

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Vojtěch Zatloukal

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání (maior)
Český jazyk a literatura se zaměřením na vzdělávání (minor)

Zdravotní gramotnost u žáků staršího věku na základní škole s
rozšířenou výukou tělesné výchovy

Olomouc 2023

vedoucí práce: PhDr. Tereza Sofková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 20.4.2023

Vojtěch Zatloukal

.....

Poděkování

Rád bych poděkoval PhDr. Tereze Sofkové, Ph.D., za cenné rady a čas, který mi věnovala při odborném vedení bakalářské práce.

Obsah

Úvod	6
1. Cíle práce	7
2. Teoretické poznatky.....	8
2.1 Zdravotní gramotnost	8
2.1.1 Definice zdravotní gramotnosti.....	8
2.1.2 Modely zdravotní gramotnosti.....	9
2.1.3 Studie zabývající se zdravotní gramotností	11
2.2 Zdraví.....	12
2.2.1 Pojem zdraví	13
2.2.2 Definice zdraví.....	13
2.2.3 Determinanty zdraví.....	13
2.2.4 Modely zdraví	15
2.3 Zdraví 2020.....	16
2.3.1 Cíle Národní strategie.....	16
2.4 Zdraví 2030.....	18
2.4.1 Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030.....	18
2.5 Starší školní věk	20
2.6 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání	21
2.7 Základní škola s rozšířenou výukou tělesné výchovy	22
3. Metodika práce	23
3.1 Výzkumný vzorek a sběr dat.....	23
4. Výsledky	24
4.1 Shrnutí výsledků.....	54
5. Diskuze.....	55
Závěr.....	56
Souhrn.....	57

Summary	58
Referenční seznam	59
Seznam grafů.....	62
seznam tabulek	65
Seznam příloh.....	67
Anotace	73

ÚVOD

O zdraví by se dalo říci, že je jednou z nejdůležitějších komodit každé lidské bytosti, ovšem aby platila definice o zdraví od Světové zdravotnické organizace z roku 1948 je potřeba mnoho úsilí, lidské práce a také zdravotní gramotnosti na straně každého jedince.

Zdravotní gramotnost je klíčová podmínka k udržení kvalitního zdraví a produktivního života. Z tohoto hlediska je důležité, aby byla zdravotní gramotnost rozvíjena napříč celým společenstvím již od počátku školní docházky a rozvoj pokračoval nejen v dalších vzdělávacích institucích, ale také v průběhu celého života, jelikož jedině zdravotně gramotný člověk je schopen odpovědně a kvalitně rozhodovat o tom, co je pro jeho zdraví vhodné nebo naopak nevhodné.

Zdravotní gramotnost u staršího školního věku na základní škole jako téma bakalářské jsem si vybral, jelikož tato problematika je velice aktuální a důležitá pro správný, budoucí rozvoj žáků v této věkové skupině. Samotná úroveň znalostí zdravotní gramotnosti byla předmětem zkoumání, jelikož znalost zdravotní gramotnosti v České republice je všeobecně na nízké úrovni.

Bakalářská práce se skládá ze dvou celků, tedy teoretického, který nabízí vhled do tématu zdravotní gramotnosti z obecné roviny a praktického, který je zaměřen na samotný výzkum pomocí dotazníku.

1. CÍLE PRÁCE

Hlavním cíle práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u žáku staršího školního věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy.

Dílčí cíle:

Vyhodnotit, zda se žáci setkali s pojmem zdravotní gramotnost.

Posoudit, zda žáci dokáží aplikovat poznatky o zdravotní gramotnosti.

2. TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost jakožto pojem a jeho použití datujeme do 70. let 20. století, kdy v souvislosti s ním mluvíme o rozšíření školních osnov. Postupem času se však ukázalo, že zavádět další předmět či pouze doplňovat osnovy je nedostačující. Farmaceutické firmy zavětrily příležitost a jejich snahou bylo, aby potenciální klienti rozuměli příbalovým letákům, čímž by byli motivováni ke koupi jejich produktů. Termín dále bobtnal, rozšiřoval se a byl orientován nejen na schopnosti jedince, ale také na vztah pacienta a zdravotnického pracovníka (Čeledová, Holčík a kol.,2017).

Abychom mohli úspěšně uplatňovat zdravotní gramotnost v životě na bázi každodennosti, měli bychom použít model „Chci – Umím – Mohu“. V rámci předtím zmíněného modelu se uplatňují tři základní pilíře. Chci – vychází z každého jedince, je to působení vnitřní motivace, kterou musí disponovat každý člověk lhostejno na věkové kategorii. Umím – Mimo vnitřní motivaci vycházející z prvního pilíře, také musí být člověk vybaven znalostmi, které však budou odpovídat jeho věku a zároveň budou dostačující ve smyslu odpovědného rozhodování se. Informace potřebné k odpovědnému rozhodování se by měl člověk být schopen nejen najít, ale také správně uchopit a naložit s nimi správně nejen ve specifických situacích, ale v celém průběhu života. Mohu – Třetí pilíř se zabývá tím, abychom byli schopni dítěti vytvořit prostředí, ve kterém bude schopno své vědomosti využít v běžném životě. Pouze část z mnoha proměnných, které hrají roli může dítě ovlivnit a zajistit (Janovská a kol.,2016).

2.1.1 Definice zdravotní gramotnosti

Termín zdravotní gramotnost se v průběhu let stával předmětem nejen široce založených výzkumných projektů, ale také dílčích studií, z čehož vyplývá, že v textech jsme schopni najít mnoho definic. Přičemž je spousta z nich přizpůsobena konkrétnímu výzkumnému záměru. Také můžeme objevit formulace se snahou vystihnout zdravotní gramotnost z hlediska teoretického (Holčík, 2009).

Schopnost zajistit si zdravotní informace, porozumět jim, správně je uchopit a využít je – tímto způsobem bychom mohli uchopit definování zdravotní gramotnosti obecně. Výstižněji

lze termín definovat dle Čeledové, Holčíka a kol. (2017) jako „*Schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života.*“ Čímž rozumíme v domácnosti, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních etc. Z pohledu společnosti lze říci, že zdravotní gramotnost je důležitý způsob nejen na zvyšování vlivu na své zdraví, či posílení schopnosti extrahovat informace, ale i přijímat a nést svůj díl zodpovědnosti za svůj zdravotní stav (Čeledová, Holčík a kol.,2017).

Za jednu z nejvýznamnějších definic zdravotní gramotnosti považujeme formulování od Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1998: „*Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím a rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.*“

2.1.2 Modely zdravotní gramotnosti

Myšlenkové konstrukce, díky jejichž pomoci si lze jednodušeji uvědomit hlavní složky zdravotní gramotnost, jednotlivé hladiny úrovně zdravotní gramotnosti, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti označujeme jako modely zdravotní gramotnosti (Holčík, 2009).

Funkční zdravotní gramotnost – oblastí tohoto modelu jsou výsledky tradiční zdravotní výchovy, která spočívá v poskytování informací o rizicích pro zdravotní stav, ale také jak jednat ve zdravotnickém systému. Cílem modelu je zvyšovat a prohlubovat vědomosti společnosti týkající se rizikových faktorů a motivace k akceptování a pozitivnímu přístupu k předepsaným opatřením. V rámci výše zmíněného přístupu není nutností oboustranná komunikace, taktéž není posilována samostatnost jednotlivců a jejich způsobilost k řešení obvyklých zdravotních problémům. Nicméně ve spoustě situací je tento postoj velice působivý a je nápomocný ve zkvalitnění zdraví jak osob, tak celé populace. Týká se to především v oblasti očkování, dodržováním rozvrhu preventivních prohlídek etc. (Holčík, Kaňová, Prudil, 2015).

Interaktivní gramotnost – Záměrem modelu je rozvoj způsobilosti jedinců jednat samostatně. Hlavním cílem je tedy posílení motivace k dodržování rad a doporučování odborných pracovníků a také odpovědnosti vůči těmto doporučením. Snaha se však netýká pouze poslušnosti a snaze o vyhovění všem radám, které jsou dobře míněny. Jde především o rozvoj osobitosti a samostatnosti při rozhodování. Do tohoto modelu řadíme zdravotně

výchovné programy, které jsou orientované na určité problémy vybraných populačních skupin jako jsou například svépomocné skupiny pacientů (Čeledová, Holčík a kol.,2017).

Kritická zdravotní gramotnost – Zaměření modelu se vztahuje na rozvoj schopností osob, týkající se jejich chování, sociálně a politických aktivit ve smyslu podílení se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. V tomto kontextu je obsahem zdravotní výchovy především předávání informací a rozvíjení komunikace o zdraví. Taktéž je klíčový rozvoj kompetence navrhování a posuzování organizační a politickou realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí (Čeledová, Holčík a kol.,2017).

Ač se může zdát, že nejdůležitější či nejvíce ceněná je třetí vrstva modelu, je však nutno i zbylé respektovat a rozvíjet. Šíře zdravotních determinant a často i velmi rozdílná zdravotní zkušenost jednotlivých osob podněcuje chápání zdravotní gramotnosti i z hlediska různých aspektů. Kupříkladu jako formu sociálního učení, také jako předávání a modifikaci kulturních vzorů v jednotlivých rodinách nebo sociálních skupinách (Holčík, 2009).

Dalším z modelů je neméně významné rozdělení do tří skupin, které je založeno na rozdělení zdravotnických informací dle amerického ministerstva zdravotnictví:

Osobní zdravotní dimenze – Řadíme zde informace přispívající k resistenci a utužování zdraví jedince a k jeho rozhodovacím schopnostem co se zdravotnických služeb týče.

Zdravotnická dimenze – Informace obsažené v této dimenzi jsou mířeny na pracovníky ve zdravotnictví. Zde obsažená fakta slouží ke zkvalitňování a zvyšování šetrnosti poskytovaných služeb ve zdravotnickém systému.

Populační dimenze – Zde obsažené informace jsou k dispozici celé společnosti a obsahují údaje o zdravotním stavu populace, o determinantech zdraví a také o variantách jeho zlepšení.

Každá jedna z těchto dimenzí představuje bod zájmu pro jednotlivé lišící se skupiny, z toho důvodu se liší také i v množství prostředků na ně vydávaných. Ovšem výše uvedené dimenze nejsou odděleny neprostupnou zdí, ale naopak se prolínají a překrývají v rámci každodenního života (Holčík, 2009).

2.1.3 Studie zabývající se zdravotní gramotností

Dle vybrané studie dospělí obyvatelé české republiky vykazují nízkou zdravotní gramotnost, tedy neadekvátní či problematickou, a to až v 60 % případů. Oproti tomuto zjištění však studie přinesla i příznivější výsledek, a to v oblasti, která se vztahuje k orientování se v oblasti zdravotnických systémů a zdravotní péče. V rámci této oblasti zdravotní gramotnosti až 50 % respondentů prokázalo dostatečnou či excelentní orientaci. Naopak o poznání horší výsledky dosáhla populace v rámci prevence nemocí a schopnosti získat či vyhodnotit informace o nich získané a také v oblastech, které se týkají využití informací v rámci podpory zdraví a posilování svého vlastního zdraví. V těchto oblastech občané dosáhli neuspokojivých výsledků, tedy v oblasti první 54 % občanů dosáhlo neadekvátní a problematické úrovně a stejnou úroveň dosáhlo také 64 % populace ve druhé oblasti. V kontextu celé studie vyplývá, že Česká republika zaostává za nejlepšími zeměmi EU, jedním z důvodů, proč je taková skutečnost realitou může být dle autorů odpor občanů či respondentů k respektování doporučení, i když se týká jejich vlastního zdraví. Dalším možným důvodem může být méně rozvinutá občanská společnost, která by se mohla angažovat a aktivizovat v oblasti zdravotní gramotnosti (Kučera, Pelikán, Šteflová 2016).

Další ze studií se zabývala korelací mezi nízkou zdravotní gramotností a jejím vlivem na zdravotní stav. Studie se uskutečnila v Kanadě a jejími respondenty bylo 174 pacientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnici. Z výsledků studie vyplývá, že pouze 50 % respondentů, kteří v té době byli hospitalizováni prokázali adekvátní znalost zdravotní gramotnosti. Tedy, jak již ze studie vyplývá, tak 50 % mělo potíže se čtením, porozuměním a interpretací zdravotnických informací. Také bylo na základě studie dokázáno, že pacienti, kteří neměli dostatečnou zdravotní gramotnost měli větší „šanci“ opětovné návštěvy pohotovosti či na hospitalizaci. Oproti tomu u pacientů s vyšší znalostí zdravotní gramotnosti byla „šance“ na opětovnou hospitalizaci nižší. U lidí s marginální znalostí zdravotní gramotnosti byla vyšší pravděpodobnost opětovné hospitalizace do 90 dnů od propuštění z nemocnice. Studie poukazuje na skutečnost, že je potřeba zaměřit se na obyvatele s nižší nebo marginální znalostí zdravotní gramotnosti, jelikož zlepšení v této oblasti by mohlo mít příznivý vliv nejen na zdravotnický systém, ale také na zdraví jednotlivců (Shahid, Shoker a kol., 2022).

Studie ze třech střeoevropských států Česká republika, Slovensko a Polsko se zabývala posouzením vlivu oblastí ve který respondenti žijí a také vliv rodinných struktur, či finanční úroveň na zdravotní gramotnost či zdravotní schopnosti dětí ve věku 13–15 let. Studií bylo

účastno 11 521 respondentů ze třech výše zmíněných zemí. Výsledek výzkumu ukazuje, že zejména školní prostředí je nejvíce rozmanité, zejména z hlediska struktury škol, které se nacházejí v celkově méně bohatých oblastech. Což dle autorů budí potřebu větších investic do těchto škol, což by mohlo přinést obecné zlepšení úrovně vzdělání. Také je dle autorů třeba implementovat na základě výsledků moderní zdravotní výchovu do vzdělání, která bude spojena s posílení zdravotními a sociálními kompetencemi studentů. Tato potřeba se dle autorů netýká pouze České republiky, ale všech zemí účastnících se studie (Kleszcewska, Porwit a kol., 2021).

Na výše zmíněnou studii bychom mohli navázat výzkumem, jehož cílem bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u skupin občanů s příjmem pod hranicí chudoby v Jihočeském kraji. Na otázky bylo ochotno odpovídat 254 lidí, kteří byli rozděleni na základě příjmu do třech kategorií dle příjmu, tedy pod 5000 Kč, 5000 Kč až 7000 Kč a 7001 až 10000 Kč. Výsledky prokázali, že neadekvátní znalost zdravotní gramotnosti byla u 31,9 % dotázaných u 34,3 % byla znalost problematická a pouhých 33,8 % respondentů mělo dostatečnou znalost této problematiky. I když výzkum byl omezen pouze na Jihočeský kraj, tak potvrzuje již známý fakt, který vyplynul z předchozích studií evropských i mezinárodních, a to sice, že lidé s nižším příjmem mají také nízkou zdravotní gramotnost. Výzkum také potvrdil, že Česká republika je zemí s jednou z nejnižších úrovní zdravotní gramotnosti. Autoři tvrdí, že jednou z možných příčin je nerovný přístup ke zdravotní péči, ta se týká především chudých a nízkopříjmových skupin. Pro autory studie také bylo velice znepokojující zjištění, že někteří respondenti nebyli pojištěni nebo nebyli seznámeni s existencí pojištění. Sami tvůrci výzkumu navrhuje, aby tomuto tématu bylo věnováno mnohem více pozornosti, a že je také nutná intervence v oblasti zdravotní gramotnosti (Řimnáčová, Kajanová a kol.,2018).

2.2 Zdraví

Bezpochyby bychom zdraví mohli označit jako jednu z nejvýznamnějších hodnot lidského života. Je tomu tak především proto, že v případě jsme-li zdraví, můžeme naplňovat pracovní život, jsme způsobilí k tomu plnit své tužby a také plnit si životní sny či plány. Lze tedy říci, že zdraví není smyslem života samo o sobě, ale funguje spíše jako jedna z podmínek smysluplného lidského života. Mýlili bychom se, kdybychom zdraví označili pouze jako významnou hodnotu individuální, jelikož zdraví má i důležitou hodnotu společenskou. Je

totiž základním pramenem pro optimální hospodářské a sociální rozvíjení společnosti (Machová, Kubátová a kol.,2015).

2.2.1 Pojem zdraví

Slovo zdraví v původním významu vycházelo z řeckého slova holos tedy celý, celek. Dnes se řecké slovo opět objevuje a sice v názvu směru, který chápe zdraví a péči o něj z mnohem širšího úhlu pohledu. Nazýváme jej holismus (z anglického slova whole tedy celek). Na zdraví jako pojem, nelze nahlížet izolovaně, jelikož je výsledkem působení mnoha jevů, jenž podmiňují bytí člověka, z hlediska samostatné a svéprávné existence. Životní styl u každého jedince hraje prim, co se dopadá na zdraví týče. Mezi jeho základní prvky řadíme výživu, práci, fyzickou aktivitu, sociální vztahy etc. (Čeledová, Čevela, 2010).

2.2.2 Definice zdraví

Definovat zdraví není vůbec jednoduchý úkol, jelikož zdraví má široký výčet aspektů, jejichž prioritizování se mění společně nejen s historickým vývojem společnosti, ale též v průběhu ontogenetického vývoje jedince. Je závislé na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomické stránce a také na rozvoji lékařství. Nejčastěji myslíme, že jsme zdraví v případě, že nás nic nebolí či když nevykazujeme známky nemoci (Machová, Kubátová a kol.,2015).

Jednou z celosvětově nejvýznamnějších definic zdraví, je definování od WHO z roku 1948 ve znění: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“*

Zdraví dle definice WHO obsahuje tři dimenze, které jsou úzce propojeny. Tedy dimenze tělesného, duševního a sociálního zdraví. Také není explicitně řečeno, co přesně znamená „pohoda“ v definici, jelikož každá individualita vnímá pocit pohody ve vztahu ke zdravotnímu stavu rozdílně. Zdraví je tedy nutno vnímat subjektivně a u každého člověka jedinečně (Machová, Kubátová a kol.,2015).

2.2.3 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví označujeme jako činitele, které působí na zdraví člověka jako celek. Z toho vyplývá, že zdravotní stav jedince je determinován pozitivním i negativním vlivem působením souhrnem vnitřních a vnějších vlivů. Vlivy působí na jedince přímo či nepřímo,

ale vždy se navzájem ovlivňují. Výsledkem působení může být efekt biopozitivní (chránící a posilující zdraví), nebo bionegativní (oslabující zdraví, či vyvolávající nemoc nebo poruchu zdraví). Standardně rozdělujeme determinanty do dvou kategorií, a to sice vnitřní a zevní (Čeledová, Čevela, 2010).

Determinanty vnitřní jsou faktory genetické. Každý jedinec získává genetickou výbavu ihned od svých rodičů v momentě splynutí jejich pohlavních buněk, tedy na samém počátku ontogenetického vývoje. Do genové báze jedince se promítají a ovlivňují ji nejen vlivy přírodního a společenského prostředí, ale také určitý způsob života každé osoby (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Vnější činitele a podmínky ovlivňující zdravotní stav nazýváme vnější. Faktory zevní lze rozdělit na prostředí přírodní (životní prostředí) a sociální (socioekonomické faktory, pracovní podmínky etc.). Také rozeznáváme prostředí životní a pracovní (Čeledová, Čevela, 2010).

Procentuálně bychom působení a vztahy mezi vnitřními a vnějšími determinanty mohli vyjádřit následujícím způsobem: Životní styl 50 %, životní prostředí 20 %, genetický základ 20 %, zdravotnické služby 10 %. Z těchto relativních počtů vyplývá, že zdraví závisí mnohem větším způsobem na faktorech životního stylu, životního prostředí a na genetickém základu, spíše než na zdravotnických službách (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Hřivnová a Košťálová (2013) oproti Machové a Kubátové uvádí a dělí determinanty následovně: Faktory vnitřní což je genetický základ a ten se na základu podílí něco mezi 10–15 %. Faktory vnější jsou dle autorky životní a pracovní prostředí, které se podílí 20–25 %. Dále pak mezi tyto faktory patří kvalitativní úroveň zdravotní péče (20–25 %). Posledním a z nejvýznamnějším z faktorů je životní styl neboli způsob života (50–60 %). Životní styl, jak již z procentuálního zastoupení vyplývá nejvíce ovlivňuje zdravotní stav, a to ať již pozitivně či negativně. Tyto faktory lze dělit do vícero skupin. Patří mezi ně – výživa, pohyb (pohybová aktivita), denní režim a faktory duševní (psychické). Zejména v období puberty či adolescenci vstupují do hry další významní činitelé – kouření, užívání omamných látek, konzumace alkoholu či rizikové sexuální chování.

Klíčovým determinantem v oblasti zdraví, možná i nejvýznamnějším je zdravotní gramotnost. Předčí i socioekonomické faktory jako je příjem, zaměstnání či zaměstnanecký status, vzdělání, či etnickou nebo rasovou příslušnost, jelikož z vysoké úrovně znalostí o

zdravotní gramotnosti profituje nejen jedinec, ale i celá občanská společnost. Zejména z toho důvodu, že osoba vědoma si vlivu svého jednání na své zdraví má mnohem větší šanci zůstat zdravá, a tedy i aktivněji participovat na ekonomické situaci (vyšší příjmy, lepší zaměstnání), ale také všeobecně získávají lepší edukaci. Zatímco je-li okruh znalostí o zdravotní gramotnosti omezen, tak je zjevné, že jedinci se nezapojují do oblastí zdraví podporující. Také tito občané trpí zvýšeným rizikem pracovního úrazu, hůře zvládají průběh chronických onemocnění, nedodržují medikaci či jsou častěji a mnohdy i opakovaně hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. Sociální nerovnosti jsou také ovlivněny nižší zdravotní gramotností, jelikož takové osoby mají ve většině případů nižší úroveň vzdělání, jsou jedinci staršího věku, či migranti a jsou tak většinou závislí na podpoře z veřejných financí. Vynakládání vysokých finančních prostředků na zdravotnictví, či jeho vysoké náklady je dalším z faktorů, který je do jisté míry ovlivněn neznalostí či znalostí omezenou zdravotní gramotnosti (Kickbusch, Pelikan a kol., 2020).

2.2.4 Modely zdraví

Vokurka, Hugo a kol. (2015) definuje modely zdraví jako simplifikované pojetí zdraví, které obsahuje jeho elementární determinanty a charakteristiky. Zjednodušuje studium zdraví, jeho dynamiku a kontinuitu na jeho determinanty.

Spousta autorů se snažila svými modely zdraví vystihnout jeho širší pojetí, nicméně z celé řady modelů jsou nejdůležitější modely biomedicínský a ekologicko-sociální.

2.2.4.1 Biomedicínský model

V biomedicínském modelu jsou klíčové příznaky nemoci, diagnostická znaky, vhodná léčba a dosažitelnost diagnostiky v dané problematice. Nejvíce se rozvinul především na konci 19. století, zejména díky revolučním bakteriologickým objevům. Staví na cenném vědění v oblasti molekulární biologie, genetiky a některých dalších přírodovědných nauk. Výše zmíněné disciplíny jsou využity při definování zdravotních problémů i při jejich řešení. Dalo by tedy říci, že biomedicínský model je nástrojem medicíny orientované na přírodní vědy. Zároveň je někdy výše zmíněný model nazýván negativní, jelikož vychází ze zjišťování poruchy zdraví a v tomto narativu je zdraví pokládáno pouze jako kontrast ke smrti či nemoci. Avšak navzdory někdy negativní interpretaci modelu se díky zájmu ve smyslu poznávání buněk, tkání či orgánů podařilo dosáhnout revolučních výsledků a ke značnému přispění vyléčení mnoha nemocí a prodloužení života člověka (Holčík, 2010).

2.2.4.2 Ekologicko-sociální model

Snahou tohoto modelu je postihnout zdraví osob v celé hloubce včetně jeho determinant. Model obrací pozornost více na jedince na rozdíl od pojetí modelu biomedicínského. Zaměřuje se především na jedince jakožto součást sociálních skupin v populačním kontextu (rodina, zaměstnání, společnost), jelikož každá individualita patří či se pohybuje ve specifické kultuře a plní jemu odpovídající občanské či sociální role. Společně s tím zároveň absolvuje různá stadia vývoje či získává zkušenosti. Pozornost modelu je upřena nejen na všechny zdravotní, ale především na sociální charakteristiky zdraví (věk, vzdělání, příjem etc.). Čímž dochází ke zvýšení vnímavosti ke kulturním, sociálním a individuálním hodnotám. Je hodnocen a studován jejich postoj ke zdraví v populačních celcích, díky čemuž je usnadněno zvládání problémů se zdravím, ale také resistance a podpora zdraví (Holčík, 2010).

2.3 Zdraví 2020

Zdraví 2020 je program Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vycházející primárně z programu WHO Zdraví 2020. Program byl vypracován Ministerstvem zdravotnictví ČR v letech 2012 až 2013. Schválen byl v roce 2014, čímž vešel v platnost a realizoval se v letech 2014–2020 (Zdraví 2020, 2014).

2.3.1 Cíle Národní strategie

Primárním cílem je zlepšení zdravotního stavu populace a také snaha snižování výskytu nemocí. Dalším z cílů je předcházení předčasných úmrtí, kterým by se dalo předejít. Ustálení systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví je hlavní vizí výše zmíněného programu. Mimo jiné se týká také začátku nastavení účinných a po delší dobu také přetrvávajících mechanismů spolupráce mezi ministerstvy. Při dosahování cíle se počítá se zapojením všech úrovní veřejné správy. V důsledku plnění cíle je předpokládáno zlepšení v oblasti životní pohody a kvality života populace. Také bude zvýšena pracovní produktivita, sníží se finance vykládané na zdravotní služby a zvýší se míra věku prožitého ve zdraví (Zdraví 2020, 2014).

Dosažení cíle hlavního je podmíněno již výše zmíněnou spoluprací mezi resorty a veřejnou správou na dvou vzájemně se prolínajících a souvisejících strategických cílech. Tyto dva strategické cíle jsou: Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví a posílit roli

veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti sociální skupiny i jednotlivce (Zdraví 2020, 2014).

2.3.1.1 Strategický cíl 1 – Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví

Výrazné zlepšení zdraví a životní situaci obyvatel mají v gesci především regiony a města. Subjekty stanovují společné cíle a společně investují do zdraví a jiných oblastí, tyto činnosti přispívají ke splnění výše uvedenému strategickému cíli (Zdraví 2020, 2014).

Životní pohoda a zdraví je podmíněna řešením sociálních nerovností na celospolečenské úrovni. Nerovnosti a s ním i znevýhodnění jedinců, tedy jejich sensitivita se prohlubuje za dobu trvání života. Podmíněna je především činnostmi, jenž mají klíčový vliv na zdraví jedince. K tomuto jednání patří škodlivé až rizikové požívání alkoholu či tabákových výrobků, nezdravé stravování, psychické problémy či malá nebo žádná pohybová aktivita. Takové jednání či návyky jsou výsledkem stresu a dalších životních problémů (Zdraví 2020, 2014).

2.3.1.2 Strategický cíl 2 – Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce

Ministerstvo zdravotnictví je zodpovědné za přípravu a následnou realizaci zdravotních plánů, za plánování záměrů a cílů pro zdokonalení zdraví a hodnocení vlivů na zdraví, jež byly schváleny jinými ministerstvy. Resort zdravotnictví také odpovídá za poskytování velice kvalitních a adekvátních zdravotnických služeb, zabezpečení funkčnosti veřejného zdravotnictví a také je povinen zvážit, jaký resultát budou mít rozhodnutí na společnost, další ministerstva či na další strany, jichž se rozhodnutí týkají (Zdraví 2020, 2014).

Prioritou druhého strategického cíle je také posilování a rozvíjení dovednosti společnosti odpovídat za své zdraví, jelikož tato dovednost je důležitou podmínkou nejen k dalšímu zlepšování zdravotního systému, ale také na zvýšení jeho výkonnosti či na spokojenost pacientů. Upozorňování na okolnosti škodlivé zdraví, nebezpečný životní styl, závadné zboží či nedostatečná zdravotní péče je v gesci společnosti, která je pro zlepšení v této oblasti nezbytná. Hlas občanů a celé společnosti je v této oblasti cenným zdrojem nápadů a myšlenek na zlepšení v oblasti zdravotní péče (Zdraví 2020, 2014).

Jelikož soukromý obchodní sektor má stále větší vliv na společnost a její život, tak další z dílčích cílů je zapojení tohoto sektoru eticky a vhodně do procesu posílení veřejné správy ve zdravotnictví. Důležité při zapojování je stanovení pravidel v oblasti a podpory zdraví či

jeho prevence. Také je nutno rozvíjet a motivovat odpovědnost pro občany ze soukromého sektoru (Zdraví 2020, 2014).

2.4 Zdraví 2030

Celým názvem Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 je program vycházející z materiálů, které byly formulovány již dříve a patří k nim: Zdraví 2020, Národní strategie elektronického zdravotnictví a Strategie reformy psychiatrické péče. Strategický rámec byl vypracován Ministerstvem zdravotnictví v letech 2018–2019 a aktualizován 13. července 2020. Realizace tohoto rámce bude v letech 2021–2030 (Zdraví 2030, 2020).

2.4.1 Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030

Tyto cíle byly stanoveny s ohledem na aktuální potřeby zdravotních služeb a na jejich slabá místa. Cíle vyplynuly z auditu provedeného z dostupných datových zdrojů českého zdravotnictví a mezinárodních srovnání. Analýzy ukázaly rezervy v organizaci, dostupnosti i ve výkonnosti. Tyto cíle jsou: Reforma primární péče, prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti, implementace modelů integrované péče, personální stabilizace resortu zdravotnictví, digitalizace zdravotnictví, optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví, zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví (Zdraví 2030, 2020).

2.4.1.1 Reforma primární péče

Primární péči zajišťují praktičtí lékaři společně s gynekology a stomatology. Sektor je esenciální pro fungování zdravotnictví ve vyspělých státech, jelikož jeho fungování má přímý vliv na zdravotní stav populace. Největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace dříve v praktických lékařích, jelikož společnosti mohou poskytnout nejen znalosti zdravotní gramotnosti, ale také zajišťují rovnost přístupu k péči. Založeno na datech a výsledcích auditu byly stanoveny dílčí cíle pomocí nichž se bude plnit cíl primární. Tyto cíle jsou posílení kompetencí praktických lékařů, posílení motivačních faktorů pro zabezpečení praxí na venkově, posílení role praktických lékařů jako „průvodce zdravotnickým systémem“ a ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel (Zdraví 2030, 2020).

2.4.1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti

Počet osob nacházejících se v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu v ČR roste. Důvod není jen demografické stárnutí, ale svůj kus koláče si ukrajuje i špatný životní styl a vliv rizikových faktorů (alkohol, tabák, nesprávné stravování) u všech občanů ČR děti nevyjímaje. Strategie Zdraví 2030 počítá se záchranou mnoha lidských životů zejména pomocí intenzivnější snahy v procesu prevence nezdravého životního stylu. Prevence je klíčovým faktorem pro zlepšování zdraví české populace. Také k tomuto cíli náleží cíle dílčí, pomocí nichž bude program plněn. Tyto cíle jsou rozvoje systému epidemiologického systému, ochrana zdraví obyvatel ČR v kontextu environmentálních rizik a prevence užívání návykových látek (Zdraví 2030, 2020).

2.4.1.3 Personální stabilizace resortu zdravotnictví

V důsledku celospolečenských změn dochází k postupnému snižování pracovníků především v sektoru primární péče (praktičtí lékaři, stomatologové...), především kvůli stárnutí lékařů. Mladší generace zdravotnických pracovníků je raději zaměstnána v oblastech zdravotnictví, ve kterých není po nich požadována tak vysoká míra zodpovědnosti a nabízí vyšší platové ohodnocení či jiné benefity (jednosměnný provoz, volné víkendy). Ke splnění primárního cíle slouží cíle dílčí. Mezi tyto cíle náleží mimo jiné podpora koordinovaných přístupů v oblasti celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro pracovníky ve zdravotnictví a personální posílení nedostatečně obsazených oborů lékařského personálu (Zdraví 2030, 2020).

2.4.1.4 Digitalizace zdravotnictví

Ke zvýšení kvality života až milionu lidí napomůže digitální řešení v oblasti zdravotnictví a péče. Digitalizace ve zdravotnictví nejen podpoří plynulost péče přes hranice, ale také může pomoci při reformování systémů zdravotní péče. Digitální technologie by na základě strategického rámce měly nedílnou součástí zdraví a péče a také by tak měly být vnímány. Nástroje, které se aplikují při digitalizaci by měly využívat vědecké poznatky, čímž by pomáhaly občanům udržovat se v dobrém zdravotním stavu. Tato skutečnost pomůže občanům ČR, aby se nestali pacienty. K digitalizování zdravotnictví budou nápomocny dílčí cíle. Ty jsou mimo jiné rozvoj centrální infrastruktury pro sdílení zdravotnické dokumentace, rozvoj Národního informačního systému, podpora využití umělé inteligence ve zdravotnictví (Zdraví 2030, 2020).

2.5 Starší školní věk

Je období lidského vývoje taktéž nazývané pubescence a je to část vývoje nejkritičtější a nejdynamičtější v životě. Původ názvu vývojového stadia je z latinského pubescere, což znamená obrůstat chmýřím, vousy, ale také dospívat. Díky svým změnám, které jsou vidět na první pohled nejen v oblasti biologické, ale také po stránce psychické patří k nejstudovanějším a nejzkoumanějším obdobím. Počátek vývojové periody je určen změnami v pohlavních funkcích a konec je dán obdobím, kdy jedinec dosáhne plné pohlavní zralosti. Pubescenci dělíme do dvou fází, které se nazývají prepubescence a pubescence (Hříchová, Novotná, Miňhová, 2000).

Dle Vágnerové (2005) může být pubescence označována jako raná adolescence a je vymezována prvními pěti lety dospívání, tedy přibližně 11.-15. rok života. Nejviditelnější změnou je dospívání tělesné, jenž je spojováno s dozráváním pohlavním, tedy pubertou. Díky pohlavnímu dozrávání se mění vzhled jedince a stává se stimulem ke změnám v sebepojetí i k reakci okolí. Tělesné změny zprostředkovávají řadu dalších změn, které jsou podmíněny dostatečnou připraveností jedince na proběhnutí obměny. Připravenost charakterizujeme jako předpoklad osoby pro rozvoj kompetencí, jež jsou potřebné k emancipaci z různých, ale již překonaných vazeb.

Pubescenci datují zhruba od 11 do 15 let věku jedince a do dvou fází dělí i Langmeier a Krejčířová (2006), a to sice na fázi prepuberty (první pubertální fáze) a fázi vlastní puberty (druhá pubertální fáze).

Začátek fáze prepuberty je dán prvními známkami pohlavního dospívání, zejména tím, že se objeví sekundární pohlavní znaky a většinou se také urychlí růst z hlediska růstové křivky. U dívek končí stadium nástupem první menstruace a u chlapců první noční polucí. Většina dívek tuto fázi prožívá během jedenáctého až třináctého roku života, u chlapců vývoj nastane zhruba o rok až dva později než u dívek (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Fázi vlastní puberty datujeme po dokončení první fáze, tedy prepuberty a její trvání je ukončeno dosažením reprodukční schopnosti, trvá tedy zhruba od 13 do 15 let věku jedince. Menarche je často bez přítomnosti ovulace a nepravidelné. Pravidelný ovulační cyklus, a tedy i schopnost fertilizace se objevuje zpravidla o jeden či dva roky později po první menstruaci. Chlapci jsou na tom velice podobně se zpožděním reprodukční schopnosti. U

nich je dosahována plná schopnost reprodukce až s dokončením vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Díky moderní době a jejím technologiím, je možno zkoumat nejen změny co se týče stránky tělesné, ale také co se stránky duševní týče. Tedy vnitřní práci a fungování mozku. Fungování tohoto orgánu v tomto věku je odhalováno nejen díky PET snímkům, tedy snímkům pořízených pozitronovým emisním tomografem, ale také díky záznamům z funkčních magnetických rezonancí. Vědci zabývající se problematikou pomocí technologií objevili, že šedá kůra mozková, nejspíše jeden z nejsložitějších článků lidského těla, prochází při období dospívání masivními změnami. Na základě těchto výzkumů lze říci, že mozky dospívajících jsou v jistých ohledech specifické (Labusová, 2014).

2.6 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) představuje státní úroveň kurikulárních dokumentů, jejichž rámec je obligatorní pro základní vzdělávání. Jedná se o dokument, který je volně přístupný pro pedagogické i nepedagogické pracovníky. RVP ZV vymezuje 10 cílů základního vzdělávání. Během poslední aktualizace v roce 2021 byl nově přidán cíl vztahující se k digitálním technologiím. Dále dokument představuje 7 klíčových kompetencí, které spolu vzájemně kooperují a lze si je osvojit pouze jako výsledek procesu vzdělání. RVP ZV stanovuje 9 vzdělávacích oblastí, které jsou dále tvořeny vzdělávacími obory. Pro zdravotní gramotnost je stěžejní vzdělávací oblastí Člověk a zdraví. Tato oblast se v základním vzdělání realizuje v oborech Tělesná výchova a Výchova ke zdraví (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2021).

Výchova ke zdraví, jakožto vzdělávací obor podněcuje žáky k činnému rozkvětu primárně v oblasti ochrany zdraví a také co se týče propojení všech jeho složek, tedy sociální, psychické a fyzické. Obor je též učí k osobní odpovědnosti za tuto oblast. Nejde však jen o zdraví, žáci se díky tomuto vzdělávacímu oboru učí mezilidským vztahům, kde dochází k propojení průřezového tématu Osobnostní a sociální výchova (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2021).

Vaněčková (2012) uvádí klíčové body v předmětu výchova ke zdraví a dělí je dle věku na předškolní, školní, dorostový, rodiče, dospělí lidé. Ve věku školním jsou prioritní body

zejména zdravý životní styl a dále také duševní hygiena, optimální dělba mezi prací a relaxací, předcházení obvyklým onemocněním.

2.7 Základní škola s rozšířenou výukou tělesné výchovy

Výzkum zdravotní gramotnosti u žáků staršího věku byl realizovaný na základní škole Heyrovského 33 v Olomouci. Jedná se o úplnou školu, kde se vyučuje od 1. do 9. ročníku podle školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (ŠVP) s názvem „Škola v pohybu“. Žákům je umožněno již od 5. ročníku rozvíjet své sportovní a pohybové nadání ve třídě, která se specializuje na tělesnou výchovu s fotbalovým zaměřením a od 6. ročníku ve třídě zaměřenou na basketbal a atletiku. Třídy s rozšířenou výukou tělesné výchovy každoročně absolvují sportovní soustředění i různé sportovní turnaje. Vybraná škola spolupracuje také s Regionální fotbalovou akademií Olomouckého kraje, dále s SK Sigma Olomouc, Atletickým klubem Olomouc a Basketbalovým klubem mládeže Olomouc. Dle učebního plánu školy má předmět Tělesná výchova na prvním i na druhém stupni časovou dotaci 2 hodiny týdně v každém ročníku. Na rozdíl od předmětu Výchova ke zdraví, který je realizován jen v 6. a 7. ročníku s jednou hodinou týdně. Třídy s rozšířenou výukou tělesné výchovy mají navíc možnost volitelného předmětu Sportovní výchova, který je žákům nabízen od 6. ročníku. V rozvrhu se tak jedná o 3 disponibilní hodiny v 6. a 7. ročníku a 2 disponibilní hodiny v 8. a 9. ročníku (Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání - „Škola v pohybu“, 2013).

3. METODIKA PRÁCE

Pro výzkumné šetření bakalářské práce byla zvolena metoda dotazníku, který byl respondentům rozdán v papírové podobě. Výzkum byl proveden s využitím standardizovaného dotazníku, který byl za účelem našeho výzkumu přeložen do českého jazyka.

Dotazník užitý k výzkumu v rámci bakalářské práce byl převzat, přeložen a zároveň také přizpůsoben věku cílové skupině. Převzat byl z pilotní studie pro studenty čtvrtých tříd v Německu (Bollweg, Okan, Pinheiro a kol., 2020).

Výzkum se uskutečnil na základní škole Heyrovského 33 v Olomouci v hodinách výchovy ke zdraví. Výzkumu se zúčastnilo 155 respondentů, ze druhého stupně výše zmíněné ZŠ, konkrétně 6.,7.,8. třídy. Dotazníky byly žákům rozdány ve vyučovací hodině výchovy ke zdraví. Po rozdání dotazníků žákům byla provedena instruktáž, týkající se jejich samotného vyplňování. Ta byla doprovázena dotazy, jelikož pochopení systému odpovědí se zdálo žákům složitější. Po vysvětlení a zodpovězení dotazů nebyl v jejich vyplňování žádný problém a vše se obešlo bez problémů.

3.1 Výzkumný vzorek a sběr dat

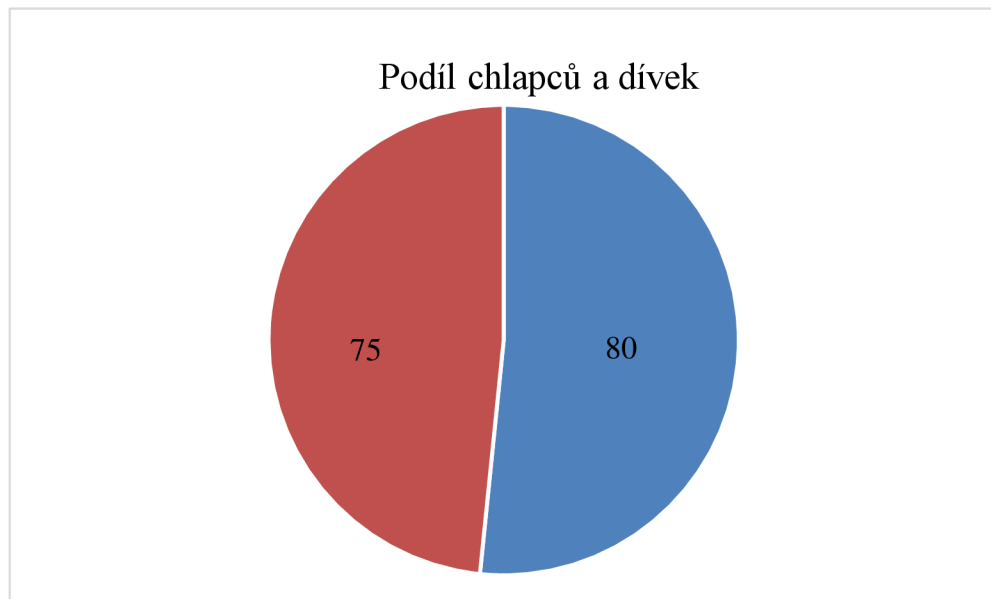
Výzkumný vzorek se skládal ze 155 respondentů z 6.,7., a 8.třídy ZŠ Heyrovského 33, Olomouc. Sběru dat na vybrané škole předcházela domluva se zástupkyní školy a pedagogem, který vyučuje předmět výchovu ke zdraví.

Z důvodu většího množství respondentů a také prostředí byla zvolena metoda dotazníků v tištěné podobě. Tištěné dotazníky jsou velice efektivní při snaze postihnout větší množství respondentů v kratším časovém horizontu. Díky vybrání dotazníku od žáků ihned po vyplnění byl eliminován častý problém nízké návratnosti a návratnost od respondentů tak byla 100 %.

4. VÝSLEDKY

Získaná data byla manuálně vyhodnocena. Veškeré vyhodnocení dat, bylo vypočítáno pomocí funkcí v tabulkové aplikaci „Microsoft excel“. Výzkumu se zúčastnilo 155 respondentů.

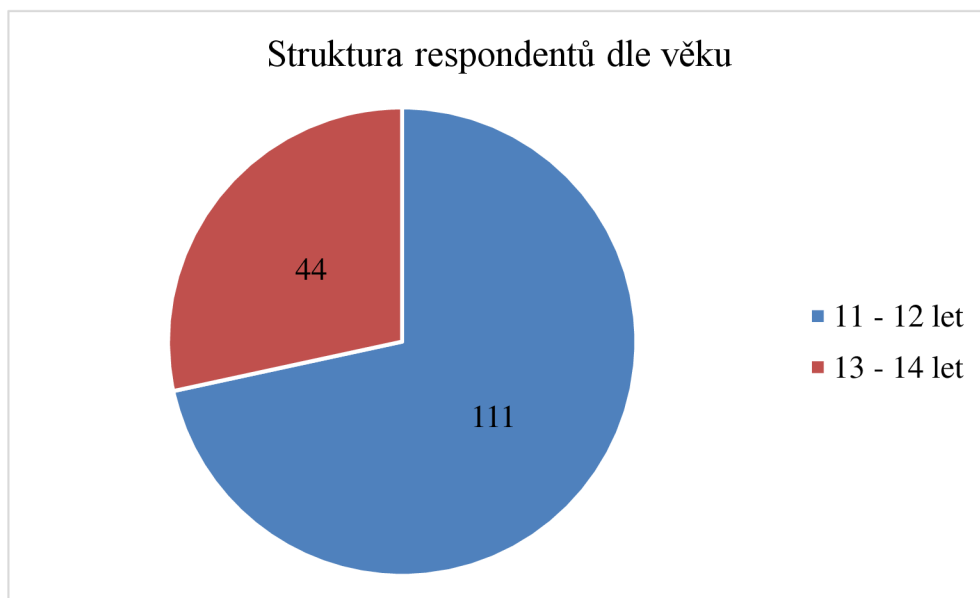
Z celkového množství respondentů 155 bylo 80 chlapců a 75 dívek.



Graf č. 1 Struktura respondentů dle pohlaví

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

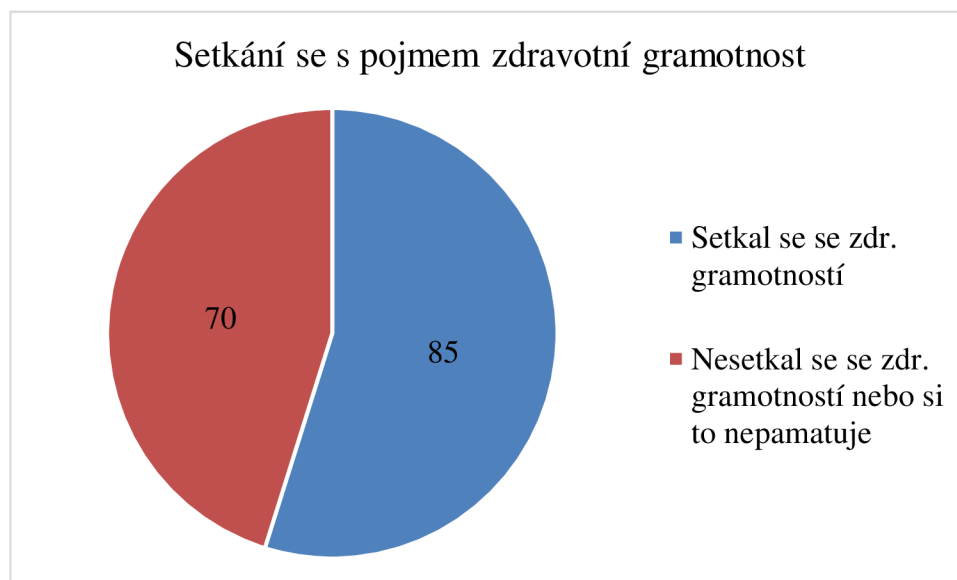
Respondenti se dělí do dvou kategorií, tedy 11–12 let a 13–14 let. Jednalo se pouze o demografický údaj, a jelikož skupina respondentů starší věkové skupiny nebyla natolik početná, aby byly údaje relevantní, tak v dalších grafech/tabulkách budou zahrnuty do celkového počtu respondentů.



Graf č. 2 Struktura respondentů dle věku

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

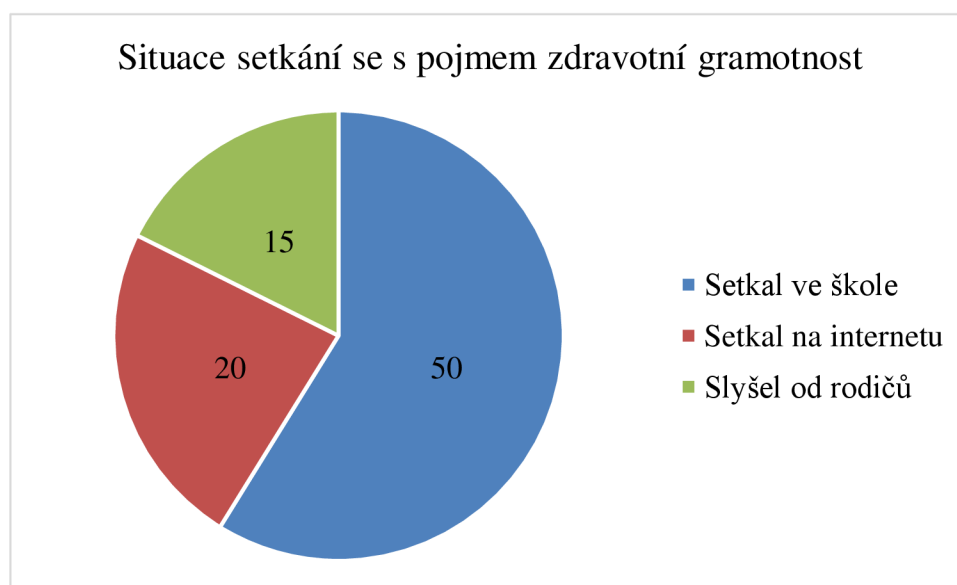
Ve třetí otázce byli žáci konfrontováni s otázkou, zdali se setkali s pojmem zdravotní gramotnost. Kladně odpověděla většina respondentů, tedy v 85 případech. Opačnou odpověď zvolili žáci v 70 případech. Výsledek u této odpovědi nelze považovat za uspokojivý, jelikož počet žáků, kteří se s tímto pojmem nesetkali je vysoký.



Graf č. 3 Setkání se s pojmem zdravotní gramotnost

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Další z otázek se týkala pouze osob, kteří na třetí otázku odpověděli kladně. Ze všech kladně odpovídajících osob, se drtivá většina žáků s tímto pojmem setkala ve škole, tedy 50. Dále poté o zdravotní gramotnosti slyšeli na internetu (20) nebo od rodičů (15). Z těchto čísel vyplývá, že nejvíce žáků se jednoznačně se zdravotní gramotností setkala ve škole, pravděpodobně v hodinách výchovy ke zdraví, či přírodopisu. Naopak stále rostoucí vliv internetu na dospívající dokazuje i fakt, že 20 žáků se setkala se zdravotní gramotností právě na síti. Nejméně početnou skupinou byli žáci, kteří o zdravotní gramotnosti slyšeli od rodičů.



Graf č. 4 Situace setkání se s pojmem zdravotní gramotnost

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

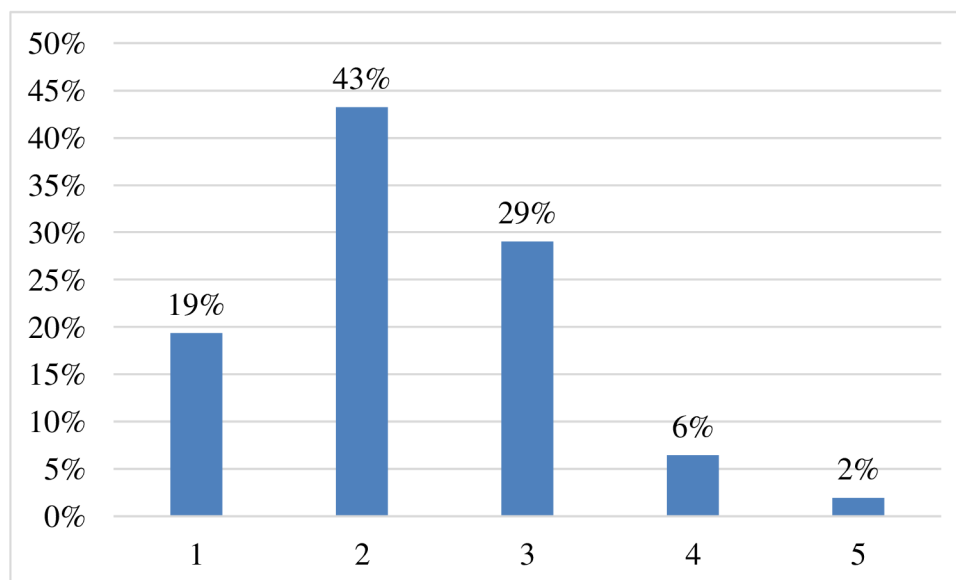
V tabulkách jsou hodnoty řazeny od 1 (nejlehčí) až 5 (nejtěžší).

Tabulka č. 1 Četnostní zastoupení složitosti zotavení se z nachlazení

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	30	19 %
2	67	43 %
3	45	29 %
4	10	6 %
5	3	2 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu je patrné že 19 % žáků posoudilo, že je pro ně snadné zjistit, jak se rychle zotavit z nachlazení. O něco složitější je uchopení této problematiky pro 43 % respondentů, kteří zvolili odpověď 2 na pětibodové škále. Střední hodnotu, tedy hodnotu 3 zvolilo 29 % respondentů. Jako složité zjištění, jak se zbavit nachlazení se jeví žákům pouze v 6 % případů. A nejsložitější je tato problematika pouze pro 2 % žáků. Z čísel vypovídajících o této problematice lze říci, že respondenti jsou na dobré úrovni, alespoň co se zbavení se nachlazení týče.



Graf č. 5 Procentuální zastoupení složitosti zotavení se z nachlazení

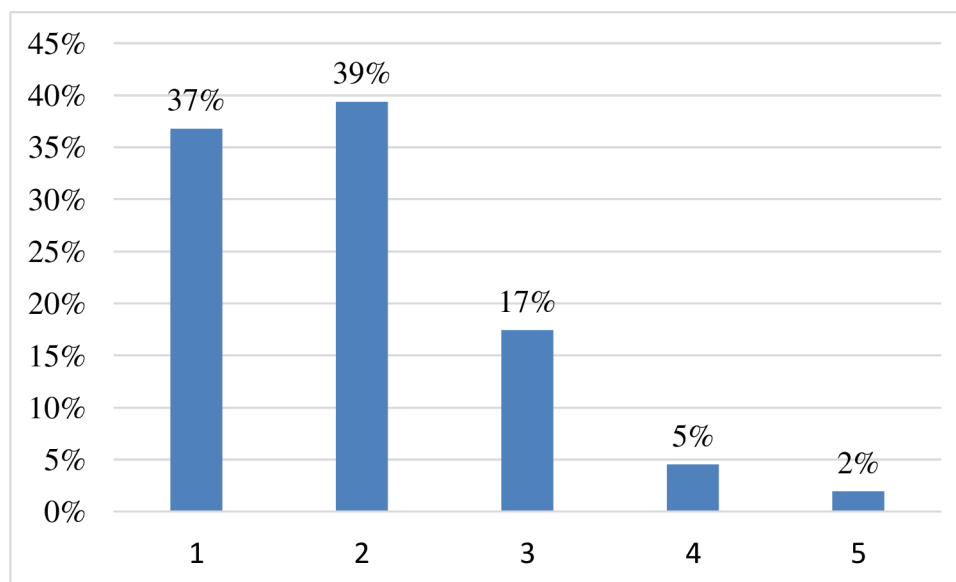
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 2 Četnostní zastoupení složitosti vyhledávání informací o nachlazení, bolesti v krku a kašli

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	57	37 %
2	61	39 %
3	27	17 %
4	7	5 %
5	3	2 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z již výše uvedeného grafu týkající se rychlého zotavení z nachlazení vyplynulo, že žáci jsou na dobré úrovni. Co se vyhledávání informací o nachlazení, bolesti v krku a kašli týče tak jako jednoduché se vyhledávání informací jeví 37 % respondentů. Jako složitější vyhledávání informací vnímá 39 % žáků, kteří zvolili hodnotu 2. Hodnotou 3 odpovídalo 17 % respondentů. Nejméně žáků zvolilo hodnotu 4, respektive 5. Stalo se tomu tak v 7 % případů. Je tedy patrné, že nacházení informací o nachlazení, bolesti v krku či kašli je pro žáky jednoduché a orientují se v této problematice.



Graf č. 6 Procentuální zastoupení složitosti vyhledávání informací o nachlazení, bolesti v krku a kašli

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

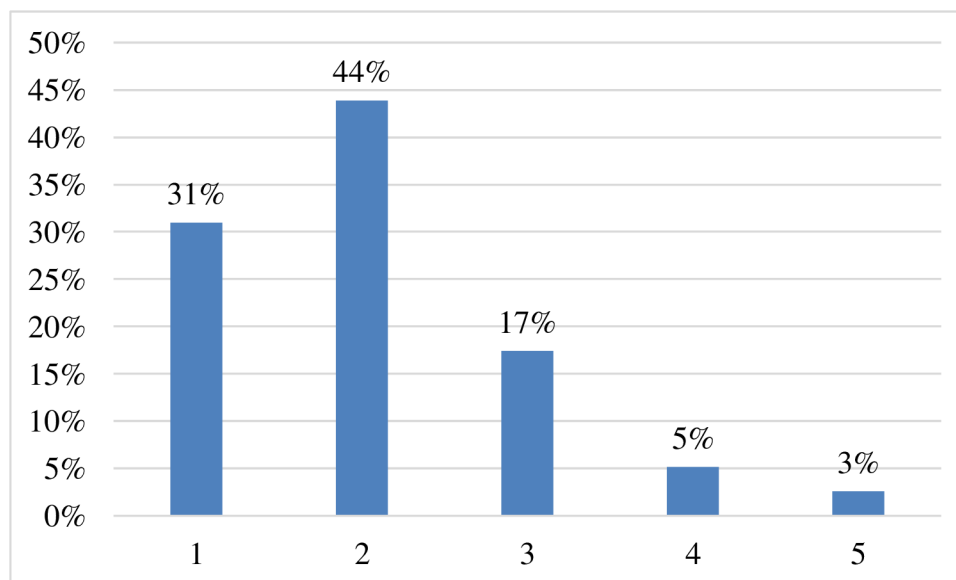
Tabulka č. 3 Četnostní zastoupení u složitosti udržení si ideální váhy

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	48	31 %
2	68	44 %
3	27	17 %
4	8	5 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

V sedmé otázce, jenž se týkala problematiky a držení si ideální váhy byly odpovědi, jak je z grafu na první pohled patrné, na kvalitní úrovni. Hned pro 31 % dotázaných je snadné zjistit co lze dělat pro to, aby si udržel ideální váhu. Složitější, tedy hodnota 2 je zjištění pro 44 % respondentů. Což dohromady s hodnotou 1 tvoří přesně $\frac{3}{4}$ všech odpovědí. Hodnota 3 byla žáky zvolena v 17 %. Předposlední hodnota, tedy 4 byla žáky zvolena v 5 % případů. Velmi složité bylo zjištění, jak si udržet ideální váhu pro 3 % respondentů.

Z grafu a čísel v nich obsažených je možno tedy říci, že žáci se velmi dobře orientují ohledně tohoto tématu.



Graf č. 7 Relativní četnost u složitosti udržení si ideální váhy

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

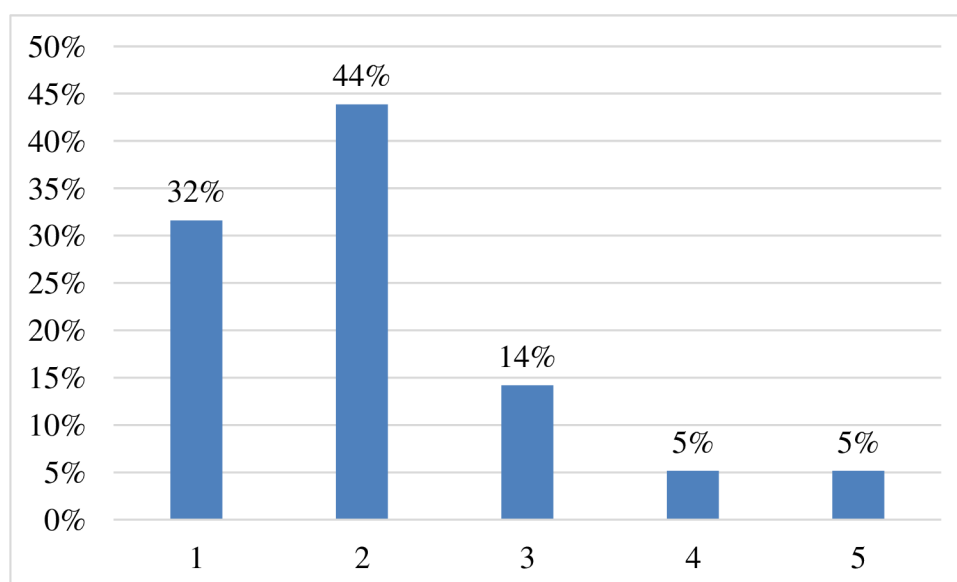
Tabulka č. 4 Četnostní zastoupení složitosti vyhýbání se nachlazení

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	49	32 %
2	68	44 %
3	22	14 %
4	8	5 %
5	8	5 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

V další otázce, jenž se dotýkala problematiky nachlazení byla nejčastější odpovědí hodnota 2, která byla zodpovězena respondenty ve 44 % případů. Druhou nejčastější byla hodnota 1 se 32 % odpovědí, která značí, že je pro žáky zjištění, jak se vyhnout nachlazení jednoduché. Střední hodnotu zvolili žáci ve 14 % případů. Hodnoty 4 a 5, které značí složitost zjištění byly odpovězeny shodně v 5 %.

Lze tedy říci, že v problematice nachlazení jsou žáci zorientovaní, jak již tomu bylo naznačeno v předchozích grafech, které se také nachlazení dotýkaly.



Graf č. 8 Relativní četnost složitosti vyhýbání se nachlazení

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

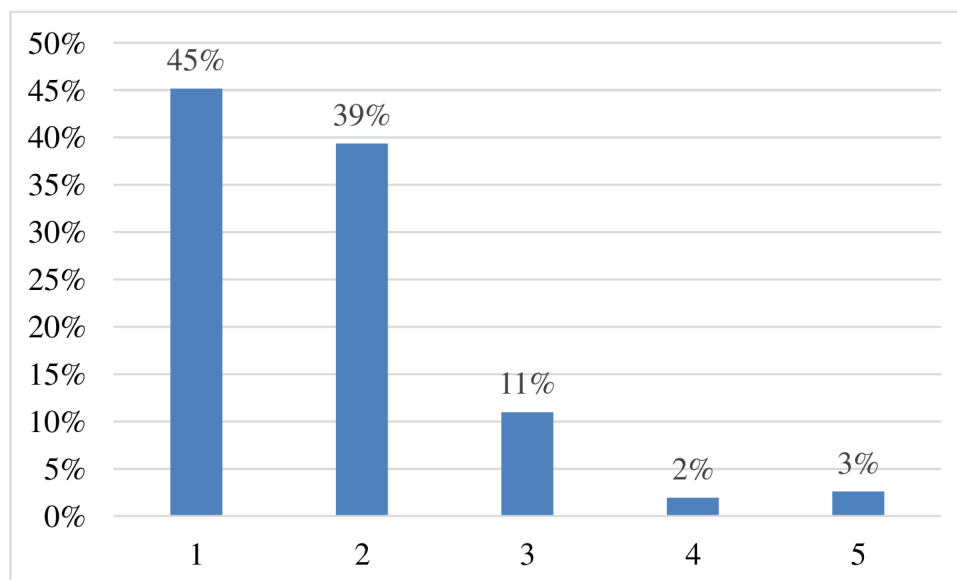
Tabulka č. 5 Četnostní zastoupení možností nejlepší relaxace

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	70	45 %
2	61	39 %
3	17	11 %
4	3	2 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf níže znázorňuje, jak je pro dotázané složité, či jednoduché zjištění, jak mohou nejlépe relaxovat. Nejčastější odpovědí, byla hodnota 1, značící jednoduchost ve zjišťování nejlepší metody relaxace, ta byla zvolena ve 45 % případech. Mírně složitější bylo toto zjištění pro žáky ve 39 % případů. Hodnotu 3, tedy střední zvolilo 11 % dotázaných žáků. Nízká procenta, jak lze z grafu vyčíst dosáhly odpovědi 4 a 5, které dohromady dosáhly 5 %.

První dvě hodnoty, které značí, že je uchopení této problematiky jednoduché byly respondenty zvoleny dohromady v 84 % případech. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že žáci jsou na velice kvalitní úrovni, co se relaxace týče.



Graf č. 9 Procentuální zastoupení možností nejlepší relaxace

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

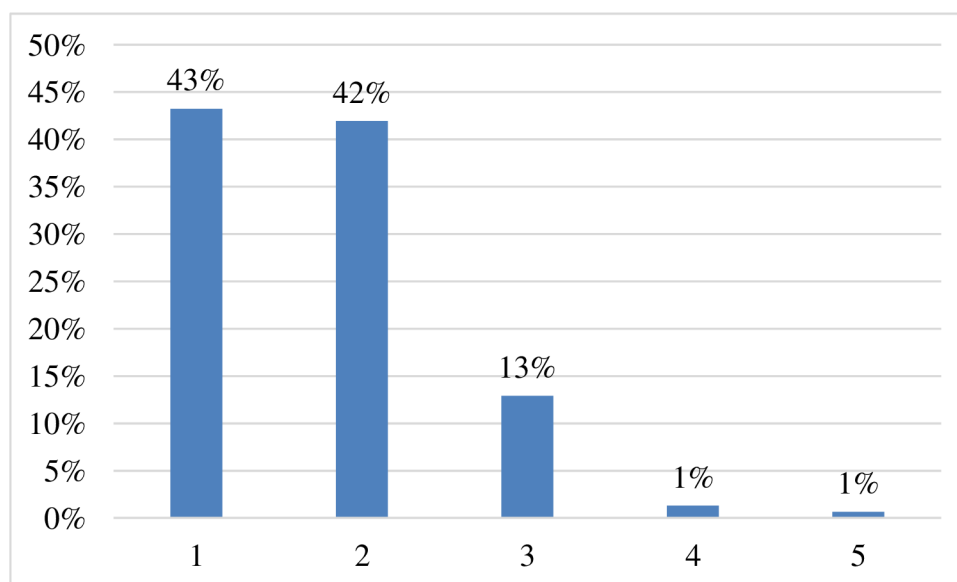
Tabulka č. 6 Četnostní zastoupení pochopení optimálnosti jídla

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	67	43 %
2	65	42 %
3	20	13 %
4	2	1 %
5	1	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf níže znázorňuje, že na otázku zjištění, jaké jídlo je pro tebe zdravé, byla nejčastější odpovědí, tedy ve 43 % hodnota 1. Pouze o jedno procento méně získala hodnota 2, která byla dotázanými žáky zvolena ve 42 % případů. Střední hodnota byla respondenty zakroužkována ve 13 %. Hodnoty 4 a 5, značící složitost ve zjišťování pro žáky byly zvoleny shodně pouze v 1 % případů.

Pro žáky, jak již graf napovídá, bylo celkově jednoduché zjištění, jaké jídlo je pro ně zdravé. Vypovídá o tom i skutečnost, že hodnoty 1 a 2, které značí jednoduchost byly zodpovězeny respondenty dohromady v 85 % případů.



Graf č. 10 Relativní četnost pochopení optimálnosti jídla

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

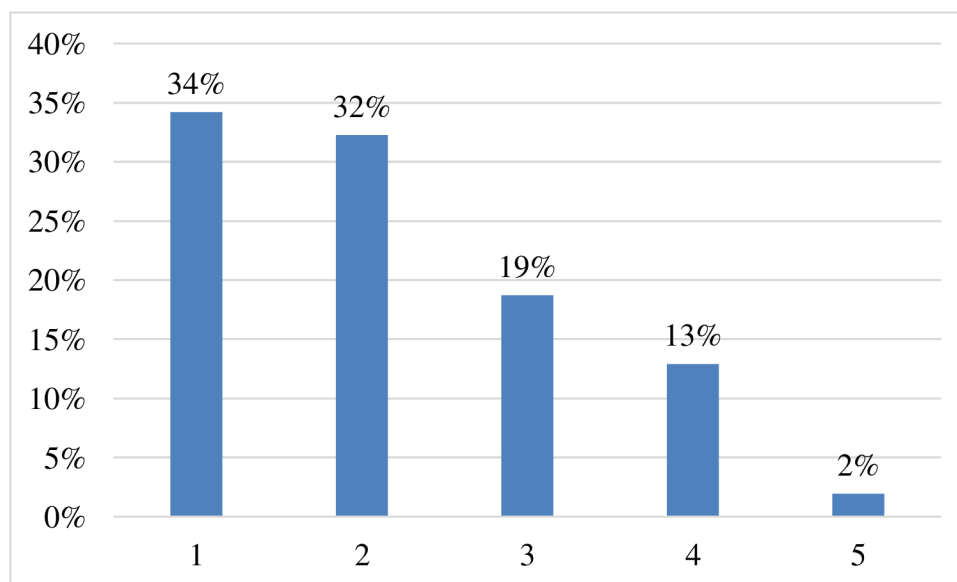
Tabulka č. 7 Četnosti složitosti brání léků v případě nemoci

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	53	34 %
2	50	32 %
3	29	19 %
4	20	13 %
5	3	2 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu týkající se problematiky pochopení, brání léků při nemoci lze vyčíst, že nejčastější odpovědí byla hodnota 1, která byla žáky zvolena ve 34 % případů. Trošku složitější se pochopení ukázalo pro 32 % respondentů. Střední hodnotu zvolilo 19 % žáků. Respondenti, pro které bylo složitější pochopení systému léků bylo dle odpovědí 13 %. Pouhé dvě procenta žáků zvolilo odpověď 5, která značí, že tato problematika je pro ně nejsložitější.

Celkově lze říci, že respondenti chápou systém brání léků v případě nemoci, jak nám graf naznačuje. Tvrzení je podpořeno i skutečností, že první dvě hodnoty, značící jednoduchost byly zodpovězeny respondenty v 66 % případů.



Graf č. 11 Zastoupení procentuální složitosti brání léků v případě nemoci

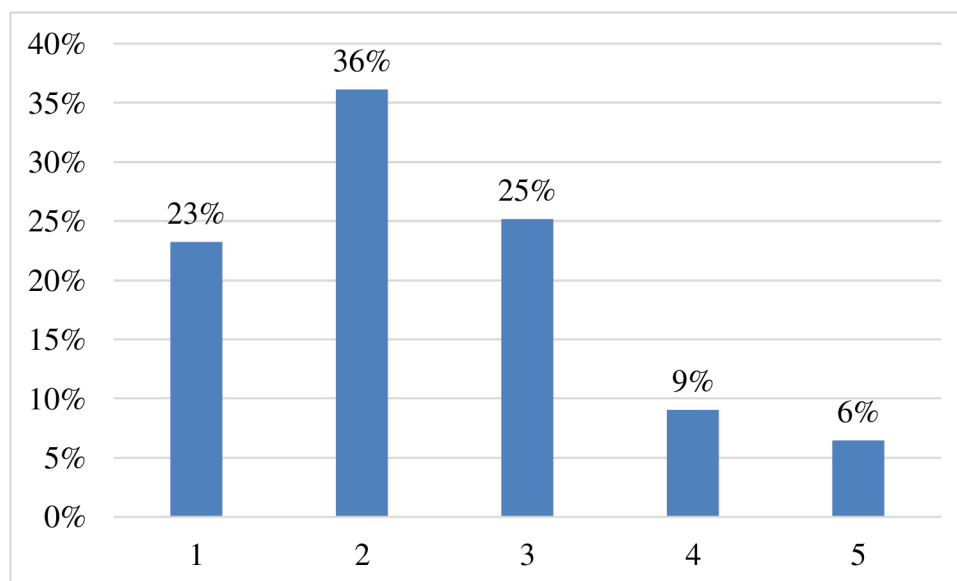
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 8 Četnostní zastoupení složitosti porozumění doktorovým slovům

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	36	23 %
2	56	36 %
3	39	25 %
4	14	9 %
5	10	6 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf týkající se otázky porozumění slov doktora, naznačuje, že pro 23 % je jednoduché porozumět, jelikož zvolili hodnotu 1. O něco složitější bylo rozumět slovům doktora pro 36 % respondentů, jenž zakroužkovali hodnotu 2, což byla zároveň i nejčastější odpověď na danou otázku. Rovná ¼ respondentů uvedla střední hodnotu jako svou odpověď na danou problematiku. Jako složitější chápe komunikaci s lékařem 9 % dotázaných žáků. Hodnotu 5, tedy nejsložitější, zvolilo 6 % respondentů.



Graf č. 12 Procentuální zastoupení složitosti porozumění doktorovým slovům

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

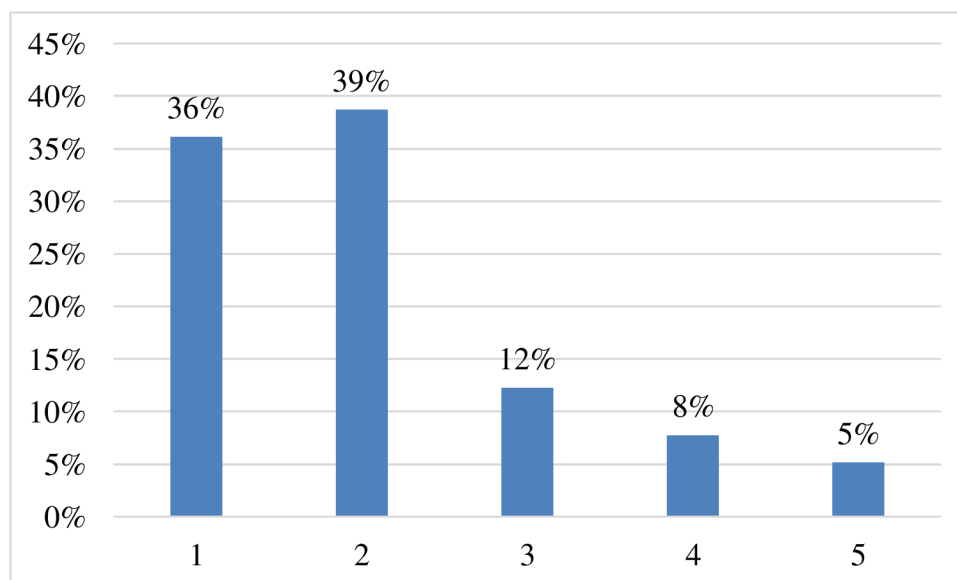
Tabulka č. 9 Četnostní zastoupení pochopení nutnosti návštěvy lékaře i bez zdravotních obtíží

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	56	36 %
2	60	39 %
3	19	12 %
4	12	8 %
5	8	5 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf níže uvádí, že pro 36 % respondentů je snadné pochopit proč je potřeba navštěvovat lékaře, i když se necítí být nemocnými (preventivní prohlídky...). O něco složitější bylo pochopení pro 39 % dotázaných, což, jak graf znázorňuje bylo nejčastější odpovědí v této otázce. Hodnota 3, tedy střed byl zvolen školáky ve 12 % případů. Jako složitá se tato problematika jeví pro 8 % žáků. Pochopení důvodu preventivních návštěv lékaře se ukázalo jako nejsložitější pro 5 % žáků.

Žáci jsou na chápání důvodů návštěv lékaře i bez zjevných zdravotních obtíží velice dobře, jelikož hned $\frac{3}{4}$ účastníků výzkumu odpovědělo v hodnotách 1 a 2.



Graf č. 13 Relativní četnosti pochopení nutnosti návštěvy lékaře i bez zdravotních obtíží

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

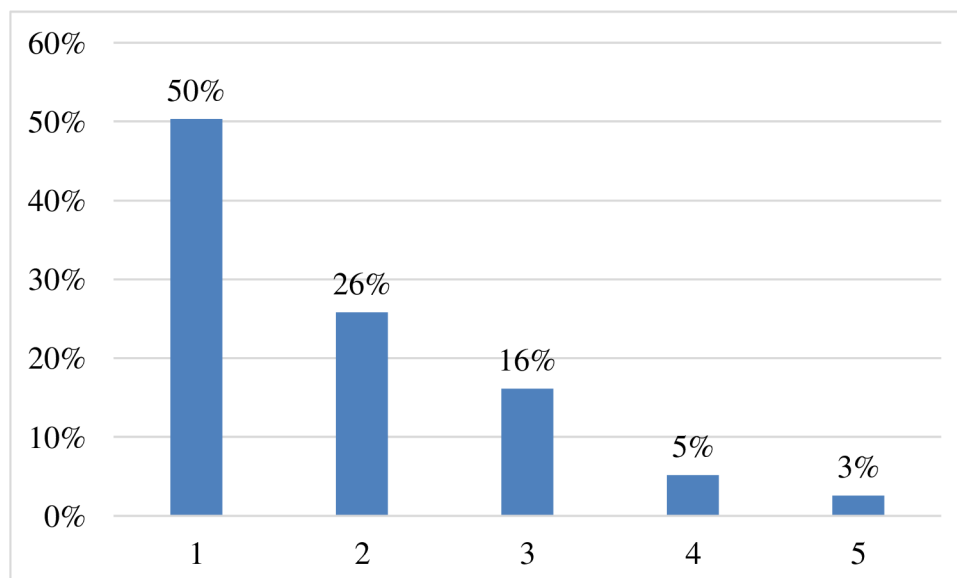
Tabulka č. 10 Četnostní zastoupení pochopení nutnosti očkování

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	78	50 %
2	40	26 %
3	25	16 %
4	8	5 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu níže lze vyčíst, že otázka týkající se problematiky očkování a pochopení jeho potřeby byla přesně pro ½ respondentů jednoduchá, jelikož odpověděli hodnotou 1. O něco málo složitější bylo pochopení dané problematiky pro 26 % respondentů, kteří uvedli hodnotu 2. Střední hodnota byla dotázanými zvolena v 16 % případů. Složitost v pochopení problematiky uvedlo 3 % respondentů, kteří odpověděli hodnotou 5. O něco méně složitější bylo uchopení očkování pro 5 % žáků, kteří odpověděli hodnotou 4.

Z celkového vyznění grafu vyplývá, že žáci si jsou vědomi potřeby očkování a jeho kladů do budoucího života.



Graf č. 14 Procentuální zastoupení pochopení nutnosti očkování

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

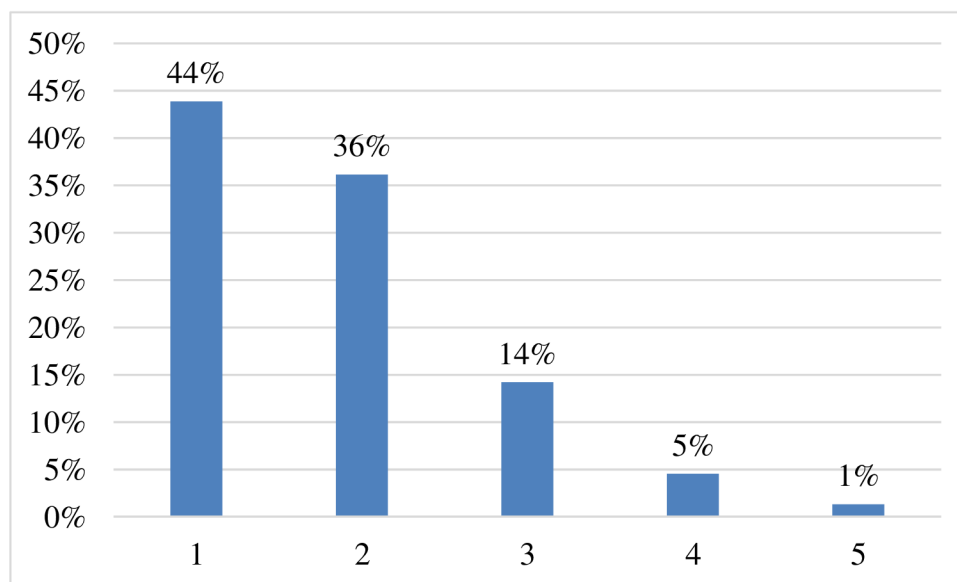
Tabulka č. 11 Četnostní zastoupení porozumění rodičům v otázce zdraví

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	68	44 %
2	56	36 %
3	22	14 %
4	7	5 %
5	2	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Níže uvedený graf, týkající se porozumění rodičům ohledně zdraví a zdravého životního stylu jasně ukázal, že 44 % respondentů rozumí rodičům a je to pro ně velmi snadné. Porozumění rodičům v této problematice se jako snadné ukázalo také pro 36 % respondentů, kteří zvolili hodnotu 2. Střední hodnota byla zvolena 14 % žáků. Složitá se tato problematika jeví 5 % žákům, kteří odpovídali hodnotou 4, avšak pouhé jedno procento dotázaných uvedlo hodnotu 5.

Na základě grafu můžeme konstatovat, že pro většinu žáků je jednoduché porozumět rodičům, za předpokladu že mluví o zdraví či zdravém životním stylu.



Graf č. 15 Procentuální zastoupení porozumění rodičům v otázce zdraví

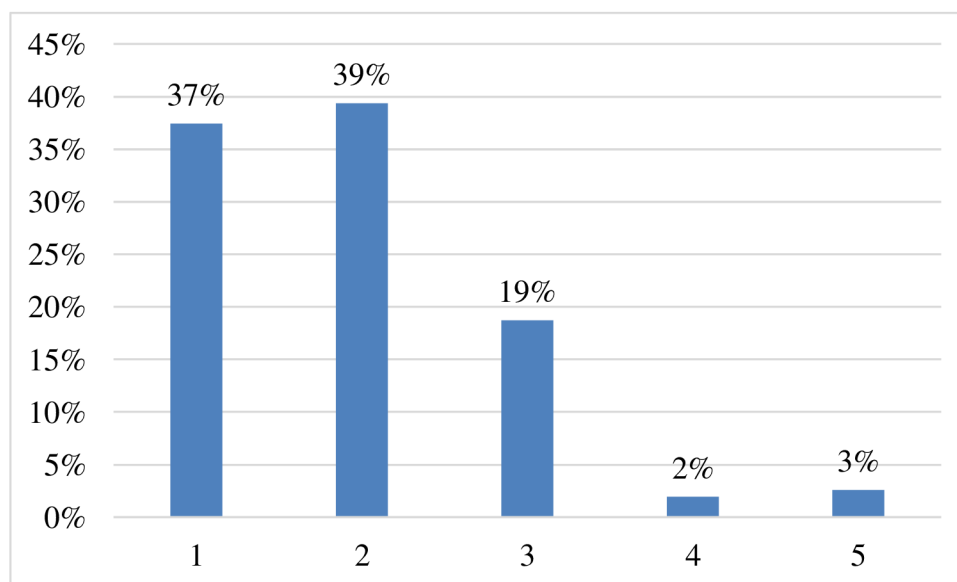
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 12 Četnostní zastoupení pochopení nutnosti občasně relaxace

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	58	37 %
2	61	39 %
3	29	19 %
4	3	2 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z přiloženého grafu k otázce, jež se týká pochopení proč je potřeba občasně relaxace vyplývá, že pro většinu respondentů je jednoduché pochopit, proč je relaxace zapotřebí. Lze to vyčíst na základě toho, že 37 % respondentů odpovědělo hodnotou 1, tedy že je pro ně snadné pochopení oné potřeby. Pro 39 % dotázaných je toto pochopení o něco složitější, jelikož zvolili hodnotu 2. Hodnotu 3, která představuje střední obtížnost zvolilo 19 % respondentů. Pro 3 % odpovídajících bylo pochopení nejsložitější. O něco méně složitá byla tato skutečnost pro 2 % respondentů, kteří zvolili hodnotu 4.



Graf č. 16 Relativní četnosti pochopení nutnosti občasně relaxace

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

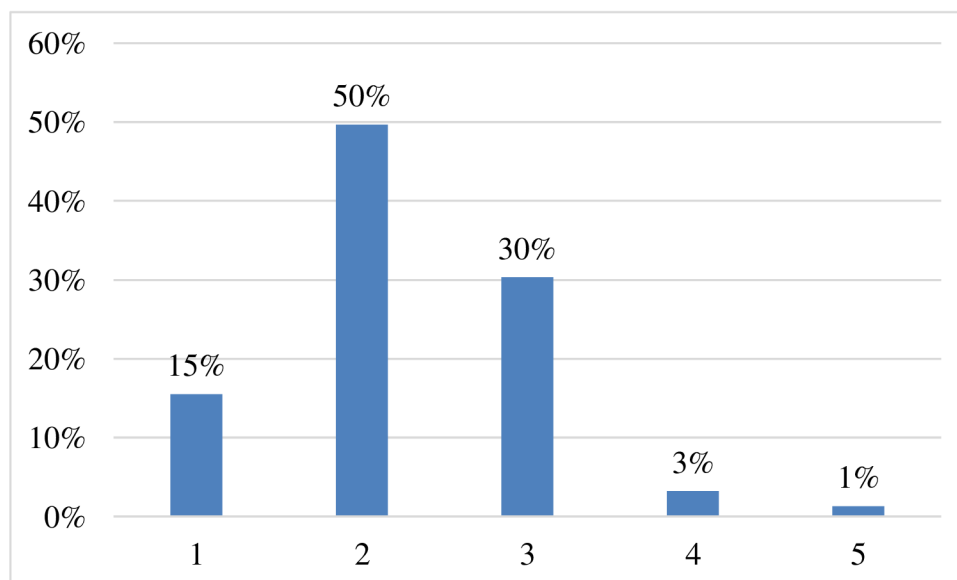
Tabulka č. 13 Zastoupení četností u pochopení správného postupu ke zbavení se nachlazení

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	24	15 %
2	77	50 %
3	47	30 %
4	5	3 %
5	2	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z níže uvedeného grafu jednoznačně vyplývá že až ½ ze všech dotázaných zvládne relativně jednoduše posoudit co pomáhá ke zbavení se nachlazení. O něco jednodušší to bylo pro 15 % respondentů, kteří zvolili hodnotu 1. Střední hodnota byla zvolena žáky ve 30 % případů. Pro pouhé 1 % žáků bylo posouzení, jak se zbavit nachlazení velice složité, jelikož zvolili hodnotu 5. O něco méně složité bylo posouzení pro 3 % respondentů, odpovídající hodnotou 4.

Dá se tedy konstatovat i v kontextu otázek předchozích, jenž se zabývali nachlazením, že žáci jsou obeznámeni s touto problematikou a zvládají ji na solidní úrovni.



Graf č. 17 Procentuální zastoupení u pochopení správného postupu ke zbavení se nachlazení

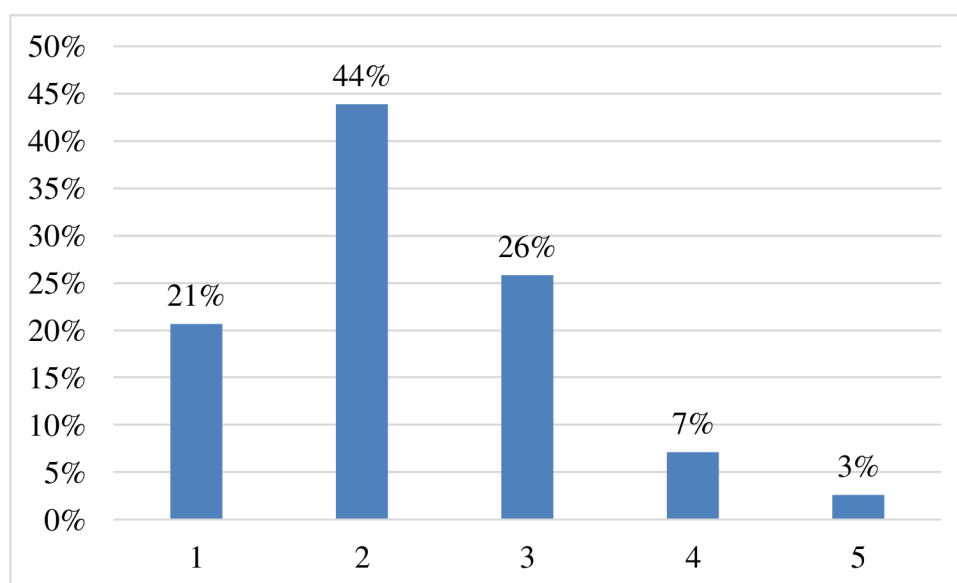
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 14 Zastoupení četností při posuzování důvěryhodnosti doktorových slov

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	32	21 %
2	68	44 %
3	40	26 %
4	11	7 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Posouzení důvěryhodnosti doktorových slov či diagnóz bylo pro žáky, jak z grafu vyplývá, jednodušší, jelikož dohromady 65 % respondentů odpovídalo hodnotou 1 a 2. Konkrétně nejnižší hodnotu, tedy 1, zvolilo 21 % dotázaných a hodnota o jeden stupeň vyšší byla zakroužkována ve 44 % případů. Střední hodnota byla žáky zvolena ve 26 % případů. Nejvyšší složitost ono posouzení činí pro 3 % dotázaných. O něco méně složitá se tato zkušenost zdála 7 % žáků, kteří odpovídali hodnotou 4.



Graf č. 18 Procentuální zastoupení při posuzování důvěryhodnosti doktorových slov

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

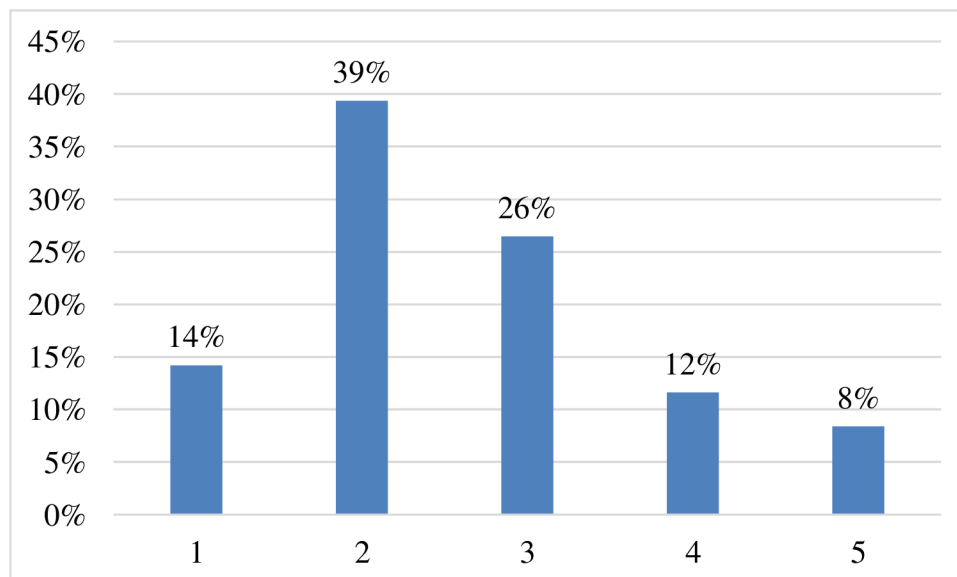
Tabulka č. 15 Četnostní zastoupení posouzení důvěryhodnosti médií z hlediska varování před zdravotními riziky

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	22	14 %
2	61	39 %
3	41	26 %
4	18	12 %
5	13	8 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Posouzení důvěryhodnosti médií se zabývala další otázka a na ni navázaný graf. Z grafu je patrné, že 14 % dotázaných zakroužkovalo hodnotu 1. Nejpočetnější hodnotou byla hodnota 2, kterou si zvolilo 39 % dotázaných. Střední hodnota, tedy hodnota 3 byla druhá nejfrekventovanější, když byla zodpovězena v 26 % případů. Složitě posoudit důvěryhodnost médií se ukázalo pro 12 % žáků, kteří zvolili hodnotu 4. Ještě o něco složitější tato problematika byla pro 8 % respondentů.

Na základě odpovědí a čísel z grafu můžeme konstatovat, že pro žáky je ve většině případů jednoduché posoudit důvěryhodnost médií. Jelikož více než ½ odpověděla hodnotami 1 a 2.



Graf č. 19 Relativní četnosti při posouzení důvěryhodnosti médií z hlediska varování před zdravotními riziky

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

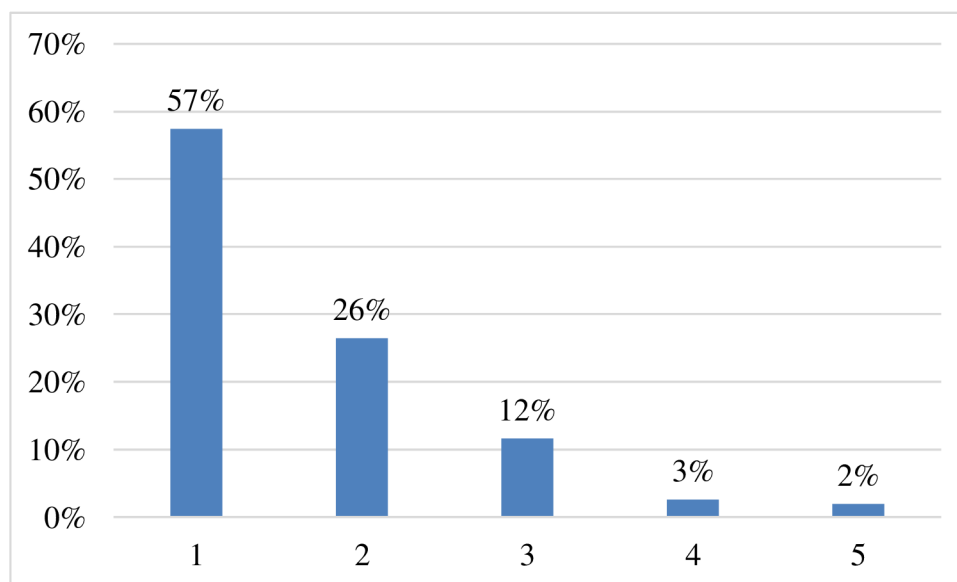
Tabulka č. 16 Četnostní zastoupení posouzení míry pravdivosti rizik kouření

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	89	57 %
2	41	26 %
3	18	12 %
4	4	3 %
5	3	2 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf níže je navázán na otázku k posouzení pravdivosti rizik spojeným s kouřením. Tuto problematiku a rizika s ní spojená dokáže jednoduše posoudit nadpoloviční většina žáků, tedy 57 %, kteří zvolili hodnotu 1. O něco složitější se posouzení rizik kouření jeví pro 26 % respondentů, kteří zvolili hodnotu 2. Střední hodnota byla respondenty zakroužkována pouze ve 12 % případů. A informovanost, či gramotnost u rizik kouření je dokázána i na hodnotách 4 a 5, které byly zvoleny pouze 5 % žáků.

Na základě čísel lze tvrdit, že pro žáky je jednoduché posouzení rizik spojených s kouřením, jelikož 83 % žáků odpovědělo hodnotami 1 a 2. Naopak hodnoty 4 a 5 byly zvolené pouze v 5 % případů.



Graf č. 20 Procentuální zastoupení posouzení míry pravdivosti rizik kouření

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

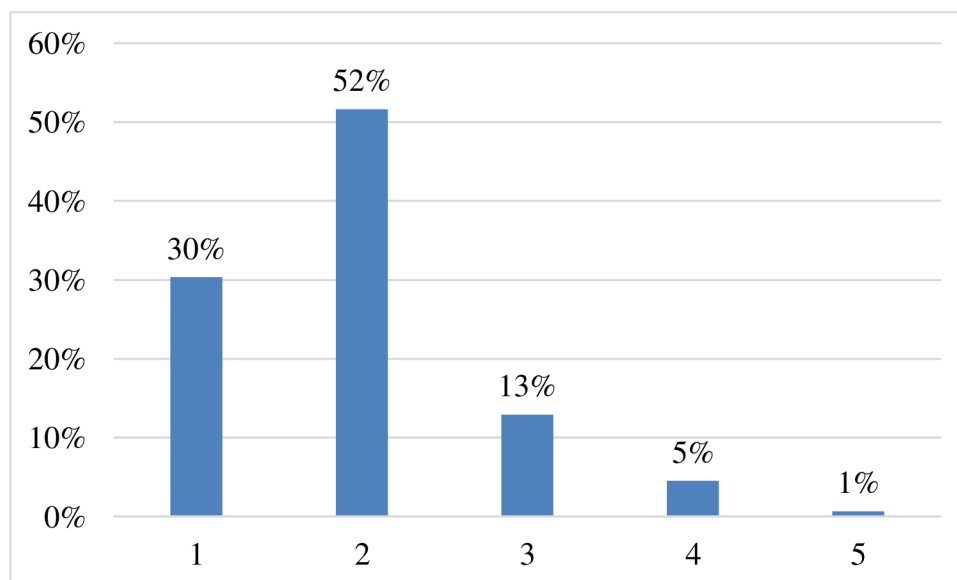
Tabulka č. 17 Četnosti posuzování způsobu chování vedoucí k dobrému zdraví

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	47	30 %
2	80	52 %
3	20	13 %
4	7	5 %
5	1	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf, týkající se posouzení, co pomáhá žákům k udržení si zdraví napovídá, že nejméně frekventovaná hodnota byla druhá nejnižší, jenž byla zvolena v 52 % případů. Druhou nejčastější byla hodnota 1, která byla zakroužkována ve 30 %. Střední hodnotu zvolilo 13 % žáků. Pro 1 % žáků bylo nejsložitější posoudit, co jim pomáhá zůstat zdravý. O něco jednodušší, tedy alespoň dle uváděných hodnot, se tato problematika jeví 5 % dotázaných, kteří odpověděli hodnotou 4.

Dotázaní žáci jsou schopni na dobré úrovni posuzovat co jim pomáhá k udržení dobrého zdravotního stavu, jelikož 82 % dotázaných zakroužkovalo hodnoty 1 nebo 2.



Graf č. 21 Relativní četnosti posuzování způsobu chování vedoucí k dobrému zdraví

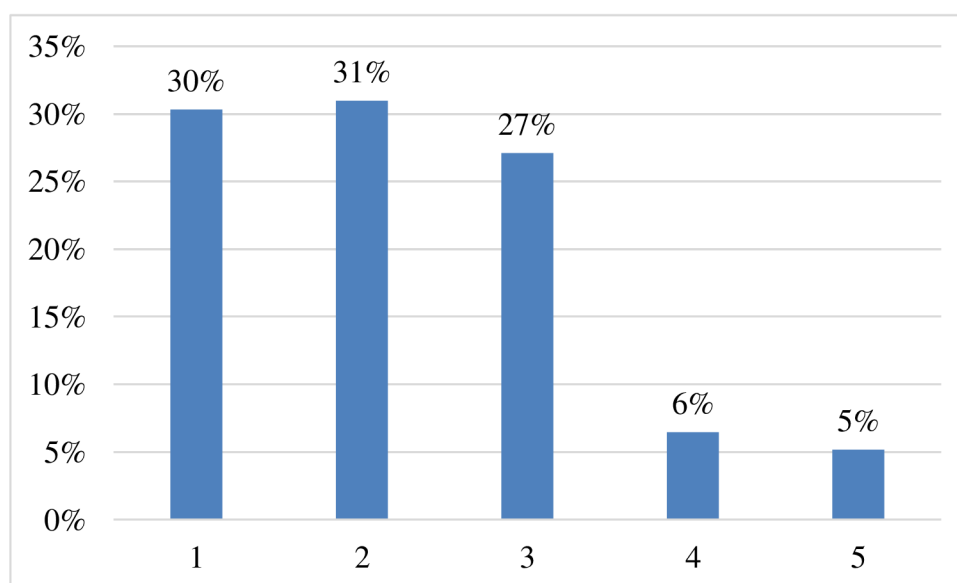
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 18 Zastoupení četností v pochopení, jak místo bydliště ovlivňuje zdraví

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	47	30 %
2	48	31 %
3	42	27 %
4	10	6 %
5	8	5 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu týkající se uvědomění a posouzení, jak místo bydliště jedince ovlivňuje jeho zdraví vyplývá, že většina, tedy 61 % respondentů dokáže jednoduše posoudit tuto skutečnost, jelikož zvolili hodnotu 1 a 2. Hodnota 3, tedy střed byl zvolen respondenty ve 27 % případů. Hodnoty 4 a 5, tedy, že problematika je pro žáky složitější, byly zvoleny dohromady v 11 % případů. Nižší výskyt hodnot vykazující složitost, potvrzuje tvrzení, že školáci jsou obeznámeni s ovlivněním zdraví místem bydliště.



Graf č. 22 Procentuální zastoupení složitosti v pochopení, jak místo bydliště ovlivňuje zdraví

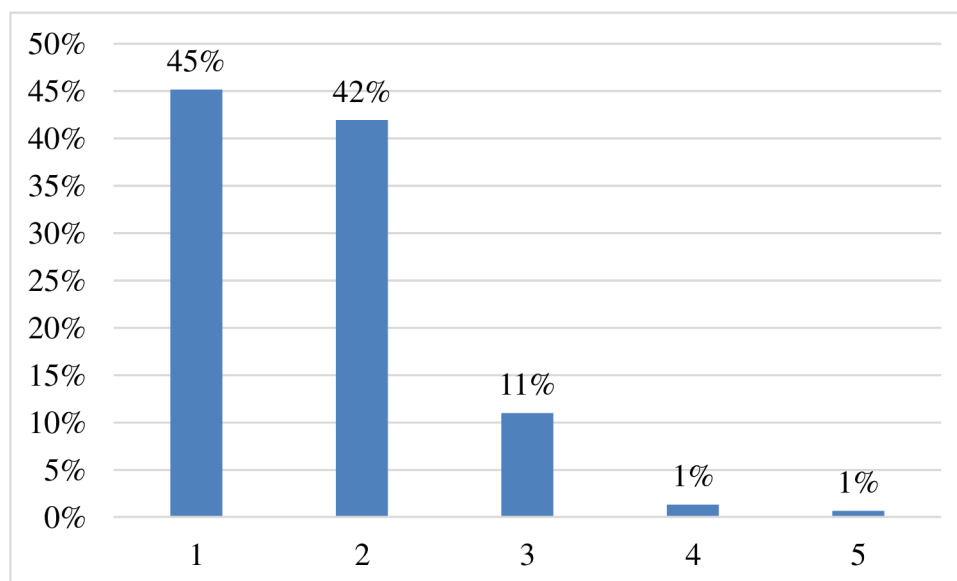
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 19 Četnostní zastoupení v posouzení, jak je zdraví ovlivněno chováním

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	70	45 %
2	65	42 %
3	17	11 %
4	2	1 %
5	1	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu níže lze vyčíst, že pro žáky je jednoduché posoudit, jak jejich chování ovlivňuje vlastní zdraví člověka. Tvrzení je opřeno o čísla, které vyplývají z grafického znázornění, tedy že 87 % žáků zvolilo hodnoty 1 a 2. Střední hodnota, byla zvolena v 11 % dotazníků. Pouhé 2 % respondentů zvolilo hodnoty 4 a 5 značící složitost. Velmi nízký výskyt nejvyšších hodnot potvrzuje již výše zmíněné závěry, že žáci jsou s danou problematikou dobře obeznámeni.



Graf č. 23 Relativní četnosti v posouzení, jak je zdraví ovlivněno chováním

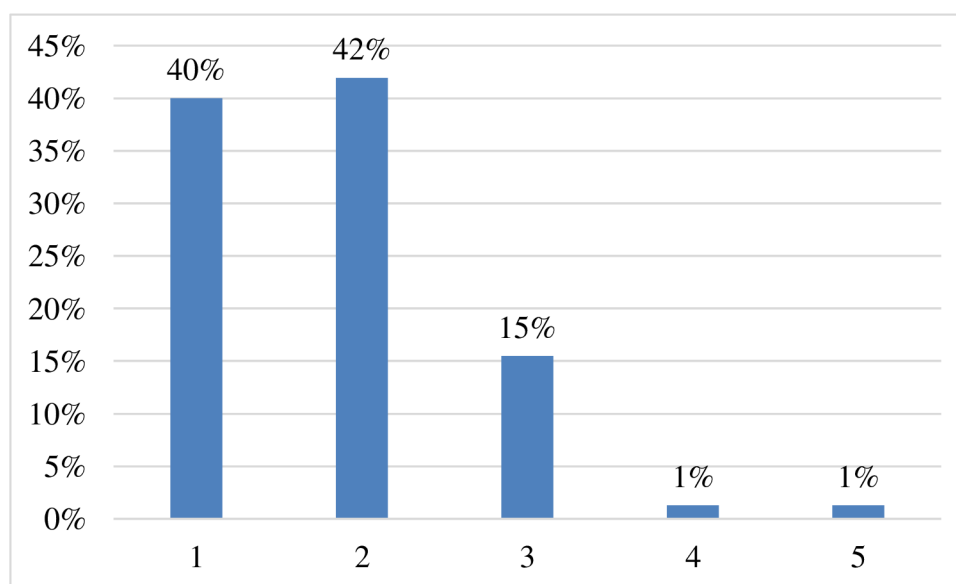
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 20 Zastoupení četností ve složitosti plnění rodičovských rad vedoucí k uzdravení

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	62	40 %
2	65	42 %
3	24	15 %
4	2	1 %
5	2	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf uvedený níže, týkající se jednoduchosti či složitosti děláním toho co říkají rodiče, a vede to k uzdravení znázorňuje, že žáci v 82 % případů zvolili dvě z nejnižších hodnot, z čehož jednoznačně vyplývá, že žáci jsou dobře obeznámeni s touto problematikou. Naopak pouze pro 2 % žáků je složité dělat to co mu rodiče říkají a vedoucí k uzdravení, jelikož odpověděli hodnotami 4 a 5.



Graf č. 24 Relativní četnosti ve složitosti plnění rodičovských rad vedoucí k uzdravení

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

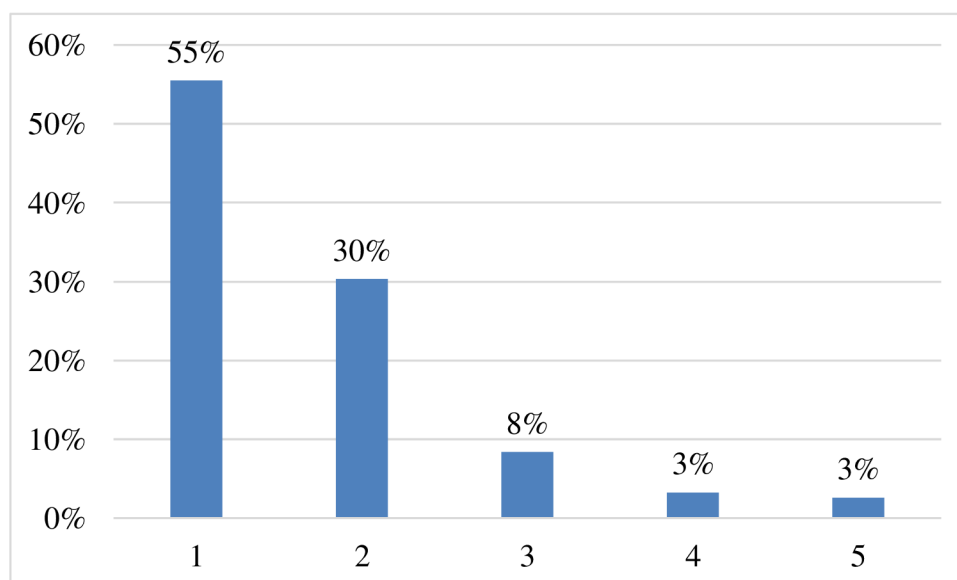
Tabulka č. 21 Četnostní zastoupení ve složitosti braní léků předepsaným způsobem

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	86	55 %
2	47	30 %
3	13	8 %
4	5	3 %
5	4	3 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Složitost či jednoduchost braní léků tím správným předepsaným způsobem pro žáky lze vyčíst z grafického zpracování níže. Nejčastěji odpovídanou hodnotou byla hodnota 1, která byla žáky zodpovězena v 55 % případů. Druhou nejfrekventovanější hodnotou byla druhá nejnižší, kterou zakroužkovalo 30 % respondentů. Složitě se braní léků předepsaným způsobem jeví 6 % žáků, kteří rovným dílem mezi sebe rozdělily hodnoty 4 a 5.

Na základě odpovědí od respondentů, lze tvrdit, že pro žáky je jednoduché brát léky předepsaným způsobem jelikož 85 % dotázaných žáků zvolilo jako svou odpověď hodnoty 1 a 2. Toto tvrzení je potvrzeno také nízkou četností odpovědí na opačném spektru, tedy pouhý 6% výskyt odpovědí hodnot 4 a 5.



Graf č. 25 Procentuální zastoupení ve složitosti braní léků předepsaným způsobem

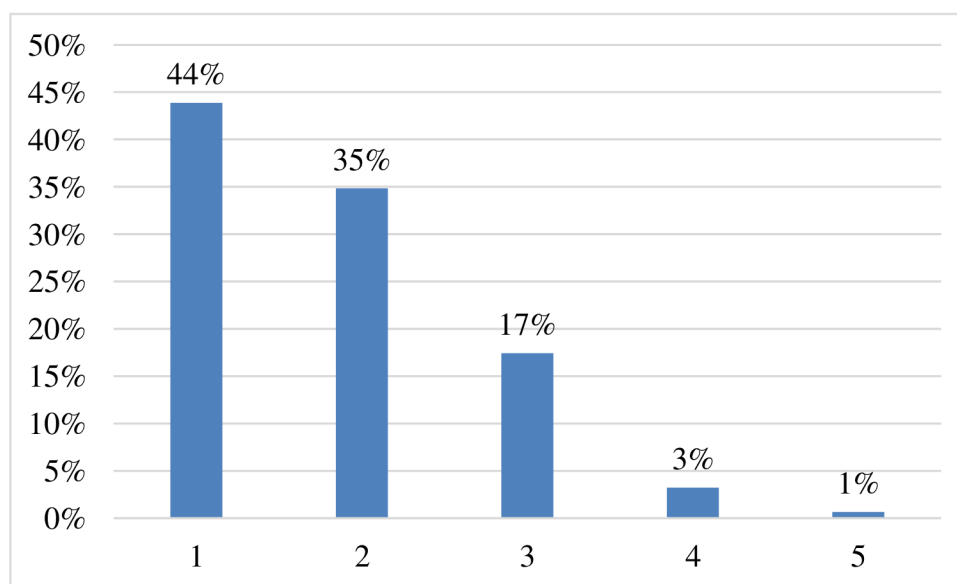
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 22 Četnostní zastoupení složitosti přivolání RZS v případě pohotovosti

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	68	44 %
2	54	35 %
3	27	17 %
4	5	3 %
5	1	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf, týkající se otázky, jenž se zabývá složitostí či jednoduchostí volání sanitky v případě pohotovosti bychom mohli interpretovat tím způsobem, že žáci jsou znalí naprosto elementárního základu první pomoci, tedy volání sanitky, jelikož 79 % respondentů zvolilo hodnoty 1 a 2. Tvrzení o schopnosti žáků zavolat první pomoc v případě nouze dokládá i počet odpovědí v hodnotách 4 a 5, které dohromady byly zvoleny pouze ve 4 % případech.



Graf č. 26 Relativní četnosti složitosti přivolání RZS v případě pohotovosti

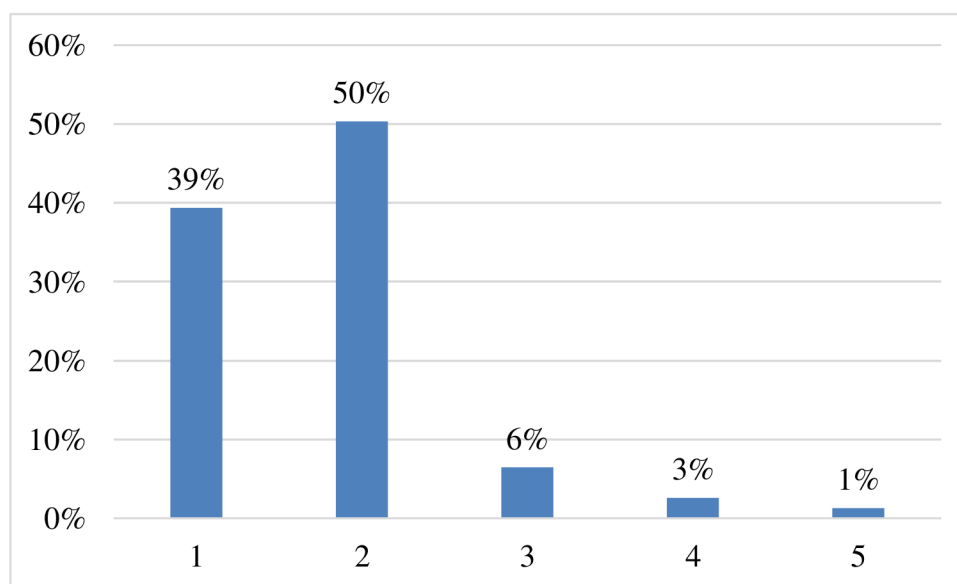
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 23 Zastoupení četnosti dodržování naučeného dopravního chování

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	61	39 %
2	78	50 %
3	10	6 %
4	4	3 %
5	2	1 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Problematikou dodržování dopravní bezpečnosti se zabývala otázka a k ní navázaný graf. Z grafu uvedeného níže jednoznačně vyplývá, že dodržování dopravní bezpečnosti je pro žáky snadné a jsou s ní dobře obeznámeni, což dokládá i počet odpovědí v hodnotě 1 a 2. Tyto odpovědi byly zvoleny v až v 89 % případů. Složitá se tato problematika zdála pouze 4 % respondentů, avšak pouze 1 % z nich zakroužkovalo hodnotu 5.



Graf č. 27 Procentuální četnosti dodržování naučeného dopravního chování

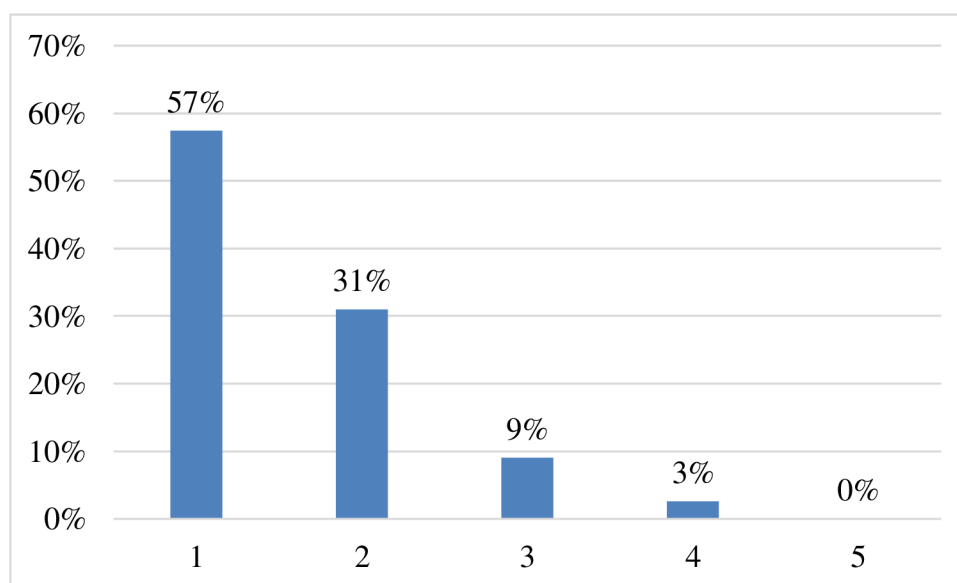
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 24 Četnostní zastoupení složitosti v rozhodování se, kdy si umýt ruce

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	89	57 %
2	48	31 %
3	14	9 %
4	4	3 %
5	0	0 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf týkající se otázky, jak složité je pro dotázané rozhodování se, kdy je potřeba umýt si ruce. Jak lze z grafu vyčíst, tak žáci jsou s danou problematikou obeznámeni a je pro ně jednoduché rozhodnout se, kdy je potřeba umýt si ruce. Lze to tvrdit na základě toho, že 88 % dotázaných odpovědělo hodnotou 1 a 2. Pouze 3 % dotázaných žáků zvolilo hodnotu 4 jako svou odpověď. A žádnému z dotazovaných se nejeví natolik složité rozhodování se, aby označil hodnotu 5.



Graf č. 28 Procentuální zastoupení ve složitosti v rozhodování se, kdy si umýt ruce

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

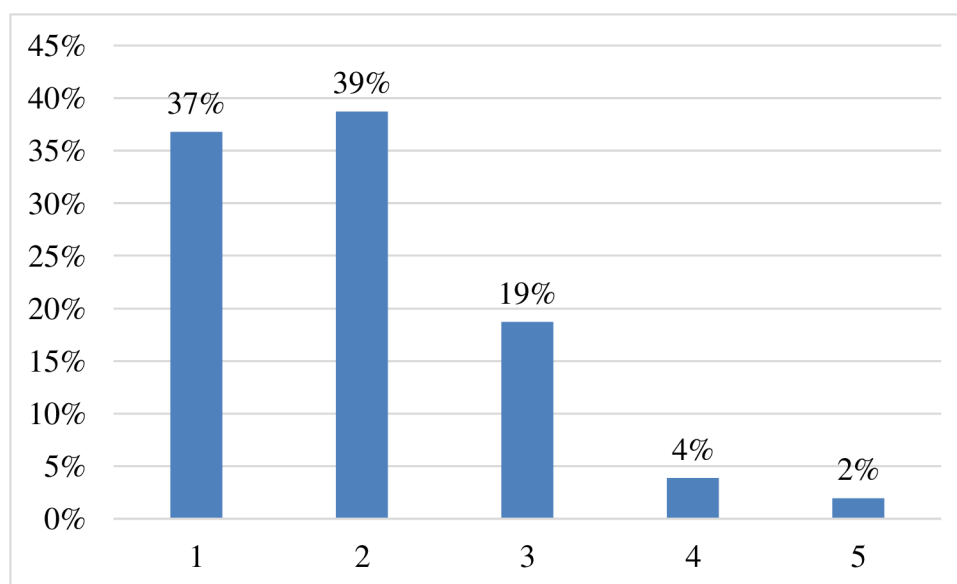
Tabulka č. 25 Zastoupení četnosti složitosti zdravého stravování

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	57	37 %
2	60	39 %
3	29	19 %
4	6	4 %
5	3	2 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Z grafu níže lze vyčíst, že nejčastější odpovědí na otázku týkající se problematiky zdravého stravování byla hodnota 1, která byla zvolena v 37 % případů. O pouhé dva procentní body více získala hodnota 2, jelikož tuto možnost zvolilo 39 % respondentů. Pouhých 6 % dotázaných zvolilo hodnoty 4 a 5.

Z těchto čísel vyplývá, že pro většinu respondentů je jednoduché stravovat se zdravě. Toto tvrzení se opírá jednak o to, že více než $\frac{3}{4}$ dotázaných opovědělo hodnotou 1 nebo 2, ale také o skutečnost, že pouhých 6 % respondentů odpovídalo dvěma nejvyššími hodnotami



Graf č. 29 Relativní četnosti složitosti zdravého stravování

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

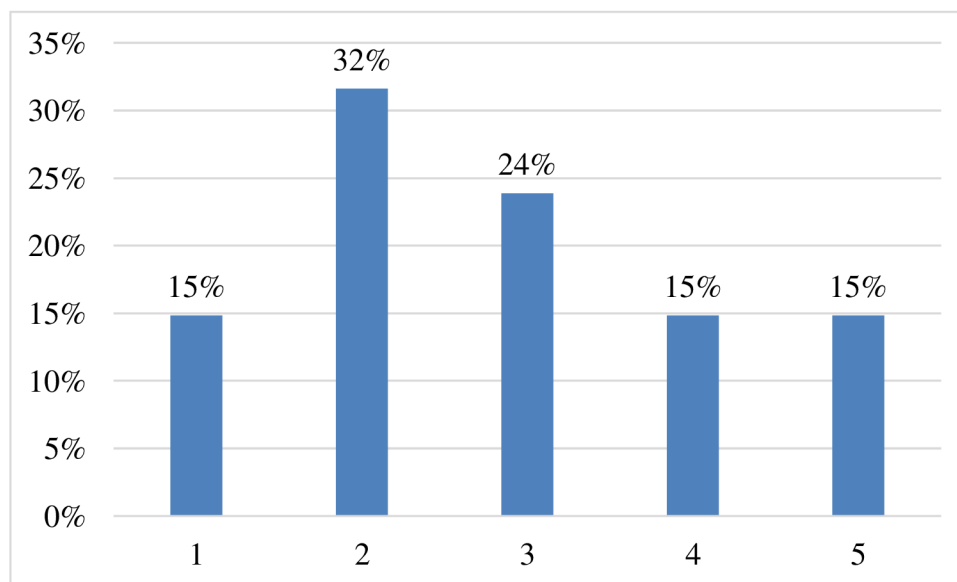
Tabulka č. 26 Četnostní zastoupení ve složitosti posouzení kvality jídla ve školní jídelně

Hodnota	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	23	15 %
2	49	32 %
3	37	24 %
4	23	15 %
5	23	15 %
Celkově	155	100 %

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Graf níže dokazuje velikou vyrovnanost u odpovědí, u otázky týkající se složitosti rozhodování, jestli jídlo, které je žákům ve školní jídelně podáváno, je pro ně zdravé či nikoliv. Z grafu lze vyčíst, že 32 % respondentů zvolilo hodnotu 2 a střední hodnota byla zvolena dotázanými ve 24 % případů. Zbývající hodnoty, tedy 1, 4 a 5 byly všechny shodně zvoleny v 15 % případů

Z grafu nelze jednoznačně dokázat, zda – li žáci jsou jednoduše schopni rozhodnout se o tom, zda je jídlo zdravé či nikoliv, jelikož hodnoty obsažené v dotaznících školáků jsou velice ambivalentní.



Graf č. 30 Procentuální zastoupení ve složitosti posouzení kvality jídla ve školní jídelně

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

4.1 Shrnutí výsledků

Vyhodnocení všech dotazníků, konkrétně tedy v počtu 155 bylo provedeno pomocí statistických metod v tabulkovém programu Microsoft excel, pomocí něhož byly také vytvořeny tabulky a grafy pro přehlednost. Následně grafy byly okomentovány, s cílem shrnutí výsledků z nich vyplývajících.

Hlavní cíl práce – zjistit úroveň zdravotní gramotnosti na ZŠ Heyrovského u žáků staršího školního věku byl naplněn v rámci sběru dat z dotazníků a jejich následné vyhodnocení v předešlé podkapitole. Co se do celkové úrovně zdravotní gramotnosti žáků této ZŠ týče, tak byla na velice dobré úrovni, jelikož z celkového počtu respondentů (155) odpovídalo 37 % hodnotou 1, tedy že je pro něj daný úkon jednoduchý, dalším z faktů, o které opíráme tvrzení o dobré orientaci v této problematice, je ta skutečnost, že 40 % žáků účastnících se výzkumu zvolilo hodnotu 2. Pouhých 5 % ze všech dotázaných zvolilo hodnotu 4, zároveň pouhé 3 % respondentů odpovědělo hodnotou 5, tedy že daný úkon je pro ně nejsložitější.

Práce se také zabývala výzkumnou otázkou, zda – li se žáci setkali se zdravotní gramotností. Jak již z grafu uvedeného v předchozí kapitole vyplynulo, tak 85 žáků z celkového počtu dotázaných se s tímto pojmem setkali, což je klíčovým předpokladem k rozvoji zdravotní gramotnosti. Bohužel, stále velké množství dotázaných žáků se s tímto pojmem neseťkalo (70).

Další z výzkumných otázek byla zda – li žáci zvládnou aplikovat znalosti o zdravotní gramotnosti. Na tuto otázku nám také poskytla odpověď předchozí kapitola, ve které lze z výsledků, zejména u těchto otázek č. 10 (85 % respondentů odpovídalo hodnotami 1 a 2), č. 21 (87 % respondentů zodpovědělo hodnotami 1 a 2), č.25 (85 % dotázaných zakroužkovalo hodnoty 1 a 2) konstatovat, že všechny tyto otázky a jejich výsledky dokládají dobrý předpoklad kvalitního přenesení či aplikace těchto znalostí do praktického života.

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u žáků staršího školního věku na základní škole, cíl práce byl splněn a rozebrán ve výsledkové části práce. Z výzkumu vyplynulo, že žáci mají dobrou úroveň zdravotní gramotnosti, jak z dat vyplývá.

Ke srovnání výsledku nám posloužila diplomová práce Bc. Jany Grecmanové a doc. PhDr. Sylvie Bártlové, Ph.D., která se zabývala rozvojem zdravotní gramotnosti u žáků základní školy. Výzkumu autorů diplomové práce se zúčastnilo 208 respondentů, ze kterých 58 % dosáhlo dostatečné zdravotní gramotnosti. V našem výzkumu až $\frac{3}{4}$ dotázaných prokázalo dostatečnou znalost zdravotní gramotnosti.

Z provedené studie z roku 2016 autorů Kučery, Pelikána a Šteflové, která zjišťovala úroveň zdravotní gramotnosti u obyvatel ČR vyplynulo, že 54,1 % respondentů projevilo nedostatečnou znalost v oblasti prevence nemocí. V naší studii na podobnou otázku týkající se stejné problematiky žáci odpovídali o poznání kvalitněji, jelikož kupříkladu v otázce zabývající se složitostí či jednoduchostí prevence nachlazení dosáhli mnohem lepšího výsledku. Tento závěr je potvrzen i čísly, jelikož na tuto otázku až 76 % odpovědělo hodnotami 1 a 2, což je považováno za velmi jednoduché, respektive jednoduché.

V rámci naší bakalářské práce bylo zjištěno, že pro drtivou většinu dotázaných (83 %) je jednoduché posoudit jaká rizika vyplývají z toho, když jedinec začne kouřit, či pravidelně kouří. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že na školách všeobecně probíhají preventivní programy s cílem zamezit destruktivním vnějším vlivům na zdraví jedince. Pozitivní vliv preventivní komunikace akcentuje i ve výzkumu práce týkající se zdravotní gramotnosti u žáků základní školy Lucie Zastoupilová a PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D., když se v jejich výzkumu zabývali otázkou vztahu žáků ke kouření. Z výzkumu vyplynulo, že 95 % z 85 dotázaných žáků nekouří, 3 % žáků kouří příležitostně a 1 % žáků kouří denně méně než 10 cigaret.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název „Zdravotní gramotnost u žáků staršího školního věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy“ a jejím cílem bylo zjistit úroveň znalosti zdravotní gramotnosti u žáků na vybrané základní škole. Téma bylo zvoleno primárně z toho důvodu, že zdravotní gramotnost a její problematika rezonuje ve veřejném prostoru a je velice aktuální. Zdravotní gramotnost úzce souvisí i se zdravotním stavem jedince a jeho vlivem na zdravý životní styl. Determinant ovlivňující zdravotní gramotnost je mnoho, ale jedna z klíčových je výchova či případně výuka na školách. Práce byla rozdělena na dva velké celky, které spolu úzce souvisí – teoretická a praktická část.

Teoretická část se zabývala teoretickým definicím pojmu zdravotní gramotnost, zdraví a jeho modely, nebo také ukotvení výchovy ke zdraví a zdravotní gramotnosti v kurikulárních dokumentech pro základní vzdělávání. Sloužila jako odrazový můstek pro praktickou část. Následná praktická část obsahovala výzkum, pomocí něhož se měl cíl práce naplnit. Praktická část také obsahovala poznámky o metodě výzkumu a také výsledky výzkumu a s nimi spojené grafy. Praktická část byla realizována se souhlasem vedení školy, které umožnilo provést výzkum v hodinách výchovy ke zdraví.

Z následného vyhodnocení dotazníku a vyhodnocení výzkumu vyplynulo, že orientace žáků v oblasti zdravotní gramotnosti je na dobré úrovni a orientují se i v přenesení těchto poznatků do reálného života, což dokázaly ověřit otázky, které byly zároveň s přesahem do budoucího praktického života. Tímto zjištěním byl naplněn i jeden z dílčích cílů.

Dalším z dílčích cílů bylo zjištění, zda se žáci setkali s pojmem zdravotní gramotnost. Odpovědi získané z výzkumu nebyly uspokojivé, jelikož velké množství žáků se s tímto pojmem v předchozím životě vůbec nesešlo.

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností u žáku staršího školního věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy. Teoretická část práce popisuje odborné poznatky z problematiky zdravotní gramotnosti. Jednotlivé kapitoly se podrobně věnují zdravotní gramotnosti, zdraví, programům Zdraví 2020 a Zdraví 2030. Výzkumná část zobrazuje výsledky dotazníkového šetření, do kterého se zapojilo celkem 155 žáků ZŠ Heyrovského 33, Olomouc. Dotazníkové šetření ukázalo dobrou znalost zdravotní gramotnosti, jelikož pro většinu respondentů se dané úkony obsažené v ukázkách zdají jednoduché. Znepokojivou skutečností vyplývající z výzkumu byl počet respondentů, kteří se s pojmem zdravotní gramotností nesetkali, těchto jedinců bylo 70.

Klíčová slova

Zdravotní gramotnost, zdraví, starší školní věk, základní škola, dotazníkové šetření, bakalářská práce

SUMMARY

The bachelor thesis deals with health literacy among students of older school age in a primary school with extended physical education. The theoretical part of the thesis describes professional knowledge related to health literacy. Individual chapters focus on health literacy, health, Health 2020 and Health 2030 programs in detail. The research part presents the results of a questionnaire survey involving a total of 155 students from Heyrovského 33 Primary School in Olomouc. An opinion survey showed a good level of health literacy among most respondents, as the tasks presented in the samples appeared easy for them. However, a concerning finding from the research was that 70 respondents had not encountered the term "health literacy."

Key words

Health literacy, health, older school age, elementary school, survey, bachelor thesis

REFERENČNÍ SEZNAM

BOLLWEG Michael Torsten, OKAN Orkan, PINHEIRO Paulo, BRÖDER Janine, BRULAND Dirk, FRETIAN Maria Alexandra, DOMANSKA Maria Olga, JORDAN Susanne und BAUER Ulrich. Adapting the European Health Literacy Survey for Fourth-Grade Students in Germany: Questionnaire Development and Qualitative Pretest. *Health Literacy Research and Practice* [online]. 2020 [cit. 2023-03-07]. ISSN 2474-8307 Dostupné z: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/24748307-20200326-01>

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-3809-6.

GRECMANOVÁ, Jana. Rozvoj zdravotní gramotnosti u žáků základní školy [online]. České Budějovice, 2018 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qyeh47/>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

HOLČÍK, Jan et al., 2015. Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.

HOLČÍK, Jan. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.

HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.

HŘÍCHOVÁ, Miloslava, Jana MIŇHOVÁ a Lenka NOVOTNÁ. Vývojová psychologie pro učitele. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2000. ISBN 80-7082-626-6.

HŘIVNOVÁ, Michaela a Alexandra KOŠTÁLOVÁ. Lexikon dobré praxe: výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu v mateřské škole. Brno: Anabell, c2013. ISBN 978-80-905436-2-1.

JANOVSKÁ, Kateřina, Silvana JAKUBALOVÁ, Nikola KŘÍSTEK, Zdeňka MIKŠOVÁ a Šárka NOVÁKOVÁ. Zdravotní gramotnost dětí, mladých dospělých, dospělých, seniorů. Praha: Národní síť podpory zdraví, 2016. ISBN 978-80-270-1271-8.

KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS. Zdravotní gramotnost: solidní fakta. Přeložil Zdeněk KUČERA. [Praha]: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ústavem pro zdravotní gramotnost, z.ú. a Státním zdravotním ústavem, [2020]. ISBN 978-80-85047-63-9.

KLESZCZEWSKA, Dorota, katarzyna PORWIT, Erik SIGMUND, Jana VAŠÍČKOVÁ a Leena PAAKKARI. Adolescent health literacy and neighbourhood features: HBSC findings from Czech Republic, Poland, and Slovakia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2021 [cit. 2023-04-05]. ISSN 1661-7827. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18147388

KUČERA, Zdeněk, Jiirgen PELIKÁN a Alena ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Journal of Czech Physicians / Casopis Lekarů Ceskych* [online]. 2016 [cit. 2023-04-05]. ISSN 00087335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/download?hl=cs>

LABUSOVÁ, Eva. Starší školní věk (puberta). In: *Šance dětem* [online]. 15. 10. 2014. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/starsi-skolni-vek-puberta>

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Praha: MŠMT, 2021 [cit. 17.3.2023]. Dostupné z: <https://archiv-nuv.npi.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani.html>

ŘIMNÁČOVÁ, Zuzana, Alena KAJANOVÁ a Bohdana BŘÍZOVÁ. Selected socio-economic factors of health literacy of the poor. *Human Affairs* [online]. 2018 [cit. 2023-04-05]. ISSN 12103055. Dostupné z: doi:10.1515/humaff-2018-0037

SHAHID, Rabia., Muhammad SHOKER, Luan Manh CHU, Ryan FREHLICK, Heather WARD a Punam PAHWA. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a

multicenter cohort study. *BMC health services research* [online]. 2022 [cit. 2023-04-05]. ISSN 14726963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-022-08527-9

Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání - „Škola v pohybu“. Základní škola Olomouc, Heyrovského 33, příspěvková organizace

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VANÍČKOVÁ, Eva. Stručný průvodce manuálem UNICEF pohledem nejlepšího zájmu dětí. V Praze: UK - 3. LF, 2012. ISBN 978-80-260-2883-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZASTOUPILOVÁ, Lucie. Zdravotní gramotnost žáků na základních školách [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/g6gyq4/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

ZDRAVÍ 2020, 2014. Zdraví 2020: Národní Strategie Ochrany a Podpory Zdraví a Prevence nemocí. 1. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 978-80-85047-47-9.

ZDRAVÍ 2030, 2020. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. 1. Praha: UZIS. [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Struktura respondentů dle pohlaví.....	24
Graf č. 2	Struktura respondentů dle věku.....	25
Graf č. 3	Setkání se s pojmem zdravotní gramotnost.....	26
Graf č. 4	Situace setkání se s pojmem zdravotní gramotnost.....	27
Graf č. 5	Procentuální zastoupení složitosti zotavení se z nachlazení.....	28
Graf č. 6	Procentuální zastoupení složitosti vyhledávání informací o nachlazení, bolesti v krku a kašlí.....	29
Graf č. 7	Relativní četnost u složitosti udržení si ideální váhy.....	30
Graf č. 8	Relativní četnost složitosti vyhýbání se nachlazení.....	31
Graf č. 9	Procentuální zastoupení v možnosti nejlepší relaxace.....	32
Graf č. 10	Relativní četnost pochopení optimálnosti jídla.....	33
Graf č. 11	Zastoupení procentuální složitosti brání léků v případě nemoci.....	34
Graf č. 12	Procentuální zastoupení složitosti porozumění doktorovým slovům.....	35
Graf č. 13	Relativní četnosti pochopení nutnosti návštěvy lékaře i bez zdravotních obtíží.....	36
Graf č. 14	Procentuální zastoupení pochopení nutnosti očkování.....	37
Graf č. 15	Procentuální zastoupení porozumění rodičům v otázce zdraví.....	38

Graf č. 16	Relativní četnosti pochopení nutnosti občasné relaxace.....	39
Graf č. 17	Procentuální zastoupení u pochopení správného postupu ke zbavení se nachlazení.....	40
Graf č. 18	Procentuální zastoupení při posuzování důvěryhodnosti doktorových slov.....	41
Graf č. 19	Relativní četnosti při posouzení důvěryhodnosti médií z hlediska varování před zdravotními riziky.....	42
Graf č. 20	Procentuální zastoupení posouzení míry pravdivosti rizik kouření.....	43
Graf č. 21	Relativní četnosti posuzování způsobu chování vedoucí k dobrému zdraví.....	44
Graf č. 22	Procentuální zastoupení složitosti v pochopení, jak místo bydliště ovlivňuje zdraví.....	45
Graf č. 23	Relativní četnosti v posouzení, jak je zdraví ovlivněno chováním.....	46
Graf č. 24	Relativní četnosti ve složitosti plnění rodičovských rad vedoucích k uzdravení.....	47
Graf č. 25	Procentuální zastoupení ve složitosti braní léků předepsaným způsobem.....	48
Graf č. 26	Relativní četnosti složitosti při volání RZS v případě pohotovosti.....	49
Graf č. 27	Procentuální četnosti dodržování naučeného dopravního chování.....	50
Graf č. 28	Procentuální zastoupení ve složitosti v rozhodování se, kdy si umýt ruce.....	51
Graf č. 29	Relativní četnosti složitosti zdravého stravování.....	52

Graf č. 30 Procentuální zastoupení ve složitosti posouzení kvality jídla ve školní jídelně.....	53
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Četnostní zastoupení složitosti zotavení se z nachlazení.....	28
Tabulka č. 2	Četnostní zastoupení složitosti vyhledávání informací o nachlazení, bolesti v krku a kašli.....	29
Tabulka č. 3	Četnostní zastoupení u složitosti udržení si ideální váhy.....	30
Tabulka č. 4	Četnostní zastoupení složitosti vyhýbání se nachlazení.....	31
Tabulka č. 5	Četnostní zastoupení možnosti nejlepší relaxace.....	32
Tabulka č. 6	Četnostní zastoupení pochopení optimálnosti jídla.....	33
Tabulka č. 7	Četnosti složitostí brání léků v případě nemoci.....	34
Tabulka č. 8	Četnostní zastoupení složitosti porozumění doktorovým slovům.....	35
Tabulka č. 9	Četnostní zastoupení pochopení nutnosti návštěvy lékaře i bez zdravotních obtíží.....	36
Tabulka č. 10	Četnostní zastoupení pochopení nutnosti očkování.....	37
Tabulka č. 11	Četnostní zastoupení porozumění rodičům v otázce zdraví.....	38
Tabulka č. 12	Četnostní zastoupení pochopení nutnosti občasné relaxace.....	39
Tabulka č. 13	Zastoupení četností u pochopení správného postupu ke zbavení se nachlazení.....	40

Tabulka č. 14 Zastoupení četností při posuzování důvěryhodnosti doktorových slov.....	41
Tabulka č. 15 Četnostní zastoupení posouzení důvěryhodnosti médií z hlediska varování před zdravotními riziky.....	42
Tabulka č. 16 Četnostní zastoupení posouzení míry pravdivosti rizik kouření.....	43
Tabulka č. 17 Četnosti posuzování způsobu chování vedoucí k dobrému zdraví.....	44
Tabulka č. 18 Zastoupení četností v pochopení jak místo bydliště ovlivňuje zdraví.....	45
Tabulka č. 19 Četnostní zastoupení v posouzení, jak je zdraví ovlivněno chováním.....	46
Tabulka č. 20 Zastoupení četností ve složitosti plnění rodičovských rad vedoucí k uzdravení.....	47
Tabulka č. 21 Četnostní zastoupení ve složitosti braní léků předepsaným způsobem.....	48
Tabulka č. 22 Četnostní zastoupení složitosti přivolání RZS v případě pohotovosti.....	49
Tabulka č. 23 Zastoupení četností dodržování naučeného dopravního chování.....	50
Tabulka č. 24 Četnostní zastoupení složitosti v rozhodování se, kdy si umýt ruce.....	51
Tabulka č. 25 Zastoupení četností složitosti zdravého stravování.....	52
Tabulka č. 26 Četnostní zastoupení ve složitosti posouzení kvality jídla ve školní jídelně.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Seznam zkratk

Příloha 2. Dotazník

Příloha 3. Souhlas ředitele školy

Příloha 1. Seznam zkratk

ČR-Česká republika

Etc. - Et cetera (a tak dále)

PET-Pozitronová emisní tomografie

RVP ZV-Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

RZS – Rychlá záchranná služba

ŠVP-Školní vzdělávací program

WHO-World Health Organization

Zdr.-Zdravotní

ZŠ-Základní škola

Příloha 2. Dotazník

Ahoj,

jmenuji se Vojtěch Zatloukal, jsem studentem 3. ročníku oborů Výchova ke zdraví a Český jazyk se zaměřením na vzdělávání. Studuji na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Pomocí tohoto dotazníku realizuji výzkum k mé bakalářské práci na téma Zdravotní gramotnost u žáků staršího věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy.

Tímto bych Tě chtěl požádat o spolupráci a o pečlivé vyplnění dotazníku. Veškeré výsledky jsou anonymní a budou sloužit pouze pro vypracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Tvůj drahocenný čas a spolupráci.

Zdravotní gramotnost je soubor dovedností a schopností porozumět, vyhledávat a používat informace, nástroje a služby, které souvisí se zdravím a díky nimž může jedinec převzít kontrolu nad svým zdravím, konat správná rozhodnutí o svém zdravotním stavu v kontextu každodenního života a podporovat a udržovat své dobré zdraví.

Svou odpověď, prosím, zakroužkuj.

1. Jaké je tvé pohlaví?

Chlapec

Dívka

2. Jaký je tvůj věk?

11-12

13-14

3. Setkal jsi se někdy s pojmem zdravotní gramotnost?

Ano

Ne

4. Pokud jsi na otázku č. 3 odpověděl Ano, kde si se s tímto pojmem setkal?

Ve škole

Od rodičů

Na internetu

Na stupnici 1 (nejlehčí) až 5 (nejtěžší) zakroužkuj, jak je pro tebe složité:

5. Zjistit, jak se rychle zotavit z nachlazení.

1

2

3

4

5

6. Najít informace o nachlazení, bolesti v krku a kašli.

1

2

3

4

5

7. Zjistit, co můžeš udělat pro to, aby sis držel ideální váhu.

1 2 3 4 5

8. Zjistit, jak se můžeš vyhnout nachlazení v zimě.

1 2 3 4 5

9. Zjistit, jak můžeš nejlépe relaxovat.

1 2 3 4 5

10. Zjistit, jaké jídlo je pro tebe zdravé.

1 2 3 4 5

11. Pochopit kdy a jak si vzít lék, když si nemocný.

1 2 3 4 5

12. Rozumět tomu co ti doktor říká.

1 2 3 4 5

13. Pochopit, proč je potřeba navštívit doktora, i když nejsi nemocný.

1 2 3 4 5

14. Pochopit, proč potřebuješ očkování.

1 2 3 4 5

15. Rozumět tomu, co ti o tvém zdraví říkají rodiče.

1 2 3 4 5

16. Pochopit, proč je potřeba čas od času relaxovat.

1 2 3 4 5

17. Posoudit co pomáhá nebo naopak nepomáhá ke zbavení se nachlazení.

1 2 3 4 5

18. Posoudit důvěryhodnost doktorových slov ohledně cest vedoucích k uzdravení.

1 2 3 4 5

19. Posoudit, zda můžeš věřit médiím, když tě varují před riziky pro tvé zdraví.

1 2 3 4 5

20. Posoudit, zda je pravda co se ti může stát, když začneš kouřit.

1 2 3 4 5

21. Posoudit, co ti pomáhá zůstat zdravý a co naopak ne.

1 2 3 4 5

22. Posoudit, jak místo (ulice, čtvrť), kde žiješ ovlivňuje tvoje zdraví.

1 2 3 4 5

23. Posoudit, jak tvoje chování (cvičení, strava) ovlivňuje tvoje zdraví.

1 2 3 4 5

24. Dělat to co ti rodiče říkají, aby ses uzdravil.

1 2 3 4 5

25. Vztít si léky tím způsobem, jakým ti byly předepsány.

1 2 3 4 5

26. Zavolat sanitku v případě pohotovosti.

1 2 3 4 5

27. Držet se toho, co ses naučil o dopravní bezpečnosti.

1 2 3 4 5

28. Rozhodnout se, kdy je potřeba umýt si ruce.

1 2 3 4 5

29. Zdravě se stravovat.

1 2 3 4 5

30. Rozhodnout se, zda jídlo podávané ve školní jídelně je zdravé.

1 2 3 4 5

Příloha 3. Souhlas ředitele školy

Vážený pane řediteli,
vážená paní zástupkyně,

Jmenuji se Vojtěch Zatloukal a studuji 3. ročník bakalářského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a Český jazyk a literatura se zaměřením na vzdělávání. Tento rok píši závěrečnou bakalářskou práci na téma *Zdravotní gramotnost u žáků staršího věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy*. Chtěl bych Vás požádat o povolení k provádění výzkumu na Vaší škole. Tento výzkum je potřebný k mé bakalářské práci.

Jedná se o dotazníkové šetření, ve kterém zjišťuji úroveň zdravotní gramotnosti u žáku staršího školního věku. Dotazníkové šetření je zcela anonymní a výsledky poslouží jen pro výzkum bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za odpověď a v následující odstavci vyplňte Vaše stanovisko (nevhodné škrtněte):

Souhlasím/nesouhlasím, aby se na škole provádělo výzkumné šetření.

Razítko školy a podpis ředitele:

ZÁKLADNÍ ŠKOLA
příspěvkové organizace
Hayrovského 23
779 00 OLOMOUČ

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Vojtěch Zatloukal
Katedra nebo ústav:	KAZ – Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Tereza Sofková, Ph.D
Rok obhajoby:	2023

Název závěrečné práce:	Zdravotní gramotnost u žáků staršího věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy
Název závěrečné práce v angličtině:	Health literacy of secondary school aged pupils at elementary school with extended physical education
Anotace závěrečné práce:	Bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností u žáků staršího školního věku na základní škole s rozšířenou výukou tělesné výchovy. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u žáků. Práce se dělí na 2 části. Teoretická část popisuje odborné poznatky z problematiky zdravotní gramotnosti. Praktická část se věnuje vyhodnocení dotazníkového šetření. Výzkum prokázal dobrou znalost zdravotní gramotnosti, avšak znepokojující byla skutečnost, že vysoký počet žáků se s pojmem nesetkal.
Klíčová slova:	Zdravotní gramotnost, zdraví, starší školní věk, základní škola, dotazníkové šetření, bakalářská práce
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with health literacy among students of older school age in a primary school with extended physical education. The main goal of the thesis was to determine the level of health literacy among students. The thesis is divided into two parts. The theoretical part describes professional knowledge related to health literacy. The practical part is devoted to the evaluation of a questionnaire

	survey. The research showed a good level of health literacy, but the concerning fact was that a high number of students had not encountered the term before.
Klíčová slova v angličtině	Health literacy, health, older school age, elementary school, survey, bachelor thesis
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	67
Jazyk práce:	Čeština