro 2011; Nutbeam, 2000).

Holčík dále upozorňuje na důležitost novostí informací a jejich průběžné osvojování a doplňování. S vývojem medicíny, farmakologie a dalších blízkých oblastí, dochází k nepřetržitému rozvoji, ať už léčiv, či léčebných postupů a metod. Poměrně rychle se mění také dostupnost zdravotnických služeb.

*„Zdravotní gramotnost je podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a sociálním statusem, a na druhé straně se jeví jako faktor podmiňující faktické zdravotní chování, jako je tělesná aktivita a udržování tělesné hmotnosti.“* (Kučera in Chrastina, 2015).

## **2.2.6 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti**

V případě, že je měření úrovně ZG platné a spolehlivé, sehrává takové měření klíčovou úlohu v celé populaci. Pro tento účel slouží několik standardizovaných dotazníků, testů a hodnocení, které si blíže představíme. Předmětem zkoumání ZG jsou především dospělí jedinci. Výhodou testování je např. snadnější volba intervencí pro poskytovatele informací (zdravotnický personál aj.), avšak je třeba dbát na etické zásady výzkumu, člověk se může cítit poníženo a za své znalosti se také může stydět, tudíž je nutná značná dávka obezřetnosti, jinak může mít testování naopak opačný efekt (Osborne, 2012).

Jako první si uvedeme jeden z nejznámějších nástrojů hodnocení ZG, kterým je TOFHILA v originále Test of Functional Health Literacy in Adults, do češtiny lze přeložit jako test funkční ZG dospělých osob. TOFHILA je považován od roku 1995 za zlatý standard, jeho spolehlivost a platnost je na velmi vysoké úrovni. Skládá se z 67 položek, z nichž prvních 17 je zaměřeno spíše na základní matematické dovednosti, zbylé se zabývají čtením s porozuměním. Tento test trvá něco málo přes 20 minut, ale uvádí se, že je nepraktický v klinické praxi kvůli administrativní náročnosti, proto je spíše nástrojem výzkumným. V roce 2009 došlo k jeho pilotnímu testování i v interaktivní počítačové verzi, tzv. Talking Touch screen, po tomto testování bylo vybráno 90 nejlepších otázek a interaktivní je v tomto případě myšlen nástroj, jež umožňuje buď otázky číst na obrazovce,

nebo slyšet otázku nahlas. TOFHLA je validován v anglickém a španělském jazyce, zkrácená verze pak byla přeložena do několika jazyků (Collins et al, 2012). Zkrácená verze, tzv. S-TOFHLA byla zúžená na 4 položky týkající se numerické zdatnosti a 36 položek zaměřující se

na porozumění čtené informace. Tato verze trvá o poznání kratší dobu, odhaduje se na 7 až 8 minut. Výsledky S-TOFHLA vykazují tři úrovně ZG. Jedná se o nedostatečnou úroveň s nejvyšším bodovým ohodnocením 16, dále okrajovou úroveň, kdy jedinci dosahují výsledku 17 až 22 bodů a adekvátní úroveň, která se hodnotí od 22 bodů s maximem 36 bodů (Collins et al, 2012; Griffin et al, 2010). Výsledky studií, které ověřovaly testování v různých jazycích, odhalily, že pokud nejsou zohledněny kulturní rozdíly (např. přítomnost chronických nemocí, péče o zdraví, zdravotní pojištění, míra úrovně vzdělanosti), platnost a spolehlivost testu může být velmi nízká (Connor, Mantwill a Schulz, 2013).

Dalším známým, poněkud kratším testem je tzv. REALM v originále Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, volně přeložíme jako rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně. Jedná se o mezinárodně nejčastěji používanou škálu ZG, která testuje schopnost čtení prostých lékařských výrazů a zahrnuje i laické výrazy pro nemoci a části těla. Škála REALM je opět dostupná ve dvou verzích, jedné delší, plné verzi, která obsahuje 66 pojmů a zkrácené, obsahující pouhých 8 pojmů. Jak je již naznačeno v názvu nástroje REALM, škála je určená zase pro dospělou populaci (Collins et al, 2012; Maat et al, 2014).

V kontextu nástroje REALM byl vyvinut i podobný test SAHLSA – 50, v původním znění The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults, sloužící pro posouzení úrovně zdravotní gramotnosti Hispánců a pro lidi hovořící španělským jazykem. Z názvu současně vyplývá, že test obsahu 50 slov. Nástroj zjišťuje schopnost vyslovit slova a spojovat význam, hodnotí porozumění lékařským termínům. Matematické dovednosti, úroveň pochopení slov a mezilidská komunikace nejsou hodnoceny, ani je dotazník nezjišťuje (McLeod-Sordjan, 2011).

Pro měření ZG se také používá nástroj zvaný HLQ (Health Literacy Questionnaire), tedy dotazník zdravotní gramotnosti, který poukazuje na zkušenosti lidí v porozumění informací o zdraví a taktéž to, jak tyto informace dokáží využít. Dotazník ZG byl vyvinut Richardem Osbornem (Deakin University, Austrálie) a posuzuje 9 ukazatelů ZG (Batterham et al, 2014; Osborne, 2015).

Pro rychlý screening ZG lze využít dotazník NVS (Newest Vital Sign), který byl vyvinut v USA. Test má pouze šest položek a jedinec jej vyplní zhruba do 3 minut. Znovu jsou testovány čtenářské a matematické dovednosti důležité pro ZG. Podle skóre, kterého

respondent dosáhne je určována úroveň ZG. Výsledkem tedy může být nízká ZG, omezená úroveň ZG a nejpřívětivější je adekvátní úroveň ZG (Collins et al, 2012).

Ve spojení s dotazníkem NVS, vznikl i tzv. NVS-D, což je holandská verze tohoto nástroje. Problém se vyskytl při jeho pilotním testování, neboť pro respondenty byla neznámá položka, která je v USA běžnou záležitostí. Po pilotním testování proběhla úprava dotazníku, tak aby byl přizpůsobený respondentům v Nizozemsku, ale obsah byl zároveň zachován. Tato úprava přispěla k tomu, aby se stal spolehlivým a platným nástrojem pro mezinárodní srovnání ZG v Nizozemsku (Fransen et al, 2014).

Pokud bychom se přesunuli do zemí na kontinentu Asie, najdeme i zde nástroje pro měření ZG. Jde například o škálu The Chinese Resident Health Literacy Scale, která byla vyvinuta v Číně. Škála čítá 64 položek zaměřující se na tři oblasti. Jedná se o znalosti a postoje, chování a životní styl a třetí oblastí jsou zdravotní dovednosti. Opět byla prokázána vysoká validita a reliabilita. Velkou nevýhodou tohoto nástroje se jeví čas nutný k vyplnění tohoto testu. Respondenti jej obvykle vyplňovali déle než půl hodiny, tudíž je pro klinickou praxi opět špatně využitelný, ale jeho uplatnění můžeme najít ve výzkumu. (Shen et al, 2015)

Ještě výhodnějším směrem, můžeme nalézt další vytvořený nástroj zdravotní gramotnosti. Jedná se o Korean Health Literacy Scale, známý jako KHLS, jež byl vytvořený v Koreji z důvodu velmi nízké ZG a jejím nedostatku hodnotících nástrojů. Vyplnění dotazníků se odhaduje na dobu od 15 do 30 minut. Škála obsahuje porozumění textu a podmínek korejského zdravotnictví týkající se vzdělávacích materiálů a péče o vlastní zdraví v každodenním životě (Lee et al, 2009).

A konečně, na japonském ostrově vznikl test JFHLT, Japanese Funcional Health Literacy. Za podklad tohoto testu lze považovat již výše uvedené nástroje, jak REALM, tak i TOFHILA. Obsahuje 72 položek, které se týkají matematických dovedností, čtení s porozuměním, ale také situace, se kterými se lidé mohou konfrontovat v nemocničních zařízeních. Je zde zahrnuta i výchova ke zdraví a nejčtenější edukační materiály. Po pilotní verzi JFHLT proběhla redukce položek na konečný počet 16, což zkrátilo i dobu nutnou na vyplnění testu, zhruba na 10 až 15 minut (Nakagami et al, 2014). Navíc v Japonsku proběhla i další studie, zaměřující se právě na samotné nástroje ZG. Hlavním cílem výzkumu bylo vytvořit nový nástroj pro měření ZG u japonské dospělé populace, tak aby byl obecný, neboť předchozí nástroje byly zaměřeny především na čtení s porozuměním a matematické dovednosti, hlavně počítání. Vznikla škála HLS – 14, která obsahuje 14 položek, rozčleněné do tří oblastí. Zabývá se funkční ZG, komunikativní ZG a kritickou ZG. Byla prokázána vhodná reliabilita i validita testu HLS – 14 (Suka et al, 2013).



V časopise BMC Public Health byl v roce 2014 publikován článek zabývající se vývojem nástrojů ZG. Jedná se o systematický přehled zkoumající 17 hodnotících nástrojů ZG od roku 2009. Tato studie poskytuje náhled na současný stav měření ZG. Vyhodnocuje použité přístupy k měření a analyzuje jejich hodnotu pro další vývoj měření ZG. Cílem celé studie bylo předložit korektní informace o nástrojích ZG a tím poskytnout základ pro další směřování a vývoj nových hodnotících nástrojů ZG, které by adekvátně reagovaly na potřeby obyvatelstva. Studie tedy sledovala dva hlavní cíle, v první řadě zkoumala, jak měření ZG probíhalo v posledních letech, a zda nástroje zvažují stávající doporučení vědecké komunity o prvcích, které by měl zahrnovat nástroj pro měření zdravotní gramotnosti. Druhou částí bylo analyzování kvality zpráv zabývajících se vývojem nástrojů pro měření zdravotní gramotnosti. Studie vyústila v několik hlavních poznatků. Jedním z nich bylo zhodnocení využití multidimenzionálních konstrukcí pro měření ZG. V tomto ohledu byly vzaty v úvahu dřívější kritiky směrem k jednorozměrným měřicím režimům, což umožňuje hlubší a komplexnější poznání ZG a pomáhá zlepšovat měření. Dále bylo zjištěno, že některé nově vyvinuté nástroje již zahrnují komunikační dovednosti, ale většina je stále hodně orientována na dovednosti matematické a čtení s porozuměním. Avšak nedá se zcela zpochybnit, že by nástroje nebraly v úvahu dřívější doporučení ohledně komunikačních dovedností. Kromě toho bylo zjištěno, že studie zabývajících se objektivními metodami měření (přímý test schopností jedince) a subjektivními metodami měření (hodnocení vlastních schopností), často vykazují omezenou korelaci mezi metodami měření, což by mělo být zohledněno při použití přístupů se smíšeným měřením. Dalším pozoruhodným zjištěním bylo, že bez ohledu na použitý přístup k měření dostatečně nevysvětlují, proč byl tento přístup zvolen. Pokud není důvod určitého přístupu jasně stanoven, je obtížné dosáhnout vytvoření věrohodného postupu pro měření ZG. Studie také poukazuje na fakt, že častou bází pro vývoj nástrojů měření ZG se staly testy TOFHLA a REALM, kdy výzkumní pracovníci k nim většinou vkládají doplňující položky, či je jinak modifikují, aby se zabránilo stagnaci. Přestože akademický svět požaduje nové nástroje, dochází k malému a pomalému vývoji. V rámci studie došlo také k posouzení kvality publikací, které se zabývají vývojem a validací indexů ZG, kdy zjištění přineslo smíšené poznatky. Méně zohledněny byly především metodologické vlastnosti a nedostatek souladu s pokyny pro podávání zprávy. Zvláště validita a reliabilita stále nedosahuje očekávaného standardu u více než třetiny nástrojů. Tato zjištění ukazují možnosti pro další zlepšování ve výzkumu v oblasti ZG. Samozřejmě, že i tato studie měla svá omezení, ale za silné stránky jí nemůžeme upřít dodržování pokynů při vyhledávání literatury, sběr dat, analýzu a hodnocení kvality hlášení zjištěných článků (Altin et al, 2014).

### 2.2.7 Zkoumání zdravotní gramotnosti a důsledky její nízké úrovně

Nízká ZG s sebou přináší patrné důsledky. Zahraniční výzkumy důsledky dělí do tří kategorií, potažmo úrovní. Týká se jedince, populace a ekonomiky státu. Na úrovni jedince jde o horší zdravotní stav, nízká návštěvnost preventivních prohlídek a vyšetření, v důsledku toho dochází k častějším hospitalizacím. Jedinci dále chybují v užívání ordinovaných léků, vážne komunikace se zdravotnickým personálem, neboť nedosahují takových dovedností, aby s nimi komunikovali, a mají nedostatečné znalosti o své zjištěné chorobě. Nejsou obeznámeni se zásadami zdravého životního stylu a dalšími režimovými opatřeními. Na úrovni populace se projevuje vyšší nemocnost, zvýšený výskyt chronických onemocnění, onkologických a kardiovaskulárních onemocnění. Vyskytuje se vyšší počet dopravních nehod a vyšší mortalita. Dopad na úroveň ekonomiku státu je především skrz zdravotnickou oblast, zatížený je také sociální resort v ohledu sociálního zabezpečení a zaměstnanosti (Holčík, 2010; Ishikawa 2008; Weiss a Palmer 2004; Baker, 2002).

Z výše uvedeného textu je zřejmé, že ZG přímo i nepřímo ovlivňuje kvalitu života jednotlivců i celé společnosti. Rizikovými skupinami ohroženými důsledky nízké ZG jsou zejména osoby seniorského věku, lidé se sociální podporou, etnické minority, osoby se zdravotním postižením a dospělí s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

Na následujících řádcích si uvedeme několik málo studií, které poukazují na dopady nízké ZG. Jedná se o průřez poměrně náhodně vybranými studii, nikterak výčtem s jejich výsledky. Cílem je názorně ukázat právě důsledky nízké ZG napříč státy či kontinenty.

V ČR je úroveň ZG velmi nízká. Ve srovnání se zeměmi Evropské unie se ČR pohybuje hluboko pod průměrem nejlepších zemí (tj. Holandsko a Irko). Situace je zcela opačná a ČR se úrovní ZG dotýká spíše spodních příček a přibližuje se k zemím s nejhorší úrovní ZG. Nízká ZG je závažným problémem, který má nevalný dopad na systém zdravotní péče. Lidé s nižší zdravotní gramotností nejsou schopni včasné reagovat na zdravotní potíže, obtížně spolupracují s odborníky a nejsou ani motivováni k podpoře vlastního zdraví, natož zdraví celé populace. V ČR tedy postihuje nadpoloviční většinu populace, což vede ke zhoršování kvality života a velké ekonomické zátěži na oblast zdravotnictví a služeb k nim náležející (Janovská, 2017; MZ ČR, 2015).

Česká republika se na přelomu roku 2014/2015 zapojila do studie European Health Literacy Survey, výzkumu se účastnilo 1037 jedinců. Výzkum poukázal na problematickou a neadekvátní úroveň ZG u 59,4 % populace. Ve zdravotní gramotnosti se tímto výzkumem ČR umístila skoro na poslední příčku, nejhůře dopadlo Bulharsko. Země s nejlepšími

výsledky ZG byly očekávaně Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko (Šimůnková a Vojtíšková, 2015).

Pro srovnání můžeme uvést výsledek ze studie HLS-EU, v originále European Health Literacy Survey, která zkoumala ZG v osmi evropských zemích, kdy v Nizozemsku omezená gramotnost činila 28,7 % a neadekvátní pouhých 1,8 % (Palumbo et al, 2016).

Výzkumy z USA dokazují, že osoby s nízkou úrovní zdravotní gramotností se častěji neorientují ve zdravotnickém systému, neporozumí informacím, ať už jsou předány písemnou nebo ústní formou, častěji využívají pohotovostní služby i s následnou hospitalizací, jejíž příčinou je pokročilost stádia nemoci apod. z důvodu pozdního řešení problému, s tím souvisí i nenavštěvování preventivních prohlídek a v neposlední řadě netolerují zásady správné životosprávy (Holčík, 2010).

Holčík na podobnou situaci poukazuje i ve Velké Británii, kde navíc studie ukazují rozdíly u různých sociálních skupin, např. osoby z vyšších sociálních skupin kladou častěji dotazy lékařů a též mají lepší přístup k informacím (Holčík, 2010).

Již v roce 2014, Kříž upozorňuje na současnou aktuální problematiku vakcinace a jejím odmítáním, což je velký problém, který vzniká v důsledku nedostatečné ZG lidí. Dochází pak totiž k návratu některých, dříve vymýcených nemocí nebo nemocí vyskytujících se minimálně. Velkou roli v oblasti vakcinace sehrávají praktičtí lékaři a pediatři, kdy mohou komunikovat s rodiči odmítající očkování. V USA je běžnou rutinou, že poskytovatelé služeb přerušují s těmito lidmi veškeré vztahy. Negativní dopad pak může být daleko horší (Kříž, 2014). Dále se již o problematice vakcinace nebudeme zmiňovat, pouštět bychom se na velmi tenký led, což už vůbec není smyslem této práce. Příklad nám slouží jen jako možný další důsledek nízké ZG.

Yamashita a Kunkel provedli výzkum „Adult and Life Skills Survey“ (ALL), ve kterém bylo hlavním předmětem zkoumání vztahů mezi ZG a dosažené úrovně vzdělání v různých kulturách. Výzkum probíhal na území USA, Kanady, Itálie, Norska, Švýcarska a Bermudách. Výzkumným vzorkem bylo přes 40 000 respondentů. Výsledky výzkumu ukazují, že lidé, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý, měli mnohem vyšší úroveň ZG a tak tomu bylo i v opačném případě – respondenti hodnotící svůj zdravotní stav jako špatný, měli mnohem horší úroveň ZG. Většina respondentů napříč všemi státy své zdraví hodnotilo pozitivně. Dobrý zdravotní stav se pohyboval v určitém procentuálním rozmezí, avšak úroveň ZG se mezi státy rozcházela. Směrodatné je zjištění, kdy respondenti s dobrým zdravotním stavem měli zpravidla vyšší stupeň vzdělání, a naopak. Signifikantní bylo zjištění,

že dotazovaní hodnotící lépe svůj zdravotní stav, bývají více zaměstnání než respondenti s horším zdravotním stavem (Yamashita a Kunkel, 2015).

Na místě by bylo určitě zmínit i studie, které probíhaly na území japonského státu známým i pro svůj vysoký podíl lidí s vysokoškolským vzděláním. ZG byla v Japonsku měřena pomocí dotazníku WHOQL-BREF (World Health Organization Quality of Life) v roce 2009. Výzkumu se účastnilo 1040 respondentů dospělého věku a nízkou úroveň ZG mělo pouze 15,5 % dotazovaných. Tito účastníci výzkumu měli také nižší duševní a tělesné zdraví (Tokuda et al, 2009).

Takovýchto studií existuje mnohem více, ale pro nás bylo stěžejní ukázat na příkladech vyplývající důsledky nízké ZG.

### **2.2.8 Zdravotní politika a zdravotní gramotnost**

Zdravotní politiku si vytváří každý stát sám a uskutečňuje ji pomocí koordinované činnosti mnoha orgánů, institucí a organizací. Zdravotní politika funguje na úrovni celosvětové, evropské, národní, regionální i lokální. Takto působí za účelem kontroly zdraví. Je tedy orientována na zdraví lidí se všemi ovlivňujícími a souvisejícími faktory. Zdravotní politika má dlouhodobý charakter, vychází z aktuální situace a orientuje se i na budoucnost (Arnoldová, 2012; Holčík, 2009). Zdravotní politikou tedy nazýváme prevenci, návrhy opatření a realizaci v oblasti péče o zdraví (Holčík, 2010).

Realizace zdravotní politiky funguje cestou zákonů, norem, standardů, financí, ale i značnou pomocí státních, veřejných či soukromých společností. Úkolem státu je vytváření podmínek pro plnění cílů zdravotní politiky, mj. nese zodpovědnost za využívání prostředků vynaložených na zdravotní péči a zajišťování dostupnosti zdravotní péče pro občany. Dále má stát např. řešit ekologické problémy, ale též motivaci občanů v péči o své zdraví. (Gladkij, 2003)

V souvislosti se zdravotní gramotností je nutné si uvědomit, že každý občan by měl pečovat o své zdraví, k čemuž potřebuje dostatečné informace a motivaci, pak teprve jedinec přijme zodpovědnost za své zdraví. Z toho vyplývá zásadní cíl zdravotní politiky, tedy růst zdravotní gramotnosti. (Gladkij, 2003; Holčík, 2010)

### **2.2.9 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti**

V této kapitole si uvedeme tři hlavní oblasti metod pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Nejdříve se budeme obecně zabývat podporou a prevencí zdraví, v návaznosti na samostatnou

kapitolu zdraví, další oblast bude zdravotní výchova a poslední podkapitola nás seznámí se zdravotními programy.

### **Podpora zdraví a prevence nemoci**

Zdraví jako takové jsme již rozebírali v předchozí kapitole, pro shrnutí si můžeme uvést citaci profesora Holčíka: *„Zdravotní gramotnost je s podporou zdraví úzce provázána. Podporu zdraví by bylo možné jednoduše označit jako soubor opatření směřujících k rozvoji zdraví, zatímco zdravotní gramotnost je jeden z výsledků podpory zdraví“*. (Holčík, 2009)

Podpora zdraví (Health Promotion – HP) byla původně jednou z komponent zdravotní výchovy. Posléze se s konceptem začalo pracovat ve společenských zdravotních programech sloužících pro podporu zdraví. Podpora zdraví by měla příznivě působit na opatření, ať už politická, ekonomická, sociální atd., měla by přispívat k životnímu prostředí a podílet se na zvládnání konfliktních situací různého charakteru. HP by rozhodně nemělo být bráno jako pouhá záležitost zdravotnictví. Dle Holčíka HP vychází z pěti základních principů:

1. HP se více specifikuje na podmínky existence populace, než na vymezené skupiny
2. HP se zaměřuje na determinanty zdraví i nemoci
3. HP využívá hlavně doplňující metody a postupy
4. HP se snaží získat účast a podíl veřejnosti
5. Pro plné uplatnění HP a další rozvoj zastávají zdravotničtí pracovníci důležitou funkci (Holčík, 2015).

O prevenci bychom se mohli dočíst ve stejné publikaci, kde je dále i kategorizována, ale pro nás je důležité si uvědomit souvislost, že je důležitou složkou pro zdravotní gramotnost a navzájem spolu oboustranně komunikují.

### **Zdravotní výchova a výchova ke zdraví**

Jestliže pracujeme s pojmy „zdravotní výchova“ a „výchova ke zdraví“ je nutné si uvědomit jejich rozdíly. Mnohdy bývají právě tyto pojmy zaměňovány.

Výchova ke zdraví se v české legislativě dotýká Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jako součást činnosti zdravotních ústavů a Státního zdravotního ústavu (§86). Dle Holčíka lze obecně zdravotní výchovu pojmut jako: *„souhrn výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.“* (Holčík, 2015). Výchova ke zdraví je tedy spíše multirezortní, úzce spjatá se školstvím, kdežto zdravotní výchova je spíše záležitostí zdravotníků.

Obsah zdravotní výchovy je charakterizován ve třech tematických okruzích. Prvním, nezbytným okruhem je výchova a vzdělávání týkající se lidského těla a zahrnuje i postupy, jak o lidské tělo pečovat. Tato oblast je důležitá obzvláště při výchově dětí a mládeže. Druhý okruh obsahuje informace o zdravotnickém systému a zdravotnických službách, včetně toho, kdy mohou být užitečné, proč a za jakých okolností je využívat a taktéž komu jsou tyto služby poskytovány. Oblast se jeví být problematická, neboť dochází k přehlížení připomínek občanské veřejnosti, zřídka bývají vedeny multilaterální diskuze. Třetí okruh se věnuje výchově a vzdělávání v širším poli působnosti. Pojímá problémy a východiska zdravotní politiky, možnosti zdravotních aktivit a další skutečnosti významně ovlivňující zdraví lidí. Byť nám to může znít jakkoli honosně, třetí okruh je zatím spíše předmětem teoretického bádání a jeho praxe prozatím pokulhává (Holčík, 2015).

Zdravotní výchovu můžeme dále dělit na několik typů podle jejího zaměření. Holčík uvádí dělení na tradiční zdravotní výchovu, zdravotní výchovu zaměřenou na rizikové faktory a zdravotní výchovu orientovanou na zdraví (Holčík, 2015).

### **Programy podpory zdraví a prevence nemocí**

Primárním účelem zdravotních programů je zlepšit zdraví lidí. Kladou si za cíl nemálo úkolů. Principiálně se jedná např. o prvotní vymezení dosavadních zdravotních nesnází v kontextu na politicko-ekonomické a sociálně-kulturní poměry, dále stanovují žebříček důležitosti problémů a jejich možných řešení skrz realizaci zdravotních problémů. Snaží se o vylepšení systému péče o zdraví a v neposlední řadě se zdravotní programy zaměřují i na komplexnost ve vztahu ke zdraví, tj. myšlení v globálních souvislostech, ať už odborné či laické veřejnosti (Holčík, 2010).

### ***Národní program zdraví***

Za zaštiťující program pro několik dalších, můžeme považovat Národní program zdraví, jež vznikl v České republice v roce 1995. Jeho úkolem je přerozdělování dotací na projekty pro podporu zdraví. Na rok 2019 vznikly 4 moduly, přes které lze žádat dotace (MZ ČR, 2018).

### ***Zdraví 21***

Program Zdraví pro všechny v 21. století pokračuje v programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Program sumarizuje soudobé principy péče o zdraví, které vycházejí z nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti. Pod číslem 21 je skryto nejen aktuální století,

ale i počet cílů k realizaci. Kromě cílů, program Zdraví 21 vychází z pěti zásad, kterými jsou: spravedlnost, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Jedním z důležitých prvků celého programu je spravedlnost, hovoříme o tzv. ekvitě. Ekvitou ve zdraví je myšleno, že by každý měl mít stejnou příležitost docílit vlastního plného zdravotního potenciálu (Čeledová a Čevela, 2010).

Pro představu si zde jen heslovitě uvedeme cíle Zdraví 21:

- Solidarita pro zdraví v evropském regionu
- Spravedlnost ve zdraví
- Zdravý začátek života
- Zdraví mládeže do 18 let
- Zdravé stáří
- Zlepšení duševního zdraví
- Snížení výskytu přenosných nemocí
- Snížení výskytu neinfekčních onemocnění
- Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- Zdravé a bezpečné životní prostředí
- Zdravější životní styl
- Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem
- Podmínky a příležitosti pro zdraví
- Meziodvětvová odpovědnost za zdraví
- Integrovaný zdravotnický systém
- Řízení v zájmu kvality péče
- Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů
- Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví
- Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
- Mobilizace partnerů pro zdraví
- Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

### ***Zdraví 2020***

Na podporu zdraví a blahobytu, byl v roce 2012 přijat program Zdraví 2020 (pro období 2014 až 2020), vydaný WHO. Strategie podporuje začlenění a koordinaci aktivit vedoucích k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní a mezinárodní úrovni. Tento program se zaměřuje hlavně na nerovnosti ve zdraví, finanční krize vedoucí

ke snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a vzestup chronických neinfekčních onemocnění. Schválení programu Zdraví 2020 jaksi automaticky předpokládá, že další rozvoj veřejného zdravotnictví je reálný pouze tehdy, budou-li spolupracovat všechny složky společnosti a spolupráce bude záležitostí všech úrovní státní správy.

Za účel plnění cílů programu Zdraví 2020, vznikl v České republice závazný dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci. (SZÚ, 2012) Z tohoto strategického dokumentu vychází dalších několik strategických provádějících dokumentů, tzv. Akčních plánů. V současnosti existuje 13 platných akčních plánů. Pro nás je stěžejní Akční plán č. 12 – Rozvoj zdravotní gramotnosti, s dobou platnosti od roku 2015 do roku 2020. Cílem akčního plánu je zlepšení zdravotní gramotnosti v České republice. Cíl by měl být doložitelný v měřitelných jednotkách a taktéž se stát přípravou Národního plánu rozvoje ZG, aby docházelo k soustavnému růstu. Akční plán (stejně jako ostatní) je volně přístupný ke stažení na databázi strategií MZČR. Mimo jiné je v návrhové části důležitá pasáž textu pro vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti pedagogických pracovníků na všech úrovních vzdělání (MZ ČR, 2015).

### **2.3 Pregraduální příprava v oblasti zdravotní gramotnosti**

Člověk během celého života získává různé návyky, osvojuje si je a ne málokdy i inovuje. V prostředích, kde se jedinec vyskytuje, je konfrontován s všelijakými prvky či návyky, které ovlivňují lidské zdraví. Jedná se především o prostředí rodiny a školy. Učitelé tak mohou být zprostředkovateli informací a návyků týkajících se zdraví a zdravotní gramotnosti. Nabyté vědomosti, dovednosti, případně i převzaté návyky žáci následně aplikují ve svém každodenním životě a později mohou ovlivňovat i jejich přístup k péči o vlastní zdraví a přístup ke zdraví ostatních osob. Z toho vyplývá, že učitelé mají možnost zvyšovat zdravotní gramotnost nastupující generace.

Podle Fialové se zvyšování zdravotní gramotnosti týká všech pedagogických pracovníků a mělo by se stát důležitou součástí studijních programů zaměřených na vzdělávání. Nedílnou součástí osobnostní kvality pedagoga by právě měla být orientace na poli zdraví a zdravotní péče. Jedná se schopnosti a dovednosti získat základní informace o zdraví, umět je vhodně interpretovat, dále se rozhodovat ve prospěch zdraví a nést odpovědnost za zdraví vlastní i ostatních. Pro výchovnou a vzdělávací práci každého pedagoga jsou tyto kvality nezbytné a v dnešním světě žádoucí. (Fialová, 2014)



Nemálo autorů a odborníků se přiklání k důležitosti vlastního příkladu ve výchově a vzdělávání, což nemůže být zpochybňováno ani v oblasti zdraví. Pedagog by si měl vážit nejen sebe sama, ale i vlastního zdraví. Pokud jde o rozhodování vedoucí ke zdraví, rozhodně by měl mít příkladné chování. Pedagog by se měl zajímat o děti a jejich zdraví, brát v potaz determinanty, které zdraví ovlivňují, a tudíž i jednat v návaznosti na ekologické aktivity a další činnosti posilující rozvoj společnosti (Holčík, 2010).

Na základě rozhovorů s pedagogy, nám Zvírotsky předkládá několik okruhů zdravotní gramotnosti, které jsou stěžejní pro pedagogy. I on poukazuje na nejsilnější nástroj výchovy – vlastní příklad, kterým by měl učitel propagovat (přiměřeným a nenásilným způsobem) zdravý životní styl. Důležitou roli sehrává vlastní uvědomění nesamozřejmosti zdraví, za důležité pokládá i dobrou úroveň mediální gramotnosti, která umožňuje kriticky vyhodnocovat informace vztahující se k medializaci a komercializaci zdraví. S tím souvisí i znalost základních zdravotnických termínů a znalost nejběžnějších poruch zdraví, jejich příčiny a projevy. Není tím myšlena snaha o zastoupení zdravotnických odborníků, ale spíše schopnost rozpoznat situace, kdy je třeba vyhledat (zavolat) odbornou pomoc. Důležitou dovedností pro pedagogy je samozřejmě poskytování první pomoci (Zvírotsky, 2009).

Pro naše účely využijeme dělení na vzdělávací obory, které se primárně nezabývají výchovou ke zdraví, ale budeme se věnovat i konkrétním studijním programům.

### **2.3.1 Podpora zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti v pregraduální přípravě pedagogů**

Na systémové zvyšování zdravotní gramotnosti upozorňuje již Marádová (2016), která pokládá za důležité, aby tato oblast byla součástí studijních programů v učitelské přípravě. Předměty vztahující se k rozvoji ZG, poskytují budoucím učitelům kompetence vést žáky k zodpovědnosti za vlastní zdraví a ochraně zdraví svého i zdraví ostatních jedinců (Hřivnová, 2016).

Doporučení pro změny v programech učitelského vzdělání nalezneme např. u Marádové (2016), která apeluje na umožnění rozvoje osobní zdravotní gramotnosti v předmětech obecného základu vysokoškolského studia. Dále pokládá za důležité posilování pedagogické a odborově didaktické připravenosti v oblasti podpory zdraví u všech absolventů studijních programů učitelství a vychovatelství (bez ohledu na stěžejní obor studia). Upozorňuje i na prohloubení znalostí a dovedností v problematice zdraví u studijních programů učitelství pro 1. stupeň ZŠ a učitelství pro mateřské školy. Těžištěm didaktické přípravy učitelů primární a preprimární školy shledává v činnostním a prožitkovém učení, a proto je více než

vhodné, aby učitelé měli komplexní přehled o problematice, např. pro projektové vyučování, cíleně zaměřeno na výchovu ke zdraví. Nakonec připomíná profesi speciálního pedagoga, kterému by rovněž neměla být upřena možnost hlubšího vhledu do zmiňované problematiky. Rozsah a hloubka znalostí se pak odvíjí od konkrétní náplně práce pedagogických pracovníků, jinak tomu bude u učitelů 1. stupně ZŠ, učitelů předmětů na 2. stupni ZŠ, vychovatelů, atd. Efektivnost se prokáže při vzájemné spolupráci těchto pedagogů. (Maradová, 2016)

Hřivnová však uvádí konfrontaci teorie s realitou, zda obsahově (rozsahově i didaktiky) je aktuální nabídka předmětů zaměřených na výchovu ke zdraví ve společných disciplínách obsažena dostatečně a jestli budoucí pedagogové získávají nezbytné a adekvátní kompetence v požadovaném rozsahu (Hřivnová, 2016).

Pro představu si uvedeme, jak je výchova ke zdraví realizována na několika fakultách v České republice. Jedná se o vlastní výzkum Hřivnové, která shledala značné mezifakultní rozdíly. Prvním příkladem nám může být pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, která na bakalářském stupni vyučuje jako volitelný předmět Výchovu ke zdraví a Předlékařskou první pomoc. Na navazujícím magisterském jsou předměty povinně volitelné a jedná se o zdravotní gramotnost pro učitele a Prevence rizikového chování. Ještě menší zastoupení mají tyto předměty na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity, kde v bakalářském i navazujícím magisterském studiu jde pouze o volitelné předměty (Podpora zdraví v osobním životě, První pomoc s prvky zážitkové pedagogiky, Prevence chronických neinfekčních chorob a syndromu stáří). Pedagogická fakulta Západočeské Univerzity v Plzni v pregraduální přípravě vykazuje pět možných disciplín zaměřující se na výchovu ke zdraví. Povinně volitelné jsou disciplíny Výchova ke zdravému životnímu stylu, Biologie dítěte a zdravotní výchova (bakalářské studium) a Zdravá škola (navazující magisterské studium). Do volitelných předmětů pak spadají Relaxační a energizační techniky a Výchova k partnerství a rodičovství. Poslední fakultou, kterou nemůžeme nezmínit, je Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, která v rámci bakalářského programu vyučuje povinné předměty a na navazujícím magisterském stupni jde o povinně volitelný předmět. Z povinných předmětů student musí absolvovat Somatické a fyziologické charakteristiky žáka a školní hygiena, První pomoc, Prevence rizikového chování. Povinně volitelná disciplína nese název Zdravotní gramotnost (Hřivnová, 2016).

Za povšimnutí stojí především odlišnosti v možnosti volbě předmětů, tedy zda se jedná o předmět povinný, povinně volitelný, nebo je pouze volitelný. Pakliže si pohráváme s myšlenkou, že budoucí učitel absolvuje své bakalářské vzdělání na jedné z pedagogických fakult, ale pro navazující magisterský stupeň se již rozhodne pro jinou fakultu, lze docílit

toho, že ani v jednom stupni studia nemusí absolvovat předměty vztahující se k výchově ke zdraví, což je rozhodně nežádoucí.

### **2.3.2 Studijní program Výchova ke zdraví**

Mění se společenské podmínky a potřeby obyvatel ve vztahu ke zdraví dávají za vznik strategickým dokumentům Evropské Unie, na které musí reagovat i vzdělávání svým obsahem a stanovením cílů v oblasti podpory zdraví (Fialová et al., 2014).

Pedagog aprobovaný ve studijním programu Výchova ke zdraví by měl zajistit odbornou garanci tohoto předmětu spočívající ve specializaci na oblast podpory a ochrany zdraví. Mimo jiné se jedná i poskytování odborné a metodické pomoci ostatním z pedagogického týmu školy, příkladem může být implementace výchovy ke zdraví do tematických plánů. Studijní obor rozvíjí kompetence studentů především v oblasti biologicko-medicínské, psychologicko-sociální a didaktické, kde převazují aktivizační a komplexní výukové metody (vzhledem k formativní funkci výuky) (Marádová, 2016).

Profesní příprava pedagogů pro tento vzdělávací obor poskytuje v České republice šest pedagogických fakult (Univerzita Palackého v Olomouci, Ostravská univerzita v Ostravě, Masarykova univerzita v Brně, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Univerzita Karlova v Praze a Západočeské univerzity v Plzni). Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého probíhá vzdělávání v bakalářském studijním programu Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a v magisterském navazujícím programu Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy (Hřivnová, 2016).

### 3 METODIKA PRÁCE

V této kapitole se budeme zabývat kvantitativním výzkumem na základě standardizovaného dotazníku. Hlavním cílem výzkumu bylo zjištění úrovně zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. (viz kapitola Cíl práce) Metodika výzkumné práce byla založena na kvantitativním výzkumném šetření.

#### 3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníkové šetření probíhalo na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, která poskytuje vysokoškolské vzdělání budoucím učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům pro různé druhy škol.

Cílovou skupinou pro tento výzkum byli studenti absolventských ročníků. V našem případě se jednalo o studenty druhých ročníků navazujícího magisterského studia a studenty pátých ročníků magisterského studia.

Výzkumu se zúčastnilo 216 respondentů. Pro výzkumný soubor bylo použito 191 dotazníků. Minimální počet respondentů pro kvantitativní výzkum byl tímto naplněn a výzkumný soubor můžeme tedy považovat za reprezentativní. Probandi byli dále rozděleni do pěti hlavních skupin, podle specifikace svého učitelského zaměření. (viz dále)

#### 3.2 Výzkumná metoda

Pro samotné uskutečnění výzkumu byla použita kvantitativní metoda sběru dat pomocí nástroje dotazníku.

Dotazník je univerzální nástroj, pomocí něhož lze získat data. Obvykle zahrnuje části, které vycházejí z procedur škálování, testování a měření; jeho nejčastější použití je ve statistickém měření (Hendl, 2017). „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“ (Chráska, 2007, s. 163).

Dotazník je velmi čtenou metodou pro získávání dat, nejen v pedagogickém výzkumu. Hlavní předností dotazníku je rychlé shromažďování dat a informací. Nicméně nevýhodou může být získání nepravdivých informací a to v případě, kdy proband dotazník vyplní neodpovědně (Chráska, 2016).

### **3.2.1 Charakteristika výzkumného nástroje**

Pro naše výzkumné šetření byl použitý dotazník v písemné formě, který byl pro Českou republiku upraven dle standardizované metodiky pro zjišťování úrovně ZG. Původní výzkumná metoda „strukturovaný rozhovor“ byla poskytnuta Státním zdravotním ústavem se sídlem v Praze. Nástroj byl již dříve použitý při mezinárodním testování ZG dospělé populace v Evropě se zaštiťujícím orgánem WHO. Samotný dotazník poskytuje i pokyny pro respondenty, které jsou součástí jednotlivých otázek, jejichž vyplnění bylo vždy dobrovolné.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část obsahuje 23 otázek, druhá část čítá 17 otázek. První část, zkoumání ZG je stěžejní částí dotazníku, což nám dokazuje i kvantita otázek. První otázku lze hned rozdělit na několik podotázek, konkrétně 47, což je v celkovém součtu první části šedesát dva položek. Druhá část se zabývá oblastí demografickou, tzn. otázky, zde jsou demografického charakteru a žádná z nich nemá další podotázky. Touto částí je i samotný dotazník ukončen.

### **3.3 Organizace výzkumu**

Jak již bylo uvedeno výše, tento výzkum byl realizován na půdě pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, a tedy i získávání respondentů pro výzkum probíhalo výhradně v tomto objektu. Po výběru vhodného vzorku respondentů, proběhlo vždy oslovení zaměstnanců, kteří vedli přednášky právě pro tyto studenty. Pakliže s výzkumem souhlasili, po vzájemné domluvě došlo ke stanovení termínu, vhodného pro samotné provedení výzkumu. Pro výzkum bylo použito dotazníkové šetření. Jednotlivé dotazníky byly vždy jen v tištěné formě. Aby bylo testování co nejvíce objektivní, byly vytvořeny maximálně obdobné podmínky pro vyplňování dotazníků. Před každým vyplněním dotazníků byli respondenti obeznámeni s několika náležitostmi dotazníkového šetření a toto obeznámení proběhlo vždy jak ústní, tak i písemnou formou. Ústně, tedy slovy, byl respondent obeznámen s účelem a záměrem výzkumu a důsledky v případě vyplnění dotazníku. Studenti byli informováni o skutečnosti, že účast na tomto výzkumném šetření je dobrovolná a mohou kdykoli odstoupit. Též byly zodpovězeny případné dotazy. V prvotních minutách proběhla i krátká stručná instruktáž a pokyny k vyplnění konkrétního dotazníku. Dále byl ke každému dotazníku přiložen průvodní dopis, který předchozí informace shrnoval slovně. S průvodním dopisem byl respondent obeznámen i se situací, kdy poskytuje informovaný souhlas

s vyplněným dotazníkem a následným zpracováním dat pro cíle výzkumu diplomové práce. V písemné formě byly respondentovi poskytnuty i kontaktní údaje, pro případné dotazy, ale především pro možnost zpětné vazby. Po samotném vyplnění dotazníku respondentem, probíhala okamžitá návratnost k rukám zadavatele. Sběr dat probíhal v několika fázích, od listopadu 2017 do prosince 2018.

### **3.4 Zpracování získaných dat**

Po sběru dat následovala kontrola vyplnění dotazníků. Na základě důkladné optické kontroly, kontroly úplnosti a věrohodnosti vyplnění došlo k eliminaci dotazníků. Z celkového počtu 211 dotazníků bylo na základě kontroly vyřazeno 20 dotazníků, z čehož vyplývá, že do samotného statistického zpracování bylo zařazeno 191 dotazníků.

Další fází bylo zapsání dat do programu Microsoft Excel. Všechny grafy a tabulky byly vytvořeny také v Microsoft Excel, případně v Microsoft Word. Testování hypotéz bylo provedeno ve statistickém softwaru R, pomocí dvou statistických testů (Pearsonový chí-kvadrát test a Fisherův test).

## 4 VÝSLEDKY

Anonymní dotazník čítal přesně čtyřicet otázek. Pomyslné rozdělení dotazníku, bylo uvedeno již výše v kapitole charakteristika výzkumného nástroje. Pro lepší přehlednost a samotnou významnost otázek, budou zpracovány do grafů či tabulek pouze některé otázky. Hned z první otázky, která má téměř 47 podotázek, budou později vybrány konkrétní informace v kapitole samotných hypotéz. Taktéž budou vyselektovány otázky, které jsou stěžejní pro naše hypotézy, a tudíž budou zpracovány opět v kapitole testování hypotéz.

### 4.1 Demografické údaje

Součástí dotazníku byly i tzv. demografické údaje, které budou níže zpracovány do příslušných tabulek. Byly kladeny otázky např. na pohlaví respondenta, výšku, váhu, ale i bydliště, možnost navštěvování lékaře, otázky zaměřené na finance v kontextu plateb za léky apod.

#### Otázka D1: Pohlaví

*Tabulka 1. Pohlaví*

Pohlaví	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>Muž</b>	24	13%
<b>Žena</b>	166	87%

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 191 respondentů. Do výzkumu se zapojilo celkem 166 žen (87 %) a 24 mužů (13 %).

**Otázka D3 a D4: Jaká je vaše výška? Jaká je vaše váha?****Tabulka 2. BMI**

<b>BMI</b>	<b>Podváha</b>	<b>Norma</b>	<b>Nadváha</b>	<b>Obezita 1. st.</b>	<b>Obezita 2. st.</b>	<b>Obezita 3. st.</b>	<b>Nevím/nechci odpovědět</b>
<b>Rozmezí</b>	<b>&lt; 18,5</b>	<b>18,5 - 24,9</b>	<b>25 - 29,9</b>	<b>30 - 34,9</b>	<b>35 - 39,9</b>	<b>&gt; 40</b>	<b>-</b>
<b>Počet respondentů (n)</b>	7	132	27	7	0	1	17
<b>Počet respondentů (%)</b>	4 %	69,1 %	14,1 %	3,7 %	0,0 %	0,5 %	8,9 %

Tabulka č. 2 zobrazuje BMI hodnoty respondentů. Vycházejícím bodem pro tyto údaje se staly otázky D3: „Jaká je vaše výška?“ a D4: „Jaká je vaše váha?“, ze kterých lze vypočítat hodnoty BMI, jež jsou pro nás přínosnější. BMI s hodnotou 18,5 nebo nižší bylo zjištěno u 7 respondentů (4 %). 132 respondentům (69,1 %) bylo vypočítáno rozmezí 18,5 – 24,9, které je charakteristické pro normální váhu. Z výpočtů dále vyplývá, že 27 respondentů (14,1 %) trpí nadváhou a 7 respondentů (3,7 %) obezitou prvního stupně. Rozmezí 35 – 39,9 udává obezitu druhého stupně, která se ale nevyskytla ani u jednoho probanda. Naopak hodnoty vyšší než 40 se dotkala 1 respondenta (0,5 %). Na výše uvedené otázky nevědělo, nebo nechtělo odpovědět 17 respondentů (8,9 %).



**D9: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?****Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání**

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Středoškolské vzdělání s maturitou	50	26,2 %
Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr., Ing., MUDr., JUDr.)	139	72,8 %
Akademické vzdělání (Ph.D., Doc., Prof.)	1	0,5 %
Nevím/Nechci odpovědět	1	0,5 %

Na otázku D9 celkem 139 respondentů (72, 8 %) odpovědělo, že dosáhli vysokoškolského vzdělání. Nejnižší dosažené vzdělání bylo u výzkumného vzorku vzdělání středoškolské s maturitou, které uvedlo 50 (26,2 %) dotazovaných a 1 (0,5 %) respondent uvedl nejvyšší dosažené vzdělání akademické (0,5 %), taktéž 1 (0,5 %) respondent odmítl odpovědět.

**D11: Máte nějaké zdravotnické vzdělání, nebo jste pracoval/a ve zdravotnictví, např. jako sestra, lékař či farmaceut?****Tabulka 4. Zdravotnické vzdělání**

Zdravotnické vzdělání, práce ve zdravotnictví	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	49	25,7 %
Ne	140	73,3 %
Nevím/nechci odpovědět	2	1,0 %

Na otázku D11 2 respondenti (1,0 %) nevěděli/nechtěli odpovědět. Předchozí zdravotnické vzdělání uvedlo 49 respondentů (25,7 %) a 140 ostatních respondentů (73,3 %) zdravotnické vzdělání popřelo.

**D12: Jste schopni platit za léky, pokud je potřebujete k uchování zdraví? Je to...?****Tabulka 5. Platba za léky**

Schopnost platit za léky	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>Velmi snadné</b>	44	23,0 %
<b>Vcelku snadné</b>	97	50,8 %
<b>Docela obtížné</b>	24	12,6 %
<b>Velmi obtížné</b>	5	2,6 %
<b>Nevím</b>	17	8,9 %
<b>Nechci odpovédět</b>	4	2,1 %

Z tabulky 5 můžeme vyčíst, že pro 97 respondentů (50,8 %), tj. téměř pro polovinu je vcelku snadné platit za léky. Velmi snadné je tento úkon pro 44 dotazovaných (23,0 %). Naopak docela obtížné je to pro 24 respondentů (12,6 %). Dokonce pro 5 respondentů (2,6 %) je to velmi obtížné. 17 probandů (8,9 %) odpovědělo, že vlastně neví, zda je to pro ně obtížné, což může vyplývat i ze situace, že léky za ně platí někdo jiný (např. zákonný zástupce, atd.). Pouze 4 respondenti (2,1 %) nechtěli odpovédět.

**D13: Můžete si dovolit navštívit lékaře? Je to...? (např. z hlediska času, zdravotní pojištění, ceny, dopravy,...)****Tabulka 6. Můžete si dovolit navštívit lékaře?**

Možnost návštěvy lékaře	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>Velmi snadné</b>	67	35,1 %
<b>Vcelku snadné</b>	76	39,8 %
<b>Docela obtížné</b>	38	19,9 %
<b>Velmi obtížné</b>	6	3,1 %
<b>Nevím/nechci odpovédět</b>	4	2,1 %

Z celkového počtu respondentů je pro 67 dotazovaných (35,1 %) návštěva lékaře velmi snadná. Pro 76 respondentů je možnost návštěvy lékaře vcelku snadná. Docela obtížné je to pro 38 respondentů (19,9 %) a z různých důvodů je možnost navštívení lékaře

pro 6 respondentů (3,1 %) velmi obtížné. Taktéž v této otázce 4 probandi (2,1 %) nevěděli, nebo nechtěli odpovědět.

**D 15: Představte si společenský žebříček, kde stupeň „1“ znamená „nejnižší úroveň ve společnosti“, stupeň „10“ nejvyšší úroveň ve společnosti“. Na jakém místě tohoto žebříčku byste sám sebe umístil/a?**

*Tabulka 7. Společenský žebříček*

Úroveň ve společnosti	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>1 (nejnižší úroveň ve společnosti)</b>	0	0,0 %
<b>2</b>	1	0,5 %
<b>3</b>	4	2,1 %
<b>4</b>	3	1,6 %
<b>5</b>	33	17,3 %
<b>6</b>	55	28,8 %
<b>7</b>	48	25,1 %
<b>8</b>	31	16,2 %
<b>9</b>	3	1,6 %
<b>10 (nejvyšší úroveň ve společnosti)</b>	1	0,5 %
<b>Nechci odpovědět</b>	12	6,3 %

Na otázku D15 nechtělo odpovědět 12 respondentů (6,3 %). Na nejnižším žebříčku úrovně společnosti se neumístil žádný respondent. Úrovní dva se ohodnotil jeden respondent (1%), úrovní tři čtyři respondenti (2,1 %) a úrovní čtyři tři respondenti (1,6 %). Na pátém žebříčku úrovně společnosti se již ohodnotilo o poznání více respondentů, s konečným počtem 33 (17,3 %) a následující šestá příčka se stala nejpočetnější, dosadilo se zde 55 respondentů (28,8 %). Nemálo respondentů se ohodnotilo i na sedmou příčku, kde počet respondentů dosáhl 48 (25,1 %). 31 respondentů (16,2 %) se umístilo na osmou úroveň ve společnosti. Na předposlední, devátou příčku se dosadili 3 dotazovaní (1,6 %) a na následující nejvyšší úroveň se ohodnotil 1 respondent (0,5 %).

## D17: Místo Vašeho bydliště

Tabulka 8. Bydliště

Bydliště	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Město	111	58,4 %
Městys	9	4,7 %
Vesnice	70	36,8 %
Neuvedeno	1	0,5 %

Poslední demograficky zaměřená otázka se týkala místa bydliště respondenta. Jako nejpočetnější místo bydliště bylo zvoleno město, které uvedlo 111 respondentů (58,4 %). Další poměrně početnou skupinou byli respondenti žijící na vesnici, jež uvedlo 70 probandů (36,8 %). V zastoupení 9 respondentů (4,7 %) byl zmíněn i městys. Pouze jeden respondent (0,5 %) neuvedl místo bydliště.

## 4.2 Výsledky první části dotazníku

V této kapitole budou uvedeny především výsledky, na které později nebyly vztáhnuty hypotézy. Otázky v dotazníku, jež jsou úzce spjaty s testovanými hypotézami, jsou dále zpracovány v následující kapitole.

### O3 - Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem? Dlouhodobými rozumíme problémy, které trvají, nebo očekáváte, že budou trvat 6 měsíců nebo déle.

Tabulka 9. Dlouhodobé onemocnění

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano, více než jednou	18	9,4 %
Ano, jednou	56	29,3 %
Ne	113	59,2 %
Nemohu posoudit (nevím)	4	2,1 %

Z tabulky číslo 9 můžeme vyčíst, že 113 studentů (59,2 %) z výzkumného vzorku, netrpí dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem. 56 respondentů (29,3 %) trpí jednou dlouhodobou nemocí, případně zdravotním problémem a 18 respondentů (9,4 %) více než jednou. 4 respondenti (2,1 %) tuto otázku nemohli posoudit nebo nevěděli.

**O4 - Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?**

*Tabulka 10. Omezení aktivit z důvodu zdravotních problémů*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Citelně omezily	14	7,3 %
Omezily, ale nikoli citelně	52	27,2 %
Vůbec neomezily	104	54,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	21	11,0 %

Zdravotní problémy mohou být někdy omezující, v případě našeho výzkumného vzorku jsou omezující citelně pro 14 respondentů (7,3 %) a omezující, ale nikoli citelně pro 52 respondentů (27,2 %). Většina respondentů, tj. 104 (54,5 %) udává, že je zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců vůbec neomezily. A tuto situaci nebylo schopno posoudit 21 dotázaných (11,0 %).

**O5 - U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?**

*Tabulka 11. Pojištění u zdravotní pojišťovny*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	89	46,6 %
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	18	9,4 %
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	41	21,5 %
Oborová zdrav. poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	3	1,6 %
Zaměstnanecká poj. ministerstva vnitra ČR (209)	1	0,5 %
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	25	13,1 %
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	14	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %

Z tabulky můžeme vyčíst, že nejčastěji studenti z výzkumného vzorku mají sjednané pojištění u Všeobecné zdravotní pojišťovny a u České průmyslové zdravotní pojišťovny. Naopak pouze jeden respondent je pojištěný u Zaměstnanecké pojišťovny ministerstva vnitra a tři respondenti u Oborové zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

**O6a - Jak často jste byl během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí?  
(např.: Pohotovostní služba, záchranná služba)**

*Tabulka 12. Kontakt s lékařskou pohotovostí*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	112	58,9 %
1-2 krát	69	36,3 %
3-5 krát	7	3,7 %
6 krát a více	0	0,0 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,1 %

Překvapivé zjištění bylo i to, kdy 112 respondentů (58,9 %) odpovědělo, že se v průběhu posledních dvou let nekonfrontovali s pohotovostí ani záchrannou službou. 69 respondentů (36,3 %) volili možnost 1-2 krát (36,3 %). Častější setkání pak už proběhlo v méně případech. Žádný z respondentů však nezvolil možnost 6 krát a více.

**O6b - Jak často jste byl během posledních 12 měsíců u lékaře?**

*Tabulka 13. Návštěva lékaře v průběhu posledních 12 měsíců*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	21	11,0 %
1-2 krát	114	59,7 %
3-5 krát	43	22,5 %
6 krát a více	13	6,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %

Další otázkou v dotazníku byla zaměřená na návštěvy lékaře. Většinou studenti chodí k lékaři 1-2 krát (59,7 %), takhle odpovědělo 114 respondentů. 3-5 krát četnosti návštěvy zvolilo 43 respondentů (22,5 %). U lékaře v posledních dvanácti měsících nebylo 21 respondentů (11,0 %). 13 (6,8 %) dotázaných byli u lékaře 6 krát a více.

**O6c - Jak často jste byl během posledních 12 měsíců hospitalizován?****Tabulka 14. Hospitalizace v průběhu posledních 12 měsíců**

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	168	88,0 %
1-2 krát	22	11,5 %
3-5 krát	1	0,5 %
6 krát a více	0	0,0 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %

S návštěvou lékaře, nebo s jejich jakoukoli jinou konfrontací se pojí i další otázka, která byla kladena v souvislosti s hospitalizací v průběhu posledních 12 měsíců. Převážná většina, tj. 168 respondentů (88,0 %) nebyla v tomto období hospitalizována. 22 respondentů (11,5 %) bylo v průběhu jednoho roku hospitalizováno jedenkrát až dvakrát. Pouze jeden respondent z našeho výzkumného vzorku odpověděl, že byl hospitalizovaný 3-5 krát. V této otázce další odpovědi nebyly zvoleny.

**O6d - Jak často jste během posledních 12 měsíců využil služeb dalších zdravotnických specialistů, jako je zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař?****Tabulka 15. Využití dalších zdravotnických specialistů v průběhu posledních 12 měsíců**

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	28	14,7 %
1-2 krát	115	60,2 %
3-5 krát	42	22,0 %
6 krát a více	5	2,6 %
Nemohu posoudit (nevím)	1	0,5 %

Podobně jako na otázku 6b, odpovídali respondenti i na otázku, zda využili služeb dalších zdravotnických specialistů. Tyto služby 1-2 krát využilo 115 respondentů (60,2 %), 42 respondentů (22,0 %) ještě častěji, tedy 3-5 krát. 6 krát a více pouze 5 respondentů (2,6 %). Tyto služby nevyužilo ani jednou 28 respondentů (14,7 %).



**O7 - Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?**

*Tabulka 16. Kouření cigaret, doutníků nebo dýmky*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
V současné době kouříte	29	15,2 %
Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste	33	17,3 %
Nikdy jste nekouřil(a)	122	63,9 %
Nemohu posoudit (nevím)	7	3,7 %

Z našeho výzkumného vzorku nikdy nekouřilo cigaretu, doutníky nebo dýmky 122 respondentů (63,9 %). V současné době kouří 29 respondentů (15,2 %). 33 respondentů (17,3%) kouřilo, ale přestalo.

**O9 - Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?**

*Tabulka 17. Pití alkoholických nápojů za posledních 12 měsíců*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	180	94,2 %
Ne	11	5,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %

V otázce pití alkoholu během posledního roku, byla četnost zvolené odpovědi poměrně jednoznačná a to tak, že 180 respondentů (94,2 %) pilo nějaký alkoholický nápoj. Pouze 11 respondentů (5,8 %) v průběhu posledních 12 měsíců nepožřelo žádný alkohol.

**O10 - Jak často jste během posledních 12 měsíců měl 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?**

*Tabulka 18. Množství požitého alkoholu za posledních 12 měsíců*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Několikrát týdně	7	3,8 %
Jednou týdně	20	11,0 %
Jednou měsíčně	43	23,6 %
Méně než jednou měsíčně	62	34,1 %
Nikdy	46	25,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	4	2,2 %

Na předchozí otázku navazuje i otázka, která se dotazovala na množství alkoholu u těch, kteří jej měli v posledních 12 měsících, zda měli pět a více sklenic alkoholu a případně jak často. Méně než jednou měsíčně, takovéto množství mělo 62 respondentů (34,1 %), jednou měsíčně pak 43 respondentů (23,6 %), jednou týdně pak 20 respondentů (11,0 %) a několikrát týdně 7 respondentů (3,8 %). Toto množství nikdy nemělo 46 respondentů (25,3 %) a situaci nemohli posoudit 4 respondenti (2,2 %).

**O11 - Pil jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný lokální nápoj) během posledních 30 dní?**

*Tabulka 19. Pití alkoholu v průběhu posledních 30 dní*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	181	94,0 %
Ne	10	5,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	1	0,5 %

Četnost odpovědí v další otázce, byly velmi podobná s otázkou, která je zpracována tabulkou 17. Pouze jeden respondent změnil své tvrzení a to tak, že v posledním měsíci nepil alkohol.

**O12 - Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj?****Tabulka 20. Četnost pití alkoholu v průběhu posledních 30 dní**

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Denně	0	0,0 %
4-5 krát týdně	6	3,4 %
2-3 krát týdně	30	17,0 %
Jednou týdně	45	25,6 %
2-3 krát měsíčně	56	31,8 %
Jednou	35	19,9 %
Nemohu posoudit (nevím)	4	2,3 %

Stejná otázka na četnost pití byla zúžena na 30 dní. 45 respondentů (25,6 %) pilo nějaký alkoholický nápoj jednou týdně. 2-3 krát týdně pilo alkohol 30 respondentů, ještě častěji, tedy 4-5 krát týdně 6 respondentů (3,4 %). Nejčastější odpovědí v téhle otázce bylo 2-3 krát (31,8 %) měsíčně. Jednou měsíčně v průběhu posledních 30 dní pilo alkohol 35 respondentů (19,9 %). Situaci nemohli posoudit 4 respondenti (2,3 %).

**O13 - Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?****Tabulka 21. Množství požitého alkoholu v průběhu jednoho dne**

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Méně než jeden	13	7,4 %
1-2 drinky	76	43,2 %
3-4 drinky	58	33,0 %
5-6 drinků	15	8,5 %
7-9 drinků	3	1,7 %
10 a více drinků	1	0,6 %
Záleží na situaci	10	5,7 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %

Další otázka byla zaměřená ještě na kratší časový úsek, kdy dotyčný pije alkohol a byl vznesen dotaz na množství požitého alkoholu v průběhu jednoho dne. Jedním drinkem je myšleno např. jedna sklenice vína, jedna plechovka/láhev piva nebo ovocného piva nebo

4 cl destilátu (uvedeno v poznámce). Nejčastěji zvolená odpověď byla 1-2 drinky, volilo tak 76 respondentů (43,2 %). 58 respondentů (33, 0%) volilo ještě větší množství alkoholu, tedy 3-4 drinky. Pouze jeden respondent (0,6 %) zvolil možnost 10 a více drinků.

**O15 - Máte člena rodiny nebo přítele (přítelkyni), kterého byste mohl(a) vzít s sebou na návštěvu k lékaři?**

*Tabulka 22. Návštěva lékaře společně s členem rodiny nebo přítelem*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	140	73,3 %
Ne	16	8,4 %
Nemohu posoudit (nevím)	35	18,3 %

Nejvíce respondentů, tj. 73,3 % odpovídali na tuto otázku možností „Ano“, což znamená, že mají člena rodiny nebo přítele, kterého by mohli vzít s sebou na návštěvu k lékaři. 35 respondentů (38,3 %) situaci nemohli posoudit, nebo nevěděli. Pouze 16 respondentů (8,4 %) volili odpověď „Ne“.

**O16 - Jste aktivně zapojen do života vaší obce, např. jste dobrovolníkem nebo se podílíte na nějakých aktivitách v obci?**

*Tabulka 23. Zapojení do života v obci*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Téměř denně	3	1,6 %
Několikrát týdně	4	2,1 %
Několikrát měsíčně	13	6,8 %
Několikrát v průběhu roku	54	28,4 %
Vůbec ne	107	56,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	9	4,7 %

Většina respondentů (56,3 %) není vůbec zapojena do života obce, kde žijí. Několikrát v průběhu roku se do dění obce zapojuje 54 respondentů (28,4 %) a několikrát měsíčně 13 respondentů (6,8 %). Ještě více, tedy několikrát týdně se na dění obce podílí 4 respondenti (2,1 %) a téměř denně pak 3 respondenti (1,6 %). 9 respondentů (4,8 %) volilo možnost odpovědi „Nemohu posoudit (nevím)“.

Otázka č. 17 a další po ní následující, až po otázku č. 23 vycházely z přiložených informací vycházejících z obalů potravin (text byl součástí dotazníku – viz příloha č. 2). Následující tabulky budou tedy ponechány bez doprovodného komentáře. Tyto otázky v testování hypotéz nebyly využity vůbec a mají pak význam v kontextu informací, které byly v dotazníku.

**O17 - Kolik kalorií (kcal) sníte, pokud sníte celé balení?**

*Tabulka 24. Kalorie v celém balení*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
1,000 KCAL	47	24,6 %
1,000 kalorií	113	59,2 %
Jakákoli jiná odpověď	11	5,8 %
Nevím	16	8,4 %
Nechci odpovědět	4	2,1 %

**O18 - Pokud dostanete radu, abyste nejedli více než 60 gramů sacharidů jako desert, jaké maximální množství zmrzliny můžete sníst?**

*Tabulka 25. Maximální množství zmrzliny*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Dvě porce (nebo méně než dvě porce)	106	55,5 %
Polovinu balení (nebo menší)	37	19,4 %
200 ml (nebo méně)	32	16,8 %
Jakákoli jiná odpověď	2	1,0 %
Nevím	12	6,3 %
Nechci odpovědět	2	1,0 %

**O19 - Kolik gramů nasycených tuků budete každý den konzumovat, pokud přestanete jíst zmrzlinu?**

*Tabulka 26. Každodenní konzumace nasycených tuků v gramech*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
33 g	132	69,1 %
Jakákoli jiná odpověď	17	8,9 %
Nevím	41	21,5 %
Nechci odpovědět	1	0,5 %

**O20 - Pokud obvykle konzumujete 2500 kalorií denně, jaké procento vašeho denního příjmu kalorií (kcal) přijmete, když sníte jednu porci zmrzliny?**

*Tabulka 27. Denní příjem kalorií*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
1/10 (desetinu)	70	36,6 %
10%	88	46,1 %
Jakákoli jiná odpověď	7	3,7 %
Nevím	25	13,1 %
Nechci odpovědět	1	0,5 %

**O21 - Představte si, že jste alergický na následující látky: penicilin, arašídý, latexové rukavice a bodnutí včely. Je pro vás bezpečné jíst tuto zmrzlinu?**

*Tabulka 28. Bezpečnost požívání zmrzliny*

Možnosti odpovědí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	29	15,2 %
Ne	153	80,1 %
Nevím	9	4,7 %
Nechci odpovědět	0	0,0 %

**O22 - Proč ne?****Tabulka 29. Příčina nebezpečí požívání zmrzliny**

<b>Možnosti odpovědí</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>	<b>Počet respondentů (%)</b>
Protože obsahuje arašídový olej/arašídý/ořechy	82	49,7 %
Protože můžete mít alergickou reakci	81	49,1 %
Jiné (Spontánně)	0	0,0 %
Nevím	2	1,2 %
Nechci odpovědět	0	0,0 %

**O23 - Proč byste měl alergickou reakci?****Tabulka 30. Důvod alergické reakce**

<b>Možnosti odpovědí</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>	<b>Počet respondentů (%)</b>
Protože obsahuje arašídový olej/arašídý/ořechy	108	97,3 %
Jiné (Spontánně)	2	1,8 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	1	0,9 %

## 5 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Testování hypotéz bylo provedeno ve statistickém softwaru R. Pro každou věcnou hypotézu byla stanovena nulová hypotéza ( $H_0$ ) a alternativní hypotéza ( $H_1$ ). Data byla dále vyhodnocena dvěma statistickými testy, a to Pearsonovým chí-kvadrát testem a Fisherovým testem. Zamítnutí či nezamítnutí nulové hypotézy pak bude určeno na základě výsledné p-hodnoty, která byla porovnána s hladinou významnosti alfa. Hodnota hladiny významnosti byla u všech testů stanovena na hodnotu 0,05. Výsledky testování hypotéz jsou dostupné v příloze č. 3.

Statistický systém a jazyk R je často uplatňovaný systém. Jeho pozitiva můžeme spatřovat v uživatelské dostupnosti (možnost instalace na běžné počítačové platformy) a se splněnými požadavky na výbornou podporu statistické grafiky, zohlednění požadavků na programovací jazyk (lze jej obohatit). Možností systému R je také rozšíření o další balíčky, které jsou opět volně dostupné k instalaci a usnadňují několik dalších standartních statistických operací a práci s daty (Hendl, 2012).

V kvantitativně zaměřených výzkumech ověřujeme hypotézy o vztazích mezi jevy. Jedná se tedy o jakési navržené tvrzení, tj. věcné hypotézy, které je ale nutno operacionalizovat. Abychom takové hypotézy mohli testovat, nebo-li ověřit, převádíme je na statistické hypotézy, které dále ověřujeme proti tzv. nulové hypotéze. Nulová hypotéza v sobě nenesení vztah mezi proměnnými, nýbrž při jejím odmítnutí při statistické analýze, přijímáme tzv. alternativní hypotézu (Chráska, 2016).

Při ověřování hypotéz prokazujeme přítomnost vztahu mezi proměnnými, ale též se snažíme vystihnout míru závislosti mezi jevy. Tuto míru závislosti mezi proměnnými obvykle prokazujeme pomocí tzv. statistických testů významnosti.

Pomocí statistických testů významnosti rozhodujeme, zda je mezi proměnnými statistický významný vztah. Pokud je výsledek šetření signifikantní = statisticky významný, vyplývá z toho velká nepravděpodobnost náhody, avšak pravděpodobnostního charakteru. Před samotným testováním musíme zvolit i hladinu významnosti  $\alpha$ , což vyjadřuje chybu I. druhu. Velikost chyby je dána zvolenou hladinou významnosti. Čím nižší je toto číslo, tím méně pravděpodobněji dojde k chybě I. druhu, nicméně tím více se zvyšuje pravděpodobnost chyby II. druhu, neboť se zvyšuje interval pravděpodobnosti, ve kterém není možné nulovou hypotézu zamítnout, ale do tohoto intervalu spadají i velmi nepravděpodobné hodnoty (Chráska, 2007).



Jak již bylo řečeno, pro testování byly využity dva statistické testy, a to Pearsonův chí-kvadrát test a Fisherův test. Jedná se o standardní statistické testy, které testují, zda existuje závislost mezi dvěma nominálními náhodnými veličinami. Jejich rozdíl spočívá především ve způsobu, jakým jsou testy vyhodnoceny, a v podmínkách kladených na vstupní data (tyto podmínky jsou automaticky kontrolovány použitým softwarem R).

## 5.1 Ověřování hypotézy č. 1

**Věcná hypotéza:** Studenti oboru UVZ a UOPZŠ snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí, než studenti jiných oborů.

**H<sub>0</sub>:** Studenti oboru UVZ a UOPZŠ chápou důležitost preventivních opatření nemocí stejně jako studenti jiných oborů.

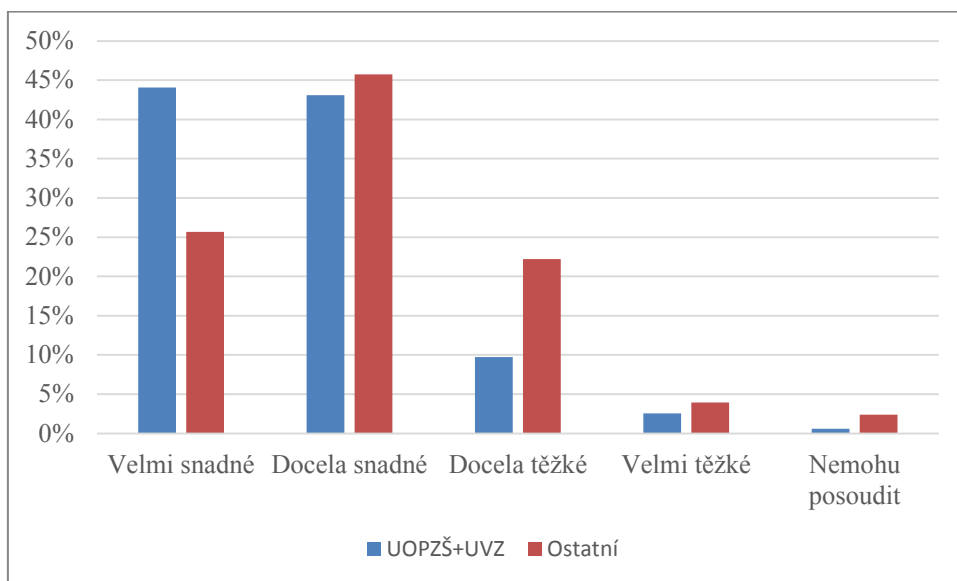
**H<sub>A</sub>:** Studenti oboru UVZ a UOPZŠ snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí než studenti jiných oborů.

První hypotéza byla směřována na aktuální problematiku preventivního rázu. Studenti byli rozděleni na dvě základní skupiny. První skupinou tvořili studenti se studijním oborem Učitelství výchovy ke zdraví, společně se studenty studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Druhá skupina byla utvořena ze studentů, jejichž obory jsou obecného charakteru a nejsou úzce spjaty s problematikou zdraví a nemoci (např. dvojkombinace různých oborů, Učitelství pro první stupeň a speciální pedagogika, Preprimární pedagogika atd.). Při rozdělování do těchto skupin jsme vycházeli ze základních kurikulárních dokumentů.

Údaje z celkového počtu výzkumného souboru lze vyčíst z otázky číslo jedna, která zahrnuje několik podotázek. Pro naši hypotézu je možno z těchto podotázek vybrat položky s čísly 19, 20, 23, 27, 30, 31, 32, 33, 34. Tyto položky byly zpracovány do grafů a staly se výchozími pro celkový, závěrečný graf, který nám pomohl potvrdit nastolenou hypotézu.

První hypotéza bude vyhodnocena statistickými testy, využívající data z devíti různých otázek týkající se pochopení důležitosti preventivních opatření nemocí. Hladiny významnosti testů jsou součástí přílohy 3. Vyhodnocení bude provedeno jak pro každou otázku samostatně, tak pro všechny otázky dohromady (viz graf 1.) Výsledky testů jsou zároveň doplněny příslušnými grafy.

## Souhrn četností odpovědí týkajících se preventivních opatření nemocí



**Graf 1. Relativní četnosti všech odpovědí**

*Zdroj: vlastní výzkum*

### **P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 3.662e-16*

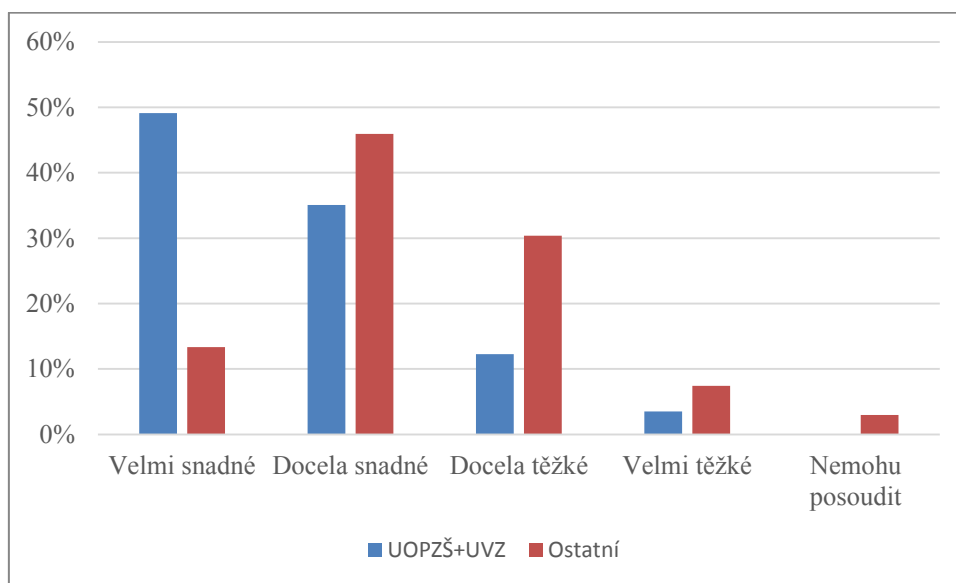
*Fisherův test: < 2.2e-16*

Výsledné p-hodnoty Chi-kvadrát testu i Fisherova testu jsou mnohem menší než hladina významnosti alfa 0,05. Nulovou hypotézu tedy zamítáme a můžeme potvrdit hypotézu alternativní, tedy říkající, že studenti oboru UVZ a UOPZŠ snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí než studenti jiných oborů. Tento závěr potvrzuje i výsledky testování jednotlivých otázek, kde ke stejnému závěru dospěly výsledky testování šesti otázek z devíti.

**Studenti oboru UVZ a UOPZŠ snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí než studenti jiných oborů.**

Jak již bylo uvedeno, hypotéza vychází z několika podotázek. Na následujících grafech si představíme relativní četnosti odpovědí na jednotlivé otázky.

**Otázka O1.19 - Jak těžké je získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)**



**Graf 2. Relativní četnosti odpovědí na O1.19**

*Zdroj: vlastní výzkum*

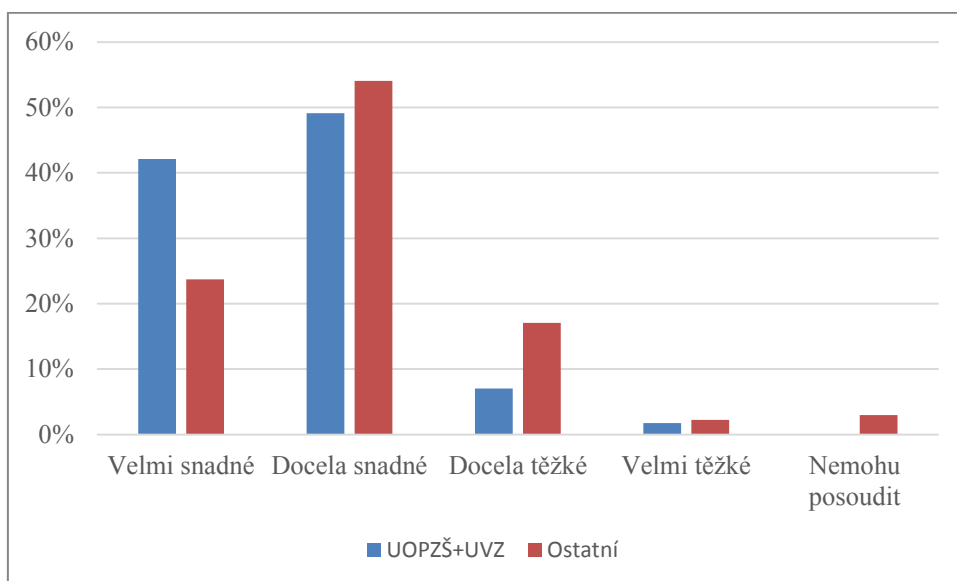
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 1.645e-06*

*Fisherův test: 2.958e-06*

P-hodnota Chi kvadrát testu i Fisherova testu je nižší než hladina významnosti. Na grafu pak můžeme vidět rozdíl především v odpovědi „Velmi snadné“ a „Docela těžké“, kde mnohem větší procento studentů oboru UVZ a UOPZŠ odpovědělo na otázku „Velmi snadné“ oproti studentům ostatních oborů. Ti naopak mnohem častěji odpověděli „Docela těžké“ než studenti UVZ a UOPZŠ. U ostatních odpovědí byly pak rozdíly menší.

**O1.20 - Jak těžké je nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?**



**Graf 3. Relativní četnosti odpovědí na O1.20**

*Zdroj: vlastní výzkum*

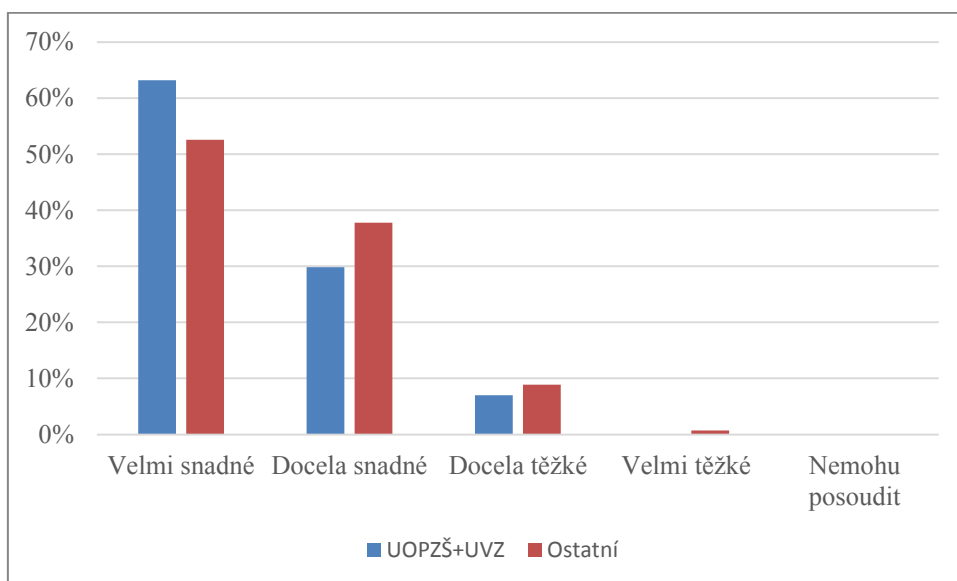
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.04522*

*Fisherův test: 0.03999*

Taktéž další graf nám ukazuje, že mnohem větší procento studentů oboru UVZ a UOPZŠ odpovědělo na výše uvedenou otázku odpovědí „Velmi snadné“ oproti studentům dalších oborů, kteří čteněji volili odpověď „Docela snadné“. Jejich častější odpovědí bylo též „Docela těžké“. P-hodnota Chi-kvadrát testu i Fisherova testu je nižší než hladina významnosti.

**O1.23 - Jak těžké je pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky?  
(např.: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)**



**Graf 4. Relativní četnosti odpovědí na O1.23**

*Zdroj: vlastní výzkum*

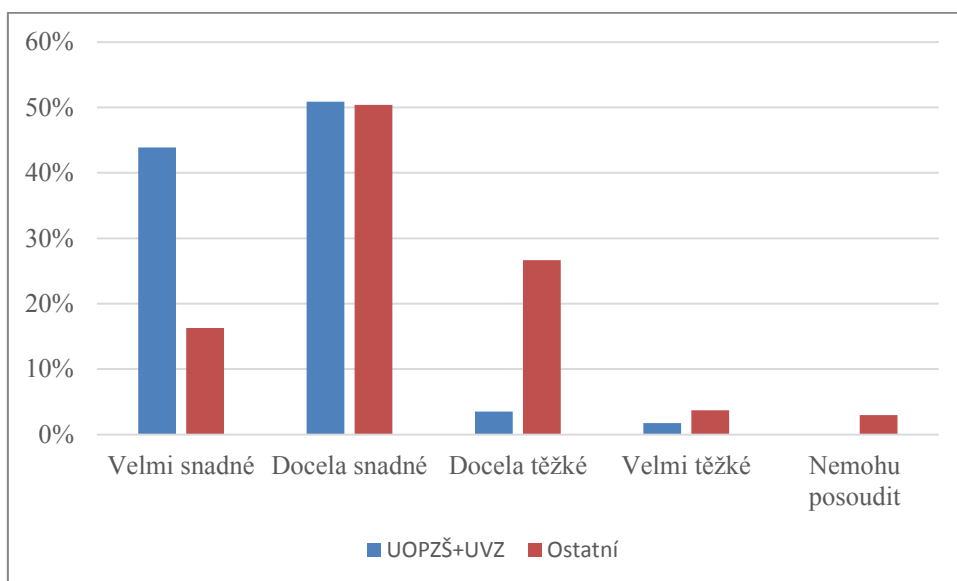
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.527*

*Fisherův test: 0.5895*

V otázce pochopení absolvování preventivních prohlídek mají studenti poměrně jasno. V obou skupinách byly nejčetnější odpovědi „Velmi snadné“ a „Docela snadné“, pouze se u těchto skupin nepatrně prohodily pozice. U této otázky nikdo nezvolil „Nemohu posoudit“ a jen malé procento studentů ze skupiny ostatních oborů mimo UVZ a UOPZŠ, volili odpověď „Velmi těžké“. „Docela těžké“ označilo velmi malé procento studentů, méně často pak studenti UVZ a UOPZŠ. Zde se p-hodnota obou testů dostala výše, než hladina významnosti.

**O1.27 - Jak těžké je posoudit, jaké preventivní prohlídky byste měl podstoupit?  
(např.: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)**



**Graf 5. Relativní četnosti odpovědí na O1.27**

*Zdroj: vlastní výzkum*

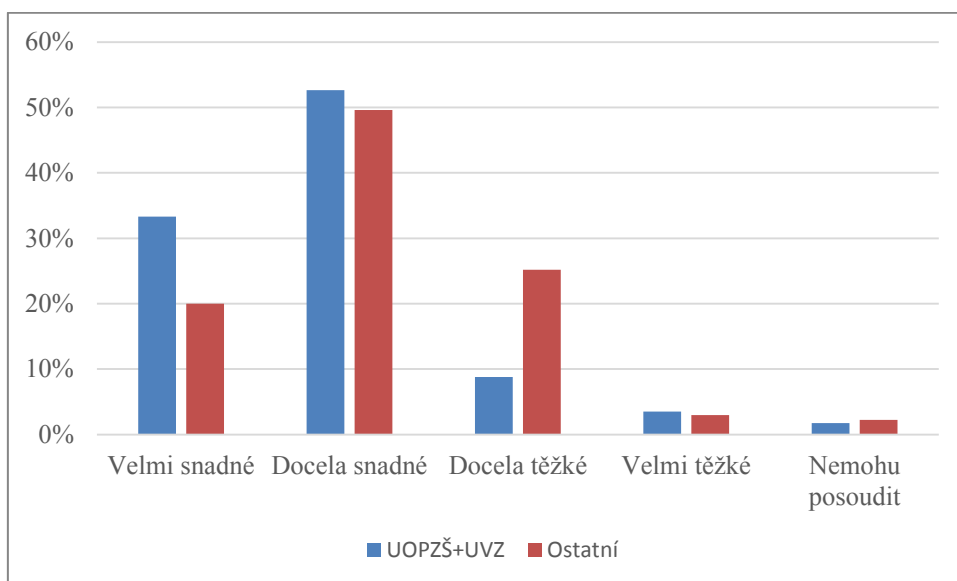
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 2.136e-05*

*Fisherův test: 5.764e-06*

Na předchozí graf nám navazuje i graf 4, který nám popisuje, že pro studenty UOPZŠ a UVZ je „Velmi snadné“ a „Docela snadné“ posoudit, jaké preventivní prohlídky by měli podstoupit. Můžeme vidět, že téměř totožné procentuální zastoupení studentů všech oborů je u odpovědi „Docela snadné“. Naopak studenti ostatních oborů volili čteněji „Docela těžké“ a „Velmi těžké“. Taktéž jimi byla zvolena odpověď „Nemohlo posoudit“, která se u studentů UOPZŠ a UVZ nevyskytla. P-hodnota Chi kvadrát testu i Fisherova testu je nižší než hladina významnosti.

**O1.30 - Jak těžké je rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě rady od vaší rodiny nebo od přátel?**



**Graf 6. Relativní četnosti odpovědí na O1.30**

*Zdroj: vlastní výzkum*

**P-hodnota**

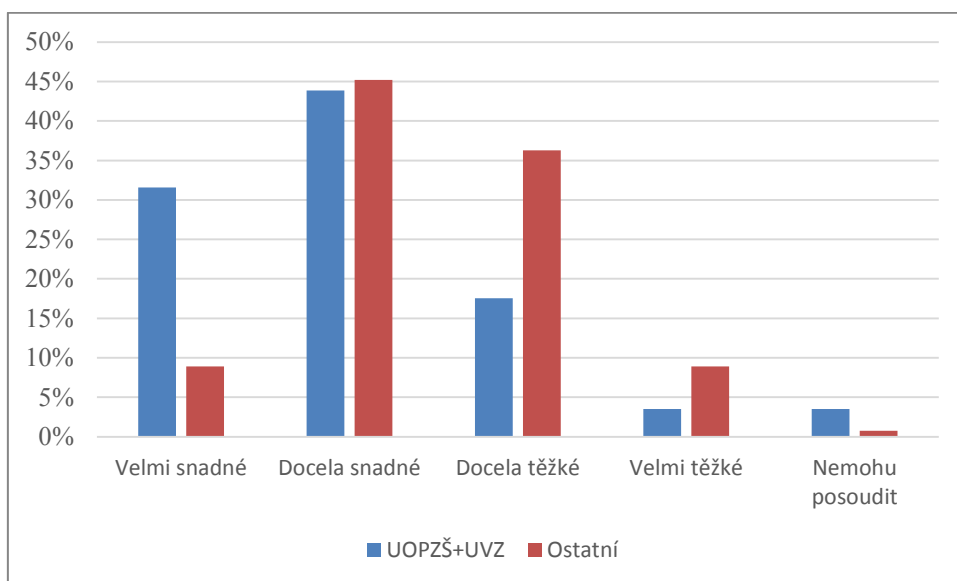
*Chi kvadrát test: 0.03262*

*Fisherův test: 0.02121*

Při testování nám p-hodnota Chí kvadrát testu i Fisherova testu vyšla nižší než hladina významnosti. Na grafu vidíme signifikantní rozdíl mezi odpovědi „Velmi snadné“ a „Docela těžké“. Odpověď „Velmi snadné“ byla volena větším procentem studentů UOPZŠ a UVZ; odpověď „Docela těžké“ byla naopak zvolena větším procentem studentů ostatních oborů. Poprvé i studenti UOPZŠ a UVZ volili odpověď „Nemohu posoudit“.



**O1.31 - Jak těžké je rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (např.: Noviny, letáky, Internet nebo jiná média)**



**Graf 7. Relativní četnosti odpovědí na O1.31**

*Zdroj: vlastní výzkum*

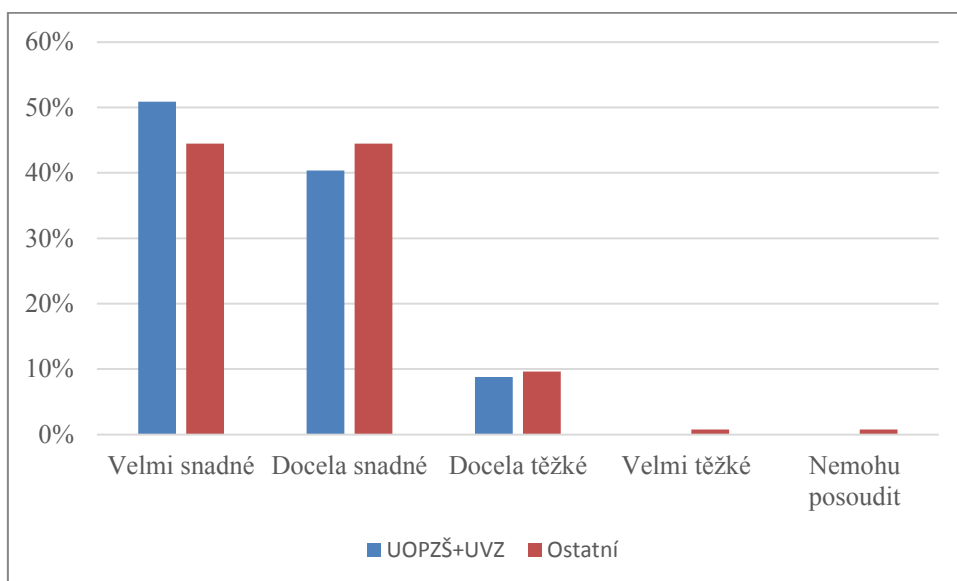
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.0001093*

*Fisherův test: 0.000183*

Taktéž i test otázky 31, vykazuje nižší hladinu významnosti, testovanou Chí kvadrát testem a Fisherovým testem. Stejně tak i v četnosti odpovědí se shoduje v možnostech „Velmi snadné“ a „Docela těžké“. „Velmi snadné“ znovu volilo větší procento studentů oborů UOPZŠ a UVZ. „Docela těžké“ pak volilo větší procento studentů ostatních oborů. Mírně se nám prohodilo procentuální zastoupení obou skupin u odpovědi „Docela snadné“ a snad poprvé studenti UOPZŠ a UVZ volili čteněji „Nemohu posoudit“ než studenti ostatních oborů.

**O1.32 - Jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?**



**Graf 8. Relativní četnosti odpovědí na O1.32**

*Zdroj: vlastní výzkum*

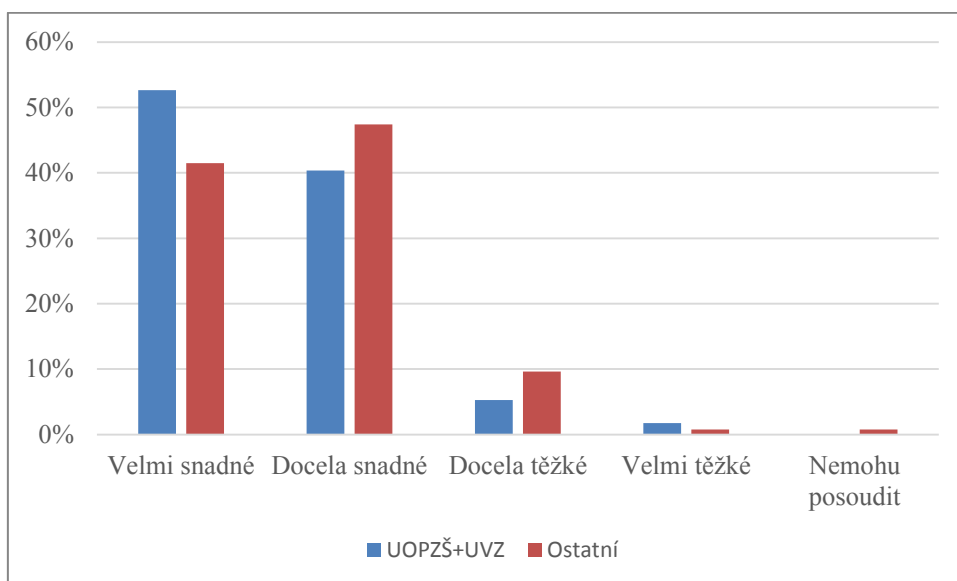
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.7907*

*Fisherův test: 0.8286*

P-hodnota obou testů je překvapivě vyšší než hladina významnosti. Na grafu můžeme opět vidět četnosti odpovědí, kdy nejvíce byly zastoupeny „Velmi snadné“ a „Docela snadné“, v obou případech poměrně velkým procentem studentů. Studenti UOPZŠ a UVZ vůbec nevolili odpovědi „Velmi těžké“ a „Nemohu posoudit“ a rozdílnost procentuálního zastoupení studentů z obou skupin u odpovědi „Docela těžké“ je zanedbatelné.

**O1.33 - Jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (např.: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)**



**Graf 9. Relativní četnosti odpovědí na O1.33**

*Zdroj: vlastní výzkum*

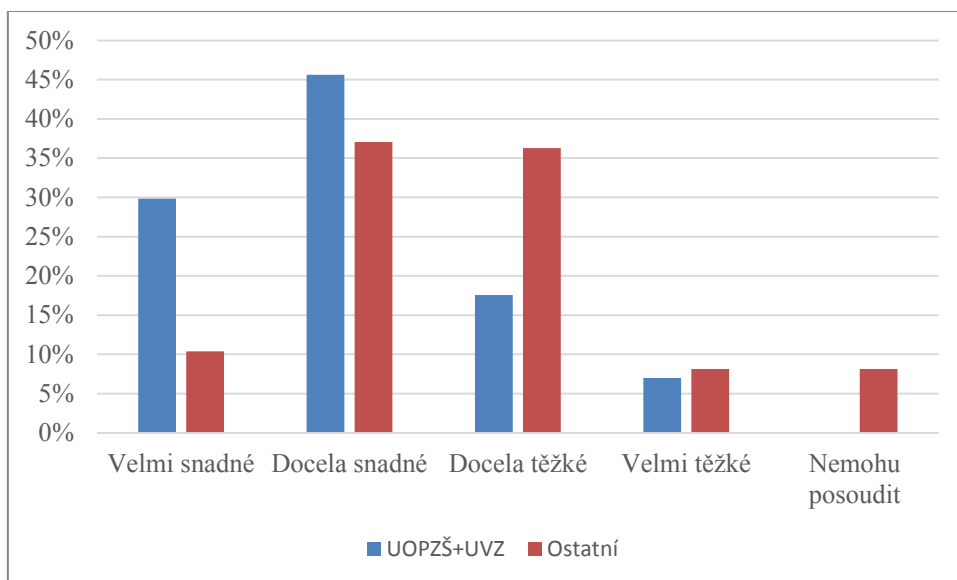
**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.3907*

*Fisherův test: 0.3408*

Stejně jako graf 7, nám graf 8 ukazuje podobnosti v odpovědích studentů a jejich procentuálních zastoupení u jednotlivých možnostech. Pro otázku také platí, že hladina významnosti je nižší než p-hodnota Chi-kvadrát testu a Fisherova testu.

**O1.34 - Jak těžké je nalézt informace o tom, jak byste mohli s vašimi sousedy usilovat o zdravější prostředí? (např.: Snížení hluku a znečištění ovzduší, rozšiřování zeleně, budování zařízení pro trávení volného času)**



**Graf 10. Relativní četnosti odpovědí na O1.34**

*Zdroj: vlastní výzkum*

**P-hodnota**

*Chi kvadrát test: 0.001841*

*Fisherův test: 0.001749*

Poslední otázka, která byla zařazena do naší hypotézy, je znázorněna grafem 9. Na tomto grafu spatřujeme výrazné odlišnosti ve volbě odpovědí hned u první možnosti „Velmi snadné“, kdy tuto možnost zvolilo větší procento studentů UOPZŠ a UVZ než studenti ostatních oborů. Stejně tak tomu bylo i u odpovědi „Docela snadné“, jen s menším rozdílem. Možnost „Docela těžké“ byla čteněji volena studenty ostatních oborů, což značí i výraznější procentuální zastoupení. Studenti z ostatních oborů volili i odpověď „Nemohu posoudit“, která studenty UOPZŠ a UVZ nebyla volena vůbec. Oba testy, jež byly využity, ukázaly nižší p-hodnotu, než byla stanovena hladina významnosti.

## 5.2 Ověřování hypotézy č. 2

**Věcná hypotéza:** Studenti, kteří pravidelně cvičí, mají lepší zdravotní stav než studenti, kteří pravidelně necvičí.

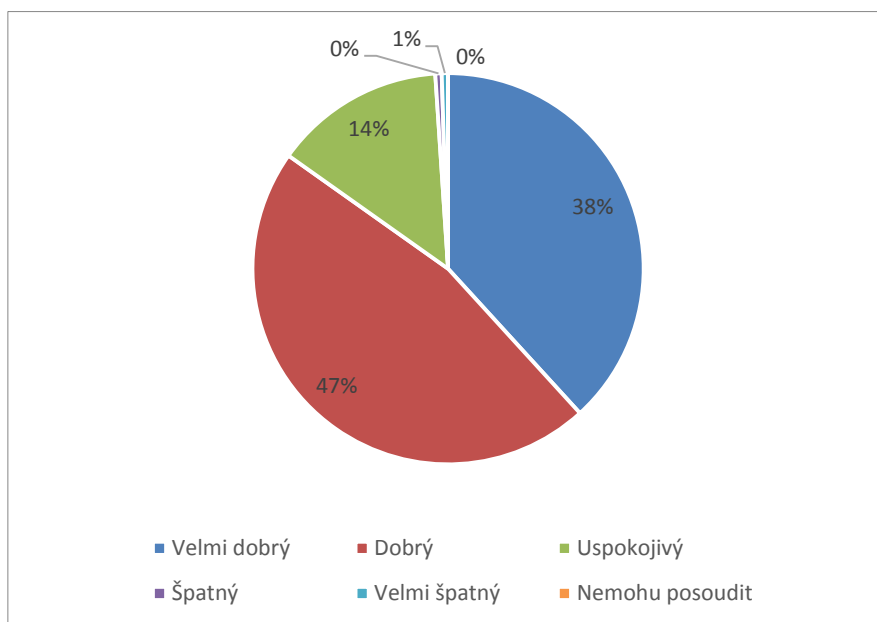
**H<sub>0</sub>:** Studenti, kteří pravidelně cvičí, budou mít stejný zdravotní stav jako studenti, kteří pravidelně necvičí.

**H<sub>A</sub>:** Studenti, kteří pravidelně cvičí, budou mít lepší zdravotní stav než studenti, kteří pravidelně necvičí.

Další hypotéza byla ověřována pomocí získaných dat z otázky č. 2 Jaký je Váš zdravotní stav a otázky č. 14 Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole? Obě tyto otázky z dotazníku, byly zpracovány do následujících grafů (graf 11 a graf 12) a následně pomocí kontingenční tabulky vyhodnotili vzájemný vztah proměnných.

Do hypotézy č. 2 byl zahrnut celý výzkumný vzorek, bez rozdílu pohlaví, studovaného oboru či podobných kritérií.

## O2 - Jaký je váš zdravotní stav?

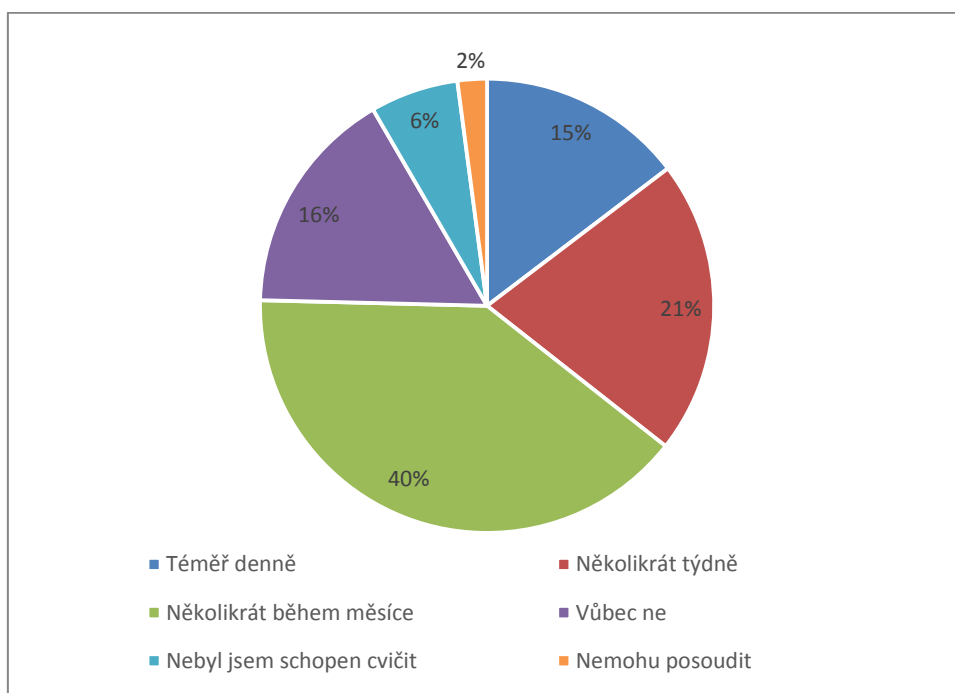


**Graf 11. Zdravotní stav**

*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu zobrazující odpovědi četnosti respondentů můžeme vyčíst, že nejčastější volenou odpovědí byla možnost „Dobrý“, odpovědělo tak 89 dotazovaných (47 %). Stavem „Velmi dobrý“ se ohodnotilo 73 respondentů (38 %). Jako „Uspokojivý“ svůj zdravotní stav hodnotí 27 studentů (14 %). Zanedbatelné pak byly odpovědi „Špatný“, „Velmi špatný“ a „Nemohu posoudit“. Tyto odpovědi nepřevyšovaly 1 % z celého vzorku.

**O14 - Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?**



**Graf 12. Četnost cvičení během posledního měsíce**

*Zdroj: vlastní výzkum*

Druhý graf důležitý pro naši hypotézu ukazuje, že 76 respondentů (40 %) cvičí několikrát během měsíce a tak tvoří nejpočetnější skupinu. 40 studentů (21 %) označili odpověď „Několikrát týdně“. O něco málo, přesně 31 respondentů (16 %) udávají, že během posledního měsíce necvičili vůbec, tedy označili možnost „Vůbec ne“. Ještě menší skupinu utvořili respondenti, kteří zvolili odpověď „Téměř denně“, odpovědělo tak 28 probandů (15 %). 12 respondentů (6 %) vybrali odpověď „Nebyl jsem schopen cvičit“, což nám udává, že během posledního měsíce necvičili 30 a více minut vůbec. „Nemohu posoudit“ zvolilo v této otázce 4 respondenti (2 %).

**Tabulka 31. Ovlivnění zdravotního stavu cvičením**

<i>Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut?</i>	<i>Jaký je Váš zdravotní stav?</i>				
	<b>Velmi špatný</b>	<b>Špatný</b>	<b>Uspokojivý</b>	<b>Dobrý</b>	<b>Velmi dobrý</b>
<b>Nemohu posoudit</b>	0%	0%	1%	0%	2%
<b>Vůbec ne</b>	1%	1%	3%	10%	2%
<b>Nebyl jsem schopen cvičit</b>	0%	0%	3%	3%	1%
<b>Několikrát během měsíce</b>	0%	0%	5%	<b>24%</b>	<b>12%</b>
<b>Několikrát týdně</b>	0%	0%	2%	6%	<b>13%</b>
<b>Téměř denně</b>	0%	0%	1%	4%	10%

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka shrnuje procentuální zastoupení odpovědí respondentů na obě otázky. Téměř čtvrtina respondentů, kteří cvičí alespoň několikrát během měsíce, hodnotí svůj zdravotní stav jako „Dobrý“, 12 % dokonce jako „Velmi dobrý“. Jako „Velmi dobrý“ zdravotní stav pak hodnotí především ti respondenti, kteří cvičí několikrát týdně či téměř denně. Naopak existuje malé procento respondentů, kteří necvičí a hodnotí svůj zdravotní stav negativně.

U hypotézy č. 2 došlo k jednoznačnému zamítnutí nulové hypotézy ve prospěch alternativní hypotézy a to na podkladě p-hodnot u obou provedených testů. Vyplývá nám tedy, že studenti, kteří pravidelně cvičí, mají lepší zdravotní stav, než studenti, kteří pravidelně necvičí, nebo necvičí vůbec. P-hodnoty (viz příloha 3) jsou řádově mnohem menší než stanovená hladina významnosti a mezi p-hodnotami můžeme zároveň vidět podobné výsledky.

**Studenti, kteří pravidelně cvičí, budou mít lepší zdravotní stav než studenti, kteří pravidelně necvičí.**



### 5.3 Ověřování hypotézy č. 3

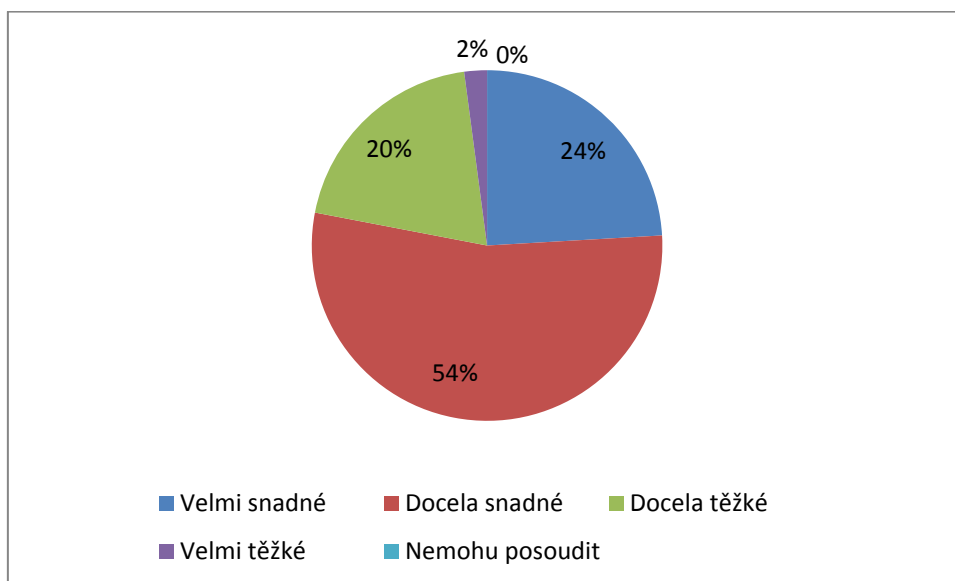
**Věcná:** Studenti, pro které je snadné pochopit, co jim lékař říká, dovedou posoudit, které očkování je pro ně potřebné.

**H<sub>0</sub>:** Studenti, pro které je velmi snadné a docela snadné pochopit, co jim lékař říká, nevykazují vyšší obezřetnost ve výběru očkování než studenti, kteří lékaři nerozumí.

**H<sub>A</sub>:** Studenti, pro které je velmi snadné a docela snadné pochopit, co jim lékař říká, vykazují vyšší obezřetnost ve výběru očkování než studenti, kteří lékaři nerozumí.

Pro ověření hypotézy č. 4 byly opět použity položky z dotazníku, spadající do otázky č. 1. Na následujících grafech spatřujeme četnost odpovědí na otázky: „Jak těžké je pochopit, co vám říká lékař?“ (viz graf 13) a „Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?“ (viz graf 14). Obecně je v těchto otázkách propojené chápání informací, které nám sděluje lékař, a v našem případě jsou tyto informace v kontextu očkování. K ověření hypotézy byl opět použit Fisherův test a Pearsonův Chí-kvadrát test.

### O1.5 – Jak těžké je pochopit, co Vám říká lékař?

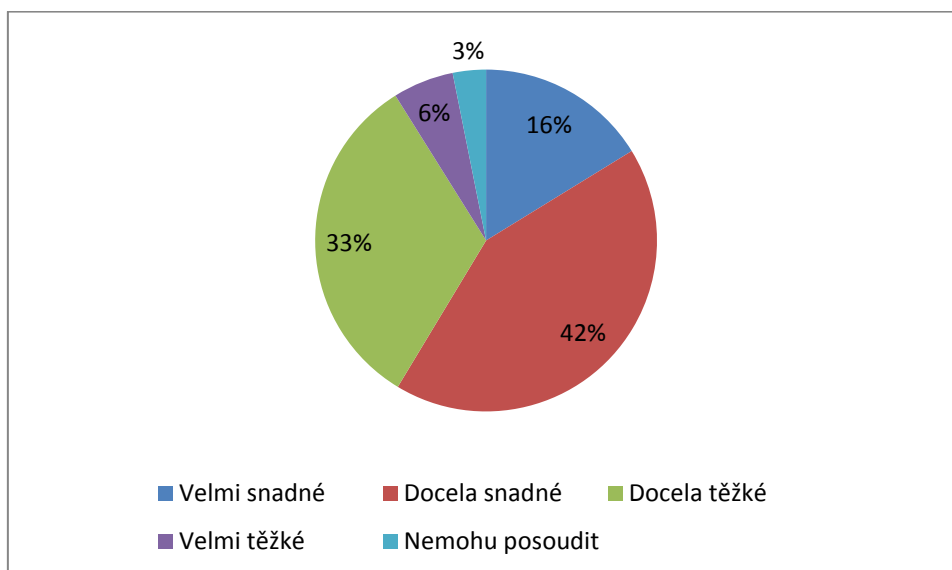


**Graf 13. Relativní četnosti odpovědí na O1.34**

*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu můžeme vyčíst, že více než polovina studentů, přesně 103 (54 %) „Docela snadno“ chápou informace, které jim říká jejich lékař. Pro 46 respondentů (24 %) je tato situace „Velmi snadná“, naopak pro 38 respondentů (20 %) je pochopení sdělení od lékaře „Docela těžké“. Ze všech respondentů, odpověděli 4 (2 %), že je to pro ně „Velmi těžké“. Nikdo neodpověděl „Nemohu posoudit/Nevím“.

### O1.26 - Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?



**Graf 14. Relativní četnosti odpovědí na O1.26**

*Zdroj: vlastní výzkum*

Pokud se jedná o posouzení, které očkování je pro jedince potřebné, tak z celkového výzkumného vzorku, 81 respondentů (42 %) zvolili možnost „Docela snadné“. Jako „Velmi snadné“ zvolilo možnost pouze 31 respondentů (16 %), naproti tomu odpověď „Docela těžké“ byla volena 62 respondenty (33 %). Pro 11 respondentů (6 %), je tato otázka rozhodování „Velmi těžká“. A celkově 6 probandů volilo možnost „Nemohu posoudit/Nevím“.

**Tabulka 32. Rozhodování o očkování na základě chápání informací od lékaře**

Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřebovali?	Jak těžké je pochopit, co Vám říká lékař?					
		Velmi těžké	Docela těžké	Docela snadné	Velmi snadné	Grand Total
	Nemohu posoudit	0 %	2 %	1 %	0 %	3 %
	Velmi těžké	0 %	4 %	2 %	0 %	6 %
	Docela těžké	1 %	8 %	19 %	5 %	32 %
	Docela snadné	0 %	6 %	27 %	9 %	42 %
	Velmi snadné	1 %	0 %	5 %	10 %	16 %
	<b>Grand Total</b>	<b>2 %</b>	<b>20 %</b>	<b>54 %</b>	<b>24 %</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

Podobně jako v předchozí hypotéze i zde tabulka zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí na jednotlivé otázky. Přestože pro více než polovinu respondentů je docela snadné pochopit, co jim lékař říká, pro mnoho z nich je docela těžké posoudit, jaké očkování by potřebovali. Nicméně větší část z této poloviny hlasovala pro odpověď „Docela snadné“ a „Velmi snadné“. Tyto odpovědi pak převládaly u těch, kteří velmi snadno chápou, co jim lékař říká. Naopak většina respondentů s odpovědí „Docela těžké“ na otázku, jak je těžké pochopit, co jim lékař říká, odpovídala především negativně na druhou otázku. Pro ně je tedy těžší posoudit, jaké očkování by potřebovali.

Výsledky p-hodnot obou testů (viz příloha 3) opět vyšly řádově nižší než stanovená hladina významnosti s hodnotou 0,05. Nulovou hypotézu tedy zamítáme, studenti, pro které snadné pochopit, co jim lékař říká, dovedou lépe posoudit, které očkování je pro ně potřebné, než studenti, pro které není snadné pochopit, co jim lékař říká.

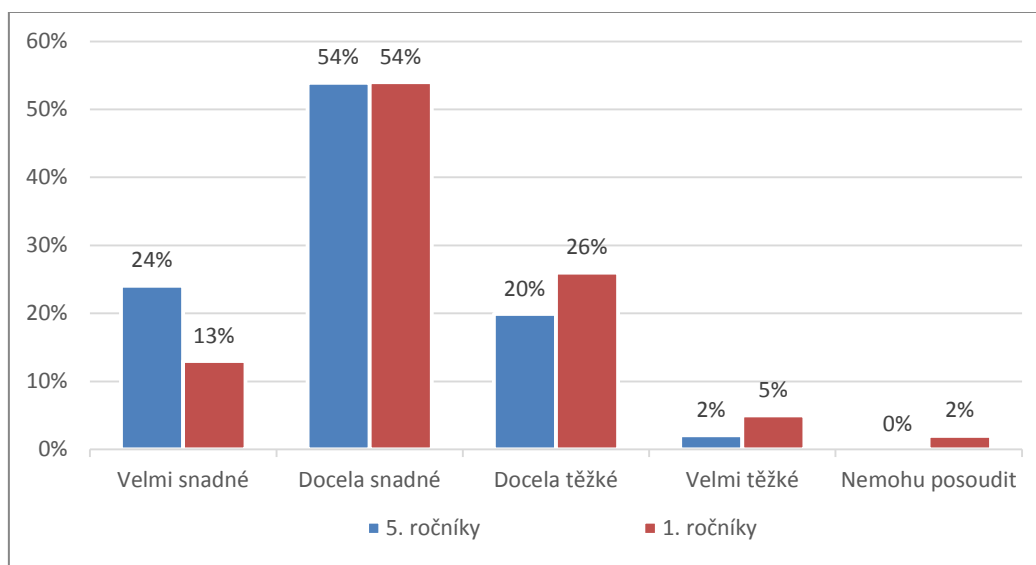
**Studenti, pro které je velmi snadné a docela snadné pochopit co jim lékař říká, vykazují vyšší obezřetnost ve výběru očkování než studenti, kteří lékaři nerozumí.**

## 6 DISKUZE

Celá diplomová práce pojednává o zdravotní gramotnosti. Výzkum v této oblasti je pak zcela nezbytný a stává se prioritní složkou každého programu zaměřeného na zvyšování ZG populace. Systematicky výzkum ZG má velmi blízkou historii. První výsledky reprezentativního populačního šetření jsou jen několik let staré. Většina studií proběhla v USA s využitím již dříve zmiňovaného výzkumného instrumentu REALM. Mezi první využívané nástroje měření ZG řadíme i REALM, TOFHILA a v neposlední řadě HALS, který se již zabývá více oblastmi ZG (podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemocí, péče o zdraví a jeho udržování a navigace ve zdravotnickém systému).

Hypotéza nesoucí číslo tři v této diplomové práci je srovnatelná s hypotézou, kterou použila Ferkovičová (2019) ve svém výzkumu, který taktéž prezentovala v diplomové práci. Její výzkum byl prováděn u studentů prvních ročníků Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, s obdobným výzkumným vzorkem. Na následujících řádcích si názorně porovnáme oba výzkumy.

**Srovnání obou výzkumů. Grafy četností odpovědí na otázku O1.5 – Jak těžké je pochopit, co Vám říká lékař?**

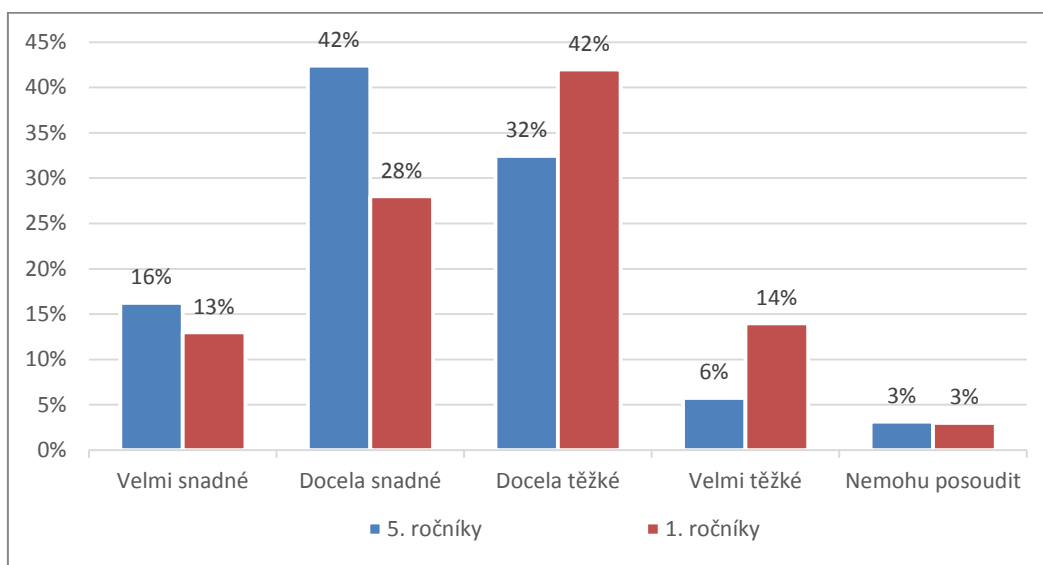


**Graf 15. Relativní četnosti odpovědí na O1.26**

*Zdroj: vlastní výzkum + výzkum Ferkovičové (2019)*

Na otázku „Jak těžké je pochopit, co vám říká lékař?“ Spatřujeme téměř stejné procentuální zastoupení odpovědi „Docela snadné“. Rozdílně pak vnímáme odpověď „Velmi snadné“, kdy tuto možnost z našeho výzkumu zvolilo 24 % respondentů, naproti výzkumu, který byl prováděn u prvních studijních ročníků, kde odpověď „Velmi snadné“ zvolilo 13 % respondentů. Tyto odpovědi se zároveň odrazily v další možnosti a to „Docela těžké“, kdy se z výzkumu Ferkovičové na tuto pomyslnou příčku dosadilo 26 % respondentů a z našeho dotazníkového šetření 20 % probandů. Studenti absolvujících ročníků vůbec nevolili možnost „Nemohu posoudit/Nevím“, kdežto studenti prvních ročníků tak učinili ve 2 %.

**Srovnání obou výzkumů. Grafy četností odpovědí na otázku O1.26 - Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?**



**Graf 16. Relativní četnosti odpovědí na O1.26**

*Zdroj: vlastní výzkum + výzkum Ferkovičové (2019)*

Graf číslo 16 nám znázorňuje porovnání odpovědí na další otázku, tedy „Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?“ Rozdílnost odpovědí v porovnávaných výzkumech vidíme hned u možnosti „Velmi snadné“ a „Docela snadné“. Odpověď „Velmi snadné“ zvolilo 16 % studentů posledních ročníků a 13 % studentů prvních ročníků. Taktéž tomu bylo podobně i u odpovědi „Docela snadné“, kdy z našeho výzkumu tuto možnost zvolilo 48 % probandů a z výzkumu Ferkovičové, tak učinilo 28 % probandů, tito pak i volili možnost „Velmi těžké“ v 14 %. Odpověď „Nemohu posoudit/Nevím“, byla v této otázce volena 3 % obou skupin.

Z výše uvedených grafů vyplývá, že výzkum Ferkovičové (2019) potvrdil hypotézu, že studenti, pro které je velmi snadné a docela snadné pochopit co jim lékař říká, vykazují vyšší obezřetnost ve výběru očkování než studenti, kteří lékaři nerozumí. Tudiž oba výzkumy dospěly k obdobnému výsledku. Je třeba ale upozornit na znatelné rozdíly v četnostech zvolených možností. V obou případech odpovědi na otázky, na grafech pozorujeme rozdíly především v možnosti „Velmi snadné“, kterou zřetelně volilo více studentů z posledních ročníků, taktéž i odpověď „Docela snadné“. Tento poznatek se logicky odráží v možnosti „Docela těžké“, jež je čteněji volena studenty prvních ročníků.

Pokud bychom tento výsledek chtěli generalizovat na širší okruh, můžeme také vycházet z výsledků komparativního reprezentativního šetření, které proběhlo na území ČR a hlavním předmětem zkoumání byla zdravotní gramotnost. Statisticky významným ukazatelem se prokázala souvislost ZG se vzděláním respondentů. Celková ZG narůstala s růstem vzdělanosti, což potažmo můžeme vztáhnout i na náš výzkumný vzorek v komparaci s výzkumem Ferkovičové (2009) (Kučera et al., 2016; Ferkovičová, 2019).

Ze studie v rámci České republiky lze i dále konstatovat obdobnou souvislost u subjektivního sociálního statutu (sociální žebříček), kde se ukázalo, že čím výše se respondenti dosazovali na „vyšší příčky“, tím vykazují vyšší index ZG. Avšak zajímavým zjištěním bylo, že tito lidé nepovažují starost o vlastní zdraví za příliš důležitou a téměř celá čtvrtina má neadekvátní ZG. Totožný trend ukazuje i souvislost ZG s indexem finanční deprivace. Vcelku tedy studie zaznamenala u ZG sociální gradient, tj. sociální determinaci jak celkové, tak dílčích zdravotních gramotností. (Kučera et al., 2016).

Ve výše zmíněné studii byl taktéž hodnocen respondenty subjektivní zdravotní stav stejně, jak tomu bylo i v našem výzkumu. Komparativní studie ukazují, že subjektivně prožívaný zdravotní stav se zlepšuje s rostoucí ZG. Důležité je neopomenout osoby, u kterých došlo k prudkému zhoršení zdravotního stavu, a tím jsou častěji konfrontováni s informacemi a situacemi ve kterých dochází k nabývání ZG. Informace navíc často vyhledávají a využívají a tím zvyšují své schopnosti a kompetence v oblasti ZG (Kučera et al., 2016).

Některé výsledky studií již byly prezentovány v teoretické části, avšak z dostupných zdrojů a studií, lze konstatovat, že ZG je u populace nízká, zvláště u české dospělé populace je neadekvátní či problematická ve srovnání s jinými evropskými zeměmi (Kučera et al., 2016).

## ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Celá práce tedy byla zaměřena na studenty, pátých, chceme-li posledních absolventských ročníků, kdy se posléze předpokládá jejich nástup do zaměstnání a uplatnění na trhu práce především v oblasti učitelství a vzdělávání.

První část diplomové práce byla zaměřena na teoretické poznatky a již dříve provedené studie realizované napříč kontinenty pomocí různých typů dotazníků a dalších metod pro sběr dat. Ještě předtím bylo třeba objasnit obecné pojmy zdraví, definice a teorie zdraví. V navázání na problematiku jsme se stručně zabývali i modely a determinanty zdraví. Stejně jako existují definice zdraví, tak nesměly být opomenuty definice zdravotní gramotnosti, tedy alespoň část z nich, které se staly výchozí i pro diplomovou práci. Se zdravotní gramotností jsou dále úzce spjaty konceptuální modely, o kterých byla také v teoretické části zmínka. Tak jako další mnohé pojmy, má i zdravotní gramotnost svůj obsah, význam, ovlivňující faktory, hodnotící nástroje a metody rozvoje zdravotní gramotnosti, jímž jsme se také věnovali a nemohli jsme opomenout programy na podporu zdraví a prevenci nemocí.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na studenty Pedagogické fakulty, proto do teoretické části spadají i kapitoly, které pojednávají o pregraduální přípravě v oblasti zdravotní gramotnosti a podpory zdraví, jak u konkrétních oborů, tak i na obecné rovině.

Ústřední kapitoly této diplomové práce jsou situovány v samotných kapitolách metodiky práce a výsledcích. Výzkumné šetření probíhalo u výzkumného vzorku, kde z velké většiny byly zastoupeny ženy a byl užit dotazník jakožto výzkumný nástroj pro sběr dat. Organizace výzkumu probíhala především pod taktovkou samotného řešitele práce a dotazníky byly tak korespondovány pouze v přímém kontaktu řešitel-respondent. V žádném případě nebyla využita elektronická distribuce aj.

Výzkum nám potvrdil, že u zkoumaného souboru je závislost na studovaném oboru a chápání důležitosti preventivních opatření nemocí. Ukázal, že obory, které mají ve svém kurikulu zaměření na oblasti zdraví a nemoci, vykazují větší pochopení důležitosti preventivních opatření nemocí a podpory zdraví. Míra rozdílnosti není nikterak ohromující, ale rozhodně patrná.

Taktéž jsme konstatovali, že existuje určitá závislost mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a pravidelným cvičením. Studenti 5. ročníků Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý hlavně v případě, kdy v určité míře pravidelně cvičili.



Rovněž chápání informací od lékaře má rostoucí vliv na posuzování výběru očkování. Výzkum nám ukázal, že tento vliv je u našeho výzkumného vzorku pozitivní a je tedy posléze hodnocen jako důležitý pro posuzování při výběru vhodného očkování, případně jeho pochopení.

V závěru této práce můžeme tedy cíle považovat za splněné a dokončené. Práci tak můžeme využít jako vhodný srovnávací výzkumný vzorek se zjištěnými daty u námi zkoumaného souboru, kterým se pro tentokrát stali vysokoškolští studenti. Protože dopad učitelského působení na žáky není v žádném případě zanedbatelný, můžeme práci využít i pro praxi při tvorbě vzdělávacích programů pro učitelské profese. Domníváme se, že výsledky výzkumu diplomové práce by mohly pomoci k tomu, aby se tato problematika stala výzvou a zároveň prioritou pro větší osvětu na půdách pedagogických fakult s přesahem do sfér veřejných.

## SOUHRN

Tato diplomová práce se věnuje zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů. Zdravotní gramotnost byla zkoumána pomocí kvantitativního výzkumu. Jako výzkumný nástroj byl použit anonymní dotazník a výzkumný vzorek byl vytvořen ze 191 respondentů. Cílová skupina respondentů byli studenti absolventských ročníků Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Sběr dat probíhal v několika fázích, od listopadu 2017 do prosince 2018. Zpracování dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel a testování hypotéz v statistickém softwaru R.

Cílem práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti budoucích pedagogů pomocí standardizovaného dotazníku v kontextu stanovených hypotéz. Z výsledků vyplývá, že studenti oborou UVZ a UOPZŠ (tedy těch oborů, které ve svém vzdělávání mají kladen důraz na oblast zdraví a nemoci) snadněji chápou důležitost preventivních opatření nemocí, než studenti jiných oborů. Též nám studie potvrzuje, že studenti, kteří pravidelně cvičí, mají lepší zdravotní stav než studenti, kteří pravidelně necvičí. Zjistili jsme, že i studenti, kteří snadněji chápou, co jim lékař říká, dovedou posoudit, které očkování je pro ně potřebné.

**Klíčová slova:** Budoucí pedagog, podpora zdraví, vzdělávání, zdraví, zdravotní gramotnost.

## SUMMARY

This thesis is dealing with health literacy of future teachers. Health literacy was examined by the means of quantitative research. Anonymous questionnaire was applied as a research tool and research sample consisted of 191 responders. The target group of responders were students of graduating year of Faculty of Education of Palacky University in Olomouc. Data were collected in several phases from November 2017 to December 2018 and they were processed in software programme Microsoft Excel. Testing of hypothesis was carried out in statistical software R.

The goal of the thesis was to discover the level of health literacy of future teachers using the means of standardised questionnaire in the context of given hypothesis. The results of the research show that students of the Teaching of health education for lower secondary schools and Teaching of professional courses for nursing schools (i.e. programmes that emphasize health care) understand the importance of preventive measures of diseases more easily than students of different programmes. The research also shows that students who regularly do physical activities are in better state of health than those ones who are physically passive. We have discovered that students understand more easily what doctors tell them and they are able to consider which vaccination is necessary for them .

**Key words:** future teacher, health support, education, health, health literacy

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALTIN, S. et al. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. (14), [cit. 2019-02-05].
2. ANTOŠOVÁ, D. a M. KODL. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.
3. ARNOLDOVÁ, A. 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9.
4. BAKER, D., W. et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of public health* [online]. August 2002, vol. 92, no. 8. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/92/8/1278>
5. BETTERHAM, R. et al., 2014. The Optimising Health Literacy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* [online]. 2014(14), 1-10 [cit. 2019-05-16]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-694. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-694>
6. BOYCE, T. a CH. BROWN. *Engagement and participation for health equity* [online]. Denmark: WHO, 2017. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/Ut60v>
7. BRABCOVÁ, I. a J. VACKOVÁ. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *Kontakt* [online]. 15(4), 404-412. [cit. 2019-01-16]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131216125307879019.pdf>
8. COLLINS, S. et al. Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* [online]. 2012, 45(3), 598-607 [cit. 2019-02-02]. DOI: 10.1016/j.jbi.2012.04.001. ISSN 15320464. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1532046412000548>
9. CONNOR, M. et.al. Functional health literacy in Switzerland—Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling* [online]. 2013, 90(1), [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.018. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112003461>

10. ČAPKOVÁ, N. et al. *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016. ISBN 978-80-7071-356-3.
11. ČELEDVÁ, L. a R. ČEVELA. *Výchova ke zdraví, Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČEVELA, R., a L. ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
13. DAŇKOVÁ, D. 2011. *Problematika Zdraví jako součást kvality života z pohledu žáků základní školy: diplomová práce*. Brno: Masarykova universita, Fakulta pedagogická. 85 s., 3l. příl. Vedoucí diplomové práce Stanislav Střelec.
14. DETMER, D. Building the national health information infrastructure for personal health, health care services, public health, and research. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online]. 2003, (3), 2003 [cit. 2019-01-29]. DOI: 10.1186/1472-6947-3-1. ISSN 1472-6947. Dostupné z: <https://bmcmidinformatdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-3-1>
15. FERKOVIČOVÁ, T. 2019. *Zdravotní gramotnost studentů Pedagogické Fakulty Univerzity Palackého v Olomouci: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého Pedagogická fakulta. 88s., 3 příl. Vedoucí diplomové práce: Michaela Hřivnová
16. FIALOVÁ, L. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2885-1.
17. FIALOVÁ, L., et al. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2885-1.
18. FRANSEN, M. et al. International application of health literacy measures: Adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. *Patient Education and Counseling* [online]. 2014, 97(3), [cit. 2019-01-15]. DOI: 10.1016/j.pec.2014.08.017. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114003668>
19. FREEDMAN, D. et al. Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2009, [cit. 2019-01-29]. DOI: 10.1016/j.amepre.2009.02.001. ISSN 0749-3797. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/24274089\\_Public\\_Health\\_Literacy\\_Defined](https://www.researchgate.net/publication/24274089_Public_Health_Literacy_Defined)
20. GLADKIJ, I. et al. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

21. GRIFFIN, M. et. al. Variation in Estimates of Limited Health Literacy by Assessment Instruments and Non-Response Bias. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2010, 25(7), [cit. 2019-02-02]. DOI: 10.1007/s11606-010-1304-2. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-010-1304-2>
22. HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.
23. HOLČÍK, J. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-739-2089-0.
24. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-129-3.
25. HOLČÍK, J. a P. KÁŇOVÁ a L. PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4.
26. HŘIVNOVÁ, M. 2016. *Inovace v profesní přípravě učitelů Výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci*. In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. 70 ve zdraví. *Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016*. Brno, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8477-3. Online dostupné na [www: https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865](https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865)
27. CHARLIER, P. et al. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine* [online]. 2017 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.06.027. ISSN 09536205. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0953620516301960>
28. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
29. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-802-4753- 263.
30. CHRASTINA, J. *Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení - přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti: výzkumy, teorie a jejich využití v práci s klientem = Perception of subjective impact of disability - presence of chronic illness and concept of health awareness and literacy : research, theories and their use in work with clients*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-4888-6.

31. ISHIKAWA, H. et al. Developing a measure of communicative and critical health literacy. *Health promotion international* [online]. 2008, vol. 23, no. 3 [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/3/269.full>
32. JAMES, D., et al. The Impact of Health and Financial Literacy on Decision Making in Community-Based Older Adults. *Gerontology* [online]. 2012, 58(6) [cit. 2019-15-03]. DOI: 10.1159/000339094. ISSN 1423-0003. Dostupné z: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000339094>
33. JANOVSKÁ, K. et al. *Zdravotní gramotnost dětí, mladých dospělých, dospělých, seniorů*. Praha: Národní síť podpory zdraví, 2016. ISBN 978-80-270-1271-8.
34. JANOVSKÁ, K., Projekt Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle věkových kategorií. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. 2017. [cit. 2019-02-02] Dostupné z: [1url.cz/4tT5c](http://1url.cz/4tT5c)
35. KASTNEROVÁ, M. *Poradce pro výživu*. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 2011. ISBN 978-80-7453-177-4.
36. KASTNEROVÁ, M., 2016. *Etiopatogeneze civilizačních onemocnění*. 1. vydání. České Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity. ISBN 978-80-7394-621-0.
37. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5
38. KICKBUSCH, I. et al. *Health literacy: the solid facts* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Solid facts (Series). 2013. [cit. 2019-02-02]. ISBN 978-928-9000-15-4. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1)
39. KICKBUSCH, I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international* [online]. 2001, vol. 16 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/289.full.pdf+html>.
40. KRAUSE, C. et al. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int* 2016. [online] [cit. 2019-02-21]. DOI: 10.1093/heapro/daw084. ISSN 1460- 2245
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
42. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-551-2.
43. KŘÍŽ, Jaroslav. Rejection of Vaccination and Health Literacy. *Hygiena* [online]. 2019, 59(3) [cit. 2019-05-15]. DOI: 10.21101/hygiena.a1304. ISSN 18026281. Dostupné z: [http://apps.szu.cz/svi/hygiena/show\\_en.php?kat=archiv/h2014-3-11](http://apps.szu.cz/svi/hygiena/show_en.php?kat=archiv/h2014-3-11)

44. KUBÁTOVÁ, D. a J. MACHOVÁ. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2006. ISBN 80-7044-768-0.
45. KUČERA Z., J. PELIKAN a A. ŠTEFLOVÁ, 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 155(5). ISSN 00087335
46. LEE, T. et al. Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Education and Counseling* [online]. 2009, 75(3), [cit. 2019-05-02]. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.002. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399109001566>
47. LÍŠKOVÁ, M., 2013. *Výchova k zdraví v kontexte ošetrovatelstva – retrospektiva a perspektiva*. 1. vydání. Nitra: Fakulta sociálních vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa. ISBN 978-80-558-0277-0.
48. MAAT, H. et al. A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. *BMC Public Health*, 14(1-8), [cit. 2019-02-05] 2014. doi: 10.1186/1471-2458-14-990.
49. MACHOVÁ J., et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
50. MARÁDOVÁ, E. 2016. *Retrospektiva, současnost a perspektivy učitelského vzdělávání v oblasti podpory zdraví*. In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. *70 ve zdraví. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016*. Brno, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8477-3. Online dostupné na [www: https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865](http://www.munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865)
51. MARCUS, B. and FORSYTH L. *Psychologie aktivního způsobu života, Motivace lidí k pohybovým aktivitám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-654-4.
52. MCLEOD-SORDJAN, R. Assessing Functional Health Literacy Among Hispanic Elders With Chronic Disease. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. American College of Nurse Practitioners, 2011, 7(10), [cit. 201-02-03]. DOI: 10.1016/j.nurpra.2011.05.008. ISSN 15554155. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415511002571>
53. MURO, A. Health Literacy Special Collection: Tools and Resources for Health Literacy Initiatives. *What is Health Literacy?* [online]. 2011 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://www.healthliteracy.worlded.org/muro.htm>.
54. MZČR. 2003. *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21.století*. 1. vydání. Praha: MZČR. ISBN 80-85047-99-3.



55. MZČR: *Dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR Národní program zdraví - projekty podpory zdraví*[online]. Praha, 2018 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-pro-rok-2019\\_3925\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-pro-rok-2019_3925_1.html)
56. NAKAGAMI, K. Development and validation of a new instrument for testing functional health literacy in Japanese adults. *Nursing* [online]. 2014, 16(2), [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.1111/nhs.12087. ISSN 14410745. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12087>.
57. NOBILE, M. The WHO Definition of Health: A Critical Reading. *Medicine and law*. Milano: Universita degli Studi di Milano. 2014, 33(2), [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: [http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/mlv33&div=14&g\\_sent=1&collection=journals](http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/mlv33&div=14&g_sent=1&collection=journals)
58. NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. Sep. 2000, vol. 15 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+>. ISSN 1460-2245.
59. OSBORNE, Helen. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 1449600530.
60. OSBORNE, R. a A. BEAUCHAMP, R. BATTERHAM. 2015. *Health literacy: a concept with potential to greatly impact the infectious diseases field* [online]. 2015, s. 101-102 [cit. 2019-05-21]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.012>. Dostupné z: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(15\)00293-3/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(15)00293-3/pdf)
61. PALUMBO, R. et al. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy* [online]. 2016, 120(9), [cit. 2019-05-05]. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.08.007. ISSN 01688510. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851016302123>.
62. PARNELL, A. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. New York: Springer Publishing, 2015. ISBN 978-0-8261-6173-4.
63. PAYNE, J. *Analýzy informovaného konsenzu a jeho role v moderní medicíně*, Praha: Časopis lékařů 2/2015. ISSN 008-7335
64. PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
65. PEERSON, A and M. SAUNDERS. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* [online]. 2009, 24(3) [cit. 2019-02-21]. DOI:

- <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/24/3/285/652750/Health-literacy-revisited-what-do-we-mean-and-why>
66. SEEDHOUS, D. *Health: The Foundations of Achievement*. New York: John Wiley and Sons, 1995. in KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
67. SEIFERT, M. 2011. Pierce County Environmental Health Indicators: A Model for Improving Environmental Health Literacy. *Tacoma-Pierce County* [online]. 2011 [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: <http://www.tpchd.org/files/library/e8ab9c693da235cb.pdf>.
68. SHEN, M. et al. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health* [online]. 2015, 15(1), [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.1186/s12889-015-1958-0. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1958-0>
69. SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. 2012, (12) [cit. 2019-02-21]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
70. SUKA, M et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine* [online]. 2013, 18(5), [cit. 2019-02-02]. DOI: 10.1007/s12199-013-0340-z. ISSN 1342-078x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12199-013-0340-z>
71. SZU: *Nová strategie Zdraví 2020 (Health 2020)* [online]. Praha: Věra Kernová, 2012 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>
72. ŠIMŮNKOVÁ, M. a J. VOJTÍŠKOVÁ. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. *Practicus pro praktické lékaře zdarma* [online]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2015, 14(9), [cit. 2019-02-09]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2015-09/34-Zdravotni-gramotnost-v-CR-je-nizka.pdf>
73. TOKUDA, Y. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling* [online]. 2009, 75(3) [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.pec.2009.03.031. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399109001517>

74. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.
75. VURM, V., et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Triton. 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.
76. WEISS, B., D. and PALMER, R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medicaid population. *Journal of the American board of family medicine* [online]. 2004, vol. 17. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://www.jabfm.org/cgi/content/abstract/17/1/44>
77. WHO, 2015. Zdravotní gramotnost [online]. MZČR [cit. 16.2.2019]. Dostupné z <http://zdravotnigramotnost.cz/>
78. YAMASHITA, T., and S. R. KUNKEL. An International Comparison of the Association Among Literacy, Education, and Health Across the United States, Canada, Switzerland, Italy, Norway, and Bermuda: Implications for Health Disparities. *Journal of Health Communication* [online]. 2015, 20(4), [cit. 2019-02-05]. DOI: 10.1080/10810730.2014.977469. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2014.977469>
79. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
80. ZDRAVÍ 2020. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*, 2015. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf).
81. ZDRAVÍ 2020. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ; Státní zdravotní ústav. [cit. 2019-02-01]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ\\_aktualne/Narodni\\_strategie\\_podpory\\_a\\_ochrany\\_zdravi\\_a\\_prevence\\_nemoci\\_Zdravi\\_2020\\_web.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ_aktualne/Narodni_strategie_podpory_a_ochrany_zdravi_a_prevence_nemoci_Zdravi_2020_web.pdf).
82. *Zdravotní gramotnost národa: CZEDMA* [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.czedma.cz/zdravotni-gramotnost-naroda.html>

83. ZVÍROTSKÝ, M. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy: učební text pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7290-431-0.

## SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

aj.	a jiný, a jiní, a jinak
ALL	Adult and Life Skills Survey
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká Republika
EBM	Evidence based medicine
EHES	European Health Examination Survey
EU	Evropská Unie
HALS	Health Activity Literacy Scale
HES	Health Examination Survey
HIS	Health Interview Survey
HLQ	Health literacy Questionnaire
HLS	Health Literacy Scale
HLS-EU	European Health Literacy Survey
JFHLT	Japanese Funcional Health Literacy
KHLS	Korean Health Literacy Scale
MEHM	Minimální evropský modulu o zdraví
min.	minimálně
mj.	mimo jiné
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NVS	Newest Vital Sign
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SAHLSA	The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults
Sb.	Sbírky
SZÚ	Státní zdravotní ústav
tj.	to je
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný, takzvaně
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UOPZŠ	Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
UVZ	Učitelství výchovy ke zdraví
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
WHOQL	World Health Organization Quality of Life
ZG	Zdravotní gramotnost
ZŠ	Základní škola

## SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1. Pohlaví</i> .....	39
<i>Tabulka 2. BMI</i> .....	40
<i>Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání</i> .....	41
<i>Tabulka 4. Zdravotnické vzdělání</i> .....	41
<i>Tabulka 5. Platba za léky</i> .....	42
<i>Tabulka 6. Můžete si dovolit navštívit lékaře?</i> .....	42
<i>Tabulka 7. Společenský žebříček</i> .....	43
<i>Tabulka 8. Bydliště</i> .....	44
<i>Tabulka 9. Dlouhodobé onemocnění</i> .....	44
<i>Tabulka 10. Omezení aktivit z důvodu zdravotních problémů</i> .....	45
<i>Tabulka 11. Pojištění u zdravotní pojišťovny</i> .....	45
<i>Tabulka 12. Kontakt s lékařskou pohotovostí</i> .....	47
<i>Tabulka 13. Návštěva lékaře v průběhu posledních 12 měsíců</i> .....	47
<i>Tabulka 14. Hospitalizace v průběhu posledních 12 měsíců</i> .....	48
<i>Tabulka 15. Využití dalších zdravotnických specialistů v průběhu posledních 12 měsíců</i> .....	48
<i>Tabulka 16. Kouření cigaret, doutníků nebo dýmky</i> .....	49
<i>Tabulka 17. Pití alkoholických nápojů za posledních 12 měsíců</i> .....	49
<i>Tabulka 18. Množství požitého alkoholu za posledních 12 měsíců</i> .....	50
<i>Tabulka 19. Pití alkoholu v průběhu posledních 30 dní</i> .....	50
<i>Tabulka 20. Četnost pití alkoholu v průběhu posledních 30 dní</i> .....	51
<i>Tabulka 21. Množství požitého alkoholu v průběhu jednoho dne</i> .....	51
<i>Tabulka 22. Návštěva lékaře společně s členem rodiny nebo přítelem</i> .....	52
<i>Tabulka 23. Zapojení do života v obci</i> .....	52
<i>Tabulka 24. Kalorie v celém balení</i> .....	53
<i>Tabulka 25. Maximální množství zmrzliny</i> .....	53
<i>Tabulka 26. Každodenní konzumace nasycených tuků v gramech</i> .....	54
<i>Tabulka 27. Denní příjem kalorií</i> .....	54
<i>Tabulka 28. Bezpečnost požívání zmrzliny</i> .....	54
<i>Tabulka 29. Příčina nebezpečí požívání zmrzliny</i> .....	55
<i>Tabulka 30. Důvod alergické reakce</i> .....	55
<i>Tabulka 31. Ovlivnění zdravotního stavu cvičením</i> .....	72
<i>Tabulka 32. Rozhodování o očkování na základě chápání informací od lékaře</i> .....	76

## SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1. Relativní četnosti všech odpovědí .....</i>	59
<i>Graf 2. Relativní četnosti odpovědí na O1.19 .....</i>	60
<i>Graf 3. Relativní četnosti odpovědí na O1.20 .....</i>	61
<i>Graf 4. Relativní četnosti odpovědí na O1.23 .....</i>	62
<i>Graf 5. Relativní četnosti odpovědí na O1.27 .....</i>	63
<i>Graf 6. Relativní četnosti odpovědí na O1.30 .....</i>	64
<i>Graf 7. Relativní četnosti odpovědí na O1.31 .....</i>	65
<i>Graf 8. Relativní četnosti odpovědí na O1.32 .....</i>	66
<i>Graf 9. Relativní četnosti odpovědí na O1.33 .....</i>	67
<i>Graf 10. Relativní četnosti odpovědí na O1.34 .....</i>	68
<i>Graf 11. Zdravotní stav .....</i>	70
<i>Graf 12. Četnost cvičení během posledního měsíce .....</i>	71
<i>Graf 13. Relativní četnosti odpovědí na O1.34 .....</i>	74
<i>Graf 14. Relativní četnosti odpovědí na O1.26 .....</i>	75
<i>Graf 15. Relativní četnosti odpovědí na O1.26 .....</i>	77
<i>Graf 16. Relativní četnosti odpovědí na O1.26 .....</i>	78



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** Dotazník Zdravotní gramotnosti

**Příloha č. 2** Tabulky s výsledky p-hodnot testovaných hypotéz

## Příloha č. 1 Dotazník Zdravotní gramotnosti

ANONYMNÍ DOTAZNÍK ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI PRO STUDENTY VŠ						
O1 Ohodnotte na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“, jak těžké je (své hodnocení zakroužkujte):						
		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit (nevím)
1	...nalézt informace o příznacích nemoci, které se vás týkají?	1	2	3	4	5
2	...nalézt informace o léčbě nemoci, které se vás týkají?	1	2	3	4	5
3	...zjistit, co udělat v případě potřeby naléhavé lékařské pomoci?	1	2	3	4	5
4	...zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný (např. od lékaře, lékárníka, psychologa ...)	1	2	3	4	5
5	... pochopit, co vám říká váš lékař?	1	2	3	4	5
6	... pochopit příbalový leták, který je přiložen k vašemu léku?	1	2	3	4	5
7	... pochopit co udělat, když je potřeba naléhavé lékařské pomoci?	1	2	3	4	5
8	... pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?	1	2	3	4	5
9	...posoudit, jak se informace od vašeho lékaře vztahují na vás?	1	2	3	4	5
10	...zhodnotit výhody a nevýhody různých možností léčby?	1	2	3	4	5
11	...posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	1	2	3	4	5
12	...zhodnotit, zda je informace o nějaké nemoci v médiích spolehlivá (např. z TV, Internetu nebo jiného média)	1	2	3	4	5
13	...využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?	1	2	3	4	5
14	...pochopit doporučení jak užívat léky?	1	2	3	4	5
15	...zavolat záchranou službu, když se něco stane?	1	2	3	4	5
16	...pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?	1	2	3	4	5
17	...získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky, jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití?	1	2	3	4	5
18	...získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?	1	2	3	4	5
19	...získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)	1	2	3	4	5
20	...nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?	1	2	3	4	5
21	...pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4	5
22	...pochopit, proč potřebujete očkování?	1	2	3	4	5
23	...pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? (např.: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)	1	2	3	4	5
24	...posoudit, jak důvěryhodné jsou zdravotní varování, týkající se kouření, malé tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4	5
25	...posoudit, kdy je třeba, abyste šel/šla k lékaři na vyšetření?	1	2	3	4	5
26	...posoudit, která očkování byste potřeboval?	1	2	3	4	5
27	...posoudit, jaké preventivní prohlídky byste měl podstoupit? (např.: vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)	1	2	3	4	5
28	...posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (např.: z TV, Internetu nebo jiných médií)	1	2	3	4	5
29	...rozhodnout se, zda byste se měl(a) nechat očkovat proti chřipce?	1	2	3	4	5
30	...rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě rady od vaší rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4	5
31	...rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (např.: Noviny, letáky, Internet nebo jiná média)	1	2	3	4	5
32	...nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?	1	2	3	4	5
33	...nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (např.: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)	1	2	3	4	5
34	...nalézt informace o tom, jak byste mohli s vašimi sousedy usilovat o zdravější prostředí? (např.: Snížení hluku a znečištění ovzduší, rozšiřování zeleně, budování zařízení pro trávení volného času)	1	2	3	4	5
35	...dozvědět se o politických změnách, které mohou ovlivnit zdraví? (např.: legislativa, program nových preventivních prohlídek, změna vlády, změny v organizaci zdravotnických služeb)	1	2	3	4	5
36	...dozvědět se o opatřeních k podpoře zdraví na pracovišti?	1	2	3	4	5
37	...pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4	5
38	...pochopit informaci na obalech potravin?	1	2	3	4	5
39	...pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např.: Internet, noviny, časopisy)	1	2	3	4	5
40	...porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví?	1	2	3	4	5

41	...posoudit, jak to, kde žijete, ovlivňuje vaše zdraví a vaši pohodu? (např.: Vaše obec, vaše bezprostřední okolí)	1	2	3	4	5
42	...posoudit, jak vám vaše bytové poměry pomáhají udržovat si zdraví?	1	2	3	4	5
43	...posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? (např.: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení)	1	2	3	4	5
44	...udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	1	2	3	4	5
45	...vstoupit do sportovního klubu nebo se zapojit do skupinového cvičení, pokud byste chtěl(a)?	1	2	3	4	5
46	...ovlivnit vaše životní podmínky, které mají vliv na vaše zdraví a vaši pohodu? (např.: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení atp.)	1	2	3	4	5
47	...podílet se na aktivitách, které zlepšují zdraví a pohodu ve vaší obci?	1	2	3	4	5

O2 Jaký je váš zdravotní stav? Zakroužkujte číslo u Vámi zvolené odpovědi.

1	Velmi dobrý
2	Dobrý
3	Uspokojivý
4	Špatný
5	Velmi špatný
6	Nemohu posoudit (nevím)

O3 Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem? Dlouhodobými rozumíme problémy, které trvají, nebo očekáváte, že budou trvat, 6 měsíců nebo déle

1	Ano, více než jednou
2	Ano, jednou
3	Ne
4	Nemohu posoudit (nevím)

O4 Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?

1	Citelně omezily
2	Omezily, ale nikoli citelně
3	Vůbec neomezily
4	Nemohu posoudit (nevím)

O5 U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

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

O6 Jak často jste...?

	0	1 - 2 krát	3 - 5 krát	6 krát a více krát	Nemohu posoudit (nevím)
... byl během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (např.: Pohotovostní služba, záchranná služba)	1	2	3	4	5
... byl během posledních 12 měsíců u lékaře?	1	2	3	4	5
... byl během posledních 12 měsíců hospitalizován?	1	2	3	4	5
... během posledních 12 měsíců využil služeb dalších zdravotnických specialistů, jako je zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař?	1	2	3	4	5

O7 Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?

1	V současné době kouříte
2	Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste
3	Nikdy jste nekouřil(a)
4	Nemohu posoudit (nevím)

Jestliže "V současné době kouříte", přejděte na otázku O8, jinak pokračujte otázkou O9.

O8 Používáte následující tabákové produkty každý den, příležitostně nebo vůbec ne?

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

O9 Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

Pokud odpovíte na otázku O9 „Ano“ pokračujte otázkami O10 až O13, jinak přejděte na otázku O14.

O10 Jak často jste během posledních 12 měsíců měl 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?

1	Několikrát týdně
2	Jednou týdně
3	Jednou měsíčně
4	Méně než jednou měsíčně
5	Nikdy
6	Nemohu posoudit (nevím)

O11 Pil jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný lokální nápoj) během posledních 30 dní?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

Pokud odpovíte na otázku O10 „Ano“ pokračujte otázkami O12 a O13, jinak přejděte na otázku O14.

O12 Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj? I

1	Denně
2	4 – 5 krát týdně
3	2 – 3 krát týdně
4	Jednou týdně
5	2 – 3 krát měsíčně
6	Jednou
7	Nemohu posoudit (nevím)

O13 Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?

1	Méně než 1 drink
2	1-2 drinky
3	3-4 drinky
4	5-6 drinků
5	7-9 drinků
6	10 a více drinků
7	Záleží na situaci
8	Nemohu posoudit (nevím)

Pozn.:  
jeden drink = 1 sklenice vína,  
1 plechovka/láhev piva nebo ovocného piva  
nebo 4 cl destilátu

O14 Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?

1	Téměř denně
2	Několikrát týdně
3	Několikrát během měsíce
4	Vůbec ne
5	Nebyl jsem schopen cvičit
5	Nemohu posoudit (nevím)

O15 Máte člena rodiny nebo přítele (příteknyni), kterého byste mohl(a) vzít s sebou na návštěvu k lékaři?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

O16 Jste aktivně zapojen do života vaší obce, např. jste dobrovolníkem nebo se podílíte na nějakých aktivitách v obci?

1	Téměř denně
2	Několikrát týdně
3	Několikrát měsíčně
4	Několikrát v průběhu roku
5	Vůbec ne
6	Nemohu posoudit (nevím)

Další část výzkumu se bude týkat informací na obalech potravin.

Na další stránce jsou uvedeny informace, jaké můžete nalézt na zadní straně obalu zmrzliny, kterou si můžete koupit v supermarketu. Přečtete si, prosím, pozorně tyto informace a poté zodpovíte následující otázky v dotazníku. Odpovědi na všechny otázky mohou být zodpovězeny s využitím informací, které máte k dispozici. Nemějte však obavy, pokud nebudete moci zodpovědět všechny dotazy. Některé z těchto otázek jsou poměrně složité, a ne každý na všechny odpoví správně. Na zodpovězení každé otázky budete mít tolik času, kolik budete potřebovat.

**Popis výrobku:** Zmrzlina

**Velikost porce:** 100 ml

**Počet porcí v balení:** 4

Výživové údaje	
Typické hodnoty	Na 100 ml
Energie	1050 kJ
	250 kcal (kalorií)
Proteiny (bílkovina)	4 g
Sacharidy	30 g
Z toho cukry	23 g
Tuk	13 g
Z toho nasycené mastné kyseliny	9 g
Z toho mononenasycené mastné kyseliny	0 g
Z toho vícenenasycené mastné kyseliny	3 g
Z toho transnenasycené mastné kyseliny	1 g
Vláknina	0 g
Sůl	0,05 g

Složení: Smetana, odstředěné mléko, cukr, vejce, emulgátory (guarová guma – E 412), arašídový olej, vanilkový extrakt (0,05%)

O17 Kolik kalorií (kcal) sníte, pokud sníte celé balení?

1	1,000 KCAL
2	1,000 kalorií
3	Jakákoli jiná odpověď
4	Nevím
5	Nechci odpovédět

O18 Pokud dostanete radu, abyste nejedli více než 60 gramů sacharidů jako desert, jaké maximální množství zmrzliny můžete sníst?

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

O19 Představte si, že vám váš lékař doporučí, abyste snížil obsah nasycených mastných kyselin ve vaší stravě. Obvykle konzumujete 42 g nasycených mastných kyselin denně, z nichž některé jsou obsaženy v jedné porci zmrzliny. Kolik gramů nasycených tuků budete každý den konzumovat, pokud přestanete jíst zmrzlinu?

1	33 g
2	Jakákoli jiná odpověď
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

O20 Pokud obvykle konzumujete 2500 kalorií denně, jaké procento vašeho denního příjmu kalorií (kcal) přijmete, když sníte jednu porci zmrzliny?

1	1/10 (desetinu)
2	10%
3	Jakákoli jiná odpověď
4	NEVÍM
5	Nechci odpovédět

O21 Představte si, že jste alergický na následující látky: penicilin, arašidy, latexové rukavice a bodnutí včely. Je pro vás bezpečné jíst tuto zmrzlinu?

1	Ano
2	Ne
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

Pokud jste na otázku O21 odpověděl(a) „Ne“ pokračujte na otázku O22, jinak můžete vyplnit demografické údaje v otázce D1.

O22 Proč ne?

1	Protože obsahuje arašidový olej/arašidy/ořechy
2	Protože můžete mít alergickou reakci
3	Jiné (SPONTÁNNĚ)
4	NEVÍM
5	Nechci odpovédět

Q23 Proč byste měl alergickou reakci?

1	Protože obsahuje arašidový olej/arašidy/ořechy
2	Jiné (SPONTANNÉ)
3	NEVÍM
4	Nechci odpovědět

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

D1 Pohlaví

1	Muž
2	Žena

D2 Kolik je Vám roků?

roků

D3 Jaká je vaše výška? (Přibližně)

cm    Nevím    Nechci odpovědět

D4 Kolik vážíte? (Přibližně)

kg    Nevím    Nechci odpovědět

D5 Který z těchto výroků odpovídá vaší situaci?

1	Vaše matka a váš otec se narodili v České republice
2	Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý v jiné členské zemi Evropské unie
3	Vaše matka a váš otec se narodili v jiné členské zemi Evropské unie
4	Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý se narodil mimo Evropskou unii
5	Vaše matka i váš otec se narodili mimo Evropskou unii.
6	Jeden z vašich rodičů se narodil v jiné členské zemi Evropské unie a druhý mimo Evropskou unii
7	NEVÍM, nechci odpovědět

D6 Jaký je váš rodinný stav?

1	Svobodný
2	Ženatý/vdaná
3	Rozvedený/ rozvedená/ odloučen/ odloučená
4	Vdovec/vdova
5	Nevím
6	Nechci odpovědět

D7 Jaká je vaše bytová situace?

1	Žiju sám
2	Žiju ve společné domácnosti
3	Mám vážný vztah, ale nežijeme společně
4	Nevím
5	Nechci odpovědět

D8 Máte děti? Je možno více odpovědí.

1	Ano, pod 15 let
2	Ano, nad 15 let
3	Nemám děti
4	Nevím
5	Nechci odpovědět

D9 Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

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

D10 Jaké je vaše „hlavní“ zaměstnání?

1	Zaměstnanec na plný úvazek
2	Zaměstnanec na částečný úvazek
3	Podnikatel / Osoba samostatně výdělečně činná
4	Bez zaměstnání
5	Jiné – napište jaké
9	Nechci odpovědět

Pokud jste na otázku D10 odpověděl(a) 4 „Bez zaměstnání“ pokračujte na otázku D10b, jinak přejděte na otázku D11.

D10b Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaši situaci? Pouze jedna odpověď.

1	Nezaměstnaný
2	Student, další vzdělávání, neplacená práce
3	Důchod, předčasný důchod nebo ukončené podnikání
4	Invalidita
5	V domácnosti
6	Jiné – napište jaké
7	Nevím
9	Nechci odpovědět

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

1	Ano
2	Ne
3	Nevím
4	Nechci odpovědět

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

1	Velmi snadné
2	Vcelku snadné
3	Docela obtížné
4	Velmi obtížné
5	Nevím
6	Nechci odpovědět



D13 Můžete si dovolit navštívit lékaře? Je to...? (např. z hlediska: času, zdravotního pojištění, ceny, dopravy ...)

1	Velmi snadné
2	Vcelku snadné
3	Docela obtížné
4	Velmi obtížné
5	Nevím
6	Nechci odpovědět

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

1	Většinou ano
2	Občas
3	Téměř nikdy/nikdy
4	Nechci odpovědět

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

1	1 Nejnižší úroveň ve společnosti
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10 Nejvyšší úroveň ve společnosti
11	Nechci odpovědět

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

1	Do 5.000,- Kč
2	5.001,- až 7.000,- Kč
3	7.001,- až 10.000,- Kč.
4	10.001,- až 15.000,- Kč
5	15.001,- až 20.000,- Kč
6	20.001,- až 25.000,- Kč
7	25.001,- až 30.000,- Kč
8	30.001,- až 35.000,- Kč
9	35.001,- až 40.000,- Kč
10	40.001,- až 45.000,- Kč
11	45.001,- až 50.000,- Kč
12	50.001,- až 60.000,- Kč
13	61.001 a více
14	Nechci odpovědět

D17 Místo Vašeho bydliště – napište název a přibližný počet obyvatel

Místo bydliště	Počet obyvatel

## Příloha č. 2 Tabulky s výsledky p-hodnot testovaných hypotéz

### *Hypotéza č. 1*

Otázka	Chí kvadrát test (p-hodnota)	Fisherův test (p-hodnota)
O1_19	1.645e-06	2.958e-06
O1_20	0.04522	0.03999
O1_23	0.527	0.5895
O1_27	2.136e-05	5.764e-06
O1_30	0.03262	0.02121
O1_31	0.0001093	0.000183
O1_32	0.7907	0.8286
O1_33	0.3907	0.3408
O1_34	0.001841	0.001749
Celkem	3.662e-16	< 2.2e-16

### *Hypotéza č. 2*

Otázka	Chí kvadrát test (p-hodnota)	Fisherův test (p-hodnota)
	4.719e-06	1e-06

### *Hypotéza č. 3*

Otázka	Chí kvadrát test (p-hodnota)	Fisherův test (p-hodnota)
	5,712e-08	2e-07

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Jana Hřívová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. Mgr. Michaela Hřívová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020
<b>Název práce:</b>	Zdravotní gramotnost budoucích pedagogů.
<b>Název v angličtině:</b>	Health literacy of future teachers.
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností. Teoretická část pojednává o teoretických východiscích úzce spjaté s tématem. Výzkum, jehož výsledky jsou prezentovány v praktické části, byl proveden u studentů pátých ročníků učitelství oborů, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého. Byl zde aplikován kvantitativní design výzkumu a to anonymní dotazník zdravotní gramotnosti.
<b>Klíčová slova:</b>	budoucí pedagog, podpora zdraví, vzdělávání, zdraví, zdravotní gramotnost
<b>Anotation:</b>	The thesis deals with health literacy of future teachers. The theoretical part is dedicated to explaining theoretical basis closely related to the topic. The research was performed with students of the 5th year of teaching programme of Faculty of Education of Palacky University in Olomouc and its results are being presented in the practical part of the thesis. Quantitative design of research has been applied using anonymous questionnaire of health literacy.
<b>Keywords:</b>	future teacher, health support, education, health, health literacy
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	2 přílohy, 9 stran
<b>Rozsah práce:</b>	97 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český