

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Kristýna Doučková

**Zdravotní gramotnost učitelů 2. stupně ZŠ**

Olomouc 2021

vedoucí práce: doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí mé diplomové práce a použila jsem pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 15. 4. 2021

Bc. Kristýna Douchová

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní doc. Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., za vstřícnost, rady a pomoc při tvorbě mé diplomové práce. Poděkování patří i všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumu, mé rodině a dalším lidem, kteří mě podporovali při tvorbě mé diplomové práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>6</b>
<b>1 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY A PROBLÉMY .....</b>	<b>7</b>
<b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Problematika zdraví.....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Zdraví a společnost.....	10
2.1.2 Zdraví a rodina .....	12
2.1.3 Modely zdraví.....	13
2.1.4 Determinanty ovlivňující zdraví.....	14
<b>2.2 Prevence a podpora zdraví.....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Podpora zdraví a prevence.....	18
2.2.2 Programy podpory zdraví .....	20
<b>2.3 Zdravotní gramotnost .....</b>	<b>22</b>
2.3.1 Jak porozumět informacím .....	22
2.3.2 Definice zdravotní gramotnosti .....	23
2.3.3 Modely zdravotní gramotnosti .....	25
2.3.4 Nástroje k hodnocení zdravotní gramotnosti.....	27
<b>2.4 Pedagogové a zdravotní gramotnost.....</b>	<b>29</b>
2.4.1 Práce pedagoga .....	29
2.4.2 Rizikové faktory v práci pedagogů.....	30
2.4.3 Příprava budoucích učitelů .....	30
2.4.4 Školení a další vzdělávání učitelů na základních školách .....	32
<b>2.5 Předmět Výchova ke zdraví .....</b>	<b>34</b>
<b>3 METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Výzkumný soubor .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Metoda výzkumu .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Výzkumný nástroj .....</b>	<b>36</b>

3.4 Uspořádání výzkumu .....	37
3.5 Zpracování dat výzkumu.....	37
3.6 Metody statistického vyhodnocení dat .....	38
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>39</b>
4.1 Demografické údaje respondentů .....	39
4.2 Výsledky první části standardizovaného dotazníku .....	46
<b>5 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ .....</b>	<b>57</b>
5.1 Hypotéza 1 – ověření.....	58
5.2 Hypotéza 2 - ověření.....	64
5.3 Hypotéza 3 - ověření.....	75
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>80</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>83</b>
<b>SOUHRN .....</b>	<b>85</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>96</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>97</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>99</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>100</b>
<b>SEZNAM VLOŽENÝCH PŘÍLOH.....</b>	<b>101</b>

## ÚVOD

Téma této diplomové práce je komplexně zaměřeno a týká se propojení pedagogiky se zdravotní gramotností. Termín zdravotní gramotnost není pouze součástí zdravotnictví, ale ovlivňuje nás všechny v každodenním životě. Vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je nedílnou součástí práce každého učitele, který chce všestranně rozvíjet kompetence žáků.

Název práce směřuje k úrovni zdravotní gramotnosti, což je důležitá schopnost pro každého člověka. Tento typ gramotnosti je zároveň součástí lidské společnosti, která sleduje, determinuje a organizuje systém péče o zdraví (Fialová, 2014). Člověk by měl rozhodovat o svém zdraví a chovat se tak, aby jej příznivě ovlivňoval.

Ve 21. století máme přístup k různým technologiím, zdravotní gramotnost by tedy měla být pro všechny nejen přístupná, ale také pochopitelná. Existují různé zdroje, které o zdravotní gramotnosti pojednávají, ať už knihy, aplikace či příručky. I přes množství dostupných zdrojů je úroveň zdravotní gramotnosti učitelů stále diskutované téma.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části, část teoretickou a část věnující se výzkumu. V práci je stanoven hlavní cíl, který je doplněn cíli dílčími.

V teoretické části je logicky členěna problematika. V úvodu je definován pojem zdraví a jeho determinanty. Dále je stručně zmíněna prevence zdraví. Další část teorie se věnuje zdravotní gramotnosti, konkrétně její struktuře, historii a implementaci v rámci profesní přípravy pedagogů. Pozornost je věnována také výzkumům v této oblasti. V závěru teorie je přiblíženo pojetí zdravotní gramotnosti v rámci výuky předmětu Výchova ke zdraví.

V praktické části je rozpracován výzkum, který je klíčový pro tuto práci. Výzkum je zaměřen na zdravotní gramotnost pedagogů druhého stupně základní školy. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit u vybraného vzorku učitelů úroveň zdravotní gramotnosti. Samotný výzkum probíhal na základních školách v okrese Havlíčkův Brod. Úkolem výzkumu bylo analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti respondentů, učitelů 2. stupně ZŠ, zjistit postoje k preventivním prohlídkám a zjistit, jaký vliv mají média na zdravotní gramotnost.

Diplomová práce se věnuje danému tématu zejména pro to, že úroveň zdravotní gramotnosti učitelů ovlivňuje postoje a názory žáků. Zjištění úrovně zdravotní gramotnosti učitelů by mohlo být přínosným podkladem pro zkvalitnění profesní přípravy učitelů a rozšíření nabídky dalšího vzdělávání učitelů v oblasti problematiky zdraví.

# 1 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY A PROBLÉMY

## CÍLE PRÁCE

- **Hlavní cíl:** Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u vybraného vzorku učitelů druhého stupně základních škol v České republice, konkrétně v okrese Havlíčkův Brod.
  
- **Dílčí cíle a úkoly práce:**
  - 1) Vytvořit teoretická východiska DP s důrazem na vymezení zdravotní gramotnosti a jejího významu u pedagogů.
  - 2) Realizovat výzkum zdravotní gramotnosti u pedagogů 2. st. základní školy v okrese Havlíčkův Brod.
  - 3) Na základě výzkumu:
    - a. Analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti zainteresovaných pedagogů.
    - b. Zjistit rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti u žen a mužů pedagogů.
    - c. Analyzovat výsledky s ohledem na vliv médií v oblasti spolehlivosti a informovanosti pedagogů, v oblasti preventivních prohlídek a ke vztahu mezi subjektivním zdravím jedinců a pravidelným cvičením.
    - d. Navrhnout implementaci výsledků ve vztahu k úrovni zdravotní gramotnosti v populaci.

## VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

1. Zaujímají preventivní prohlídky u pedagogů 2. stupně základní školy důležitou roli v prevenci vůči nemocem?
2. Jsou média pro pedagogy 2. stupně základní školy spolehlivým zdrojem informací v oblasti prevence před nemocemi?
3. Existuje u pedagogů 2. stupně základních škol souvislost mezi subjektivním hodnocením zdraví a pravidelným cvičením?

## **VĚCNÉ HYPOTÉZY**

**Hypotéza 1:** Absolventi gymnázií snadněji rozumí důležitosti preventivních prohlídek než absolventi jiných oborů středních škol.

**Hypotéza 2:** Pedagogové 2. stupně základní školy, kteří snadno chápou informace z médií, dovedou snadno udělat rozhodnutí, jak zlepšit své zdraví.

**Hypotéza 3:** Pedagogové 2.stupně základní školy, kteří se pravidelně věnují pohybu, hodnotí své zdraví kladněji než ti, kteří jsou pohybově pasivnější.



## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1 Problematika zdraví

Zdraví bylo pro člověka vždy důležitou hodnotou. Jednou z prvních osobností, která se zajímala o téma zdraví byl Hippokrates (460-370 př.n.l.), zdraví chápal jako nejcennější část života člověka (Růžička, 2004). Ve 13. století se objevuje Asklépios, který je považován za boha léčitelství, při léčení lidí vychází ze znalostí bylin a jejich účinků. Jak uvádí Líšková (2013), k většímu rozvoji oblasti zdraví došlo v 19. století, kdy se medicína vyvíjela s ohledem na znalosti fyziologie lidského těla a orgánových struktur.

Pojem zdraví je v dnešní době chápán jako nenarušený a vyvážený stav duševní, tělesné a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 2014). Na zdraví je nahlíženo z holistického pohledu a je jej potřeba upevňovat jako celek. Machová a Kubátová (2015) tvrdí, že zdraví je z odborného hlediska považováno za nejvýznamnější hodnotu lidského života. Pozitivní zdravotní stav je předpokladem pro kvalitní a naplněný život jedince v současné lidské společnosti.

Žaloudíková (2013) předkládá teorii dělení zdraví dle profesora Křivohlavého, jež byla definována v publikaci v r. 2003, podle této teorie je zdraví možno rozdělit do šesti oblastí. Dělení počíná oblastí síly fyzické a psychické. Dále následuje oblast duchovní síly člověka. Třetí oblast se nazývá salutogeneze a souvisí s individuálním zdrojem zdraví. Čtvrtá oblast popisuje zdraví jako adaptační schopnost, jež nám umožňuje přizpůsobit se prostředí, ve kterém žijeme. Pátá oblast představuje schopnost udržet dobře fungující mysl a tělo. Poslední oblast se označuje jako zboží a představuje zdraví jako věc, ke které máme pasivní postoj a nevykládáme aktivitu v péči o něj.

Seedhouse (2001) tvrdí, že se pojetí zdraví liší také v přístupu různě zaměřených lidí. Lékař posuzuje zdraví pouze na základě nepřítomnosti nemoci či vady. Naopak sociolog hledí na zdraví jako na schopnost obstát ve společnosti a umět žít s ostatními. Dle humanisty je zdravý člověk ten, který se dovede vypořádat s překážkami života a podle idealisty je zdraví pro člověka ideální stav, kdy je zajištěna fyzická, duševní, duchovní a sociální pohoda.

V různých konkrétních případech může být zdraví chápáno rozdílně. Dle Velemínské (2017) je zdraví odlišně chápáno napříč generacemi. To, co starší člověk

považuje za relativní zdraví, může mladší jedinec považovat za přítomnost nemoci nebo pociťovat jako omezení.

Podle Křížové (2018) se však pojetí zdraví liší dle dvojího typu přístupu lidí. Podle prvního typu je třeba nejprve zjistit, co zdraví pozitivně ovlivňuje a poté to praktikovat v běžném životě. Druhý typ chápe zdraví tak, že člověk musí při péči o zdraví nejprve vyhledat faktory, které na zdraví negativně působí a poté se těchto faktorů ve svém jednání vyvarovat.

Dle Machové a Kubátové (2015) je zdraví jednou z nejdůležitějších podmínek, která nám umožňuje prožít smysluplný a naplněný život.

Různá pojetí zdraví se odlišují zejména v tom, zda zdraví popisují pouze jako prostředek k dosažení dílčích cílů či jako vytyčený cíl samotný. Veškeré názory a definice zdraví od různých autorů se shodují v tom, že zdraví je žádoucí a pro člověka potřebný stav, který vede k naplnění jeho životních cílů a pomáhá mu kvalitně žít.

### **2.1.1 Zdraví a společnost**

Zdraví jedince, tzv. individuální zdraví má přesah i do společenské hodnoty. Zdraví jedince se netýká pouze jeho samotného, neboť jedinec je součástí sociálního, hospodářského a kulturního rozvoje celé společnosti. Úroveň zdraví je dána ekonomickou, politickou a humanitní vyspělostí země a v neposlední řadě jej ovlivňuje také prosperita společnosti (MZČR, 2015).

Dle Křížové (2018) se zdravotnický systém ve všech zemích opírá o etické principy, ale zároveň je ovlivňován politickou, ekonomickou a mocenskou situací v dané zemi. Péče o zdraví tedy není pouze činností jedince, ale také úkolem společnosti, která zdraví jednotlivců významně ovlivňuje. Stav našeho zdraví ovlivňuje naše sociální interakce a mění naše sociální postavení. Zdraví je tedy nepřetržitě ovlivňováno mocenskými vztahy ve společnosti (Jandourek, 2007).

Naopak Kastnerová (2012) tvrdí, že zdraví je pouze záležitost jedince samotného. Dle ní máme zdraví především ve svých rukou a záleží na nás samotných, jak se mu budeme věnovat, zda jej ovlivníme pozitivně či negativně. Zdraví je nejvíce ovlivněno životním stylem jedince. Zdravý životní styl se vyznačuje dostatkem pohybu, správnou výživou, přiměřenou mírou stresu, relaxací a spánkem.

Zdravotní péče země je jedním z faktorů, které ovlivňují zdraví lidí. Zdravotní péče v České republice (dále jen ČR) funguje v součinnosti s všeobecným zdravotním pojištěním, které je každý obyvatel povinen hradit. V některých případech může zdravotní pojištění za občana hradit stát, např. za seniory, studenty a ženy na mateřské dovolené. Úkolem zdravotní péče je kolektivně posilovat zdraví, zabránit onemocnění, léčit onemocnění vzniklá a eliminovat následky nemocí (Zlámal a Bellová, 2013).

Podpora a ochrana veřejného zdraví v ČR je zakotvena v zákoně č. 258/2000 Sb., což je zákon o ochraně veřejného zdraví. Tento zákon upravuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví. Dle tohoto zákona je tedy zdravotní stav obyvatelstva souhrnem pracovních, přírodních a životních podmínek a způsobem života obyvatelstva.

Dle programu WHO, Zdraví pro všechny ve 21. století (2008) jsou pro získání či udržení kvalitního zdraví potřebné následující podmínky:

- Absence strachu z válečného konfliktu a mír
- Dostupná a stejná šance na zdraví pro všechny
- Uspokojení životních potřeb: potrava, voda, sanitace, bydlení, vzdělání
- Podpora veřejnosti a politická vůle

Společnost hovoří o zdravotním potenciálu, jako o nejvyšším možném stupni zdraví jedince. Potenciál zdraví každého člověka závisí na tom, zda se o sebe dovede postarat, zda se může samostatně rozhodovat a zabezpečit kontrolu nad svým životem. Zároveň je nutné, aby jedinec svým konáním neohrožoval zdraví ostatních členů společnosti. Součástí těchto skutečností je i pozitivní vliv na zdraví, tedy posilovat faktory, které zdraví prospívají a eliminovat ty, které mu škodí. Úkolem společnosti je vytvářet takové podmínky, aby člověk mohl potenciál svého zdraví ve společnosti naplno uplatnit a žít tak plnohodnotný život (Zdraví 21, 2004).

Souhrnně se dá tedy říct, že zdraví je determinováno třemi faktory, a to individuálními vlastnostmi jedince, společenskými činiteli a kvalitou životního prostředí. Jedinec má tedy na své zdraví vliv a může jej ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. Nepochybně je také společnost tím významným faktorem, který ovlivňuje zdraví jedinců (Zdraví 2020).

### 2.1.2 Zdraví a rodina

Rodina je pro jedince základním prostředím neboli nejvýznamnější sociální skupinou, které je členem. Každý člověk je determinován biologickými faktory, dědičností, zráním a sociálně, tedy učením. Dalšími faktory, které vývoj člověka ovlivňují, jsou výchova, komunikace a autoregulace (Helus, 2015).

Tuto myšlenku podporují Šmídová a Vávra (2010) dle kterých má na zdraví každého jedince významný vliv rodina, která tvoří nezastupitelné místo při formování ZG jedince. Rodina jako celek svým chováním a předkládáním postojů ovlivňuje názory a chování svých členů v oblasti zdraví.

Dle Kohoutka (2009) je hlavním úkolem rodiny připravit dítě na plnohodnotný život ve společnosti a z hlediska ZG předávat dítěti pozitivní návyky, hodnoty a postoje, které u něj povedou k správnému přístupu v péči o zdraví. Podle McNeilla (2010) má rodina dokonce klíčovou roli v tom, aby připravila jedince již v útlém věku na zdravý, šťastný, naplněný a produktivní život, kterým bude zároveň daný jedinec přispívat k prospěchu společnosti.

Již od útlého věku se děti učí různé návyky, mezi něž patří také návyky hygienické, týkající se péče o zdraví. Dle Bokové (2011) dobrý vztah rodičů a dětí, učení návykům, trpělivost a respekt jsou důležitými preventivními prvky v oblasti zdraví dětí. V období, kdy dítě přivyká na základní návyky, je povinností rodiny být dítěti vzorem a pomáhat mu při učení se novým návykům. Zároveň je v této době nutné eliminovat negativní vzory chování či hygienické návyky, které by si dítě mohlo osvojit a zařadit tak k běžně konaným činnostem.

Dle Sharmy (2017) jsou základní návyky získané v rodině prohlubovány zejména docházkou do mateřské školy, kde dítě upevňuje a rozšiřuje získané znalosti. Podle něj má nejzásadnější vliv na postoje a formování názorů v oblasti zdraví mateřská a základní škola, nikoliv rodina.

Na zdraví jedince má vliv výchova v rodině, avšak není to faktor, který absolutně určí, jaký bude mít jedinec vztah ke svému zdraví. Na celkové psychické a fyzické zdraví člověka má ve velké míře vliv rodinná situace, ve které se jedinec nachází, může jej formovat pozitivně a posouvat dál nebo na něj působit negativně a utlumit jej. V nemalé míře v oblasti zdraví působí také genetika, která má v samotné determinaci zdraví nezastupitelnou roli v podobě genetické výbavy jedince, kterou dědí po rodičích a předcích (Hamplová, 2014).

### **2.1.3 Modely zdraví**

K vysvětlení širší podstaty zdraví jsou kromě definic často využívány nejrůznější modely zdraví. Model zdraví je zjednodušená představa o zdraví, která zahrnuje jeho charakteristiku a faktory, které jej ovlivňují. Holčík (2010) předkládá dva typy modelů zdraví, model ekologicko-sociální a model biomedicínský.

#### **1) Model ekologicko-sociální**

Holčík (2010) v tomto modelu popisuje, že zdraví je ovlivněno především přírodním a sociálním prostředím. Vliv na zdraví má osobnost člověka, rodinné vztahy, emoce, názory i sociální role člověka. Uvědomování si zdravotních problémů a jejich přijímání je podmíněnou kulturními, politickými a ekonomickými podmínkami.

Jedinec je dle tohoto modelu posuzován jako člen společnosti. Ekologicko-sociální model se zaměřuje na zdraví jedince jako na celou osobnost, která žije v určité společnosti a má dané sociální role, které musí vykonávat. Zdraví je tedy podmíněno vztahy mnoha lidí a není pouze důsledkem vztahu lékaře a pacienta a nepřítomností nemoci. Model si všímá objektivní i subjektivní stránky zdraví, sleduje i fakt, že různé chování lidí může odlišně ovlivnit případný vznik onemocnění či průběh jeho léčby (Velemínský, 2017).

#### **2) Model biomedicínský**

V pojetí tohoto modelu je vycházeno z klinické praxe, kdy model řeší vhodnou terapii, dostupnost vyšetření, diagnostická kritéria a symptomy nemoci. Tento model pracuje s informacemi, které jsou získávány odborným lékařským vyšetřením.

Biomedicínský model vychází z přítomnosti či nepřítomnosti nemoci a poruchy zdraví. V konečném důsledku tento model uznává pouze biologické faktory vzniku určitého onemocnění, ignoruje tak vliv psychiky a sociálního prostředí jedince a soustředí se pouze na fyzické zdraví těla (Holčík, 2010).

Tento model je výhodným nástrojem medicíny, která výzkumy dosáhla cenných výsledků a přispěla k léčbě různých nemocí. Aby se však dařilo řešit problémy se zdravím celostně, je třeba nezaměřovat se pouze na biomedicínskou podstatu zdraví, ale vzít v potaz i další významné faktory, které na zdraví působí.

### 3) Další modely zdraví

Kromě biomedicínského a ekologicko-sociálního modelu zdraví existují ještě další typy modelů. Jedním z nich je model sociologický, který zohledňuje zejména společenskou roli jedince ve vlivu na zdraví. Dalším je model behaviorální, který si všímá významu chování lidí ve vztahu ke zdraví. Dále je to model humanitní, ten pracuje zejména s morálními a volními aspekty existence lidí. Dalšími využívanými modely zdraví jsou např. model populační, který studuje populaci jako celek nebo komplexnější celostní model (Holčík, 2010).

#### 2.1.4 Determinanty ovlivňující zdraví

Podle Knibb-Lamouche (2012) má biologie vliv na zdraví jedinců, avšak ve větší míře se často na zdraví podílí determinanty, které nejsou biologického či genetického charakteru. Na zdraví člověka působí množství zevních a vnitřních faktorů. Tyto faktory jsou nazývány determinanty zdraví, jelikož zdraví ovlivňují, formují, mění či usměrňují, a to pozitivně nebo negativně. Mezi faktory, které nejvíce ovlivňují zdraví, patří kouření, nadměrná konzumace alkoholu, chudoba, nezaměstnanost, nedostatek pohybu, přemíra živočišných tuků ve výživě či nadváha (Komárek a Provazník, 2011).

Determinanty zdraví působí na každého člověka individuálně a mají nespecifický účinek. Nepůsobí tedy na jednu konkrétní část zdraví, ale ovlivňují více zdravotních projevů konkrétního jedince. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2014) se na zdraví nejvíce podílí životní styl, a to v míře 50 %. Dále pak genetický profil v míře 20 % a v míře 10 % se na zdraví podílí zdravotní péče. Marková (2012) potvrzuje, že determinanty zdraví mají zásadní vliv na kvalitu života a styl života populace.

Zdravotní determinanty neboli faktory působí na člověka buď přímo anebo zprostředkovaně. Působení faktorů na zdraví člověka může být buď pozitivní, chrání a posiluje zdraví nebo negativní, oslabuje zdraví a vyvolává zdravotní problémy. Tyto problémy jsou často nevratné. Podle Kastnerové (2016) se determinanty dají rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné determinanty jsou ty, které můžeme vlastní vůlí regulovat např. životní styl, zdravé návyky či socioekonomický status. Mezi neovlivnitelné determinanty patří ty, které nemůžeme ovlivnit vlastní vůlí, mezi tyto patří pohlaví, věk či zdravotní anamnéza.

Dle Machové a Kubátové (2015) se determinanty ovlivňující zdraví dělí na vnitřní – tedy genetické a vnější – životní styl jedince, prostředí k životu a úroveň zdravotní péče.

### **Zevní neboli vnější faktory se dělí do třech skupin (Machová a Kubátová, 2015):**

#### **a) Životní styl**

Dle Jandourka (2007) představuje životní styl souhrn určitých podmínek, které obklopují jedince a záleží na jedinci samotném, jak tyto podmínky okolo sebe využije, zda ve svůj prospěch či nikoliv. Životní styl je nejvýraznějším faktorem, který ovlivňuje zdraví jedince. Do životního stylu řadíme formy chování v nejrůznějších životních situacích, tedy návyky, postoje a přesvědčení jedince. Životní styl je víceméně dobrovolný postoj jedince k jeho vlastnímu životu, který je limitovaný pouze ekonomickou situací, zvyklostmi dané oblasti či společnosti, tradicemi či sociálním prostředím, ve kterém daný jedinec žije. Směr životního stylu člověka se odvíjí od jeho vlastního přesvědčení a zejména od dostupnosti k informacím týkajícím se zdraví. Dle Rabocha (2019) má životní styl vliv nejen na fyzickou stránku zdraví, ale významně ovlivňuje také duševní zdraví a případný vznik duševních poruch.

Pro správnou péči o zdraví je důležité, aby měl jedinec dostatečně rozvinuté návyky, dovednosti a formoval je v ideální pro svou osobu. Aspekty životního stylu je nutno rozvíjet již v útlém věku v rámci rodiny, školy či kolektivu přátel. Už v předškolním věku dítě roste a zraje jako bio-psycho-sociální bytost. Tento proces pokračuje i v průběhu školní docházky. Společně se správnými návyky se v průběhu života jedinec učí odpovědnosti za vlastní zdraví (Lukášová, 2010).

S životním stylem úzce souvisí výživa. Vlivem nadbytku informací týkající se správné výživy je pro člověka nejjednodušší správně vydedukovat, co vlastně zdravá výživa je. Aby se člověk správně stravoval, musí sledovat stále přibývajících informace a správně je vyhodnocovat, vyřadit ty nepotřebné a orientovat se na ty žádoucí. Jednoduchým pomocníkem pro základy správného stravování je potravinová pyramida. Potraviny umístěné v základu pyramidy jsou ty, které by měl člověk přijímat v největším množství např. obiloviny, luštěniny, zelenina či ovoce. Směrem nahoru k vrcholu pyramidy se postupně trend zužuje a na vrcholu pyramidy jsou potraviny, které by měly být přijímány pouze v omezeném množství např. mléčné výrobky, maso, tuky, vejce či ořechy (Kunová, 2011).

Dalším faktorem životního stylu je správný a zdravý pohyb. Pohybová aktivita je nezbytná pro udržení zdraví jedince. Pohyb přispívá k předcházení nemocí, oddálení následků nemocí či k léčbě některých onemocnění. Pohyb se dělí na rekreační a sportovní. Rekreační sport přispívá k prevenci obezity, srdečních onemocnění či rakoviny. Tyto choroby nazýváme jako civilizační onemocnění. Rekreační pohyb také pomáhá v prevenci bolestí zad či nemocí pohybového aparátu jako jsou Artritida, Artróza nebo Dna. Pohyb má vliv nejen na fyzické zdraví člověka, ale příznivě působí i na zdravé psychické procesy (Bašková, 2009).

Oldenburg a Spiesshoefer (2020) uvádějí, že neopomenutelnou součástí zdravého životního stylu je spánek. Spánek patří mezi základní biologické potřeby všech savců včetně člověka. Absence kvalitního spánku vede zvláště k negativním projevům v oblasti zdraví – nechutenství, podráždění, nemocnost, únava či malátnost. Spánkový deficit přispívá také k poruchám koncentrace, problémům s pamětí či psychickým problémům, které se mohou rozvinout ve vážné psychické nemoci a poruchy. Dlouhodobě nekvalitní spánek může vést až k vážným zdravotním problémům, jako jsou kardiovaskulární onemocnění či duševní nemoci.

#### **b) Prostředí k životu – sociální prostředí**

Nedílnou součástí zevních faktorů ovlivňujících zdraví člověka je prostředí, ve kterém jedinec prožívá svůj život. Prostředí je mnohdy nelehce ovlivnitelným faktorem, který se však na utváření zdraví významně podílí. Výskyt nemocí často úzce souvisí s prostředím, ve kterém daný člověk žije většinu svého života. Znečištění ovzduší, kvalita vody a okolní přírody, hygienické podmínky, hluk, trauma v podobě válek a přírodních katastrof či náročné pracovní prostředí se odráží na fyzickém i psychickém zdraví jedinců. Některé z těchto faktorů lze ovlivnit – např. změna pracoviště, užití protihlukových prvků, stěhování se do klidnější a čistší lokality obce apod.

Zlepšení kvality prostředí ovlivněného negativními vlivy je většinou dlouhodobý proces, který není v kompetenci jedince změnit. O dlouhodobé změny negativního prostředí usiluje společnost jako celek a rozhodují o něm vedení jednotlivých států. Často se jedná o některý z globálních problémů, což jsou problémy, které negativně ovlivňují celou planetu např. znečištění ovzduší a vod (Machová a Kubátová, 2015).



### c) **Úroveň zdravotní péče**

Třetím zevním faktorem ovlivňujícím zdraví je úroveň zdravotní péče, která je pro jedince dostupná. V mnohých zemích je zdravotní péče na velmi vysoké úrovni a dostupná pro většinu obyvatel, existují však země, které vynikají nejen nedostatečnou úrovní zdravotní péče, ale také nedostupností zdravotní péče pro většinu obyvatel např. rozvojové země afrického kontinentu (Janečková a Hnilicová, 2009).

Pro vysokou úroveň zdravotní péče hraje hlavní roli potřeba financí, prostředků, vyškoleného personálu a vybavení v sektoru zdravotnictví, neopomenutelným faktem je také dostupnost lékařské péče pro široké spektrum pacientů a v neposlední řadě i kvalita lékařské péče. Zdravotnictví ČR je trvale kritizováno za svoji neefektivitu. Negativní jevy jsou průběžně odstraňovány, jde např. o nedostatečnou podporu primární péče, špatnou strukturu lůžkového fondu, vysoký počet kontaktů s lékařem či nízkou kompetenci svěřenou zdravotním sestřám. S úrovní zdravotní péče také úzce souvisí rozvoj medicíny a lékařské techniky a zdravotní politika dané země (Zlámal, 2016).

### **Vnitřní faktory**

Vnitřní determinanty souvisí s genetickou výbavou každého jedince. Podle Machové (2015) se jedná se o faktory, které nejsou ovlivnitelné vnějšími vlivy. Každý člověk těmito faktory disponuje již od počátku svého života. Patří mezi ně náchylnost k onemocněním, vývojové vady nebo odolnost vůči rizikům.

Podle Müllerové a Aujezské (2014) získává sice jedinec na počátku ontogenetického vývoje dědičnou výbavu od svých biologických rodičů při splynutí pohlavních buněk, avšak záleží zejména na jeho vlastním konání v oblasti zdraví. Tedy může mít genetické predispozice k určitému onemocnění, avšak pozitivním přístupem k péči o své zdraví může vznik tohoto onemocnění potlačit či alespoň zlepšit jeho prognózu. Nelze však s určitostí říct, že správným přístupem ke zdraví lze genetické predispozice zcela eliminovat. Vnitřní determinanty jsou tedy genetické predispozice, věk, a pohlaví.

## **2.2 Prevence a podpora zdraví**

### **2.2.1 Podpora zdraví a prevence**

#### **Podpora zdraví**

Nedílnou součástí moderní společnosti je podpora zdraví, která je považována za aktivitu pro zdraví. Dle zákona č. 258 z roku 2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví je podpora zdraví v ČR spojena s vytvářením vhodných podmínek pro zdraví, zdravý růst a vývoj. Oproti tomu prevence se zaměřuje na předcházení negativních stavů zdraví. V problematice podpory zdraví je velmi důležitá dostupnost finančních prostředků, kvalitního materiálu a technického vybavení zdravotnických zařízení. Podpora zdraví je ovlivňována nejen politickou situací dané země, ale také hospodářstvím a vývinem nových technologií.

V rámci podpory zdraví je tedy stále nejdůležitější aktivní zapojení jednotlivce, který přijme kladně důležitost péče o své zdraví a osvojí si prvky zdravého životního stylu. Sigmund a Sigmundová (2014) tvrdí, že již v útlém věku dítěte je třeba podporovat aktivní trávení volného času a motivovat děti ke zdravému přístupu ke stravě, pitnému režimu a spánku.

#### **Prevence**

Prevence je prováděna na úrovni jedince, skupiny či celé společnosti lidí. Zdravotní prevence je zpravidla zaměřena proti obecným příčinám onemocnění. Dle Křížové (2018) jsou zdravotní výchova a prevence náročné disciplíny, jejichž dosah a efekt je omezen, protože lidé často nejednají racionálně, vědí, co je ze zdravotního hlediska škodlivé, ale pokračují v tom, příkladem toho je kouření, nadměrná konzumace alkoholu či sedavý styl života. Podle Čevely a Čeledové (2014) však prevence v oblasti zdraví může mít efektivní výsledky pouze tehdy, když jsou její základy předány žákům již v útlém věku a následně se v tomto vzdělávání soustavně a cíleně pokračuje až do jejich dospělosti. Fialová (2014) uvádí, že v rámci školy je prevence sjednocena ve školním vzdělávacím programu a její fixní podoba je rozpracována vedením školy společně s pedagogy, kteří jsou v daném oboru aprobováni a odborně erudováni.

Křížová (2018) tvrdí, že prevence zdraví má zejména sociální význam, jelikož každá společnost potřebuje jedince, kteří jsou aktivní, tedy předpokládá se, že mají dobré psychické

a fyzické zdraví a netrpí vadami. Lékaři jsou těmi, kdo na zdraví společnosti dohlížejí a vykonávají tak funkci jakýchsi inspektorů zdraví. Dle Tombaka (2014) je však prevence nejen činností, kterou provádí instituce, ale zejména činností, kterou by měl provádět každý jednotlivec tak, aby pozitivně ovlivňoval své zdraví. Životní styl má v prevenci velmi významné postavení, jelikož zlepšení zdraví a prevence před nemocí závisí na individuální činnosti jedince. Často vede správný a zdravý životní styl k potlačení či zmírnění hrozícího onemocnění.

### **Základní dělení prevence:**

#### **a) Primární**

Tato prevence se týká času, kdy nemoc ještě nevznikla. Cílem této prevence je předejít vzniku samotné nemoci. Součástí této prevence jsou aktivity spojené s posílením zdraví (fyzická aktivita, správné postoje v oblasti zdraví, správná výživa a dostatek spánku) či odstraněním rizikových faktorů (konzumace alkoholu, omamných látek, nedostatečná hygiena, pobyt ve znečištěném ovzduší, tlak na psychiku, sedavý způsob života, přetíženost). Za formu primární prevence považujeme i očkování. Dle Čeledové a Čevely (2017) jde např. o předcházení problémů se zuby, tedy aktivitou primární prevence je kvalitní a pravidelná péče o chrup.

#### **b) Sekundární**

Prevence tohoto typu je prováděna v případě, že onemocnění či problém u daného jedince již existuje. Tato prevence se zaměřuje na omezení komplikací při průběhu nemoci a jejím cílem je úspěšná léčba nemoci. Mezi formy této prevence patří screeningové programy či preventivní prohlídky, při kterých je možné včas objevit přicházející zdravotní problém a zahájit jeho rychlé řešení, které může být jedinou cestou k vyléčení. Čeledová a Čevela (2017) popisují sekundární prevenci na příkladu, kdy jedinec ztratí zub, aktivitou sekundární prevence v tomto případě je umělá náhrada. V případě sekundární prevence je rovněž nutná ZG populace, zejména znalost časných příznaků onemocnění, pozorování změn na vlastním těle či nepříjemných stavů nebo pochopení důležitosti preventivních prohlídek.

### c) Terciární

Poslední typ prevence se zaměřuje na eliminaci následků a poškození, které zanechá prodělané onemocnění. Kromě zdravotních následků nemoci tato prevence předchází i důsledkům sociálním, pracovním či psychickým, které by mohly negativně ovlivnit život jedince. Podle Čevely a Čeledové (2014) je terciární prevencí částečně rovněž náhrada zubu za umělý, jelikož umístěním umělého zubu na místo původního, který třeba vypadl důsledkem zánětu. Předchází se tak dalším možným škodám, které by vznikly, kdyby se zánět nevyléčil, což je právě aktivita terciární prevence.

Důležitost prevence je nezbytné zdůrazňovat vždy a opakovaně. Preventivní prohlídky, vyšetření či opatření jsou prvním krokem, kterým lze předejít větším problémům. Podpora zdraví by měla být jedním z hlavních cílů školních vzdělávacích programů (Fialová, 2014). Vzhledem k této skutečnosti je akreditace oboru Výchova ke zdraví a začlenění stejnojmenného předmětu do školních osnov pozitivním krokem v oblasti prevence a podpory zdraví. Dle Bačuvčíka a Harantové (2018) patří mezi významné preventivní aktivity v ČR např. očkování proti rakovině děložního hrdla u dívek či prevence rakoviny varlat u chlapců, která spočívá ve včasném vyšetření. Rovněž je do souvislosti uváděna prevence rakoviny prsu, která je častým nádorovým onemocněním žen v ČR.

#### 2.2.2 Programy podpory zdraví

Programy podpory zdraví jsou navrhovány a implementovány za účelem zlepšení zdravotního stavu lidí a předcházení nemocem. Jejich snahou je vylepšit postoj jedinců či společnosti k vlastnímu zdraví. Toho lze dosáhnout zkvalitněním podpory zdraví a důrazem na prevenci. V ČR je platný zákon č. 258/2000 Sb., který pojednává o ochraně veřejného zdraví. Ve společnosti platí systém nastavených hodnot. Jedinci tyto hodnoty přijímají a osvojují si je. Je tedy důležité, aby hodnoty společnosti byly nastaveny pozitivním směrem v oblasti péče o zdraví, jedině tak budou mít jedinci potřebnou motivaci v subjektivní péči o jejich zdraví (Šteflová a Holčík, 2017).

#### Národní program podpory zdraví

Tento program se zrodil v ČR v roce 1991. Program se zaměřuje na dlouhodobé vytváření podmínek pro zkvalitnění zdraví obyvatel ČR a předcházení onemocněním.

První část programu se zaměřuje na podporu zdraví a prevenci rizikových faktorů – ozdravení výživy, omezování kouření, omezování a zvládnání stresu a psychického tlaku, zlepšení reprodukčního zdraví, omezování spotřeby alkoholu, optimalizace pohybové aktivity nebo prevence nemocí a zdravotních problémů. Další část se zabývá komunitními projekty – podpora zdraví v obcích a městech, ve školách či v podnicích. A poslední část tvoří komplexní projekty. Jejich cílem je komplexní přístup k řešení rizikových faktorů závažných onemocnění (MZČR, 2019).

V roce 1995 byl Národní program podpory zdraví rozšířen o dlouhodobou strategii. Bylo stanoveno sedm hlavních zdravotních problémů: kardiovaskulární a nádorová onemocnění, narušování přirozené obměny obyvatelstva, duševní nemoci, drogové závislosti, HIV/AIDS a jako priorita byla stanovena změna životního stylu. Posléze v roce 1998 schválila vláda ČR Národní akční plán zdraví a životního prostředí, který reflektuje situaci v ČR i celoevropské aktivity zaměřené na zlepšování životního stylu s ohledem na zdraví (Komárek, 2002).

## **Zdraví 21**

Jedná se o program, který má za cíl dlouhodobě zlepšovat zdravotní stav obyvatelstva ČR. Číslo 21 znamená počet cílů, kterých těchto program chce dosáhnout v oblasti zdraví a jeho zlepšení. Celý program vychází z hlavních pěti zásad: trvalá udržitelnost, solidarita, spravedlnost, eticky založená volba a osobní účast. Důležitým prvkem tohoto programu je tzv. ekvita. Smith a Ireland (2020) popisují ekvitu zdraví jako příležitost, která by měla být pro všechny jedince stejná a měla by jim umožnit dosáhnout vlastního plného zdravotního potenciálu.

### Příklady vybraných cílů Zdraví 21:

1. Spravedlnost ve zdraví
2. Zlepšení duševního zdraví
3. Zdravější životní styl
4. Zdravé a bezpečné životní prostředí
5. Výzkum a znalosti v zájmu zdravotního stavu
6. Politika a strategické postupy v zájmu zdraví společnosti

## **Zdraví 2020**

V rámci podpory zdraví a prevence vydalo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se státním zdravotním ústavem a Světovou zdravotnickou organizací program zdraví 2020 (MZČR, 2015). Tento program se zaměřuje na zlepšení zdraví společnosti a jeho úkolem je pozitivně ovlivnit zdravotní problémy 21. století. Tento program navazuje na dokument Zdraví 21, který byl v ČR implementován dříve jako program pro zlepšení zdravotního stavu obyvatel našeho státu (MZČR, 2003).

## **Zdraví 2030**

V listopadu roku 2019 schválila vláda ČR nový strategický dokument Zdraví 2030. Tento dokument řeší podobu rozvoje zdraví obyvatel ČR a popisuje faktory, které ho ovlivňují. Ústředními tématy tohoto dokumentu jsou primární péče, prevence, ZG a odpovědnost obyvatel za jejich zdraví. Dokument se zaměřuje také na stabilizaci zdravotnického personálu a zapojení výzkumu a vědy do řešení problémů v oblasti zdraví, k čemuž přispívá fakt, že stárne populace. Tento dokument počítá s nárůstem počtu osob stařeších 85 let a podporuje tak zejména zajištění kapacit dlouhodobé péče a podporu domácí péče (MZČR, 2019).

## **2.3 Zdravotní gramotnost**

### **2.3.1 Jak porozumět informacím**

Základem kvalitních znalostí ZG je správná práce s dostupnými informacemi. V dnešní době má mnoho lidí přístup na internet, kde lze vyhledat množství diskusí, článků, rad či rozhovorů, jak pečovat o zdraví. Fraillon et al. (2014) tvrdí, že ve světě nyní existuje velké množství informací a pravdivá je pouze část z nich. Ty zprávy, které pravdivé nejsou, se označují jako hoaxy. Haber (2017) definuje hoaxy neboli fake news jako nepravdivé informace, které mohou být pro lidi reálnou hrozbou. Je důležité umět rozlišit nepravdivé informace od těch pravdivých a podstatných. Tato schopnost lidem umožňuje žít plnohodnotný život v moderní společnosti. Frau-Meigs et al. (2017) předkládá, že abychom mohli informace správně získat a využít pro svůj prospěch, zajišťuje informační gramotnost. V součinnosti s informační gramotností spolupracuje gramotnost zdravotní. Dostupné informace z různých zdrojů je vždy dobré ověřit v odborných člancích

či diskutovat a sdílet s ostatními, tím se dá předejít nesprávným postojům, které vznikají na základě klamných informací.

Podle Kovářové (2019) je při získávání nových informací nutno vždy vycházet z předchozích informací a zkušeností. Správná práce s informacemi a jejich interpretacemi je nedílnou součástí náplně školní výuky. Učitelé by se při zisku informací měli řídit pravidly etiky a zákona. V internetových zdrojích lze stáhnout materiál, který je nebezpečný a může negativně ovlivňovat psychické zdraví jedinců např. některé druhy extremismu, šikany či týrání a dalších trestných činů. Vyhledávání nevhodného obsahu se dá předcházet pouze důrazem na prevenci a vzdělávání v oblasti práce s informačními zdroji. Učitelé by měli být kvalitně vzdělaní v oblasti informační gramotnosti. Pedagogičtí pracovníci pomocí aktivit a konkrétních příkladů vzdělávají žáky v oblasti vyhledávání informací a posilují jejich informační gramotnost neboli mediální gramotnost.

Potter (2019) ve své knize definuje mediální gramotnost jako schopnost správného přístupu k médiím, chápání a kritické vyhodnocení informací, které nám média denně nabízejí. Při hodnocení informací z médií je nutné nepřemýšlet pouze nad faktickými informacemi, ale také nad zdroji, ze kterých dané informace čerpáme. Tyto zdroje je třeba zhodnotit, zaměřit se na autora, doporučení, kontext a zejména ověřit informace v jiných zdrojích. Stejně tak je potřeba pracovat s informací i z jiných médií, než je internet. Ověřovat informace je nutné i v případě televize, rádia či novin. Posuzovat relevantnost informací můžeme pouze tehdy, pokud je dostatečně ověříme.

### **2.3.2 Definice zdravotní gramotnosti**

Podle Vašíčkové (2016) si mnoho lidí slovo gramotnost spojuje pouze se schopností čtení a psaní. Problematika zdravotní gramotnosti je zaměřena na přístup lidí k informacím o zdraví, přesněji je předpokladem toho, že člověk je schopen nalézt a zjistit informace, jak účinně pečovat o své zdraví a pozitivně jej ovlivňovat. Prakticky to znamená, že ZG je schopnost porozumět informacím, které souvisejí se zdravím, schopnost informace aktivně vyhledávat a směřovat své chování k pozitivnímu zlepšení zdraví (CZEDMA, 2014). Ve zdravotní gramotnosti mezi státy i konkrétními jedinci jsou značné rozdíly.

Holčík (2010) tvrdí, že zdravotní gramotnost je významně ovlivněna mediální, pohybovou či čtenářskou gramotností, tedy všechny typy gramotností jsou vzájemně provázané. Podle Kickbusche (2013) je zdravotní gramotnost schopnost se každý den

správně rozhodovat v ovlivňování svého zdraví, eliminovat negativní vlivy a posílit pozitivní vlivy na zdraví.

Podle Levin-Zamir a Bertschi (2018) je zdravotní gramotnost nezbytnou dovedností lidí dnešní doby, jelikož je velmi důležité, aby lidé porozuměli zdravotnickým informacím, které jsou jim předkládány médii. Nestačí však pouze porozumět, ale je třeba získané informace také vyhodnotit a aplikovat v modifikované podobě na konkrétní životní styl jedince. Tento fakt potvrzuje Spring (2020), který uvádí důležitost zdravotní gramotnosti v souvislosti s pandemií COVID-19. Zpočátku této pandemie rozhodovala zdravotní gramotnost o aktuálním chování lidí, kteří museli na informace z médií a od lékařů patřičně reagovat, přizpůsobit jim své jednání v oblasti ochrany zdraví a vyhodnotit, zda jsou pro ně relevantní.

Podle průzkumu s počtem šest set účastníků, který provedl Chen et al. (2017) prokázala, že lidé s nižší zdravotní gramotností častěji používají jako zdroje informací televizi, počítač a noviny, zároveň je u nich menší pravděpodobnost, že by důvěřovali informacím od specializovaných lékařů. Dle závěru tohoto výzkumu by mělo být v zájmu veřejnosti snažit se u společnosti zvýšit schopnost hodnocení kvality zdrojů týkajících se zdravotních informací. Levy a Janke (2016) potvrzují, že nízká zdravotní gramotnost nejen vede k nedostatečnému prověřování informací, ale také snižuje pravděpodobnost, že lidé se v případě potřeby včas dostanou do systému zdravotní péče.

Podle Bártlové (2018) se současná společnost snaží pozitivně podporovat zdravotní gramotnost, jelikož se soustředí na zdravý životní styl a eliminaci negativních vlivů na zdraví člověka. To podporuje zvyšování zdravotní gramotnosti populace, avšak stále je v tomto ohledu prostor pro zlepšení. Jelikož společnost jako celek musí neustále reagovat na probíhající změny a inovace.

Světová zdravotnická organizace WHO (2014) definuje model zdravotní gramotnosti a dělí zdravotní gramotnost na tři oblasti:

### **1. Oblast podpory zdraví**

Do této první oblasti spadají kompetence péče o životní prostředí a životního stylu.

### **2. Oblast prevence nemocí**

Tato oblast se kromě prevence infekčních a neinfekčních nemocí zabývá také postoji k současné medicíně.



### 3. Oblast zdravotní péče

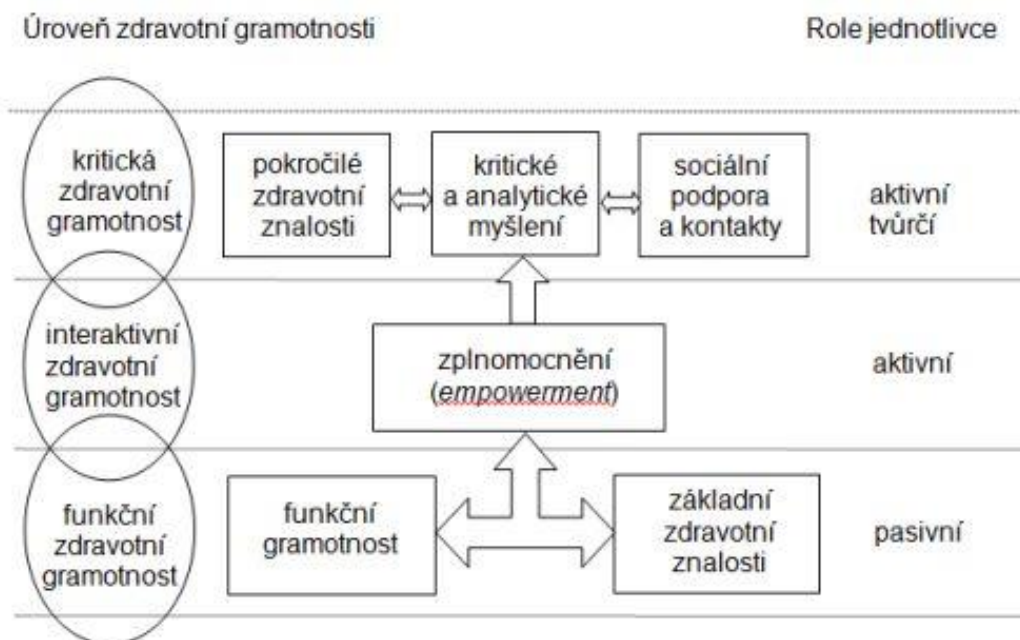
Do této oblasti spadají kompetence týkající se zdravotní péče a praktické první pomoci.

#### 2.3.3 Modely zdravotní gramotnosti

Nutbeam (2000) popisuje 3 typy zdravotní gramotnosti:

1. Funkční zdravotní gramotnost
2. Interaktivní zdravotní gramotnost
3. Kritická zdravotní gramotnost

Účelem modelů zdravotní gramotnosti je přiblížení a vysvětlení podstaty zdravotní gramotnosti. Holčík (2010) na základním schématu (obr. 1) vysvětluje roli jedince ve struktuře zdravotní gramotnosti.



Obrázek 1. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost (Holčík, 2010)

#### 1. Funkční zdravotní gramotnost

Tento termín označuje základní úroveň zdravotní gramotnosti. Tato oblast je zaměřena na schopnost získávat informace, interpretovat informace a orientovat se systému zdravotnických služeb. Cílem funkční zdravotní gramotnosti je poskytnout

veřejnosti informace a prohloubit její znalosti a vědomosti. Dále se zaměřuje na rozšíření povědomí o rizikových faktorech, jejich vlivech a předcházení jim. Role veřejnosti v této úrovni zdravotní gramotnosti je pasivní, spíše přijímá informace (Holčík, 2010).

## **2. Interaktivní gramotnost**

Jindy je označována také jako komunikativní. Rozdíl oproti funkční je v tom, že na interaktivní je úrovni působí společnost již aktivně. Cílem této úrovně je posilovat motivaci a odpovědnost jedinců k jejich subjektivnímu zdraví. Funguje zde spolupráce mezi jedinci a zdravotnickými odborníky. V této úrovni již vystupuje výchova ke zdraví, na které se nepodílí pouze škola, ale také další instituce, s nimiž jedinec interaguje (Osborne, 2013).

## **3. Kritická gramotnost**

Představuje nejvyšší stupeň modelu zdravotní gramotnosti. Tento stupeň spojuje schopnosti jedince z různých úrovní, z jeho chování a sociální činnosti. Činnost v této fázi je tvořivá a s aktivním přístupem k péči o zdraví nejen subjektivní, ale také o zdraví populace. Jedinec se tedy chová jako nedílná součást společnosti. Tato úroveň je vytvářena velmi dlouho a jejím cílem je vytvořit prostředí, které bude vhodné pro kvalitní a naplněný život.

### **Další modely zdravotní gramotnosti**

#### **1) Environmentální model zdravotní gramotnosti**

V popisu modelu dává autor Seifert (2011) důraz na spolupráci organizací a politiky státu, které společným působením mohou eliminovat negativní vlivy životního prostředí na zdravotní stav lidí. Tento model zohledňuje také globální problémy, což jsou problémy, které na planetu působí v globálním měřítku. Patří mezi ně znečištění vody a ovzduší, hladomor, degradace půd, úbytek zdrojů, přelidnění či desertifikace. Kromě toho, že se zaměřuje na celospolečenskou spolupráci, klade důraz i na činnost jedince v oblasti péče o životní prostředí.

## **2) Model zdravotní gramotnosti – americké Ministerstvo zdravotnictví**

Tento model separuje zdravotní informace do třech základních kategorií. První kategorii tvoří Osobní zdravotní dimenze. Tato kategorie zohledňuje faktory, které mají pozitivní vliv na zdraví člověka, ochranu zdraví a orientaci ve zdravotnických službách. Druhá kategorie s názvem Zdravotnická dimenze se zaměřuje na služby poskytované ve zdravotnictví. Třetí kategorie, kterou tvoří populační dimenze, řeší informace o zdravotním stavu celé populace, determinanty a faktory, které ovlivňují zdraví (Holčík, 2010).

Všechny popisované modely zdravotní gramotnosti propojují stejné stavební prvky, a to informace o zdraví, subjektivní péče o zdraví, zdravotnické služby a postoj společnosti a politiky k zdravotní gramotnosti.

### **2.3.4 Nástroje k hodnocení zdravotní gramotnosti**

K hodnocení zdravotní gramotnosti se používají testy, hodnocení a standardizované dotazníky. Při testování je důležité dodržovat stanovené zásady vztahující se k výzkumu. Testovaný by se měl během hodnocení cítit komfortně a měl by být v psychické i fyzické pohodě (Osborne, 2013). Známým a často používaným testem je TOFHLA, tedy Test of Functional Health Literacy in Adults, který se zaměřuje na testování dospělých osob. Tento test je považován za velmi spolehlivý. Používá se k měření zdravotní gramotnosti a využívá k tomu materiály zdravotní péče, etikety na léčivech, zdravotnické předpisy či formuláře. TOFHLA test je složen ze 67 položek, první část je zaměřena na logické dovednosti, další na čtení s porozuměním. Délka trvání testu je okolo 20 minut. Při výzkumu lze použít i zkrácenou verzi tohoto testu, která se nazývá S-TOFHLA (Maragno et al., 2019).

Mezi nejnovější testy patří HLQ test, celým názvem Health literacy questionnaire. Standardizovaný dotazník obsahuje položky, které byly vyvinuty z konzultací a rozhovorů s odborníky. Tento test zahrnuje 9 oblastí zdravotní gramotnosti. Má široké použití a je vhodné jej využít při průzkumech, hodnoceních i individuálních šetření jednotlivců. Otazník mimo jiné zjišťuje, zda mají respondenti dostatečné informace týkající se péče o zdraví, zda se o své zdraví aktivně starají či zda informacím rozumí natolik, že je dovedou aktivně využít v prospěch svého zdraví (Leslie, 2020).

Dalším z používaných testů je REALM, tedy Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine. REALM byl poprvé uveden v roce 1991. Škála REALM je stanovena pro dospělou populaci. Podstatou tohoto testu je, zda pacient pozná slova, která souvisí se zdravím. REALM testuje schopnost respondentů číst lékařské a laické výrazy související se zdravím, nemocí a lidským tělem. Delší verze REALM obsahuje 66 pojmů. Zkrácená verze pouze 8 pojmů (Dumenci et al., 2013).

Existuje další množství testů a hodnotících nástrojů zaměřených na zjišťování úrovně ZG. V časopise BMC Public Health byl v roce 2014 publikován článek věnující se vývoji nástrojů ZG. Tento článek zkoumal 17 nástrojů zdravotní gramotnosti. Cílem výzkumné studie bylo popsat pozitiva i negativa nástrojů ZG s úmyslem vylepšit vývoj nástrojů nových, které budou odpovídat aktuálním potřebám. Během studie bylo zjištěno, že nové hodnotící nástroje jsou převážně orientovány na čtení s porozuměním a matematické dovednosti. Vytknuto také bylo, že hodnotící nástroje nedostatečně vysvětlují použité přístupy k měření. Závěr studie přináší myšlenku o nutnosti vývoje nových a kvalitních hodnotících nástrojů, které přinesou zlepšení v oblasti výzkumů ZG (Altin et al., 2014).

### **Výzkumy zdravotní gramotnosti**

Úroveň zdravotní gramotnosti je úzce spojena s chodem společnosti. Začátkem 90. let 20. století začala být věnována větší pozornost nástrojům určeným k měření zdravotní gramotnosti. První nástroj ale pochází již ze 60. let 20. století. Jednalo se test s 50 položkami, které zjišťovaly, jak dospělá populace rozumí medicínským termínům. Zdravotní gramotnost byla hodnocena na čtyřstupňové škále od nepochopení až po úplné porozumění dané problematice.

V ČR byl v roce 2014 realizován výzkum zdravotní gramotnosti, jako část přípravy na implementaci strategie programu Zdraví 2020. Toto šetření provedl Státní zdravotní ústav. Šetření se zúčastnilo celkem 1037 osob nad 16 let. Šetření zjišťovalo zdravotní gramotnost v oddílech prevence nemocí, péče o zdraví či podpora zdraví. Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, omezenou zdravotní gramotnost vykazuje 59,4 % respondentů a v oblasti podpory zdraví je to dokonce 64,3 % respondentů. Ve výsledcích výzkumu byl také zaznamenán sociální gradient, dle kterého má zdravotní gramotnost stoupající trend se sociálním statutem. Bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost významně ovlivňuje zdravotní stav, cvičení či aktivní péče o zdraví (Kučera et al., 2016).

## 2.4 Pedagogové a zdravotní gramotnost

### 2.4.1 Práce pedagoga

Trojan (2014) tvrdí, že škola, jako instituce, podléhá neustálým společenským změnám. Z jednoho pohledu je po škole požadována kontinuita a vedení žáků k tradičním hodnotám, z druhého pohledu je škola kritizována, že nedostatečně rychle reaguje na zvyšující a měnící se požadavky zaměstnavatelů. Učitelé musí být tedy flexibilní a stále připravení na změny.

Průcha (2002) tvrdí, že významnost a důležitost pracovní pozice se označuje jako prestiž. Prestiž vykazuje, jak je daná profese hodnocena. V dřívějších dobách byla učitelská profese velmi ceněna. Dnes, vlivem moderní doby narážíme na snižující se autoritu učitelů a pokles prestiže učitelské profese.

Základem pro dobře vykonanou práci pedagoga je jeho psychická pohoda. Tuto oblast zdraví by měl pedagog v nemalé míře příznivě podporovat. Na podpoře se podílí také zaměstnavatel, většinou finančně, materiálně či slovně. Neopomenutelnou podporou duševního zdraví učitele je i podpora, uznání a zpětná vazba na jeho práci. V rámci péče o zaměstnance je vhodné vykonávat pravidelné aktivity, které povedou ke zlepšení zdraví jednotlivých pedagogů. Zaměstnavatel může využívat různých motivačních nástrojů k podpoře práce zaměstnanců. Musí však stále brát v potaz zaměstnance jako konkrétní jedinečné osoby. Je třeba dodat, že všechny typy motivace nefungují vždy na každého zaměstnance (Trojanová, 2014).

Preventivními aktivitami v psychickém zdraví zaměstnanců mohou být například kurzy či semináře s tématem psychohygieny. Dlouhodobě může zaměstnavatel pracovníkům nabízet také slevy či poukazy na volnočasové aktivity – sporty, zážitkové kurzy či rekreační pobyty. Podle Hankové (2014) je základním a nepřehlédnutelným nástrojem prevence je efektivní komunikace, které pomáhá nadřízeným a zaměstnancům v předcházení nepříjemných konfliktů a situací.

Součástí pracovní náplně pedagogů je komplexní výchovné působení na žáky. Cílem každého profesně zdatného pedagoga je dovést žáka k zájmu o probírané téma, pomáhat mu v získání nových poznatků a podporovat jeho samostatnou práci a učení. Pedagogičtí pracovníci na žáky nepůsobí pouze při výuce, ale po celou dobu školní docházky, během přestávek, na mimoškolních akcích či na veřejnosti (Richard et al., 2018).

Nejjednodušší cestou pro pedagoga je jít žákům příkladem. Pedagog by měl demonstrovat pozitivní zdravotní návyky, zajímat se o péči o zdraví své a žáků a informovat žáky o preventivních aktivitách, které příznivě ovlivňují jejich zdraví. V neposlední řadě je důležité celkové zaměření školy na zdraví žáků a podpora péče o zdraví a prostředí k životu (Richard et al., 2018). Aktivity školy, jako celku se významně podílí na utváření postoje žáků ke zdraví, je pro to důležité, aby v preventivních a prospěšných aktivitách vedení školy, pedagogové a rodiče vzájemně spolupracovali.

#### **2.4.2 Rizikové faktory v práci pedagogů**

V současné době je pro pedagoga velmi náročné, udržet pozornost žáků a posilovat jejich samostatnost. Zdravotní gramotnost a zdraví učitele významně ovlivňují nejen postoje školy a rodičů, ale také pracovní podmínky, ve kterých práci vykonává. Švamberk Šauerová (2018) popisuje práci pedagoga jako náročné povolání, zejména na stres a psychiku člověka.

Práce pedagoga probíhá pod neustálým tlakem, je náročná na vysoké nároky kooperace či hluk. Pedagog má zodpovědnost za žáky, které má neustále pod dohledem a zodpovídá za ně. Mezi nejčastější příčiny stresu u pedagogů patří negativní postoje žáků k probíranému učivu, výuka ve velkém počtu žáků či zapojování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Často se pedagogové ve své práci potýkají s psychickými problémy. Neustálý tlak vede k psychickému vyčerpání a dalším problémům. Dlouhodobá psychická zátěž a přemíra stresu může u pedagogických pracovníků vést až ke vzniku tzv. syndromu vyhoření (Halbesleben, 2008). Příčinou vzniku tohoto syndromu často bývá nedostatek ocenění a pozitivní podpory z okolí, nedostatek času na zájmy, šikana od žáků, tlak od rodičů či vedení (Čapek et al., 2018).

#### **2.4.3 Příprava budoucích učitelů**

Učitelská profese je neustále kriticky rozebírána, analyzována a vědecky zkoumána. Podle Strouhala (2016) je důležité, jakým způsobem budou adepti studia učitelství chápat učitelskou profesi, tento způsob je určován jejich osobností, pojetím výuky a mravním profilem. V ČR je studium na vysoké škole ukotveno v zákoně č. 111/1998 Sb.

Člověk se učí již od útlého věku a postupem času nabyté znalosti rozvíjí, doplňuje a zdokonaluje. Kromě konkrétních osob působí na výchovu a vzdělávání člověka také prostředí, ve kterém se nachází. Učitel je tedy osobou, která žáky významně ovlivňuje v utváření postojů, návyků a v získávání znalostí a dovedností. Svou soustavnou činností učitel formuje znalosti jedinců, třídy, školy i celé generace lidí. Nabyté vědomosti a dovednosti získané vzděláním provázejí jedince po celý jeho život, pomáhají mu orientovat se v každodenních situacích, kriticky myslet, formovat své postoje a názory a žít ve společnosti.

Podle Spilkové a Tomkové (2010) se prvky zdravotní výchovy v přípravě učitelů objevovaly již na počátku 20. století. Součástí pedagogicko-psychologické přípravy učitelů byly tehdy kromě psychologie, pedagogiky a filozofie také předměty týkající se školní hygieny a anatomie. Později docházelo k přeměně kurikula v oblasti podpory zdraví a ochrany bezpečí žáků. V současné době má učitel významnou roli v oblasti podpory zdraví žáků, kterou ovlivňuje svojí osobností, motivací a schopností dodržovat zásady zdravého životního stylu (Marádová, 2016).

Pedagog během studia na vysoké škole absolvuje řadu předmětů z oblasti biologie, psychologie a pedagogiky, které se týkají zdravotní gramotnosti. Tyto předměty jsou součástí obecného pedagogického základu každého studenta pedagogické fakulty. Ne vždy jsou však informace v předmětech dostatečné a postačí pedagogickým pracovníkům k jejich připravenosti v této oblasti.

Zdravotní gramotnost by měla být nedílnou součástí náplně studia každého pedagoga (Marádová, 2016). Je nezbytně nutné, aby znalosti a dovednosti z oblasti zdraví a zdravotní gramotnosti byly běžnou součástí přípravy studenta na výkon pedagogického povolání. Takto vzdělaní pedagogičtí pracovníci by v součinnosti s vystudovanými učiteli výchovy ke zdraví mohli tvořit tým, který by pozitivně působil na žáky v oblasti zdraví a s ním spojené problematiky.

Základní znalosti zdravotní gramotnosti by měli být v rozsahu předmětů všech studentů. Konkrétní znalosti a dovednosti závisí na typu studovaného oboru, kdy u specializovaných předmětů jako je Prvouka, Přírodopis, Biologie, Výchova ke zdraví a Občanská výchova by měl být rozsah znalostí problematiky zdraví patrně větší (Marádová, 2016).

Zvandová a Janoušek (2014) namítají, že je pro pedagogy nejen důležité být náležitě zdravotně gramotní, ale také umět nabyté znalosti využít v praxi. Varovnou informací potvrzující nutnost využívat informace o zdravotní gramotnosti mohou být statistická data české školní inspekce, která ukazují, že při školních aktivitách dochází často k úrazům, většina všech úrazů se stává žákům staršího školního věku. Příčinou těchto úrazů může být právě nedostatečná informovanost žáků či učitelů v oblasti prevence a první pomoci, která je součástí výuky předmětu výchova ke zdraví.

Hřivnová, Sofková a Chrásková (2019) provedli výzkum, který zjišťoval úroveň ZG v oblasti prevence nemocí u studentů učitelství na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkumu se zúčastnilo celkem 180 respondentů z řad studentů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že úroveň zdravotní gramotnosti budoucích učitelů v oblasti prevence nemocí je neuspokojivá, a proto je žádoucí hledat nové strategické nástroje ke zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti budoucích učitelů. Tuto důležitost potvrzuje také fakt, že právě tyto osoby budou rozvíjet zdravotní gramotnost dalších generací.

#### **2.4.4 Školení a další vzdělávání učitelů na základních školách**

Absolvent pedagogické fakulty by měl být jedinec, který je otevřen neustálému vzdělávání sebe samotného a získávání nových informací, jež rozšíří jeho obzory v oblasti dané problematiky. Podle Řehulky (2016) je pro zajištění efektivní výuky a implementace zdravotní gramotnosti do vyučovaných předmětů potřeba podporovat pedagogy v jejich dalším vzdělávání a samostudiu nových vědeckých poznatků. Na této podpoře se významně podílí motivace a podpora od zaměstnavatele. Obor Výchova ke zdraví je na pedagogických fakultách otevřen teprve krátkou dobu a jeho absolventi vstupují do praxe posledních několik málo let.

Stejný názor sdílí i Kohnová (2004), která tvrdí, že další vzdělávání pedagogických pracovníků je dlouhodobý, koordinovaný proces, který je pro učitele nezbytný a provází jej po celý čas jeho profesní dráhy ve školství. Během dalšího vzdělávání učitelů jsou rozvíjeny nejen jejich odborné dovednosti v daném oboru, ale také kompetence osobnostní. Učitel, který pravidelně vyhledává nové poznatky a zjišťuje změny ve svém oboru, může žákům předávat mnohem kvalitnější informace než učitel, který používá a reprodukuje pouze poznatky jedné učebnice.



Podle Trojana (2014) by měl zaměstnavatel pedagogickým pracovníkům umožnit další vzdělávání a návštěvy seminářů, přednášek či kurzů vhodných k výkonu jejich povolání. Zaměstnavatel je ze zákona povinen pečovat o odborný rozvoj zaměstnanců. Zaměstnavatel pro tyto účely vytváří plán dalšího vzdělávání v dané organizaci. Tento plán má za úkol prohlubovat a rozšiřovat kvalifikaci pedagogických pracovníků. Díky tomuto plánu škola rozvíjí a vylepšuje kvalitu znalostí a odbornost svého personálu, což vede k rozvoji kvality výuky celé školy.

Další vzdělávání pedagogických pracovníků je organizováno vysokými školami nebo institucemi dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Slouží k prohlubování odborné kvalifikace a rozvoj pedagogického pracovníka. Tyto instituce musí mít akreditaci od Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, tím splňují podmínky pro edukační činnost. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy pravidelně kontroluje činnost akreditovaných programů (Trojan, 2014).

Největším poskytovatelem dalšího vzdělávání v ČR je Národní pedagogický institut (NPI). Všechny typy zde realizovaných studií jsou zakončeny závěrečnou zkouškou. NPI poskytuje studia ke splnění kvalifikačních předpokladů a studia ke splnění dalších kvalifikačních předpokladů. Mezi tyto studijní programy patří např. studium pro vedoucí pedagogické pracovníky či studium pro výchovné poradce a metodiky prevence (Trojan, 2014).

Obsah předmětu Výchova ke zdraví je velmi flexibilní, neustále přibývají poznatky v oblasti problematiky zdraví a péče o něj. Důležitou informací je také fakt, že na mnoha školách působí neaprobovaní učitelé Výchovy ke zdraví, což vede k neefektivní výuce či dokonce absenci kvalitní výuky předmětu Výchova ke zdraví. Předmětu Výchova ke zdraví je na některých školách stále věnována mizivá pozornost, což negativně ovlivňuje možnost zvyšovat zdravotní gramotnost žáků (Marádová, 2016).

Fialová et al. (2014) popisují, že v letech 2007-2008 provedla Česká školní inspekce šetření na 116 vybraných školách. Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že podmínky podporující výchovu ke zdraví i vzdělávací oblasti, kterých se dané téma týká, zpracovalo dobře pouze 48 % škol.

## 2.5 Předmět Výchova ke zdraví

Dle Hřivnové (2016) je problematika výchovy ke zdraví v dnešní době předmětem mnoha odborných diskusí. Dle Fialové (2014) se o rozvoj zdravotní gramotnosti na základních školách zasazuje zejména předmět Výchova ke zdraví, který patří do vzdělávací oblasti člověk a zdraví. Význam této vzdělávací oblasti je značný, jelikož v poslední době se zvyšuje počet žáků trpících obezitou již v útlém věku, objevuje se fenomén poruch příjmu potravy a žáci se snadno uchylují k různým typům závislostí. Nejrozšířenější závislostí poslední doby je netolismus, tedy závislost na virtuálním prostředí. Jedná se o nelátkovou závislost, která se projevuje neustálou potřebou být ve virtuálním prostředí, navštěvovat webové stránky, hrát online hry či nutkání kontrolovat mobilní telefon. Tato závislost vede k pasivnímu přístupu k pohybu a sedavému stylu života (Blinka, 2015).

Předmět výchova ke zdraví vznikl reakcí na současnou situaci ve vztahu ke zdraví. Stoupající počet civilizačních onemocnění, nízká úroveň prevence a péče o zdraví dala stimul právě ke vzniku takto specializovaného předmětu. Předmět Výchova ke zdraví by měl být provázán se souborem klíčových kompetencí dle platného rámcového vzdělávacího programu. Klíčové kompetence jsou prolínající se souhrny vědomostí, schopností, dovedností, postojů a hodnot, které přispívají k osobnímu rozvoji žáka a jeho následnému uplatnění ve společnosti (Fialová, 2014).

Se zařazením předmětu Výchova ke zdraví do školních osnov nastává problém, že je málo odborně vzdělaných učitelů, chybí vhodné materiály, metodické pomůcky či podpora vedení škol. Tento předmět často učí nekvalifikovaní učitelé a předmětu tak přiřkládají menší důležitost než ostatním předmětům.

Absolvent magisterského oboru učitelství výchovy ke zdraví by měl disponovat odbornými znalostmi z oboru Výchovy ke zdraví. Studijní obor se zaměřuje především na rozvoj kompetencí v oblasti biologické, medicínské, psychologické a didaktické. V ČR lze tento obor studovat na šesti pedagogických fakultách. Univerzita Palackého v Olomouci realizuje tento vzdělávací obor na bakalářském stupni. Konkrétně ve studijním oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání. Na toto studium navazuje magisterský obor Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy (Hřivnová, 2016).

Podle Holčíka et al. (2015) je podpora zdraví komplexní aktivita, která by měla být realizována na úrovni školy, netýká se tedy pouze učitelů výchovy ke zdraví,

ale všech pedagogických pracovníků školy. Pro úspěšnou realizaci podpory zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti je důležitý strategický edukační plán prostupující všemi vyučovanými předměty, se kterým bude detailně seznámen každý pedagogický pracovník školy a v redukované formě by do něj měli mít náhled také zákonní zástupci žáků.

K rozvoji zdravotní gramotnosti v rámci základního vzdělávání by mohla přispět revize rámcového vzdělávacího programu. Touto revizí byly provedeny různé změny a mimo jiné byla ke klíčovým kompetencím nově přiřazena kompetence digitální. Tato kompetence úzce souvisí se zdravotní gramotností, a to zejména s vlivem médií na péči o zdraví. Vznik této kompetence se opírá o koncept, který byl ověřován mezi lety 2018-2019 v mateřských, základních a středních školách a týkal se průřezového rozvoje digitální gramotnosti dětí a žáků (MŠMT, 2021).

## **3 METODIKA PRÁCE**

Tato kapitola pojednává o výzkumu kvantitativního charakteru, který byl prováděn pomocí standardizovaného dotazníku. Cílem kvantitativního výzkumu bylo získat data ve formě číselných údajů. Spolehlivost výsledků tohoto výzkumu koreluje s počtem respondentů (Chráska, 2016).

### **3.1 Výzkumný soubor**

Dotazníkové šetření se uskutečnilo na vybraných základních školách v okrese Havlíčkův Brod. Na základě dostupných škol proběhl jejich výběr a konkrétní školy byly osloveny.

Cílovou skupinou tohoto výzkumu byli učitelé základní školy daného okresu. Konkrétně se jednalo o učitele 2. stupně.

Realizace výzkumu se zúčastnilo celkem 137 respondentů. Jako výzkumný soubor bylo využito 124 respondentů s platnými dotazníky.

### **3.2 Metoda výzkumu**

Pro uskutečnění výzkumu byla využita kvantitativní metoda sběru dat pomocí standardizovaného dotazníku.

Standardizovaný dotazník je nástroj k získávání dat. Nejčastěji se dotazník používá pro statistická měření. Dotazník tvoří předem sestavené a formulované otázky, které jsou logicky seřazeny. Data z kvantitativního dotazníku jsou zpracovatelná a vyhodnotitelná. Nejčastěji se zobrazují pomocí tabulek a grafů (Radek, 2017).

Výhodou dotazníku je rychlé shromáždění dat a informací. Nevýhodou je kvalita informací, kterou ovlivňují např. nepravdivé odpovědi respondenta (Chráska, 2016).

### **3.3 Výzkumný nástroj**

Pro výzkumné šetření byl použit anonymní dotazník v písemné podobě. Dotazník obsahoval otázky s označením odpovědi a krátké otázky se záznamem vlastní odpovědi (příloha č. 1). Tento dotazník byl dle standardizované metodiky pro zjišťování zdravotní gramotnosti upraven pro ČR. Státní zdravotní ústav poskytl původní výzkumnou metodu – strukturovaný rozhovor. Již dříve byl tento nástroj použit při testování dospělé populace v Evropě. Každý respondent obdržel společně s dotazníkem také průvodní dopis

(příloha č.2). Dotazník obsahuje přesné pokyny k vyplnění otázek a je rozdělen do dvou hlavních částí. První část dotazníku se skládá z 23 otázek, následující část má 17 otázek. První část dotazníku se zabývá zkoumáním zdravotní gramotnosti. První otázka první části se dělí na 47 podotázek. Druhá část se zabývá demografickými údaji a neobsahuje podotázky.

### **3.4 Uspořádání výzkumu**

Jak již bylo nastíněno, tento výzkum proběhl na několika základních školách v okrese Havlíčkův Brod. Po krátkém vyhledávání bylo osloveno 15 základních škol. Samotného výzkumu se zúčastnilo 14 z 15 oslovených škol. Celkem bylo osloveno Respondenti pro výzkum byli získáváni výhradně na těchto vybraných základních školách. Po stanovení vhodného vzorku respondentů proběhlo oslovení ředitelů a zástupců vybraných škol. Pokud vedení školy souhlasilo s výzkumem, následovalo stanovení termínu výzkumu a jeho uskutečnění. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly připraveny v tištěné formě. Každý respondent obdržel jeden dotazník s průvodním dopisem. Před vyplněním dotazníku byl respondentům vysvětlen účel dotazníku a ve zkratce popsán plánovaný výzkum v rámci diplomové práce. Při vysvětlování bylo zdůrazněno, že vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní. Respondenti byli seznámeni s tím, že jejich identita nebude nikde zveřejněna. Informace, které byly respondentům sděleny ústně, byly ještě shrnuty v krátkém textu u každého dotazníku. Po krátkém úvodu byly zodpovězeny případné dotazy k samotnému vyplňování. Poté, co respondenti vyslechli pokyny, začali vyplňovat. Po vyplnění osobně odevzdali dotazník. Sběr dat probíhal ve více fázích. Byl započat v prosinci 2019 a poslední sběr se uskutečnil v listopadu 2020.

### **3.5 Zpracování dat výzkumu**

Po dokončení sběru dat následovala kontrola a třídění dotazníků. Během kontroly bylo vyřazeno celkem 13 dotazníků, které byly neúplné či špatně vyplněné. Pro samotný výzkum bylo tedy využito 124 dotazníků.

Následně byla získaná data zapsána do programu Microsoft Excel. Pro vyhodnocení získaných dat byl použit opět program Microsoft Excel. Navržené hypotézy byly testovány pomocí dvou statistických testů, a to Pearsonovým Chí-kvadrát testem a Fisherovým exaktním testem.

### 3.6 Metody statistického vyhodnocení dat

#### a) Výpočet BMI (Body Mass Index)

Index tělesné hmotnosti je poměr tělesné hmotnosti a tělesné výšky. I přes některá svá omezení, jako je absence konstituční stavby těla, věku či zastoupení svalstva, může být BMI použit jako orientační indikátor nadváhy, podváhy či normální tělesné hmotnosti. Výslednou hodnotu indexu je třeba modifikovat vzhledem k dalším aspektům určitého jedince. Např. hodnota BMI může být u dítěte nesprávně považována za obezitu a u dospělého může značit normální váhu. Ke zjištění výsledné BMI hodnoty je nutné získat základní tělesné rozměry, a to tělesnou hmotnost a tělesnou výšku. Do vzorce uvádíme získaná data výšky v metrech na druhou a hmotnosti v kilogramech (Ferrera, 2005)

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost [kg]}}{\text{tělesná výška [m}^2\text{]}}$$

Obrázek 2. Výpočet BMI – vzorec (Schnur, 2017)

#### b) Pearsonův chí-kvadrát test

Standardní statistický test, který se používá k porovnání dvou náhodných veličin a testuje, zda mezi nimi existuje závislost. Chí-kvadrát test lze vypočítat pomocí vzorce, avšak v dnešní době se k výpočtu používají statistické systémy (Chráska, 2016).

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_{ei} - n_{oi})^2}{n_{oi}}$$

Obrázek 3. Vzorec chí-kvadrát testu (Hendl, 2014)

#### c) Fisherův test

Je běžně používaným statistickým testem. Využívá se pro výpočet p-hodnoty dvou veličin. Lze jej vypočítat podle vzorce, ale stejně jako v případě chí-kvadrát testu se využívají statistické systémy (Chráska, 2016).

$$\frac{\frac{1}{n_2 - 1} \sum_{i=1}^{n_2} (X_{2i} - \bar{X}_2)^2}{\frac{1}{n_1 - 1} \sum_{i=1}^{n_1} (X_{1i} - \bar{X}_1)^2}$$

Obrázek 4. Vzorec pro výpočet Fisherova testu (Hendl, 2014)

## 4 VÝSLEDKY

Standardizovaný dotazník měl celkem 40 otázek. Pro přehlednost dat budou do tabulek a grafů zpracovány jen vybrané otázky, související s vytčenými cíli této práce. První otázka měla 47 podotázek, z nichž budou později vybrány konkrétní otázky vztahující se k daným hypotézám. V první části výsledků bude zpracována demografická část dotazníku. Také z dalších otázek budou vyselektovány ty, které jsou klíčové pro naše hypotézy a budou zpracovány v další kapitole.

### 4.1 Demografické údaje respondentů

Základní částí dotazníku byly demografické údaje respondentů. Výsledky tohoto šetření jsou zpracovány do tabulek. Otázky této části se týkaly pohlaví respondenta, tělesné výšky, hmotnosti, bydliště, finanční stránky apod.

#### Otázka D1: Pohlaví respondenta

*Tabulka 1. Pohlaví respondenta*

Pohlaví	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Muž	35	28 %
Žena	89	72 %

Realizovaného výzkumného šetření se zúčastnilo 124 respondentů. Z následující tabulky je patrné, že množství mužů a žen bylo odlišné. Procentuální zastoupení mužů bylo 28 % (35 mužů) a zastoupení žen 72 % (89 žen).

MŠMT realizovalo mimořádné šetření ke stavu učitelského sboru v regionálním školství (Maršíková a Jelen 2019). Při tomto šetření bylo zjištěno, že v regionálním školství působí na 1. stupni základní školy pouze 6,5 % mužů a 93,5 % žen. Na 2. stupni jsou čísla odlišná a působí zde 25,8 % mužů a 74,2 % žen. Toto celorepublikové zastoupení přibližně odpovídá výsledkům našeho výzkumu, kde je zastoupení mužů 28 % a žen 72 %.

## Otázka D2: Věk respondentů

Tabulka 2. Věk respondentů

Věk	20–29,9		30–39,9		40–49,9		50–59,9		60–69,9	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
<b>Muž</b>	1	3 %	10	30 %	15	43 %	8	23 %	1	3 %
<b>Žena</b>	6	7 %	39	44 %	26	29 %	18	20 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>6 %</b>	<b>49</b>	<b>39 %</b>	<b>41</b>	<b>33 %</b>	<b>26</b>	<b>21 %</b>	<b>1</b>	<b>1 %</b>

Tabulka 2 znázorňuje věkové rozložení respondentů. Největší zastoupení mužů vidíme v kategorii 40 – 49,9 let, je to 15 respondentů, což je 43 % z celkové množství mužů. Největší zastoupení žen je v kategorii 30 – 39,9 let a to 39 respondentů (44 %). Celkové největší zastoupení obou pohlaví je patrné v kategoriích 30 – 39,9 let a to 49 respondentů (39 %) a 40 – 49,9 let a to 41 respondentů (33 %) z celkové množství respondentů.

## Otázka D3 a D4: Jaká je vaše tělesná výška? Jaká je vaše tělesná hmotnost?

Tabulka 3. Hodnoty Body Mass Index

BMI	Podváha	Norma	Nadváha	Obezita 1. st.	Obezita 2. st.	Obezita 3. st.	Nevím/nechci odpovědět
<b>Rozpětí</b>	<18,5	18,5 – 24,9	25 – 29,9	30 – 34,9	35 – 39,9	> 40	-
<b>Počet respondentů (n)</b>	1	68	43	4	1	1	6
<b>Počet respondentů (%)</b>	0,8 %	54,8 %	34,8 %	3,2 %	0,8 %	0,8 %	4,8 %

V tabulce 3 jsou zobrazeny hodnoty BMI. Pro výpočet BMI byly použity odpovědi na otázky D3 a D4. Otázka D3: „Jaká je vaše tělesná výška?“ a otázka D4: „Jaká je vaše tělesná hmotnost?“. Z těchto údajů lze vypočítat hodnotu BMI. Hodnota BMI se dále zařazuje v určitých rozmezech. BMI s hodnotu 18,5 či menší bylo zjištěno u 1 respondenta (0,8 %). Nejvyšší zastoupení respondentů bylo zjištěno v rozmezí



18,5 – 24,9, které odpovídá normě čili normální tělesné hmotnosti. Zastoupení v oblasti normy bylo 68 respondentů (54, 8 %).

Výpočtem bylo dále zjištěno, že 43 respondentů (34,8 %) spadá do kategorie nadváha. Dalšími stupni hodnoty BMI jsou stupně obezity. V prvním stupni obezity se nachází 4 respondenti (3,2 %), ve druhém stupni obezity 1 respondent (0,8 %) a taktéž ve třetím stupni obezity 1 respondent (0,8 %). Na výše uvedené otázky D3 a D4 nechtělo nebo nemohlo odpovědět 6 respondentů (4,8 %), u nich tedy nebyla hodnota BMI zjištěna.

Čapková et al. (2016) uvádí výsledky rozdělení populace dle BMI, zjištěné při výzkumu zdravotního stavu české populace (EHIS/EHES 2014). Šetření se zúčastnilo 1220 respondentů narozených v letech 1949–1989, u kterých byly zjištěny hodnoty BMI. Získané hodnoty byly hodnoceny dle následujících kritérií, podle Světové zdravotnické organizace (Specchia et al., 2015):

- **Podváha <18,5 kg/m<sup>2</sup>**
- **Norma 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>**
- **Nadváha ≥ 25,0 kg/m<sup>2</sup>**
- **Preobezita 25,0 – 29,9 kg/m<sup>2</sup>**
- **Obezita ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>**

Z výzkumu Čapkové et al. (2014) vyplývá, že 36,2 % respondentů odpovídá kategorii nadváha, 36,9 % kategorii preobezita a 26,9 % kategorii obezita. Tedy celkem 64 % respondentů se vyskytuje nad hranicí normální hmotnosti.

Pro porovnání jsou uvedena také data týkající se BMI z výzkumu zdravotní gramotnosti obyvatel ČR (Kučera et al. 2016). Výzkumu se zúčastnilo celkem 1037 respondentů a bylo zjištěno, že celkem 44,6 % patří do kategorie normální váhy, 36,7 % patří do kategorie preobezita a 18,7 % dotazovaných trpí obezitou.

Při bližším porovnání lze vidět, že data našeho výzkumu vykazují podobnost s uvedenými výzkumy Čapkové et al. (2014) a Kučery et al. (2016).

### Otázka D9: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4. Dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Středoškolské vzdělání s maturitou	2	1,7 %
Vyšší odborné vzdělání	6	4,8 %
Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr., Ing., MUDr., JUDr.)	110	88,7 %
Akademické vzdělání (Ph.D., doc., prof.)	3	2,4 %
Nevím/Nechci odpovědět	3	2,4 %

Dle tabulky 4 bylo u respondentů zaznamenáno nejnižší vzdělání středoškolské s maturitou a to u 2 respondentů (2 %). Následovalo vyšší odborné vzdělání, kterého dosáhlo 6 respondentů (5 %). Největší množství respondentů odpovědělo, že dosáhlo vysokoškolského vzdělání, celkem 110 (89 %). Dále 3 dotazovaní respondenti (2 %) uvedli, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je akademické. Odpovědi na otázku D9 se zdrželi celkem 3 respondenti (2 %).

Podle šetření, které provedlo MŠMT (Maršíková a Jelen, 2019) aktivně vyučuje 6,6 % učitelů, kteří nesplňují kvalifikační požadavky dle zákona o pedagogických pracovnících. Ve větší míře se jedná o zaměstnance na dobu nezbytně nutnou či ty, kteří si doplňují nezbytné vzdělání pro výkon pedagogické práce.

Jako rizikový faktor pro školství byli v šetření MŠMT vyhodnoceni ti, kteří nesplňují dané kvalifikační požadavky a nedoplňují si další potřebné vzdělání. Působení těchto učitelů na škole je nežádoucím jevem, který nesplňuje požadavky zákona o pedagogických pracovnících 563/2004 Sb. (Maršíková a Jelen, 2019). Podle zákona 563/2004 Sb. získává učitel druhého stupně základní školy odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným v akreditovaném magisterském studijním programu.

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

*Tabulka 5. Zdravotnické vzdělání*

Zdravotnické vzdělání či práce ve zdravotnictví	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	7	5,7 %
Ne	113	91,1 %
Nevím/nechci odpovědět	4	3,2 %

Na otázku D11 nejvyšší zastoupení respondentů 133 (91 %) odpovědělo, že nemají zdravotnické vzdělání nebo nepracovali ve zdravotnictví. Absolvování přechodného zdravotnického vzdělání či práci ve zdravotnictví uvedlo 7 respondentů (6 %). Na otázku neodpověděli či odpověď nevěděli celkem 4 respondenti (3 %).

**D12: Jste schopen zaplatit za léky, když je potřebujete k zachování zdraví? Je to pro vás...?**

*Tabulka 6. Možnost platit za potřebné léky*

Schopnost zaplatit za léky	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Velmi snadné	42	33,8 %
Vcelku snadné	50	40,3 %
Docela obtížné	13	10,5 %
Velmi obtížné	7	5,7 %
Nevím	7	5,7 %
Nechci odpovědět	5	4,0 %

Dle tabulky 6 je patrné, že pro 50 respondentů (40 %) je vcelku snadné platit za léky, které potřebují. Pro 42 respondentů (34 %) je platit za léky velmi snadné. Naopak pro 13 respondentů (10 %) je velmi obtížné platit za léky. Celkem 7 respondentů (6 %) tvrdí, že neví, zda je pro ně snadné či neschodné platit za léky. A nakonec 5 respondentů (4 %) na otázku nechtěli odpovědět.

**Otázka D13: Můžete si dovolit navštívit lékaře? Je to pro vás...? (možnost z hlediska dopravy, zdravotního pojištění, ceny, času atd.)**

*Tabulka 7. Možnost navštívit lékaře*

Možnost návštěvy lékaře	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>Velmi snadné</b>	66	53,2 %
<b>Vcelku snadné</b>	35	28,2 %
<b>Docela obtížné</b>	16	12,9 %
<b>Velmi obtížné</b>	4	3,2 %
<b>Nevím</b>	3	2,4 %
<b>Nechci odpovédět</b>	0	0,0 %

Podle tabulky 7 je pro 66 respondentů (53,2 %) velmi snadné navštívit lékaře. Pro 35 respondentů (28,2 %) je to vcelku snadné. Naopak docela obtížné je to pro 16 respondentů (12,9 %) a velmi obtížné je to pro 4 respondenty (3,2 %). Celkem 3 respondenti (2,4 %) vybrali možnost nevím. Žádný respondent nevybral možnost nechci odpovédět.

**Otázka D15: Představte si společenský žebříček a umístěte na něj sám sebe. Stupeň „1“ znamená nejnížší úroveň ve společnosti, stupeň 10 znamená nejvyšší úroveň ve společnosti.**

*Tabulka 8. Úroveň ve společnosti*

Úroveň ve společnosti	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
<b>1 (nejnížší)</b>	1	0,8 %
<b>2</b>	4	3,2 %
<b>3</b>	8	6,5 %
<b>4</b>	6	4,8 %
<b>5</b>	16	12,9 %
<b>6</b>	22	17,7 %
<b>7</b>	24	19,4 %
<b>8</b>	31	25,0 %
<b>9</b>	9	7,3 %
<b>10 (nejvyšší)</b>	1	0,8 %
<b>Nechci odpovédět</b>	2	1,6 %

Na nejnižší žebříček společnosti sám sebe umístil 1 respondent (0,8 %). Na úroveň dva se ohodnotili 4 respondenti (3,2 %). Na úroveň tři se ohodnotilo 8 respondentů (6,5 %). Úrovní čtyři se ohodnotilo 6 respondentů (4,8 %). Celkem 16 respondentů (12,9 %) samo sebe umístilo na úroveň pět a na úroveň šest se ohodnotilo 22 respondentů (17,7 %). K sedmé úrovni se přiřadilo 24 respondentů (19,4 %). Nejvíce respondentů se ohodnotilo na úroveň 8 a to 31 respondentů (25,0 %). Naopak na devátou úroveň se zařadilo 9 respondentů (7,3 %). A na nejvyšší desátou úroveň se zařadil jeden respondent (0,8 %). Celkem dva respondenti (1,6 %) se rozhodli, že na danou otázku nechtějí odpovídat.

**Otázka D17: Napište místo vašeho bydliště – vyberte (vesnice, středisková obec, město, krajské město, hlavní město) a přibližný počet obyvatel.**

*Tabulka 9. Místo vašeho bydliště*

Místo bydliště	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Vesnice	51	41,1
Městys	18	14,5
Město	55	44,4

Z tabulky 9 je patrné, že nejpočetnějším místem bydliště je město, které zvolilo jako odpověď 55 respondentů (44,4 %). Druhou na respondenty početnou skupinou je vesnice, kterou zvolilo 51 respondentů (41,1 %). S nejnižší frekvencí se objevila odpověď městys, kterou zvolilo 18 respondentů (14,5 %).

## 4.2 Výsledky první části standardizovaného dotazníku

V následující kapitole jsou zpracovány výsledky z první části standardizovaného dotazníku. Na tyto výsledky nebyly přímo vztaženy navržené hypotézy. Otázky ze standardizovaného dotazníku, které jsou úzce spjaty s navrženými hypotézami, jsou uvedeny v další kapitole.

**Otázka O3: Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí či zdravotním problémem? (dlouhodobé problémy = trvají nebo se očekává, že budou trvat 6 měsíců či déle)**

*Tabulka 10. Dlouhodobé zdravotní problémy*

Dlouhodobé problémy	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano, víc než jednou	23	18,6 %
Ano, jednou	31	25,0 %
Ne	64	51,6 %
Nemohu posoudit/nevím	6	4,8 %

Podle tabulky 10 netrpí žádným dlouhodobým zdravotním problémem 64 respondentů (51,6 %). Dalších 31 respondentů (25,0 %) tvrdí, že trpí jedním zdravotním problémem či nemocí. Nižší podíl respondentů, přesně 23 (18,6 %) udává, že trpí více než jedním zdravotním problémem či nemocí. Na otázku neodpovědělo 6 respondentů (4,8 %).

**Otázka O4: Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních 6 měsíců omezily aktivity, které obvykle vykonáváte?**

*Tabulka 11. Omezující aktivity*

Omezující aktivity	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Citelně omezily	26	20,9
Omezily, ale nikoli citelně	14	11,3
Vůbec neomezily	74	59,7
Nemohu posoudit/nevím	10	8,1

Podle tabulky 11 zdravotní problémy citelně omezily 26 respondentů (20,9 %) a omezily, ale ne citelně 14 respondentů (11,3 %). Ve většině případů u 74 respondentů

(59,7 %) zdravotní problémy neměly žádný vliv, což může korespondovat s tím, že respondenti žádné zdravotní problémy neměli. U 10 respondentů (8,1 %) byla označena odpověď nemohu posoudit/nevím.

#### **Otázka O5: U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn?**

**Tabulka 12. Zdravotní pojišťovna respondentů**

<b>Zdravotní pojišťovna</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>	<b>Počet respondentů (%)</b>
<b>Všeobecná z. pojišťovna (111)</b>	79	63,7 %
<b>Vojenská z. pojišťovna (201)</b>	25	20,2 %
<b>Česká průmyslová z. pojišťovna (205)</b>	13	10,5 %
<b>Oborová z. poj. zam. bank, poj. a stav. (207)</b>	2	1,6 %
<b>Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)</b>	0	0,0 %
<b>Z. pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)</b>	5	4,0 %
<b>Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)</b>	0	0,0 %
<b>Nemohu posoudit/nevím</b>	0	0,0 %

Následující tabulka zobrazuje rozložení respondentů jako uživatelů jednotlivých pojišťoven. Nejvyšší podíl respondentů 63,7 % je pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Následuje Vojenská zdravotní pojišťovna s podílem 20,2 % respondentů a dále pak Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno 10,5 % respondentů. Dále je 4,0 % respondentů pojištěno u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a 1,6 % respondentů u Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Naopak žádný respondent není pojištěn u pojišťoven Zaměstnanecká pojišťovna Škoda a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. Žádný z respondentů nevybral odpověď nevím či nemohu posoudit.

Otázka O6 je rozdělena na 4 podotázky, které budou označeny písmeny a, b, c, d.

O6a: Jak často jste byl během posledních 2 let v kontaktu s lékařskou pohotovostí?

*Tabulka 13. Lékařská pohotovost*

Kontakt s pohotovostí	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	54	43,6 %
1-2 krát	64	51,6 %
3-5 krát	3	2,4 %
6krát a více	0	0,0 %
Nemohu posoudit/nevím	3	2,4 %

Podle tabulky 13 bylo 64 respondentů (51,6 %) během posledních dvou let, jednou či dvakrát, v kontaktu s lékařskou pohotovostí. O něco méně respondentů, přesně 54 (43,6 %), se během posledních dvou let nedostalo do kontaktu s lékařskou pohotovostí. Dále pak 3 respondenti (2,4 %) se dostaly do kontaktu s lékařskou službou tři až pětkrát. Celkem 3 respondenti neví nebo nemohou posoudit, zda se dostali do kontaktu s lékařskou službou během uplynulých 2 let.

O6b: Jak často jste byl v průběhu posledních 12 měsíců u svého lékaře?

*Tabulka 14. Návštěva lékaře během posledních 12 měsíců*

Lékař během 12 měsíců	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	36	29,0 %
1-2 krát	54	43,6 %
3-5 krát	32	25,8 %
6krát a více	2	1,6 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Tabulka 14 zobrazuje data respondentů o návštěvě lékaře během posledních 12 měsíců. Celkem 54 respondentů (43,6 %) navštívilo během posledních 12 měsíců jednou až dvakrát lékaře. Naopak 36 dotazovaných (29,0 %) nenavštívilo lékaře ani jednou během posledních 12 měsíců. Dále pak 32 respondentů (25,8 %) navštívilo lékaře tři až pětkrát během posledních 12 měsíců. A dokonce 2 respondenti (1,6 %) navštívili během posledních 12 měsíců lékaře šestkrát či více.



**O6c: Jak často jste byl v průběhu posledních 12 měsíců hospitalizován?****Tabulka 15. Hospitalizace během posledních 12 měsíců**

Hospitalizace	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	113	91,1 %
1-2 krát	11	8,9 %
3-5 krát	0	0,0 %
6krát a více	0	0,0 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Co se týče hospitalizace během posledních 12 měsíců (tab. 15), 113 respondentů (91,1 %) nebylo ani jednou hospitalizováno. Dále pak 11 respondentů (8,9 %) bylo hospitalizováno jednou či dvakrát. Žádný z dotazovaných respondentů nebyl hospitalizován vícekrát, ani nevybral možnost – nemohu posoudit/nevím.

**O6d: Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců využil služeb zdravotních specialistů (psycholog, fyzioterapeut, zubní lékař, dietolog, oční lékař)?****Tabulka 16. Návštěva zdravotnických specialistů**

Návštěva specialistů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
0	39	31,5 %
1-2 krát	50	40,3 %
3-5 krát	33	26,6 %
6krát a více	2	1,6 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Údaje z následující tabulky ukazují, že zdravotnické specialisty navštívilo jednou až dvakrát ročně během posledních 12 měsíců 50 respondentů (40,3 %) a třikrát až pětkrát ročně 33 respondentů (26,6 %). Data ukazují, že 39 respondentů (31,5 %) zdravotnické specialisty nenavštívilo vůbec a naopak 2 respondenti (1,6 %) navštívili některého ze specialistů šestkrát či vícekrát za posledních 12 měsíců.

## Následující otázky se týkají užívání návykových látek a zapojení do života obce

**Otázka O7: Pokud jde o kouření cigaret, která z následujících možností pro Vás platí?**

*Tabulka 17. Kouření*

Kouření	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
V současné době kouříte	10	8,0 %
Kouřil/a jste, ale přestal/a	24	19,4 %
Nikdy jste nekouřil/a	90	72,6 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Z tabulky 17 vyplývá, že většina respondentů, celkem 90 (72,6 %) nikdy nekouřilo. Dále pak 24 respondentů (19,4 %) kouřilo v minulosti, ale přestalo. Nejméně respondentů, přesně 10 (8,0 %) v současné době kouří. Odpověď – nemohu posoudit/nevím nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

**Otázka 09: Pil/a jste během uplynulých 12 měsíců alkoholický nápoj?**

*Tabulka 18. Požívání alkoholických nápojů*

Alkohol	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	104	83,9 %
Ne	19	15,3 %
Nemohu posoudit/nevím	1	0,8 %

Naprostá většina respondentů dle tabulky 18 pila během posledních 12 měsíců alkoholický nápoj a to celkem 104 respondentů (83,9 %). Naopak alkohol během posledních 12 měsíců nekonzumovalo 19 respondentů (15,3 %) a 1 respondent (0,8 %) zvolil možnost nemohu posoudit/nevím.

**Otázka O10: Jak často jste během uplynulých 12 měsíců měl/a 5 a více sklenic alkoholu během jedné příležitosti?**

*Tabulka 19. Množství alkoholu*

Množství alkoholu	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Několikrát týdně	12	9,7 %
Jednou týdně	31	25,0 %
Jednou měsíčně	34	27,4 %
Méně než jednou měsíčně	9	7,3 %
Nikdy	37	29,8 %
Nemohu posoudit/nevím	1	0,8 %

Z tabulky 19 vyplývá, že 12 respondentů (9,7 %) pilo několikrát týdně více jak 5 sklenic alkoholu během posledních 12 měsíců. Dále pak 31 respondentů (25,0 %) pilo více jak 5 sklenic alkoholu jednou týdně. Jednou měsíčně pilo více jak 5 sklenic alkoholu 34 respondentů (27,4 %) a méně než jednou měsíčně jen 9 respondentů (7,3 %). Nejvíce dotazovaných a to 37 respondentů (29,8 %) označilo, že během posledních 12 měsíců nikdy nepilo 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. Jeden respondent (0,8 %) vybral odpověď nemohu posoudit/nevím.

**Otázka O11: Pil jste nějaký alkoholický nápoj během posledních 30 dní?**

*Tabulka 20. Alkoholické nápoje během posledních 30 dní*

Pití alkoholu - 30 dní	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	80	79,2 %
Ne	21	20,8 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Výsledky uvedené v tabulce 20 přibližně odpovídají výsledkům otázky O9, která se týká také pití alkoholických nápojů, a to během posledních 12 měsíců. Je patrná shoda u odpovědi ano, kterou zde zvolilo 80 respondentů (79,2 %). Odpověď ne, je však v této otázce vybrána větším počtem dotazovaných, zvolilo ji celkem 21 respondentů (20,8 %).

**Otázka O12: Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil/a nějaký alkoholický nápoj?****Tabulka 21. Pítí alkoholických nápojů během posledních 30 dní**

Pítí alkoholických nápojů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Denně	2	2,5 %
4-5 krát týdně	12	15,0 %
2-3 krát týdně	25	31,2 %
Jednou týdně	37	46,2 %
2-3 krát měsíčně	1	1,3 %
Jednou	3	3,8 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

V tabulce 21 můžeme vidět, že nejvíce respondentů a to přesně 37 (46,2 %) pilo v průběhu uplynulých 30 dní alkohol jednou týdně. Celkem 25 respondentů (31,2 %) pilo alkohol dvakrát až třikrát týdně a dále pak 12 respondentů (15 %) pilo alkohol čtyřikrát až pětkrát týdně. Denně pili alkohol pouze 2 respondenti (2,5 %). Pouze dvakrát až třikrát během 30 dní pil alkohol 1 respondent (1,3 %). Pouze jednou v čase 30 dní pili alkoholické nápoje 3 respondenti (3,8 %).

**Otázka 13: Kolik drinků obvykle vypijete v průběhu dne, kdy pijete alkoholické nápoje?****Tabulka 22. Množství drinků/jeden den v průběhu pití**

Množství drinků	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Méně, než jeden	13	16,3 %
1-2 drinky	30	37,5 %
3-4 drinky	21	26,2 %
5-6 drinky	5	6,3 %
7-9 drinky	1	1,2 %
10 a více drinků	4	5,0 %
Záleží na situaci	5	6,3 %
Nemohu posoudit/nevím	1	1,2 %

Z tabulky vyplývá, že dotazovaní volili nejčastěji odpověď 1-2 drinky během dne, odpověď zvolilo celkem 30 respondentů (37,5 %). Dále odpověď 3-4 drinky zvolilo 21 respondentů (26,2 %). Méně, než 1 drink vypije 13 respondentů (16,3 %). Počet 5 respondentů (6,3 %) uvedl, že počet drinků záleží na situaci. Celkem 4 respondenti tvrdí, že vypijí 10 a více drinků. Pouze 1 respondent (1,2 %) uvedl, že vypije 7-9 a drinků a také 1 respondent (1,2 %) uvedl, že odpověď neví nebo nemůže posoudit.

**Otázka O15: máte člena rodiny nebo přítele/přítelkyni, které byste mohl/a vzít s sebou na návštěvu k vašemu lékaři?**

*Tabulka 23. Osoba blízká při návštěvě lékaře*

Doprovod k lékaři	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Ano	104	83,9 %
Ne	20	16,1 %
Nemohu posoudit/nevím	0	0,0 %

Valná většina a to 104 respondentů (83,9 %) má možnost vzít s sebou přítele či přítelkyni nebo člena rodiny na návštěvu k lékaři. Celkem 20 respondentů (16,1 %) uvedlo, že tuto možnost nemají.

**Otázka O16: Jste aktivně zapojen/a do života vaší obce?**

*Tabulka 24. Účast na životu obce*

Účast na životu obce	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
Téměř denně	2	1,6 %
Několikrát týdně	22	17,7 %
Několikrát měsíčně	26	21,0 %
Několikrát v průběhu roku	58	46,8 %
Vůbec ne	16	12,9 %
Nevím/nemohu posoudit	0	0,0 %

Aktivně se na životě v obci téměř denně podílí pouze 2 respondenti (1,6 %). Několikrát týdně se do života obce zapojí 22 respondentů (17,7 %). Několikrát měsíčně 26 respondentů (21,0 %). Nejvíce respondentů a to 58 (46,8 %) se do života obce zapojuje v průběhu roku. Nulové zapojení se do života obce uvádí 16 respondentů (12,9 %).

### **Informace na obalech potravin a porozumění jim**

Následující otázky O17 – O23 se týkají schopnosti respondentů porozumět informacím uvedeným na obale potravin. V dotazníku byl přiložený modelový popis z obalu potravin, který obsahoval základní informace o potravině (příloha č. 1)

Respondenti vycházeli při vyplňování těchto otázek z modelového obalu potravin, konkrétně zmrzliny. Následující výsledky jsou uvedeny pouze v kontextu souhrnných informací z dotazníků, avšak nebyly využity při zpracování výzkumných problémů a hypotéz. V tabulkách jsou shrnuty pouze výsledky z dotazníkového šetření bez dodatečných komentářů. V každé tabulce je kroužkem vyznačena správná odpověď.

#### **Otázka O17: Kolik kalorií (kcal) sníte, pokud sníte celé balení zmrzliny?**

*Tabulka 25. Počet kalorií*

Počet kalorií/odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (n)
1,000 KCAL	12	9,7 %
1,000 kalorií	73	58,9 %
Jiná odpověď	14	11,2 %
Nevím	17	13,7 %
Nechci odpovédět	8	6,5 %

#### **Otázka O18: Když dostanete radu, abyste nejedli víc než 60 g sacharidů jako dezert, jaké max. množství zmrzliny si můžete dát?**

*Tabulka 26. Množství zmrzliny*

Počet kalorií/odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (n)
2 porce nebo méně	61	49,2 %
Polovinu balení	35	28,2 %
200 ml nebo méně	15	12,1 %
Jiná odpověď	7	5,7 %
Nevím	5	4,0 %
Nechci odpovédět	1	0,8

**Otázka O19: Lékař Vás požádá o snížení nasycených mastných kyselin ve stravě. Obvykle konzumujete 42 g, některé z nich ve zmrzlině. Kolik g nasycených tuků budete denně konzumovat, když přestanete jíst zmrzlinu?**

*Tabulka 27. Nasycené mastné kyseliny*

Množství	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (n)
33 g	65	52,5 %
Jiná odpověď	36	29,0 %
Nevím	22	17,7 %
Nechci odpovédět	1	0,8 %

**Otázka O20: Pokud obvykle konzumujete 2500 kalorií/den, jaké % kalorií přijmete v jedné porci zmrzliny?**

*Tabulka 28. Kalorie v jedné porci zmrzliny*

Počet kalorií/odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (n)
1/10 – desetinu	35	28,2 %
10 %	70	56,5 %
Jiná odpověď	15	12,1 %
nevím	4	3,2 %
Nechci odpovídat	0	0,0 %

**Otázka O21: Představte si, že jste alergický/á na penicilin, bodnutí včely, latexové rukavice a arašídý. Je pro vás bezpečné sníst tuto zmrzlinu?**

*Tabulka 29. Bezpečná konzumace*

Možnost	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (n)
Ano	30	24,2 %
Ne	84	67,7 %
Nevím	10	8,1 %
Nechci odpovédět	0	0,0 %

**Otázka O22: Proč ne? (Navazuje na odpověď „NE“ z otázky O21)**

*Tabulka 30. Proč nelze konzumovat zmrzlinu*

<b>Proč nemůžete</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>
<b>Protože zmrzlina obsahuje arašídový olej/ořechy/arašídý</b>	40	47,6 %
<b>Hrozí alergická reakce</b>	38	45,2 %
<b>Jiná odpověď</b>	2	2,4 %
<b>nevím</b>	4	4,8 %
<b>Nechci odpovídat</b>	0	0,0 %

**Otázka O23: Proč byste měl/a alergickou reakci? (Navazuje na odpověď „hrozí alergická reakce“ z otázky O22)**

*Tabulka 31. Příčina alergické reakce*

<b>Proč hrozí reakce</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>	<b>Počet respondentů (n)</b>
<b>Obsahuje arašídový olej/ořechy/arašídý</b>	33	89,2 %
<b>Jiné (spontánní)</b>	2	5,4 %
<b>Nevím</b>	1	2,7 %
<b>Nechci odpovědět</b>	1	2,7 %



## 5 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Následující kapitola obsahuje testování navržených hypotéz. Uvedené testování bylo provedeno ve statistickém softwaru R. Tento systém je často používaný a dostupný pro běžné uživatele. Program, včetně rozšiřujících aplikací, je volně dostupný k instalaci. Pro každou testovanou hypotézu byla nejprve stanovena nulová hypotéza označená jako  $H_0$ . Poté hypotéza alternativní, označená jako  $H_A$ . K vyhodnocení dat byly použity dva statistické testy. Prvním z použitých testů byl Pearsonův Chí-kvadrát test. Jako další byl použit Fisherův exaktní test.

Oba použité testy patří mezi standardní statistické testy. Pearsonův Chí-kvadrát test a Fisherův test testuje, zda mezi dvěma nominálními a náhodnými veličinami existuje závislost. Pro oba testy existují vzorce, které jsou uvedeny v předchozí kapitole, běžně však tyto vzorce nejsou používány a data jsou zpracována a počítána statistickým softwarem. Jejich rozdílnost je dána vstupními podmínkami, které jsou automaticky zpracovávány statistickým softwarem.

Přijmutí či zamítnutí hypotézy bylo určeno pomocí získané p-hodnoty. Pro každou hodnotu bylo provedeno porovnání s hladinou významnosti alfa, která byla u prováděných testů určena na hodnotu 0,05. Výsledky testování jsou uvedeny u jednotlivých hypotéz a zároveň jsou na závěr shrnuty v tabulkách (příloha č. 3).

Pomocí statistických testů se ověřují navržené hypotézy. Při ověřování hypotéz jsou nejprve stanoveny statistické hypotézy, které se ověřují proti hypotéze nulové, která vyjadřuje vztah mezi proměnnými. Kromě těchto vztahů se popisuje také míra závislosti mezi jevy. Hypotézy po vyhodnocení buď přijmeme nebo zamítneme. Pokud je nulová hypotéza při statistickém zpracování zamítnuta, přistupuje se k hypotéze alternativní (Chráska, 2016).

V případě, že je výsledek statistického výzkumu signifikantní, tedy statisticky významný, ukazuje se nepravděpodobnost náhody, a výsledek porovnání má naopak pravděpodobnostní charakter. Před začátkem testování je volena určitá hladina významnosti  $\alpha$ . Tato hladina značí chybu prvního druhu. Přesná velikost této chyby se odvíjí od hladiny významnosti. Čím je hladina významnosti nižší, tím pravděpodobněji nastane chyba prvního druhu. V tomto případě se zvyšuje pravděpodobnost, že nulovou hypotézu nejde zamítnout (Chráska, 2016).

## 5.1 Hypotéza 1 – ověření

**Věcná hypotéza:** Absolventi gymnázií snadněji rozumí důležitosti preventivních prohlídek než absolventi jiných oborů středních škol.

**H<sub>0</sub>:** Absolventi gymnázií rozumí důležitosti preventivních prohlídek stejně jako absolventi jiných oborů středních škol.

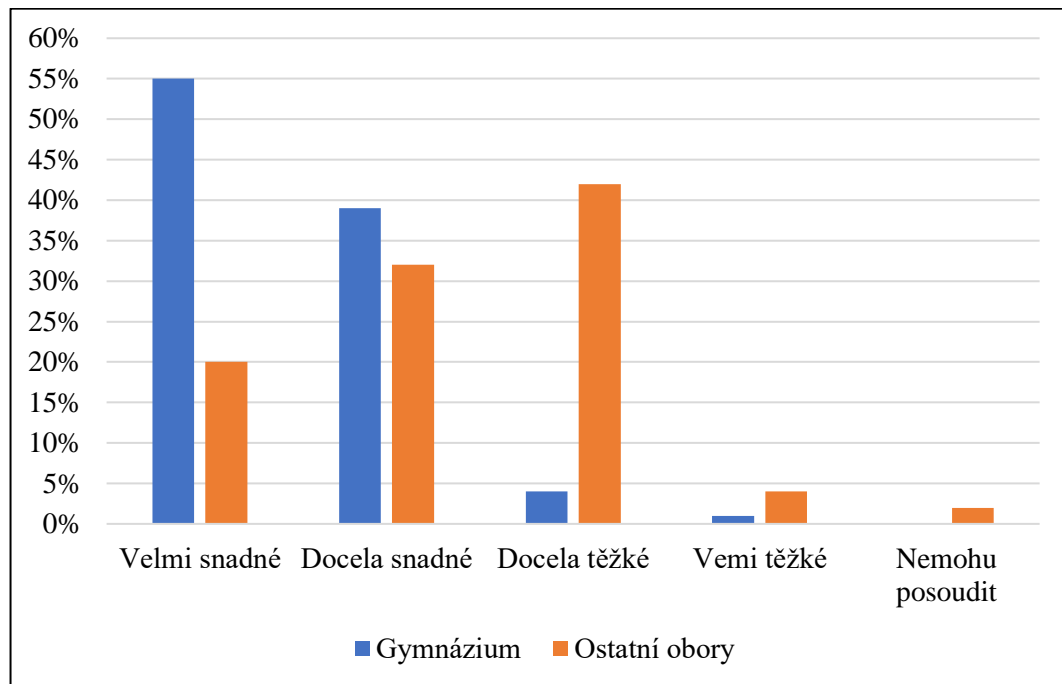
**H<sub>A</sub>:** Absolventi gymnázií snadněji rozumí důležitosti preventivních prohlídek než absolventi jiných oborů středních škol.

První navržená hypotéza předpokládá, že absolventi gymnázií mají komplexněji zaměřený studijní program, než absolventi jiných oborů středních škol. Předpokládá se, že v rámci všeobecných předmětů budou více edukováni o problematice zdraví a budou tak snadněji chápat důležitost preventivních prohlídek. Respondenti byli tedy rozděleni na dvě skupiny. První skupinu tvořili absolventi gymnázií, druhou skupinu pak absolventi jiných oborů středních škol (ekonomická SŠ, zdravotnická SŠ, zemědělská SŠ).

Pro první hypotézu byly vybrány otázky z úvodní části dotazníku vztahující se k preventivním prohlídkám a prevenci zdraví, a to otázky 23, 25, 26 a 27. Jednotlivé otázky byly zpracovány do grafů.

Každá z otázek byla vyhodnocena samostatně a taktéž okomentována. Na závěr byl uveden graf, který sleduje všechny otázky souhrnně.

**Otázka O1 – 23. Jak je těžké pochopit, proč je potřebné absolvovat preventivní prohlídky? (např. vyšetření prsou, vyšetření týkající se krevního tlaku či hladiny cukru v krvi)**



**Graf 1. Četnost odpovědí na otázku O1 – 23.**

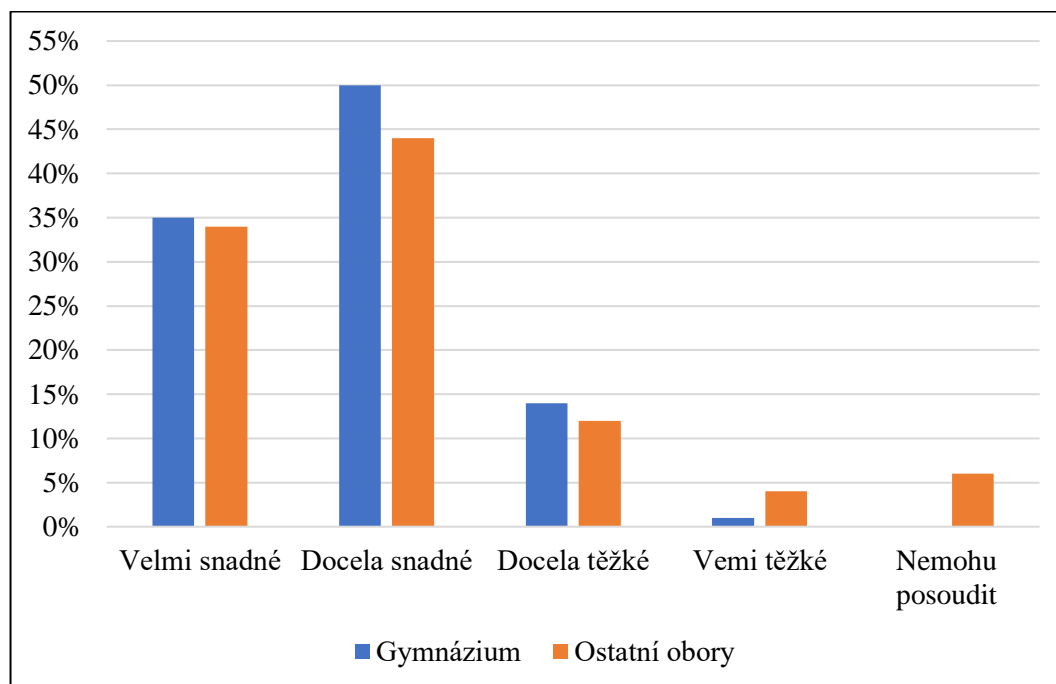
*Zdroj: Vlastní výzkum*

**P-hodnota**

- **Chí kvadrát test:** 0.5649
- **Fisherův test:** 0.6227

Co se týče otázky 23 byla nejčetnější odpovědí u absolventů gymnázií odpověď „Velmi snadné“. U ostatních oborů byla nejčetněji volena odpověď „Docela těžké“. Poměrně vyrovnané zastoupení odpovědí bylo u odpovědi „Docela snadné“. Pouze malé procento absolventů gymnázií i ostatních oborů zvolilo odpovědi „Velmi těžké“ či „Nemohu posoudit“. P-hodnoty obou testů jsou výrazně vyšší než hladina významnosti.

**Otázka O1 – 25. Jak je těžké posoudit, kdy je potřeba, abyste šel/šla ke svému lékaři na vyšetření?**



**Graf 2. Četnost odpovědí na otázku O1 – 25.**

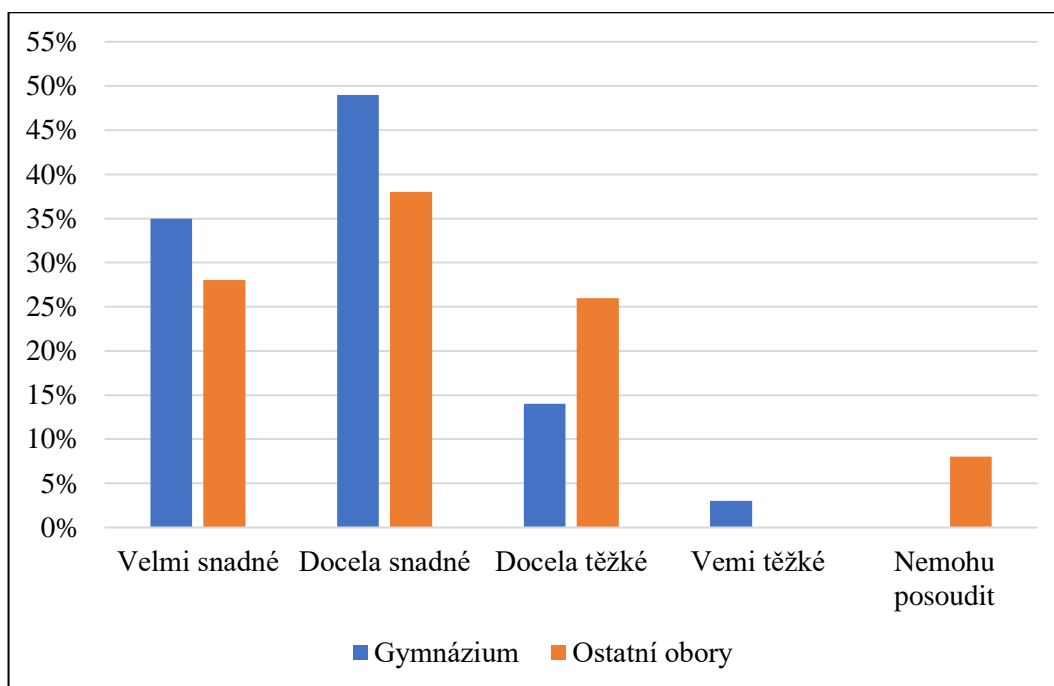
*Zdroj: Vlastní výzkum*

**P-hodnota**

- **Chí kvadrát test:** 0.3953
- **Fisherův test:** 0.3843

Na grafu 2 je patrné zastoupení odpovědí na otázku 25. Můžeme vidět, že poměrně stejně velký počet respondentů z řad absolventů gymnázií i ostatních oborů volil nejčastěji odpověď „Docela snadné“. Co se týče četnosti, tak v obou případech zvolených skupin následovala odpověď „Velmi snadné“, kde bylo rozložení respondentů téměř totožné. Menší počet respondentů volil odpověď „Docela těžké“. Téměř žádný respondent z řad absolventů gymnázií nezvolil odpověď „Velmi těžké“ a „Nemohu posoudit“. Naopak absolventi z ostatních oborů ve více než 5 % případů zvolili možnost „Nemohu posoudit“. P-hodnoty obou statistických testů jsou výrazně vyšší než hladina významnosti.

### Otázka O1 – 26. Jak je těžké posoudit, která z očkování byste potřeboval/a?



Graf 3. Četnost odpovědí na otázku O1 – 26.

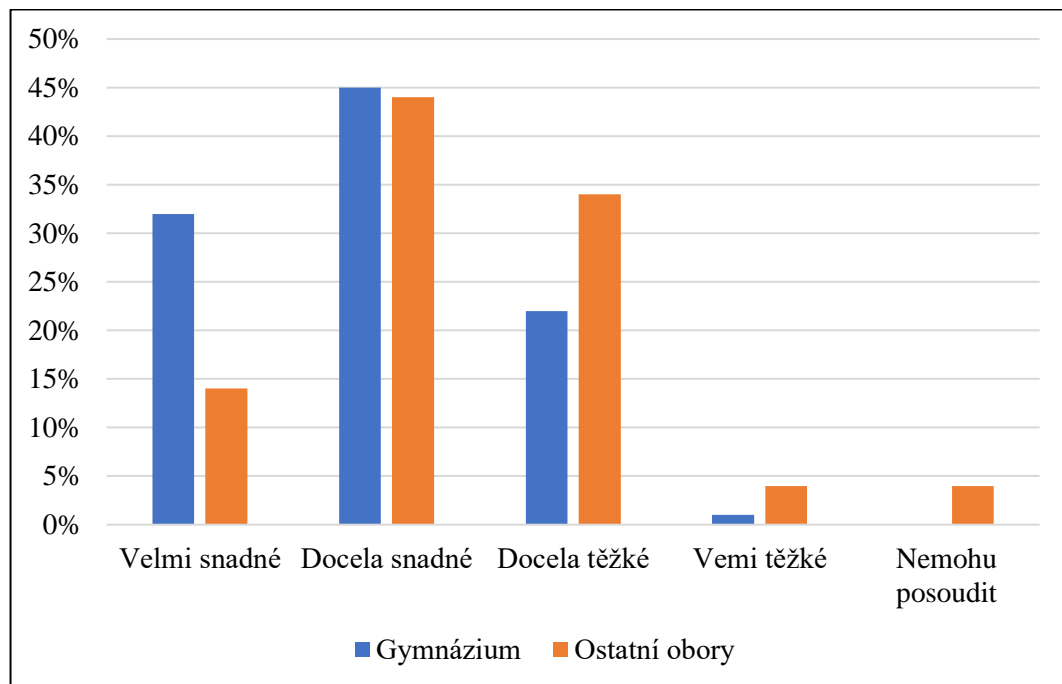
Zdroj: Vlastní výzkum

#### P-hodnota

- **Chí kvadrát test:** 0.7207
- **Fisherův test:** 0.8037

Poměrně obdobné rozložení odpovědí absolventů gymnázií a absolventů ostatních oborů lze spatřit v případě možností „Velmi snadné“ a „Docela snadné“. Naopak u odpovědi „Docela těžké“ lze vidět výrazně větší zastoupení respondentů z ostatních oborů. Odpověď „Velmi těžké“ zvolila pouze nepatrná část absolventů gymnázií. Odpověď nemohu posoudit zvolilo více než 5 % absolventů ostatních oborů. P-hodnoty obou provedených testů jsou výrazně vyšší než hladina významnosti.

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



**Graf 4. Četnost odpovědí na otázku O1 – 27.**

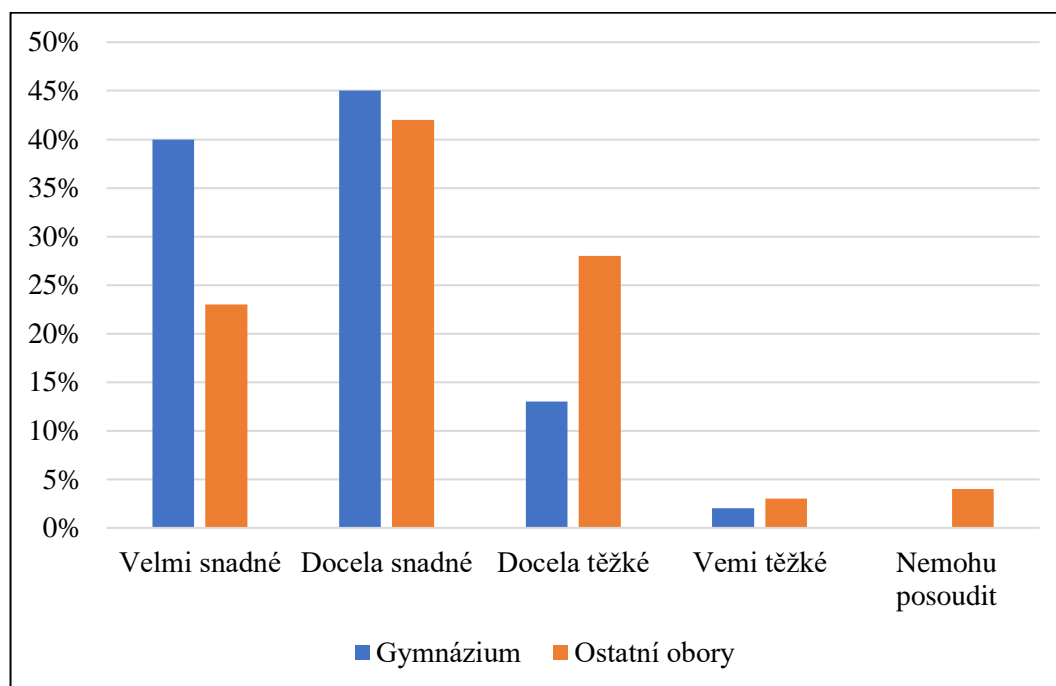
*Zdroj: Vlastní výzkum*

**P-hodnota**

- **Chí kvadrát test:** 0.5771
- **Fisherův test:** 0.5801

V případě otázky 27 týkající se posouzení absolvování preventivních prohlídek můžeme vidět, že u respondentů obou skupin převládala odpověď „Docela snadné“. U absolventů gymnázií následovala v četnosti odpověď „Velmi snadné“. U ostatních oborů se častěji vyskytovala odpověď „Docela těžké“. Méně volili respondenti odpověď „Velmi těžké“ a pouze absolventi ostatních oborů zvolili odpověď „Nemohu posoudit“.

Ze získaných dat byl vytvořen souhrn. Tento souhrn ukazuje procentuální četnosti odpovědí na otázky týkající se preventivních prohlídek a opatření souvisejících s prevencí nemocí.



**Graf 5. Četnost odpovědí na otázky týkající se prevence.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

### **P-hodnota**

- **Chí kvadrát test:** 0.08396
- **Fisherův test:** 0.08572

Na základě souhrnného grafu 5 vidíme zastoupení odpovědí napříč otázkami z hypotézy 1. Jednotlivé p-hodnoty u otázek vykazují stejný závěr jako p-hodnoty souhrnné. Výsledné p-hodnoty statistických testů jsou vyšší než zvolená hladina významnosti. Alternativní hypotéza je tedy zamítnuta a přijímáme hypotézu nulovou, tedy, že absolventi gymnázií rozumí důležitosti preventivních prohlídek stejně jako absolventi jiných oborů středních škol.

**Absolventi gymnázií rozumí důležitosti preventivních prohlídek stejně jako absolventi jiných oborů středních škol.**

## 5.2 Hypotéza 2 - ověření

**Věcná hypotéza:** Pedagogové 2. stupně základní školy, kteří snadno chápou informace z médií, dovedou snadno udělat rozhodnutí, jak zlepšit své zdraví.

**H<sub>0</sub>:** Pedagogové, kteří snadno chápou informace z médií, dovedou udělat rozhodnutí, jak zlepšit své zdraví stejně snadno či těžce jako ti, kteří informace z médií nechápou.

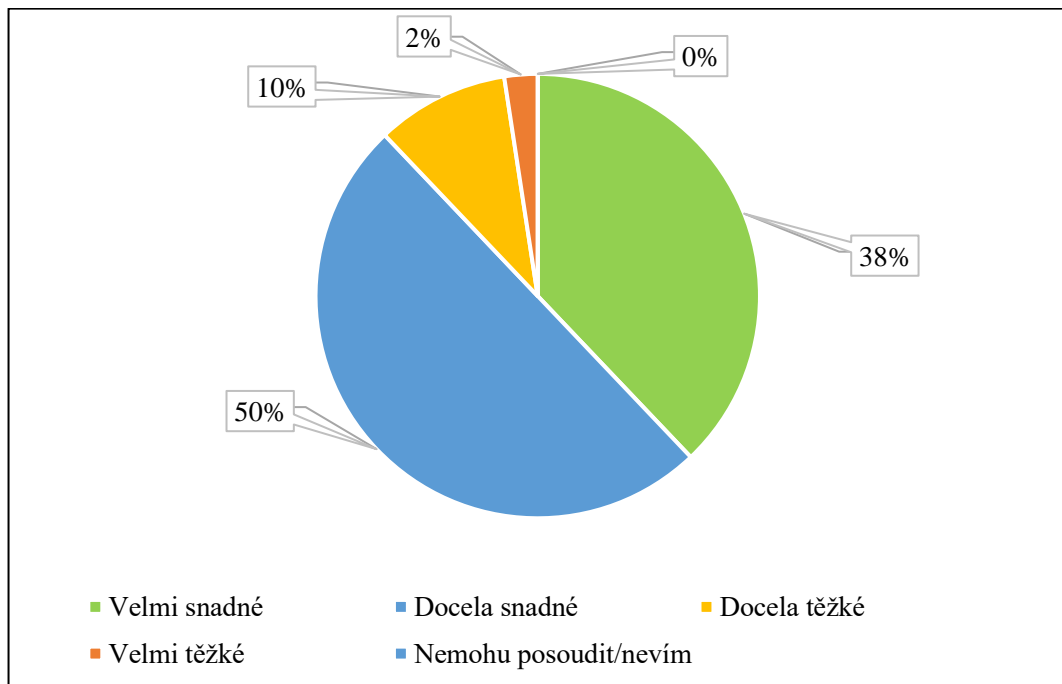
**H<sub>A</sub>:** Pedagogové 2. stupně základní školy, kteří snadno chápou informace z médií, dovedou snadno udělat rozhodnutí, jak zlepšit své zdraví.

Následující hypotéza je směřována na porozumění informacím z médií ve spojitosti s rozhodnutím zlepšit své zdraví. K získání dat byly využity otázky 12, 28, 31, 39, které souvisí se získáváním a zpracováním informací z médií a otázka 44, která se týká rozhodnutí ke zlepšení zdraví.

V úvodu je uveden graf otázky 44 včetně komentáře. Odpovědi z dalších otázek byly zpracovány do grafů a následně okomentovány. Každá z otázek je doplněna kontingenční tabulkou, ve které je uvedeno porovnání s otázkou 44, která zjišťuje, jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit zdraví.



### O1 – 44. Jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?

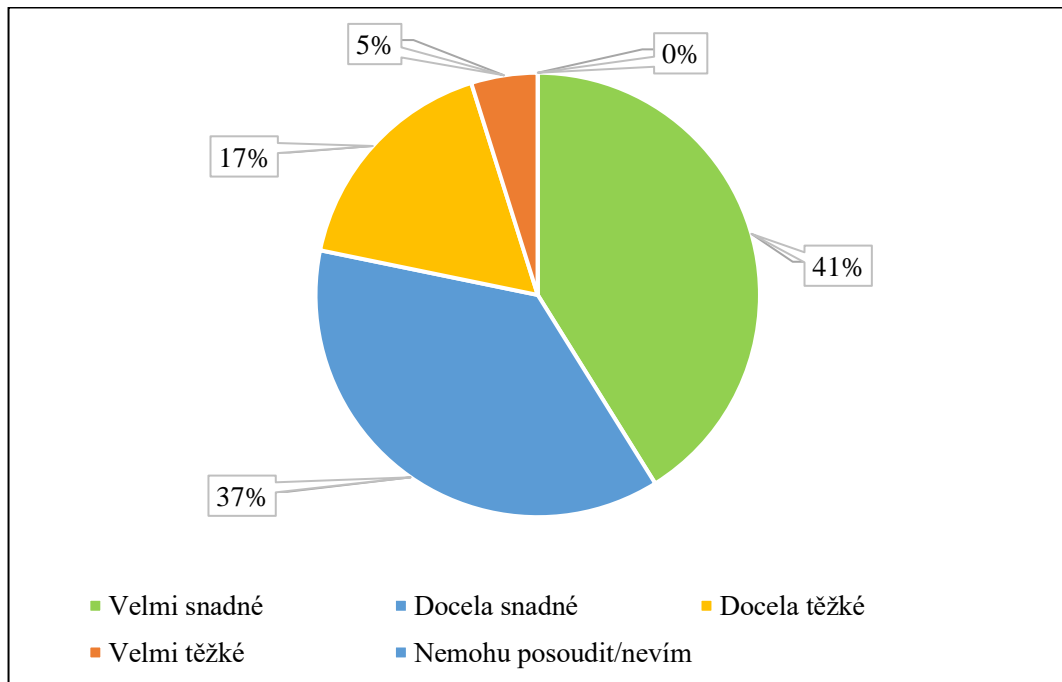


**Graf 6. Četnost odpovědí na otázku O1 – 44.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu 6 je patrné, že 62 respondentů (50 %), tedy polovina, považuje za docela snadné udělat rozhodnutí ke zlepšení svého zdraví. Dále pak 47 respondentů (38 %) toto rozhodnutí považuje za velmi snadné. Naopak 12 respondentů (10 %) uvádí, že je pro ně rozhodnutí zlepšit své zdraví docela těžké. A 3 respondenti (2 %) dokonce toto rozhodnutí považují za velmi těžké.

**Otázka O1 – 12. Jak je těžké zhodnotit, zda je informace o nemoci z médií spolehlivá (např. z internetu, TV nebo dalších médií)?**



**Graf 7. Četnost odpovědí na otázku O1 – 12.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z následujícího grafu 7 je patrné, že pro 51 respondentů (41 %) je velmi snadné zhodnotit, zda je informace z médií o nějaké nemoci spolehlivá. Dále pak 46 respondentů (37 %) zvolilo možnost docela snadné. Celkem 21 respondentů (17 %) považuje zhodnocení spolehlivosti informací z médií za docela těžké. A 6 respondentů (5 %) zvolilo odpověď „velmi těžké“.

**Tabulka 32. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a pravdivost informací z médií**

		Jak je těžké zhodnotit, zda je informace z médií pravdivá?					
		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit /nevím	Grand Total
Jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	Velmi snadné	12 %	16 %	7 %	3 %	0 %	38 %
	Docela snadné	26 %	15 %	8 %	1 %	0 %	50 %
	Docela těžké	2 %	5 %	1 %	1 %	0 %	9 %
	Velmi těžké	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	3 %
	Nemohu posoudit /nevím	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Grand Total	41 %	37 %	17 %	5 %	0 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

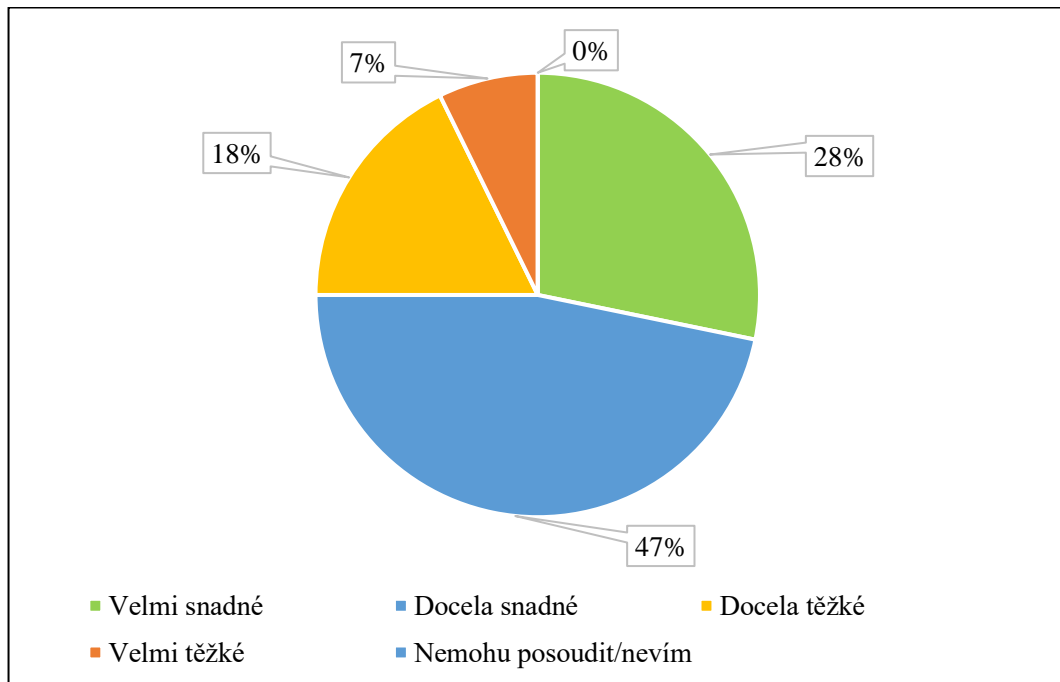
Následující tabulka 32 zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí na otázku 44 a 12. Více než čtvrtina respondentů, pro které je docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví je schopna velmi snadno zhodnotit, zda je informace z médií pravdivá. Dále pro 16 % respondentů je velmi snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví a zároveň je pro ně docela snadné zhodnotit, zda je informace z médií pravdivá. Malé procento respondentů (1 %) tvrdí, že je pro ně těžké udělat rozhodnutí ke zlepšení zdraví a zároveň je pro ně „velmi“ či „docela“ těžké rozhodnout, zda je informace týkající se zdraví v médiích pravdivá.

#### **P-hodnoty**

- **Chí kvadrát test:** 0.4707
- **Fisherův test:** 0.2888

V případě testování otázky 12 a 44 bylo zjištěno, že p-hodnoty Chí-kvadrátu a Fisherova testu jsou vyšší než zvolená hladina významnosti.

**O1 – 28. Jak je těžké posoudit, zda je informace o zdravotních rizicích z médií hodnověrná? (např. z internetu, TV nebo dalších médií)**



**Graf 8. Četnost odpovědí na otázku O1 – 28.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Na následujícím grafu 8 můžeme vidět výsledky týkající se otázky o hodnověrnosti médií v oblasti zdravotních rizik. Téměř polovina respondentů a to 58 (47 %) odpověděla, že je pro ně docela snadné posoudit hodnověrnost informací z médií. Dále pak 35 respondentů (28 %) dokonce uvedlo, že je to pro ně velmi snadné. Pro 22 respondentů (18 %) je posouzení docela těžké. A 9 respondentů (7 %) dokonce odpovídá, že posoudit hodnověrnost informací o zdravotních rizicích v médiích je pro ně velmi těžké.

**Tabulka 33. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a hodnověrnost informací**

Jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	Jak je těžké posoudit, zda je informace o zdravotních rizicích z médií hodnověrná? (např. z internetu, TV nebo dalších médií)					
	Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit /nevím	Grand Total
Velmi snadné	10 %	19 %	4 %	4 %	0 %	37 %
Docela snadné	15 %	21 %	11 %	2 %	0 %	49 %
Docela těžké	2 %	6 %	2 %	1 %	0 %	11 %
Velmi těžké	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	3 %
Nemohu posoudit /nevím	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Grand Total	28 %	47 %	18 %	7 %	0 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

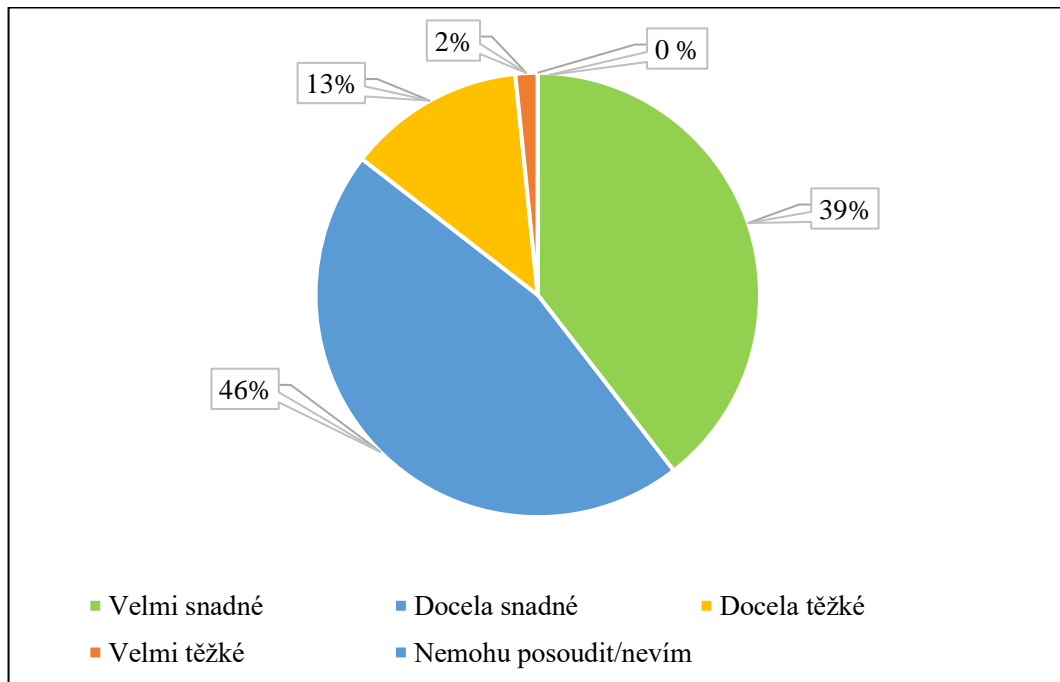
Tabulka 33 zobrazuje vzájemný vztah odpovědí na otázky 28 a 44. Necelá čtvrtina respondentů (21 %) tvrdí, že je pro ně docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví a zároveň je pro ně docela snadné posoudit, zda je informace o zdravotních rizicích z médií hodnověrná. Dále pak 19 % respondentů dovede udělat velmi snadno rozhodnutí zlepšit své zdraví a zároveň je pro ně docela snadné posoudit, zda je informace o zdravotních rizicích z médií hodnověrná. Pro 4 % respondentů je velmi snadné udělat rozhodnutí zlepšit zdraví, avšak považují za docela těžké posoudit, zda je informace o zdravotních rizicích z médií hodnověrná.

### **P-hodnoty**

- **Chí kvadrát test:** 0.7662
- **Fisherův test:** 0.654

Na základě Chí-kvadrát testu a Fisherova test můžeme prokázat, že p-hodnoty obou provedených testů jsou vyšší než stanovená hladina významnosti.

**O1 – 31. Jak je těžké rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií (např. letáky, noviny, internet nebo jiná média).**



**Graf 9. Četnost odpovědí na otázku O1 – 31.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Na otázku 31 odpovědělo 57 respondentů (46 %), že je pro ně docela snadné rozhodnout se, jak se ochránit před různými nemocemi na základě informací získaných z médií. Poměrně vysoký počet, 49 respondentů (39 %) uvedlo, že je to pro ně velmi snadné. Naopak 16 respondentů (13 %) považuje toto rozhodnutí za docela těžké. A nakonec 2 respondenti (téměř 2 %) uvádí, že je pro ně velmi těžké rozhodnout se na základě informací z médií, jak se chránit před nemocemi.

**Tabulka 34. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a informace o prevenci nemocí z médií**

Jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	Jak je těžké rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií (např. letáky, noviny, internet nebo jiná média).					
	Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit /nevím	Grand Total
Velmi snadné	15 %	19 %	5 %	0 %	0 %	39 %
Docela snadné	20 %	21 %	7 %	1 %	0 %	49 %
Docela těžké	4 %	5 %	1 %	0 %	0 %	10 %
Velmi těžké	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %
Nemohu posoudit /nevím	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Grand Total	40 %	46 %	13 %	1 %	0 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

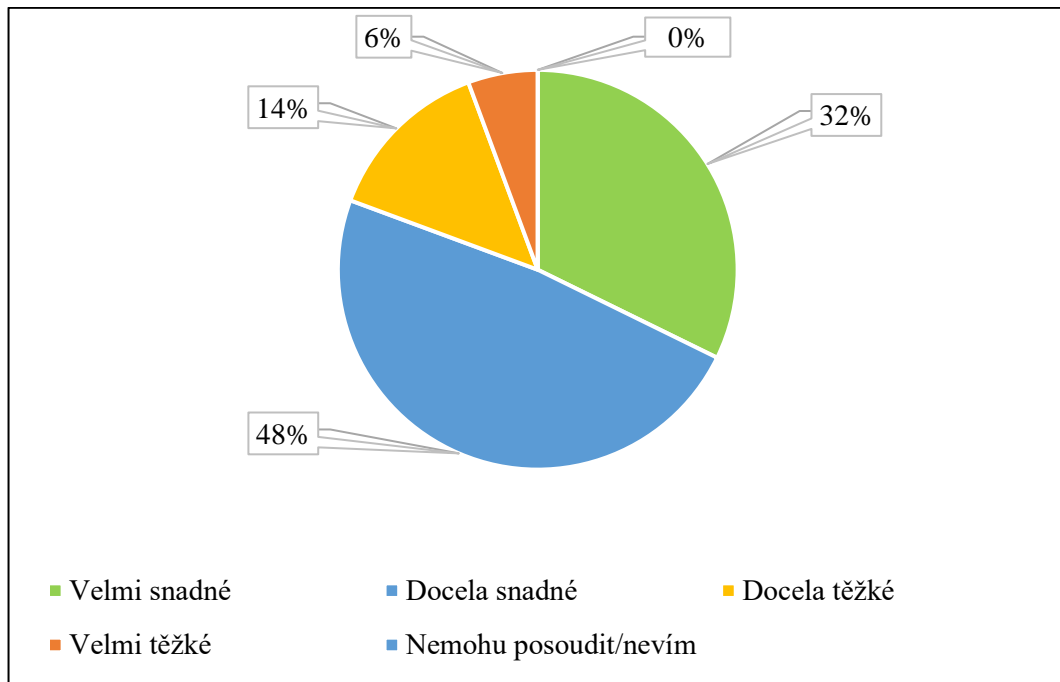
Z tabulky 34 je patrné, že pro 21 % respondentů je docela snadné chránit se před nemocemi na základě informací z médií a zároveň docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví. Pro 20 % respondentů je velmi snadné chránit se před nemocemi na základě informací z médií a zároveň je pro ně docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví. Pro 7 % respondentů je docela těžké chránit se před nemocemi na základě informací z médií, ale je pro ně docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví. Malé procento respondentů (1 %) uvádí, že je pro ně docela těžké chránit se před nemocemi na základě informací z médií a zároveň docela těžké udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví.

#### **P-hodnoty**

- **Chí kvadrát test:** 0.7662
- **Fisherův test:** 0.654

Na základě provedených statistických testů a z nich získaných p-hodnot můžeme vyloučit signifikantní statistickou závislost mezi otázkami 31 a 44. Obě získané p-hodnoty výsledků těchto otázek jsou vyšší než hladina významnosti.

**O1 – 39. Jak je těžké pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např. internet, noviny, časopisy)**



**Graf 10. Četnost odpovědí na otázku O1 – 39.**

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Na následujícím grafu 10 můžeme vidět, že téměř polovina a to 60 respondentů (48 %) považuje za docela snadné pochopit informaci z médií o tom, jak být zdravější. Dále pak 40 respondentů (32 %) to dokonce pokládá za velmi snadné. Méně a to 17 respondentů (14 %), tvrdí, že pochopit informace z médií týkající se zlepšení zdraví je pro ně docela těžké. A 7 respondentů (6 %) dokonce uvádí, že je to pro ně velmi těžké.



*Tabulka 35. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a možnosti ke zlepšení zdraví z médií*

		Jak je těžké pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např. internet, noviny, časopisy)					Grand Total
		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit /nevím	
Jak je těžké udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	Velmi snadné	10 %	20 %	6 %	1 %	0 %	37 %
	Docela snadné	17 %	23 %	6 %	4 %	0 %	50 %
	Docela těžké	4 %	5 %	0 %	1 %	0 %	10 %
	Velmi těžké	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	3 %
	Nemohu posoudit /nevím	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Grand Total	32 %	48 %	14 %	6 %	0 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Dle tabulky 35 téměř čtvrtina (23 %) respondentů považuje za docela snadné pochopit informaci, jak být zdravější z médií a zároveň je pro ně docela snadné udělat rozhodnutí zlepšit zdraví. Pro 20 % respondentů je docela snadné pochopit informaci, jak být zdravější z médií a zároveň je pro ně velmi snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví. Pro 6 % respondentů je pochopení informací o tom, jak být zdravější z médií docela těžké, ale uvádí, že je pro ně docela snadné či velmi snadné udělat rozhodnutí zlepšit své zdraví.

#### **P-hodnoty**

- **Chí kvadrát test:** 0.7662
- **Fisherův test:** 0.654

Ze získaných p-hodnot obou statistických testů můžeme vyloučit signifikantní význam mezi otázkami 39 a 44.

Při testování hypotézy 2 došlo k zamítnutí alternativní hypotézy ve prospěch hypotézy nulové, a to na základě provedených statistických testů a z nich získaných p-hodnot.

#### **P-hodnoty všech otázek týkajících se médií v porovnání s otázkou 44**

- **Chí kvadrát test:** 0.4104
- **Fisherův test:** 0.4375

Získané p-hodnoty všech porovnávaných otázek jsou významně vyšší než zvolená hladina významnosti. Závěrem tedy je, že schopnost porozumět informacím z médií nemá statisticky významný vliv na rozhodnutí zlepšit své zdraví.

**Schopnost porozumět informacím z médií nemá statisticky významný vliv na rozhodnutí zlepšit své zdraví.**

### 5.3 Hypotéza 3 - ověření

**Věcná hypotéza:** Pedagogové, kteří se pravidelně věnují pohybu, hodnotí své zdraví kladněji než ti, kteří jsou pohybově pasivnější.

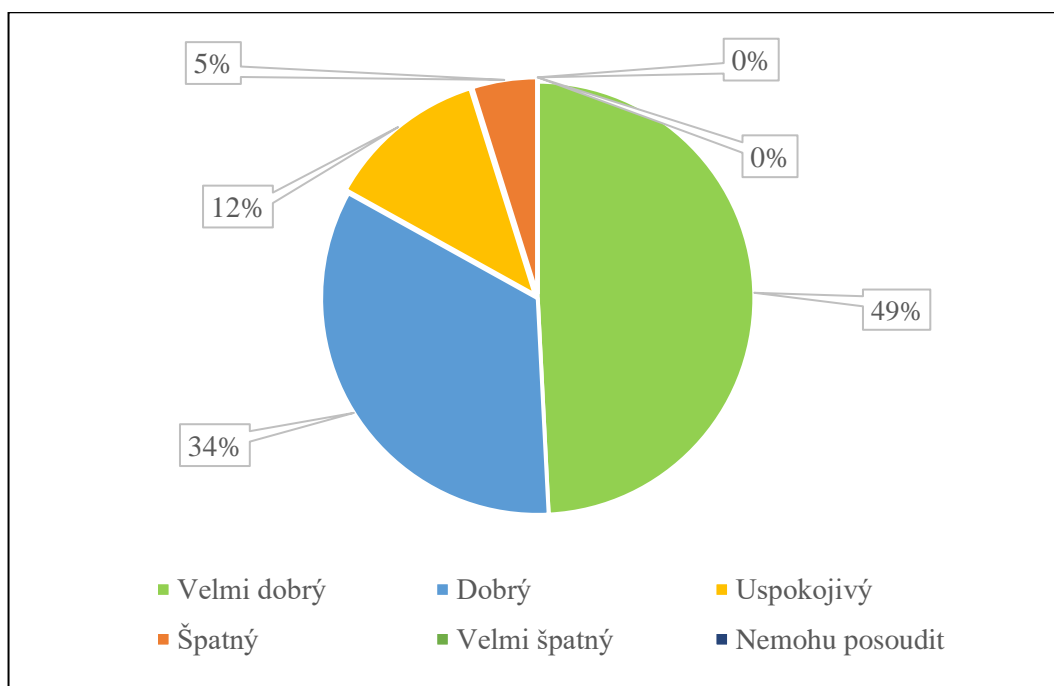
**H<sub>0</sub>:** Pedagogové, kteří se pravidelně věnují pohybu, nehodnotí své zdraví kladněji než pedagogové, kteří jsou pohybově pasivnější.

**H<sub>A</sub>:** Pedagogové, kteří provádějí pravidelnou pohybovou aktivitu, hodnotí své zdraví kladněji než pedagogové, kteří jsou pohybově pasivnější.

Ověření poslední hypotézy proběhlo na základě výsledků z otázky 2, která zjišťuje zdravotní stav respondentů a z otázky 14, která zjišťuje, jak často během posledního měsíce respondenti cvičili 30 či více minut (chůze, jízda na kole, běh apod.).

Odpovědi z otázek 2 a 14 byly zpracovány do samostatných grafů a následně okomentovány. Použitím kontingenční tabulky byl v procentech vyhodnocen jejich vzájemný vztah. Hypotéza byla ověřena Chí-kvadrát testem a Fisherovým testem.

## Otázka O2: Jaký je váš zdravotní stav?

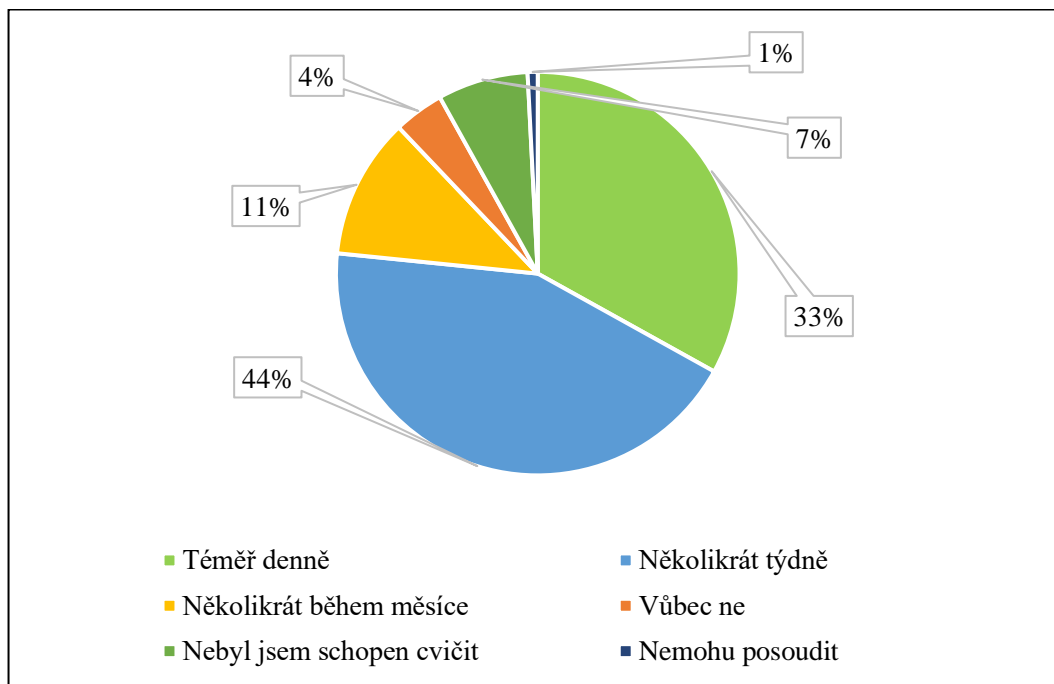


**Graf 11. Hodnocení zdravotního stavu pedagogů**

*Zdroj: vlastní výzkum v rámci DP*

Z následujícího grafu 11 je patrné, že největší počet respondentů, přesně 61 (49 %) považuje svůj zdravotní stav za velmi dobrý. Následovala odpověď „Dobrý“, kterou zvolilo 42 respondentů (34 %). Dále pak 15 respondentů (12 %) vybralo odpověď uspokojivý. Nakonec 6 respondentů (5 %) označilo svůj zdravotní stav jako špatný. Odpověď „Velmi špatný“ a „Nemohu posoudit“ nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

**Otázka O14: Jak často jste v průběhu posledního měsíce cvičil/a 30 a více minut, např. chůze, jízda na kole nebo běh?**



**Graf 12. Pohybová aktivita během posledního měsíce**

*Zdroj: Vlastní výzkum k DP*

Z grafu 12 je patrné, že 54 respondentů (44 %) cvičilo několikrát týdně během posledního měsíce. O něco méně respondentů, přesně 41 (33 %) cvičilo téměř denně. Celkem 14 respondentů (11 %) uvedlo, že se pohybu věnovalo pouze několikrát do měsíce. Naopak 5 respondentů (5 %) uvedlo, že se pohybu během posledního měsíce nevěnovalo vůbec. Poslední část, 9 respondentů (7 %) uvedlo, že během posledního měsíce nebylo schopno provádět pohybovou aktivitu.

**Tabulka 36. Vzájemný vztah zdravotního stavu a cvičení**

		Jak často jste během uplynulého měsíce cvičil/a 30 či více minut?						
		Téměř denně	Několikrát týdně	Několikrát měsíčně	Vůbec ne	Nebyl jsem schopen	Nemohu posoudit	Grand Total
Jaký je váš zdravotní stav?	Velmi dobrý	20 %	23 %	4 %	0 %	0 %	0 %	47 %
	Dobrý	12 %	19 %	2 %	0 %	2 %	0 %	35 %
	Uspokojivý	0 %	1 %	4 %	3 %	4 %	0 %	12 %
	Špatný	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	4 %
	Velmi špatný	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %
	Nemohu posoudit	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Grand Total	32 %	43 %	12 %	5 %	7 %	1 %	100 %

*Zdroj: Vlastní výzkum k DP*

Následující tabulka 36 zobrazuje společné zastoupení odpovědí respondentů na otázky O2 a O14. Největší zastoupení (24 %) respondentů popisuje svůj zdravotní stav jako velmi dobrý a uvádí, že během posledního měsíce cvičili několikrát týdně. Následuje skupina respondentů (20 %), kteří zdravotní stav popisují jako velmi dobrý a uvádí, že během uplynulého měsíce cvičili téměř denně. Ve větším zastoupení (18,5 %) popisují respondenti svůj zdravotní stav jako dobrý a uvádí, že během posledního měsíce cvičili několikrát týdně. Naopak ve střední části tabulky můžeme vidět, že existuje menší počet (cca 1 %) respondentů, kteří považují svůj zdravotní stav za „špatný“ či „Velmi špatný“ a zároveň cvičí málo nebo vůbec.

Z výsledků můžeme potvrdit jasné zamítnutí uvedené nulové hypotézy. Naopak navržená alternativní hypotéza byla verifikována pomocí dvou statistických testů. Z tohoto potvrzení můžeme vyvodit, že pedagogové, kteří se pravidelně věnují pohybovým aktivitám, hodnotí své zdraví kladněji než pedagogové, kteří jsou spíše pasivnější.

Získané p-hodnoty statistických testů jsou výrazně nižší než stanovená hladina významnosti. Je tedy zřejmé, že aktivní pohyb má statisticky významný vliv na hodnocení zdravotního stavu. Přijímáme tedy navrženou alternativní hypotézu.

### **P-hodnoty**

- **Chí kvadrát test:** 5.741e-14
- **Fisherův test:** 2.104e-13

**Pedagogové, kteří se pravidelně věnují pohybu, hodnotí svůj zdravotní stav kladněji než ti, kteří jsou pohybově pasivnější.**

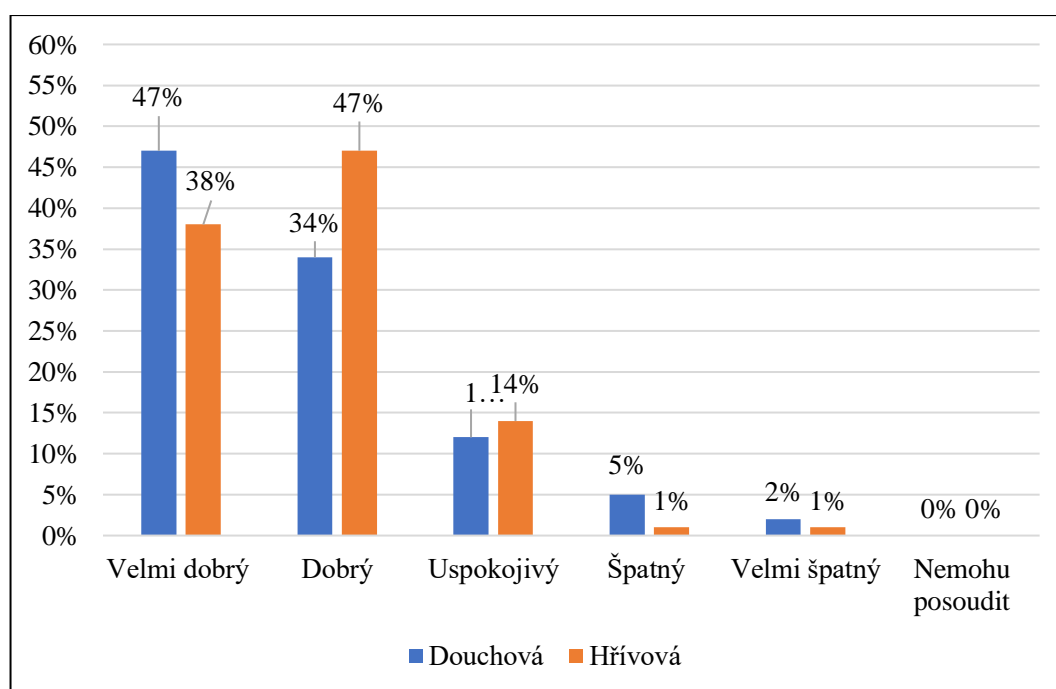
## 6 DISKUZE

Tato diplomová práce se zaměřuje na zdravotní gramotnost u pedagogů 2. stupně základní školy. Výzkum v této oblasti je přínosný a nezbytný, jelikož zdravotní gramotnost je prioritním zájmem celé společnosti. Vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je nezbytnou součástí práce každého pedagoga. První výsledky šetření zdravotní gramotnosti byly získány nedávno a neustále přibývají nové. Zvyšování zdravotní gramotnosti pedagogů je prioritní, zvláště pak těch, kteří vyučují předmět Výchova ke zdraví na základní škole.

S ohledem na výzkumy předchozí je možné uvést porovnání s výsledky diplomové práce z Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum, který byl součástí této diplomové práce byl prováděn u absolventských ročníků Univerzity Palackého v Olomouci, konkrétně na pedagogické fakultě. Bude tedy provedeno porovnání výsledků pedagogů v praxi a studentů v závěru přípravy na pedagogické povolání. Hypotéza označená v této diplomové práci jako 3 je porovnatelná s hypotézou z výzkumu Hřívové (2019).

### Srovnání výzkumu této práce s Hřívovou (2019) ve dvou otázkách.

#### 1) Otázka O2. - Jaký je váš zdravotní stav?



Graf 13. Četnost odpovědí z porovnávaných výzkumů – otázka O2.

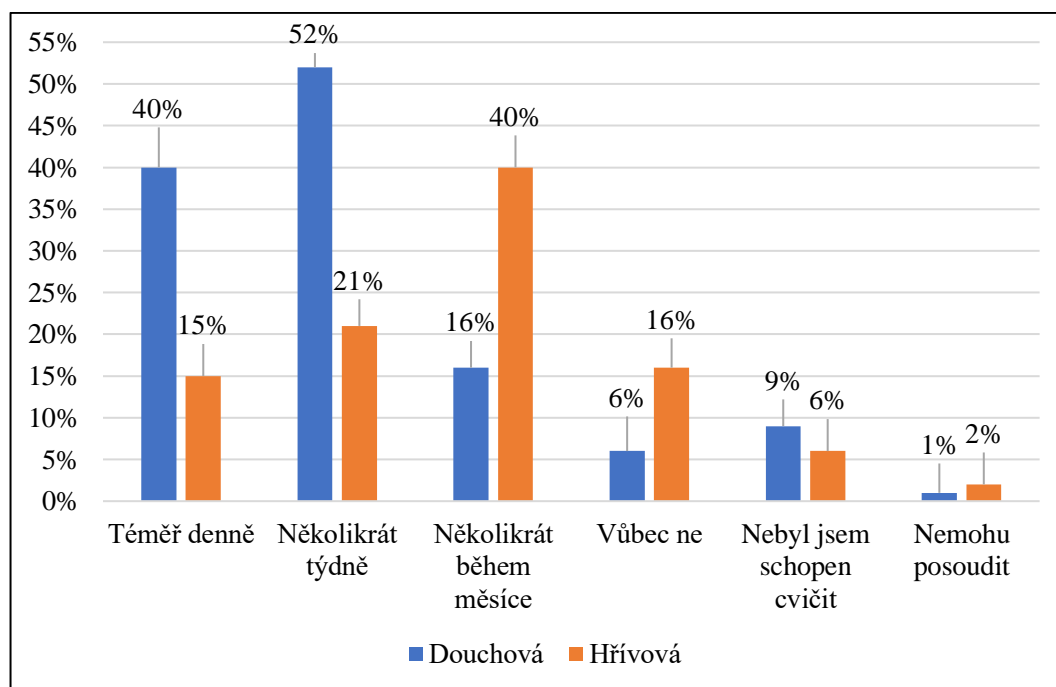
Zdroj: Vlastní výzkum + výzkum Hřívové (2019)



Na otázku „Jaký je váš zdravotní stav“ spatřujeme relativně obdobné zastoupení odpovědí v obou výzkumech (graf 13). Rozdíl vidíme v odpovědi „Velmi dobrý“, kde zastoupení respondentů našeho výzkumu je 47 % naproti tomu ve výzkumu u studentů pedagogické fakulty je zastoupení respondentů 38 %. Patrný rozdíl spatřujeme u odpovědi „Dobrý“, kterou v našem výzkumu zvolilo 34 % a v porovnávaném výzkumu je to 47 %. Méně se pak liší zastoupení respondentů u odpovědi „Uspokojivý“, kdy v našem výzkumu máme

12 % respondentů a ve výzkumu studentů 14 % respondentů. Následovala odpověď „Špatný“, kterou v našem výzkumu uvedlo 5 % respondentů a ve výzkumu Hřívové (2019) 1 % respondentů. Podobnost nastala u odpovědi „Velmi špatný“, kterou ve výzkumu studentů zvolilo 1 % respondentů a v našem výzkumu 2 % respondentů. Respondenti našeho výzkumu ani studenti absolvujících ročníků pedagogické fakulty nezvolili vůbec odpověď nevím/nemohu.

## 2) Otázka O14. Frekvence cvičení delšího než 30 minut během posledního měsíce



Graf 14. Četnost odpovědí porovnávaných výzkumů – otázka O14.

Zdroj: Vlastní výzkum + Hřívová (2019)

Na následujícím grafu 14 můžeme vidět porovnání odpovědí na otázku „Jak často jste cvičil/a déle než 30 minut během posledního měsíce?“ V odpovědích vidíme velké rozdíly. V našem výzkumu uvádí 40 % respondentů, že cvičí téměř denně, naopak

ve výzkumu studentů absolventských ročníků tuto odpověď zvolilo jen 15 % respondentů. Patrný rozdíl vidíme i u druhé odpovědi, kde 52 % respondentů našeho výzkumu uvádí, že cvičí několikrát týdně. V případě druhého výzkumu tuto možnost zvolilo 21 % respondentů. Naopak odpověď „Několikrát do měsíce“ zvolilo v našem výzkumu pouze 16 % respondentů a ve výzkumu studentů jich bylo 40 %. Celkem 6 % respondentů našeho výzkumu tvrdí, že necvičí, v porovnaném výzkumu to uvádí 16 % respondentů. Patrné množství respondentů našeho výzkumu a to 9 % uvádí, že nebylo schopno během posledního měsíce cvičit, v případě výzkumu Hřívové (2019) to tvrdí 6 % respondentů. Zanedbatelná procenta respondentů vybrala možnost nemohu posoudit, v našem výzkumu 1 % a v druhém výzkumu 2 % respondentů.

Z výše uvedených grafů a komentářů vyplývá, že ve výzkumu Hřívové (2019) byla přijata stanovená hypotéza, že studenti absolventských ročníků, kteří pravidelně cvičí budou mít lepší stav než studenti, kteří pravidelně necvičí. Náš výzkum přijal hypotézu, že pedagogové, kteří pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu, hodnotí svůj zdravotní stav kladněji než ti, kteří jsou pasivnější. V obou případech odpovědi na otázky vidíme rozdíly v první odpovědi „Velmi snadné“, kdy respondenti našeho výzkumu procentuálně převyšují studenty absolventských ročníků.

Z výsledků našeho šetření v porovnání s výzkumem Hřívové (2019) můžeme usoudit, že náš vzorek respondentů má celkově vyšší četnost kladné odpovědi na otázku O2 a zároveň také vyšší četnost kladnějších odpovědí na otázku O14.

Zdravotní gramotnost související s péčí o zdraví, v našem případě konkrétně otázka týkající se pohybu, přináší výsledek takový, že v rámci této otázky je vyšší zdravotní gramotnost u našeho vzorku respondentů, který představují pedagogové 2. stupně základní školy. Výsledky dalších šetření, která probíhala na území ČR, ukazují souvislost mezi zdravotní gramotností a vzděláním respondentů. Tato studie poukazuje také na fakt, že respondenti s prudkým zhoršením zdravotního stavu a rozvojem nemoci častěji vyhledávají informace týkající se zdravotní problematiky a tím zvyšují svoji ZG. Z výsledků studií lze konstatovat, že úroveň ZG je napříč populací nízká a problematická v porovnání s ostatními státy Evropy (Kučera et al., 2016). Studie také předkládají, že subjektivně pocíťovaný zdravotní stav se zlepšuje s rozvojem znalostí a rostoucí zdravotní gramotností. Tuto skutečnost můžeme vztáhnout na náš výzkum a výzkum Hřívové (2019), kde porovnááme studenty v přípravě na povolání a pedagogy v praxi v otázce subjektivního zdravotního stavu a pohybové aktivity.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá tématem zdravotní gramotnosti u pedagogů 2. stupně základní školy. Celá práce se tedy věnuje pedagogům, kteří vyučují žáky 2. stupně. Předpokladem je jejich profesní kvalifikace učitelství druhého stupně, která však v praxi nemusí být vždy dodržena, mnohdy kvůli nedostatku kvalifikovaného personálu.

První ze stěžejních částí práce byla orientována na teoretické poznatky týkající se zdravotní gramotnosti. Na začátek bylo třeba objasnit základní pojmy jako zdraví, prevence, definice, teorie a modely zdraví. V návaznosti na tuto problematiku byly prezentovány determinanty ovlivňující zdraví. Nebyly opomenuty ani definice zdravotní gramotnosti. V části prevence byly zmíněny programy podpory zdraví i pohledy na prevenci samotnou.

Další částí bylo výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na pedagogy 2. stupně základní školy. Vzhledem k tomu byly v teoretické části zmíněny také teoretické poznatky týkající se pregraduální přípravy učitelů, rizikové faktory v práci učitelů či informace o předmětu Výchova ke zdraví. Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2019 do listopadu 2020. Ze zjištěných dat vyplynulo, že respondenti našeho vzorku jsou ve velké míře pohybově aktivní a jejich BMI odpovídá normě. Většina respondentů chápe důležitost preventivních prohlídek, dovede zacházet s informacemi z médií, které se týkají zdraví a je pro ně snadné pochopit informace na obalech potravin.

Stěžejní kapitoly diplomové práce jsou obsaženy v samostatných kapitolách. Výzkumné šetření se realizovalo u vzorku respondentů formou vyplňování standardizovaného dotazníku. Organizaci výzkumu řídil řešitel diplomové práce. Dotazníky byly distribuovány pouze osobně v přímém kontaktu a byla zachována naprostá anonymita.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že je zapotřebí zdravotní gramotnost učitelů neustále zvyšovat a podporovat její rozvoj. Učitelé mají v životě žáků významnou pozici, podílí se na utváření a formování postojů žáků ke zdraví a zdravému životnímu stylu, proto je důležité, aby sami učitelé měli o nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Výzkumem jsme konstatovali, že neexistuje statisticky významný rozdíl v přístupu k preventivním prohlídkám mezi absolventy gymnázií a ostatních oborů středních škol. V četnosti odpovědí se obě testované skupiny víceméně shodovaly. Taktéž jsme zjistili, že neexistuje statisticky významná závislost mezi pochopením informací z médií a rozhodnutím zlepšit své zdraví.

Výzkum potvrdil, že existuje určitá závislost mezi pravidelnou pohybovou aktivitou a subjektivním hodnocením zdraví. Pedagogové, kteří pravidelně cvičí ohodnotili své zdraví kladněji než ti pohybově pasivnější.

Na závěr práce tedy můžeme stanovené cíle označit za splněné a dokončené. Tuto diplomovou práci je možné použít jako vhodný srovnávací soubor pro další výzkumy týkající se zdravotní gramotnosti. Vzhledem k tomu, že pedagogové na žáky působí ve velké míře a jsou důležitými sociálními činiteli v jejich životě, je třeba se na zvyšování jejich zdravotní gramotnosti nadále zaměřovat.

Zjištěné výsledky z výzkumu této diplomové práce by mohly posloužit jako záměr k prioritizaci zdravotní gramotnosti jako součásti pregraduální přípravy pedagogických pracovníků všech typů škol. Přínosem práce je nejen poukázání na důležitost zdravotní gramotnosti ve vzdělávání, ale také nastínění potřeby šířit informace z oblasti zdravotní gramotnosti napříč společností. Úroveň zdravotní gramotnosti není jen školní záležitostí, ale celospolečenským problémem. Proto je třeba zvyšovat zdravotní gramotnost nejen mezi učiteli a žáky, ale také mezi dalšími členy komunity, národu a celého světa.

## **SOUHRN**

Předložená diplomová práce se věnuje zdravotní gramotnosti pedagogů. Ke zkoumání zdravotní gramotnosti byl využit standardizovaný kvantitativní dotazník, který byl zcela anonymní. Výzkumný vzorek tvořilo 124 respondentů. Cílovou skupinou byli pedagogové 2. stupně základní školy v okrese Havlíčkův Brod. Sběr probíhal ve více fázích od prosince 2019 do listopadu 2020. Zpracování získaných dat bylo provedeno v programech Microsoft Excel a hypotézy byly testovány ve statistickém softwaru R.

Cílem práce bylo využitím standardizovaného dotazníku zjistit úroveň zdravotní gramotnosti pedagogů 2. stupně základní školy. Z výsledků vyplývá, že není statisticky významný rozdíl mezi absolventy gymnázií a ostatních oborů v otázce důležitosti preventivních prohlídek. Též bylo potvrzeno, že porozumění médiím nemá významný vliv na rozhodnutí zlepšit své zdraví. Studie nám potvrzuje, že existuje souvislost mezi pravidelnou pohybovou aktivitou a subjektivním hodnocením zdraví.

**Klíčová slova:** zdraví, zdravotní gramotnost, vzdělávání, podpora zdraví, učitelé

## **SUMMARY**

This thesis is dealing with health literacy of teachers. Data were obtained by standardized quantitative questionnaire, which was completely anonymous. The research sample consisted of 124 respondents. The target group were primary school second grade teachers in the district of Havlíčkův Brod. The data collection process was arranged in several phases from December 2019 to November 2020. Data were processed in software programme Microsoft Excel and testing of hypothesis was carried out in statistical software R.

The goal of the thesis was to use standardized questionnaire to determine the level of health literacy of primary school second grade teachers. The results of the research show that there is no statistically significant difference between graduates of grammar school and graduates of other disciplines in the understanding importance of medical check-up. It has also been confirmed that understanding the media does not have a significant impact on the decision to improve health. The research show that there is a connection between regular physical activity and subjective health assessment.

**Key words:** health, health literacy, education, health support, teachers

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALTIN, S., I. FINKE, S. KAUTZ-FREIMUTH, S. STOCK. *The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review* [online]. BMC Public Health, 2014. [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25418011/>
2. BAČUVČÍK, Radim. a HARANTOVÁ Lenka. *Sociální marketingové kampaně v Česku*. Zlín: Radim Bačuvčík – VeRBuM, 2018. ISBN 978-80-87500-97-2.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. BAŠKOVÁ, Martina. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-806-3320-2
5. BLINKA, Lukáš. *Online závislosti: jednání jako droga?: online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-7975-5.
6. BOKOVÁ, Ludmila. *Rodiče, děti a jejich problémy: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2011. ISBN 978-80-904920-0-4.
7. CZEDMA. *Zdravotní gramotnost národa*: [online]. [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <http://www.czedma.cz/zdravotni-gramotnost-naroda.html>
8. ČAPEK, Robert, Irena PŘÍKAZSKÁ a Jiří ŠMEJKAL. *Učitel a syndrom vyhoření*. Praha: Raabe, 2018. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-392-6.
9. ČAPKOVÁ, Naďa, Michala LUSTIGOVÁ, Jana KRATĚNOVÁ a Kristýna ŽEJGLICOVÁ. *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016. ISBN 978-80-7071-356-3.
10. ČELEDOVÁ, Libuše. a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3828-7.
11. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
12. DUMENCI, L., R. K. MATSUYAMA, L. KUHN, R. A. PERERA & L. A. SIMINOFF. *On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy* [online]. Communication methods and measures, 2013. [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839>

13. FERRERA, Linda A. *Body mass index and health*. New York: Nova Biomedical Books, 2005. ISBN 978-1594549632
14. FIALOVÁ, Ludmila. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2885-1.
15. FRAILLON, J., J. AINLEY, W. SCHULZ, T. FRIEDMAN, E. GEBHARDT. *Preparing for Life in a Digital Age: The IEA International Computer and Information Literacy Study International Report* [online]. Springer International Publishing, 2014. [cit. 2021-01-05] Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/282253388\\_Preparing\\_for\\_Life\\_in\\_a\\_Digital\\_Age\\_The\\_IEA\\_International\\_Computer\\_and\\_Information\\_Literacy\\_Study\\_International\\_Report](https://www.researchgate.net/publication/282253388_Preparing_for_Life_in_a_Digital_Age_The_IEA_International_Computer_and_Information_Literacy_Study_International_Report)
16. FRAU-MEIGS, D., I. VELEZ, J. F. MICHEL. *Public policies in media and information literacy in Europe: cross-country comparisons* [online]. Routledge, 2017. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/315655733\\_Public\\_Policies\\_in\\_Media\\_and\\_Information\\_Literacy\\_in\\_Europe\\_Cross-Country\\_Comparisons](https://www.researchgate.net/publication/315655733_Public_Policies_in_Media_and_Information_Literacy_in_Europe_Cross-Country_Comparisons)
17. HABER, M. *The real risks of fake news. Risk Management* [online]. 2017. Dostupné z: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA490320894&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00355593&p=AONE&sw=w>
18. , Jonathon R. B. *Handbook of stress and burnout in health care*. New York: Nova Science Publishers, 2008. ISBN 1604565004.
19. HAMPLOVÁ, Dana. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2014. ISBN 978-80-7419-169-5.
20. HANKOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly o řízení výchovy a vzdělávání pro vychovatele*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-655-0.
21. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4674-6.
22. HENDL, Jan. *Statistika v aplikacích*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0700-9.
23. HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4.
24. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.



25. HŘIVNOVÁ, M. *Inovace v profesní přípravě učitelů Výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci*. [online]. [cit. 2020-12-14]. In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. 70 ve zdraví. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016. Brno, Masarykova univerzita, 2016. s. 95-106. ISBN 978-80-210-8477-3. Online dostupné na [www: https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865](http://www.munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865)
26. HŘIVNOVÁ, M., T. SOFKOVÁ, M. CHRÁSKOVÁ. *The Level of Health Literacy in the Dimension of Disease Prevention among Graduates from the Teaching Study Programme*. [online]. [cit. 2020-12-15]. In Holinková, M. Adánková, L. *Life in Health 2019: Research and Practice. Proceedings of the International Conference*. Brno: Masarykova univerzita, 2019, s. 118-127. ISBN 978-80-210-9484-0.
27. HŘÍVOVÁ, Jana. *Zdravotní gramotnost budoucích pedagogů*. Olomouc, 2019. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Michaela Hřivnová.
28. CHEN X, HAY JL, WATERS EA, KIVINIEMI MT, BIDDLE C, SCHOFIELD E ET AL. *Health Literacy and Use and Trust in Health Information. Journal of Health Communication* [online]. 2017 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>
29. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
30. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
31. JANEČKOVÁ, Hana. a HNILICOVÁ Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
32. JEDLIČKA, Richard, Jaroslav KOŤA a Jan SLAVÍK. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0586-1
33. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma, 2012. ISBN 978-80-7453-250-4.
34. KICKBUSCH, I. et al. *Health literacy: the solid facts* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Solid facts (Series). 2013. [cit. 2021-01-11]. ISBN 978-928-9000-15-4.

35. KNIBB-LAMOUCHE, J. Culture as a social determinant of health. *Commissioned paper prepared for the Institute on Medicine, Roundtable on the Promotion of Health Equity and the Elimination of Health Disparities* [online]. Seattle: WA, 2012. [cit. 2021-01-11].
36. KOHNOVÁ, Jana. *Další vzdělávání učitelů a jejich profesní rozvoj*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7290-148-6.
37. KOHOUTEK, Rudolf. *Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka. Psychologie v teorii a praxi*. [online]. 2009 [cit. 2021-02-16] Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka/>
38. KOMÁREK, L., K. PROVAZNÍK et al. *Ochrana a podpora zdraví: Determinanty zdraví*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2011. [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/OCHRANA\\_A\\_PODPORA\\_ZDRAVI.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/OCHRANA_A_PODPORA_ZDRAVI.pdf)
39. KOMÁREK, Lumír. *Národní program zdraví: Projekty podpory zdraví 2002*. Praha 10: Státní zdravotní ústav, 2002. Prevence nádorů. ISBN 80-7071-205-8.
40. KOVÁŘOVÁ, Pavla. *Informační bezpečnost žáků základních škol: lekce v knihovnách*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9270-9.
41. KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdraví – kultura – společnost*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6.
42. KUČERA Z., J. PELIKAN a A. ŠTEFLOVÁ. *Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření*. Časopis lékařů českých, 2016. 155(5). ISSN 00087335
43. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2011. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0.
44. LESLIE CJ, M. HAWKINS, D. SMITH. *Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with Providers in the Early Intervention Setting: A Qualitative Validity Testing Study*. [online]. Int J Environ Res Public Health. 2020. [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32290295/>
45. LEVIN-ZAMIR D, I. BERTSCHI. *Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context*. [online]. Int J Environ Res Public Health. 2018. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30081465/>
46. LEVY H, A. JANKE. *Health Literacy and Access to Care*. [online] J Health Commun, 2016. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27043757/>

47. LÍŠKOVÁ, Miroslava. *Výchova k zdraví v kontexte ošetrovatelstva – retrospektiva a perspektiva. 1. vydání.* Nitra: Fakulta sociálních věd a zdravotnictva Univerzity Konštantína Filozofa, 2013. ISBN 978-80-558-0277-0.
48. LUKÁŠOVÁ, Hana. *Kvalita života dětí a didaktika.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-784-8.
49. MACHOVÁ, Jitka. a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání.* Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
50. MARÁDOVÁ, E. *Retrospektiva, současnost a perspektivy učitelského vzdělávání v oblasti podpory zdraví.* In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. *70 ve zdraví. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016.* Brno, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8477-3. Dostupné z: <https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865>
51. MARAGNO, C., S. MENGUE, CG. MORAES, M. REBELO, A. GUIMARÃES, T. PIZZOL. *Test of health Literacy for Portuguese-speaking Adults.* Rev Bras Epidemiol [online]. 2019. [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415\\_790X2019000100421&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415_790X2019000100421&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
52. MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.
53. MARŠÍKOVÁ M. a V. JELEN. *Mimořádné šetření ke stavu zajištění výuky učitelů v MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ. MŠMT.* [online]. Praha, 2019 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/ministerstvo-zjistovalo-stav-ucitelu-v-regionalnim-skolstvi>
54. MCNEILL T. Family as a social determinant of health: implications for governments and institutions to promote the health and well-being of families. Healthc Q. [online]. 2010 [cit. 2021-02-20] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20959748/>
55. MŠMT. 2021. RVP ZV. Revize RVP ZV. Praha: MŠMT [online]. 2021 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rrvp>
56. MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.
57. MZČR, 2015. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. In: [cit. 2020-01-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020/>

58. MZČR. 2019. *Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030* [online]. 2019. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/>
59. MZČR. 2003. *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21.století.* [online]. 1. vydání. Praha: MZČR. [cit. 2020-09-21]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/zdravi-21>
60. MZČR. 2019. *Dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví* [online]. Praha: MZČR [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/category/dotace-a-programove-financovani/narodnidotacniprogramy/archiv-programu-2019/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-pro-rok-2019/>
61. NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. Sep. 2000, vol. 15 [cit. 2020-10-09]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+>
62. OLDENBURG, O., & SPIESSHOEFER, J. *Impact of Lifestyle on Sleep: Can We Alter Cardiovascular Risk?* [online]. 2020. [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2019.12.055>
63. OSBORNE, Helen. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message.* 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 1449600530.
64. POTTER, W. J. *Media literacy.* California: Sage Publications, 2019. ISBN 1506366287
65. PRŮCHA, Jan. *Učitel: současné poznatky o profesi.* Praha: Portál, 2002. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-621-7.
66. RABOCH, Jiří. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem.* Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5501-7.
67. RŮŽIČKA, Radomír. *Medicina dávných civilizací.* V Olomouci: Poznání, 2004. ISBN 80-86606-18-X.
68. ŘEHULKA, Evžen. *Zdraví – učitelé – škola.* Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8254-0.
69. SEEDHOUSE, David. *Health: the foundations for achievement.* 2nd ed. New York: Wiley, 2001. ISBN 0471490113.

70. SEIFERT, M. 2011. *Pierce County Environmental Health Indicators: A Model for Improving Environmental Health Literacy*. [online]. Tacoma-Pierce County, 2011 [cit. 2021-01-13]. Dostupné z: <http://www.tpchd.org/files/library/e8ab9c693da235cb.pdf>.
71. SHARMA, M. *Theoretical foundations of health education and health promotion*. [online]. Third edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017. [cit. 2021-03-29]. ISBN 128410494X. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/296486920\\_Theoretical\\_Foundations\\_of\\_Health\\_Education\\_Health\\_Promotion\\_3rd\\_ed](https://www.researchgate.net/publication/296486920_Theoretical_Foundations_of_Health_Education_Health_Promotion_3rd_ed)
72. SCHNUR, M. B. *Body Mass Index and the Body Surface Area: What's the Difference*. [online]. Nursing center, 2017. [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <https://www.nursingcenter.com/ncblog/august-2017/body-mass-index-and-body-surface-area-what-s-the-d>
73. SIGMUND, Erik. a Dagmar SIGMUNDOVÁ. *School – related physical activity, lifestyle and obesity in children*. Olomouc: Published by Palacký University in Olomouc, 2014. ISBN 978-80-244-3926-6.
74. SMITH, J. A., & S. IRELAND. *Towards equity and health literacy*. [online]. Health Promotion Journal of Australia, 2020. [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.944194256917694>
75. SPECCHIA M. L., M. A. VENEZIANO, CH. CADEDDU, A. M. FERRIERO, A. MANCUSO, C. IANUALE, P. PARENTE, S. CAPRI, W. RICCARDI. *Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review*. [online]. European Journal of Public Health, 2015. Volume 25: 255–262. [cit. 2020-12-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku170>
76. SPILKOVÁ, Vladimíra a Anna TOMKOVÁ. *Kvalita učitele a profesní standard*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-807-2904-969.
77. SPRING, H. *Health literacy and COVID-19*. [online]. Health Info Libr J. 2020. PMID: 32672399; PMCID: PMC7405264. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/342986852\\_Health\\_literacy\\_and\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/342986852_Health_literacy_and_COVID-19)
78. STROUHAL, Martin. *Učit se být učitelem: k vybraným problémům učitelského vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3465-4.
79. ŠMÍDOVÁ, Michaela a Martin VÁVRA. *Hodnotová a sociální reprodukce v rodině: první výsledky z výzkumu dvou generací*. Praha: CESES FSV UK, 2010. ISBN 978–80-904138-2-5.

80. ŠTEFLOVÁ, A. a HOLČÍK J. 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti: (situační dokument) [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., 2017 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: [http://www.uzg.cz/doc/Situacni\\_dokument\\_UZG.pdf](http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf)
81. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470-3.
82. TAHAL, Radek. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. Grada Publishing as, 2017. ISBN 978-80-271-0206-8
83. TOMBAK, Michail. *Jak žít dlouze a zdravě*. Přeložila Kristýna KALINCOVÁ. Vendryně: Beskydy, 2014. ISBN 978-80-87431-27-6.
84. TROJAN, Václav. *Pedagogický proces a jeho řízení*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. Řízení školy (Wolters Kluwer). ISBN 978-80-7478-539-9.
85. TROJANOVÁ, Irena. *Vedení lidí ve školách a školských zařízeních*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. Řízení školy (Wolters Kluwer). ISBN 978-80-7478-656-3.
86. VAŠÍČKOVÁ, Jana. *Pohybová gramotnost v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-4883-1.
87. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zdraví a nemoc*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7394-664-7.
88. WHO, 2008. *Zdraví pro všechny ve 21. století* [online]. MZČR [cit. 2021-01-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>
89. WHO, 2014. *Basic documents: including amendments adopted up to 31 December 2014*. 48th ed. Geneva: World Health Organization. [online] WHO [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-editionen.pdf>
90. ZDRAVÍ 2020. *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.
91. ZDRAVÍ 21: *výklad základních pojmů: úvod do evropské zdravotní strategie: zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. ISBN 80-85047-33-0.
92. ZLÁMAL, Jaroslav. a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

93. ZLÁMAL, Jaroslav. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Laboratoř růstových regulátorů, 2016. ISBN 978-80-7402-247-0.
94. ZVANDOVÁ, Z. a S. JANOUŠEK. Základní informace o úrazovosti. Prevence úrazů u dětí a dospívajících ČR. [online]. 2014 [cit. 2021-02-03] Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-u-deti-a-dospivajicich-cr>
95. ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. *Dětské interpretace pojmů zdraví a nemoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6303-7.
96. § 1 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-111#p1>
97. § 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258#p2>
98. § 8 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563#p8>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
EHIS/EHES	European Health Interview Survey
HLQ	Health Literacy Questionnaire
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NPI	Národní pedagogický institut České republiky
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SŠ	Střední škola
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TOFHLA	Test Of Functional Health Literacy in Adults
WHO	World Health Organization
ZG	Zdravotní gramotnost
ZŠ	Základní škola



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pohlaví respondenta.....	39
Tabulka 2. Věk respondentů .....	40
Tabulka 3. Hodnoty Body Mass Index .....	40
Tabulka 4. Dosažené vzdělání .....	42
Tabulka 5. Zdravotnické vzdělání .....	43
Tabulka 6. Možnost platit za potřebné léky.....	43
Tabulka 7. Možnost navštívit lékaře.....	44
Tabulka 8. Úroveň ve společnosti.....	44
Tabulka 9. Místo vašeho bydliště .....	45
Tabulka 10. Dlouhodobé zdravotní problémy .....	46
Tabulka 11. Omezující aktivity .....	46
Tabulka 12. Zdravotní pojišťovna respondenta .....	47
Tabulka 13. Lékařská pohotovost.....	48
Tabulka 14. Návštěva lékaře během posledních 12 měsíců .....	48
Tabulka 15. Hospitalizace během posledních 12 měsíců .....	49
Tabulka 16. Návštěva zdravotnických specialistů.....	49
Tabulka 17. Kouření .....	50
Tabulka 18. Požívání alkoholických nápojů.....	50
Tabulka 19. Množství alkoholu .....	51
Tabulka 20. Alkoholické nápoje během posledních 30 dní.....	51
Tabulka 21. Pití alkoholických nápojů během posledních 30 dní .....	52
Tabulka 22. Množství drinků/jeden den v průběhu pití.....	52
Tabulka 23. Osoba blízká při návštěvě lékaře .....	53
Tabulka 24. Účast na životu obce .....	53
Tabulka 25. Počet kalorií .....	54
Tabulka 26. Množství zmrzliny .....	54
Tabulka 27. Nasycené mastné kyseliny .....	55
Tabulka 28. Kalorie v jedné porci zmrzliny .....	55
Tabulka 29. Bezpečná konzumace.....	55
Tabulka 30. Proč nelze konzumovat zmrzlinu.....	56
Tabulka 31. Příčina alergické reakce .....	56
Tabulka 32. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a pravdivost informací z médií .....	67

Tabulka 33. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a hodnověrnost informací.....	69
Tabulka 34. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a informace o prevenci nemocí z médií.....	71
Tabulka 35. Vztah rozhodnutí zlepšit zdraví a možnosti ke zlepšení zdraví z médií.....	73
Tabulka 36. Vzájemný vztah zdravotního stavu a cvičení .....	78

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Četnost odpovědí na otázku O1 – 23.....	59
Graf 2. Četnost odpovědí na otázku O1 – 25.....	60
Graf 3. Četnost odpovědí na otázku O1 – 26.....	61
Graf 4. Četnost odpovědí na otázku O1 – 27.....	62
Graf 5. Četnost odpovědí na otázky týkající se prevence.....	63
Graf 6. Četnost odpovědí na otázku O1 – 44.....	65
Graf 7. Četnost odpovědí na otázku O1 – 12.....	66
Graf 8. Četnost odpovědí na otázku O1 – 28.....	68
Graf 9. Četnost odpovědí na otázku O1 – 31.....	70
Graf 10. Četnost odpovědí na otázku O1 – 39.....	72
Graf 11. Hodnocení zdravotního stavu pedagogů .....	76
Graf 12. Pohybová aktivita během posledního měsíce.....	77
Graf 13. Četnost odpovědí z porovnávaných výzkumů – otázka O2. ....	80
Graf 14. Četnost odpovědí porovnávaných výzkumů – otázka O14. ....	81

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost (Holčík, 2010) .....	25
Obrázek 2. Výpočet BMI – vzorec (Schnur, 2017) .....	38
Obrázek 3. Vzorec chí-kvadrát testu (Hendl, 2014) .....	38
Obrázek 4. Vzorec pro výpočet Fisherova testu (Hendl, 2014).....	38

## **SEZNAM VLOŽENÝCH PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** Standardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti

**Příloha č. 2** Průvodní dopis k dotazníku

**Příloha č. 3** Výsledné p-hodnoty testovaných hypotéz

## Příloha č. 1 Standardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti

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

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

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

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

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

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

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

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

O5 U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

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

O6 Jak často jste...?

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

<b>O7</b>	<b>Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?</b>			
	1	V současné době kouříte	Jestliže "V současné době kouříte", přejděte na otázku O8, jinak pokračujte otázkou O9.	
	2	Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste		
	3	Nikdy jste nekouřil(a)		
	4	Nemohu posoudit (nevím)		
<b>O8</b>	<b>Používáte následující tabákové produkty každý den, příležitostně nebo vůbec ne?</b>			
			Ano, každý den	Ano, občas
1	Vyrobené cigarety	1	2	3
2	Ručně balené cigarety	1	2	3
<b>O9</b>	<b>Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?</b>			
	1	Ano	Pokud odpovíte na otázku O9 „Ano“ pokračujte otázkami O10 až O13, jinak přejděte na otázku O14.	
	2	Ne		
	3	Nemohu posoudit (nevím)		
<b>O10</b>	<b>Jak často jste během posledních 12 měsíců měl 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?</b>			
	1	Několikrát týdně		
	2	Jednou týdně		
	3	Jednou měsíčně		
	4	Méně než jednou měsíčně		
	5	Nikdy		
	6	Nemohu posoudit (nevím)		
<b>O11</b>	<b>Pil jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný lokální nápoj) během posledních 30 dní?</b>			
	1	Ano	Pokud odpovíte na otázku O10 „Ano“ pokračujte otázkami O12 a O13, jinak přejděte na otázku O14.	
	2	Ne		
	3	Nemohu posoudit (nevím)		
<b>O12</b>	<b>Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj?</b>			
	1	Denně		
	2	4 – 5 krát týdně		
	3	2 – 3 krát týdně		
	4	Jednou týdně		
	5	2 – 3 krát měsíčně		
	6	Jednou		
	7	Nemohu posoudit (nevím)		
<b>O13</b>	<b>Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?</b>			
	1	Méně než 1 drink	Pozn.: jeden drink = 1 sklenice vína, 1 plechovka/láhev piva nebo ovocného piva nebo 4 cl destilátu	
	2	1-2 drinky		
	3	3-4 drinky		
	4	5-6 drinků		
	5	7-9 drinků		
	6	10 a více drinků		
	7	Záleží na situaci		
	8	Nemohu posoudit (nevím)		



**D14** Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?

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

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

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

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

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

Další část výzkumu se bude týkat informací na obalech potravin.

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

**Popis výrobku:** Zmrzlina

**Velikost porce:** 100 ml

**Počet porcí v balení:** 4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1	Ano
2	Ne
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

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

O22 Proč ne?

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

Pokud jste na otázku O22 odpověděl(a) „Protože můžete mít alergickou reakci“ pokračujte na otázku O23, jinak můžete vyplnit demografické údaje v otázce D1.

O23 Proč byste měl alergickou reakci?

1	Protože obsahuje arašídový olej/arašídý/ořechy
2	Jiné (SPONTÁNNĚ)
3	NEVÍM
4	Nechci odpovědět

**DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY**

D1 Pohlaví

1	Muž
2	Žena

D2 Kolik je Vám roků?

roků

D3 Jaká je vaše výška? (Přibližně)

cm    Nevím    Nechci odpovědět

D4 Kolik vážíte? (Přibližně)

kg    Nevím    Nechci odpovědět

D5 Který z těchto výroků odpovídá vaší situaci?

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

D6 Jaký je váš rodinný stav?

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

D7 Jaká je vaše bytová situace?

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

D8 Máte děti? Je možno více odpovědí.

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

D9 Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

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

D10 Jaké je vaše „hlavní“ zaměstnání?

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

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

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

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

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

1	Ano
2	Ne
3	Nevím
4	Nechci odpovědět

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D17 Napište místo Vašeho bydliště – vyberte (vesnice, středisková obec, město, krajské město, hlavní město) a přibližný počet obyvatel

Místo bydliště	Počet obyvatel

## Příloha č. 2 Průvodní dopis k dotazníku

### **Vážení účastníci dotazníkového šetření,**

jmenuji se Kristýna Douchová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia pedagogického zaměření na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží jako výzkumný nástroj mé diplomové práce, která je nedílnou součástí dokončení mého studia. Úkolem šetření je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně ZŠ. Výsledky výzkumu budou sloužit výhradně ke zpracování v mé diplomové práci. Dotazník je zcela anonymní. Získaná data budou nejen přínosem pro mě, ale mohou se stát přínosné také v rozvoji vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti. Konkrétně mohou posloužit k dalším šetřením, které povedou ke zkvalitnění pregraduální přípravy pedagogů v oblasti zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost se netýká pouze školství, ale je důležitou kompetencí, kterou by měl ovládat každý z nás v co nejvyšší míře.

Prosím Vás touto cestou o vyplnění dotazníku.

**PŘEDEM VÁM DĚKUJI ZA VAŠI OCHOTU, SPOLUPRÁCI A ČAS STRÁVENÝ  
VYPLŇOVÁNÍM DOTAZNÍKU.**

V případě, že Vás zajímají další informace ohledně výzkumu či práce se získanými daty tohoto šetření, neváhejte mě prosím kontaktovat na e-mailu: [douckr00@upol.cz](mailto:douckr00@upol.cz)

### Příloha č. 3 Výsledné p-hodnoty testovaných hypotéz

#### *Hypotéza 1*

OTÁZKY	CHÍ-KVADRÁT TEST	FISHERŮV EXAKTNÍ TEST
Otázka 22	0.1705	0.1682
Otázka 23	0.5649	0.6227
Otázka 25	0.3953	0.3843
Otázka 26	0.7207	0.8037
Otázka 27	0.5771	0.5801
Všechny otázky	0.08396	0.08572

#### *Hypotéza 2*

OTÁZKY	CHÍ-KVADRÁT TEST	FISHERŮV EXAKTNÍ TEST
Otázka 12	0.4707	0.2888
Otázka 28	0.7662	0.654
Otázka 31	0.9458	0.9741
Otázka 39	0.1708	0.2091
Všechny otázky	0.4104	0.4375

#### *Hypotéza 3*

CHÍ-KVADRÁT	FISHERŮV EXAKTNÍ TEST
5.741e-14	2.104e-13

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Kristýna Douchová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2021
<b>Název práce:</b>	Zdravotní gramotnost učitelů 2. stupně ZŠ
<b>Název práce v angličtině:</b>	Health literacy of primary school second grade teachers
<b>Anotace práce:</b>	Tato diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností učitelů 2. stupně základní školy. Teoretická část se věnuje problematice zdraví a zdravotní gramotnosti. Praktická část obsahuje výzkum, který byl proveden u učitelů 2. stupně základní školy v okrese Havlíčkův Brod. Použitím anonymního dotazníku byly získány výsledky, které reflektují zdravotní gramotnost učitelů.
<b>Klíčová slova:</b>	zdraví, zdravotní gramotnost, vzdělávání, podpora zdraví, učitelé
<b>Anotation:</b>	The thesis deals with health literacy of primary school second grade teachers. The theoretical part deals with the issue of health and health literacy. The research was performed with teachers of second grade of primary school in the district of Havlíčkův Brod. Results were obtained by anonymous questionnaire and reflect health literacy of teachers.
<b>Keywords:</b>	health, health literacy, education, health support, teachers
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	3 přílohy, 10 stran
<b>Rozsah práce:</b>	101 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk