

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Martina Tomečková

Zdravotní gramotnost u dospělých

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené elektronické a bibliografické zdroje.

V Olomouci dne

podpis

Děkuji především vedoucí práce Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za cenné rady, vstřícnost a ochotu při tvorbě diplomové práce, a RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat. Dále chci poděkovat všem respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky. V neposlední řadě děkuji mé rodině, která byla pro mě, po celou dobu mého studia nesmírnou oporou. Děkuji i všem přátelům, za příjemně strávená studentská léta.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Zdravotní gramotnost
Název práce:	Zdravotní gramotnost u dospělých
Název práce v AJ:	Health literacy in adults
Datum zadání:	2016- 01- 28
Datum odevzdání:	2017- 05- 15
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Bc. Tomečková Martina
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Cílem diplomové práce byly deskripce názorů na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti pro dospělou populaci. V teoretických východiscích je uveden přehled nalezených poznatků o zdravotní gramotnosti, její definice, modely a hodnotící nástroje. Dále pak je zde uvedeno zdraví, podpora zdraví a zdravotní výchova, která úzce souvisí se zdravotní gramotností. Poslední teoretická část se zabývá dospělostí, jejími vývojovými teoriemi a dospělé populaci v souvislosti se zdravotní gramotností. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na popis názorů dospělých lidí ke splnitelnosti kompetencí ošetřovatelské péče, neodkladné první pomoci a bezpečného chování. Pro získání údajů byl použit nestandardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti na základě výsledků projektu č. 10557 „Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle jednotlivých věkových kategorií“. Výzkumného šetření se zúčastnilo 185 dospělých jedinců. V diplomové práci jsou uvedeny deskripce názorů jak na splnitelnost, tak i na srozumitelnost a reálnost definovaných kompetencí ZG v oblastech ošetřovatelské péče a neodkladné první pomoci a bezpečného chování. Výzkumné šetření prokázalo signifikantní rozdíl mezi bydlištěm respondentů a názorem na splnitelnost definovaných kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti ošetřovatelské péče.

Abstrakt v AJ:

The goal of this thesis was the description of opinions on feasibility of health literacy competencies for adult populace. In theoretical way-outs there is an overview of found pieces of knowledge about health literacy, its definitions, models and evaluation tools. Furthermore, health, health promotion and health education, which are closely related to health literacy, are mentioned. The last theoretical part deals with adulthood, its developmental theories and adult population in relation to health literacy. The research investigation was focused on description of opinions of adults on fulfilment of competencies in nursing care, emergency first aid and safe behaviour. To obtain the data a non-standardized questionnaire of health literacy was used based on the results of project number 10557 „The health literacy for public by age category”. 185 adult individuals participated in this research investigation. In this thesis there are descriptions of opinions on both the feasibility and on intelligibility and reality of the defined health literacy competencies, in areas of nursing care, emergency first aid and safe behaviour. The research investigation came up with a significant difference between the place of residence and opinion on feasibility of the defined competencies in health literacy in nursing care.

Klíčová slova v ČJ: zdravotní gramotnost, dospělost, zdraví, podpora zdraví, ošetrovatelská péče, první pomoc, bezpečné chování

Klíčová slova v AJ: health literacy, adult, health, health promotion, nursing care, first aid, safe behavior

Rozsah: 97 stran / 6 příloh

Obsah

Úvod	8
1 Popis řešeršní strategie	10
2 Explikace termínu gramotnost a zdravotní gramotnost.....	11
2.1 Zdravotní gramotnost.....	13
2.1.1 Definice zdravotní gramotnosti	14
2.1.2 Konceptuální modely zdravotní gramotnosti	17
2.1.3 Hodnotící nástroje ZG	20
2.2 Zdraví.....	21
2.2.1 Podpora zdraví.....	22
2.2.2 Zdravotní výchova a zdravotní gramotnost.....	24
2.3 Dospělost	25
2.3.1 Vývojové teorie dospělosti	26
2.3.2 Dospělost a ZG	28
2.4 Shrnutí teoretických poznatků	29
3 Metodika výzkumu.....	32
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
3.3 Metoda sběru dat.....	34
3.4 Realizace výzkumu	35
3.5 Metody zpracování dat.....	35
4 Výsledky výzkumného šetření	36
4.1 Demografické údaje respondentů	36
4.2 Výsledky kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	37
4.3 Ověření platnosti hypotéz	42

5	Diskuze.....	49
	Závěr.....	52
	Referenční seznam.....	53
	Seznam použitých symbolů a zkratk	65
	Seznam tabulek.....	66
	Seznam obrázků.....	67
	Seznam příloh.....	68

Úvod

Povědomí o zdravotní gramotnosti je u nás zatím poměrně nízké (Dingová, Jakubcová, 2011, s. 34). Pojem zdravotní gramotnost je vícerozměrný koncept zahrnující řadu kognitivních, citových, sociálních a osobních dovedností (Betterham et al., 2014, s. 1). Zdravotní gramotnost (dále ZG) může být zatím neprobádaným prediktorem zdraví (Heide et al., 2013, s. 1). Celková zdravotní gramotnost označuje znalost lidí, jejich motivaci a schopnost k přístupu, porozumět, hodnotit a použít zdravotnické informace k tomu, aby rozhodovali a přijímali rozhodnutí v každodenním životě, týkající se zdraví a zlepšení kvality života (Altin et al., 2014, s. 1). Zdravotní gramotnost je tedy klíčovým faktorem zdraví v současné společnosti, která je charakterizována bohatými informacemi (Furuya et al., 2013, s. 505). Jelikož se společnost stále vyvíjí a vyžaduje dovednosti pro své fungování, je ZG aktivní a dynamický proces. Je potřeba zastaralé informace neustále nahrazovat novými, aby byl zachován dobrý zdravotní stav populace a informovanost pacientů (Altin et al., 2014, s. 10). Koncept ZG se vyvinul z funkčních dovedností, jako je čtení a porozumění zdravotnickým informacím. Zdravotní gramotnost není omezena jen na schopnost informaci přečíst, ale hlavně pochopit a tak např. postupovat podle rady lékaře, vyhledávat specifické znalosti v oblasti zdraví, umět informaci vyhodnotit, umět se vyvarovat rizik, vyjádřit potřeby a priority svého zdraví (Souza et al., 2014, s. 1). Koncept ZG nemá jen osobní hodnotu pro jednotlivého člověka, ale také je ekonomický a přínosný pro celou společnost. Úroveň vědomostí v oblasti zdraví není podmíněna pouze na dovednostech samotného člověka, ale taktéž na schopnostech zdravotníků, umět sdělit informace tak srozumitelně a přiměřenou formou, aby je člověk dokázal pochopit (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s. 250). Zdravotní gramotnost získává stále větší pozornost ve výzkumném šetření a spolu s rostoucím zájmem o empirické práce, je i větší poptávka po nástrojích určených k měření ZG (Sørensen et al., 2013, s. 1).

Pro orientaci v problematice daného tématu a tvorbu diplomové práce byla prostudována tato vstupní literatura:

Seznam vstupní literatury:

AISIS. 2016. Zdravá abeceda.[online].[cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.zdrava-abeceda.cz/>

HOLČÍK, J. 2010. *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.

ZDRAVÍ 2020. 2014. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ_aktualne/Narodni_strategie_podpory_a_ochrany_zdravi_a_prevence_nemoci_Zdravi_2020_web.pdf

ZDRAVÍ 2020. 2015. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2015, 1-50 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf

Zdravotní gramotnost dospělých. 2016 [online]. 1. Národní síť podpory zdraví, 2016 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/gramotnost_A5_dosp%C4%9BI%C3%AD.pdf

1 Popis rešeršní strategie

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: : zdravotní gramotnost, dospělost, zdraví, podpora zdraví, ošetrovatelská péče, první pomoc, bezpečné chování

Klíčová slova v AJ: health literacy, adult, health, health promotion, nursing care, first aid, safe behavior

Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2000- 2017

Další vyhledávací kritéria:

- Abstrakt v anglickém jazyce
- Články týkající se dané problematiky
- Dostupný plnotext

Databáze: EBSCO, PubMed, ProQuest, Google Scholar

Nalezeno 263 článků

Vyřazovací kritéria:

- Duplicitní články
- Plný text v jiném než anglickém jazyce

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH ČLÁNKŮ

- Databáze EBSCO- 17 článků
- Databáze PubMed- 39 článků
- Databáze ProQuest- 8 článků
- Databáze Google scholar- 12 článků

Pro tvorbu bylo použito celkem 76 článků

2 Explikace termínu gramotnost a zdravotní gramotnost

Termín gramotnost

Abychom přesně pochopili termín ZG, musíme nejprve porozumět samotnému pojmu gramotnost. Být v dnešní době gramotný pojímá více dovedností než jen číst a psát. Gramotnost zahrnuje znalosti, dovednosti, schopnosti a kompetence, které umožňují jednotlivcům kriticky myslet, efektivně komunikovat, řešit změny a problémy v řadě kontextů k tomu, aby dosáhli svých osobních cílů, rozvíjeli znalosti a plně se tak zapojili do společnosti (Orr, Kukner, Timmons, 2014, s. 92). Podle Nutbeama je gramotnost důležitý, ale složitý pojem, který se rozděluje na dva základní prvky. Gramotnost založená na úlohách a gramotnost založená na dovednostech. Klíčovými úkoly gramotnosti je čtení základního textu a napsání prosté věty. Základní báze gramotnosti se tedy zaměřila na takové znalosti a dovednosti pro dospělé, aby mohli tyto úkoly splnit. Tyto dovednosti jsou rozděleny na základní úroveň (jako je rozpoznání slov) a vyšší úroveň (jako je čerpání příslušných závěrů z kontinuálních textů). (Nutbeam, 2009, s. 303). Pojem gramotnost je tedy definován jako schopnost číst, psát, poslouchat, porozumět, mluvit a počítat (Vágvölgyi et al., 2016, s. 2). Gramotnost může být vymezena i jako schopnost chápat, vyhodnocovat a využívat psané texty, které používají lidé za účelem dosažení vlastních cílů pro rozvoj znalostí a schopností. Tyto definice jasně ukazují, že gramotnost není stagnující obor dovedností, ale že se mění a vyvíjí tak, aby se stal efektivnější (Murphy, 2016 s. 3). Společně se šířením a rozvojem vzdělání se gramotnost stala ve vyspělých zemích samozřejmostí a tento pojem dostal mnoho přidavných jmen a celou řadu dalších významů. V dnešní době se můžeme setkat například s gramotností funkční, čtenářskou, matematickou, finanční, jazykovou, sociální, počítačovou a v neposlední řadě i zdravotní. Přirozeně existuje mnoho další variant, ale jedno mají tyto gramotnosti společné (Giannoukos et al., 2017, s. 10). Tato spojení se aplikují tam, kde se nedá vystačit pouze s porozuměním některých pojmů v dané oblasti gramotnosti, ale zároveň je potřeba chápat celému obsahu, jeho souvislostem a možnosti jej prakticky využít v životě (Altmanová et al., 2010 s. 4). Jelikož se společnost s postupem času mění, mění se i gramotnost, ke které se připojují další dovednosti. Chce-li člověk dobře fungovat v 21. století, musí mít širokou škálu kompetencí z různých druhů gramotností. Řešením se stala tzv. funkční gramotnost, která lidem přispívá k tomu, aby porozuměli činnostem každodenního života v dnešní kultuře. Můžeme sem zařadit např. orientaci v různých grafech a tabulkách, vyplnění formulářů, porozumění složitě napsaným článkům, či práci s počítačem (Vágvölgyi

et al., 2016, s. 2). Özenç a Doğan definují funkční gramotnost jako schopnost jedince účastnit se na významných aktivitách v profesní, sociální, politické a kulturní oblasti (Özenç, Doğan, 2014, s. 2250).

V opačném významu se můžeme setkat i se slovem negramotnost neboli analfabetismus. Člověk, který je negramotný nedokáže číst a psát, a je tedy považován za jedince s velmi nízkým stupněm gramotnosti. V minulosti se považoval za negramotného člověka jen ten, kdo neuměl číst, psát a počítat. Avšak v dnešní době za gramotného nemůžeme považovat takového jedince, který tyto dovednosti ovládá, protože gramotnost nabyla větších rozměrů a tím i větší působnosti pro člověka (Wångdahl et al, 2015, s. 2). Jedinec, který má nízkou nebo omezenou gramotnost není negramotný. Schopnost zdravotní gramotnosti však může mít člověk horší, než jeho obecné dovednosti gramotnosti (Ngoh, 2009, s. 48).

Termín zdravotní gramotnost

Přestože se dnes jedná o pojem docela nový, tak původ zdravotní gramotnosti hledejme ve výchově. Lidé v dobách minulých zjišťovali různé možnosti a způsoby, jak by své zdraví mohli ovlivnit. Jednalo se především o osvědčené metody, které se dědily z generace na generaci a které se dochovaly dodnes. Postupem doby se začaly vyvíjet různé programy, které měly za úkol šířit informace o zdraví, ale zjistilo se, že o tyto informace stojí jen vyšší sociální třída lidí. Bylo proto nezbytné tyto programy upravit, aby byly dostupné veškeré široké veřejnosti. Začaly se tedy používat v obvyklém vzdělávacím procesu tak, aby celá veřejnost dokázala porozumět, rozvíjet a provádět odpovídající rozhodnutí související se zdravím (Holčík, 2010, s. 151). Termín zdravotní gramotnost (ZG), byl poprvé použit Simondsem, v roce 1974 na konferenci o zdravotní výchově, kde se diskutovalo o problémech v oblasti zdraví (Osborne, Beauchamp, Batterham, 2015, s. 101). Pojetí zdravotní gramotnosti se však výrazně lišilo od dnešního vymezení tohoto pojmu. Od této doby narostl zájem o tuto gramotnost a začaly se vytvářet různé definice a měřicí škály. Týmy odborníků postupem času začaly zkoumat různorodé účinky ZG na civilizaci v oblasti péče o zdraví (Frisch et al., 2012, s. 117). Původně měla být ZG zaměřena výhradně jen na zdravotní péči a nebyla využívána k tomu, aby připravila člověka na psané texty a čísla v lékařských zprávách. Přesto se v průběhu let rozšířila tak, aby jedinec pochopil i složitější informace v písemných spisech o zdraví, komunikoval se zdravotníky o svém zdravotním stavu a porozuměl zdravotním instrukcím (Broucke, 2014, s. 1). Protože se společnost neustále vyvíjí a potřebuje dovednosti pro své fungování, je zdravotní gramotnost aktivní a dynamický proces. Občané

tedy musí zastaralé informace neustále nahrazovat novými, aby byl zachován dobrý zdravotní stav populace a informovanost pacientů (Altin et al., 2014, s. 10). Zdravotní gramotnost má být součástí všeobecné gramotnosti za účelem docílit zdravotního potenciálu, kterého může člověk dosáhnout svou aktivitou v podmínkách vytvořených společnostmi. ZG zahrnuje také schopnost zjistit osobní údaje poskytovateli zdravotní péče, pochopit složitou slovní zásobu týkající se konkrétních onemocnění, provádět režimové opatření v péči o sebe sama a orientovat se v systému zdravotní péče (Evangelista et al., 2010, s. 2). Koncept ZG získává stále větší pozornost ve výzkumu a spolu s rostoucím zájmem o empirické práce, je i větší poptávka po nástrojích určených k měření ZG (Sørensen, Brand, 2013, s. 1).

2.1 Zdravotní gramotnost

Poslední dobou se ZG dostává do podvědomí veřejnosti. Měli bychom ji považovat za primární výbavu pro každého jedince, a tím i nezbytně nutnou součást naší cesty ke zdraví. Je nutno učit se jak být zdravotně gramotným občanem již od brzkého mládí, abychom se správně naučili, jak pečovat o svůj zdravotní stav. Důležitým aspektem je tedy rozvoj ZG, která napomáhá ke zkvalitnění a udržení dobrého zdravotního stavu populace. Na místě je proto šíření a rozvoj zdravotní gramotnosti, a tím pak i zlepšení kvality zdraví. Jestliže je zájem o ZG u občanů nízký, způsobí to vyšší výskyt nemocných, zvýšení případů chronicky nemocných jedinců, ztrátu financí ve zdravotním systému a celkové zhoršení zdravotního stavu celé populace. Záleží však na každém člověku, jakou mírou se zdravotně vzdělává a jak je pro něj zdraví důležité a hodlá s ním naložit (Schilinger et al., 2002, s. 475-476). Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví (Zdraví 2020, 2015, s. 4). O zdravotním stavu a délce života rozhoduje do jisté míry životní styl a péče o zdraví každého člověka. Kromě vnitřní inspirace musí mít uživatel zdravotního systému základní platné znalosti a dovednosti, které mu poslouží k odpovídající orientaci a rozhodnutí se, v rozsahu jeho odpovědnosti na zdraví. Proto je potřebné nazvat a podporovat tyto dovednosti. To vše zahrnuje zdravotní gramotnost, která jedinci pomáhá najít, porozumět, vyhodnotit a dále pak použít zdravotní informace v určitých životních okolnostech (Janovská, 2017, s. 24).

Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti je popsáno v projektu zdravotní gramotnost u dospělých, v rozmezí od 25 do 65 let, kde autoři vycházeli z modelu Světové zdravotnické organizace (WHO), a rozdělili jej na tři oblasti:

- Oblast podpory zdraví, do které spadají kompetence životního stylu (výživa, tělesné aktivity, denního režimu, duševní pohody, návykové chování) a péče o prostředí (domácnost, instituce, veřejný prostor)
- Oblast prevence nemocí, kam patří kompetence jako základní hygiena, prevence infekčních nemocí, úrazů a neinfekčních nemocí, ale také přístup k medicíně založené na důkazech.
- Oblast zdravotní péče, která zahrnuje kompetence ošetrovatelské péče (rozpoznání příznaků poruchy zdraví, svépomoc a pomoc při poruše zdraví, dodržování léčebného režimu) a neodkladné první pomoci a bezpečného chování (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016, s. 4).

Pro úspěšné využití zdravotní gramotnosti v aktivitách každodenního života jedinců, lze uplatnit postup: Chci- Umím- Mohu

- Chci- motivace orientuje naše jednání a počínání k dopracování se konkrétního cíle. Vnitřní motivace je potřebná v každém věkovém období jedince.
- Umím- jedinec musí mít kromě motivace i základní znalosti, které budou přiměřené jeho věku a uspokojivé pro odpovídající rozhodování v mezích jeho odpovědnosti. Žádoucí informace by měl umět jedinec hledat, chápat a akceptovat a použít je v konkrétních situacích. Nezbytnou složkou je následná dovednost jednat dle těchto informací a poznatků v aktivitách každodenního života jedince.
- Mohu- vytvoření potřebných podmínek pro to, aby jedinec byl schopen své nabyté vědomosti, způsobilosti a zájmy využít v každodenním životě, závisí na mnoha faktorech, z kterých jde jen část ovlivnit a zajistit jím samotným (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016, s. 4).

2.1.1 Definice zdravotní gramotnosti

Existuje mnoho definic (tabulka 1., Sørensen et al., 2012, s. 4), jak porozumět termínu zdravotní gramotnost. ZG může být popsána jako snaha jedince získávat a zpracovávat základní informace v oblasti zdravotnictví a tyto poznatky posléze využívat k odpovídajícímu řešení zdraví u člověka, ale i u veškeré populace (Altin et al., 2014, s. 1). Být zdravotně gramotným neznamená schopnost přečíst informace na dané zdravotní téma. Vyžaduje to více

činností, kterými jsou např.: poslech, vyhledání ověřených a platných informací aj., které pak dále jedinec aplikuje na situace, kterých se týkají. Zlepšením přístupu občanů ke zdravotním informacím, a dále pak tyto získaná data využít účinně, je klíčovým posílením zdravotní gramotnosti (Kickbusch et al., 2013, s. 7). Zdravotní gramotnost je tedy kompozitní termín, který slouží k popisu dovedností jedince plnit složité požadavky související se zdravím v moderní společnosti. Představuje kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a dovednosti jedince získat, chápat a použít informace, které podporují a udržují dobré zdraví (Sørensen et al., 2013, s. 1).

Sørensen vycházela z 19 publikací, které se zaměřily konkrétně na definice zdravotní gramotnosti, a jsou nejvíce používány v odborné literatuře. Společným rysem těchto definic je zaměření se na individuální schopnosti člověka získat, zpracovat a porozumět zdravotním informacím a službám, které jsou potřebné k přijetí vhodných rozhodnutí v oblasti zdraví.

Tabulka 1- Přehled definic ZG

WHO (1998)	Kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců k získání, porozumění a užití informací způsoby, které podporují a udržují dobré zdraví.
American Medical Association (1999)	Konstelace dovedností, zahrnující schopnost vykonat základní čtecí a počítací úkony potřebné pro fungování v zdravotnickém prostředí.
Nutbeam (2000)	Osobní, kognitivní a sociální dovednosti, které určují schopnost jednotlivců k získání, porozumění a užití informací k podpoře a udržení dobrého zdraví.
Institute of Medicine (2004)	Kapacita jednotlivce pro získání, zpracování a porozumění základním zdravotním informacím a službám potřebným ke správnému rozhodování ohledně zdraví.
Kickbusch, Wait and Maag (2005)	Schopnost dělat správná rozhodnutí ohledně zdraví v kontextu každodenního života doma, v komunitě, v práci, zdravotního systému, obchodu a politické sféry. Je to rozhodující zplnomocňující strategie, která zvyšuje lidskou kontrolu nad svým zdravím, jejich schopností vyhledat informace a jejich schopností nést zodpovědnost.
Zarcadoolas, Pleasant and Greer (2003,	Široká škála dovedností a způsobilostí, které

2005, 2006)	si lidé vypěstují pro vyhledání, porozumění, zhodnocení a užití zdravotních informací a konceptů pro děláni informovaných rozhodnutí, redukci zdravotních rizik a zvýšení kvality života.
Paasche-Orlow and Wolf (2006)	Vlastnictví nutných dovedností pro děláni se zdravím spojených rozhodnutí, což znamená, že zdravotní gramotnost musí být vždy zkoumána v kontextu specifických úkolů, které je potřeba zvládnout. Důležitost kontextuálního smyslu zdravotní gramotnosti musí být zdůrazněna.
EU (2007)	Schopnost číst, třídít a pochopit zdravotní informace pro formování správných rozhodnutí.
Pavlekovic (2008)	Kapacita získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím a službám, a způsobilost k užití těchto informací k podpoře zdraví.
Rootman and Gordon-Elbihbety (2008)	Schopnost získat, porozumět, zhodnotit a předat informace jako způsob podpory, udržení a zlepšení zdraví v mnoha prostředích během života.
Ishikawa and Yano (2008)	Vědomosti, schopnosti a dovednosti, které přísluší interakcím ve zdravotnickém systému.
Mancuso (2008)	Proces, který se vyvíjí v průběhu života jednotlivce a zahrnuje vlastnosti jako kapacita, porozumění a komunikace. Vlastnosti zdravotní gramotnosti předcházejí a jsou zahrnuty v dovednostech, strategiích a schopnostech vložených v kompetencích potřebných pro udržení zdravotní gramotnosti.
Australian Bureau of Statistics (2008)	Znalosti a schopnosti potřebné k porozumění a užití informací spojených se zdravotními problémy jako jsou drogy, alkohol, prevence nemocí a jejich léčba, bezpečnost a předcházení úrazů, první pomoc a udržení zdraví.
Yost et al. (2009)	Stupeň, ke kterému jednotlivci mají kapacitu číst a porozumět tištěným medicínským dokumentům, identifikovat a interpretovat informace prezentované v grafickém formátu (tabulky, grafy, schémata) a vykonávat aritmetické operace pro děláni vhodných zdravotních rozhodnutí.
Adams et al. (2009)	Schopnost rozumět a interpretovat smysl zdravotních informací v psané, mluvené či

	digitální podobě a jak jsou lidé motivováni k přijetí či nepřijetí akcí spojených se zdravím.
Adkins et al. (2009)	Schopnost odvodit smysl z různých forem komunikace užitím škály dovedností k dosažení zdravotních cílů.
Freedman et al. (2009)	Stupeň, ke kterému jednotlivci či skupiny mohou získat, zpracovat, pochopit, vyhodnotit a jednat na základě informací potřebných pro děláni veřejných zdravotních rozhodnutí, která prospívají komunitě.

(Sørensen et al., 2012, s. 4)

2.1.2 Konceptuální modely zdravotní gramotnosti

Modely slouží jako pomůcka pro jednodušší sdělení hlavních složek ZG, snadnější uvědomění úrovní a lepší porozumění flexibilních vazeb mezi nimi (Sørensen et al., 2012, s. 4). Nejvyžívanějším modelem pro rozdělení ZG gramotnosti je model třístupňový. Tento model dělí zdravotní gramotnost podle struktury, podle návaznosti na jiné odborné termíny a taktéž se věnuje výzkumům měření a vyhodnocení zdravotní gramotnosti (Peerson, Saunders, 2009, s. 288). Nutbeam byl první, kdo vytvořil tento třístupňový model ZG, který kromě funkční zdravotní gramotnosti obsahuje také interaktivní a kritickou zdravotní gramotnost (Krause et al., 2016, s. 2). Interaktivní ZG přidává k funkční úrovni osobnostní schopnost, extrahovat informaci a odvodit smysl z rozličných forem komunikace. Kritická ZG podněcuje pacientovu schopnost analyzovat informaci a tuto analýzu použít k nabytí kontroly nad životními událostmi a situacemi. Obě dimenze podněcují dovednosti, které dovolí osobě odvodit smysl z dostupných informací a použít tyto získané vědomosti k větší kontrole a odpovědnosti za své zdraví (Sykes et al. 2013, s. 1, 2).

Podle Krause je prototypickým modelem ZG ten od Nutbeama, který ho rozděluje na tři typologie zdravotní gramotnosti:

- Funkční zdravotní gramotnost- znamená základní dovednosti ve čtení a psaní, které jsou nezbytné pro efektivní fungování v každodenních situacích. Spočívá v rozšíření a zlepšení vědomostí lidí o rizikových faktorech, a dodržování předepsaných opatření. Funkčně zdravotně gramotný je ten, kdo si informace o zdraví umí vyhledat a řídit se podle nich.
- Interaktivní zdravotní gramotnost- znamená vyspělejší kognitivní schopnosti, které spolu se sociálními dovednostmi, mohou být použity k aktivnější účasti

v každodenním životě. Cílem je získávat informace, které mohou být aplikovány na měnící se okolnosti života. Spočívá v upevnění motivace a odpovědnosti.

- Kritická zdravotní gramotnost- je to nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti. Občané v této fázi gramotnosti, mají kreativní přístup k problematice zdraví a to nejen vlastního, ale i zdraví celé populace. Jedná se o schopnost hodnotit zdravotní význam lidské činnosti v širším kontextu a konat podle toho. Cílem je vytvořit zdravotně příhodné sociální prostředí. Tato zdravotní gramotnost je dlouhodobá, možná i celoživotní mise (Krause et al., 2016, s. 2).

Tato typologie poukazuje na to, že různé úrovně zdravotní gramotnosti představují možnost větší nezávislosti člověka. I když se můžeme domnívat, že nejdůležitější je třetí úroveň, musíme mít na vědomí, že je vhodné rozvíjet všechny úrovně. Významné je však prohlubovat zájem i dovednosti lidí a společenství ujmout se odpovědnosti za zdraví nás všech (Sørensen et al., 2012, s. 4).

K dalším konceptuálním modelům lze přiřadit i model od Freedmana, který identifikuje tři rozměry veřejné ZG, z nichž každá zahrnuje odpovídající kompetence.

- Koncepční základy- zahrnují základní znalosti a informace potřebné k pochopení veřejného zdraví. Jednotlivci i skupiny by měli být schopni diskutovat o konceptech veřejného zdraví.
- Kritické dovednosti- zahrnují schopnosti potřebné k získání, zpracování a vyhodnocení informací o veřejném zdraví, které jsou nutné k tomu, aby občané činili rozhodnutí, prospívající společnosti.
- Občanská orientace- zahrnuje dovednosti a prostředky potřebné k řešení zdravotních problémů prostřednictvím občanské angažovanosti (Freedman et al., 2009, s. 448).

Jiný konceptuální model ZG, který uvádí Sørensen vytvořil Mancuso, který zdůrazňuje, že zdravotní gramotnost je proces, který se vyvíjí po celý náš život. Atributy modelu ZG jsou dovednosti, porozumění a komunikace. Model proto rozdělil následovně:

- K dovednostem, které souvisí se zdravotní gramotností, zařadil shromažďování, analýzu a vyhodnocování kvalitních informací o zdraví. Za nezbytné dovednosti považuje i znalost jazyka, sociální schopnosti a

numerické znalosti, které jsou nutné pro správnou orientaci v systému zdravotní péče.

- Porozumění popsal jako složitý proces, založený na interakci logiky a jazyka, který má zásadní význam na interpretaci nesčetného množství informací, které mají moderní pacienti k dispozici. Např.: návod k použití, informované souhlasy, edukační materiály apod.
- Komunikace vysvětlil jako tok myšlenek, vzkazů a informací, které jsou vyměňovány pomocí řeči, signálů, psaní nebo chování. Sdělení zahrnuje vstupy, dekódování, kódování výstupů a zpětnou vazbu. Mezi podstatné komunikační dovednosti patří pochopení čteného slova, zprostředkování myšlenek v písemné formě, předávání srozumitelných informací aj. (Sørensen et al, 2012, s. 5,7).

Následující konceptuální model zdravotní gramotnosti obsahuje tři dimenze zdravotnických informací a skládá se z:

- Osobní zdravotní dimenze - jsou to informace, které napomáhají k ochraně a posilování zdraví člověka.
- Zdravotnické dimenze - jsou informace, týkající se zvyšování kvality a hospodárnosti zdravotnických služeb. Tyto informace jsou určeny pro jedince pohybující se ve zdravotnictví.
- Populační dimenze - jsou informace, které jsou určeny pro širokou veřejnost. Obsahují data o zdravotním stavu populace, determinantách zdraví, způsoby jak zdravotní stav zlepšit aj. (Detmer, 2003, s. 3). Je však patrné, že předložené dimenze se navzájem ovlivňují v souvislostech každodenního života (obrázek 1, National Committee on Vital and Health Statistics, 2001, s. 77).



Obrázek 1-Rozdělení zdravotnických informací

(National Committee on Vital and Health Statistics, 2001, s. 77)

2.1.3 Hodnotící nástroje ZG

K měření ZG bylo vyvinuto mnoho standardizovaných instrumentů (Olecká, Ivanová, 2016, s. 495). Platné a spolehlivé měření výše ZG u lidí má zásadní význam na zdraví celé populace. Nejznámějším nástrojem je REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně), který spočívá v přečtení a vyslovení 66 pojmů týkajících se zdravotnictví (Maat et al., 2014, s. 2). Druhým nejznámějším nástrojem je TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults- Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých), který se skládá ze 17 položek numerické dovednosti a 50 položek čteného textu (Smith et al., 2015, s. 2). Oba tyto testy byly vyvinuty v roce 1990 a zjišťují u lidí funkční zdravotní gramotnost, tedy schopnost správně interpretovat texty se zdravotním a medicínským obsahem (Guzys et al., 2015, s. 3). Nastává však otázka, jestli tento způsob skutečně změří to, jak správně nakládat se zdravotně významnými informacemi, jelikož oba tyto nástroje mají nevýhody v použití v oblasti výzkumu a praxe. Délka potřebná pro vyplnění nástroje TOFHLA se pohybuje okolo 22 minut a více, což je nevýhodou. Nástroj REALM se může vyplnit o něco rychleji, uvádí se 3 minuty, ale na rozdíl od TOFHLA se nemusí v instrumentu rozumět textu a počítat (Rowlands et al., 2013, s. 2). Dalším nástrojem je NVS (Newest Vital Sign), který byl vyvinut ve Spojených státech o 10 let později než TOFHLA. Tento instrument ověřuje jak čtenářské, tak i matematické dovednosti lidí v gramotnosti. Obsahuje pouze 6 otázek pro zjištění schopnosti

respondenta, vyhodnotit z textu o nutričních hodnotách informace, které následně může aplikovat do svého zdraví (Guzys et al., 2015, s. 3). Délka potřebná pro vyplnění jsou 3 minuty, a test přesně předpovídá úroveň zdravotní gramotnosti ve srovnání s o něco delším TOFHLA (Rowlands et al., 2013, s. 2). Následující nástroj pro měření zdravotní gramotnosti se jmenuje HLQ (Health Literacy Questionnaire- Dotazník zdravotní gramotnosti) a posuzuje 9 ukazatelů ZG, které odrážejí zkušenosti lidí v porozumění a využívání informací o zdraví (Batterham et al., 2014, s. 2). Další nástroj se nazývá HLS-EU-Q (The European Health Literacy Survey Questionnaire- Evropský dotazník zdravotní gramotnosti), a byl vyvinut pro měření a porovnání zdravotní gramotnosti v populacích vybraných zemí Evropy. Tento nástroj se liší od většiny jiných nástrojů pro posuzování ZG, jelikož neposuzuje pouze jedince ale rovnou celou populaci. Nástroj obsahuje 47 položek, které souvisí se zdravotní gramotností (Heide et al., 2013, s. 2). Dotazník byl založený na definici a modelech ZG, a měří ZG ve třech oblastech (zdravotní péče, prevence chorob a podpora zdraví) a ve čtyřech stupních pro zpracování informací (přístup, pochopení, vyhodnocení a aplikování). (Sorensen et al., 2013, s. 2).

2.2 Zdraví

Pojem zdraví je vnímán jako ucelený koncept, který může být objasněn z objektivního i subjektivního posuzování. Zdraví je definováno podle WHO (1948), jako stav úplné fyzické, sociální a duševní pohody a nikoli pouze nepřítomnosti nemoci, nebo vady. Zdraví je považováno za základní lidské právo, a odpovídajícím způsobem by všichni lidé měli mít přístup k základním zdrojům pro zdraví (Huber et al., 2011, s. 1). Avšak i definice dle WHO má své limity, především pro formulaci „úplný stav pohody“, a nepřítomnosti duchovního a morálního rozměru zdraví. Proto roku 1977, Světové zdravotnické shromáždění definovalo zdraví jako, schopnost mít sociálně- ekonomický produktivní život. Touto definicí začalo být zdraví považováno jako prostředek k vyrovnanému vývoji života (Newman et al., 2015, s. 127). Zdraví je zapotřebí vnímat jako dynamický proces, který je nedílně spojen s věkem, sociálním prostředím, kulturou a charakteristickými vlastnostmi člověka. Z části je také ovlivňováno genetikou, psychickou a spirituální stránkou jedince v interakci s externími faktory. Genetika a osobní potenciál člověka mají vliv na zdraví současně, a nejde je bezprostředně oddělit. Zdraví je vázáno na činnost těchto složek a jeho povaha se může během života měnit vlivem činnosti lidského organismu (Olišarová, Tóthová, Brabcová, 2014, s. 6).

Svoji úlohu v tomto pojetí mají determinanty zdraví, s nimiž je spjata definice normálního fungování, které se mohou právě v závislosti na těchto faktorech měnit (Olišarová, Tóthová, Brabcová, 2014, s. 5-6). Pojem determinanty zdraví se užívá pro označení příčin a podmínek, které jistým způsobem upevňují a podporují zdraví, nebo ho naopak mohou rozvracet. Dnešní přístup je multifaktoriální, protože se vyskytují různé ovlivnitelné i neovlivnitelné předpoklady a příčiny zdraví a nemoci. Působí jak nepříznivě, tak příznivě, a navíc jsou v oboustranné interakci. V konečném výsledku ovlivňují pocit životní pohody a spokojenosti, celkový zdravotní stav, délku i kvalitu života člověka a současně i celé populace (Braveman, Gruskin, 2003, s. 254). Ve zdraví každého člověka, ale i celého obyvatelstva se zrcadlí celá škála determinant rozlišných charakterů. Všeobecně lze determinanty rozdělit do čtyř základních typů jako je, genetický základ, životní prostředí, zdravotnický systém a životní styl. Determinanty zdraví se vzájemně ovlivňují, zároveň však souvisí s dalšími podmínkami života (věk, pohlaví). Nejvýznamnější determinantou ovlivňující zdraví jedince pozitivní, nebo negativní formou je životní styl (Ritsatakis, 2012, s. 93).

2.2.1 Podpora zdraví

Hlavní myšlenkou světové zdravotnické organizace (WHO), v 70. letech minulého století bylo, aby vlády pozměnily své pravomoce v oblasti péče o zdraví, a aby vyzvedly důležitost podpory a prevence zdraví, a všechny komponenty systému péče o zdraví. Byl kladen důraz především na osvětlování pojmu zdraví, jeho význam pro celou širokou veřejnost a determinanty zdraví. Tímto krokem vzniklo tzv. Health Promotion (HP)- podpora zdraví, jenž má za účel vést jedince k tomu, aby pochopil zdraví jako součást vyváženého vývoje člověka (Robinson- Pant, 2016, s. 7). HP se stala složkou zdravotnických programů, které vyžadovaly spolupráci s celým světem. V roce 1986 se tak stalo na mezinárodní konferenci v kanadské Ottawě, kde byla přijata Ottawská charta podpory zdraví. Tato charta definuje podporu zdraví jako děj, pomáhající zlepšit lidem své zdraví a zvýšit nad ním dohled. Touto větou jsou vyjádřeny základní prvky podpory zdraví, kterými jsou jednak zvýšení aktivity a zvýšení zodpovědnosti kteréhokoliv člověka ke svému zdraví (Kickbush, 2003, s. 383). Podpora zdraví je pojem, který byl zpočátku spojen se zdravotní výchovou. Tento termín se utvářel pod vlivem poznatků, že zdraví není jenom individuální, ale je i společenskou hodnotou a péče není jen otázkou zdravotnictví, ale je i objektem zájmu všech sociálních soustav. Podpora zdraví začala vznikat jako odpověď na:

- Nízkou efektivitu klasických postupů zdravotní výchovy
- Zvýšení nesouhlasu s existující zdravotní péčí
- Nárůst chronických neinfekčních onemocnění
- Vzestup behaviorálních věd, a uplatnění poznatků v medicíně
- Rozvoj svépomocných hnutí a občanských aktivit (Nutbeam et al., 2015, s. 271)

Podpora zdraví je komplex aktivit, které pomáhají jedincům podporovat a zkvalitňovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví. Obsahuje činnosti k zajištění žádoucích sociálních, ekonomických a environmentálních předpokladů pro růst zdraví. Vztahuje se na aktivity fyzických osob, jednání státu a dalších složek společnosti (Zdraví 2020, 2014, s. 12). Nynější pochopení zdraví, pokládá celkové zdraví člověka za důsledek vzájemných vztahů mezi zdravím tělesným, duševním, sociálním a spirituálním. Kvalitnějšího zdraví je možno dosáhnout vlivem kvalitnější podpory a upevňování zdraví, preventivních, diagnostických a terapeutických procesů, ale i větším přijetím osobní odpovědnosti za své zdraví, i s navýšením dohledu nad vývojem zdravotního stavu a vyzdvižením ovlivnitelných determinant zdraví (Sørensen et al, 2013, s. 3).

S podporou zdraví souvisí i zdravotní gramotnost. Poslední dobou se dostává ZG více do podvědomí veřejnosti. Měla by být považována za primární výbavu pro každého člověka. Proto je zapotřebí se ZG učit již od brzkého mládí, abychom ji přijali a poté správně pečovali o zdravotní stav. Je za potřebí rozvoj ZG, aby napomohla ke zkvalitnění a udržení dobrého zdravotního stavu populace. Na místě je proto šíření a rozvoj zdravotní gramotnosti, a tím pak i zlepšení kvality zdraví. Jestliže je zájem o ZG u občanů nízký, způsobí to vyšší výskyt nemocných, zvýšení případů chronicky nemocných jedinců, ztrátu financí ve zdravotním systému a celkové zhoršení zdravotního stavu celé populace. Záleží však na každém člověku, jakou mírou se zdravotně vzdělává a jak je pro něj zdraví důležité a hodlá s ním naložit (Schilinger et al., 2002, s. 475-476). Pokud se v budoucnostilepší zdraví lidí vlivem zdravotní gramotnosti, bude to znamenat celkový úbytek osob v nemocničních zařízeních. Lidé budou znát důležitost preventivních prohlídek a dodržování zdravého životního stylu. Obeznámí se s tím, co se dá zvládnout ještě svépomocí a kdy je už v případě nutnosti potřeba vyhledat lékaře. Zdravotnictví se tak soustředí jen na akutní stavy (Beauchamp et al., 2015, s. 2).

2.2.2 Zdravotní výchova a zdravotní gramotnost

Dle WHO je zdravotní výchova definována jako vědomě vytvořené příležitosti pro učení, obsahující formu komunikace navrženou pro zlepšení znalostí a vývoj životních dovedností, které jsou přínosem ke zdraví jednotlivce, nebo skupiny. Nejde jen o rozšiřování informací, ale také o podporování motivace, dovedností a sebejistoty nezbytné pro konání věcí ke zlepšení zdraví a také získávání informací, které se týkají základních sociálních, ekonomických a environmentálních stavů ovlivňujících zdraví a jednotlivé rizikové faktory zdraví. Smysl zdravotní výchovy není tudíž jen ve zvyšování informovanosti o osobním zdravotním chování, ale také vytváření dovedností, které napomohou určit sociální, ekonomické a environmentální determinanty zdraví (WHO, 2012, s. 13). Podle Sarwara, jde o shrnutí výchovně- vzdělávacích aktivit, které se zaměřují na bio-psycho-sociální vývoj člověka s úmyslem napomáhat zlepšení zdraví, jednotlivců, skupin i celé společnosti. Výchova ke zdraví může být také definována jako princip, kterým se jednotlivci a skupiny učí chovat takovým způsobem, který vede k podpoře, udržení, nebo obnově zdraví. Zdravotní výchova přináší lidem vědomosti, schopnosti a návyky. Je významnou složkou podpory zdraví. Zaobírá se především nasměrováním populace ke správnému životnímu stylu a ke změně v chování, které je potřebné ke zdraví jedinců a skupin. Výchova ke zdraví je nepostradatelnou složkou edukace pacientů v prevenci onemocnění. Existují různé metody, které jsou pak dále použity tak, aby je pochopily veškeré věkové skupiny lidí. Na zdravotní výchově se účastní skoro všechny obory zdravotnických profesionálů, ale také laici (Sarwar et al., 2015, s. 2).

Výchova ke zdraví obsahuje tyto cíle:

- Výchova ke zdraví zvyšuje motivaci lidí a podporuje takové chování, které poskytuje přiměřené znalosti, a tím pomáhá vytvářet pozitivní postoj k přivlastnění zdraví.
- Výchova ke zdraví se také snaží pomoci lidem při nabytí nezbytné sebejistoty u rozhodování se o svém zdraví, a tyto dovednosti převést do praxe (Sarwar et al., 2015, s. 2).

Zdravotní výchova je jednou ze základních metod rozvoje ZG. Zdravotní gramotnost je součástí výchovy každého člověka a zásluhou moderní medicíny začala zdravotní výchova vzrůstat a napomohlo se tak k zlepšení péče o celkové zdraví populace. ZG by měla být složkou všech forem výchovy a vzdělávání, a to nejen na školách, ale i v celoživotním

vzdělávání, odborné přípravě zdravotnických pracovníků, a také i novinářů, politiků a jiných cílových skupin obyvatel (Zdraví 2020, 2015, s. 5).

Navzdory tomu, že je zdravotní edukace dominantou všeobecných sester, postrádá ošetrovatelství vědomosti o problematice ZG. Všeobecné sestry nevěnují dostatek pozornosti zdravotní gramotnosti, a nejsou si vědomy, jakou schopnost má tato gramotnost ovlivnit zdraví celé populace (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s. 251). Zdravotně gramotný by měl být tedy i veškerý zdravotnický personál. Důležitá je správná komunikace a tím i přenos informací pacientům. Mnohdy se stává, že pacient nerozumí medicínské terminologii, nebo je zahlcen informacemi, kterým nerozumí. Vyšší úroveň zdravotní gramotnosti znamená pro pacienta i větší úsilí o zapojení se do rozhodování o své léčbě (Parker, 2000, s. 279). Většina informací sloužící jako vzdělávací materiál určený pro pacienty, je vedena v příliš složitém jazyce pro průměrného dospělého člověka, aby je pochopil. Tento nesoulad je jednou z příčin nedodržení dané informace. Přibližně jedna třetina pacientů a dvě třetiny lékařů zná někoho, kdo má zdravotní problémy, protože neporozuměli např. jak vzít léky podle předpisu. Přitom efektivní komunikace pokaždé, kdy jsou léky vydávány, může snížit riziko zdravotního problému. Jedinci s nízkou ZG jsou znevýhodněni ve své schopnosti získávat, zpracovávat a pochopit jak písemné, tak i verbálně předané informace. To znemožňuje komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Ngoh, 2009, s. 48).

2.3 Dospělost

Dospělost je období lidského života, ve kterém bylo dosaženo plné fyzické a duševní vyspělosti. Toto období nemůžeme považovat za ucelené životní období, i když se jedná o bezmála čtyřicet let. Pojem dospělost představuje etapu života mezi mladým věkem a stářím. V této éře se už nekonají takové revoluční změny, jako tomu je v jiných etapách života. Dospělost může být rozdělena na několik po sobě nadcházejících úseků. Nejčastější rozdělení dospělosti je na mladou (20-30 let), střední (do 45 let) a pozdní dospělost (do 65 let). Časná a střední dospělost je specifická pomalými a postupnými poklesy fungování těla, které spějí ke stárnutí (Royle, 2015, s. 33). Svalová hmota se zvyšuje až do poloviny dvacátého roku života a poté se postupně snižuje. Kosti se vyvíjejí až do třicátého věku života, a pak začnou stárnout. Nejprve v centrálním skeletu (páneve, páteř) a naposledy v periférii (prsty rukou a nohou). V průběhu celého života dochází k postupnému ukládání cholesterolu v tepnách, a

srdeční sval nakonec slábne i v případě absence detekovaného onemocnění. Výroba mužských i ženských hormonů klesá s přibývajícím věkem, i když tento fakt nepřímo souvisí s postupným snižováním sexuální aktivity, která nastává u obou pohlaví mezi dvacátým až šedesátým rokem života. Existují jasné důkazy o tom, že se zvyšujícím se věkem mají dospělí velmi pozvolný sklon ke snížení rychlosti při výkonu intelektuálních i fyzických úkolů. Tento proces nemusí nutně znamenat změny v učení, paměti, nebo jiných intelektuálních funkcích (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 170).

Legislativa vymezuje dospělého člověka, jako jedince, který dokončil školu a nastoupil na trh práce. Ústava dále rozlišuje dospělost na pasivní (18 let), a aktivní (21 let). V minulosti se za dospělého člověka považoval ten, kdo se odstěhoval od rodičů, ukončil střední školu, nastoupil do práce, uzavřel sňatek a měl děti. V dnešní době se však jen málo lidí cítí v tomto věku být dospělými. Většina lidí si mládí prodlužuje vzděláním, déle žijí s rodiči a pohybují se váhavě podél odrazových můstků k dospělosti. Tato nová generace lidí zahrnuje jedince, kteří už sice nejsou adolescenti, ale dosud ještě nejsou ani dospělí (Furstenberg et al., 2004, s. 1). Dospělost obsahuje velké věkové rozmezí (25- 65 let). Nutné kompetence se v průběhu života mění. Toto věkové rozmezí je plné zodpovědnosti za sebe sama a současně také pro většinu populace období, kdy člověk přejímá zodpovědnost i za blízké, o které pečuje: své děti, staré rodiče, případně další osoby (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016, s. 3).

2.3.1 Vývojové teorie dospělosti

Podle Agronina, E. Erikson popisuje 8 životních období, ve kterých každý člověk překonává určité krize a naplňuje dané vývojové úkoly. Způsob a míra, jak tyto úkoly zvládneme, se pak podepisují na naší osobnosti. Eriksona, dospělost rozdělit následovně:

- 19-25 let (mladá dospělost) člověk je připraven najít si svůj protějšek, objevuje svou intimitu, předností je láska.
- 25-50 let (dospělost) jedinec je připraven vychovávat děti, úkolem je pěstovat rovnováhu mezi generalitou (touha tvořit) a osobní stagnací, předností je schopnost pečovat o někoho nebo něco.
- od 50 let (pozdní dospělost, stáří) pocit osobní vyrovnanosti, která se projeví přijetím vlastního života. Je v konfliktu s pocitem zoufalství a strachu ze smrti, předností je moudrost (Agronin, 2014, s. 32).

Další vývojovou teorií je Havighurtsova teorie, která vychází z předpokladu, že vývoj člověka, se odehrává prostřednictvím splnění konkrétních úkolů. Existuje jich několik druhů např. (úkoly vztahující se k fyzickému vyvíjení, k individuálním hodnotám aj.) Některé z úkolů jsou specifické pro určité vývojové období, jiné jsou kontinuální. Pro jejich uskutečnění nám společnost poskytuje ověřené vzorce, a pokud si jedinec zvolí jiný, je za to často trestán. Nejvhodnější chvílí pro vykonání úkolu, či naučení se dovednosti se nazývá teachable moment a jeho zmeškání, zdolání úlohy zkomplikuje. Stejně tak, je s problémy spojeno i jeho předstihnutí (Keller, Kartner, 2013, s. 79).

Rubacha ve své práci identifikoval období dospělosti podle Havighursta na:

- časnou dospělost (19 – 30 let), kdy v tomto období dochází u jedinců k výběru partnera, založení rodiny, výchova dětí, zahájení kariéry, převzetí občanské uvážlivosti aj.
- střední věk (30 – 60 let), úlohami v této éře je pomoci svým dětem stát se zodpovědnými dospělými, rozvíjet své volnočasové aktivity, mít s partnerem kvalitní vztah, smířit se s fyziologickými změnami, pomoci svým stárnoucím rodičům.
- pozdní dospělost (60 a více let), toto období je definováno jako poslední období lidského bytí, kdy se musí jedinec vyrovnat s úbytkem svých sil a zhoršujícím se zdravotním stavem, vyrovnat se s úmrtím partnera, utřídit si své životní poměry ke spokojenosti (Rubacha, 2014, s. 80).

Royle se zaměřil na jiný model o poznání lidského vývoje, a to od Daniela Levinsona. Je zde rozděleno několik fází lidského vývoje, které mají jasně vymezené pořadí, mají specifické bio-psycho-sociální ukazatele a trvají okolo dvaceti až pětadvaceti let. Tyto fáze se překrývají, což trvá přibližně pět let, a poté nastupuje fáze další. A právě toto „překrývání fází“ je důležité pro každého jedince, jelikož jsme splnili všechny úkoly fáze, kterou opouštíme a připravujeme se na úkoly nové, v další fázi života (Royle, 2015, s. 34).

Levinson rozdělil dospělost následovně:

- Přejít do rané dospělosti (17-22 let)
- Přejít do časně dospělosti (22-28 let)
- Přejít do třicátých let (28- 33 let)
- Vrchol časně dospělosti (33- 40 let)

- Přejít do střední dospělosti (40- 45 let)
- Vstoupit do střední dospělosti (45- 50 let)
- Přejít do padesátých let (50- 55 let)
- Vrchol střední dospělosti (55-60 let)
- Pozdní dospělost (60- 65 let), (Agronin, 2013, s. 35).

2.3.2 Dospělost a ZG

Úroveň zdraví je v dnešní době mnohem horší, než by mohla být. Většina dospělých lidí si neuvědomuje hodnotu svého zdraví a nežije zdravým životním stylem. Mezi nejčastější zlovyky patří: kouření, alkohol, přejídání se, sedavý způsob života a stres. Je mnohem těžší někoho přinutit dodržovat zdravý způsob života, než by se mohlo zdát. Je mnoho různých názorů, jak to nejde, jak je to drahé, ale když se pak lidé ocitnou v nemocnici, dali by cokoli za to, aby zase byli zdraví. Jestliže člověk onemocní, má naučeno to, že veškerou zodpovědnost za naše vyléčení má zdravotnický personál, ale tomu tak není. A právě k tomuto vede zdravotní gramotnost. Být zdravotně gramotným občanem znamená, hledat různé informace na různých místech, ztotožnit se s nimi a dokázat pečovat o zdraví své i ostatních dříve, než přijde nemoc. Musíme být schopni udržet si zdraví co nejdéle, nebat se zeptat, jak se dá zdraví dosáhnout a tyto informace potom předávat dál (Holčík, 2014, s. 143). Zdravotní gramotnost je zásadním faktorem v udržování osobního zdraví. Osoby se sníženou ZG mají horší zdravotní stav, nemají dostatek vědomostí, nevyužívají pravidelně preventivních služeb, mají horší vyjadřovací schopnosti, nedodržují pokyny lékařů, jsou častěji hospitalizovány a tím se stávají větší ekonomickou zátěží pro nemocniční zařízení. Omezená ZG je přisuzována malým znalostem týkajících se dané nemoci a prevence nemoci. Méně gramotní lidé mají problém s porozuměním medicínských materiálů, které jsou pro ně určeny, jako jsou letáky či brožury. Nízká gramotnost vede také ke zvýšeným ekonomickým výdajům u těchto osob, jelikož nejsou schopny efektivně používat zdravotnické služby a častěji proto platí různé poplatky a výdaje (Shulz, Nakamoto, 2013, s. 6).

Stále větší důraz je kladen na to, aby se člověk stal aktivním účastníkem, který se podílí na péči o zdraví a nebyl jen pasivním příjemcem. K dopracování se této skutečnosti je nepostradatelné, aby člověk měl znalosti a dovednosti, které by vedly k jeho efektivnímu spolupůsobení na odpovědnosti za své zdraví (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s. 250). Základním předpokladem pro aktivní účast pacienta na svém zdravotním stavu je ZG. Pokud

lidé nevědí, kde mohou získat, jak zpracovávat a porozumět informacím o zdraví, nemohou být schopni se o sebe postarat správně (Chew et al., 2004, s. 251). Omezená zdravotní gramotnost může posilovat existující nerovnosti ve zdraví. Lidé s nízkou ZG, jsou především osoby s nižším stupněm vzdělání, starší dospělí, imigranti apod. Zdravotní gramotnost u dospělých je značně vyšší u lidí s vyšším vzděláním, pocházejících z měst a velkoměst, u lidí pod 45 let a ve většině u žen, než u mužů (Dukic, Blecich, Cerovic, 2013, s. 123). Vysoká míra gramotnosti v populaci prospívá společnosti. Zdravotně gramotní dospělí jedinci se aktivněji zúčastňují na ekonomickém rozvoji země, jsou vzdělaní a informovaní, více přispívají do společenských aktivit a těší se lepšímu zdraví a pohodě (Shilinger et al., 2002, s. 475). Lidé s nižší zdravotní gramotností mnohdy podceňují varovné příznaky, nechodí na preventivní prohlídky a tak se do nemocničního zařízení dostávají až v těžkých stádiích onemocnění, kdy je menší šance na uzdravení. Tito lidé hůře spolupracují, nedodržují léčebný režim a tím své vyléčení oddalují. Takto zdravotně gramotní lidé plýtvají prostředky v systému péče o zdraví (Camerlain, Myhal, 2004, s. 68). Odpovědí na nízkou úroveň zdravotní gramotnosti v populaci, je zlepšení přístupu a poskytování zdravotních programů pro ty, kteří je potřebují. Dosažení vysokých úrovní gramotnosti v populaci není jen rozhodujícím cílem, ale také to pomůže v produkci podstatných zdravotních benefitů pro veřejnost. K lepšímu porozumění ZG, jako zřetelného konceptu, je nápomocné se zapojit do nynější debaty na odlišné gramotnosti a rozpoznat, že zdravotní gramotnost je jak obsahově, tak kontextově specifická. Toto je speciálně případ rozvíjejících se “nových gramotností“, které se objevují v souladu s novými informačními technologiemi (Nutbeam, 2009, s. 303).

2.4 Shrnutí teoretických poznatků

ZG je docela novým pojmem, který není u dospělé populace osvojen v takové míře, aby mohl efektivně ovlivňovat zdraví populace (Osborne, Beuchamp, Batterham, 2015, s. 101). Zdravotní gramotnost je multidimenzionální koncept pokrývající celou řadu kognitivních a sociálních dovedností potřebných pro účast na zdravotní péči (Bo et al., 2014, s. 1). Lze najít mnoho definic o zdravotní gramotnosti, které se vlivem neustálých nových poznatků vyvíjí, ale většinou zahrnují to, že ZG je schopnost jedince získávat a zpracovávat základní informace v oblasti zdravotnictví a tyto poznatky posléze využívat k odpovídajícímu řešení zdraví jedince, ale i veškeré populace (Sørensen et al., 2012, s. 4). ZG dále můžeme rozdělit na několik konceptuálních modelů, kdy nejznámějším je model rozdělený na funkční

ZG, která je zaměřena především na znalosti, dále pak na interaktivní ZG, která se orientuje na chování lidí a nakonec na kritickou ZG, která se zabývá rozvíjením zdravotní gramotnosti a ovlivňuje postoje a jednání lidí (Abel et al., 2015, s. 725). O zdravotní gramotnost je stále větší zájem mnohých výzkumných týmů, a proto se stále hledají nové přístupy ke zdravotní gramotnosti a vytvářejí se, a navrhuji i nové modely ZG (Johnson, 2015, s. 21).

Osoba zdravotně gramotná musí tedy umět získávat, pochopit, vyhodnotit a dále využít informace ze zdravotnictví, být aktivním spoluúčastníkem na svém rozhodování o zdraví, patřičně komunikovat se zdravotníky, upřednostňovat zdravý životní styl a příhodně ovlivňovat prostředí, ve které žije (Furuya et al., 2013, s. 1). Úroveň ZG je ovlivněna vzděláním a sociálním postavením. Nízkou ZG prokazují lidé s nízkými finančními příjmy, nízkým vzděláním a špatnými sociálními okolnostmi, které jsou překážkou pro úpravu životního stylu. Proto je důležité průběžně úroveň ZG měřit a hodnotit její vývoj a rozložení v obyvatelstvu (Berens et al., 2016, s. 2). Nejznámějšími měřicími nástroji pro ZG je REALM a TOFHLA, které zjišťují u lidí funkční zdravotní gramotnost. Oba nástroje byly vyvinuty v USA a slouží k hodnocení znalostí spojených s porozuměním medicínského textu (Guzys et al., 2015, s. 3). Pojem zdraví je definován, jako stav úplné, fyzické, sociální a duševní pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci, nebo vady (Huber et al., 2011, s. 1). Zdraví je považováno jako schopnost mít sociálně- ekonomický produktivní život. Je to dynamický proces, který je spojen především s věkem, charakteristickými vlastnostmi člověka, kulturním a sociálním prostředím (Olišarová, Tóthová, Brabcová, 2014, s. 6). K napomáhání lidem zlepšit své zdraví slouží různé programy podpory zdraví. Tento pojem obsahuje činnosti, které posilují a zlepšují zdraví lidí a zvyšují kontrolu nad determinantami zdraví (Zdraví 2020, 2014, s. 12). Jiným pojmem je zdravotní výchova, která je právě významnou složkou podpory zdraví. Úmyslem zdravotní výchovy je především nasměrovat populaci ke správnému životnímu stylu, a tím pomoci v prevenci onemocnění (Sarwar et al., 2015, s. 2). Zdravotní výchova je dominantou všeobecných sester. Ošetřovatelství však postrádá vědomosti o problematice ZG. Všeobecné sestry nevěnují dostatek pozornosti zdravotní gramotnosti, a nejsou si vědomy, jakou schopnost má tato gramotnost ovlivnit zdraví celé populace (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s. 251). Dospělost je ucelené životní období, kdy bylo dosaženo plné fyzické a duševní vyspělosti. (Furstenberg et al., 2004, s. 1). Mnoho autorů rozděluje dospělost podle Eriksona, který ji rozčlenil následovně. 19-25 let (mladá dospělost), 25-50 let (dospělost), a od 50 let života (pozdní dospělost, stáří), (Agronin, 2013, s. 32). Existuje ale i spousta jiných vývojových teorií, kterými jsou např. Havighurstova teorie (Keller, Kartner, 2013, s. 79), a Levinsonova teorie (Agronin, 2013, s. 35). Podle studií mají

lepší ZG v dospělosti lidé pod 45 let, s vysokým vzděláním, z měst a velkoměst a ženy (Dukic, Blecich, Cerovic, 2013, s. 123).

Z výše uvedených poznatků je patrné, že ZG je nový pojem, který není u dospělé populace osvojen. Nejsou vyvinuty hodnotící nástroje, kterými by byla ZG v České republice měřena. Přesně se neví, jaká je vlastně zdravotní gramotnost české dospělé populace v jednotlivých skupinách (pohlaví, věk, vzdělání, bydliště, zaměstnanecký status, výše čistého měsíčního příjmu na osobu). Na základě sumarizace získaných informací, chceme zjistit, jaký mají dospělí jedinci názor na definované kompetence zdravotní gramotnosti v oblastech ošetrovatelské péče, neodkladné první pomoci a bezpečného chování.

3 Metodika výzkumu

Sběr potřebných empirických dat byl realizován prostřednictvím kvantitativní metody. Byl použit nestandardizovaný, strukturovaný dotazník zdravotní gramotnosti, který byl vytvořen s využitím výsledků projektu č. 10557 Zdravotní gramotnost pro veřejnost, dle jednotlivých věkových kategorií. Realizace výzkumu byla schválena Etickou komisí FZV-UPOP (viz., příloha 1).

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Cílem výzkumu byla deskripce názorů na splnitelnost definovaných kompetencí zdravotní gramotnosti pro dospělou populaci v oblasti zdravotní péče. Od cíle výzkumu se odvíjí stanovení dílčích cílů a formulace hypotéz.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda jsou názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče ovlivněny pohlavím, věkem, bydlištěm a vzděláním.

Statistické hypotézy k dílčímu cíli 1:

- H1₀: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na pohlaví.
- H1_A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na pohlaví.
- H2₀: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na věku.
- H2_A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na věku.
- H3₀: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na vzdělání.
- H3_A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na vzdělání.
- H4₀: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na bydlišti.

- H4A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na bydlišti.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda jsou názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování ovlivněny pohlavím, věkem, vzděláním a bydlištěm.

Statistické hypotézy k dílčímu cíli 2:

- H50: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na pohlaví.
- H5A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na pohlaví.
- H60: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na věku.
- H6A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na věku.
- H70: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na vzdělání.
- H7A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na vzdělání.
- H80: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na bydlišti.
- H8A: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na bydlišti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořila dospělá veřejnost, která splňovala věkové rozmezí od 25 do 65 let (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016, s. 3). Respondenti byli jak muži, tak ženy s rozlišným stupněm vzdělání, rozlišným bydlištěm, rozlišným čistým měsíčním příjmem a rozlišným zaměstnaneckým statusem. Respondenti byli osloveni výzkumníkem osobně a také prostřednictvím druhé osoby. Byla zvolena metoda stratifikovaného výběru respondentů. Tato metoda spočívá rozdělení základního souboru na několik podsouborů, které jsou uvnitř homogenní a mezi sebou heterogenní. Z těchto podsouborů byli následně náhodně vybráni

respondenti, na kterých byl prováděn výzkum (Reiterová, 2016, s. 21). Stratifikovaný výběr snižuje velikost směrodatné odchylky a interval spolehlivosti z důvodu sourodosti. (Ye et al, 2013, s. 780).

Pro výpočet velikosti zkoumaného souboru byla použita data z pilotního výzkumu o rozsahu 50 respondentů. Pro stanovení velikosti zkoumaného souboru, byla použita metodika, kterou uvádí Hendl (2004, s. 173, příloha 2.), kdy pro získání validních výsledků je potřeba minimálně 182 respondentů.

3.3 Metoda sběru dat

Dotazník

Pro realizaci výzkumného šetření byl použit nestandardizovaný strukturovaný dotazník (příloha 3.) zdravotní gramotnosti, vlastní konstrukce, který obsahoval soubor demografických a socioekonomických údajů. Dále obsahoval 28 položek z oblasti zdravotní péče, z toho 16 položek bylo zaměřeno na kompetence v oblasti ošetrovatelské péče a 12 položek na kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování. Oblast ošetrovatelské péče zahrnuje 3 kategorie (rozpoznání příznaků poruchy zdraví, svépomoc a pomoc při poruše zdraví a v nemoci, dodržování léčebného režimu). Oblast neodkladné první pomoci a bezpečné chování obsahuje 2 kategorie (první pomoc, bezpečné chování). Jednotlivé položky dotazníku vycházely ze stanovených kompetencí ZG v uvedených oblastech, které byly definovány v rámci projektu č. 10557 Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle jednotlivých věkových kategorií, a z doporučení odborníků, čímž byla zajištěna obsahová validita nástroje pro výzkumné šetření (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016)

Každá z kompetencí byla hodnocena z hlediska srozumitelnosti, splnitelnosti a reálnosti s využitím Likertových škál. Škála srozumitelnost obsahovala 5 úrovní hodnocení (srozumitelně, podstatně srozumitelně, středně srozumitelně, málo srozumitelně, nesrozumitelně), Škála splnitelnost obsahovala taktéž 5 úrovní hodnocení (splnitelný, podstatně splnitelný, středně splnitelný, málo splnitelný, nesplnitelný). Poslední škála reálnost obsahovala taky 5 úrovní hodnocení (naprosto, podstatně, středně, málo, vůbec). Zaznačení určité úrovně na Likertově škále, pak odpovídalo názoru respondenta.

3.4 Realizace výzkumu

Předvýzkum

Předvýzkum byl realizován pro ověření pochopení jednotlivých pokynů a otázek. Bylo osloveno 50 respondentů. U nástroje výzkumného šetření nebyly zjištěny žádné připomínky. Respondentům trvalo vyplnit dotazník přibližně 20 minut. Byl anonymní a dobrovolný. Pro uchování anonymity byli respondenti označeni číselnou řadou. Reliabilita měření byla ověřena u 50 respondentů. K vypočítání reliability byl použit program SPSS. Cronbach's Alpha bylo 0,974, což prokázalo vysokou reliabilitu.

Distribuce a sběr vyplněných dotazníků byl realizován osobně a prostřednictvím druhé osoby. Výzkumné šetření bylo realizováno od 1. 12. 2016- 20. 3. 2017. Bylo rozdáno 280 dotazníků ve městě Olomouc (Galerie Moritz, Galerie Šantovka), a ve vesnici Vacenovice (Obecní úřad Vacenovice, pekárna Vacenovice) a jejím okolí (vesnice Milotice, Ratíškovice, městys Vracov, Bzenec, město Kyjov, Hodonín). Vyplněné dotazníky byly sbírány do boxů, aby se dodržela anonymita respondentů. Konečný počet navrácených dotazníků byl 209 (74,64%) z 280 (100%) distribuovaných. Počet vyřazených dotazníků byl 24, jelikož 17 dotazníků bylo špatně, nebo neúplně vyplněno a 7 dotazníků bylo vyplněno respondenty jiné věkové kategorie. Konečný počet dotazníků, který byl statisticky zpracován, je celkem 185.

3.5 Metody zpracování dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla nejdříve transkribována do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007. Ke statistickému zpracování výsledků byly použity statistické programy SPSS, Statistica.cz a Microsoft Office Excel 2007. Respondenti dospělé věkové kategorie odpovídali na 28 kompetencí, které se týkaly ošetrovatelské péče, neodkladné první pomoci a bezpečného chování v rámci obsahové splnitelnosti. Jednotlivé kompetence byly poté popsány absolutními a relativními četnostmi odpovědí. Ke každé kompetenci byl vypočítán aritmetický průměr, směrodatná odchylka (SD), modus a medián. K názorům dospělé populace na kompetence z hlediska splnitelnosti, srozumitelnosti a reálnosti byly vypočítány četnosti a procenta. (viz., příloha 4, 5, 6), které mohou být použity pro další výzkum. K ověření první a páté hypotézy byl použit Mann-Whitneyův U Test, což je neparametrický test, pro zjišťování rozdílu mezi dvěma výběry u nominálních dat.

K ověření dalších hypotéz v oblasti ošetrovatelské péče (H₂- H₄) a v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování (H₆- H₈) byl použit Spearmanův korelační koeficient. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikace $p= 0,05$.

4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky, které jsou uvedeny v této kapitole, představují deskripci názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG pro dospělou populaci v oblastech ošetrovatelské péče, první pomoci a bezpečného chování. Kvůli velkému rozsahu kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče u dospělých, ve všech třech úrovních, jsme stanovili cíl pouze na jednu úroveň (splnitelnost). Tato úroveň byla vybrána na základě předpokladu, že dospělý jedinec má více zkušeností s touto tematikou. Kvůli nerovnoměrnému zastoupení respondentů v socioekonomické oblasti (zaměstnanecký status a čistý měsíční příjem na osobu), jsme se zaměřili pouze na demografické údaje (pohlaví, věk, bydliště a dosažené vzdělání). Celkové výsledky všech tří kritérií (srozumitelnost, splnitelnost, reálnost), jsou umístěny v příloze (4, 5, 6).

4.1 Demografické údaje respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 185 (66,07%) respondentů. Tabulka č. 2 obsahuje demografické a socioekonomické údaje respondentů. Dále obsahuje počet a procentuální zastoupení respondentů v různých kategoriích.

Tabulka 2- Demografické a socioekonomické údaje respondentů

Kategorie	Počet	Procenta
Pohlaví		
Muži	95	51,35%
Ženy	90	48,65%
Věk		
25- 35 let	53	28,65%
36- 45 let	48	25,95%
46- 55 let	46	24,86%
56- 65 let	38	20,54%
Bydliště		
Vesnice	71	38,38%
Městys	35	18,92%
Město	52	28,11%
Velkoměsto	27	14,59%

Dosažené vzdělání		
Základní vzdělání	21	11,35%
Střední vzdělání bez maturity	40	21,62%
Střední vzdělání s maturitou	59	31,89%
Vyšší odborné vzdělání	21	11,35%
Vysokoškolské vzdělání	44	23,78%
Zaměstnanecký status		
Zaměstnanec	132	71,35%
Nezaměstnaný	14	7,57%
Studující	8	4,32%
Důchodce	19	10,27%
Jiné	12	6,49%
Čistý měsíční příjem na osobu		
do 8.000,-	27	14,59%
8.001,- - 15.000,-	63	34,05%
15.001,- - 25.000,-	58	31,35%
25.001,- - 40.000,-	29	15,68%
nad 40.000,-	8	4,32%

4.2 Výsledky kompetencí ZG v oblasti ošetřovatelské péče a v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování

Výsledky kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti ošetřovatelské péče v kritériu splnitelnost, jsou popsány v tabulce 3. Tabulka obsahuje kompetence, které jsou seřazeny od nejvyššího, až po nejnižší názor na splnitelnost kompetencí pro dospělou populaci v oblasti ošetřovatelské péče. Tabulka taktéž obsahuje popisnou statistiku (aritmetický průměr, směrodatnou odchylku (SD), medián a modus). Kompetence s nejvyšší splnitelností: Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc (průměr = 1,92, SD = 0,800). Kompetence s nejnižší splnitelností: Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným (průměr = 2,79, SD= 1,001).

Tabulka 3- Názory dospělé populace na splnitelnost kompetencí ZG v oblasti ošetřovatelské péče

Kompetence v oblasti ošetřovatelské péče	Průměr	SD	Medián	Modus
5. Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s	1,92	0,800	2,00	2,00

podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc				
6. Dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní či sociální	1,96	0,849	2,00	2,00
16. Dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu svých blízkých je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka	1,99	0,844	2,00	2,00
7. Dospělý člověk je schopen zabezpečit zdravotnické prostředky, nebo léčiva do výbavy domácí lékárničky s ohledem na rizika věku a životního stylu svého, či svých blízkých	2,09	0,931	2,00	2,00
11. Dospělý člověk zná a respektuje zásady léčebného režimu v době nemoci	2,18	0,994	2,00	2,00
14. Dospělý člověk zná nemoc osob, o které pečuje (děti, rodiče, ostatní), ví, jak se mají chovat, uplatňuje svůj vliv k posílení postupů příznivě ovlivňujících průběh nemoci či eliminujících její možné negativní důsledky	2,23	0,878	2,00	2,00
8. Dospělý člověk k nemocným lidem ve svém okolí přistupuje s empatií a snahou jim pomoci, chová se k nim ohleduplně a dokáže jim pomoci	2,26	0,953	2,00	3,00
1. Dospělý člověk zná fungování lidského těla v rovině fyzického i psychického prožívání, umí vyhodnotit případné odchylky od normálního stavu u sebe, svých blízkých i ostatních lidí, se kterými se setkává	2,27	0,816	2,00	2,00
4. Dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nescifické příznaky nemocí v	2,28	0,875	2,00	2,00

případě vlastní poruchy zdraví i nemocí blízkých osob (např. dětí) a osob, o které pečuje				
2. Dospělý člověk se orientuje v nejčastějších chorobách, ví, co je jejich příčinou, jak se projevují, jak se léčí, jak člověk může napomoci procesu uzdravení nebo zmírnění potíží	2,35	0,867	2,00	2,00
13. Dospělý člověk zná „svoji nemoc“ a ví, jak se má chovat, uplatňuje postupy příznivě ovlivňující průběh nemoci či eliminující její možné negativní důsledky	2,36	0,911	2,00	3,00
3. Dospělý člověk si umí vyhledat relevantní informace; k anonymním zdravotnickým radám přistupuje s kritickou obezřetností, veškerá doporučení ověřuje z více zdrojů, orientuje se na platné prameny	2,49	0,984	3,00	3,00
12. Dospělý člověk na základě sebezpozorování dokáže vyhodnotit účinky léčby či případných nefarmakologických postupů	2,50	0,933	3,00	3,00
9. Dospělý člověk zná možnosti regionu v péči o seniorskou populaci, síť institucí zaměřujících se na oblast péče-zdravotních i sociálních	2,58	0,953	3,00	3,00
15. Dospělý člověk zná práva pacienta, je schopen si je vhodným způsobem vymoci nebo mít blízkou osobu, která mu může v tomto pomoci nebo je vymoci blízkým osobám, o které pečuje	2,63	0,970	3,00	3,00
10. Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným	2,79	1,001	3,00	3,00

Výsledky kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování v kritériu splnitelnost, jsou popsány v tabulce 4. Tabulka obsahuje kompetence, které jsou seřazeny od nejvyšší, až po nejnižší názor na splnitelnost kompetencí

pro dospělou populaci v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování. Tabulka taktéž obsahuje popisnou statistiku (aritmetický průměr, směrodatnou odchylku (SD), medián a modus). Kompetence s nejvyšší splnitelností: Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti (průměr = 1,91, SD = 0,799). Kompetence s nejnižší splnitelností: Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci (průměr = 2,74, SD = 0,988).

Tabulka 4- Názory dospělé populace na splnitelnost kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování

Kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	Průměr	SD	Medián	Modus
28. Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti	1,91	0,799	2,00	2,00
24. Dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje	2,02	0,783	2,00	2,00
19. Dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostižené osoby	2,03	0,853	2,00	2,00
18. Dospělý člověk má k dispozici kontakt na svého praktického lékaře i kontakty na lékaře pro další osoby, o které pečuje, na pohotovostní službu, případně na ošetřující odborné lékaře a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc prostřednictvím tísňových linek, spolupracuje podle pokynů příslušníků záchranných složek	2,10	0,930	2,00	2,00
27. Dospělý člověk aktivity s rizikem úrazu neprovádí pod vlivem alkoholu nebo jiných látek ovlivňujících vnímání a pohotovost reakce	2,15	0,999	2,00	2,00

26. Dospělý člověk při pracovních činnostech v zaměstnání i v domácnosti, při sportu a v dopravě dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky. Dbá na používání vhodných ochranných pomůcek i u osob, o něž pečuje	2,18	0,846	2,00	2,00
22. Dospělý člověk pokud trpí chronickým onemocněním (on nebo osoba, za kterou má odpovědnost), ví jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení. Pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici	2,19	0,829	2,00	2,00
25. Dospělý člověk rozezná a dokáže se vyhnout situacím s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví své i jiných. Vede ke znalosti a dodržování těchto zásad i své děti, příp. jiné osoby, o které pečuje. Dokáže rozlišit, které rizikové situace je daná osoba schopná vyřešit sama a kdy je nezbytný přímý dohled	2,25	0,816	2,00	2,00
23. Dospělý člověk pokud se stará o dítě, ví, jak se zachovat při jeho vysoké horečce, křečích z horečky, při silném zvracení a průjmu. Ví, které rostliny (pokojové, na zahrádce, v parku, v lese) a chemické nebo přírodní látky v domácnosti mohou být pro dítě jedovaté. Ví, jak se zachovat, když dítě požije něco škodlivého	2,31	0,913	2,00	2,00
17. Dospělý člověk při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti, při nejistotě se poradí s odborníkem. Umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc.	2,38	0,977	2,00	2,00
20. Dospělý člověk rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí. Pokud pečuje o starší osobu, je si vědom, že u osob ve vysokém věku mohou	2,66	0,960	3,00	3,00

být příznaky i u závažných nemocí málo zřetelné				
21. Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci	2,74	0,988	3,00	3,00
Celkový průměr všech kompetencí	2,27			

4.3 Ověření platnosti hypotéz

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda jsou názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče ovlivněny pohlavím, věkem, vzděláním a bydlištěm respondentů.

Hypotézy k dílčímu cíli 1:

- **H1₀:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na pohlaví.
- **H1_A:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na pohlaví.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a pohlaví byla ověřena Mann-Whitneyovým U Testem, jenž je neparametrický test, pro zjišťování rozdílu mezi dvěma výběry u nominálních dat.

Tabulka 5-Mann-Whitneyův U Test- pohlaví respondentů, oblast ošetrovatelské péče

Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Pohlaví Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p- hodn.	Z upravené	p- hodn.	N platn.sk up1	N platn. skup. 2
Průměr 1-16	8746,50	8458,50	4186,50	0,24173	0,80898	0,24190	0,80885	95	90

Závěr:

Alternativní hypotézu H1_A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v ošetrovatelské péči nezávisí na pohlaví. Neprokázal se signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, a jejich názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče ($p=0,81$).

- **H2₀:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na věku.
- **H2_A:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na věku.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a věku byla ověřena Spearmanovým korelačním koeficientem.

Tabulka 6-Spearmanovy korelace - věk respondentů, oblast ošetrovatelské péče

Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$		
Proměnná	Věk	Průměr 1-16
Věk	1,000000	-0,026464
Průměr 1-16	-0,026464	1,000000

Závěr:

Alternativní hypotézu H2_A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na věku. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory respondentů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a věkem respondentů. Spearmanův korelační koeficient (-0,026464), signifikace ($p > 0,05$).

- **H3₀:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na vzdělání.
- **H3_A:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na vzdělání.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a vzdělání byla ověřena Spearmanovým korelačním koeficientem.

Tabulka 7-Spearmanovy korelace - vzdělání respondentů, oblast ošetrovatelské péče

Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$		
Proměnná	Vzdělání	Průměr 1-16
Vzdělání	0,055823	1,000000
Průměr 1-16	1,000000	0,055823

Závěr:

Alternativní hypotézu H3A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na vzdělání. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a vzděláním respondentů. Spearmanův korelační koeficient (0,055823), signifikace ($p > 0,05$).

- **H4o:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče nezávisí na bydlišti.
- **H4A:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na bydlišti.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a bydlištěm byla ověřena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Tabulka 8- Spearmanovy korelace - bydliště respondentů, oblast ošetrovatelské péče

Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$		
Proměnná	Bydliště	Průměr 1-16
Bydliště	0,151050	1,000000
Průměr 1-16	1,000000	0,151050

Závěr:

Nulovou hypotézu H_0 můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče závisí na bydlišti. Byl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče a místem bydliště respondentů. Spearmanův korelační koeficient (0,151050), signifikace ($p < 0,05$).

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda jsou názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování ovlivněny pohlavím, věkem, vzděláním a bydlištěm respondentů.

Hypotézy k dílčímu cíli 2:

- **H5₀:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na pohlaví.
- **H5_A:** Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na pohlaví.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a pohlaví, byla vypočítána pomocí Mann-Whitneyovým U Testem, jenž je neparametrický test, pro zjišťování rozdílu mezi dvěma výběry u nominálních dat.

Tabulka 9-Mann-Whitneyův U Test - pohlaví respondentů, oblast první pomoci a bezpečného chování

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Pohlaví Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$								
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p- hodn.	Z upravené	p- hodn.	N platn.sk up1	N platn. Skup. 2
Průměr 17- 28	8818, 500	8386,5 00	4258 ,500	0,0439 51	0,96494 3	0,043998	0,9649 06	95	90

Závěr:

Alternativní hypotézu H5_A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na pohlaví. Neprokázal se signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, a jejich názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování ($p=0,96$).

- **H6₀**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na věku.
- **H6_A**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na věku.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a věku byla ověřena pomocí Spearmanovy korelace.

Tabulka 10-Spearmanovy korelace - věk respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování

Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p<,05000$		
Proměnná	Věk	Průměr 17-28
Věk	1,000000	-0,004711
Průměr 17-28	-0,004711	1,000000

Závěr:

Alternativní hypotézu H6_A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na věku. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory respondentů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a věkem respondentů. Spearmanův korelační koeficient (-0,004711), signifikace ($p>0,05$).

- **H7₀**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na vzdělání.
- **H7_A**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na vzdělání.

Ověření platnosti hypotéz:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a vzdělání byla ověřena pomocí Spearmanovy korelace.

Tabulka 11-Spearmanovy korelace - vzdělání respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování

Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$		
Proměnná	Vzdělání	Průměr 17-28
Vzdělání	1,000000	0,069712
Průměr 17-28	0,069712	1,000000

Závěr:

Alternativní hypotézu H7_A můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na vzdělání. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory respondentů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a vzděláním respondentů. Spearmanův korelační koeficient (0,069712), signifikace ($p > 0,05$).

- **H8₀**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na bydlišti.
- **H8_A**: Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování závisí na bydlišti.

Ověření platnosti hypotézy:

Závislost názorů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a bydlišti byla ověřena pomocí Spearmanovy korelace.

Tabulka 12-Spearmanovy korelace - bydliště respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování

	Spearmanovy korelace ChD vynechány párově Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$	
Proměnná	Bydliště	Průměr 17-28
Bydliště	1,000000	0,141641
Průměr 17-28	0,141641	1,000000

Závěr:

Alternativní hypotézu H_{7A} můžeme zamítnout. Názory na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování nezávisí na místě bydliště. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi názory respondentů na splnitelnost definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci, bezpečného chování a bydlištěm respondentů. Spearmanův korelační koeficient (0,141641), signifikace ($p > 0,05$).

5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit deskripci názorů na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče u dospělé populace. Oblast zdravotní péče byla rozdělena na kompetence v oblasti ošetrovatelské péče, a kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 185 respondentů dospělé veřejnosti ve věkovém rozmezí od 25 do 65 let.

Výsledky výzkumu nebyly porovnány se žádnou studií, protože se jedná o první výzkum, který se zaměřil na deskripci názorů na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče u dospělých. Názory respondentů byly posuzovány ve výzkumu podle třech úrovní (srozumitelnost, splnitelnost a reálnost). Kvůli velkému rozsahu kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče u dospělých, ve všech třech úrovních, jsme stanovili cíl pouze na jednu úroveň (splnitelnost). Tato úroveň byla vybrána na základě předpokladu, že dospělý jedinec má více zkušeností s touto tematikou.

Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření prokázalo, že jako nejvíce splnitelná kompetence zdravotní gramotnosti v oblasti ošetrovatelské péče byla: č. 5 -dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit, nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc (průměr =1,92, SD =0,800). Dále pak č. 6- dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým, nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní, či sociální (průměr =1,96, SD= 0,849). Jednou z mnohých příčin může být představa dospělých lidí, o méně závažných zdravotních poruchách. Jedinci si zde mohli domyslet např. jen nachlazení, které se běžně svépomocí, léčí v domácím prostředí bez konzultace lékaře. Dále respondenti označili za splnitelnou kompetenci zdravotní gramotnosti v oblasti ošetrovatelské péče č. 16- dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu, nebo zdravotním stavu svých blízkých, je schopen požádat o objasnění lékaře, nebo jiného zdravotnického pracovníka (průměr = 1,99, SD = 0,844). Jedinci se v tomto případě nejspíše setkali s nějakou nejasnou medicínskou terminologií, které nerozuměli, nebo si nebyli jisti jejím významem, a požádali o vysvětlení lékaře, či jiného zdravotnického pracovníka. Podle názorů dospělých se jako nejhůře splnitelná kompetence jevila: č. 10- dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným (průměr = 2,27, SD = 1,001). Jednou z mnohých příčin špatné splnitelnosti této kompetence, může být

představa o finanční rezervě a materiálních podmínkách, které si dospělí jedinci neumí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí spojit. Lidé si odmítají připustit, že by mohli být někdy nemocní, a proto odložení jistých peněžních prostředků na méně příznivé časy nepovažují za aktuální. Nebyly však dohledané studie, které by se zabývaly názory na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti ošetrovatelské péče u dospělé populace. Z oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování se jako nejlépe splnitelné kompetence jevíly: č. 28- dospělý člověk v kontaktu se zvířaty, se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti (průměr = 1,91, SD = 0,799). Jednou z mnohých příčin může být to, že každý dospělý člověk se již setkal s nějakým druhem zvířete, a proto ví, jak se v blízkosti zvířat chovat, a učí tomu i své děti a příbuzné. Další kompetencí v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování je č. 24- dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje (průměr = 2,02, SD = 0,783). Zde může být příčinou kladného hodnocení fakt, že se dospělý člověk ve svém životě setkává s různými aktivitami denního života a nepouští se do rizikových, či jinak ohrožujících aktivit. Další kompetencí je č. 19- dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostižené osoby (průměr = 2,03, SD = 0,853). Jednou z mnohých příčin může být souvislost s tím, že se na území České republiky vyskytuje asi jen 4 % populace vyškolené k první pomoci a někteří jedinci možná ani neznají základy první pomoci (Kurečková et al., 2017, s. 2). Nejhůře splnitelnou kompetencí, kterou respondenti popisovali, byla kompetence č. 21- dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci (průměr = 2,74, SD = 0,988). Toto může souviset s tím, jak uvádí výzkum: První pomoc pro bezpečnější budoucnost- zaměřeno na Evropu, kdy procento populace vyškolené v první pomoci, se na území České republiky pohybuje jen okolo 4%. (Kurečková et al., 2017, s. 2). Ani ke splnitelnosti definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování však nebyly dohledány studie, které by porovnály výsledky splnitelnosti kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování u dospělých.

U definovaných kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti ošetrovatelské péče (1-16), a názory na splnitelnost, se neprokázala závislost mezi pohlavím, věkem a vzděláním. Signifikantní rozdíl se prokázal jen u bydliště respondentů, kdy Spearmanův korelační koeficient byl 0,151050, a hodnota $p < 0,05$. Studie (Dukic, Blecich, Cerovic, 2013, s. 123) uvádí, že vyšší zdravotní gramotnosti dosahují dospělí lidé, kteří žijí ve městech a

velkoměstech. Jiná studie (Furaya, 2013, s. 509) se zaměřila na hodnocení zdravotní gramotnosti a bydliště. Neprokázal se však signifikantní rozdíl, kde by úroveň ZG závisela na bydlišti respondentů. U definovaných kompetencí zdravotní gramotnosti v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování (17-28), se neprokázala závislost názorů dospělých (škála splnitelnost) a pohlavím, věkem, vzděláním a bydlištěm respondentů.

Celkový průměr názorů dospělých na definované kompetence ZG v oblasti ošetrovatelské péče v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování byl 2, 27. Studie dokazují, že vyšší zdravotní gramotnosti dokazují ženy, oproti mužům (Wångdahl et al., 2015, s. 9). Vyšší zdravotní gramotnosti dosáhly i ženy ve studii (Dukic, Blecich, Cerovic, 2013, s. 123). Sorensen ve své studii uvádí že, muži mají tendenci mít mírně nižší ZG (Sørensen et al, 2015, s. 1056). Studie (HLS-EU CONSORTIUM , 2012, s. 38) uvedla, že prokazatelně lepší zdravotní gramotnosti dosahují lidé pod 45 let. Berens také ve své studii uvedl, že mladí dospělí (15- 29) a dospělí (30-45) dosahují vyšší úrovně zdravotní gramotnosti, než skupiny lidí nad 45 let (Berens et al., 2016, s. 4). Sun ve své studii prokázal, že věk je důležitý faktor zdravotní gramotnosti. ZG u lidí v mladším věku se mírně zvyšuje, zatímco u starších věkových skupin se výrazně snižuje (Sun et al, 2013, s. 6). Prokazatelně vyšší ZG mají i lidé s vyšším stupněm vzdělání (HLS-EU CONSORTIUM , 2012, s. 39, 40). Toto prokázal i Heide, který se zaměřil ve své studii na vztah mezi zdravotní gramotností a vzděláním respondentů. Výsledky prokázaly, že lidé s nižším stupněm vzdělání dosahují nižší úrovně zdravotní gramotnosti, než lidé s vyšším vzděláním (Heide et al., 2013. s. 4).

Výsledky výzkumu byly ovlivněny velikostí souboru, jelikož je nelze aplikovat na všechny dospělé občany. Bylo by přínosné, zabývat se dalším výzkumem, který se týká deskripcí názorů dospělé populace na definované kompetence zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, ale u většího souboru respondentů. Taktéž by bylo vhodné, aby se výzkum zaměřil i na další věkové kategorie a další oblasti projektu Zdravotní gramotnost dle jednotlivých věkových kategorií. Protože se jednalo o prvotní použití a vlastní konstrukci hodnotícího nástroje, nepodařilo se dohledat patřičné studie, které by umožnily porovnání výsledků definovaných kompetencí zdravotní gramotnosti v kritériu splnitelnost. Kvůli nerovnoměrnému zastoupení respondentů v socioekonomické oblasti (zaměstnanecký status a čistý měsíční příjem na osobu), jsme se zaměřili pouze na demografické údaje (pohlaví, věk, bydliště a dosažené vzdělání).

Závěr

Cílem diplomové práce bylo, zjistit deskripci názorů na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti pro dospělou populaci. Teoretická část představuje dohledané informace o zdravotní gramotnosti, její definice, konceptuální modely a hodnotící nástroje ZG. Dále obsahuje pojem zdraví, zdravotní výchovu a podporu zdraví, jež se zdravotní gramotností úzce souvisí. V neposlední řadě teoretická část obsahuje i informace o dospělosti, vývojových teoriích o dospělosti a zdravotní gramotnosti u dospělých občanů, jelikož se celá diplomová práce touto problematikou zabývá. Pro získání potřebných dat ke zkoumání hlavního cíle, byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce na základě výsledků projektu č. 10557 Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle jednotlivých věkových kategorií. Výzkumného šetření se zúčastnilo 185 respondentů ve věkovém rozmezí 25- 65 let z řad dospělé veřejnosti.

U definovaných kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče (1-16), a názory dospělých na splnitelnost, se neprokázala závislost mezi pohlavím, věkem a vzděláním. Prokázala se souvislost s bydlištěm respondentů. U definovaných kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování (17-28), se neprokázala závislost mezi pohlavím, věkem, vzděláním, bydlištěm a názory dospělých na splnitelnost. Zhodnocení výsledků získaných ze statistického zpracování ukázaly, že pro dospělé respondenty v oblasti ošetrovatelské péče byla nejvíce splnitelná podle jejich názoru kompetence č. 5- dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit, nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc. Za nejméně splnitelnou kompetenci poté byla respondenty označena položka č. 10- dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným. V oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování, kompetence podle největší splnitelnosti dle názorů dospělých byla č. 28- dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti. S nejhorší splnitelností u dospělých v této oblasti byla kompetence č. 21- dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci

Cíl výzkumu: Deskripce názorů na splnitelnost kompetencí zdravotní gramotnosti pro dospělou populaci v oblasti zdravotní péče, byl splněn. Výsledky výzkumného šetření mohou být použity při dalším zkoumání deskripci názorů dospělých na kompetence zdravotní gramotnosti. Výzkum by se měl zaměřit i na další oblasti zdravotní gramotnosti (podpora zdraví a prevence nemocí).

Referenční seznam

ABEL, T. et al. 2015. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promot Int* [online]. 2015, **30**(3), 725-735 [cit. 2017-04-23]. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat096>. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/30/3/725/624795/Health-literacy-among-young-adults-a-short-survey>

AGRONIN, M. et al. 2014. From Cicero to Cohen:: Developmental Theories of Aging, From Antiquity to the Present. *Gerontologist* [online]. 2014, **54**(1), 30-39 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1093/geront/gnt032. ISSN 1758-5341. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/1/30/557515/From-Cicero-to-Cohen-Developmental-Theories-of>

AISIS. 2016. Zdravá abeceda.[online].[cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.zdrava-abeceda.cz/>

ALTIN, S. et al. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. **2014**(14), 1-13 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>

ALTMANOVÁ, J. et al. 2010. *Gramotnosti ve vzdělávání* [online]. 1. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2010 [cit. 2017-04-22]. ISBN 978-80-87000-41-0. Dostupné z: <http://digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=18665&view=2935>

BEAUCHAMP, A. et al. 2015. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 2015, **15**, 1-13 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/s12889-015-2056-z. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2056-z>

BERENS, E. et al. 2016. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* [online]. 2016, **16**, 1-8 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/s12889-016-3810-6. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3810-6>

BETTERHAM, R. et al. 2014. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* [online]. **2014**(14), 1-10 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-694. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-694>

BO, A. et al. 2014. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* [online]. **2014**(14), 1-12 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1095. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1095>

BREVEMAN, P a S GRUSKIN.2003. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* [online]. 2003, **57**(4), 254- 258 [cit. 2017-04-23]. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.4.254>. ISSN 1470-2738. Dostupné z:

<http://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf>

BROUCKE, S. 2014. Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health: The official journal of the Belgian Public Health Association* [online]. **2014**(72:10), 1-2 [cit. 2017-04-17]. DOI: 10.1186/2049-3258-72-10. Dostupné z:

http://download.springer.com/static/pdf/830/art%253A10.1186%252F2049-3258-72-10.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Farchpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F2049-3258-72-10&token2=exp=1492464298~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F830%2Fart%25253A10.1186%252F2049-3258-72-10.pdf*~hmac=f1f8f09c841d73f4688ed0c911343c0c255b4d7ef5ca0cb2c8972b9866a3e0e1

CAMERLAIN, N a MYHAL. 2004. Health Literacy: Bridging the Gap. *The Canadian Journal of CME* [online]. 2004, 68-73 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z:

<http://www.stacommunications.com/journals/cme/2004/July/pdf/068.pdf>

CHEW, L. et al. 2004. The impact of low health literacy on surgical practice. *The American Journal of Surgery* [online]. 2004, **188**(3), 250-253 [cit. 2017-04-24]. DOI:

10.1016/j.amjsurg.2004.04.005. Dostupné z:

[http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(04\)00213-2/pdf](http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(04)00213-2/pdf)

DETMER, D. 2003. Building the national health information infrastructure for personal health, health care services, public health, and research. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online]. 2003, (3), 1-12 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/1472-6947-3-1.

ISSN 1472-6947. Dostupné z:

<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-3-1>

DINGOVÁ, M a T JAKUBCOVÁ. 2011. Zdravotná gramotnosť - nový pojem pre ošetrovateľskú prax. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. **2011**(1), 34-41 [cit. 2017-04-22]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: [http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2011-](http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2011-01/34-zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax.pdf)

[01/34-zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2011-01/34-zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax.pdf)

DUKIĆ, N, A BLECICH a L CERVIĆ. 2013. Economic implication of insufficient health literacy. *Ekonomika istraživanja: Economic Research Special Issue 2013* [online]. 2013, (1), 117-132 [cit. 2017-04-23]. ISSN 1331 – 677X. Dostupné z:

<http://hrcak.srce.hr/133124?lang=en>

EVANGELISTA, LS. et al. 2010. Health Literacy and the Patient With Heart Failure- Implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America' Journal of Cardiac Failure. *National Center for Biotechnology Information* [online]. **2010**(1), 9-16 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1016/j.cardfail.2009.10.026.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909843/pdf/nihms216651.pdf>

FREEDMAN, D. et al. 2009. Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2009, (36 (5), 446-451 [cit. 2017-04-22]. DOI:

10.1016/j.amepre.2009.02.001. ISSN 0749-3797. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/24274089_Public_Health_Literacy_Defined

FRISCH, A. et al. 2012. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int* [online]. 2012, **27**(1), 117-126 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1093/heapro/dar043. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/heapro/article/27/1/117/667088/Defining-and-measuring-health-literacy-how-can-we>

FURSTENBERG, F. et al. 2004. *On the Frontier of Adulthood: Emerging Themes and New Directions* [online]. 2004, (1), 1-2 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z:

<http://files.umwblogs.org/blogs.dir/1160/files/2008/05/adulthdnewthemestrاد.pdf>

FURUYA, Y. et al. 2013. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, [online]. **2013**(3), 505- 513 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1093/heapro/dat071. ISSN 0957-4824. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/heapro/article/30/3/505/621284/Health-literacy-socioeconomic-status-and-self>

GIANNOUKOS, G. 2017. New Technology in Education. *Journal of Educational and Social Research* [online]. 2017, (7 (1), 9-12 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.5901/jesr.2017.v7n1p9. ISSN 2240-0524. Dostupné z: <http://www.mcser.org/journal/index.php/jesr/article/view/9721/9359>

GUZYS, D. et al. 2015. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health* [online]. 2015, **15**, 1-7 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/s12889-015-1551-6. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1551-6>

HEIDE, I. et al. 2013. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* [online]. **2013**(13), 1-11 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-179. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-179>

HENDL, Jan. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HLS-EU CONSORDIUM. 2012. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [online]. 2012, **25**(6), 1-92 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043. ISSN 1464-360X. Dostupné z: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf

HOLČÍK, J. 2010. *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, J. 2014. Program zdraví 2020 je dobrou zdravotní strategií: health 2020 is a good strategy for health. *Hygiena* [online]. 2014, (59(3), 140-144 [cit. 2017-04-22]. DOI: <http://dx.doi.org/10.21101/hygiena.a1311>. ISSN 1803-1048. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2014-3-08-full.pdf>

HUBER, M. et al. 2011. How should we define health? *BMJ* [online]. 2011, 1-3 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1136/bmj.d4163. ISSN 1470-2738. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>

JANOVSKÁ, K. 2017. Zdravotní gramotnost podle věkových skupin. 1. *Národní konference o zdravotní gramotnosti* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.,2017, 1-43 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf

JOHNSON, A. 2015. Health literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing* [online]. 2015, **33**(2), 20-27 [cit. 2017-04-23]. ISSN 0813-0531. Dostupné z: <http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue2/3Johnson.pdf>

KAAS, J, V STASKOVÁ a R ŠULISTOVÁ. 2016. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt* [online]. 2016, **18**(4), e 219– e223 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004180. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001>

KELLER, H a J KARTNER. 2013. Development The Cultural Solution of Universal Developmental Tasks. *Advances in Culture and Psychology* [online]. 2013, (3), 63- 116 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199930449.003.0002. ISBN 9780199930449.

Dostupné z:

http://www.gelfand.umd.edu/pages/papers/C2_%209780199930449_Gelfand_Advances%20in%20Culture%20and%20Psychology.pdf

KICKBUSCH, I. 2003. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion Read More:

<http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.3.383>. *American Journal of Public Health* [online]. 2003, **93**(3), 383- 387 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.2105/AJPH.93.3.383. ISSN 0090-0036. Dostupné z: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.93.3.383>

KICKBUSCH, I. et al. 2013. *Health literacy. The solid facts* [online]. 1. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2013 [cit. 2017-04-22]. ISBN 978 92 890 00154. Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>

KRAUSE, C. et al. 2016. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int* [online]. 2016, 1-12 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1093/heapro/daw084. ISSN 1460-2245. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/daw084>

KUREČKOVÁ, V. et al. 2017. First aid as an important traffic safety factor – evaluation of the experience-based training. *European Transport Research Review* [online]. 2017,1-8 [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.1007/s12544-016-0218-4. ISSN 1866-8887. Dostupné z:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12544-016-0218-4>

LANGMEIER, J a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0

MAAT, H. et al. 2014. A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. *BMC Public Health* [online]. 2014, **14**, 1-8 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-990.

ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-990>

MURPHY, K. 2016. Literacy: Buzz Word on the Back Burner. *St. John Fisher College Fisher Digital Publications* [online]. 2016, (8), 1-28 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: http://fisherpub.sjfc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1356&context=education_ETD_masters

National Committee for Vital and Health Statistics Information for Health: A Strategy for Building the National Health Information Infrastructure. 2001. Dostupné z: <http://ncvhs.hhs.gov/nhiilayo.pdf>

NEWMAN, L. et al. 2015. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. *Health Promot Int* [online]. 2015, **30**(2), 126- 143 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1093/heapro/dav054. ISSN 1460-2245. Dostupné z: https://academic.oup.com/heapro/article/30/suppl_2/ii126/644696/Addressing-social-determinants-of-health

NGOH, L. 2009. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Pharmacy Today*. [online]. 2009, (15 (8)), 45- 57 [cit. 2017-04-22]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1331/JAPhA.2009.07075>. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748861>

NUTBEAM, D. 2009. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health* [online]. 2009, (54), 303- 305 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1007/s00038-009-0050-x. ISSN 1661-8564. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-009-0050-x>

NUTBEAM, D. et al. 2015. A health promotion logic model to review progress in HIV prevention in China. *Health Promot Int* [online]. 2015, **30**(2), 270- 280 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1093/heapro/dat037. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/30/2/270/562287/A-health-promotion-logic-model-to-review-progress>

OLECKÁ I, IVANOVÁ K. 2016. Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016;7(3):494–503 [cit. 2017-04-23]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-03/20-olecka-ivanova-cz.pdf>

OLIŠAROVÁ, V, V TÓTHOVÁ a I BRABCOVÁ. 2014. Determinanty zdraví imigrantů. *KONTAKT: časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 2014, (1), 3-11 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.01.003. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140321092901417714.pdf>

ORR, A, J KUKNER a D TIMMONS. 2014. Fostering Literacy Practices in Secondary Science and Mathematics Courses: Pre-service Teachers' Pedagogical Content Knowledge. *Language and Literacy* [online]. 2014, (16 (1)), 91-110 [cit. 2017-04-22]. DOI: <http://dx.doi.org/10.20360/G2CS3Z>. ISSN 1496-0974. Dostupné z: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/langandlit/article/view/20539/16420>

OSBORNE, R. a A. BEAUCHAMP a R. BATTERHAM. 2015. *Health literacy: a concept with potential to greatly impact the infectious diseases field* [online]. 2015, s. 101-102 [cit. 2017-04-17]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.012>. Dostupné z: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(15\)00293-3/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(15)00293-3/pdf)

ÖZENÇ, E a M DOĞAN. 2014. *The Development of the Functional Literacy Experience Scale based upon Ecological Theory (FLESBUET) and Validity-Reliability Study* [online]. 14 (6). 2014, ISSN 2249- 2258 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.12738/estp.2014.6.1791. ISSN 1303-0485. Dostupné z: http://www.estp.com.tr/wp-content/uploads/2014/10/ESTPDecember2014_2249_2258-en.pdf

PARKET, R. 2000. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int* [online]. 2000, **15**(4), 277- 283 [cit. 2017-05-10]. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277>. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/4/277/595941/Health-literacy-a-challenge-for-American-patients>

PEERSON, A a M SAUNDERS. 2009. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* [online]. 2009, **24**(3), 285- 296 [cit. 2017-05-08]. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/24/3/285/652750/Health-literacy-revisited-what-do-we-mean-and-why>

REITEROVÁ, E. 2016. *Statistika pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016 [cit. 2017-05-08]. ISBN 978-80-244-5082-7.

Dostupné z:

http://old.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/DSP_Osetrovatelstvi/Skripta/Statistika_pro_nelekarske_zdravotnicke_obory.pdf

RITSATAKIS, A. 2012. Equity and the Social Determinants of Health in European Cities. *Journal of Urban Health* [online]. 2012, **90**(1), 92-104 [cit. 2017-04-23]. DOI: doi:10.1007/s11524-012-9762-y. ISSN 1468-2869. Dostupné z:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-012-9762-y>

ROBINSON-PANT, A. 2016. *Promoting Health and Literacy for Women's Empowerment* [online]. Germany: UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2016 [cit. 2017-04-23]. ISBN 978-92-820-1212-3. Dostupné z:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002456/245698e.pdf>

ROWLANDS, G . et al. 2013. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health* [online]. 2013, **13**, 1-9 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-116. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-116>

ROYLE, M. 2015. Theoretical Drivers of Early Career Success for New Entrants to the Job Market. *International Journal of Management and Marketing Research* [online]. 2015, **8**(1), 34-56 [cit. 2017-04-23]. ISSN 2157-0698. Dostupné z:

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2655862

RUBACHA, M a K RUBACHA. 2014. Ethical orientations of men and women in early, middle and late adulthood. *Akademickie Towarzystwo Andragogiczne: Edukacja Dorosłych* [online]. 2014, **70**(1), 79-86 [cit. 2017-04-23]. ISSN 1230-929 X. Dostupné z:

<http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-39310686-171b-4303-8732-94272f235386>

SARWAR, M. et al. 2015. Understanding Some of the Best Practices for Discipline of Health Education to the Public on the Sphere. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences* [online]. 2015, **2**(1), 1-4 [cit. 2017-04-23]. ISSN 2349-5219. Dostupné

z: http://www.ijires.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/IJIRES-112_final.pdf

SCHULZ, P a K NAKAMOTO. 2013. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling* [online]. 2013, **90**, 4-11 [cit. 2017-04-23]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>. Dostupné z: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00379-5/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00379-5/pdf)

SCHILINGER, D. et al. 2002. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes* [online]. 2002, **288**(4), 475-482 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1001/jama.288.4.475. Dostupné z: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195143>

SMITH, S. et al. 2015. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health* [online]. 2015, (3), 1-8 [cit. 2017-04-23]. DOI: 10.1136/jech-2014-204915. ISSN 1470-2738. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/content/69/5/474>

SOUZA, J. et al. 2014. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Journals* [online]. **2014**(4), 1-9 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004180. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004180>

SØRENSEN, K a H BRAND. 2013. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International* [online]. 2013, (29 (4)), 1-11 [cit. 2017-04-22]. DOI: doi:10.1093/heapro/dat013. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/29/4/634/562321/Health-literacy-lost-in-translations-Introducing>

SØRENSEN, K. et al. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. 2012, (12), 1-13 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

SØRENSEN, K. et al. 2013. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* [online]. 2013, (13), 1-10 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-948. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-948>

SØRENSEN, K. et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [online]. 2015, **25**(6), 1053- 1058 [cit. 2017-05-10]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043. ISSN 1464-360X. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckv043>

SUN, X. et al. 2013. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health* [online]. 2013, **13**(261), 1-8 [cit. 2017-05-10]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-261. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-261>

SYKES, S. et al. 2013. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health* ISSN: 1471-2458 [online]. 2013, (13), 1-10 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-150. ISSN 1471-2458. Dostupné z:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-150>

VÁGVÖLGYI, R. et al. 2016. A Review about Functional Illiteracy: Definition, Cognitive, Linguistic, and Numerical Aspects. *Front. Psychol.* [online]. 2016, (7), 1- 13 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01617. ISSN 1664-1078. Dostupné z:

<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2016.01617/full>

WÅNGDAHL, J. et al. 2015. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health* [online]. 15. 2015, s. 1-13 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1186/s12889-015-2513-8. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2513-8>

WHO. 2012. *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies* [online]. WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2012 [cit. 2017-04-23]. ISBN 978-92-9021-829-6. Dostupné z: <http://www.who.int/iris/handle/10665/119953>

YE, Y. et al. 2013 Stratified sampling for feature subspace selection in random forests for high dimensional data. *Pattern Recognition* [online]. 2013, **46**(3), 769–787 [cit. 2017-05-10]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.patcog.2012.09.005>. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031320312003974>

ZDRAVÍ 2020. 2014. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CPVZ_aktualne/Narodni_strategie_podpory_a_ochrany_zdravi_a_prevence_nemoci_Zdravi_2020_web.pdf

ZDRAVÍ 2020. 2015. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2015, 1-50 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf

Zdravotní gramotnost dospělých. 2016 [online]. 1. Národní síť podpory zdraví, 2016 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/gramotnost_A5_dosp%C4%9BI%C3%AD.pdf

Seznam použitých symbolů a zkratek

aj. – a jiné

apod. - a podobně

č. – číslo

et al. – a kolektiv

EU- Evropská unie

FZV- UPOL- Fakulta zdravotnických věd- Univerzita Palackého v Olomouci

HLS-EU-Q (The European Health Literacy Survey Questionnaire- Evropský dotazník zdravotní gramotnosti)

HLQ -Health Literacy Questionnaire, (Dotazník zdravotní gramotnosti)

HP- Health promotion, Podpora zdraví

N- počet

např. – například

NVS -Newest Vital Sign, nástroj pro měření ZG

p- hodnota- nejmenší hladina významnosti testu

REALM- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, (Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně), nástroj pro měření ZG

s. – strana

SD- směrodatná odchylka

SPSS- statistický program

TOFHLA -Test of Functional Health Literacy in Adults, (Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých), nástroj pro měření ZG

tzv. – takzvaně/ ý

USA- Spojené Státy Americké

WHO- World Health Organization, Světová Zdravotnická Organizace

ZG- zdravotní gramotnost

Seznam tabulek

Tabulka 1- Přehled definic ZG	15
Tabulka 2- Demografické a socioekonomické údaje respondentů	36
Tabulka 3- Názory dospělé populace na splnitelnost kompetencí ZG v oblasti ošetrovatelské péče.....	37
Tabulka 4- Názory dospělé populace na splnitelnost kompetencí ZG v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	40
Tabulka 5-Mann-Whitneyův U Test- pohlaví respondentů, oblast ošetrovatelské péče.....	42
Tabulka 6-Spearmanovy korelace - věk respondentů, oblast ošetrovatelské péče.....	43
Tabulka 7-Spearmanovy korelace - vzdělání respondentů, oblast ošetrovatelské péče	44
Tabulka 8- Spearmanovy korelace - bydliště respondentů, oblast ošetrovatelské péče.....	44
Tabulka 9-Mann-Whitneyův U Test - pohlaví respondentů, oblast první pomoci a bezpečného chování	45
Tabulka 10-Spearmanovy korelace - věk respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování.....	46
Tabulka 11-Spearmanovy korelace - vzdělání respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování.....	47
Tabulka 12-Spearmanovy korelace - bydliště respondentů, oblast neodkladné první pomoci a bezpečného chování.....	48

Seznam obrázků

Obrázek 1-Rozdělení zdravotnických informací	20
--	----

Seznam příloh

Příloha 1 - Vyjádření Etické komise FZV UP	69
Příloha 2- Odhad rozsahu výběru	70
Příloha 3- Dotazník.....	71
Příloha 4- Celkové výsledky- Splnitelnost	86
Příloha 5- Celkové výsledky- Srozumitelnost	90
Příloha 6- Celkové výsledky- Reálnost	94



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-137469/1040-2016

**Vážená paní
Bc. Martina Tomečková**

2016-12-01


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená bakalářko,

na základě Vaší Žadosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Zdravotní gramotnost dospělých v oblasti zdravotní péče**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha 2- Odhad rozsahu výběru

Odhad rozsahu výběru s přesností 95% ($\Delta = 5,83$, $\sigma=42,12$). Pro výpočet velikosti zkoumaného souboru byla použita data z pilotního výzkumu o rozsahu $n= 50$.

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 \quad (\text{Hendl, 2004, s. 173})$$

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 42,12}{6,12} \right)^2 = \left(\frac{82,55}{6,12} \right)^2 = 181,9$$

Příloha 3- Dotazník

Dobrý den,

obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se týká výzkumu zdravotní gramotnosti. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Pravdivým vyplněním tohoto dotazníku pomůžete ověřit schopnosti, dovednosti a vědomosti dospělého člověka v oblastech ošetrovatelské péče, neodkladné první pomoci a bezpečného chování v rámci jeho zdravotní gramotnosti. Dotazník byl vytvořen na základě výsledků projektu č. 10557 Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle jednotlivých věkových kategorií. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí ve výzkumném šetření.

Co je zdravotní gramotnost?

Zdravotní gramotnost znamená získat informace ze zdravotních oblastí, tyto informace pochopit a využít ke zlepšení svého zdraví, ale i zdraví ostatních lidí. Být zdravotně gramotný umožňuje včasnou pomoc nemocným lidem, nezanedbání prvotních příznaků choroby, realizování preventivních vyšetření, respektování zdravého životního stylu aj. (WHO, 1998)

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Dotazník obsahuje 28 položek, které se týkají zdravotní gramotnosti. Pod každou položkou jsou umístěny 3 škály, které ji hodnotí dle tří kritérií. Po přečtení každé položky prosím zhodnoťte na jednotlivé škále, jak se Vám zdá definice požadavku zdravotní gramotnosti srozumitelná, splnitelná a jak ji Vy sám\ sama naplňujete.

1. **Škála – Srozumitelnost:** označte prosím na škále, jak moc je daná položka podle Vás srozumitelná pro dospělého člověka.
2. **Škála- Splnitelnost:** označte prosím na škále, jak moc je daná položka podle Vás splnitelná pro dospělého člověka.
3. **Škála- Reálnost:** označte prosím na škále, do jaké míry Vy sám naplňujete danou kompetenci nebo činnost.

Předem děkujeme za Vaši ochotu a čas.

Bc. Martina Tomečková

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

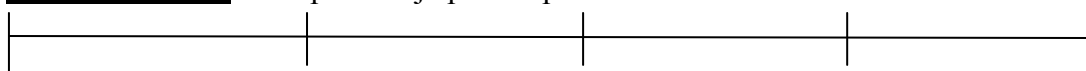
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci

1. Oblast zdravotní péče

a. Kompetence v oblasti ošetrovatelské péče

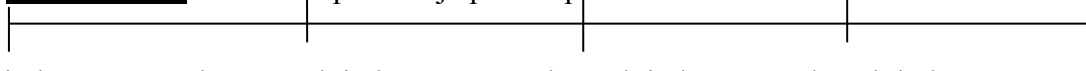
1. Dospělý člověk zná fungování lidského těla v rovině fyzického i psychického prožívání, umí vyhodnotit případné odchylky od normálního stavu u sebe, svých blízkých i ostatních lidí, se kterými se setkává

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



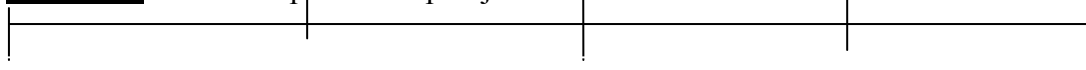
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

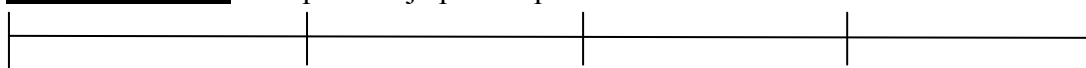
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

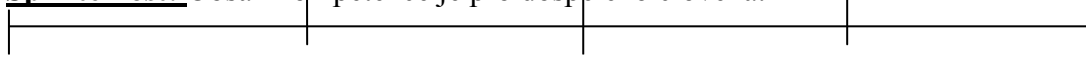
2. Dospělý člověk se orientuje v nejčastějších chorobách, ví, co je jejich příčinou, jak se projevují, jak se léčí, jak člověk může napomoci procesu uzdravení nebo zmírnění potíží

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



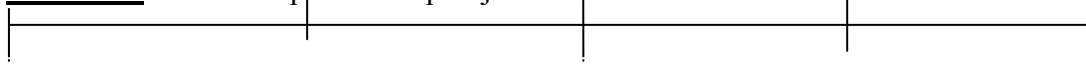
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

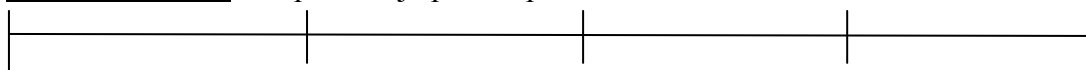
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

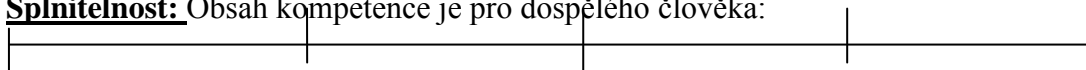
3. Dospělý člověk si umí vyhledat relevantní informace; k anonymním zdravotnickým radám přistupuje s kritickou obezřetností, veškerá doporučení ověřuje z více zdrojů, orientuje se na platné prameny

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



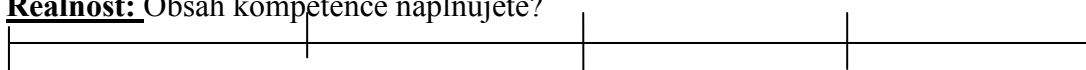
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

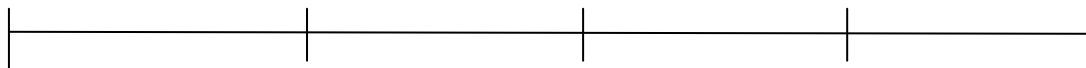
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

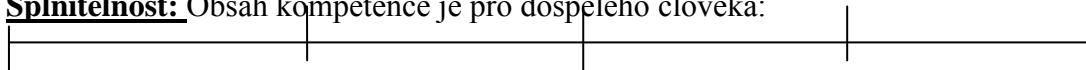
4. Dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nespecifické příznaky nemocí v případě vlastní poruchy zdraví i nemocí blízkých osob (např. dětí) a osob, o které pečuje

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



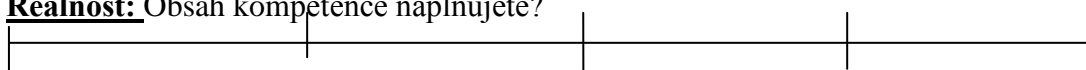
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

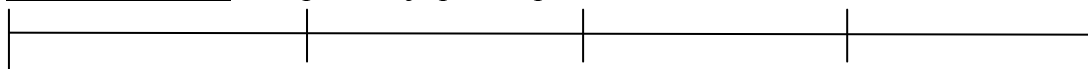
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

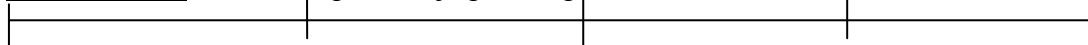
5. Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



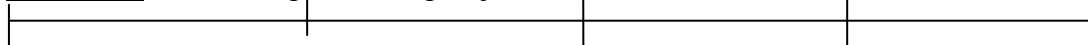
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

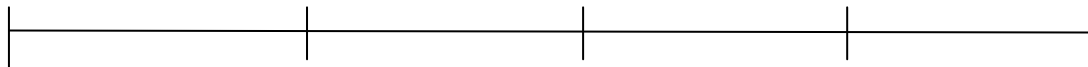
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

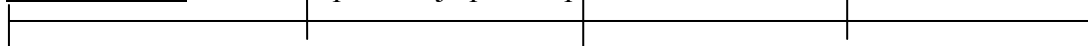
6. Dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní či sociální

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



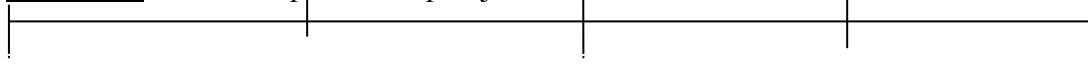
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

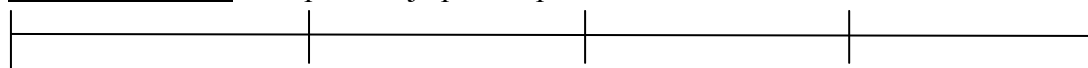
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

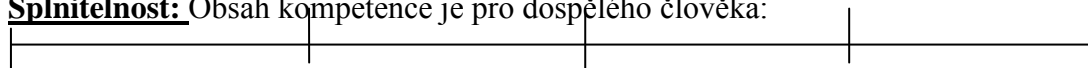
7. Dospělý člověk je schopen zabezpečit zdravotnické prostředky, nebo léčiva do výbavy domácí lékárničky s ohledem na rizika věku a životního stylu svého, či svých blízkých

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



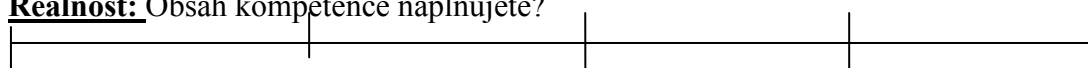
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

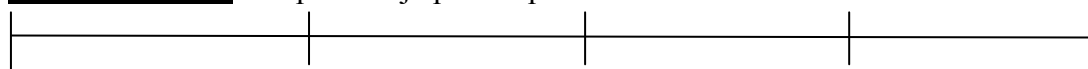
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

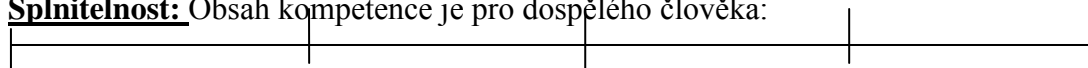
8. Dospělý člověk k nemocným lidem ve svém okolí přistupuje s empatií a snahou jim pomoci, chová se k nim ohleduplně a dokáže jim pomoci

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



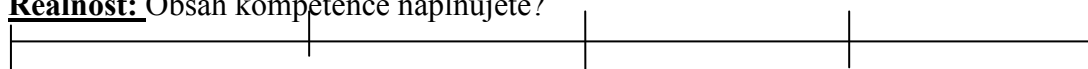
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

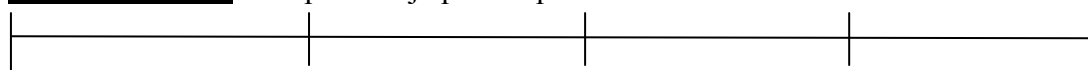
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

9. Dospělý člověk zná možnosti regionu v péči o seniorskou populaci, síť institucí zaměřujících se na oblast péče-zdravotních i sociálních

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

10. Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

11. Dospělý člověk zná a respektuje zásady léčebného režimu v době nemoci

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

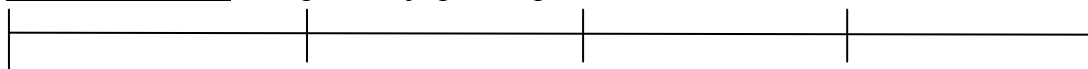
Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

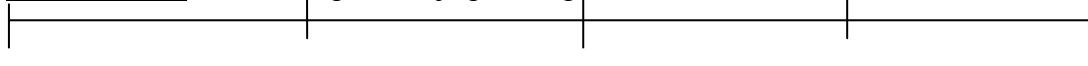
12. Dospělý člověk na základě sebepozorování dokáže vyhodnotit účinky léčby či případných nefarmakologických postupů

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



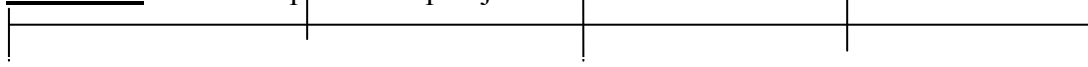
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

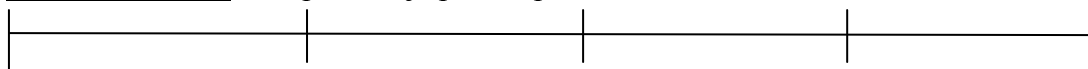
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

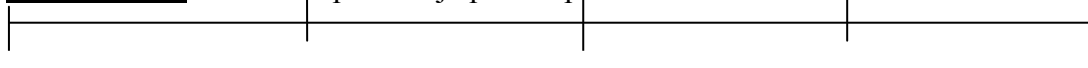
13. Dospělý člověk zná „svoji nemoc“ a ví, jak se má chovat, uplatňuje postupy příznivě ovlivňující průběh nemoci či eliminující její možné negativní důsledky

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



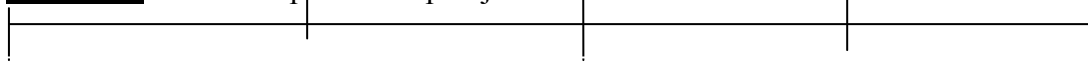
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

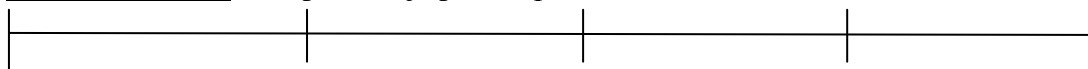
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

14. Dospělý člověk zná nemoc osob, o které pečuje (děti, rodiče, ostatní), ví, jak se mají chovat, uplatňuje svůj vliv k posílení postupů příznivě ovlivňujících průběh nemoci či eliminujících její možné negativní důsledky

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

15. Dospělý člověk zná práva pacienta, je schopen si je vhodným způsobem vymoci nebo mít blízkou osobu, která mu může v tomto pomoci nebo je vymoci blízkým osobám, o které pečuje

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

16. Dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu svých blízkých je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka

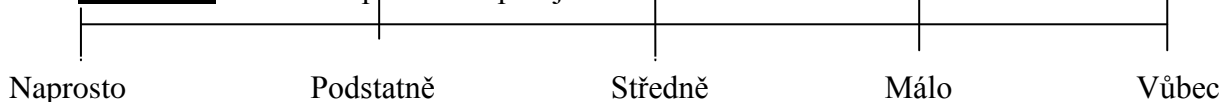
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

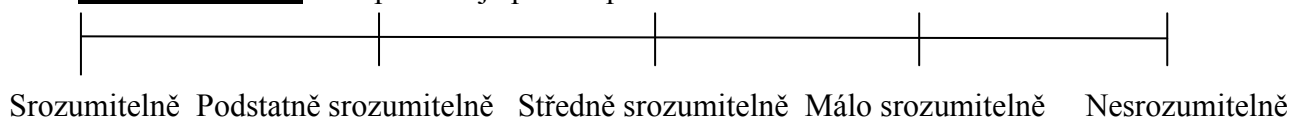
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



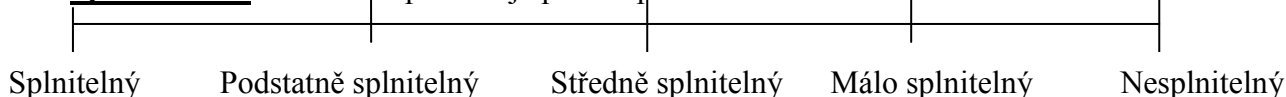
b. Kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování

17. Dospělý člověk při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti, při nejistotě se poradí s odborníkem. Umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc.

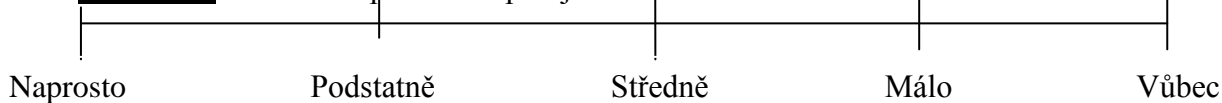
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

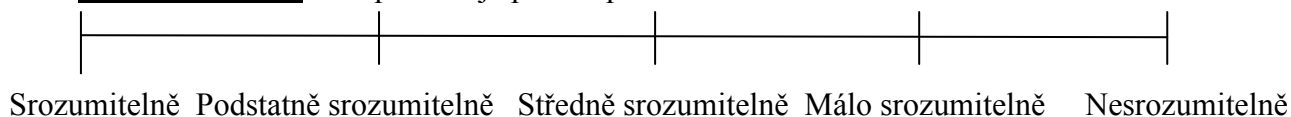


Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

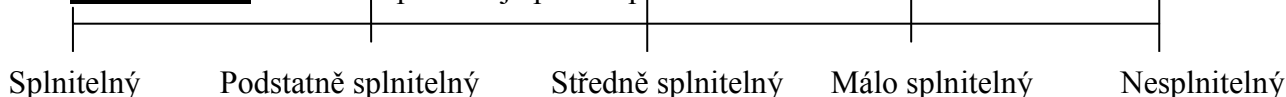


18. Dospělý člověk má k dispozici kontakt na svého praktického lékaře i kontakty na lékaře pro další osoby, o které pečuje, na pohotovostní službu, případně na ošetřující odborné lékaře a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc prostřednictvím tísňových linek, spolupracuje podle pokynů příslušníků záchranných složek

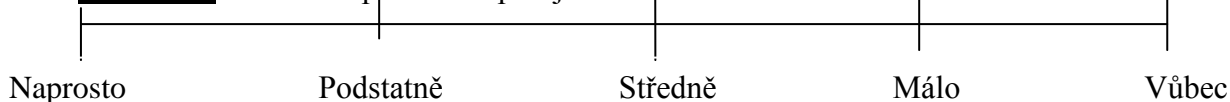
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

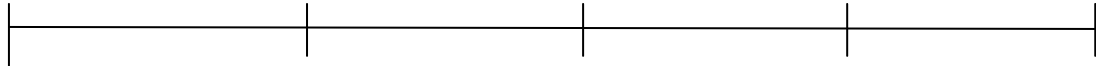


Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



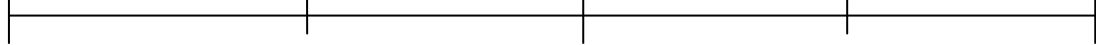
19. Dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostižené osoby

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



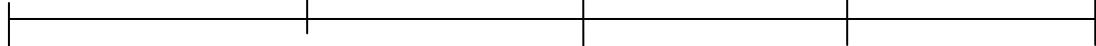
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

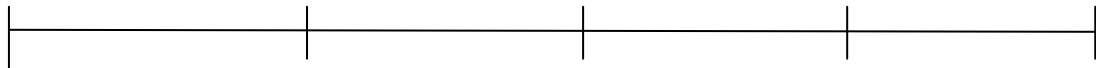
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

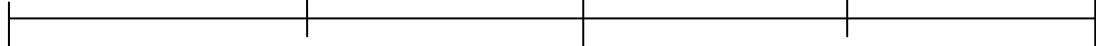
20. Dospělý člověk rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí. Pokud pečuje o starší osobu, je si vědom, že u osob ve vysokém věku mohou být příznaky i u závažných nemocí málo zřetelné

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



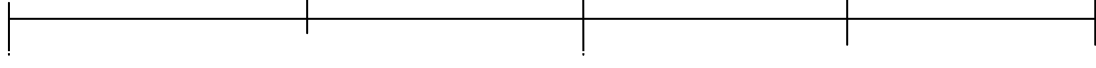
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

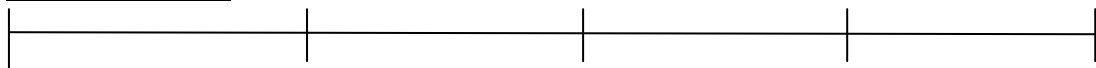
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

21. Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

22. Dospělý člověk pokud trpí chronickým onemocněním (on nebo osoba, za kterou má odpovědnost), ví jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení. Pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprostu Podstatně Středně Málo Vůbec

23. Dospělý člověk pokud se stará o dítě, ví, jak se zachovat při jeho vysoké horečce, křečích z horečky, při silném zvracení a průjmu. Ví, které rostliny (pokojoyé, na zahrádce, v parku, v lese) a chemické nebo přírodní látky v domácnosti mohou být pro dítě jedovaté. Ví, jak se zachovat, když dítě požije něco škodlivého

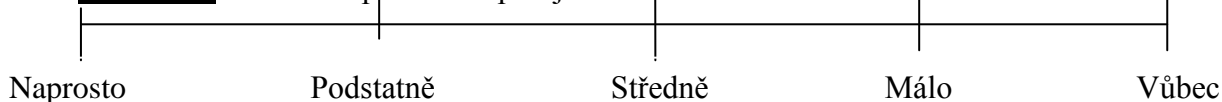
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:

Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

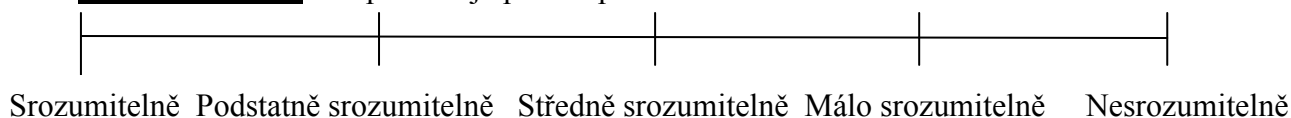
Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

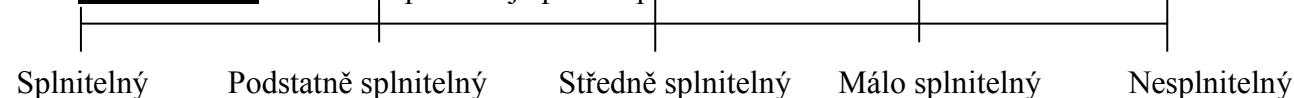


24. Dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje

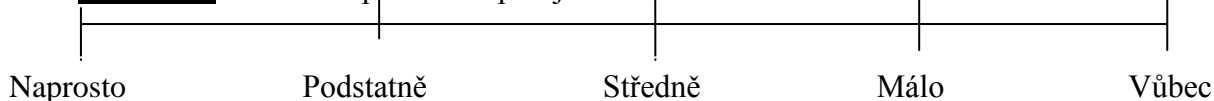
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

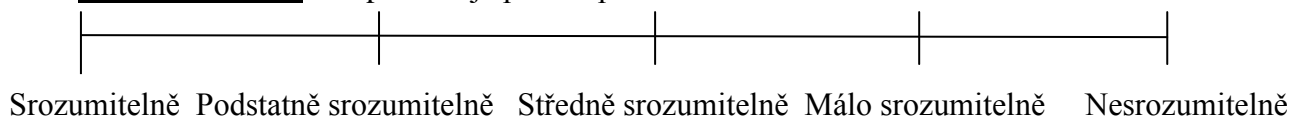


Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

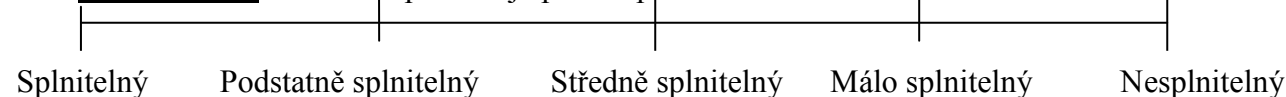


25. Dospělý člověk rozezná a dokáže se vyhnout situacím s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví své i jiných. Vede ke znalosti a dodržování těchto zásad i své děti, příp. jiné osoby, o které pečuje. Dokáže rozlišit, které rizikové situace je daná osoba schopná vyřešit sama a kdy je nezbytný přímý dohled

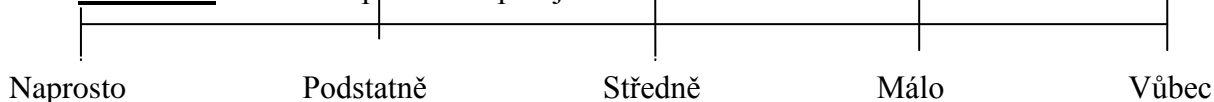
Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

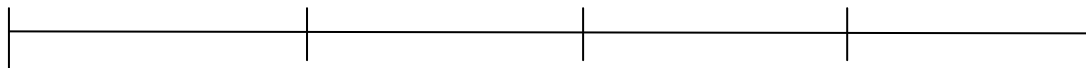


Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



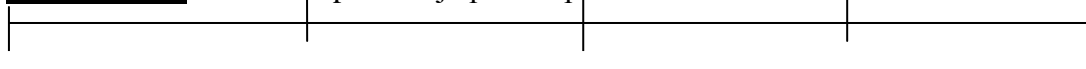
26. Dospělý člověk při pracovních činnostech v zaměstnání i v domácnosti, při sportu a v dopravě dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky. Dbá na používání vhodných ochranných pomůcek i u osob, o něž pečuje

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



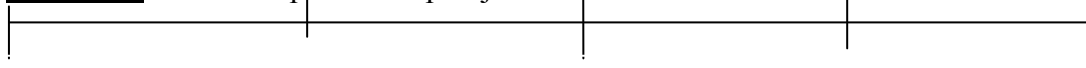
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

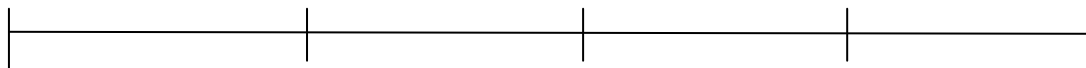
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprostο Podstatně Středně Málo Vůbec

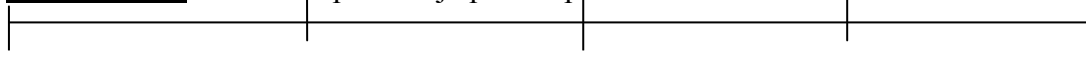
27. Dospělý člověk aktivity s rizikem úrazu neprovádí pod vlivem alkoholu nebo jiných látek ovlivňujících vnímání a pohotovost reakce

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



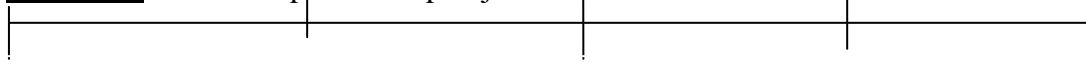
Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:



Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

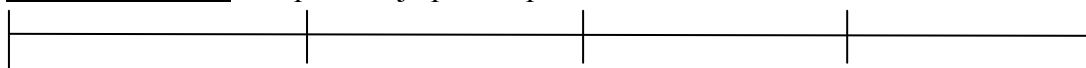
Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?



Naprostο Podstatně Středně Málo Vůbec

28. Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti

Srozumitelnost: Kompetence je pro dospělého člověka formulována:



Srozumitelně Podstatně srozumitelně Středně srozumitelně Málo srozumitelně Nesrozumitelně

Splnitelnost: Obsah kompetence je pro dospělého člověka:

Splnitelný Podstatně splnitelný Středně splnitelný Málo splnitelný Nesplnitelný

Reálnost: Obsah kompetence naplňujete?

Naprosto Podstatně Středně Málo Vůbec

Demografické a socioekonomické údaje: Pokud není uvedena jiná instrukce, zakroužkujte prosím vždy jen jednu odpověď.

Jste:

- a) Žena
- b) Muž

Kolik je Vám let v roce vyplňování dotazníku?

- a) 25- 35 let
- b) 36- 45 let
- c) 46-55 let
- d) 56- 65 let

Bydliště:

- a) Vesnice
- b) Městys
- c) Město
- d) Velkoměsto

Dosažené vzdělání:

- a) Základní vzdělání
- b) Střední vzdělání bez maturity
- c) Střední vzdělání s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

Jste (možno více odpovědí):

- a) Zaměstnanec na plný, nebo částečný úvazek
- b) Nezaměstnaný
- c) Studující
- d) Důchodce (pobíráte invalidní, nebo starobní důchod)
- e) Jiné – prosím vypište:

Váš čistý měsíční příjem? (na osobu žijící ve společné domácnosti)

- a) do 8.000,-
- b) 8.001,- - 15.000,-
- c) 15.001,- - 25.000,-
- d) 25.001,- - 40.000,-
- e) nad 40.000,-

Vzkazy realizátorkám výzkumu (komentář k jednotlivým položkám dotazníku):

Příloha 4- Celkové výsledky- Splnitelnost

Kompetence v oblasti ošetrovatelské péče	Obsah kompetence je pro dospělého člověka:	Počet	Procenta
1. Dospělý člověk zná fungování lidského těla v rovině fyzického i psychického prožívání, umí vyhodnotit případné odchylky od normálního stavu u sebe, svých blízkých i ostatních lidí, se kterými se setkává	Splnitelný	35	18,91%
	Podstatně splnitelný	73	39,45%
	Středně splnitelný	69	37,29%
	Málo splnitelný	8	4,32%
	Nesplnitelný	0	0%
2. Dospělý člověk se orientuje v nejčastějších chorobách, ví, co je jejich příčinou, jak se projevují, jak se léčí, jak člověk může napomoci procesu uzdravení nebo zmírnění potíží	Splnitelný	32	17,29%
	Podstatně splnitelný	72	38,91%
	Středně splnitelný	65	25,13%
	Málo splnitelný	16	8,64%
	Nesplnitelný	0	0%
3. Dospělý člověk si umí vyhledat relevantní informace; k anonymním zdravotnickým radám přistupuje s kritickou obezřetností, veškerá doporučení ověřuje z více zdrojů, orientuje se na platné prameny	Splnitelný	35	18,91%
	Podstatně splnitelný	54	29,18%
	Středně splnitelný	67	36,21%
	Málo splnitelný	28	15,13%
	Nesplnitelný	1	0,54%
4. Dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nespecifické příznaky nemocí v případě vlastní poruchy zdraví i nemocí blízkých osob (např. dětí) a osob, o které pečuje	Splnitelný	36	19,45%
	Podstatně splnitelný	77	41,62%
	Středně splnitelný	58	31,35%
	Málo splnitelný	13	7,02%
	Nesplnitelný	1	0,54%
5. Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc	Splnitelný	62	33,51%
	Podstatně splnitelný	81	43,78%
	Středně splnitelný	37	20,00%
	Málo splnitelný	5	2,70%
	Nesplnitelný	0	0%
6. Dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní či sociální	Splnitelný	63	34,05%
	Podstatně splnitelný	73	39,45%
	Středně splnitelný	42	22,70%
	Málo splnitelný	7	3,78%
	Nesplnitelný	0	0%
7. Dospělý člověk je schopen zabezpečit zdravotnické prostředky, nebo léčiva do výbavy domácí lékárničky s ohledem na rizika věku a životního stylu svého, či svých blízkých	Splnitelný	58	31,35%
	Podstatně splnitelný	65	35,13%
	Středně splnitelný	50	27,02%
	Málo splnitelný	11	5,94%
	Nesplnitelný	1	0,54%

8. Dospělý člověk k nemocným lidem ve svém okolí přistupuje s empatií a snahou jim pomoci, chová se k nim ohleduplně a dokáže jim pomoci	Splnitelný	48	25,94%
	Podstatně splnitelný	57	30,81%
	Středně splnitelný	65	35,13%
	Málo splnitelný	14	7,56%
	Nesplnitelný	1	0,54%
9. Dospělý člověk zná možnosti regionu v péči o seniorskou populaci, síť institucí zaměřujících se na oblast péče-zdravotních i sociálních	Splnitelný	27	14,59%
	Podstatně splnitelný	56	30,27%
	Středně splnitelný	70	37,83%
	Málo splnitelný	31	16,75%
	Nesplnitelný	1	0,54%
10. Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným	Splnitelný	25	13,51%
	Podstatně splnitelný	39	21,08%
	Středně splnitelný	71	38,37%
	Málo splnitelný	49	26,48%
	Nesplnitelný	1	0,54%
11. Dospělý člověk zná a respektuje zásady léčebného režimu v době nemoci	Splnitelný	54	29,18%
	Podstatně splnitelný	65	35,13%
	Středně splnitelný	45	24,32%
	Málo splnitelný	20	10,81%
	Nesplnitelný	1	0,54%
12. Dospělý člověk na základě sebezpozorování dokáže vyhodnotit účinky léčby či případných nefarmakologických postupů	Splnitelný	27	14,59%
	Podstatně splnitelný	64	34,59%
	Středně splnitelný	72	39,91%
	Málo splnitelný	18	9,72%
	Nesplnitelný	4	2,16%
13. Dospělý člověk zná „svoji nemoc“ a ví, jak se má chovat, uplatňuje postupy příznivě ovlivňující průběh nemoci či eliminující její možné negativní důsledky	Splnitelný	36	19,45%
	Podstatně splnitelný	64	34,59%
	Středně splnitelný	68	36,75%
	Málo splnitelný	16	8,64%
	Nesplnitelný	1	0,54%
14. Dospělý člověk zná nemoc osob, o které pečuje (děti, rodiče, ostatní), ví, jak se mají chovat, uplatňuje svůj vliv k posílení postupů příznivě ovlivňujících průběh nemoci či eliminujících její možné negativní důsledky	Splnitelný	39	21,08%
	Podstatně splnitelný	74	40,00%
	Středně splnitelný	63	34,05%
	Málo splnitelný	9	4,86%
	Nesplnitelný	0	0%
15. Dospělý člověk zná práva pacienta, je schopen si je vhodným způsobem vymoci nebo mít blízkou osobu, která mu může v tomto pomoci nebo je vymoci blízkým osobám, o které pečuje	Splnitelný	27	14,59%
	Podstatně splnitelný	50	27,02%
	Středně splnitelný	74	40,00%
	Málo splnitelný	32	17,29%
	Nesplnitelný	2	1,08%
16. Dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu svých blízkých je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka	Splnitelný	60	32,43%
	Podstatně splnitelný	72	38,91%
	Středně splnitelný	47	25,40%
	Málo splnitelný	6	3,24%
	Nesplnitelný	0	0%

Kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	Obsah kompetence je pro dospělého člověka:	Počet	Procenta
17. Dospělý člověk při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti, při nejistotě se poradí s odborníkem. Umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc.	Splnitelný	39	21,08%
	Podstatně splnitelný	64	34,59%
	Středně splnitelný	55	29,72%
	Málo splnitelný	27	14,59%
	Nesplnitelný	0	0%
18. Dospělý člověk má k dispozici kontakt na svého praktického lékaře i kontakty na lékaře pro další osoby, o které pečuje, na pohotovostní službu, případně na ošetřující odborné lékaře a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc prostřednictvím tísňových linek, spolupracuje podle pokynů příslušníků záchranných složek	Splnitelný	56	30,27%
	Podstatně splnitelný	69	37,29%
	Středně splnitelný	45	24,32%
	Málo splnitelný	15	8,10%
	Nesplnitelný	0	0%
19. Dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostížené osoby	Splnitelný	55	29,72%
	Podstatně splnitelný	78	42,16%
	Středně splnitelný	43	23,24%
	Málo splnitelný	9	4,86%
	Nesplnitelný	0	0%
20. Dospělý člověk rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí. Pokud pečuje o starší osobu, je si vědom, že u osob ve vysokém věku mohou být příznaky i u závažných nemocí málo zřetelné	Splnitelný	24	12,97%
	Podstatně splnitelný	55	29,72%
	Středně splnitelný	66	35,67%
	Málo splnitelný	40	21,62%
	Nesplnitelný	0	0%
21. Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci	Splnitelný	21	11,35%
	Podstatně splnitelný	55	29,72%
	Středně splnitelný	62	33,51%
	Málo splnitelný	45	24,32%
	Nesplnitelný	2	1,08%
22. Dospělý člověk pokud trpí chronickým onemocněním (on nebo osoba, za kterou má odpovědnost), ví jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení. Pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici	Splnitelný	38	20,54%
	Podstatně splnitelný	84	45,40%
	Středně splnitelný	54	29,18%
	Málo splnitelný	8	4,32%
	Nesplnitelný	1	0,54%
23. Dospělý člověk pokud se stará o dítě, ví, jak se zachovat při	Splnitelný	35	18,91%

jeho vysoké horečky, křečích z horečky, při silném zvracení a průjmu. Ví, které rostliny (pokojové, na zahrádce, v parku, v lese) a chemické nebo přírodní látky v domácnosti mohou být pro dítě jedovaté. Ví, jak se zachovat, když dítě požije něco škodlivého	Podstatně splnitelný	79	42,70%
	Středně splnitelný	51	27,56%
	Málo splnitelný	19	10,27
	Nesplnitelný	1	0,54%
24. Dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje	Splnitelný	49	26,48%
	Podstatně splnitelný	90	48,64%
	Středně splnitelný	40	21,62%
	Málo splnitelný	6	3,24%
	Nesplnitelný	0	0%
25. Dospělý člověk rozezná a dokáže se vyhnout situacím s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví své i jiných. Vede ke znalosti a dodržování těchto zásad i své děti, příp. jiné osoby, o které pečuje. Dokáže rozlišit, které rizikové situace je daná osoba schopná vyřešit sama a kdy je nezbytný přímý dohled	Splnitelný	33	17,83%
	Podstatně splnitelný	84	45,40%
	Středně splnitelný	57	30,81%
	Málo splnitelný	11	5,94%
	Nesplnitelný	0	0%
26. Dospělý člověk při pracovních činnostech v zaměstnání i v domácnosti, při sportu a v dopravě dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky. Dbá na používání vhodných ochranných pomůcek i u osob, o něž pečuje	Splnitelný	40	21,62%
	Podstatně splnitelný	83	44,86%
	Středně splnitelný	50	27,02%
	Málo splnitelný	12	6,48%
	Nesplnitelný	0	0%
27. Dospělý člověk aktivity s rizikem úrazu neprovádí pod vlivem alkoholu nebo jiných látek ovlivňujících vnímání a pohotovost reakce	Splnitelný	59	31,89%
	Podstatně splnitelný	60	32,43%
	Středně splnitelný	45	24,32%
	Málo splnitelný	21	11,35%
	Nesplnitelný	0	0%
28. Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti	Splnitelný	62	33,51%
	Podstatně splnitelný	84	45,40%
	Středně splnitelný	33	17,83%
	Málo splnitelný	6	3,24%
	Nesplnitelný	0	0%

Příloha 5- Celkové výsledky- Srozumitelnost

Kompetence v oblasti ošetrovatelské péče	Kompetence je pro dospělého člověka formulována:	Počet	Procenta
1. Dospělý člověk zná fungování lidského těla v rovině fyzického i psychického prožívání, umí vyhodnotit případné odchylky od normálního stavu u sebe, svých blízkých i ostatních lidí, se kterými se setkává	Srozumitelně	88	47,56%
	Podstatně srozumitelně	50	27,02%
	Středně srozumitelně	37	20,00%
	Málo srozumitelně	9	4,86%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
2. Dospělý člověk se orientuje v nejčastějších chorobách, ví, co je jejich příčinou, jak se projevují, jak se léčí, jak člověk může napomoci procesu uzdravení nebo zmírnění potíží	Srozumitelně	92	49,72%
	Podstatně srozumitelně	56	30,27%
	Středně srozumitelně	29	15,67%
	Málo srozumitelně	18	9,72%
	Nesrozumitelně	0	0%
3. Dospělý člověk si umí vyhledat relevantní informace; k anonymním zdravotnickým radám přistupuje s kritickou obezřetností, veškerá doporučení ověřuje z více zdrojů, orientuje se na platné prameny	Srozumitelně	75	40,54%
	Podstatně srozumitelně	56	30,27%
	Středně srozumitelně	34	18,37%
	Málo srozumitelně	15	8,10%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
4. Dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nespecifické příznaky nemocí v případě vlastní poruchy zdraví i nemocí blízkých osob (např. dětí) a osob, o které pečuje	Srozumitelně	75	40,54%
	Podstatně srozumitelně	79	42,70%
	Středně srozumitelně	24	12,97%
	Málo srozumitelně	6	3,24%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
5. Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc	Srozumitelně	108	58,37%
	Podstatně srozumitelně	58	31,35%
	Středně srozumitelně	15	8,10%
	Málo srozumitelně	4	2,16%
	Nesrozumitelně	0	0%
6. Dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní či sociální	Srozumitelně	101	54,59%
	Podstatně srozumitelně	44	23,78%
	Středně srozumitelně	31	16,75%
	Málo srozumitelně	9	4,86%
	Nesrozumitelně	0	0%
7. Dospělý člověk je schopen zabezpečit zdravotnické prostředky, nebo léčiva do výbavy domácí lékárničky s ohledem na rizika věku a životního stylu svého, či svých blízkých	Srozumitelně	110	59,45%
	Podstatně srozumitelně	47	25,40%
	Středně srozumitelně	22	11,89%
	Málo srozumitelně	6	3,24%
	Nesrozumitelně	0	0%

8. Dospělý člověk k nemocným lidem ve svém okolí přistupuje s empatií a snahou jim pomoci, chová se k nim ohleduplně a dokáže jim pomoci	Srozumitelně	103	55,67%
	Podstatně srozumitelně	52	28,10%
	Středně srozumitelně	19	10,27%
	Málo srozumitelně	9	4,86%
	Nesrozumitelně	2	1,08%
9. Dospělý člověk zná možnosti regionu v péči o seniorskou populaci, síť institucí zaměřujících se na oblast péče-zdravotních i sociálních	Srozumitelně	73	39,45%
	Podstatně srozumitelně	52	28,10%
	Středně srozumitelně	13	7,02%
	Málo srozumitelně	9	4,86%
	Nesrozumitelně	2	1,08%
10. Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným	Srozumitelně	78	42,16%
	Podstatně srozumitelně	53	28,64%
	Středně srozumitelně	39	21,08%
	Málo srozumitelně	14	7,56%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
11. Dospělý člověk zná a respektuje zásady léčebného režimu v době nemoci	Srozumitelně	104	56,21%
	Podstatně srozumitelně	40	21,62%
	Středně srozumitelně	28	15,13%
	Málo srozumitelně	12	6,48%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
12. Dospělý člověk na základě sebezpozorování dokáže vyhodnotit účinky léčby či případných nefarmakologických postupů	Srozumitelně	71	38,37%
	Podstatně srozumitelně	75	40,54%
	Středně srozumitelně	29	15,67%
	Málo srozumitelně	10	5,40%
	Nesrozumitelně	0	0%
13. Dospělý člověk zná „svou nemoc“ a ví, jak se má chovat, uplatňuje postupy příznivě ovlivňující průběh nemoci či eliminující její možné negativní důsledky	Srozumitelně	90	48,64%
	Podstatně srozumitelně	53	28,64%
	Středně srozumitelně	36	19,45%
	Málo srozumitelně	6	3,24%
	Nesrozumitelně	0	0%
14. Dospělý člověk zná nemoc osob, o které pečuje (děti, rodiče, ostatní), ví, jak se mají chovat, uplatňuje svůj vliv k posílení postupů příznivě ovlivňujících průběh nemoci či eliminujících její možné negativní důsledky	Srozumitelně	82	44,32%
	Podstatně srozumitelně	63	34,05%
	Středně srozumitelně	28	15,13%
	Málo srozumitelně	12	6,48%
	Nesrozumitelně	0	0%
15. Dospělý člověk zná práva pacienta, je schopen si je vhodným způsobem vymoci nebo mít blízkou osobu, která mu může v tomto pomoci nebo je vymoci blízkým osobám, o které pečuje	Srozumitelně	76	41,08%
	Podstatně srozumitelně	51	27,56%
	Středně srozumitelně	48	25,94%
	Málo srozumitelně	10	5,4%
	Nesrozumitelně	0	0%
16. Dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu svých blízkých je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka	Srozumitelně	103	55,67%
	Podstatně srozumitelně	48	25,94%
	Středně srozumitelně	31	16,75%
	Málo srozumitelně	3	1,62%
	Nesrozumitelně	0	0%

Kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	Kompetence je pro dospělého člověka formulována:	Počet	Procenta
17. Dospělý člověk při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti, při nejistotě se poradí s odborníkem. Umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc.	Srozumitelně	90	48,64%
	Podstatně srozumitelně	52	28,10%
	Středně srozumitelně	29	15,67%
	Málo srozumitelně	13	7,02%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
18. Dospělý člověk má k dispozici kontakt na svého praktického lékaře i kontakty na lékaře pro další osoby, o které pečuje, na pohotovostní službu, případně na ošetřující odborné lékaře a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc prostřednictvím tísňových linek, spolupracuje podle pokynů příslušníků záchranných složek	Srozumitelně	102	55,13%
	Podstatně srozumitelně	45	24,32%
	Středně srozumitelně	32	17,29%
	Málo srozumitelně	5	2,70%
	Nesrozumitelně	1	0,54%
19. Dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostížené osoby	Srozumitelně	113	61,08%
	Podstatně srozumitelně	46	24,86%
	Středně srozumitelně	26	14,05%
	Málo srozumitelně	0	0%
	Nesrozumitelně	0	0%
20. Dospělý člověk rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí. Pokud pečuje o starší osobu, je si vědom, že u osob ve vysokém věku mohou být příznaky i u závažných nemocí málo zřetelné	Srozumitelně	83	44,86%
	Podstatně srozumitelně	54	29,18%
	Středně srozumitelně	38	20,54%
	Málo srozumitelně	10	5,40%
	Nesrozumitelně	0	0%
21. Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci	Srozumitelně	100	54,05%
	Podstatně srozumitelně	50	27,02%
	Středně srozumitelně	19	10,27%
	Málo srozumitelně	16	8,64%
	Nesrozumitelně	0	0%
22. Dospělý člověk pokud trpí chronickým onemocněním (on nebo osoba, za kterou má odpovědnost), ví jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení. Pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici	Srozumitelně	102	55,13%
	Podstatně srozumitelně	50	27,02%
	Středně srozumitelně	27	14,59%
	Málo srozumitelně	5	2,70%
	Nesrozumitelně	1	0,54%

23. Dospělý člověk pokud se stará o dítě, ví, jak se zachovat při jeho vysoké horečce, křečích z horečky, při silném zvracení a průjmu. Ví, které rostliny (pokojové, na zahrádce, v parku, v lese) a chemické nebo přírodní látky v domácnosti mohou být pro dítě jedovaté. Ví, jak se zachovat, když dítě požije něco škodlivého	Srozumitelně	100	54,05%
	Podstatně srozumitelně	48	25,94%
	Středně srozumitelně	32	17,29%
	Málo srozumitelně	5	2,70%
	Nesrozumitelně	0	0%
24. Dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje	Srozumitelně	85	45,94%
	Podstatně srozumitelně	70	37,83%
	Středně srozumitelně	27	14,59%
	Málo srozumitelně	3	1,62%
	Nesrozumitelně	0	0%
25. Dospělý člověk rozezná a dokáže se vyhnout situacím s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví své i jiných. Vede ke znalosti a dodržování těchto zásad i své děti, příp. jiné osoby, o které pečuje. Dokáže rozlišit, které rizikové situace je daná osoba schopná vyřešit sama a kdy je nezbytný přímý dohled	Srozumitelně	87	47,02%
	Podstatně srozumitelně	54	29,18%
	Středně srozumitelně	38	20,54%
	Málo srozumitelně	6	3,24%
	Nesrozumitelně	0	0%
26. Dospělý člověk při pracovních činnostech v zaměstnání i v domácnosti, při sportu a v dopravě dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky. Dbá na používání vhodných ochranných pomůcek i u osob, o něž pečuje	Srozumitelně	106	57,29%
	Podstatně srozumitelně	50	27,02%
	Středně srozumitelně	27	14,59%
	Málo srozumitelně	2	1,08%
	Nesrozumitelně	0	0%
27. Dospělý člověk aktivity s rizikem úrazu neprovádí pod vlivem alkoholu nebo jiných látek ovlivňujících vnímání a pohotovost reakce	Srozumitelně	113	61,08%
	Podstatně srozumitelně	56	30,27%
	Středně srozumitelně	11	5,94%
	Málo srozumitelně	5	2,70%
	Nesrozumitelně	0	0%
28. Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti	Srozumitelně	122	65,94%
	Podstatně srozumitelně	40	21,62%
	Středně srozumitelně	18	9,72%
	Málo srozumitelně	5	2,70%
	Nesrozumitelně	0	0%

Příloha 6- Celkové výsledky- Realnost

Kompetence v oblasti ošetrovatelské péče	Obsah kompetence naplňujete?	Počet	Procenta
1. Dospělý člověk zná fungování lidského těla v rovině fyzického i psychického prožívání, umí vyhodnotit případné odchylky od normálního stavu u sebe, svých blízkých i ostatních lidí, se kterými se setkává	Naprosto	41	22,16%
	Podstatně	82	44,32%
	Středně	47	25,40%
	Málo	14	7,56%
	Vůbec	1	0,54%
2. Dospělý člověk se orientuje v nejčastějších chorobách, ví, co je jejich příčinou, jak se projevují, jak se léčí, jak člověk může napomoci procesu uzdravení nebo zmírnění potíží	Naprosto	31	16,75%
	Podstatně	85	45,94%
	Středně	61	32,97%
	Málo	8	4,32%
	Vůbec	0	0%
3. Dospělý člověk si umí vyhledat relevantní informace; k anonymním zdravotnickým radám přistupuje s kritickou obezřetností, veškerá doporučení ověřuje z více zdrojů, orientuje se na platné prameny	Naprosto	29	15,67%
	Podstatně	88	47,56%
	Středně	50	27,02%
	Málo	18	9,72%
	Vůbec	0	0%
4. Dospělý člověk spolupracuje se zdravotníky a dokáže přesně popsat projevy svých potíží v orientaci na základní nespecifické příznaky nemocí v případě vlastní poruchy zdraví i nemocí blízkých osob (např. dětí) a osob, o které pečuje	Naprosto	42	22,70%
	Podstatně	90	48,64%
	Středně	43	23,24%
	Málo	9	4,86%
	Vůbec	1	0,54%
5. Dospělý člověk si umí v případě méně závažných zdravotních poruch sám (nebo s podporou druhé osoby) posloužit nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc	Naprosto	75	40,54%
	Podstatně	78	42,16%
	Středně	25	13,51%
	Málo	7	3,78%
	Vůbec	0	0%
6. Dospělý člověk je schopen v případě méně závažných zdravotních poruch posloužit svým blízkým nebo osobám, o které pečuje nebo vyhledat patřičnou odbornou pomoc zdravotní či sociální	Naprosto	67	36,21%
	Podstatně	71	38,37%
	Středně	40	21,62%
	Málo	7	3,78%
	Vůbec	0	0%
7. Dospělý člověk je schopen zabezpečit zdravotnické prostředky, nebo léčiva do výbavy domácí lékárničky s ohledem na rizika věku a životního stylu svého, či svých blízkých	Naprosto	71	38,37%
	Podstatně	70	37,83%
	Středně	28	15,13%
	Málo	14	7,56%
	Vůbec	2	1,08%

8. Dospělý člověk k nemocným lidem ve svém okolí přistupuje s empatií a snahou jim pomoci, chová se k nim ohleduplně a dokáže jim pomoci	Naprosto	59	31,89%
	Podstatně	75	40,54%
	Středně	38	20,54%
	Málo	13	7,02%
	Vůbec	0	0%
9. Dospělý člověk zná možnosti regionu v péči o seniorskou populaci, síť institucí zaměřujících se na oblast péče-zdravotních i sociálních	Naprosto	14	7,56%
	Podstatně	53	28,64%
	Středně	78	42,16%
	Málo	32	17,29%
	Vůbec	8	4,32%
10. Dospělý člověk vytváří finanční rezervu a materiální podmínky pro tuto oblast podpory svým příbuzným	Naprosto	13	7,02%
	Podstatně	49	26,48%
	Středně	69	37,29%
	Málo	49	26,48%
	Vůbec	5	2,70%
11. Dospělý člověk zná a respektuje zásady léčebného režimu v době nemoci	Naprosto	48	25,94%
	Podstatně	83	44,86%
	Středně	37	20,00%
	Málo	17	9,18%
	Vůbec	0	0%
12. Dospělý člověk na základě sebezpozorování dokáže vyhodnotit účinky léčby či případných nefarmakologických postupů	Naprosto	37	20,00%
	Podstatně	65	35,13%
	Středně	67	36,21%
	Málo	13	7,02%
	Vůbec	3	1,62%
13. Dospělý člověk zná „svou nemoc“ a ví, jak se má chovat, uplatňuje postupy příznivě ovlivňující průběh nemoci či eliminující její možné negativní důsledky	Naprosto	39	21,08%
	Podstatně	81	43,78%
	Středně	43	23,24%
	Málo	19	10,27%
	Vůbec	3	1,62%
14. Dospělý člověk zná nemoc osob, o které pečuje (děti, rodiče, ostatní), ví, jak se mají chovat, uplatňuje svůj vliv k posílení postupů příznivě ovlivňujících průběh nemoci či eliminujících její možné negativní důsledky	Naprosto	37	20,00%
	Podstatně	86	46,48%
	Středně	48	25,94%
	Málo	12	6,48%
	Vůbec	2	1,08%
15. Dospělý člověk zná práva pacienta, je schopen si je vhodným způsobem vymoci nebo mít blízkou osobu, která mu může v tomto pomoci nebo je vymoci blízkým osobám, o které pečuje	Naprosto	30	16,21%
	Podstatně	55	29,72%
	Středně	63	34,05%
	Málo	34	18,37%
	Vůbec	3	1,62%
16. Dospělý člověk v případě mu nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu svých blízkých je schopen požádat o objasnění lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka	Naprosto	69	37,29%
	Podstatně	63	34,05%
	Středně	44	23,78%
	Málo	7	3,78%
	Vůbec	2	1,08%

Kompetence v oblasti neodkladné první pomoci a bezpečného chování	Obsah kompetence naplňujete?	Počet	Procenta
17. Dospělý člověk při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti, při nejistotě se poradí s odborníkem. Umí ošetřit méně závažná poranění u sebe i jiných a dokáže rozlišit, v jakých případech je třeba vyhledat odbornou pomoc.	Naprosto	44	23,78%
	Podstatně	66	35,67%
	Středně	48	25,94%
	Málo	27	14,59%
	Vůbec	0	0%
18. Dospělý člověk má k dispozici kontakt na svého praktického lékaře i kontakty na lékaře pro další osoby, o které pečuje, na pohotovostní službu, případně na ošetřující odborné lékaře a v případě potřeby přivolá odbornou pomoc prostřednictvím tísňových linek, spolupracuje podle pokynů příslušníků záchranných složek	Naprosto	64	34,59%
	Podstatně	63	34,61%
	Středně	44	23,78%
	Málo	14	7,56%
	Vůbec	0	0%
19. Dospělý člověk v situaci s ohrožením zdraví a života usiluje na prvním místě o bezpečí pro sebe a další dosud nepostížené osoby	Naprosto	60	32,43%
	Podstatně	82	44,32%
	Středně	37	20,00%
	Málo	6	3,24%
	Vůbec	0	0%
20. Dospělý člověk rozezná život ohrožující stavy, zná typické příznaky nejčastějších vážných nemocí. Pokud pečuje o starší osobu, je si vědom, že u osob ve vysokém věku mohou být příznaky i u závažných nemocí málo zřetelné	Naprosto	23	12,43%
	Podstatně	74	40,00%
	Středně	62	33,51%
	Málo	24	12,97%
	Vůbec	2	1,08%
21. Dospělý člověk dokáže ověřit základní životní funkce u postiženého, provádět masáž srdce, zastavit silné krvácení. Zná hlavní principy laické první pomoci	Naprosto	44	23,78%
	Podstatně	61	32,97%
	Středně	53	28,64%
	Málo	22	11,89%
	Vůbec	5	2,70%
22. Dospělý člověk pokud trpí chronickým onemocněním (on nebo osoba, za kterou má odpovědnost), ví jak se zachovat při jeho náhlém zhoršení. Pokud pro danou nemoc existují tzv. pohotovostní léky, má je vždy k dispozici	Naprosto	49	26,48%
	Podstatně	78	42,16%
	Středně	46	24,86%
	Málo	12	6,48%
	Vůbec	0	0%

23. Dospělý člověk pokud se stará o dítě, ví, jak se zachovat při jeho vysoké horečce, křečích z horečky, při silném zvracení a průjmu. Ví, které rostliny (pokojové, na zahrádce, v parku, v lese) a chemické nebo přírodní látky v domácnosti mohou být pro dítě jedovaté. Ví, jak se zachovat, když dítě požije něco škodlivého	Naprosto	38	20,54%
	Podstatně	76	41,08%
	Středně	54	29,18%
	Málo	16	8,64%
	Vůbec	1	0,54%
24. Dospělý člověk rozumí významu bezpečného chování pro zdraví své i osob, o které pečuje	Naprosto	57	30,81%
	Podstatně	86	46,48%
	Středně	38	20,54%
	Málo	4	2,16%
	Vůbec	0	0%
25. Dospělý člověk rozezná a dokáže se vyhnout situacím s nepřiměřeným rizikem pro život a zdraví své i jiných. Vede ke znalosti a dodržování těchto zásad i své děti, příp. jiné osoby, o které pečuje. Dokáže rozlišit, které rizikové situace je daná osoba schopná vyřešit sama a kdy je nezbytný přímý dohled	Naprosto	38	20,54%
	Podstatně	85	31,35%
	Středně	48	25,94%
	Málo	14	7,56%
	Vůbec	0	0%
26. Dospělý člověk při pracovních činnostech v zaměstnání i v domácnosti, při sportu a v dopravě dodržuje pravidla pro danou činnost a důsledně používá příslušné ochranné pomůcky. Dbá na používání vhodných ochranných pomůcek i u osob, o něž pečuje	Naprosto	39	21,08%
	Podstatně	78	42,16%
	Středně	58	31,35%
	Málo	10	5,40%
	Vůbec	0	0%
27. Dospělý člověk aktivity s rizikem úrazu neprovádí pod vlivem alkoholu nebo jiných látek ovlivňujících vnímání a pohotovost reakce	Naprosto	77	41,62%
	Podstatně	70	37,83%
	Středně	21	11,35%
	Málo	17	9,18%
	Vůbec	0	0%
28. Dospělý člověk v kontaktu se zvířaty se chová bezpečně a jedná s nimi s respektem k fyziologickým potřebám daného zvířecího druhu. V tomto duchu vychovává i své děti	Naprosto	82	44,32%
	Podstatně	77	41,62%
	Středně	17	9,18%
	Málo	9	4,86%
	Vůbec	0	0%